

**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, BASADO EN LOS LINEAMIENTOS  
DE LA NORMA ISO 9001:2008, PARA LA ASOCIACIÓN SANTANDEREANA  
PRO-NIÑO RETARDADO MENTAL “ASOPORMEN”**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE INGENIERÍAS FISICOMECÁNICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
BUCARAMANGA**

**2012**

**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, BASADO EN LOS LINEAMIENTOS  
DE LA NORMA ISO 9001:2008, PARA LA ASOCIACIÓN SANTANDEREANA  
PRO-NIÑO RETARDADO MENTAL “ASOPORMEN”**

**NAZLY ROCIO ARIZA OLARTE**

**Proyecto de grado para optar el título de  
INGENIERA INDUSTRIAL**

**asopormen**

**Director**

**WILLIAM HOYOS TORRES**

**Ingeniero Industrial, MBA**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE INGENIERÍAS FISICOMECÁNICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
BUCARAMANGA**

**2012**

## **Dedicatoria**

*Primeramente a DIOS por escucharme, por ser el gran amigo incondicional y además la mejor guía que tengo.*

*A mi bella y encantadora hija Nicoll Fabiana Cediel Ariza por ser mi razón de ser en este mundo.*

*A mis padres César Antonio y Lucila Olarte, por apoyarme en este camino y brindar su compañía.*

*A mi esposo Fabian Cediel por ser la persona que ha estado a mi lado estos años universitarios y también por ser una persona que me ha brindado amor y comprensión.*

*A mis suegros Mauricio y Mercedes por ayudarme en esta etapa de mi carrera.*

## AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la oportunidad de vivir, la bendición de desarrollar este proyecto y conocer la familia que hace parte de ASOPORMEN.

A mi hija Nicoll Fabiana Cediél Ariza y mi esposo Fabian Andrés Cediél Beltrán por existir en mi vida y por permitirme conocer el amor que solo una madre puede sentir.

A mis padres Lucila Olarte de Ariza y César Ariza Bareño, por el amor, colaboración y respaldo recibido durante mi formación profesional.

A integrantes de la familia Cediél Beltrán, por su incondicional apoyo en momentos difíciles, los cuales fueron superados satisfactoriamente.

A la Doctora María Eugenia Macías Acuña, Directora Ejecutiva de ASOPORMEN y la Doctora Patricia Núñez Forero, por confiar en mi capacidad para desarrollar el proceso de implementación del S.G.C., en la institución.

Como un pequeño testimonio por el gran apoyo brindado, oportunidad y colaboración, quiero dar las gracias a la Asesora Externa de ASOPORMEN, la Ingeniera Sonia Esteban Caicedo.

Al Ingeniero William Hoyos Torres, profesor de la Universidad Industrial de Santander y director de proyecto por sus valiosos aportes.

A la Universidad Industrial de Santander por brindar el espacio de saber, para formarme como ingeniera Industrial.

A todo el personal de ASOPORMEN, por la colaboración durante la ejecución del Sistema de Gestión de la Calidad.

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
Introducción	17
1. Especificaciones Del Proyecto	20
1.1 Título Del Proyecto	20
1.2 Objetivos	20
1.2.1 Objetivos Generales	20
1.2.2 Objetivos Especificos	20
1.3 Alcance Del Proyecto	21
1.4 Justificación	21
2. Generalidades De La Empresa	23
2.1 Descripción De La Empresa	23
2.2 Reseña Histórica	24
2.3 Identificación De La Institución	26
2.4 Direccionamiento Estratégico Antes Del S.G.C.	26
2.4.1 Misión	26
2.4.2 Vision	26
2.4.3 Valores Institucionales	26
2.4.4 Organigrama	27
2.5 Servicios	28
2.6 Clientes	30
3. Marco Teórico	31
3.1 Iso (Organización Internacional Para La Estandarización)	31
3.2 Antecedentes De La Norma Iso 9000	31
3.3 Fundamentos De La Familia De Las Normas Iso 9000	33

3.4 Norma Iso 9001:2008	36
3.5 Sistema De Gestión De La Calidad	37
3.5.1 Elementos De Un Sistema De Gestión De La Calidad	38
3.5.2 Beneficios Del Sistema De Gestión De La Calidad	38
3.6 Etapas Para La Implementación De Un Sistema De Gestión De La Calidad	39
3.7 Ciclo Deming	40
3.8 Modelo De Enfoque Basado En Procesos	42
4. Metodología Del Proyecto	44
4.1 Diagnóstico	44
4.1.1 Descripción De La Evaluación Para El Diagnóstico	44
4.1.2 Resultado Del Diagnóstico	60
4.1.3 Análisis General De Los Resultados	61
5. Planificación Del Sistema De Gestión De La Calidad	62
5.1 Metodología Para El Desarrollo Del Proyecto	62
5.2 Conformación Del Equipo De Trabajo	65
5.3 Alcance Del Sistema De Gestión De La Calidad	67
5.4 Exclusiones	67
5.5 Cronograma De Trabajo Para El S.G.C.	68
5.6 Direccionamiento Estratégico	68
5.7 Política De Calidad	69
5.8 Objetivos De Calidad	72
5.9 Indicadores De Calidad	72
5.10 Mapa De Procesos	77
5.10.1 Caracterización De Los Procesos	79
5.10.2 Interacción De Los Procesos	81
6. Documentación Del Sistema De Gestión De La Calidad	82

6.1 Estructura Documental	82
6.2 Identificación De Documentos	85
6.3 Presentación De Los Documentos	86
6.3.1 Encabezado:	86
6.3.2 Descripción Del Encabezado	87
7. Implementación Y Sensibilización Del S.G.C.	89
7.1 Capacitaciones	89
7.2 Sensibilización	91
7.3 Actividades Desarrolladas En La Implementación	94
7.3.2 Procedimiento Control Servicio O Producto No Conforme	95
7.3.3 Procedimiento Acciones Correctivas Y Preventivas	95
7.3.4 Procedimiento De Auditoría Interna	96
7.3.5 Comunicación Del Manual De Calidad	97
7.4 Diagnóstico Final	97
8. Evaluación Del Sistema De Gestión De La Calidad	100
8.1 Planeación De Las Auditorías	100
8.2 Programación De Auditorías	101
8.3 Primera Auditoria	101
8.3.1 Metodología	101
8.3.2 Informe De La Auditoria	102
8.3.3 Plan De Mejora	103
8.4 Revisión Por La Dirección	107
8.5 Segunda Auditoria	107
8.5.1 Informe De Segunda Auditoria	108
8.5.2 Plan De Mejora	108
9. Conclusiones	111

10. Recomendaciones	113
Bibliografía	114
Anexos	115



## LISTA DE FOTOGRAFÍAS

	Pág.
Fotografía N° 1. ASOPORMEN	23
Fotografía N° 2. Comité de Calidad	67
Fotografía N° 3. Premio a Equipo Ganador	93
Fotografía N° 4. AGENDA	93
Fotografía N° 5. Sensibilización ASOPORMEN	94
Fotografía N° 6. Capacitación Auditoría	96



## LISTA DE TABLAS

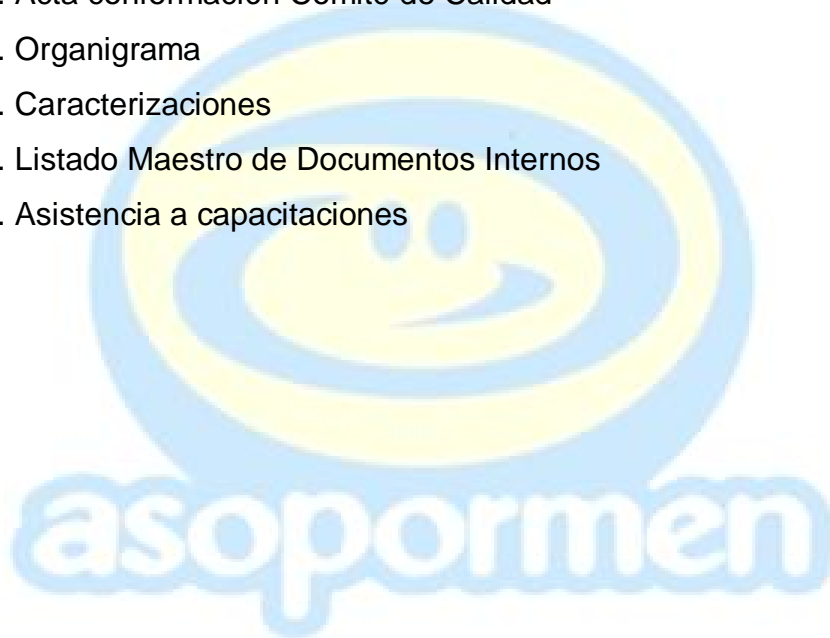
	Pág.
Tabla N° 1. Identificación de la Institución	26
Tabla N° 2. Diagnóstico Inicial del Sistema de Gestión de la Calidad	46
Tabla N° 3. Resultados del Diagnóstico	60
Tabla N° 4. Matriz Política de Calidad	70
Tabla N° 5. Indicadores de Calidad	74
Tabla N° 6. Responsables de los procesos del S.G.C. en ASOPORMEN	79
Tabla N° 7. Interacción de los Procesos	81
Tabla N° 8. Procedimientos Obligatorios	83
Tabla N° 9. Identificación de los Documentos	86
Tabla N° 10. Resultados del Diagnóstico Final	98
Tabla N° 11. Resumen de Hallazgos	103
Tabla N° 12. Plan De Mejora Primera Auditoria	104
Tabla N° 13. Plan De Mejora De Segunda Auditoria	109

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura N° 1. Organigrama ASOPORMEN	27
Figura N° 2. Servicios	29
Figura N° 3. Ciclo Deming	40
Figura N° 4. Modelo de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en procesos	42
Figura N° 5. Metodología de Trabajo	65
Figura N° 6. Mapa de Procesos	77
Figura N° 7. Caracterización Proceso	80
Figura N° 8. Estructura Documental	83
Figura N° 9. Identificación de documentos	85
Figura N° 10. Encabezado Documentación	87
Figura N° 11. Afiches alusivos a la Calidad	90
Figura N° 12. Folleto para dar a conocer el Direccionamiento Estratégico	91
Figura N° 13. Diagnóstico Final	97

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
Anexo N° 1. Cronograma de Actividades	116
Anexo N° 2. Acta conformación Comité de Calidad	118
Anexo N° 3. Organigrama	121
Anexo N° 4. Caracterizaciones	122
Anexo N° 5. Listado Maestro de Documentos Internos	153
Anexo N° 6. Asistencia a capacitaciones	158



## RESUMEN

**TITULO:** SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, BASADO EN LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA ISO 9001:2008, PARA LA ASOCIACIÓN SANTANDEREANA PRO-NIÑO RETARDADO MENTAL “ASOPORMEN”.\* COLOMBIA.

**AUTORA:** NAZLY ROCIO ARIZA OLARTE\*\*

**PALABRAS CLAVES:** Documentación, implementación, requisitos, ciclo PHVA, Sistema de Gestión de la Calidad, NTC ISO 9001:2008, mejora continua.

### DESCRIPCIÓN:

Este proyecto de grado contempla el desarrollo de un Sistema de Gestión de la Calidad teniendo en cuenta la metodología del ciclo PHVA, (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), llevando a cabo paso a paso las etapas que son necesarias para cumplir con los requisitos obligatorios de la norma ISO 9001:2008. Las etapas que se plasman en los capítulos de este documento tratan sobre el diagnóstico, la estructuración de la planeación y el diseño de las actividades organizadas y necesarias para implementar el S.G.C., continuando con la documentación requerida para proceder con la etapa de la implementación y culminando con las auditorías internas y el tratamiento de los hallazgos, ejecutando planes de mejora para poder solicitar al ente certificador la realización de la auditoría externa y de esta manera certificar ASOPORMEN.

Las instituciones que laboran para prestar el servicio de protección para niños, niñas, adolescentes y mayores de 18 años de edad, deben cumplir con un conjunto de requisitos de orden obligatorio, por tanto, estas instituciones consideran un reto diseñar programas que correspondan adecuadamente a los criterios que son exigidos por las entidades contratantes, lo cual genera competencias entre las instituciones que prestan este servicio de Protección.

ASOPORMEN como entidad prestadora del servicio de Protección, reconoce la necesidad de contar con los medios y las competencias pertinentes para realizar procesos que respondan a estos requerimientos exigidos.

---

\* Trabajo de grado

\*\* Facultad de Ingenierías Físico Mecánicas, Escuela de Estudios Industriales y Empresariales  
Director Ingeniero William Hoyos Torres

## SUMMARY

**TITLE:** QUALITY MANAGEMENT SYSTEM BASED ON THE ISO 9001:2008 ALIGNMENTS FOR THE ASOCIACIÓN SANTANDEREANA PRO NIÑO RETARDADO MENTAL – “ASOPORMEN”\* (ASSOCIATION FOR RETARDED MENTAL CHILD OF SANTANDER – ASOPORMEN) COLOMBIA.

**AUTHOR:** NAZLY ROCÍO ARIZA OLARTE\*\*

**KEYWORDS:** Documentation, implementation, requirements, PDCA, Quality System Management, NTC ISO 9001:2008, continuous improvement.

### DESCRIPTION:

This graduation project intends to develop a Quality System Management methodology according to the PDCA Cycle (Plan, Do, Check and Act), carrying out all the necessary steps to meet the mandatory requirements of ISO 9001:2008. In the chapters of this document, the stages are reflected where each one deals with the diagnosis, the structuring of the plan and design of the activities organized and required to implement the QSM, continuing with the required documentation to proceed with the implementation phase that leads us to the internal audits and management of the findings, aiming to implement improvement plans that allow us to call for external certification by the proper entity and then provide to ASOPORMEN with its certification.

The institutions that work to provide services and programs of protection for children, adolescents and those over 18 years old, must meet and fit a set of mandatory policy requirements; therefore these institutions consider a challenge the commitment to design programs that reflect adequately the criteria that are required by the contracting parties and stakeholders, and this entire process generates competition among all the institutions that provide Protection services.

ASOPORMEN as provider of the service of protection, recognizes the need of the means, instruments and relevant competences to perform processes that meet these requirements demanded.

---

\* Grade Project Business Practice Mode

\*\* Faculty of engineering physique mecaniques, School of industrial studies and empresarials  
William Hoyos Director Engineer

## INTRODUCCIÓN

Los requerimientos que el entorno empresarial exige a las empresas de hoy en día, son base fundamental para encaminar todas sus actividades hacia una perspectiva de mejoramiento y así lograr posición en el mercado que implica un reflejo de beneficio para las mismas empresas.

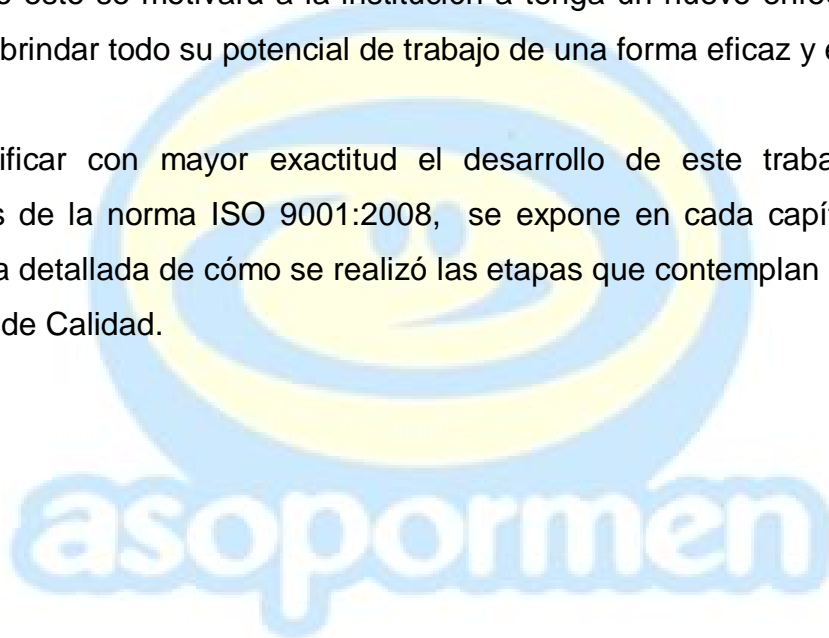
En la actualidad en cuanto al contexto empresarial, la calidad se ha convertido en una necesidad vital en cada organización, no solo porque asegura ventaja competitiva al realizar un producto o servicio bajo los estándares de calidad, sino por la mejora productiva que la instalación de un sistema de calidad introduce en la organización que lo implanta. Es por esto que es necesario que las organizaciones se fortalezcan internamente en toda su estructura organizacional, planteándose metas de mejoramiento e implementando metodologías que tengan que ver con los requerimientos que exigen las normas establecidas para estandarizar todos los procesos que generen la productividad de la empresa, y su buen funcionamiento.

En términos concretos instalar un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), basado en la norma técnica ISO 9001:2008, se ha convertido en una herramienta importante que ayuda a mantener a las organizaciones en un mercado activo, pero para obtener los beneficios asociados a la implementación, hay que mantener un carácter dinámico por parte de la organización, que permita la introducción de mejoras continuas en todas sus operaciones, las cuales aseguran el rendimiento pertinente de la organización.








El propósito de este Proyecto es dejar establecido un Sistema el cual se logre gestionar la calidad brindando un espacio de participación de todos los funcionarios de ASOPORMEN, a través de la sensibilización respaldados en capacitaciones relacionadas con el sistema que se quiere implementar, pues es

desde aquí que radica la forma de crear calidad, que ayudará a crecer y consolidar la institución, en cuanto a su posición para lograr todos sus objetivos trazados de manera que los resultados sean exitosos. Es por esto que este trabajo contempla el diseño y planeación, continuando luego con la documentación, implementación y el mejoramiento del Sistema de Gestión de la Calidad en ASOPORMEN, para llevar a cabo esto se motivará a la institución a tenga un nuevo enfoque hacia el cliente para brindar todo su potencial de trabajo de una forma eficaz y eficiente.

Para especificar con mayor exactitud el desarrollo de este trabajo bajo los lineamientos de la norma ISO 9001:2008, se expone en cada capítulo de este libro la forma detallada de cómo se realizó las etapas que contemplan el desarrollo del Sistema de Calidad.



## CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS

OBJETIVOS ESPECIFICOS	EVIDENCIA
<p> Elaborar un diagnóstico inicial teniendo en cuenta los requisitos de las Normas ISO 9001:2008, que permita identificar el estado actual de la empresa, los procesos que harán parte del Sistema de Gestión, así como las fortalezas y debilidades que puedan ser de utilidad para el proceso.</p>	<p>El cumplimiento de este proyecto se evidencia en el capítulo 4. Metodología del Proyecto</p> <p>4.1. Diagnóstico</p>
<p> Sensibilizar, capacitar y comprometer a todo el personal que labora en ASOPORMEN en cada una de las etapas que conlleva a la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.</p>	<p>Esto se presenta detalladamente en el capítulo 7. Implementación y sensibilización del Sistema de Gestión de la Calidad.</p>
<p> Documentar los procesos desarrollados en la ASOPORMEN por medio de la identificación y revisión de la información existente que permita establecer mejoras y la elaboración de nuevos documentos que garanticen el cumplimiento de los requisitos establecido en la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2008.</p>	<p>Capítulo 6. Evidencia todo lo que se trabajó para la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad.</p>
<p> Implementar el Sistema de Gestión de Calidad en ASOPORMEN estandarizando de esta forma los procesos desarrollados en la empresa.</p>	<p>Se evidencia el cumplimiento de este objetivo en el capítulo 7. Implementación y sensibilización del Sistema de Gestión de la Calidad</p>
<p> Realizar dos auditorías internas para evaluar el estado del Sistema de Gestión de Calidad, e identificar oportunidades de mejora en sus procesos.</p>	<p>El cumplimiento de este Objetivo se puede evidenciar por medio del Capítulo 8. Evaluación del Sistema de Gestión de la Calidad.</p>
<p> Elaborar e implementar los planes de mejora resultado de las dos auditorías.</p> <p> Diagnóstico Final</p>	<p>Capítulo 7. Numeral 7.4. Diagnóstico Final.</p>

# 1. ESPECIFICACIONES DEL PROYECTO

## 1.1 TÍTULO DEL PROYECTO

Sistema de gestión de la calidad, basado en los lineamientos de la norma iso 9001:2008, para la asociación santandereana pro-niño retardado mental “ASOPORMEN”.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivos Generales

Diseñar, documentar, implementar y evaluar un Sistema de Gestión de la Calidad para la Asociación Santandereana Pro-Niño Retardado Mental “ASOPORMEN”, basado en los requisitos de la norma ISO 9001:2008.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

- 🎯 Elaborar un diagnóstico inicial teniendo en cuenta los requisitos de las Normas ISO 9001:2008, que permita identificar el estado actual de la empresa, los procesos que harán parte del Sistema de Gestión, así como las fortalezas y debilidades que puedan ser de utilidad para el proceso.
- 🎯 Sensibilizar, capacitar y comprometer a todo el personal que labora en ASOPORMEN en cada una de las etapas que conlleva a la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.
- 🎯 Documentar los procesos desarrollados en la ASOPORMEN por medio de la identificación y revisión de la información existente que permita establecer mejoras y la elaboración de nuevos documentos que garanticen el

cumplimiento de los requisitos establecido en la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2008.

- 🕒 Implementar el Sistema de Gestión de Calidad en ASOPORMEN estandarizando de esta forma los procesos desarrollados en la empresa.
- 🕒 Realizar dos auditorías internas para evaluar el estado del Sistema de Gestión de Calidad, e identificar oportunidades de mejora en sus procesos.
- 🕒 Elaborar e implementar los planes de mejora resultado de las dos auditorías.
- 🕒 Diagnóstico Final

### **1.3 ALCANCE DEL PROYECTO**

El alcance del Sistema de Gestión de la Calidad que se implementa en ASOPORMEN, abarca la prestación del servicio de Protección en modalidad de Seminternado, el cual ofrece de manera integral servicios y programas especializados a niños, niñas y jóvenes con discapacidad cognitiva en situación de peligro que ameritan protección y que cuentan con una red de apoyo familiar.

### **1.4 JUSTIFICACIÓN**

La implementación de los Sistemas de Gestión de Calidad en el mundo empresarial ha traído grandes beneficios, los que van desde la simple diferenciación de servicios y productos, hasta la obtención de ventajas competitivas materializadas en el hecho de preocuparse por la calidad, la atención al cliente, y la capacidad de respuesta a las necesidades del mercado. Para ASOPORMEN es vital la satisfacción y calidad de vida del cliente tanto externo como interno y sus partes interesadas, es por este motivo que la

institución se empeña en suplir sus necesidades prestando servicios de calidad bajo principios éticos, motivando al personal y ofreciendo herramientas que mantengan un alto nivel de bienestar en toda la institución, permitiendo así mejorar continuamente la atención de los servicios prestados y crear cultura de calidad en cada uno de sus funcionarios.

De manera que el Sistema de Gestión de la Calidad se implanta en ASOPORMEN, por el deseo de aumentar la calidad y el valor agregado de los servicios para los sus usuarios. Enfocados en esta ideología, ASOPORMEN promueve la optimización de la productividad del servicio y contribución de los empleados, a través de la creatividad, innovación y el aprendizaje organizacional, incrementando la eficacia y el retorno de la inversión accionaria. El logro de la estabilidad y equilibrio de estos aspectos, junto con la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad, permite identificar un patrón de orientación que conduce a la institución a pensar estratégicamente entregando herramientas de análisis que permiten detectar oportunidades y amenazas del entorno y reconocer sus fortalezas y debilidades. De igual manera en el Sistema de Gestión de la Calidad, ASOPORMEN estandariza procedimientos que permiten un mayor control de lo que se hace efectivamente en la institución al medir registros de las actividades principales. Admitiendo la esencia e importancia que genera el instaurar el SGC por la forma en que la institución se refleja trabajando bajo un enfoque hacia el cliente, es decir, que todo su potencial de recursos sean destinados hacia la excelente prestación de los servicios que ofrece ASOPORMEN para sus usuarios.

## 2. GENERALIDADES DE LA EMPRESA

Fotografía N° 1. ASOPORMEN



### 2.1 DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA

ASOPORMEN, es una entidad sin ánimo de lucro, fundada el 12 de Noviembre de 1965 en la ciudad de Bucaramanga Santander, en la república de Colombia. Tiene 46 años de experiencia en la atención de niños, niñas, jóvenes y adultos; en servicios de educación especializada, salud, terapias, talleres protegidos, asesoría y acompañamiento a familias en todas las etapas del desarrollo humano.

Desde entonces, el compromiso de la Institución, ha sido brindar educación a la población con necesidades educativas permanentes y terapias de rehabilitación y habilitación a las personas en situación de discapacidad y otros trastornos del desarrollo.

Así mismo esta entidad forma parte del Sistema Nacional de Bienestar Familiar como institución de protección siendo garante de los derechos de niños, niñas y adolescentes.

Su gestión es reconocida a nivel regional y nacional, una vez expuesto los múltiples proyectos y convenios que se han realizado por más de cuatro décadas. ASOPORMEN, ofrece, proporciona y desarrolla servicios integrales que satisfagan las necesidades y expectativas de sus usuarios y sus familias, brindando calidad y bienestar mediante la optimización de los recursos, con personal profesional altamente calificado.

La responsabilidad social y el compromiso de ASOPORMEN es con las personas en situación de discapacidad cognitiva de estrato socio económico 1, 2 y 3, para que puedan asistir a recibir educación especializada.

Las personas desde la infancia deben tener acceso a los valores que orientan a cualquier Estado mediante un compromiso real y efectivo de la sociedad para obtener las condiciones que les permitan crecer en igualdad y en la libertad, con justicia y respeto.

ASOPORMEN hace parte de las instituciones, en favorecer el pleno cumplimiento de los derechos del menor por medio de un programa integral en los aspectos sociales, terapéuticos, psicológicos y diferentes medios que sirven como recreación, esparcimiento; disminuyendo la discapacidad y en general ayuda al desarrollo integral de los niños como derecho fundamental prevalente consagrado en el artículo 44 de la carta política.

## **2.2 RESEÑA HISTÓRICA**

La ASOCIACIÓN SANTANDEREANA PRO – NIÑO RETARDADO MENTAL, fue creada en Bucaramanga, Departamento de Santander, República de Colombia, el 12 de Noviembre de 1965 por un grupo de ciudadanos orientados por los doctores Jaime Trillos Novoa, Ramón Manrique, Luis francisco Acevedo, Roberto Gutiérrez de Piñeres, Cecilia Ordúz Gutiérrez de Piñeres, Jorge Ordúz Ardila, Beatriz Peralta

de Ordúz, Enrique Ordúz Ardila y Josué A. Gómez Roa, quienes preocupados por los innumerables casos de retardo mental existentes en la ciudad de Bucaramanga, acordaron la fundación de ésta institución para brindar una solución a dicha familias.

El 30 de julio de 1966 se le otorgó la personería jurídica por medio de la resolución N° 0124 como Asociación sin ánimo de lucro y desde esta fecha ha venido funcionando ASOPORMEN de forma ininterrumpida.

En sus primeros años funcionó en Lagos del Cacique; a partir del año 1968 funciona con sede propia en la carrera 27 N° 42 – 52 del Barrio Sotomayor. Recibe para su habilitación aproximadamente 200 alumnos de ambos sexos, con discapacidad cognitiva.

Han representado legalmente la Institución las siguientes personalidades:

1. Jaime Trillos Novoa (1966 - 1968)
2. Jorge Ordúz Ardila (1969 - 1975)
3. Enrique Ordúz Ardila (1976 - 1986)
4. Gabriel Ordúz Amorocho (1986 - 1987)
5. Ciro Ríos Nieto (1987 - 1990)
6. Jaime Trillos Novoa (1990 - 2005)
7. Dra. Rosa María Ordúz de Parra (2005 – 2008)
8. Luz Stella Prada De López (2008 – Actualidad)

La Asociación ha sido identificada con diferentes nombres: Instituto del Niño Especial, Retardado Mental de la Carrera 27 y en 1985 el Dr. Enrique Ordúz establece la sigla ASOPORMEN en mención a la razón social de esta entidad. La institución funciona como una entidad privada sin ánimo de lucro, sin discriminaciones raciales, políticas o religiosas.

## 2.3 IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Tabla N° 1. Identificación de la Institución

Nombre de la Institución	ASOPORMEN
Representante Legal	Hernando Parra Ortega
Directora Ejecutiva	María Eugenia Acuña Macías
Fecha de Constitución	12 de Noviembre de 1965
NIT	890301397-0
Dirección Sede Principal	Carrera 27 No. 42 – 52 Sotomayor
Ciudad	Bucaramanga
Teléfonos	6 34 59 35 - 6 43 71 96

Fuente: ASOPORMEN

## 2.4 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO ANTES DEL S.G.C.



### 2.4.1 Misión




Contribuimos en la atención oportuna y garantía de derechos de los niños, niñas, jóvenes y adultos con discapacidades físicas, cognitivas, sensoriales y comunicativas a través de un abordaje interdisciplinario.

### 2.4.2 Visión

Ser líderes de la sociedad del Oriente Colombiano en la atención integral de las disfunciones del ser humano en todas sus etapas.

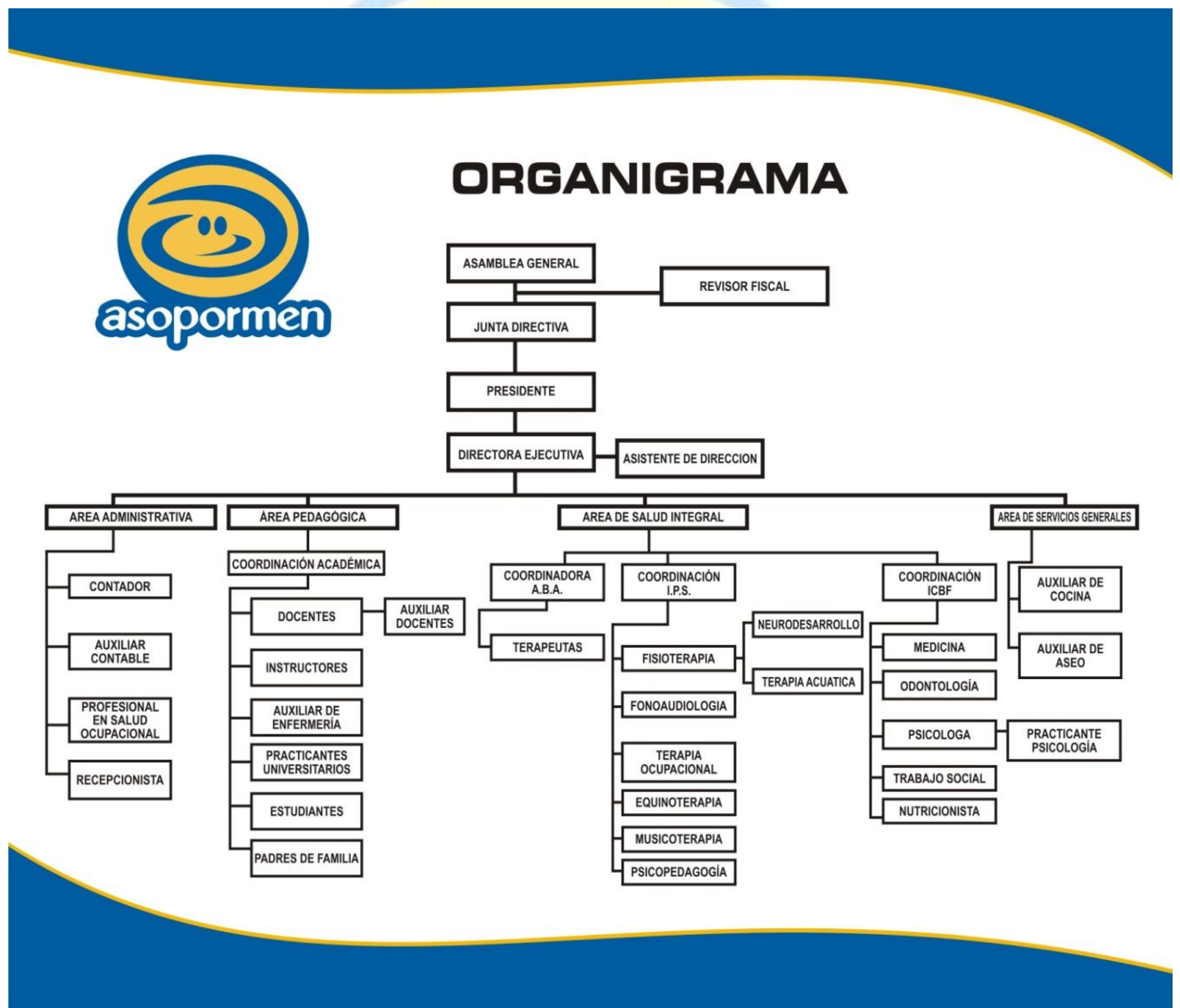
### 2.4.3 Valores Institucionales

-  Ética Profesional
-  Protección Social

-  Atención al Cliente
-  Garantía de Derechos
-  Calidad Humana

## 2.4.4 Organigrama

Figura N° 1. Organigrama ASOPORMEN



Fuente: ASOPORMEN

## 2.5 SERVICIOS

ASOPORMEN ofrece un tratamiento integral adecuado según las necesidades del usuario, mediante programas estructurados utilizando herramientas terapéuticas individualizadas que integran las diferentes disciplinas requeridas como son: terapia física, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología y sicopedagogía; herramientas que son reconocidas a nivel internacional por sus grandes beneficios a la población con necesidades especiales.

Los Servicios de Salud Integral como IPS, Educación y Protección, son sus principales servicios los cuales aplican programas especializados con apoyo de las siguientes especialidades en:

### Medicina

Diagnóstico, prevención y tratamiento; control y seguimiento de las enfermedades.

### Odontología

Diagnóstico, prevención y tratamiento de las patologías. Enfermedades que afecten la salud oral. Endodoncia cirugía oral, operatoria, odontopediatría, prótesis fija y removible, ortodoncia.

### Psicología

Mejora y orienta el crecimiento humano y las relaciones personales, interpersonales y familiares como fundamento para un estilo de vida saludable.

Figura N° 2. Servicios



Fuente ASOPORMEN

## 2.6 CLIENTES

### Clientes Externos

#### Directos:

- Niños, niñas, adolescentes, mayores de 18 años y sus familias.

#### Indirectos:

- Instituciones
- ICBF programa del ministerio de Protección
- Entes gubernamentales: alcaldía y gobernación
- Policía
- EPS
- Empresas

#### Clientes Internos

##### ✓ Dependientes

- Planta

##### ✓ Independientes

- Prestación de servicio
- Transitorios
- Por obra



### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 ISO (ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LA ESTANDARIZACIÓN)

La Organización Internacional para la Estandarización (ISO) es una federación de alcance mundial integrada por cuerpos de estandarización nacionales de 130 países, uno por cada país. La ISO es una organización no gubernamental establecida en 1947. La misión de la ISO es promover el desarrollo de la estandarización y las actividades con ella relacionada en el mundo con la mira en facilitar el intercambio de servicios y bienes, y para promover la cooperación en la esfera de lo intelectual, científico, tecnológico y económico. Todos los trabajos realizados por la ISO resultan en acuerdos internacionales los cuales son publicados como Estándares Internacionales.<sup>1</sup>

#### 3.2 ANTECEDENTES DE LA NORMA ISO 9000

Era 1946, en Londres, se acordó por representantes de veinticinco países miembros del comité Coordinador de las Naciones Unidas para la Normalización (UNSCC) la creación de la Organización Internacional para la Normalización, conocida como ISO por su nombre en inglés (International Organization For Standardization) para promover el desarrollo de estándares internacionales y actividades relacionadas incluyendo la conformidad de los estatutos para el intercambio de bienes y servicios en todo el mundo.

De esta forma, de 1947 a 1986 Estados Unidos de Norteamérica establece diversos programas y normas para el aseguramiento de la calidad y en 1979 el Instituto Británico de Estandarización (British Standard Institute, BSI) desarrolla el

---

<sup>1</sup> Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9000, Sistema de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabularios

primer sistema para la administración de la estandarización comercial conocido como BS 5750.

Con este antecedente, ISO crea en 1987 la serie de estandarización ISO 9000 adoptando la mayor parte de los elementos de la norma británica BS 5750. Ese mismo año la norma es adoptada en los Estados Unidos como la serie ANSI/ASQC-Q90 (American Society for Quality Control); y la norma BS 5750 es revisada con el objeto de hacerla idéntica a la norma ISO 9000.

Tanto en Gran Bretaña como en toda Europa se implantó la norma con gran rapidez, debido a que algunos organismos impusieron a las empresas a certificarse y por ende, cada una de ellas a sus proveedores y aunque no debió haberse considerado como obligatoria, ésta representó ingresos de alrededor de los 140 millones de dólares por concepto de honorarios para los organismos certificadores.

En América se comenzó a implantar en Estados Unidos desde 1990 debido a un efecto en cascada generado, en gran parte, por la publicidad y los medios de comunicación, los cuales definieron a la norma ISO 9000 como “el pasaporte a Europa” que garantizaba competitividad global y que además, la empresa que no se certificara se vería incapaz de comercializar con países europeos.

En México, debido a que las normas originalmente son publicadas en inglés, francés y ruso, se crea el Comité Técnico Nacional de Normalización de Sistemas de Calidad, COTENNSISCAL (1989), para la traducción y desarrollo de normas ISO 9000, de esta forma se emiten las primeras normas ISO 9000 clasificadas bajo el rubro de NOM, sin embargo, dado su carácter de no obligatoriedad, en 1995 se emite la segunda edición de las normas ISO 9000 clasificadas NMX-CC, para su aplicación en cualquier organización de forma opcional.

### 3.3 FUNDAMENTOS DE LA FAMILIA DE LAS NORMAS ISO 9000

Las normas ISO 9000, 9001,9004 y 19011, forman parte de la familia para la implementación del sistema de gestión de la calidad, estructuradas de la siguiente forma:<sup>2</sup>

**Norma ISO 9000**, describe los fundamentos del sistema de gestión de la calidad y su vocabulario, esta norma es básica para entender los elementos que conforman los principios de la calidad, aunque no se una norma auditable se debe estudiar para comprender de manera más fácil la norma ISO 9001.

**Norma ISO 9001**, especifica los requisitos que se deben cumplir para demostrar que las organizaciones cumplen con los elementos para satisfacer las necesidades de los usuarios, a través del cumplimiento de las especificaciones de los productos y/o servicios generados. Esta norma establece cada uno de los “requisitos” a cumplir, por tanto, es una norma certificable.

**Norma ISO 9004**, proporciona directrices de eficacia y eficiencia para la mejora del desempeño de la organización, la satisfacción de los clientes y de otras partes interesadas. No es una norma certificable.

**Norma ISO 19011**, es una guía para la planeación y programación de auditorías al sistema gestión de la calidad.

Todas estas normas siempre hacen referencia al concepto de **Sistema de Gestión de la Calidad**, cuya esencia es la operación a través de la identificación

---

<sup>2</sup> Generalidades. Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9000, Sistema de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabularios

de procesos y su interrelación para lograr un producto o servicio que satisfaga las necesidades de los clientes de forma sistemática.

Los sistemas de gestión de la calidad, tienen como base los ocho principios universales de la calidad para la mejora del desempeño<sup>3</sup>:

1. **Enfoque al Cliente:** las organizaciones tienen su razón de ser en los clientes, por tanto, deben tener la capacidad de identificar sus necesidades actuales, visualizar las futuras, satisfacer sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas.
2. **Liderazgo:** la más alta autoridad de la organización siempre debe ser la unidad de esfuerzo y visionaria para identificar el clima organizacional y esforzarse en convencer al personal de la importancia de crear y mantener un ambiente de trabajo agradable y armonioso, siendo el ejemplo y la guía para el cumplimiento de los objetivos de la organización.
3. **Participación del Personal:** el personal es el capital intelectual que mejores ganancias puede ofrecer a la organización, por lo tanto, su participación y compromiso en la implantación del sistema de calidad es básico para el cumplimiento de los objetivos.
4. **Enfoque Basado en Procesos:** este principio establece que se alcanzan mejores resultados cuando los recursos y las actividades se gestionan como un proceso.

---

<sup>3</sup> Principios de Gestión de la Calidad. Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9000, Sistema de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabularios Pág. i.

5. **Enfoque de Sistema para la Gestión:** identificar los procesos que intervienen en la realización de un producto y/o servicio, su interrelación como un sistema, contribuyen a que se logren los objetivos de forma eficaz y eficiente.
6. **Mejora Continua:** este principio establece la necesidad de identificar los cambios, expectativas, requisitos de un cliente o de un producto y establecer un programa de mejora continua como una actividad permanente en la organización.
7. **Enfoque Basado en Hechos para la Toma de Decisión:** las mejores decisiones se toman basadas en el análisis de los datos, la información y las estadísticas.
8. **Relaciones Mutuamente Beneficiosas con el Proveedor:** las organizaciones con sus proveedores manejan relaciones de interdependencia, por lo cual éstas deben ser manejadas bajo el esquema “ganar - ganar”, cuya ventaja es aumentar la capacidad de ambos para crear valor.

Es de suma importancia mencionar que la familia de las norma ISO 9000, son de carácter general, lo que facilita su aplicación a cualquier tipo de organización que quiera implementar un sistema de gestión de la calidad, de esta forma es aplicable a industrias, organizaciones, instituciones, bibliotecas, empresas cuyo objetivo final sea la satisfacción del cliente, el control de los productos y/o servicios y la mejora continua de los procesos.

La interpretación de Las normas, especialmente la ISO 9001: 2008, requiere de un conocimiento previo de la organización, de la identificación de los procesos, de los

requisitos del cliente, de las especificaciones del producto y/o servicio y del conocimiento de las normas ISO 9000, 9004, 19011.

### **3.4 NORMA ISO 9001:2008**

La ISO 9001 es una norma internacional que se aplica a los sistemas de gestión de calidad (SGC) y se centra en todos los elementos de administración de la calidad con los que una empresa debe contar para tener un sistema efectivo que le permita administrar y mejorar la calidad de sus productos o servicios. Para el desarrollo de este proyecto es necesario tener esta NTC ISO 9001 versión 2008 como base fundamental la cual rige una serie de requisitos aplicables a las empresas interesadas en organizar toda su estructura de una forma estandarizada.<sup>4</sup>

La norma ISO 9001:2008 ha sido formalmente aprobada por unanimidad por los miembros de ISO, su publicación oficial se dio el 13 de noviembre de 2008. Esta norma especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad en una organización, permite demostrar su capacidad para proporcionar de forma coherente productos que satisfagan al cliente y los requisitos legales y reglamentarios, y tiene como objetivo aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del sistema, incluidos los procesos para la mejora continua del sistema y el aseguramiento de la conformidad de los clientes y los requisitos legales y reglamentarios.

Todos los requisitos de la norma ISO 9001:2008 son genéricos y se pretende que sean aplicables a todas las organizaciones, independientemente del tipo, tamaño, producto o servicio suministrado. Cuando algún requisito (s) de la norma

---

<sup>4</sup> YÁÑEZ, Carlo M. Sistema de Gestión de la Calidad en base a la norma ISO 900. Internacional de Eventos. Artículo – Área de Gestión Fecha 05-12-2008.

ISO 9001:2008 no se puede aplicar debido a la naturaleza de una organización y su producto, esto puede considerarse para su exclusión.

La norma ISO 9001:2008 está estructurada en ocho capítulos, refiriéndose los tres primeros a declaraciones de principios, estructura y descripción de la empresa, requisitos generales, etc., es decir, son de carácter introductorio. Los capítulos cuatro a ocho están orientados a procesos y en ellos se agrupan los requisitos para la implantación del sistema de calidad. Esta norma no introduce nuevos requisitos sino que establece clarificaciones a la versión del año 2000, y aumenta su compatibilidad con la norma ISO 14001:2004 de Gestión Ambiental. No obstante cada organización deberá evaluar las mejoras a introducir para adaptarse a la norma.

### **3.5 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

Un Sistema de Gestión de la Calidad, es la forma en que una empresa realiza la gestión empresarial asociada con la calidad. En términos generales, consta de la estructura organizacional junto con la documentación, procesos y recursos que se emplea para alcanzar los objetivos de calidad y cumplir con las necesidades de los clientes.

El cumplimiento de la norma tiene como objetivo proporcionar confianza en sus clientes en cuanto al buen funcionamiento de la empresa. Le exige comprobar su capacidad para cumplir con los requisitos de sus clientes y cualquier requisito reglamentado asociado.

Un SGC regido por la norma hace énfasis en el cliente, también resalta la importancia de otras partes interesadas, como los accionistas, el director y los empleados, quienes esperan sacar algún provecho de los beneficios que se consiguen al implantar el sistema de gestión de la calidad en toda la empresa.

El sistema de gestión de la calidad tiene como eje central la mejora continua puesto se considera importante porque si no se están haciendo mejoras, la empresa estará perdiendo terreno frente a la competencia. La norma adopta un método holístico que comienza con discusiones iniciales con el cliente potencial, avanza con la entrega total del producto y/o servicio y luego continúa con el seguimiento de la satisfacción del cliente.

### **3.5.1 Elementos de un Sistema de Gestión de la Calidad**

1. La estructura de la organización: Corresponde al organigrama de la empresa donde se jerarquizan los niveles directivos y de gestión.
2. La estructura de responsabilidades: Implica a las personas y los departamentos, sus funciones y actividades.
3. Procedimientos: Corresponden al plan permanente de pautas detalladas para controlar las acciones de la organización.
4. Procesos: Integran la sucesión completa de operaciones dirigidos a la consecución de un objetivo específico.
5. Recursos: Corresponden a los recursos de infraestructura, económicos, humanos, técnicos, tecnológicos y de otro tipo, se definen de forma estable y circunstancial.

### **3.5.2 Beneficios del Sistema de Gestión de la Calidad**

- 🎯 Brindar la confianza que buscan los clientes.
- 🎯 Mejora del desempeño, coordinación y productividad.
- 🎯 Incrementar la eficacia y/o eficiencia de la organización en el logro de sus objetivos.
- 🎯 Logro y mantenimiento de la calidad de su producto y/o servicio a fin de satisfacer las necesidades explícitas e implícitas de sus clientes.

- 🎯 Incrementar la satisfacción de los clientes.
- 🎯 Confianza por parte de la dirección en el logro y mantenimiento de la calidad deseada.
- 🎯 Evidencia de las capacidades de su organización frente a clientes fijos y potenciales.
- 🎯 Apertura de nuevas oportunidades de mercado o mantenimiento de la participación en el mercado.
- 🎯 Certificación / Registro.
- 🎯 Estandarizar las actividades del personal que labora dentro de la organización por medio de la documentación.
- 🎯 Medir y monitorear el desempeño de los procesos.

### **3.6 ETAPAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

Cualquier tipo de organización que necesite desarrollar e implementar un sistema de gestión de la calidad deberá realizar bajo un esquema general las siguientes etapas:

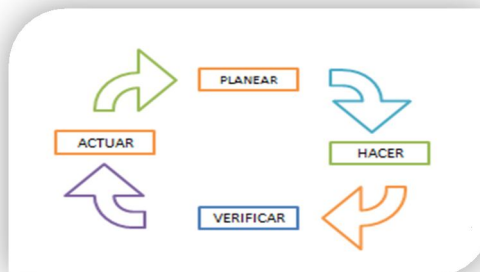
1. Determinar las necesidades y expectativas de los usuarios.
2. Establecer la política y los objetivos de la calidad de la organización, acordes a los objetivos o metas propuestas por la organización.
3. Identificar y determinar los procesos que intervienen en la realización del producto y/o servicio y las responsabilidades necesarias para el logro de los objetivos de la calidad, junto con la identificación la interacción de los procesos representando esto en un mapa de procesos.
4. Determinar y proporcionar los recursos físicos, materiales, de tiempo, humanos, financieros y tecnológicos necesarios para el logro de los objetivos de la calidad.
5. Establecer métodos para medir la eficacia y eficiencia de cada proceso.

6. Aplicar estas medidas para determinar la eficacia y eficiencia de cada proceso.
7. Determinar los medios para prevenir no conformidades y eliminar sus causas, uno de ellos puede ser la elaboración de un procedimiento documentado.
8. Establecer y aplicar un proceso para la mejora continua del sistema de gestión de la calidad.

### 3.7 CICLO DEMING

Independientemente de los productos que se fabriquen o servicios que se proporcionen, todos los sistemas de gestión de la calidad deben estar basados en las cuatro actividades del círculo de control que se muestran en la siguiente figura:

Figura N° 3. Ciclo Deming



**I. Planear.** Las actividades que se van a desarrollar en una empresa deben planearse; determinar políticas, objetivos y metas, procedimientos, métodos, normas, especificaciones y reglamentos.

**II. Hacer.** Para hacer el trabajo, es necesario educar y capacitar a la personas para que actúen según lo planeado, y sean personas confiables.

**III. Verificar.** El objetivo de la verificación es confirmar que las cosas se están haciendo bien, descubrir si hay no conformidades y tener datos objetivos que sirvan de base para la mejora. Las auditorias son herramientas de verificación junto con la inspección, revisión y evaluación.

**IV. Actuar.** Cuando se encuentran no conformidades o errores, es importante tomar medidas, es decir, emprender las acciones correctivas para corregir y evitar que vuelvan a presentarse.

#### **Ciclo Deming enfocado a ASOPORMEN**

En ASOPORMEN se utilizó la metodología del Ciclo Deming, para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad, la cual por medio de estas cuatro etapas que contiene este ciclo, permite un análisis, control y mejora de los resultados del Sistema.

A continuación se muestra en resumen, las actividades y la metodología que se utilizó para desarrollar la implementación del sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo a el ciclo PHVA, esto se realizó teniendo en cuenta que se debe realizar y como se realizó cada una de cuatro fases de este ciclo.

PHVA	QUE	COMO
PLANEAR	Establecer Planes	Diagnóstico inicial
	Establecer Política	Identificar necesidades ASOPORMEN Vs Usuarios
	Establecer Objetivos	Análisis de la Política de Calidad
	Establecer Procesos	Actividades que se realizan al prestar el servicio
	Establecer indicadores	De acuerdo a los objetivos de calidad y sus variables
HACER	Ejecutar planes (Acciones)	Gerencia de Planes
	Ejecutar procesos	Gerencia de Procesos
	Calcular indicadores	
VERIFICAR	Medir Planes (Acciones)	Seguimientos
	Medir procesos	Realizar auditorias y evaluaciones
	Verificar resultados indicador	
ACTUAR	Eliminar no conformidades detectadas	Por medio de acciones de correctivas / preventivas
	Adoptar el cambio	

### 3.8 MODELO DE ENFOQUE BASADO EN PROCESOS

Puede considerarse proceso a cualquier conjunto de actividades que utilizan recursos para transformar elementos de entrada en resultados. La interacción entre estos procesos comúnmente se conoce como “enfoque basado en procesos”, cuya característica particular es que la salida de un proceso, por lo general se vuelve la entrada de un siguiente proceso.

Figura N° 4. Modelo de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en procesos



Se presentan los cuatro grupos los cuales son responsabilidad de la dirección, gestión de recursos, realización del producto y/o servicio y medición, análisis y mejora. Con este enfoque, la norma se vuelve aplicable para cualquier tipo de organización, sólo es necesario definir un proceso de realización de producto y/ servicio.

Estos grupos se encuentran relacionados unos con otros formando un ciclo semejante al PHVA, como resultado de su aplicación se fomenta la mejora continua.

Cabe mencionar que para ASOPORMEN, se definieron y se caracterizaron cada uno de los procesos de acuerdo a este enfoque y por tanto se hizo bajo la aplicación de la metodología del ciclo PHVA, esto significa que para la aplicación de este enfoque hacia los procesos se definieron las actividades que permiten hacer una respectiva planeación a lo que se debe realizar para ejecutar el servicio y se establecieron del mismo modo las actividades que permiten hacer una verificación de lo planeado con lo realizado, y de acuerdo a esto se trabaja sobre los resultados que es cuando se tiene la oportunidad de mejora de los procesos. Estos procesos son revisados por la dirección, esto permite tener un control sobre los procesos de acuerdo al enfoque que sirve para realizar análisis de todos los elementos y partes que deben intervenir para dar un resultado esperado a los usuarios y partes interesadas de ASOPORMEN.

## 4. METODOLOGÍA DEL PROYECTO

### 4.1 DIAGNÓSTICO

En este capítulo del proyecto de implementación del SGC, hace énfasis a la evaluación inicial del estado de la institución con relación a los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008.

El diagnóstico es el punto de referencia para la formulación del plan de diseño e implementación del sistema de gestión de la calidad y se desarrolla teniendo en cuenta las actividades a efectuar para subsanar las diferencias entre lo que tiene la institución y lo que debe tener según la NTC ISO 9001:2008.

#### 4.1.1 Descripción de la Evaluación para el Diagnóstico

Para la realización del diagnóstico se utilizó una lista de chequeo que incluía todos los numerales de la Norma por capítulos, se establecieron criterios de evaluación que permitieron calificar a cada uno de los requisitos verificando el cumplimiento o no de estos y sus observaciones si era el caso.

El siguiente paso para desarrollar la etapa de diagnóstico fue citar a las coordinadoras de cada servicio, quienes son las personas que conocen y tienen la plena información acerca de cada área de servicio y junto con la directora ejecutiva se dio inicio a la etapa de diagnóstico del SGC en ASOPORMEN.

Por medio de este diagnóstico que se realizó en el instituto se logró identificar:

- 📄 Los documentos actuales en la institución, que daban cumplimiento a algunos de los requisitos de la norma.

- 🕒 Las actividades dentro de cada área de servicio que daba cumplimiento con los requisitos pero no están documentados.
- 🕒 Los requisitos de la norma los cuales no daban cumplimiento.
- 🕒 Identificación de las necesidades de las acciones a realizar e implementar para dar cumplimiento a los requisitos de la norma, para una eficaz implementación del SGC.

Los criterios que se establecieron para evaluar a ASOPORMEN con respecto a la norma NTC ISO 9001:2008 son:



Tabla N° 2. Diagnóstico Inicial del Sistema de Gestión de la Calidad

DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LOS REQUISITOS DE LA NTC ISO 9001:2008			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN CUANTITATIVA			
PUNTAJE	1	El requisito No Aplica a la Institución.	Calificación Mínima (1)
	2	El requisito Aplica para la Institución, pero no se tiene nada al respecto.	
	3	El requisito se lleva a cabo en la Institución, pero no se encuentra documentado totalmente.	
	4	El requisito se encuentra documentado.	
	5	El requisito se encuentra Aprobado, pero no actualizado o incompleto.	
	6	El requisito se encuentra Aprobado, actualizado y en proceso de implementación.	
	7	El requisito se encuentra en proceso de seguimiento, medición y análisis.	
	8	El requisito se ha auditado.	
	9	El requisito se encuentra en proceso de mejora continua.	Calificación Máxima (9)



Ítem	Núm. ISO	REQUISITO										%	OBSERVACIONES	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9			
1	4.1	<b>REQUISITOS GENERALES</b>	0	6	1	0	1	0	0	0	0	0	27,8%	Numeral 4.1
2	4.1	4.1 ¿En el instituto se establece documenta, implementa y mantiene un sistema de gestión de la calidad?			X								3	En la institución se maneja calidad en cada desarrollo de las actividades pero no está establecida dentro de un sistema en funcionamiento.

Ítem	Núm. ISO	REQUISITO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	%	OBSERVACIONES
3		a) ¿Se encuentran identificados los procesos?		X								2	Se encuentran identificadas áreas con respecto a cada servicio que se presta en la institución
4		b) ¿Se ha definido la interacción de los procesos?		X								2	Se tiene presente la relación que tienen las áreas de acuerdo con los servicio, pero no están definidos los procesos.
5		c) ¿Se cuenta con métodos de control para asegurar que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces?		X								2	No está documentado, ni implementado.
6		d) La institución se asegura de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y seguimiento de estos procesos?		X								2	La dirección asigna los recursos necesarios para la funcionalidad de los servicios, pero hace falta indicadores de gestión que corroboren el proceso.
7		e) La organización realiza el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos?		X								2	Falta definir los indicadores de gestión, evaluación y análisis.
8		f) ¿Se implementan las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua?		X								2	No se ha establecido la planificación y por tanto no se ha establecido las acciones necesarias para implementarlas.
9		Se controlan los procesos contratados externamente que afectan la conformidad del producto?					X					5	Hay que revisar el procedimiento, documentado adecuadamente según los requerimientos.
10	4.2	<b>REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN</b>	0	9	0	0	0	0	0	0	0	22,2%	<b>Numeral 4.2</b>
11	4.2.1	a) ¿Existe declaración documentada de la política y		X								2	ASOPORMEN tiene documentación sobre los servicios que se prestan en la institución,

Ítem	Núm. ISO	REQUISITO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	%	OBSERVACIONES
		los objetivos de calidad del SCG?											pero son documentos elementales, básicos y no establecidos según un sistema de calidad. Falta definir e instaurar y documentar toda la información correspondiente a estos procesos para hacer seguimiento.
12		b) ¿Existe un manual de calidad documentado?		X								2	
13		c) ¿Existen los procedimientos y registros documentados del exigidos por la norma NTC ISO 9001:2008		X								2	
14		d) Existen los documentos, registros y demás documentos que la institución determina que son necesarios para asegurar la eficaz planificación, operación y control de sus procesos?		X								2	
15	4.2.2	¿Tiene un manual de la calidad?		X								2	
16	4.2.3	¿Tiene un procedimiento para el control de documentos? ((Procedimientos, guía para elaboración de procedimientos, instrucciones, manuales, etc.)		X								2	
17		¿Tiene un inventario de la documentación existente y de la faltante?		X								2	
18	4.2.4	¿Existe un procedimiento para la administración de los registros de la calidad?		X								2	

Ítem	Núm. ISO	REQUISITO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	%	OBSERVACIONES
19		¿Están organizados y relacionados los registros que hacen parte del SGC?		X								2	
20	<b>5.1</b>	<b>Compromiso de la dirección</b>	0	3	0	0	1	1	0	0	0	37,8%	<b>Numeral 5,1</b>
21	5.1	a) ¿La alta dirección ha comunicado la importancia de satisfacer los requisitos del cliente y los reglamentarios?					X					5	Si se tiene presente la importancia de implementar el SGC para ASOPORMEN, actualmente la Directora ejecutiva se encarga de comunicar a todo el personal, lo que significa tener un SGC.
22		b) ¿Se tiene una política de la calidad establecida?		X								2	No está establecida.
23		c) ¿Se tienen establecidos los objetivos que se relacionan con la calidad?		X								2	No están establecidos los objetivos de calidad
24		d) ¿Se lleva a cabo revisiones del SGC?		X								2	Actualmente se está iniciando con el proyecto de implementación del SGC.
25		e) ¿Se aseguran la disponibilidad de recursos para el funcionamiento del SGC?						X				6	Actualmente los recursos están aprobados y están en proceso de implantación. Pero de igual forma se debe hacer un seguimiento.
26	<b>5.2</b>	<b>Enfoque al cliente</b>	0	0	0	0	1	2	0	0	0	63%	<b>Numeral 5.2</b>
27	5.2	¿Existe evidencia de que se determinan y cumplen los requisitos del cliente?						X				6	Existe un diseño de encuesta con el fin de revelar si se está cumpliendo con el propósito de los servicios que se prestan en ASOPORMEN, de igual manera hay un diseño de formato para evidenciar quejas reclamos y sugerencia por parte del cliente interno.

Ítem	Núm. ISO	REQUISITO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	%	OBSERVACIONES
28		¿Se han determinado los diferentes tipos del cliente?					X					5	Si se tiene especificados los diferentes tipos de clientes, pero no hay establecidos documentos que los definan.
29		¿Se evalúa la satisfacción del cliente?						X				6	Se aplica mensualmente una encuesta de satisfacción a los usuarios acerca de los servicios, instalaciones, e igualmente para los clientes internos los formatos y un espacio donde pueden manifestar sus necesidades.
30	<b>5.3</b>	<b>Política de calidad</b>	0	5	0	0	0	0	0	0	0	22,2%	<b>Numeral 5.3</b>
31	5.3	a) ¿Es adecuada la política de calidad al propósito del Instituto?		X								2	No hay una política de calidad para ASOPORMEN establecida.
32		b) ¿Incluye la política de calidad el compromiso de cumplir los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema?		X								2	
33		c) ¿Proporciona un marco de referencia para los objetivos de calidad?		X								2	
34		d) ¿Es la política de calidad es comunicada y entendida dentro del instituto?		X								2	
35		e) ¿Es revisada para su continua adecuación?		X								2	

Ítem	Núm. ISO	REQUISITO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	%	OBSERVACIONES
36	5.4	<b>Planificación</b>	0	2	0	0	0	0	0	0	0	22,2%	<b>Numeral 5.4</b>
37	5.4.1	¿Los objetivos de la calidad han sido establecidos en las funciones y niveles pertinentes?		X								2	En el momento no se tiene establecidos los objetivos de calidad para ASOPORMEN.
38	5.4.2	¿Se planifican los cambios que pueden afectar la integridad del SGC?		X								2	No se tiene una metodología establecida o un plan estratégico que ayude a la dirección a prevenir las consecuencias negativas que contengan los cambios.
39	5.5	<b>Responsabilidad, autoridad y comunicación</b>	0	0	1	0	2	2	0	0	0	55,6%	<b>Numeral 5.5</b>
40	5.5.1	¿Se tiene definidas las responsabilidades y autoridades de la organización?						X				6	Si se tiene definida las responsabilidades y autoridades de la organización. Está documentado según el manual de funciones pero no se tiene definido una forma específica para hacer el seguimiento, la medición y el análisis a este.
41		¿se tiene organigrama?					X					5	Se tiene un organigrama pero está sujeto a modificaciones.
42	5.5.2	¿Se ha seleccionado el representante de la dirección?						X				6	Se designó una funcionaria de la institución para manifestar a la alta dirección sobre el desarrollo del proyecto de implementación del SGC.
43	5.5.3	¿Se han definido y establecido los canales de comunicación?					X					5	Están definidos y establecidos, lo que se quiere es hacer un análisis de estos canales de comunicación.

Ítem	Núm. ISO	REQUISITO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	%	OBSERVACIONES
44		¿Se han efectuado mejoras en los procesos de comunicación?			X							3	Si se han efectuado mejoras por que constantemente se han incorporado prácticas de psicología con proyecto de comunicación. En el reglamento interno se especificaron los procesos de comunicación ascendente y descendente y horizontal.
45	<b>5.6</b>	<b>Revisión por la dirección</b>	0	3	0	0	0	0	0	0	0	22,2%	<b>Numeral 5.6</b>
46	5.6.1	¿La alta dirección a intervalos planificados, revisa el SGC para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continua?		X								2	No se practica esta actividad por parte de la dirección porque aún el SGC no se ha implantado en ASOPORMEN.
47	5.6.2	¿Se han establecido las entradas de revisión por la dirección?		X								2	No se tiene definido la información de entrada para la revisión.
48	5.6.3	¿Se han establecido los resultados de la revisión de la dirección?		X								2	Aun no se tiene implantado el SGC por tanto no se puede evidenciar estos resultados.
49	<b>6.1</b>	<b>Provisión de recursos</b>	0	0	0	0	0	1	0	0	0	66,7%	<b>Numeral 6.1</b>
50	6.1	¿Existe una metodología para la asignación sistemática de los recursos?						X				6	Si existe una forma de asignar los recursos para implementar el SGC, pero no está definida como una metodología o aún no está establecida.
51	<b>6.2</b>	<b>Recursos humanos</b>	0	1	0	0	0	2	1	0	0	58,3%	<b>Numeral 6.2</b>
52	6.2.1	¿Se han determinado las competencias necesarias para el personal que afecta la calidad del servicio?							X			7	Se encuentra establecido las competencias necesarias. Identificadas en el manual de funciones como competencias institucionales y específicas del cargo.

Ítem	Núm. ISO	REQUISITO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	%	OBSERVACIONES
53	6.2.2	¿Se ha determinado la competencia del personal que realiza trabajos que afectan la calidad del servicio?						X				6	Si se hace por medio de la selección, evaluación de desempeño y está bajo supervisión por la alta dirección.
54		¿La organización evalúa la eficacia de las acciones tomadas, tales como formación o capacitación del personal?		X								2	Se tiene muy presente la formación profesional, las capacitaciones que tengan pero no se evalúa estos requisitos.
55		¿Se mantiene registros que evidencien la educación, formación, habilidades y experiencia?						X				6	Si hay evidencia de la educación, formación, habilidades y experiencia por medio del historial de hojas de vida de las personas que ingresan a ASOPORMEN.
56	<b>6.3</b>	<b>Infraestructura</b>	0	0	0	0	1	0	0	0	0	55,6%	<b>Numeral 6.3</b>
57	6.3	¿La institución determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del servicio?					X					5	La institución cuenta con instalaciones necesariamente adecuadas que permiten que se desarrollen todos los servicios que prestan,
58	<b>6.4</b>	<b>Ambiente de trabajo</b>	0	0	1	0	0	0	0	0	0	33,3%	<b>Numeral 6.4</b>
59	6.4	¿Se cuenta con un ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del servicio?			X							3	La institución cuenta con instalaciones necesariamente adecuadas que permiten que se desarrollen todos los servicios que prestan, pero se tiene en avance un proyecto de pre factibilidad para la construcción de una sede que cumpla al 100% con todos los requisitos de los usuarios.

Ítem	Núm. ISO	REQUISITO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	%	OBSERVACIONES
60	7.1	<b>Planificación de la realización del servicio</b>	0	1	2	0	0	0	0	0	0	29,6%	<b>Numeral 7.1</b>
61	7.1	¿Se planifican los procesos para la prestación del servicio?			X							3	Se hace la planificación para las actividades relacionadas con los servicios y se tienen algunos documentos de planificación.
62		¿Se han determinado los requisitos del servicio?			X							3	Se tiene presenten los requisitos necesarios para poder prestar el servicio de tal forma que estos requisitos le permiten a ASOPORMEN identificar qué clase de servicio es el que se debe prestar.
63		¿Se han establecido los registros que evidencian el cumplimiento de los requisitos por parte de los procesos de realización del servicio y los resultados?		X								2	No se ha diseñado un formato que se pueda diligenciar para evidenciar el cumplimiento de los requisitos por parte de las actividades que se realizan para prestar el servicio y los resultados.
64	7.2	<b>Procesos relacionados con el cliente</b>	0	1	0	0	0	2	0	0	0	51,9%	<b>Numeral 7.2</b>
65	7.2.1	¿Se determinan los requisitos relacionados con el servicio?						X				6	Están establecidos los requisitos especificados por el cliente.
66	7.2.2	¿Se revisan los requisitos relacionados con el servicio y su capacidad para cumplirlos?						X				6	Se hace una revisión por parte de la dirección pero no se tiene definidos la forma específica para su revisión.
67	7.2.3	¿Se ha determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con el usuario?		X								2	No hay un protocolo que diga cómo llevar a cabo este procedimiento.

Ítem	Núm. ISO	REQUISITO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	%	OBSERVACIONES
68	7.3	<b>Diseño y desarrollo</b>	0	1	0	0	0	0	1	0	0	50%	<b>Numeral 7.3</b>
69	7.3	¿Existe una metodología que establezca el control que se debe efectuar durante el desarrollo del servicio?		X								2	La institución si planifica y controla pero no se tiene documentado, ni está especificado el procedimiento.
70		¿El personal es competente para estas actividades?							X			7	La mayoría del personal es competente.
71	7.4	<b>Compras</b>	0	5	1	0	0	0	0	0	0	24,1%	<b>Numeral 7.4</b>
72	7.4.1	¿Conoce cuáles son los proveedores que más afectan la calidad?			X							3	Están identificados, pero no están documentados.
73		¿Se tiene criterios para evaluar los proveedores?		X								2	No existen estos criterios para evaluar los proveedores.
74		¿Se tiene una metodología para seleccionar, registrar y calificar periódicamente a los proveedores que se han considerado críticos?		X								2	No existe procedimiento que permita seleccionar, registrar y calificar periódicamente a los proveedores.
75	7.4.2	¿Tiene un plan de selección y clasificación de proveedores?		X								2	No está establecido.
76		¿Se tiene datos o información de las materias primas a comprar o servicios a subcontratar?		X								2	No se tiene registrada esta información.
77	7.4.3	Se cuenta con una actividad de verificación de cumplimiento de los requisitos de los productos comprados?		X								2	No está estipulada.

Ítem	Núm. ISO	REQUISITO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	%	OBSERVACIONES
78	<b>7.5</b>	<b>Prestación del servicio</b>	0	3	0	0	0	1	0	0	0	33,3%	<b>Numeral 7.5</b>
79	7.5.1	¿Se tiene una descripción completa de los procesos de prestación de servicio?		X								2	Se requiere la documentación acerca de la prestación del servicio.
80	7.5.2	¿Existen procesos que requieran validación?		X								2	No están establecidos los procesos para la prestación del servicio.
81	7.5.3	¿Se tiene una metodología que identifique la información de enlace y /o la ruta para la trazabilidad?		X								2	No se tiene especificado esta metodología.
82	7.5.4	¿Se identifican los servicios?						X				6	
83	<b>7.6</b>	<b>Control de los equipos de seguimiento y medición</b>	0	1	0	0	0	0	0	0	0	22,2%	<b>Numeral 7.6</b>
84	7.6	Control de los equipos de seguimiento y medición		X								2,0	No se lleva un control.
85	<b>8.2</b>	<b>Seguimiento y medición</b>	0	3	6	1	0	1	0	0	0	34,3%	<b>Numeral 8.2</b>
86	8.2.1	¿Se realiza seguimiento a la satisfacción del cliente						X				6	Si pero se necesita establecer como un procedimiento.
87	8.2.2	¿Existe un procedimiento para auditorías internas de calidad?			X							3	Si existe, está documentado, pero no se ha aplicado.
88		¿Existe un sistema o una forma de evaluación y selección de auditores internos de la calidad?			X							3	No existe procedimiento para la evaluación y selección de auditores.
89		¿Existen formados los candidatos seleccionados para las auditorías internas de la calidad?			X							3	

Ítem	Núm. ISO	REQUISITO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	%	OBSERVACIONES
90		¿Se realizan las correcciones y se toman acciones correctivas sin demora para eliminar no conformidades detectadas y sus causas?				X						4	Se trata de identificar falencias dentro de la institución y se toman acciones correctivas.
91		¿Se ha elaborado un programa de auditorías internas de la calidad?			X							3	No se ha elaborado.
92	8.2.3	¿Se aplican métodos para la medición de los procesos?		X								2	
93		¿Tienen definidos indicadores de desperdicios, devoluciones, quejas, reclamos, acciones de mejoramiento, auditorías internas de la calidad?		X								2	No se tiene indicadores de gestión que permita evaluar y así identificar estos aspectos.
94	8.2.4	¿Tienen metodologías para la evaluación y seguimiento de la prestación del servicio?		X								2	Existen documentos que permiten la evaluación y el seguimiento de la institución pero no se han implementado.
95		¿Se han definido los criterios de aceptación?			X							3	Se controlar la prestación del servicio pero no se tienen establecidos los criterios de aceptación.
96		¿Se tienen definidos los métodos específicos para la medición y seguimiento del servicio?			X							3	No se tiene definido como tal, pero se lleva un control acerca del servicio.
97	<b>8.3</b>	<b>Control de servicio no conforme</b>	0	0	1	0	0	0	0	0	0	33,3%	<b>Numeral 8.3</b>
98	8.3	¿Existe un procedimiento para el control de servicios no conformes?			X							3	No se tiene el procedimiento establecido.

Ítem	Núm. ISO	REQUISITO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	%	OBSERVACIONES
99	8.4	<b>Análisis de datos</b>	0	3	0	0	0	0	0	0	0	22,2%	<b>Numeral 8.4</b>
100	8.4	¿El análisis de datos se aplica a la satisfacción del cliente?		X								2	Enfocándose a el análisis que se debe hacer bajo los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del SGC, no hay establecido un procedimiento que permita aplicar a la satisfacción del cliente, a las características y tendencias del servicio y a los proveedores.
101		¿El análisis de datos se aplica a las características y tendencias de los procesos y servicios?		X								2	
102		¿El análisis de datos se aplica a los proveedores?		X								2	
103	8.5	<b>Mejora</b>	0	6	4	0	0	0	0	0	0	27%	<b>Numeral 8.5</b>
104	8.5.1	¿Existe mejora demostrable a través de las auditorías internas?		X								2	
105		¿Existe mejora demostrable a través de la política de la calidad?		X								2	
106		¿Existe mejora demostrable a través de los objetivos de la calidad?		X								2	
107		¿Existe mejora demostrable a través del análisis de los datos?		X								2	
108		¿Existe mejora demostrable a través de las acciones correctivas?			X							3	
109		¿Existe mejora demostrable a través de las acciones preventivas?			X							3	
110		¿Existe mejora demostrable a través de la revisión por la dirección?			X							3	

Ítem	Núm. ISO	REQUISITO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	%	OBSERVACIONES
111	8.5.2	¿Tiene un procedimiento para implementar y verificar la eficacia de las acciones correctivas?		X								2	
112	8.5.3	¿Tiene un procedimiento para implementar y verificar la eficacia de las acciones preventivas?		X								2	
113		¿Tiene una metodología para la atención de quejas y reclamos?			X							3	
114	<b>PROMEDIO</b>											<b>37,0%</b>	

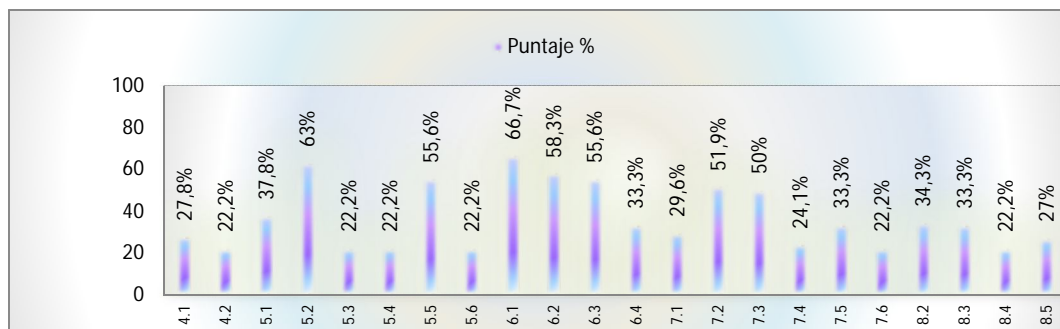


asopormén

#### 4.1.2 Resultado del Diagnóstico

Tabla N° 3. Resultados del Diagnóstico

		Puntaje %
4.1	Requisitos Generales	27,8
4.2	Requisitos de la Documentación	22,2
5.1	Compromiso de la Dirección	37,8
5.2	Enfoque al Cliente	63
5.3	Política de Calidad	22,2
5.4	Planificación	22,2
5.5	Responsabilidad, Autoridad y Comunicación	55,6
5.6	Revisión por la Dirección	22,2
6.1	Provisión de Recursos	66,7
6.2	Recursos Humanos	58,3
6.3	Infraestructura	55,6
6.4	Ambiente de Trabajo	33,3
7.1	Planificación de la Realización del Servicio	29,6
7.2	Procesos Relacionados con el Cliente	51,9
7.3	Diseño y Desarrollo	50
7.4	Compras	24,1
7.5	Prestación del Servicio	33,3
7.6	Control de los equipos de Seguimiento y medición	22,2
8.2	Seguimiento y Medición	34,3
8.3	Control del servicio no conforme	33,3
8.4	Análisis de Datos	22,2
8.5	Mejora	27
<b>PROMEDIO</b>		<b>37,04</b>



### 4.1.3 Análisis General de los Resultados

De acuerdo a la tabla (3), Resultados del Diagnóstico Inicial en ASOPORMEN, se observa un nivel de cumplimiento del 37% con respecto a los requisitos de la NTC ISO 9001 versión 2008; lo cual este porcentaje es racional con relación a las actividades que se ejercen en la institución y con la documentación que se desarrolla. ASOPORMEN tiene documentación sobre los servicios que se prestan en la institución, pero son documentos elementales, básicos y no establecidos según un sistema de calidad, por tal motivo esto indica que en ASOPORMEN hay una evolución empírica de calidad en todas sus áreas de servicios con respecto a los requisitos de la norma, pero de igual manera este porcentaje, sirve como punto de referencia para iniciar con un sistema organizacional que formalice el buen funcionamiento de la institución y además promueva una cultura de calidad diaria en todo el personal.



## 5. PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Ya finalizando con la etapa del diagnóstico que se hizo al iniciar con el sistema de gestión de la calidad en ASOPORMEN, se tuvo un enfoque más claro acerca de cómo eliminar las diferencias de lo que se tiene en la institución y lo que se debe tener con respecto a los requisitos que la norma exige; permitiendo de esta manera programar el proyecto de implementación del sistema de gestión de la calidad.

### 5.1 METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

El ciclo de Deming (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), es la metodología que se utilizó para realizar el proyecto de implementación del sistema de calidad, la cual es una herramienta que sirve como estrategia de mejoramiento continuo para el sistema el cual asegura el buen funcionamiento del desempeño de los procesos, y se enfoca hacia el cumplimiento de los requisitos del cliente.

Las etapas que se emplearon para el desarrollo de este trabajo se describen a continuación:

#### ETAPA DE DIAGNÓSTICO

Con la realización del diagnóstico se logró visualizar la situación actual en que se encontraba ASOPORMEN con respecto a los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008.

Con esta etapa se logró que las siguientes actividades fueran punto de partida para empezar con el diseño del sistema de gestión de la calidad.

- Evaluación del cumplimiento de los requisitos en los proceso a nivel

- general.
- Revisión de los documentos y registros existentes.
- Identificación de los procesos claves dentro del Sistema de Gestión de
- Calidad.

#### ETAPA DE PLANIFICACIÓN

Luego de identificar el estado actual de la institución se realizó un cronograma donde se definen las actividades a realizar en el transcurso del proyecto con sus respectivos periodos de tiempo. Anexo N° 1.

Para esta etapa se realizó las siguientes actividades:

- Conformar el Comité de Calidad
- Designar el representante de calidad y coordinador de calidad
- Revisión y ajuste de la Misión, Visión y Valores.
- Diseñar la política, objetivos de calidad e indicadores de gestión.
- Elaborar el mapa de procesos y sus caracterizaciones.

#### ETAPA DE DOCUMENTACIÓN

El objetivo de esta etapa fue adecuar los documentos existentes y generar los documentos adicionales que sean necesarios, teniendo en cuenta los requisitos de la NTC ISO 9001:2008.

#### ETAPA DE SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN

Las capacitaciones se realizaron en el transcurso del desarrollo del proyecto, teniendo en cuenta que para la realización de las actividades anteriormente nombradas en la etapa de planeación, es de suma importancia que el comité de

calidad reciba una serie de capacitaciones para la construcción del sistema. De igual forma esta etapa es indispensable para todo el personal, pues el objetivo de esta, es que se familiaricen con el sistema de gestión de la calidad para ASOPORMEN y que reconozcan la importancia de incluir el sistema en sus labores por medio de conocimientos de conceptos de calidad.

### ETAPA DE IMPLEMENTACIÓN

En esta etapa se realizó la socialización de los documentos y registros elaborados con el fin de que el personal implicado en los procesos de ASOPORMEN tenga conocimiento de ellos y los adopten en el desarrollo de sus tareas. Las actividades que se llevan a cabo en la etapa de implementación son las siguientes:

- Desarrollar actividades de socialización de la documentación en cada
- proceso.
- Socialización de las directrices del SGC (Misión, Visión, Política y Objetivos de Calidad).
- Capacitar en la elaboración de formatos, seguimiento de no conformidades, elaboración de acciones preventivas y correctivas, entre otros.
- Realizar ajustes a los documentos en caso de ser necesario.

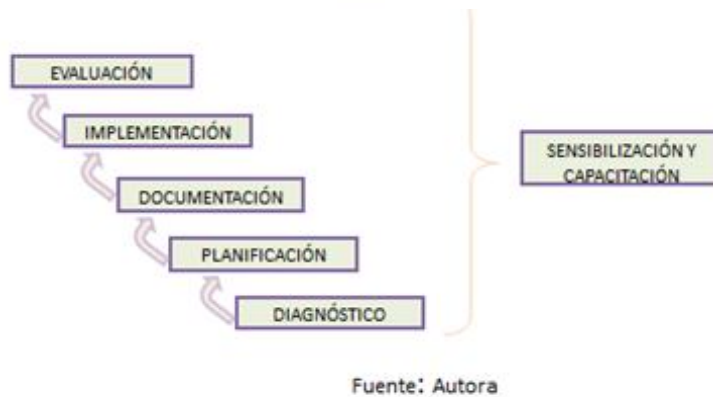
### EVALUACIÓN

En esta etapa se evalúa el sistema, verificando el cumplimiento de los requisitos de la NTC ISO 9001:2008. Las actividades que involucran la evaluación son las siguientes:

- Revisión del Sistema por parte de la Dirección
- Desarrollo de dos auditorías internas.

- Elaboración e implementación de los planes de mejoramiento producto de las dos (2) auditorías.

Figura N° 5. Metodología de Trabajo



## 5.2 CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO

### COMITÉ DE CALIDAD

Para asegurar de una forma más eficaz el cumplimiento de los requisitos exigidos por la norma, se opta por conformar un equipo de trabajo el cual esté dispuesto a desempeñar todas las actividades que corresponden al diseño, a la ejecución y al mantenimiento del sistema de gestión de la calidad.

Para esto se hizo una reunión con las coordinadoras de los diferentes servicios que se prestan en ASOPORMEN, junto con la Directora Ejecutiva, la coordinadora de talento humano, la practicante de Ingeniería Industrial y la asistencia de la asesora externa, Anexo N° 2.

La metodología que se utilizó para la construcción de la Política de Calidad, Objetivos de Calidad e indicadores de calidad fue que se reunirán una vez por

semana durante el tiempo requerido para elaborar estos documentos igualmente quedó establecido que se harán reuniones periódicamente, cada vez que se requiera para mantener activo el Sistema.

#### RESPONSABILIDADES DEL COMITÉ DE CALIDAD

1. Aprobar anualmente el plan de trabajo de ASOPORMEN con los objetivos en materia de calidad.
2. Verificar el mantenimiento y mejora del sistema de gestión de calidad
3. Dar seguimiento al manual de calidad y documentación de procesos
4. Controlar el desarrollo de las actividades referentes al sistema de gestión de calidad
5. Evaluar y analizar los resultados obtenidos de la implementación
6. Evaluar el cumplimiento de la política de calidad y los objetivos de calidad
7. Evaluar el desempeño de cada uno de los procesos de ASOPORMEN
8. Establecer planes de acción que contribuyan a conseguir el mejoramiento continuo
9. Aprobar LA PROGRAMACION de auditorías internas
10. Promover el desarrollo de una cultura de calidad en la organización

#### REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN

De acuerdo al numeral 5.5.2., la alta dirección debe designar un miembro de la dirección de la institución, quien independientemente de otras responsabilidades, debe tener la responsabilidad y autoridad que incluya:

- Asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el sistema de Gestión de la calidad.
- Informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y de cualquier necesidad.

- Asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del
- cliente en todos los niveles de la organización.

Fotografía N° 2. Comité de Calidad



### **5.3 ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

El alcance del Sistema de Gestión de la Calidad que se implementa en ASOPORMEN, abarca la prestación del servicio de Protección en medio Seminternado, el cual ofrece de manera integral servicios y programas especializados a niños, niñas, adolescentes y mayores de 18 años de edad con discapacidad cognitiva en situación de peligro que ameritan protección y que cuentan con una red de apoyo familiar.

### **5.4 EXCLUSIONES**

Dentro el Objetivo Social de la Institución no se contempla el diseño, ni el desarrollo de producto, es por esta razón que se excluye el numeral 7.3., 7.5.2. y el 7.6 de la norma.

## 5.5 CRONOGRAMA DE TRABAJO PARA EL S.G.C.

Como parte de la Planificación se elaboró un cronograma de actividades con el propósito de determinar las etapas que hacen parte del proceso de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad. Cabe mencionar que algunas actividades que se planearon en este cronograma no se realizaron en su tiempo estimado por razones de fuerza mayor que ameritaban este tiempo para otro tipo de actividades que debía realizar la institución sin oportunidad de aplazarlas. Anexo. N° 1.

## 5.6 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Se inició con la revisión de la Misión, Visión y valores institucionales, de los cuales fue necesario modificar la Misión, Visión y el organigrama (Anexo 3) de ASOPORMEN, para una mejor comprensión de lo que se pretende al establecer estas directrices del direccionamiento estratégico. A continuación se muestran los documentos del direccionamiento estratégico de ASOPORMEN, quedando estos aprobados por el comité de calidad:

### *Misión*

*ASOPORMEN es una entidad sin ánimo de lucro que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida, la integración social y la garantía y atención oportuna de derechos de los niños, niñas, jóvenes y adultos con disfuncionalidad, dishabilidad, alteración y limitaciones en las habilidades cognitivas, sensoriales, comunicativas, físicas y Psicosociales a través de un abordaje integral e interdisciplinario.*

**asopormen**

## *Visión* 2011 - 2020

*Ser líderes de la sociedad del oriente colombiano  
en la atención oportuna de las disfunciones  
del ser humano en todas sus etapas  
mediante tratamientos integrales.*

**asopormen**

## *Valores*



*Ética Profesional*



*Atención al Cliente*



*Calidad Humana*



*Protección Social*



*Garantía de Derechos*

**asopormen**

### **5.7 POLÍTICA DE CALIDAD**

Para definir la Política de Calidad se utilizó una matriz donde se listan las “Necesidades de la institución vs Necesidades (expectativas) del cliente” la cual

permite mantener los lineamientos expresados en la Misión y Visión institucional; de igual manera permite que se enfoque en ambas partes obteniendo un resultado benéfico para la institución y sus clientes. Esta metodología permite que el Sistema de Gestión de la Calidad esté basado en raíces sólidas que conlleven al mejoramiento continuo y a la satisfacción de los clientes.

A través del trabajo por equipos y en varias secciones del comité de calidad dio como resultado la siguiente matriz:

Tabla N° 4. Matriz Política de Calidad

		<b>MATRIZ NECESIDADES DE ASOPORMEN VS. NECESIDADES USUARIOS</b>								
		<b>NECESIDADES DEL USUARIO</b>							<b>TOTAL</b>	
		1	2	3	4	5	6	7		
		Cobertura eficaz de la demanda	Atención especializada, humana, oportuna e idónea.	Orientación y asesoría en la protección social y la garantía de derechos	Equipo interdisciplinario comprometido, calificado y actualizado	Principios éticos y morales	Protección y seguridad integral	Infraestructura y materiales adecuados		Fortalecer y empoderar la red socio familiar
		3	5	4	5	5	3	3	28	
<b>NECESIDADES DE ASOPORMEN</b>	1	Satisfacer las necesidades de los clientes bajo principios éticos, morales y humanos.	3	5	4	5	5	3	3	28
	2	Posicionamiento y afianzamiento de la imagen institucional.	5	5	4	5	5	3	3	30
	3	Mejoramiento continuo.	5	5	5	5	5	5	5	35
	4	Personal competente, comprometido y capacitado.	5	5	5	5	5	0	4	29
	5	Innovación científica y tecnológica.	3	1	1	5	0	5	1	16
	6	Gestión de convenios intersectoriales para asegurar la permanencia del servicio.	5	4	3	5	3	4	2	26
	7	Respaldo y apoyo de la alta dirección.	2	5	4	4	3	5	2	25
<b>TOTAL</b>		28	30	26	34	26	25	20		

Relación de Impacto según calificación:

**0: Ninguna    1: Baja    2: Media Baja    3: Media    4: Media Alta    5: Alta**

A partir de esta matriz se entro a analizar las directrices que obtuvieron mayor puntaje, de acuerdo a esto se seleccionaron las variables que se tuvieron en cuenta para construir la Política de Calidad quedando definida de la siguiente manera:

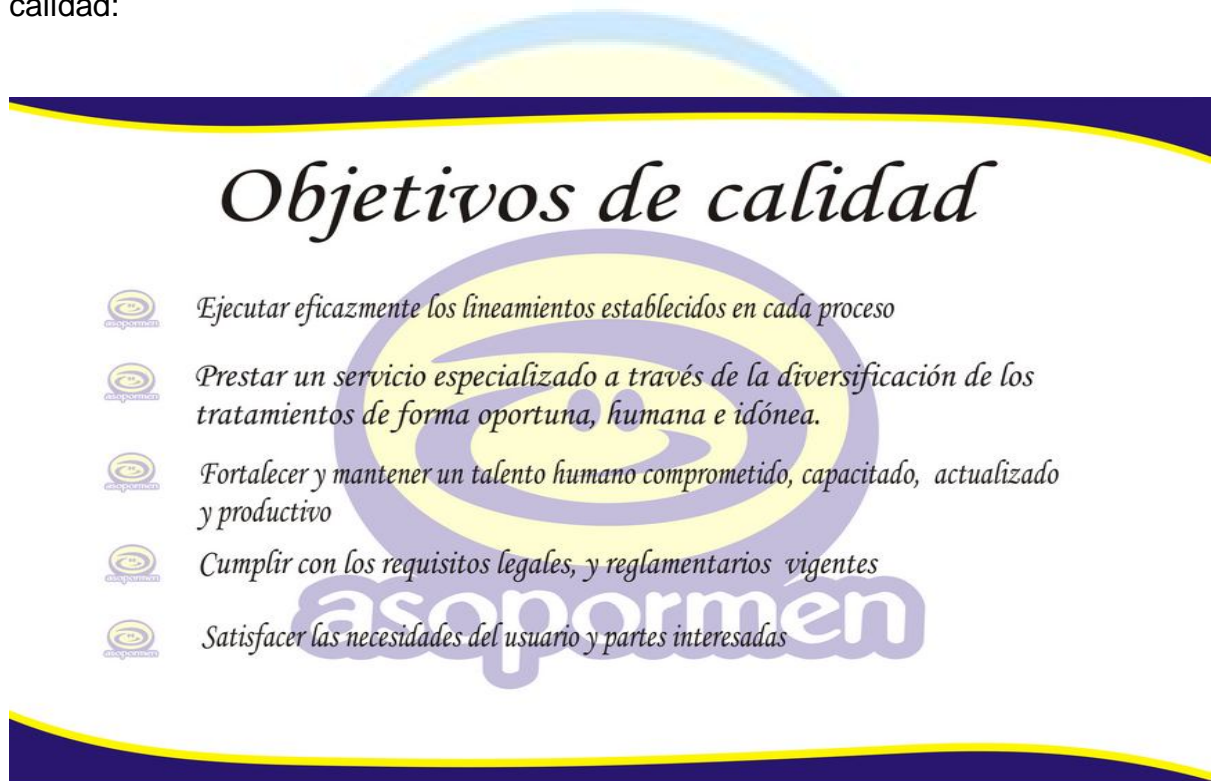
## *Política de calidad*

*Asopormen es una institución comprometida con la mejora continua de sus procesos y el posicionamiento de su imagen, centrada en los servicios especializados de protección, salud y educación con atención oportuna, humana e idónea, a través de un equipo interdisciplinario, comprometido y competente con principios éticos y morales cuyo propósito es la satisfacción de las necesidades de los usuarios, bajo el cumplimiento de sus requisitos, los requisitos legales y reglamentarios.*






El responsable de la dirección ante el Sistema de Gestión de la Calidad se encarga de comunicar la política de calidad en el medio que estime más conveniente para la institución, de igual manera se estableció que cada semestre se hará revisión de esta.

## 5.8 OBJETIVOS DE CALIDAD

Los objetivos de calidad son punto de partida para poder dirigir a la institución a través de su medición, esto con el fin de dar cumplimiento y determinar la pertinencia de la Política de Calidad se establecieron los siguientes Objetivos de calidad:



# Objetivos de calidad

-  *Ejecutar eficazmente los lineamientos establecidos en cada proceso*
-  *Prestar un servicio especializado a través de la diversificación de los tratamientos de forma oportuna, humana e idónea.*
-  *Fortalecer y mantener un talento humano comprometido, capacitado, actualizado y productivo*
-  *Cumplir con los requisitos legales, y reglamentarios vigentes*
-  *Satisfacer las necesidades del usuario y partes interesadas*

## 5.9 INDICADORES DE CALIDAD

*“Lo que no se puede medir, no se puede controlar, lo que no se puede controlar, no se puede administrar, lo que no se puede administrar es un caos” Navarrete M. 2002*

Para definir los indicadores partimos de la declaración de lo que la estrategia debe lograr y qué es crítico para su éxito, por medio de reuniones de comité de calidad, se estableció lo que realmente se quiere medir, a través del análisis del

contenido de cada objetivo de calidad , se identificó las variables críticas de cada objetivo de calidad, seguido de esto se definió los indicadores adecuados para cada variable, los cuales son indicadores que cumplen con las siguientes características: que sean medibles, significativos y que se puedan controlar.



Tabla N° 5. Indicadores de Calidad

INDICADORES DE CALIDAD									
DIRECTRIZ POLÍTICA CALIDAD	OBJETIVO DE CALIDAD	VARIABLE	INDICADOR	FORMULA	META	PROCESO	FRECUENCIA	RESPONSABLE	SENTIDO
ASOPORMEN es una institución comprometida con la mejora continua de sus procesos y un posicionamiento de su imagen,	Ejecutar eficazmente los lineamientos establecidos.	Obligatorios	% Cumplimiento de los requisitos obligatorios	# De variables del ICBF cumplidas *100/# total de variables requeridas por el ICBF por proceso	90%	Todos los procesos del S.G.C.	Trimestral	Líder De Cada proceso	Maximizar
Centrada en los servicios especializados de protección, salud y educación; con atención oportuna, humana e idónea,	Prestar un servicio especializado o a través de la diversificación de los tratamientos de forma oportuna, humana e idónea.	Oportunidad	% informes generados oportunamente	(# De informes contables generados dentro de los periodos establecidos ) * 100 / (# de informes contables requeridos en el periodo evaluado )	80%	Gestión contable y financiera	Trimestral	líder de gestión contable y financiera	Maximizar
			% de usuarios atendidos oportunamente	( # De usuarios atendidos en el tiempo estipulado por el ICBF *100 / # de usuarios remitidos por el ICBF)	80%	PROTECCIÓN (Proceso de diagnóstico y acogida , Intervención y Egreso	Trimestral	Líder de cada proceso	Maximizar

INDICADORES DE CALIDAD									
DIRECTRIZ POLÍTICA CALIDAD	OBJETIVO DE CALIDAD	VARIABLE	INDICADOR	FORMULA	META	PROCESO	FRECUENCIA	RESPONSABLE	SENTIDO
			% de rendición de cuentas entregadas oportunamente	# De rendición de cuentas entregadas en la fecha estipulada a la entidad contratante gubernamental*100/# de rendición de cuentas exigidas	80%	Proceso Gestión Directiva	Anual	Lider Gestión Directiva	Maximizar
			% de acciones de mejora implementadas oportunamente.	(# De acciones realizadas oportunamente ) * 100 / (# total de acciones de mejora programadas)	80%	Proceso gestión de la calidad	Trimestral	Lider de gestión de calidad	Maximizar
A través de un equipo interdisciplinario, comprometido y competente, con principios éticos y morales,	Fortalecer y mantener un talento humano comprometido, capacitado, actualizado y productivo.	Competente Productivo Comprometido	Promedio de funcionarios con desempeño alto y superior	# De funcionarios con desempeño alto y superior*100/Número total de funcionarios	70%	Proceso Talento Humano	Semestral	Lider Talento Humano	Maximizar
		Actualizado	% de funcionarios que realizan estudios de actualización en su área.	# De funcionarios que realizaron estudios de actualización en su área * 100 / # de funcionarios total.	10%	Proceso Talento Humano	Anual	Lider Talento Humano	Maximizar

INDICADORES DE CALIDAD									
DIRECTRIZ POLÍTICA CALIDAD	OBJETIVO DE CALIDAD	VARIABLE	INDICADOR	FORMULA	META	PROCESO	FRECUENCIA	RESPONSABLE	SENTIDO
Cuyo propósito es la satisfacción de las necesidades de los usuarios bajo el cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios.	Cumplir con los requisitos legales, y reglamentarios vigentes.	Requisitos Reglamentarios	% de Proyectos aprobados	# De proyectos aprobados para contratación con entidades públicas o privadas * 100 / # de proyectos presentados para contratación a entidades públicas o privadas.	80%	Gestión Directiva	Anual	Directora Ejecutiva	Maximizar
			% de ejecución de Presupuesto	Valor del presupuesto ejecutado en el periodo evaluado*100/ valor del presupuesto aprobado para el periodo evaluado	80%	Gestión Directiva	Anual	Directora Ejecutiva	Mantener
	Satisfacer las necesidades del usuario y partes interesadas	Satisfacción (HUMANO -IDONEO)	% de satisfacción de los NNAM18 años del servicio de protección	# de NNAM18 satisfechos con el servicio*100/# total de NNAM18 Encuestados.	80%	Gestión de la calidad	Semestral	Lider de Gestión de la Calidad.	Maximizar
			% de satisfacción de las familias del servicio de protección	# de familias que calificaron el servicio de protección con el puntaje máximo / # total de familias del servicio de protección	80%		Semestral		
			% usuarios que presentaron sugerencias, quejas y reclamos	# usuarios que presentaron sugerencias, quejas y reclamos en el periodo* 100/ # total de usuarios encuestados	<=5 %	Gestión de la calidad	Trimestral	Lider de Gestión de la Calidad.	Minimizar

## 5.10 MAPA DE PROCESOS

De acuerdo al servicio de Protección que ofrece ASOPORMEN, se realizó la identificación de los procesos, los cuales se presentan en el mapa de procesos para el servicio de Protección, este se estableció en comité, de acuerdo a la aprobación que obtuvo por parte de todos los miembros del comité de calidad, en compañía de la autora del proyecto. Esta actividad se desarrolló teniendo en cuenta el numeral 4.1 de la Norma ISO 9001:2008 y de igual manera el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad.

Figura N° 6. Mapa de Procesos



El mapa de procesos de ASOPORMEN se divide en tres grandes grupos de procesos, 1. Estratégicos, 2. Misionales 3. De apoyo, los cuales se interrelacionan para lograr flujos de valor agregado con el fin de que el instituto pueda cumplir su misión y proyectarse a lograr su visión.

**Procesos Estratégicos:** Estos Procesos proporcionan pautas de acción para todos los demás procesos, alguna de las funciones más relevantes es el establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, comunicación, disposición de recursos necesarios y revisión por parte de la dirección entre otras. En ASOPORMEN los procesos estratégicos son:

- Gestión Directiva
- Gestión de la Calidad

**Procesos Misionales:** Son aquellos procesos que están directamente relacionados con la misión institucional de ASOPORMEN, y la obtención de los resultados del servicio necesario para la satisfacción de los grupos de interés y que al actuar de manera interdependiente determinan la forma más eficiente y eficaz para lograrlo. En ASOPORMEN los procesos misionales para el Servicio de Protección son:

- Diagnóstico y Acogida
- Intervención
- Egreso

**Procesos De Apoyo:** son los procesos que no están directamente relacionados con el servicio propio de la función y con la misión institucional pero otorgan el soporte para que los misionales y los estratégicos se desarrollen eficientemente. Los procesos de apoyo para ASOPORMEN son:

- Gestión Talente Humano
- Gestión Contable y Financiera
- Salud Ocupacional

Tabla N° 6. Responsables de los procesos del S.G.C. en ASOPORMEN

PROCESO	RESPONSABLE
Proceso Gestión Directiva	Directora Ejecutiva
Proceso Gestión de la Calidad	Coordinadora Calidad
Proceso Diagnóstico y Acogida	Trabajadora Social
Proceso Intervención	Psicóloga
Proceso Egreso	Asistente Psicosocial
Proceso Gestión Talento	Coordinadora Talento Humano
Proceso Gestión Contable y financiera	Auxiliar Contable
Proceso Salud Ocupacional	Coordinadora Salud Ocupacional

Fuente: Autora Proyecto

### 5.10.1 Caracterización de los Procesos

La caracterización tiene como objetivo identificar y conocer el proceso y su orientación para ofrecer al usuario de ASOPORMEN total satisfacción. La dinámica que se realizó para determinar las caracterizaciones, permitió establecer las actividades que se desarrollan y lo que se requiere para realizar estas actividades, del mismo modo, nos facilita identificar los proveedores, los resultados de las actividades y los clientes.

Las caracterizaciones de cada uno de los procesos, se realizó con cada líder de proceso, indagando sobre las tareas que realizan en cada proceso, que personas intervenían, como se llevan a cabo estas tareas, los documentos que intervenían y hacia quien iba dirigido los resultados de las tareas, de esta forma se logró armar

cada caracterización, las cuales, se llevaron al comité de calidad para su aprobación y quedando consignados en el Manual de Calidad. Esta actividad fue realizada durante los meses de octubre y noviembre del 2011.

Las caracterizaciones de los procesos del Sistema de Gestión se presentan en el Anexo N° 4.

Para la caracterización de los procesos de ASOPORMEN, se diseñó e implementó el siguiente formato el cual se codifico de acuerdo a cada proceso.

Figura N° 7. Caracterización Proceso

		CARACTERIZACIÓN PROCESO _____			Código:	
					Versión: 1	
					Fecha de Aprobación:	
CARACTERIZACIÓN PROCESO _____						
Objetivo						
Alcance						
Responsable						
Entradas del Proceso		Actividades	Responsable	Salidas del proceso		
Elemento	Proveedores			Salidas	Clientes	
		P				
		H				
		V				
		A				
Documentos de Referencia			Registros			
			Formato		Código	
Indicadores			Mecanismos de Seguimiento			
Procesos Relacionados			Recursos			
Requisitos por cumplir de la norma técnica de calidad vigente						
Requisitos legales y/o reglamentarios						

### 5.10.2 Interacción de los Procesos

El resultado que se quiere tener al implementar un S.G.C., en ASOPORMEN, no depende solamente del cómo realiza cada área su trabajo, si no, de la coordinación de los procesos entre sí, uno de los principales intereses directivos es maximizar los intereses a nivel institucional, minimizando los intereses propios de cada área, es decir, promover en cada funcionario el sentido de trabajo el cual, cuya finalidad sea el aporte y el complemento para un trabajo grupal, cuyo objetivo es brindar un servicio de calidad.

Tabla N° 7. Interacción de los Procesos

PROCESOS	CUENTE	PROVEEDOR							
		Gestión Directiva	Gestión de la Calidad	Diagnóstico y Acogida	Intervención	Egreso	Gestión Talento Humano	Gestión Contable y financiero	Salud Ocupacional
Gestión Directiva			x	x	x	X	x	x	X
Gestión de la Calidad		x		x	X	X	x	x	x
Diagnóstico y Acogida					x				
Intervención						x			
Egreso									
Gestión Talento Humano		x	x	x	x	x		x	X
Gestión Contable y financiero		x	x						
Salud Ocupacional		x	x	x	x	x			

## **6. DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

La documentación de una empresa representa su capital intelectual, es decir el “saber hacer” que se ha adquirido con la experiencia. Si no se preserva adecuadamente ese conocimiento difícilmente logrado, se podría perder.

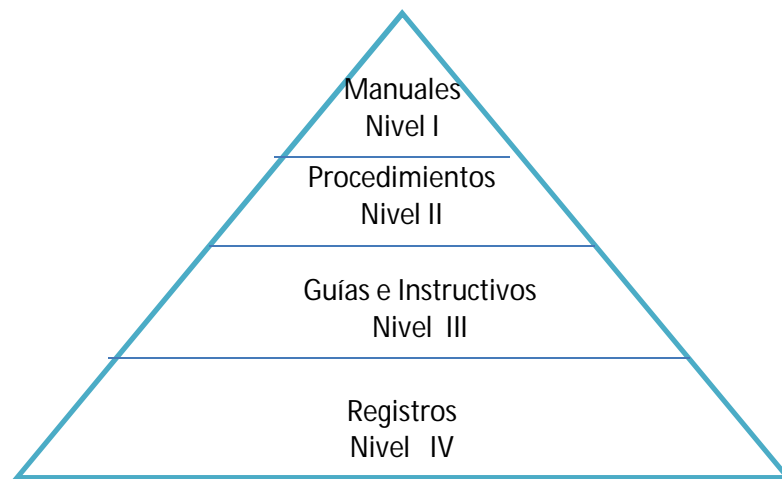
Para el Sistema de Gestión de la Calidad es muy importante el sistema documental, el diseño y elaboración de la documentación, es por esto que se tuvo presente los requisitos de la Norma ISO 9001:2008, para el funcionamiento eficaz del sistema documental del S.G.C.

### **6.1 ESTRUCTURA DOCUMENTAL**

La documentación del Sistema de Gestión de la Calidad debe incluir aspectos de declaraciones, manuales, procedimientos y registros los cuales deben ir documentados para cumplir con los requisitos preestablecidos por el numeral 4.2 de la norma ISO 9001:2008. Al empezar esta etapa y para su mayor éxito, se identificaron los documentos existentes, complementando algunos documentos para su mayor utilidad, de igual forma se diseñó parte de la documentación de acuerdo a la necesidad.

La estructura Organizacional se presenta en la siguiente figura, por medio de cuatro niveles.

Figura N° 8. Estructura Documental



**Nivel I.** En este nivel está ubicado el **Manual de Calidad**, documentado en este se encuentra la Política de Calidad, los objetivos de Calidad y se describe el Sistema de Gestión de la Calidad de ASOPORMEN. De igual forma está el **Manual de Responsabilidades y Competencias**, en este se describe el perfil para cada uno de los cargos que están estipulados para ASOPORMEN.

**Nivel II. Procedimiento**, es la forma específica de llevar a cabo una actividad definiendo la responsabilidad. Todo procedimiento involucra actividades y tareas del personal, métodos de trabajo y de control para lograr el cabal, oportuno y eficiente desarrollo de las operaciones.

Los procedimientos que fueron establecidos en ASOPORMEN, son (5), teniendo en cuenta que el procedimiento de Acciones Correctivas y el procedimiento de Acciones Preventivas, se unifican en un solo procedimiento, para dar cumplimiento con lo requerido por la norma. Estos se listan a continuación:

Tabla N° 8. Procedimientos Obligatorios

PROCEDIMIENTO	CÓDIGO
Control de Documento	P-GC-001
Control Servicio o Producto No Conforme	P-GC-002
Acciones Correctivas y Preventivas	P-GC-003
Control de Registros	P-GC-004
Auditoria Interna	P-GC-005
Adquisición de Bienes y/o Servicios	P-CF-001

### Nivel III. Guías e Instructivos.

**Guías.** Documento que establece recomendaciones o sugerencias.

**Instructivos.** Descripción escrita y detalla sobre cómo efectuar las actividades y procesos de manera correcta y coherente.

**Nivel IV. Registros.** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

**Formato:** documento que registra datos e información. En esta parte de la documentación fue necesario establecer la importancia del contenido de cada uno de los formatos que ya estaban manejando el personal que presta el servicio, es de aquí que se inició con la construcción de toda la documentación referida a formatos, de igual manera se diseñaron formatos que permitirán la efectividad del S.G.C.

La lista de documentos que ingresaron al Sistema de Gestión de la Calidad se detalla en el Anexo 5

**Documentos Externos:** Se consideran documentos externos todo aquel documento que no es creado por la institución pero que son necesarios para la realización y control el servicio.

## 6.2 IDENTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

Todos los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad serán identificados teniendo en cuenta la siguiente forma de codificación:

Figura N° 9. Identificación de documentos

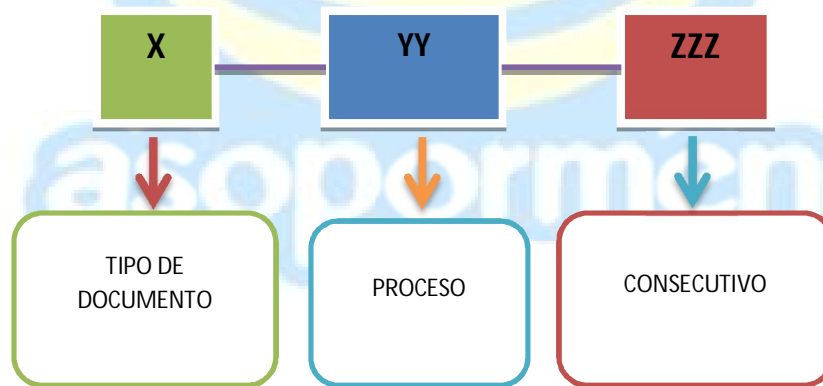


Tabla N° 9. Identificación de los Documentos

X: Tipo de Documento		YY: Proceso		ZZZ Consecutivo
		Gestión Directiva	<b>GD</b>	
		Gestión de la Calidad	<b>GC</b>	De carácter numérico y representa la secuencia de la documentación iniciando con 001.
Manual	<b>M</b>	Diagnóstico y Acogida Protección	<b>DA</b>	
Caracterización	<b>C</b>	Intervención Protección	<b>PI</b>	
Procedimiento	<b>P</b>	Egreso Protección	<b>PE</b>	
Programa	<b>G</b>	Gestión Talento Humano	<b>TH</b>	
Instructivo	<b>I</b>	Gestión Contable y Financiera	<b>CF</b>	
Formato	<b>F</b>	Salud Ocupacional	<b>SO</b>	

### 6.3 PRESENTACIÓN DE LOS DOCUMENTOS

Los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad de ASOPORMEN se presentan bajo los parámetros del siguiente esquema.

#### 6.3.1 Encabezado:

Los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad como manuales, procedimientos, planes de Calidad e instructivos y otros, tendrán el siguiente encabezado, el cual estará al inicio de cada hoja del documento.

Figura N° 10. Encabezado Documentación

<p>1</p> 	<p>2</p> <p>NOMBRE DEL PROCESO Nombre del Documento</p> <p><i>Sistema de Gestión de la Calidad</i></p>	<p>3</p> <p>Código</p>	
		<p>4</p> <p>Versión</p>	
		<p>Fecha de Aprobación</p>	
		<p>5</p>	

Para los formatos se suprime la casilla fecha de aprobación.

### 6.3.2 Descripción del Encabezado

1. Logo: es la identificación gráfica de la empresa.
2. Nombre del proceso: Enunciar en letra mayúscula el nombre del proceso que generó el documento.
3. Nombre del Documento o formato: Denominación del documento al que se está haciendo referencia. Para los Procedimientos, este debe ir Tipo Oración y para los formatos debe ir en Mayúscula.
4. Código: Hace referencia a la identificación del documento del Sistema de Gestión de la calidad. El cual está consignado en el numeral 2 de este documento.
5. Versión: Se refiere a un consecutivo de menor a mayor partiendo de 01, con él se busca establecer el estado de la versión actual del documento e identificar

el uso no intencionado de los documentos obsoletos que genere la organización.

6. Fecha de aprobación: Identificar la fecha (dd-mm-aa) que el documento adquirió el estado de revisión definitivo.
7. Pie de Página: Se ubica en la parte inferior de cada hoja de los documentos.



## 7. IMPLEMENTACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN DEL S.G.C.

### 7.1 CAPACITACIONES

Esta etapa radica con el compromiso que la alta dirección adoptó desde el inicio del proyecto, puesto que desde el diseño y la documentación de los procesos se viene desarrollando esta fase del Sistema. Es por tal motivo que la implementación del S.G.C. consistió en desarrollar las actividades establecidas en cada una de las caracterizaciones de los procesos y utilizar de manera normalizada toda la documentación establecida en el sistema, de igual forma a medida de que se fue diseñando el Sistema, se realizaron diferentes capacitaciones que aportaban al personal ideas de cómo se debía desarrollar todo lo diseñado y creado. Las evidencias de estas capacitaciones se presentan en el Anexo 6.

Antes de realizar la sensibilización al personal de ASOPORMEN, se realizó la campaña llamada, "ASOPORMEN Trabaja Con Calidad" esta consistió en dar a conocer la Política de Calidad, los Objetivos de Calidad y toda la parte del direccionamiento del instituto el cual se había modificado. Para esto se realizaron afiches alusivos a Calidad con frases cuyo objetivo era motivar al personal y hacerlo sentir participe del mejoramiento que la institución tiene al implementar el sistema, de igual forma se entregó folletos y se comunicaba de forma verbal todo lo concerniente a calidad en ASOPORMEN.

A continuación se presenta alguna de las frases que se transmitieron en ASOPORMEN:

Figura N° 11. Afiches alusivos a la Calidad



Figura N° 12. Folleto para dar a conocer el Direccionamiento Estratégico

<p><b>OBJETIVOS DE CALIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejecutar eficazmente los lineamientos establecidos en cada proceso*.</li> <li>• Prestar un servicio especializado a través de la diversificación de los tratamientos de forma oportuna, humana e idónea.</li> <li>• Fortalecer y mantener un talento humano comprometido, capacitado, actualizado y productivo</li> <li>• Cumplir con los requisitos legales, y reglamentarios vigentes</li> <li>• Satisfacer las necesidades del usuario y partes interesadas</li> </ul>	 <p><b>POLÍTICA DE CALIDAD</b></p> <p>ASOPORMEN es una institución comprometida con la mejora continua de sus procesos y un posicionamiento de su imagen; centrada en los servicios especializados de protección, salud y educación, con atención oportuna, humana e idónea a través de un equipo interdisciplinario comprometido y competente, con principios éticos y morales, cuyo propósito es la satisfacción de las necesidades de los usuarios bajo el cumplimiento de sus requisitos, los requisitos legales y reglamentarios.</p>	<p>Sistema de Gestión de la Calidad</p> <p><b>ASOPORMEN</b> <b>TRABAJA CON CALIDAD</b></p>  <p>LA CALIDAD ES COMPETITIVIDAD, LA COMPETITIVIDAD ES EFICIENCIA, EFICACIA Y EFECTIVIDAD -</p>  <p><b>asopormen</b></p> <p>MARCANDO DIFERENCIA</p> <p>Carrera 27 No. 42 - 52 Solomayor Carrera 96 N° 42-95 Cabeceras del Llano Tel: 6020506-6454532</p>	<p><b>MISIÓN</b></p> <p>ASOPORMEN es una entidad sin ánimo de lucro que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida, la integración social y la garantía y atención oportuna de derechos de los niños, niñas, jóvenes y adultos con disfuncionalidad, discapacidad, alteración y limitaciones en las habilidades cognitivas, sensoriales, comunicativas, físicas y Psicosociales a través de un abordaje integral e interdisciplinario.</p>	<p><b>VISIÓN</b> 2011 - 2020</p> <p>Ser líderes de la sociedad del Oriente Colombiano en la atención oportuna de las disfunciones del ser humano en todas sus etapas mediante tratamientos integrales.</p>  <p><b>VALORES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ética Profesional</li> <li>• Protección social.</li> <li>• Atención al Cliente.</li> <li>• Garantía de Derecho.</li> <li>• Calidad Humana.</li> </ul>
---	---	---	--	---

## 7.2 SENSIBILIZACIÓN



El desarrollo de la sensibilización para todo el personal de ASOPORMEN, fue una actividad que permitió difundir la importancia de la implementación del S.G.C.

Por medio de esta actividad se realizaron tareas cuyo objetivo era la aceptación del Sistema, observando que aquellas personas con las cuales se venía trabajando desde el diseño y documentación del Sistema, les fue efectiva esta actividad, porque lograron afianzar todo lo aprendido en el transcurso del diseño del S.G.C.

Es de importancia anotar que la inclusión del personal al momento de realizar todo el sistema de gestión de la calidad, es un punto favorable para la implementación; puesto que se aprovechó las reuniones que todos los jueves hace el equipo que presta el servicio de protección, para tratar temas relacionados a los procesos

misionales los cuales el equipo está directamente relacionado. Estas reuniones permitieron la buena asimilación de lo que se pretende con implementar un sistema de gestión de la calidad en ASOPORMEN.

“En ASOPORMEN trabajamos con calidad” es el nombre de la campaña que se empezó a promover en todo ASOPOMEN, esta fue creada para que las personas que trabajan en el instituto conocieran de lo que trata el sistema y hacer ver la importancia que es tener siempre en mente toda la parte del direccionamiento. Del mismo modo el propósito de esta campaña fue que todo el personal se preparara para lograr asimilar de la mejor forma posible todo lo que contempla calidad, su mejora continua y fortalecer la capacidad de participar en el sistema como funcionarios de ASOPORMEN.

Para la realización de la sensibilización se estructuró un Plan de Trabajo del cual queda evidencia en ASOPORMEN.

Las actividades que se realizaron para la sensibilización fueron:

- Intervención de la Directora Ejecutiva la Dra. María Eugenia Acuña Macías
- Intervención de la Asesora Externa la Ingeniera Sonia Esteban Caicedo
- Actividad Lúdica con el personal de ASOPORMEN
- Refrigerio
- Entrega de resultados y premio al equipo ganador.

Fotografía N° 3. Premio a Equipo Ganador



- Entrega de Agendas las cuales incluyen toda la parte del Direccionamiento Estratégico de ASOPORMEN, esta actividad se venía realizando con la tutora del proyecto la Dra. Patricia Núñez Forero y la practicante de la calidad Nazly Roció Ariza Olarte.

Fotografía N° 4. AGENDA



Fotografía N° 5. Sensibilización ASOPORMEN



### 7.3 ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA IMPLEMENTACIÓN

Es relevante el hecho que durante el tiempo que duró esta etapa de implementación se realizaron ajuntes al interior del Sistema en lo relacionado a la documentación y los procedimientos.

Las siguientes actividades también hacen parte de la implementación del S.G.C.

### **7.3.1 Control de Documentos y Control de Registros**

Para cumplir con los requisitos de la norma ISO 9001:2008 resultó necesario dar a conocer a los funcionarios de ASOPORMEN el procedimiento control de documentos, el cual se implementó en toda la estructura organizacional, este nos presenta las actividades que se realizan para la elaboración, modificación, distribución, actualización, aprobación y la ubicación de los documentos internos. El control de registros fue comunicado y socializado a su vez cuando se desarrolló la actividad de diligenciamiento del formato Control de Registros, el cual contiene todas las actividades nombradas en este procedimiento.

### **7.3.2 Procedimiento Control servicio o Producto No Conforme**

Este procedimiento fue comunicado en comité de calidad, por ser un eje central al momento de detectar las inconsistencias o fallas que como resultados nos indican no conformidades hacia la prestación del servicio, es por esto que es vital que todo el conjunto de personas que laboran para prestar un servicio con altos estándares de calidad, tengan presente la política de calidad establecida la cual busca a través del servicio el aumento de la satisfacción de sus usuarios y partes interesadas.

Al comunicar este procedimiento se mencionó el concepto, la forma de identificación de las no conformidades, como se debe documentar, es decir cómo se deben diligenciar los registros y las posibles causas.

### **7.3.3 Procedimiento Acciones Correctivas y Preventivas**

F-GC-006 Registro y Control de No Conformidades y Plan de Acción, es el formato que se utiliza para dar evidencia cuando se detecta una no conformidad o situación no deseada en la realización de los procesos, para esto se realizó una

reunión con las líderes de cada uno de los procesos, en donde se explicó como es el funcionamiento de este procedimiento y el levantamiento de las acciones correctivas y preventivas.

Para un mejor análisis de la no conformidad o de la situación presentada que genera la no conformidad se dio a conocer la metodología de análisis: causa-efecto, la cual es una herramienta que le permitirá al personal de ASOPORMEN determinar las principales causas del problema.

#### **7.3.4 Procedimiento de Auditoría Interna**

Para dar crédito a la importancia de este procedimiento se realizó una capacitación al personal de ASOPORMEN, donde se dio a conocer los conceptos, los responsables, el trabajo de campo que implica la ejecución de la auditoria y todos lo referente a la realización de la auditoria. En esta actividad se involucró a todo el personal que hace parte del alcance de este trabajo de Grado.

Fotografía N° 6. Capacitación Auditoría



### 7.3.5 Comunicación del Manual de Calidad

En la implementación del S.G.C. para ASOPORMEN, fue indispensable socializar el Manual de Calidad en toda la institución, para brindar la información concerniente en todo lo relativo a la calidad en ASOPORMEN, de la misma forma se dio a conocer todas las caracterizaciones, formatos y documentos requeridos para cada proceso y la relación que estos tienen con el cumplimiento de los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008.

### 7.4 DIAGNÓSTICO FINAL

El objetivo que tiene el realizar el diagnóstico una vez hecho todo lo que implica el diseño, la documentación y la implementación del sistema de Gestión de la Calidad es conocer el grado de cumplimiento de los requisitos exigidos en la norma NTC ISO 9001:2008 en ASOPORMEN. Para esto se utilizó la misma lista de verificación del diagnóstico inicial.

Figura N° 13. Diagnóstico Final

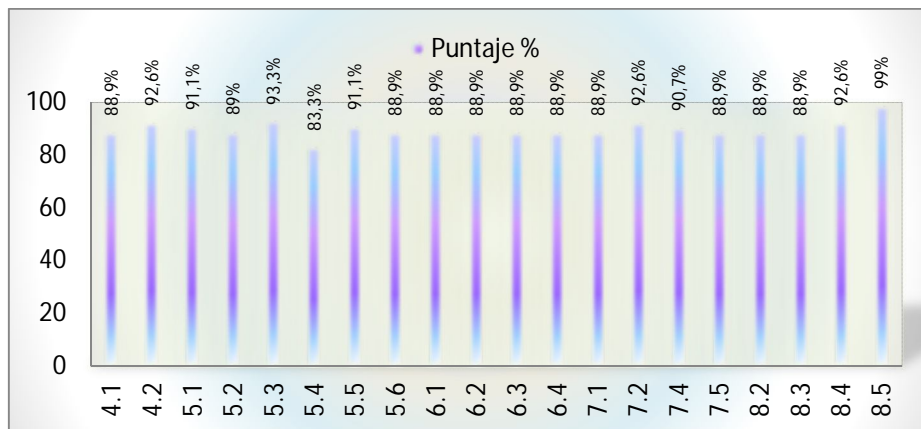


Tabla N° 10. Resultados del Diagnóstico Final

Resultados del Diagnóstico		Puntaje %
4.1	Requisitos Generales	88,9
4.2	Requisitos de la Documentación	92,6
5.1	Compromiso de la Dirección	91,1
5.2	Enfoque al Cliente	89
5.3	Política de Calidad	93,3
5.4	Planificación	83,3
5.5	Responsabilidad, Autoridad y Comunicación	91,1
5.6	Revisión por la Dirección	88,9
6.1	Provisión de Recursos	88,9
6.2	Recursos Humanos	88,9
6.3	Infraestructura	88,9
6.4	Ambiente de Trabajo	88,9
7.1	Planificación de la Realización del Servicio	88,9
7.2	Procesos Relacionados con el Cliente	92,6
7.4	Compras	90,7
7.5	Prestación del Servicio	88,9
8.2	Seguimiento y Medición	88,9
8.3	Control del servicio no conforme	88,9
8.4	Análisis de Datos	92,6
8.5	Mejora	99
<b>PROMEDIO</b>		<b>90,2</b>

El desarrollo de este ejercicio se realizó al finalizar todo el proceso de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, por medio de este diagnóstico se registra un informe con respecto a el cumplimiento de los numerales de la norma ISO 9001:2008. Cabe mencionar que estos requisitos se cumplen y para la eficacia del sistema se continúan en un proceso de mejora continua de los procesos que afectan el Sistema.

El resultado de este diagnóstico indica todo el trabajo que se realizó en la institución para poder cumplir con la norma y satisfacer las necesidades que se plantearon antes de empezar con todo el proceso de implementación del S.G.C.,

debido a esto se parte con el propósito de hacer constantemente el ejercicio de la mejora continua del Sistema, y la oportunidad que esto nos brinda para ir perfeccionando el Sistema.

La eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad en el trimestre de enero, febrero y marzo para ASOPORMEN se presenta en el Anexo N° 7.



## **8. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

La fase continua a la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad es la evaluación, esta se realiza mediante auditorías internas y la revisión de la dirección. Por medio de esta fase se midió el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2008. El objetivo de esta etapa de auditorías es la identificación los hallazgos que nos generan no conformidades del proceso y desarrollar las respectivas acciones correctivas y preventivas que permitan la eficiente mejora de ASOPORMEN.

Para desarrollar esta etapa de evaluación en ASOPORMEN, se inicio con una primera auditoria que evaluó el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Norma. Una vez realizada esta auditoría se continúa con la revisión por parte de la dirección con el fin de aprobar los resultados obtenidos. Debido a esto se desarrollo la planificación y realización de la segunda auditoria, de tal manera que al realizarla se verificara el cierre de las no conformidades encontradas en la primera auditoria.

### **8.1 PLANEACIÓN DE LAS AUDITORÍAS**

La conformación del equipo auditor hace parte de la planeación de las auditorías, para ello se tuvo en cuenta que los integrantes seleccionados deben tener el conocimiento necesario del Sistema de Gestión de la Calidad. De igual forma, es necesario para esta planeación la programación de las auditorías internas y la ejecución de la misma para dar cumplimiento a los objetivos de ASOPORMEN, y a los requisitos exigidos de la norma.

## **8.2 PROGRAMACIÓN DE AUDITORÍAS**

A través de la programación se establece las fechas para realizar las auditorias internas del sistema de gestión de la calidad, con autorización de la dirección.


La programación de las auditorias quedó estipulada para las fechas del 19 de marzo de 2012, para la Primera Auditoria y para la Segunda Auditoría el 23 de abril de 2012, fechas que fueron coordinadas por el asesor externo junto con la directora ejecutiva y comité.

En el formato F-GC-009 se puede ver esta programación.

## **8.3 PRIMERA AUDITORÍA**

La primera auditoria que se realizó fue el 19 y 20 de marzo de 2012, de acuerdo a la programación establecida y donde especifica las personas quienes estuvieron a cargo, las cuales son, la Ingeniera Sonia Esteban Caicedo, asesora externa, Nazly Ariza, practicante y la coordinadora de Calidad, la doctora Patricia Núñez Forero.

### **8.3.1 Metodología**

 Programación de Auditoría

Para llevar a cabo la auditoria, inicialmente la practicante de ingeniería industrial, diligenció el formato Plan de auditoría interna F-GC-009, de acuerdo a lo establecido en el procedimiento P-GC-005.

### Reunión de apertura

Esta reunión de apertura se realizó a cargo del auditor líder, la ingeniera Sonia Esteban Caicedo, junto con la tutora del proyecto y la practicante de calidad, para formalizar el inicio de la auditoría interna, de igual manera se mencionó la importancia del plan de auditoría, y las acciones que se deben tener presentes en la auditoría, los objetivos y el valor que esto significa para la institución.

### Información extraída de la auditoría

A través de las entrevistas y la solicitud de los documentos que representan evidencias a lo exigido por la norma se iba recopilando información, como observaciones, registros y resultados de medidas existentes. Las declaraciones que no podían ser confirmadas deben ser identificadas como tales.

### Reunión de Cierre

Una vez terminada la recolección de evidencias se procederá a la reunión de cierre donde se hace la presentación de resultados de la auditoría (no conformidades, hallazgos, oportunidades de mejora). Una copia de las no conformidades y observaciones debe ser entregada al responsable del área auditada. La Eficacia de esta reunión está implícita en formular recomendaciones de mejora, proponer acciones correctivas o preventivas.

### **8.3.2 Informe de la Auditoría**

El informe de la auditoría se hizo en el formato F-GC-011, por medio de este se registraron los hallazgos de la auditoría con sus respectivas recomendaciones para dar mejora al sistema.

### 8.3.3 Plan De Mejora

El plan de mejoramiento que se implemento para cada hallazgo identificado en la primera auditoria, establece acciones de mejora que contempla las correctivas y preventivas para eliminar las no conformidades detectadas.

Tabla N° 11. Resumen de Hallazgos

PROCESO	NO CONFORMIDADES
Gestión Directiva	4
Gestión de la Calidad	2
Diagnóstico y Acogida	1
Intervención	1
Egreso	1
Salud Ocupacional	1
Gestión Talento Humano	2
Gestión Contable y Financiera	2
<b>TOTAL DE NO CONFORMIDADES</b>	<b>14</b>

El total de No Conformidades fue 14, por tanto se realizó un plan de mejoramiento para eliminar estas no conformidades mediante las acciones correctivas en la siguiente tabla se detalla estas acciones.

Tabla N° 12. Plan De Mejora Primera Auditoria

PLAN DE MEJORA			
PROCESO	NOCONFORMIDAD	ACCIÓN TOMADA	EVIDENCIA
Gestión Directiva	No se tiene evidencia de la revisión por la dirección	Planear y ejecutar	Informe de revisión
	No se ha comunicado la política de calidad formalmente ante los trabajadores de ASOPORMEN. Se evidencia que no es entendida cuando es leída por el personal de la organización?	Planeación y ejecución de sensibilización del S.G.C.	Asistencias Institucionales y socializaciones
	No esta documentada la metodología para la revisión de la política	Se detallo en el manual de calidad la frecuencia de revisión por la dirección	Manual de Calidad
	No se ha difundido la Política de Calidad	Se publicó por medio de la Campaña que se realizo llamada "En ASOPORMEN trabajamos con calidad"	Folletos y afiches y cuadros en recepciones
Gestión de la Calidad	El manual de Calidad estaba establecido sin una estructura acorde a la norma.	Se restructuró de acuerdo a la asesoría de la ing. Sonia Esteban	Manual de calidad

PLAN DE MEJORA			
PROCESO	NOCONFORMIDAD	ACCIÓN TOMADA	EVIDENCIA
	No se ha hecho la socialización de los documentos de calidad	Mediante las reuniones de equipo se socializaron los documentos del S.G.C.	Actividades Institucionales
Intervención	Se evidencia falta de organización en las carpetas de historia integral	Organizar las carpetas y abrir carpetas con N° de folios.	Revisión
Diagnóstico y Acogida	El Plan de Atención Individual que incluye los programas que ofrece el servicio de protección esta desactualizado a la fecha.	Actualizar el PAI con respecto a los lineamientos establecidos del ICBF.	Revisión
Contable y Financiera	Se encuentran todos los documentos adjuntos a una misma carpeta sin un debido orden.	Se solicito a las auxiliares contables que debían organizar las carpetas separadas de acuerdo a los documentos para su mejor ubicación y organización	Revisión de las carpetas (actividad institucional)

PLAN DE MEJORA			
PROCESO	NOCONFORMIDAD	ACCIÓN TOMADA	EVIDENCIA
	No se había socializado el procedimiento de compras.	Realizar la socialización del procedimiento de compras	Actividad Institucional
Talento Humano	No se encuentra organizados los documentos de este proceso.	Se solicitó a la Líder la organización de la parte documental de su proceso.	Revisión Actividad Institucional
	No se están diligenciando los formatos.	Implementación de documentos establecidos en el S.G.C.	Seguimiento a La Documentación del S.G.C.
Salud Ocupacional	No se diligenciaban los formatos estipulados por el sistema.	Implementación de documentos establecidos en el S.G.C.	Seguimiento a La Documentación del S.G.C.

#### **8.4 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN**

Para proceder a una revisión de la dirección, la autora del proyecto programó una reunión para asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia continua del Sistema de Gestión de la calidad.

Esta reunión se realizó con el personal del comité de calidad, donde asistieron las líderes de los procesos, la tutora del Proyecto, la Directora Ejecutiva y la autora del proyecto.

En esta reunión se consolidó la información que resultó de la auditoría interna, el plan de mejora, las acciones correctivas, política de calidad y objetivos de calidad.

Cada responsable de proceso tuvo su espacio para el análisis de los resultados quedando establecida la aceptación de lo identificado en la auditoría, se interactuó con respecto a las sugerencias que se dieron eliminar las no conformidades.

#### **8.5 SEGUNDA AUDITORÍA**

La segunda auditoría que fue programada para ejecutarla el 23 de Abril, se realizó una vez culminado el plan de mejora donde se trató de eliminar las no conformidades identificadas en la primera auditoría. Esta auditoría igual que la anterior se ejecutó a cargo de la asesora externa del proyecto.

### **8.5.1 Informe de Segunda Auditoria**

El formato de informe de auditoría fue nuevamente utilizado para registrar las no conformidades, las conclusiones y recomendaciones que trae consigo esta segunda auditoria.

### **8.5.2 Plan de Mejora**

Los líderes de cada proceso analizaron las no conformidades identificadas en la segunda auditoria lo cual permitió que se planearan y ejecutaran las acciones de mejora pertinentes.








Tabla N° 13. Plan De Mejora de Segunda Auditoría

PLAN DE MEJORA			
PROCESO	NO CONFORMIDAD	ACCIÓN TOMADA	EVIDENCIA
Diagnóstico y Acogida	Se encontró debidamente actualizado el PAI, pero sin empastar o anillar y las hojas sueltas.	Organización y presentación del PAI.	Revisión del documento.
Intervención	<p>Se solicitó una historia de atención de un niño y faltaban los documentos de salud del niño. Causa: la trabajadora social le entregó el documento a la persona que no es la dispuesta para el archivo.</p>	<p>Como ella es la que recibe los documentos de los niños por ser del área de ingreso, se llevará reporte en un cuaderno de la entrega de los documentos de los NNNAM18, quedando registrada la firma de recibido de la persona encargada de organizar el archivo.</p>	<p>Reviso y se firmo una acción educativa.</p>
	<p>No hay uniformidad en el color de los separadores por profesional y carpetas que están divididas 2 partes por el número de hojas. Foliar</p>	<p>Organización de todo el archivo de las historias de atención</p>	<p>Revisión Acción educativa</p>

PLAN DE MEJORA			
PROCESO	NO CONFORMIDAD	ACCIÓN TOMADA	EVIDENCIA
Gestión Contable y Financiera	No se ha recopilado los documentos de los proveedores, ya se enviaron cartas y se ha llamado a los proveedores pero no dan respuesta a lo solicitado para abrir las carpetas a cada proveedor.	Se esta realizando constantemente las llamadas y envió de correos a los proveedores que faltan por dar los documentos	Correos
Diagnóstico y Acogida	Formato donde tiene las fechas de ingreso y el nombre del usuario para medir la oportunidad del servicio. Tiene este formato pero no lo tiene archivado por carpeta esta suelto.	Crear carpeta e incluir estos documentos para mejor organización.	Carpeta
Intervención	No conoce los documentos externos	El líder del proceso debe conocer los documentos externos los reglamentarios y legales	Acción Educativa
Diagnóstico y Acogida	No se ha socializado el PAI, con el personal que presta el servicio.	Socializar el PAI y las caracterizaciones en la próxima reunión de equipo	Acción Educativa

## 9. CONCLUSIONES

-  Al realizar el análisis con respecto al diagnóstico inicial del Sistema de Gestión de la Calidad, se evidenció que se cumplía con el 37% de los requisitos de la norma ISO 9001:2008; con este promedio de cumplimiento, se logró iniciar de una forma eficiente el Sistema de Gestión de la Calidad en la institución, puesto que se concluyó que ASOPORMEN tiene un orden de gestión y de buen funcionamiento hacia todo lo que se hace para prestar un excelente servicio a sus usuarios y partes interesadas, sin perder la atención a su capital intelectual que es todo el equipo humano con el que cuenta la institución.
-  El compromiso que la dirección adquirió para el desarrollo del proyecto fue un pilar importante, puesto que de aquí nace la necesidad que tiene ASOPORMEN en implantar el Sistema dando mejoras en todos sus procesos.
-  Los requisitos de la norma han sido cumplidos de acuerdo a la disposición de lo estipulado referente a procedimientos, documentación y registros que permitan estructurar el orden del desempeño del servicio.
-  El objetivo principal del sistema de gestión de la calidad para ASOPORMEN, es entendido por sus funcionarios, quienes a través del desarrollo del proyecto se mostraron comprometidos con este, el cual es el aumento de la satisfacción de sus usuarios y partes interesadas.
-  La aceptación del Sistema se afirmó cuando se realizó la sensibilización, por que a través de esta actividad se motivó a que se continuara trabajando

con calidad y se logró la concientizar a todo el personal la importancia que esto trae a la institución.

- 🎓 El desarrollo de este proyecto permitió que la practicante afianzara el conocimiento adquirido en la universidad, de igual forma dejó enseñanza acerca del desempeño profesional, la comunicación, y el trabajo en equipo.



## 10.RECOMENDACIONES

- 🎯 Continuar con las capacitaciones pertinentes al sistema de gestión de la calidad, logrando de esta forma habituar a todos los funcionarios en relación a la norma ISO 9001:2008, para que de esta forma se comprenda mejor todo lo que contiene el sistema.
- 🎯 Se debe continuar con el seguimiento a las auditorios internas, puesto que estas permiten que se evalúe continuamente el sistema y se implementes acciones que eliminen no conformidades y de igual forma es muy importante que se evalúe el sistema para purificarlo cada vez de una forma eficaz.
- 🎯 Mantener el seguimiento de los procesos y de los objetivos de calidad mediante la medición de los indicadores de calidad establecidos en el diseño de este sistema.
- 🎯 Apoyar el sistema de calidad junto al equipo conformado para hacer que este se mantenga de una forma eficiente.
- 🎯 Socializar la documentación necesaria del sistema de gestión de la calidad al nuevo personal que sea contratado en la institución, incentivando la cultura de calidad que se viene definiendo en ASOPORMEN.
- 🎯 Mantener el compromiso de sacar adelante el sistema de gestión de la calidad, tratando de alimentar continuamente el sistema.

## BIBLIOGRAFÍA

ASOCIACION SANTANDEREANA PRO-NIÑO RETARDADO MENTAL – ASOPORMEN. Pagina web institucional. Bucaramanga, 2011.

GIL OJEDA, Yolanda y VALLEJO GARCIA, Eva. Guía para la identificación y análisis de los procesos de la Universidad de Málaga, ES. (online) Slideshare, 2010, [Málaga, España]: Universidad de Málaga, Marzo 2008. [citado 16 Enero, 2012] Disponible en internet: [http://www.slideshare.net/la\\_pampa/guiaprocessos1?src=related\\_normal&rel=6681991](http://www.slideshare.net/la_pampa/guiaprocessos1?src=related_normal&rel=6681991)

INSTITUCION UNIVERSITARIA DE ENVIADO. Grupo Regional ISO. Indicadores de gestión. (online). Slideshare, 2011 [Medellín, Colombia]: Institución Universitaria de Envigado, Marzo,2010. [citado 16 de Enero de 2012] Disponible en internet: [http://www.slideshare.net/IUESistemaGestionIntegral/indicadores-de-gestin-3188323?src=related\\_normal&rel=6681991](http://www.slideshare.net/IUESistemaGestionIntegral/indicadores-de-gestin-3188323?src=related_normal&rel=6681991)

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN. Sistema de Gestión de la Calidad: NTC-ISO 9001:2008. Bogotá D.C.: El instituto, 2005.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN. Sistema de Gestión de la Calidad: Fundamentos y vocabularios. NTC-ISO 9001:2008. Bogotá D.C.: El instituto, 2005.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN. Trabajos escritos: Presentación y Referencias Bibliográficas. NTC-ISO 1486, NTC-ISO 5613.

NAVA CARBELLINO, Víctor Manuel y JIMENEZ VALADEZ, Ana Rosa. ISO 9000:2000 Estrategias para implantar la norma de calidad para la mejora continua. Bogotá: Limusa, 2008. 139p

SUAREZ VARGAS, Yuly Mildred. Documentación del sistema de gestión de la calidad Norma ISO 9001-2008 Importgraf Digital Pereira. Trabajo de grado. Ingeniera Industrial. Pereira: Universidad Tecnológica de Pereira, Facultad de Ingeniería Industrial, 2010




### ANEXO N° 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ETAPAS	ACTIVIDADES	AGOST.	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MARZ.	ABRIL	MAYO
DIAGNÓSTICO	Elaboración de una lista de chequeo para conocer el estado del SGC.										
	Aplicar el formato de Diagnóstico										
	Análisis del Resultado										
PLANEACIÓN	Sensibilización										
	Revisión del direccionamiento estratégico										
	Realizar un análisis Interno y externo de la Organización, mediante una herramienta DOFA										
	Definir la Estructura Organizativa del Proyecto (Roles) y sus Responsabilidades.										
	Diseñar y estructurar el organigrama del SGC										
	Precisar el Alcance del S.G.C.										
	Elaboración de la Política de Calidad										
	Elaboración de los objetivos de Calidad acorde a la Política de Calidad										
	Diseño de los indicadores de gestión para medir el cumplimiento de los objetivos										
	Identificación de los procesos de la organización mediante la metodología de gestión de procesos.										



## ANEXO N° 2.

### ACTA DE CONFORMACIÓN COMITÉ DE CALIDAD

	<b>ACTA DE REUNIÓN N° 1</b>	Fecha: 20/09/2011
		Hora: 14:00 h.
		Lugar: Sede Principal ASOPORMEN
		Ciudad: Bucaramanga

Participantes:

NOMBRE	CARGO	FIRMA
María Eugenia Acuña Macías	Directora Ejecutiva	<i>[Firma]</i>
Patricia Núñez Forero	Coordinadora T.H.	<i>[Firma]</i>
Alix Jiménez Villamarín	Coordinadora Académica	<i>[Firma]</i>
Claudia María Luna Arenas	Coordinadora IPS	<i>[Firma]</i>
Liliana Paola Acosta Velásquez	Coordinadora Protección	<i>[Firma]</i>
Gloria Esther Jaraba Castillo	Coordinadora ABA	<i>[Firma]</i>
Audrey Becerra	Coordinadora Inclusión	<i>[Firma]</i>
Elizabeth Osorio	Asistente Coordinación ABA	<i>[Firma]</i>
Lida Suarez	Asistente Coordinación ABA	<i>[Firma]</i>
Nazly Rocío Ariza Olarte	Practicante de Calidad	<i>[Firma]</i>
Sonia Amparo Esteban Caicedo	Asesora Externa del S.G.C.	<i>[Firma]</i>

#### ORDEN DEL DÍA

1. Conformar el comité de calidad en ASOPORMEN y asignar sus funciones junto con las funciones de la representante de calidad y la coordinadora, con el fin de lograr el resultado esperado en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad bajo la norma ISO 9001:2008.
2. Socializar sobre el Sistema de Gestión de la Calidad y los resultados del Diagnóstico.
3. Presentar la metodología para la construcción de la Política de Calidad.

Se acordó:

1. Crear y analizar los resultados obtenidos de la implementación.
2. Evaluar el cumplimiento de la política de calidad y los objetivos de calidad.
3. Evaluar el desempeño de cada uno de los procesos de ASOPORMEN.

	<b>ACTA DE REUNIÓN N° 1</b>	Fecha: 20/09/2011
		Hora: 14:00 h.
		Lugar: Sede Principal ASOPORMEN
		Ciudad: Bucaramanga

#### DESARROLLO

Se presentaron las Coordinadoras de cada área de servicio, junto con la Directora Ejecutiva, la Psicóloga Organizacional, la Asesora Externa del proyecto de implementación del SGC., y la practicante de Ingeniería Industrial en la sede principal de ASOPORMEN, con el fin de socializar el tema sobre Fundamentos de la ISO 9001:2008, los resultados del Diagnóstico, la conformación del comité de calidad designando sus respectivas funciones, de igual manera se explicó la metodología para elaborar la Política de Calidad.

El Comité de Calidad queda conformado por las siguientes personas y se hizo entrega a cada integrante de las funciones de este comité:

➤ María Eugenia Acuña Macías	Representante de la Dirección:
➤ Patricia Núñez Forero	Coordinadora de Calidad
➤ Alix Jiménez Villamarín	Coordinadora Académica
➤ Claudia María Luna Arenas	Coordinadora IPS
➤ Liliana Paola Acosta Velásquez	Coordinadora Protección
➤ Gloria Esther Jaraba Castillo	Coordinadora ABA
➤ Audrey Becerra	Coordinadora Inclusión
➤ Elizabeth Osorio	Asistente Coordinación ABA
➤ Lida Suarez	Asistente Coordinación ABA

#### Funciones del Comité de Calidad:

1. Aprobar anualmente el plan de trabajo de ASOPORMEN con los objetivos en materia de calidad.
2. Verificar el mantenimiento y mejora del sistema de gestión de calidad.
3. Dar seguimiento al manual de calidad y documentación de procesos.
4. Controlar el desarrollo de las actividades referentes al sistema de gestión de calidad.
5. Evaluar y analizar los resultados obtenidos de la implementación.
6. Evaluar el cumplimiento de la política de calidad y los objetivos de calidad.
7. Evaluar el desempeño de cada uno de los procesos de ASOPORMEN.

	<b>ACTA DE REUNIÓN N° 1</b>	Fecha: 20/09/2011
		Hora: 14:00 h.
		Lugar: Sede Principal ASOPORMEN
		Ciudad: Bucaramanga

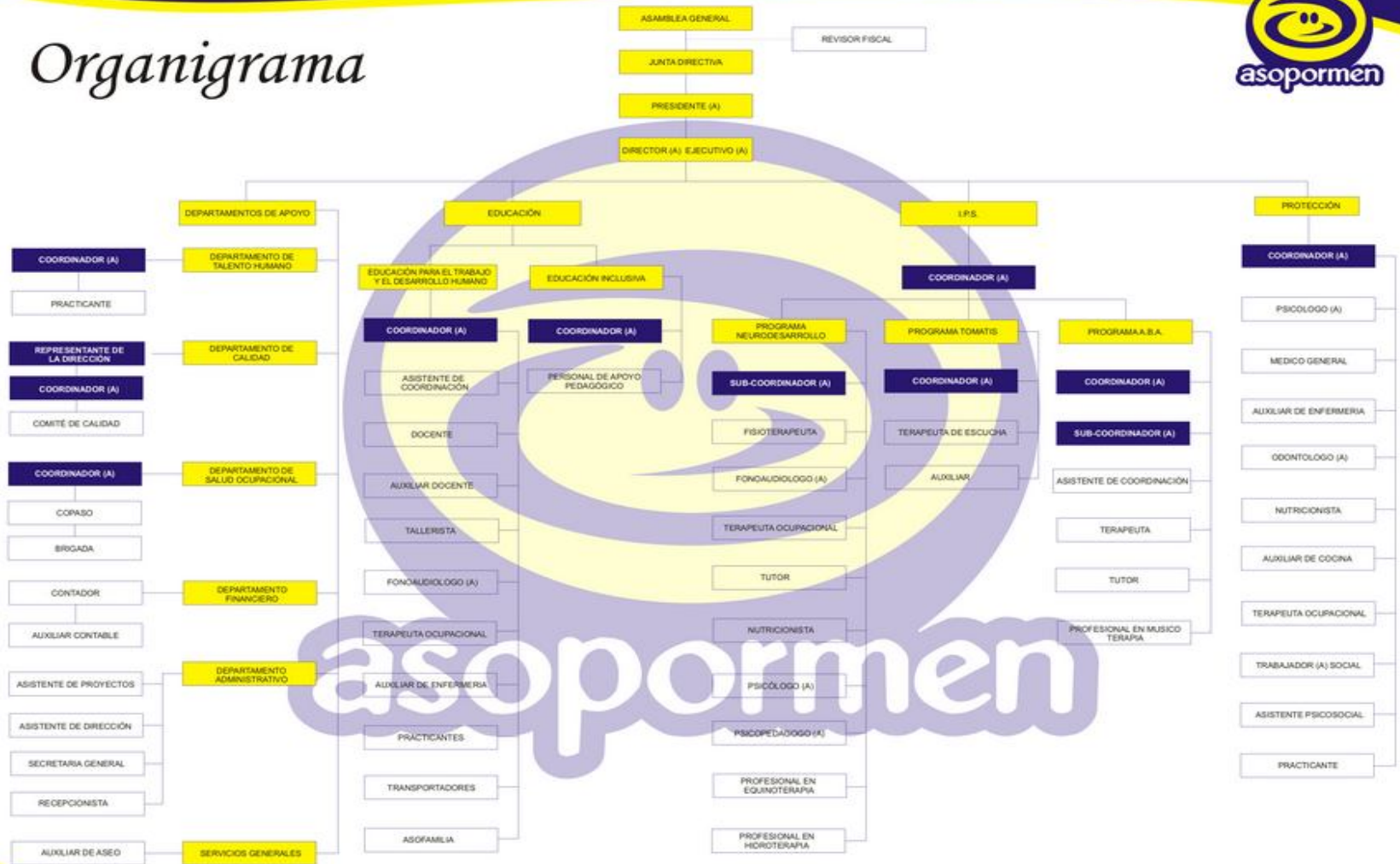
8. Establecer planes de acción que contribuyan a conseguir el mejoramiento continuo.
9. Aprobar LA PROGRAMACION de auditorías Internas.
10. Promover el desarrollo de una cultura de calidad en la organización.

Siendo las 16:00 horas se da por terminada la reunión.

**asopormen**

ANEXO N° 3.

Organigrama



**ANEXO N° 4.  
CARACTERIZACIONES**

	<b>CARACTERIZACIÓN MACRO PROCESO GESTIÓN DIRECTIVA</b>			<b>Código:</b> C-GC-001		
				<b>Versión:</b> 1		
				<b>Fecha de Aprobación:</b> 22/122011		
<b>CARACTERIZACIÓN MACRO PROCESO GESTIÓN DIRECTIVA</b>						
<b>Objetivo</b>	Administrar los recursos financieros, físicos y humanos de la institución.					
<b>Alcance</b>	Va dirigido a todos los procesos que intervienen en la prestación de los servicios misionales con proyección a la comunidad, y que tengan como finalidad ejercer los derechos de las personas objeto de su existencia y funcionamiento.					
<b>Responsable</b>	Director (a) ejecutiva					
<b>Entradas del Proceso</b>			<b>Actividades</b>	<b>Responsable</b>	<b>Salidas del proceso</b>	
<b>Elemento</b>	Proveedores				Salidas	Clientes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Necesidades</li> <li>Presupuesto S.O.</li> <li>Balance General</li> <li>Estados de cuentas de las entidades contratantes.</li> </ul>	Procesos  Proceso Gestión Contable y financiera	P L A N E A R	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planeación Presupuesto</li> </ul>	Director (a) Ejecutivo	Planeación y presupuesto  Cronograma general	Asamblea General y Junta directiva.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Planes de Desarrollo gubernamentales.</li> <li>Oportunidades</li> </ul>	Entidades gubernamentales y no gubernamentales.	H A C E R	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión de Proyectos y convenios.</li> </ul>	Director ejecutivo (a)	El proyecto	Entidades gubernamentales y no gubernamentales

de convenios, concursos, licitaciones o convocatorias					
Aprobación del Proyecto	Entidades gubernamentales y no gubernamentales.		Formalización del Proyecto y contratación	Director ejecutivo (a)	Contrato con la entidad gubernamental o la no gubernamental Proceso Contable y financiero Entidades contratantes y Gestión Directiva
Reporte de contratación de la entidad contratante  Reporte de Selección  Informe de Solución de Conflictos	Entidades gubernamentales y no gubernamentales.  Gestión Talento Humano		Ejecución y Seguimiento <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagos a Nomina y proveedores</li> <li>• Cobros</li> <li>• Prorrogas o Finalización de contrato</li> </ul>	Director ejecutivo (a)	Informes periódicos
Necesidad de captar recursos diferentes a los provenientes de los procesos misionales.	Macro Procesos Misionales		Gestión de Eventos	Coordinador (a) de eventos	Evento  Presentación de Resultados

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes periódicos del cumplimiento del objeto contractual.</li> <li>• Presupuesto anual.</li> <li>• Estados de cuentas</li> <li>• Balance General</li> <li>• Cartera</li> <li>• Estados de Nomina</li> <li>• Informe de Productividad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión Contable y Financiera.</li> <li>• Gestión Talento Humano</li> </ul>	V E R I F I C A R	Vigilancia y control  Realizar evaluación del Proceso	Directora Ejecutiva (a)	Informe general del cumplimiento del objeto contractual  Informe de desempeño del Proceso  Plan de mejora	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Junta Directiva</li> <li>• Entidades contratantes</li> <li>• Funcionarios</li> </ul> Gestión de la Calidad
Plan de mejora		A C T U A R	Implementación de acciones de mejora.	Directora (a) ejecutiva	Mejoras	Gestión de la Calidad
<b>Documentos de Referencia</b>				<b>Registros</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual de Calidad</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe Periódicos a entidades contratantes</li> <li>• Formato de proyección periódico.</li> <li>• Informes de cumplimiento del objeto contractual.</li> <li>• Informe de evaluación de productividad.</li> </ul>		
<b>Indicadores</b>				<b>Mecanismos de Seguimiento</b>		
% de rendición de cuentas entregadas oportunamente % de funcionarios que realizaron estudios de actualización en su área				Auditoria interna de calidad Auditoria por entidad contratante		

<p>% de cumplimiento de los requisitos obligatorios</p>	<p>Visita de Supervisión Reuniones de Junta Directiva Revisión fiscal Informes Periódicos a entidad contratante</p>
<p><b>Procesos Relacionados</b></p>	<p><b>Recursos</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos de Apoyo</li> <li>• Procesos Misionales</li> <li>• Proceso Gestión de la Calidad</li> </ul>	<p>Humano Infraestructura Materiales Medio Ambiente</p>
<p><b>Requisitos por cumplir de la norma técnica de calidad vigente</b></p>	<p>Norma NTC ISO 9001 4.1. Requisitos Generales 4.2.1. Generalidades 4.2.4. Control de Registros 5. Responsabilidad de la dirección 6.1. Provisión de Recursos 8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos 8.4. Análisis de datos 8.5. Mejora</p>
<p><b>Requisitos legales y/o reglamentarios</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estatutos Institucionales</li> <li>• Metodologías especiales según los requerimientos de la entidades contratantes</li> <li>• Reglamento Interno</li> <li>• Manual de Responsabilidades y Competencias</li> <li>• Ley 100</li> <li>• Ley de Infancia y adolescencia 1098 de 2006</li> <li>• Ley de educación 1145 de 2007</li> <li>• Ley Marco de Discapacidad 361 de 1997</li> <li>• Ley 1306 de 2009 Normas para la Protección de personas con discapacidad mental</li> <li>• Decreto 366 de 2009 Organización del servicio de apoyo pedagógico para la atención de los estudiantes con discapacidad</li> </ul>	



**CARACTERIZACIÓN  
PROCESO GESTIÓN DE LA CALIDAD**

Código:	C-GC-001
Versión:	1
Fecha de Aprobación:	22/12/2012

**CARACTERIZACIÓN  
MACRO PROCESO GESTIÓN DE LA CALIDAD**

<b>Objetivo</b>	Controlar y evaluar el Sistema de Gestión de la Calidad en ASOPORMEN para asegurar la mejora continua del mismo.
<b>Alcance</b>	Aplica a todos los procesos del sistema de gestión de la calidad.
<b>Responsable</b>	Coordinador (a) de calidad

**CARACTERIZACIÓN PROCESO GESTIÓN DE LA CALIDAD**

<b>Objetivo</b>	Controlar y evaluar el Sistema de Gestión de la Calidad en ASOPORMEN para asegurar la mejora continua del mismo.
<b>Alcance</b>	Aplica a todos los procesos del sistema de gestión de la calidad.
<b>Responsable</b>	Coordinador (a) de calidad

Entradas del Proceso		Actividades	Responsable	Salidas del proceso	
Elemento	Proveedores			Salidas	Clientes
Documentos y registros del SGC.  Necesidades de documentación y procedimientos, actualizados.	Todos los procesos	<b>P L A N E A R</b> Evaluar las necesidades de documentación del sistema.  Programar proceso de revisión, seguimiento y mantenimiento del SGC.  Establecer la constante actualización de documentos. Planificar la realización de auditorías internas.  Programar el seguimiento y cierre de las acciones correctivas y preventivas.	Coordinador (a) de calidad	Disposición de los documentos en los sitios de uso.  Cronograma de actividades del SGC.  Diseño de documentos	Todos los procesos

<p>Todos los Procesos</p>	<p>Política y objetivos de calidad.</p> <p>Norma ISO 9001.</p> <p>Quejas, reclamos y sugerencias.</p> <p>Documentos actuales generados</p>	<p><b>H A C E R</b></p> <p>Controlar los documentos de origen externo e interno.</p> <p>Evaluar los procesos y ajustes de documentos.</p> <p>Elaboración, revisión, conservación de documentos.</p> <p>Gestionar la aprobación, emisión y actualización de los documentos de los procesos del SGC.</p> <p>Comunicar y ejecutar los ciclos de auditorías internas del Sistema de Gestión de la Calidad.</p> <p>Diseñar controles de cumplimiento de las acciones correctivas, preventivas y de mejora.</p> <p>Elaborar plan de informe de auditorías internas.</p> <p>Evaluación de la satisfacción del cliente</p> <p>Realización de la revisión por la dirección</p>	<p>Representante de la dirección.</p>	<p>Documentos aprobados y vigentes</p> <p>Respuesta a quejas, reclamos y sugerencias.</p>	<p>Todos los procesos</p>
<p>Indicadores de proceso</p> <p>Planes y programas</p>	<p>Todos los procesos</p>	<p><b>V E R I F I</b></p> <p>Medir el desempeño del proceso a través del cumplimiento de indicadores de gestión y actividades de seguimiento.</p>		<p>Seguimiento a los indicadores</p>	

		C A R				
Informe de auditorías internas y externas		A C T U A R	Mejorar continuamente el proceso mediante la aplicación de acciones correctivas, preventivas y de mejora.		Acciones correctivas, preventivas, de mejora y productos no conformes gestionados.	
Servicio o Producto No Conforme						
<b>Documentos de Referencia</b>				<b>Registros</b>		
				<b>Formato</b>	<b>Código</b>	
Ver listado Maestro de Documentos				Distribución de Documentos	F-GC-001	
				Solicitud de Emisión y/o Modificación de Documento	F-GC-002	
				Listado Maestro de documentos internos	F-GC-003	
				Listado Maestro de documentos Externos	F-GC-004	
				Registro de Servicio o Producto No conforme	F-GC-005	
				Registro y control de no conformidades y plan de acciones	F-GC-006	
				Estado de las acciones correctivas y preventivas	F-GC-007	
				Control de Registro	F-GC-008	
				Plan de Auditoria Interna de Calidad	F-GC-009	
				Lista de Verificación Auditoria Interna	F-GC-010	
				Informe General de Auditoria	F-GC-011	

	Interna	
	Evaluación de auditores internos	F-GC-012
	Encuesta de Satisfacción SIAU Protección	F-GC-013
	Acta de Apertura Buzón de Sugerencias	F-GC-014
	Encuesta de Satisfacción NNAM18	F-GC-015
	Buzón de Sugerencias	F-GC-016
	Consolidación Servicio y/o Producto no Conforme	NA
	Lista Control Copias de Seguridad	NA
	Informe Desempeño	NA
<b>Indicadores</b>	<b>Mecanismos de Seguimiento</b>	
% de acciones correctivas eficaces	Seguimiento indicadores	
% de acciones de mejora implementadas oportunamente	Seguimiento planes y programas	
Índice de Satisfacción	Seguimiento auditorias	
% usuarios que presentaron sugerencias, quejas y reclamos	Seguimiento Informe revisión por la dirección	
<b>Procesos Relacionados</b>	<b>Recursos</b>	
Mapa de Procesos	Recursos tecnológicos: software y programas. -Recursos informáticos: Equipos de oficina. -Recursos físicos: Dotación de oficinas, uniformes, material de apoyo. -Recurso Humano: el Talento Humano de las áreas administrativas y académicas. -Recursos Financieros.	
<b>Requisitos por cumplir de la norma técnica de calidad vigente</b>	Norma NTC ISO 9001:2008 4.1. Requisitos Generales 4.2. Requisitos de la Documentación 5.3. Política de Calidad	

	5.4. Planificación 5.4.1. Objetivos de Calidad 5.4.2. Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad 6.2. Recursos Humanos 8. Medición, Análisis y mejora
<b>Requisitos legales y/o reglamentarios</b>	Norma NTC ISO 9001:2008 4.1 - 4.2 - 8.2 – 8.2.3 – 8.2.4 – 8.3 8.4- 8.5





**CARACTERIZACIÓN  
MACRO PROCESO PROTECCIÓN**

<b>Objetivo</b>	Restablecer a los niños, niñas, adolescente y mayores de 18 años de edad con discapacidad cognitiva el ejercicio de sus derechos vulnerados, sin separarlos de su medio familiar, fortalecer los vínculos familiares y redes de apoyo con el fin de superar los factores de riesgo y generar factores de generatividad.
<b>Alcance</b>	Niños, niñas, adolescente y mayores de 18 años de edad con discapacidad cognitiva, con sus derechos amenazados, inobservados o vulnerados que requieren de acompañamiento institucional y apoyo presencial, en medio socio-familiar.
<b>Responsable</b>	Coordinador (a) de protección



**CARACTERIZACIÓN  
PROCESO DIAGNÓSTICO Y ACOGIDA**

<b>Código:</b>	C-PD-001
<b>Versión:</b>	1
<b>Fecha de Aprobación:</b>	22/12/2011

**CARACTERIZACIÓN  
PROCESO DIAGNÓSTICO Y ACOGIDA**

<b>Objetivo</b>	Evaluar condiciones iniciales de los niños, niñas, adolescentes y mayores de 18 años a nivel integral para identificar el estado actual con el fin de elaborar el plan de atención individual acorde a sus necesidades.
<b>Alcance</b>	Aplica para niños, niñas, adolescentes y mayores de 18 años vinculados al servicio de Protección en ASOPORMEN.
<b>Responsable</b>	Trabajador (a) Social

Entradas del Proceso		Actividades	Responsable	Salidas del proceso	
Elemento	Proveedores			Salidas	Cientes
Niño, niña, adolescente y mayor de 18 años	ICBF	P L A N E A R  Elaborar cronograma individual  Valoración de Perfil	Trabajador (a) social	Cronograma Individual de Ingreso	
Orden de Ingreso					

		H A C E R	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fonoaudiología</li> <li>• Fisioterapia (si lo requiere)</li> <li>• Terapia Ocupacional</li> </ul>		Integral y PLATIN	Proceso de Intervención
			Inducción a la familia y al NNAM18 al programa de PROTECCIÓN, acogida y vinculación escolar del usuario.	Coordinador (a) de Protección		
Niño, niña, adolescente y mayor de 18 años Historia Integral	ICBF Coordinador (a) de Protección	V E R I F I C A R	Valoración Integral Inicial -Médica -Odontología -Nutrición -Psicología -Trabajo social -Perfil Ocupacional -Valoración Pedagógica * Se tiene en cuenta las valoraciones de Fonoaudiología y Fisioterapia que se elaboran en la valoración de Perfil.	Profesionales		
			Verificar que la valoración Integral se haya desarrollado en su periodo establecido. Verificar que se encuentren los soportes.	Líder del Proceso	Informe de desempeño del Proceso  Plan de mejora	Proceso de Gestión de la Calidad
Informe de desempeño del proceso.  Plan de mejora	Gestión de la Calidad	A C T U A R	Ejecutar el plan de mejora	Líder del proceso	Acciones de mejora	Gestión de la Calidad
<b>Documentos de Referencia</b>				<b>Registros</b>		

	<b>Formato</b>	<b>Código</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de Atención Institucional (PAI)</li> <li>Procedimiento Control de Servicio o producto no conforme.</li> </ul>	Cronograma Individual de Ingreso Valoración Fonoaudiología Valoración por Terapia Ocupacional Valoración de Fisioterapia Valoración Pedagogía Informe de Valoración de Perfil Valoración Médica Valoración Odontológica Valoración Nutrición Valoración Psicológica Valoración Inicial Socio Familiar Perfil Ocupacional Acción Educativa a la familia y/o NNAM18 Diagnóstico Integral y PLATIN Lista de Chequeo Diagnóstico y Acogida	N.A. F-DA-001 F-DA-002 F-DA-003 F-DA-004 F-DA-005 F-DA-006 F-DA-007 F-DA-008 F-DA-009 F-DA-010 F-DA-011 N.A. N.A. N.A.
<b>Indicadores</b>	<b>Mecanismos de Seguimiento</b>	
% de usuarios atendidos oportunamente % Cumplimiento de los requisitos obligatorios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auditoria interna de calidad</li> <li>Auditoria por entidad contratante</li> <li>Visita de Supervisión</li> </ul>	
<b>Procesos Relacionados</b>	<b>Recursos</b>	
Intervención Gestión Directiva Gestión de la Calidad Gestión Contable y Financiera	Humano Infraestructura Materiales Medio Ambiente	
Requisitos por cumplir de la norma técnica de calidad vigente	Norma NTC ISO 9001 4.1. Requisitos Generales 4.2.1. Generalidades 4.2.4. Control de Registros 7.1. Planificación de la realización del Producto (Servicio) 7.2. Procesos Relacionados con el cliente 7.5.1. Control de la Prestación del servicio	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>7.5.3. Identificación y trazabilidad</li> <li>7.5.4. Propiedad del cliente</li> <li>8.2.3. seguimiento y medición de los procesos</li> <li>8.2.4. Seguimiento y medición del producto (servicio)</li> <li>8.3 Control del Producto y/o servicio no conforme</li> <li>8.4. Análisis de datos</li> <li>8.5. Mejora</li> </ul>
<b>Requisitos legales y/o reglamentarios</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constitución Política de Colombia</li> <li>• Ley 1098/06 (Ley de infancia y adolescencia)</li> <li>• LM07.PE02, Fecha 29/05/08 Versión 1.0 lineamientos técnicos para garantizar los derechos a los niños, las Niñas y los adolescentes en situación de discapacidad</li> <li>• Instrumento de supervisión técnica Para institución de protección -Semi internado para población con y sin discapacidad</li> <li>• Resolución 2366/07 (Lineamientos técnicos administrativos para la atención e inclusión de familias)</li> <li>• Resolución 5928 /11</li> <li>• Resolución 5929 /11</li> <li>• Resolución 707 /11</li> <li>• Resolución 6024 /11</li> <li>• PLATIN</li> </ul>	



**CARACTERIZACIÓN  
PROCESO INTERVENCIÓN**

<b>Código:</b>	<b>C-PI-001</b>
<b>Versión:</b>	<b>1</b>
<b>Fecha de Aprobación :</b>	<b>22/12/2011</b>

**CARACTERIZACIÓN  
MACRO PROCESO PROTECCIÓN**

<b>Objetivo</b>	Restablecer a los niños, niñas, adolescente y mayores de 18 años de edad con discapacidad cognitiva el ejercicio de sus derechos vulnerados, sin separarlos de su medio familiar, fortalecer los vínculos familiares y redes de apoyo con el fin de superar los factores de riesgo y generar factores de generatividad.
<b>Alcance</b>	Niños, niñas, adolescente y mayores de 18 años de edad con discapacidad cognitiva, con sus derechos amenazados, inobservados o vulnerados que requieren de acompañamiento institucional y apoyo presencial, en medio socio-familiar.
<b>Responsable</b>	Coordinador (a) de protección

**CARACTERIZACIÓN PROCESO INTERVENCIÓN**

<b>Objetivo</b>	Desarrollar el PLATIN dirigido a la superación de situación de inobservancia, amenaza o vulneración de sus derechos, con la vinculación de la familia y la red social de apoyo.
<b>Alcance</b>	Niños, niñas, adolescente y mayores de 18 años de edad con discapacidad cognitiva, con sus derechos amenazados, inobservados o vulnerados que requieren de acompañamiento institucional y apoyo presencial, en medio socio-familiar.
<b>Responsable</b>	Coordinadora Protección

Entradas del Proceso		Actividades	Responsable	Salidas del proceso	
Elemento	Proveedores			Salidas	Clientes
PLATIN Diagnóstico Integral	Proceso de Diagnóstico y Acogida.	Elaboración de Cronograma	Líder del Proceso	Cronograma de Intervención	

		H A C E R	Fortalecimiento Familiar		Informe de evolución integral.	ICBF Familia Proceso de Egreso
			Proyecto de vida			
			Promoción y Prevención			
		V E R I F I C A R	Verificar que se encuentren los soportes		Informe de desempeño del proceso  Plan de mejoramiento	
Plan de mejoramiento	Proceso de Gestión de la Calidad	A C T U A R	Ejecutar el plan de mejoramiento.		Mejoras	Proceso de Gestión de la Calidad
<b>Documentos de Referencia</b>				Registros		
				<b>Formato</b>		<b>Código</b>
Plan de Atención Institucional (PAI) Plan de Educación Institucional (PEI) Procedimiento de Servicio o Producto no Conforme				Cronograma de Intervención Lista de Chequeo Seguimiento de trabajo social Seguimiento médico Seguimiento odontológico Seguimiento psicológico Seguimiento nutricional Proyecto de Vida Intervención Terapéutica con Familia Control de medicamentos Detección y atención de maltrato y/o abuso sexual Descargos	NA NA F-PI-001 F-PI-002 F-PI-003 F-PI-004 F-PI-005 F-PI-006 F-PI-007 F-PI-008 F-PI-009 F-PI-010	

	Seguimiento Proyecto de vida Acción Educativa con la familia y/o con NNAM18 Informe de Evolución Integral Huellas y Firmas Actividades Asistencia	F-PI-011 NA Externo NA NA NA
<b>Indicadores</b>	<b>Mecanismos de Seguimiento</b>	
% de usuarios atendidos oportunamente % Cumplimiento de los requisitos obligatorios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunión de Equipo</li> <li>• Auditoria interna de calidad</li> <li>• Auditoria por entidad contratante</li> <li>• Visita de Supervisión</li> </ul>	
<b>Procesos Relacionados</b>	<b>Recursos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión contable y financiera</li> <li>• Gestión de talento humano</li> <li>• Gestión Directiva</li> <li>• Escolar</li> <li>• Salud Integral</li> <li>• Diagnóstico y Acogida</li> <li>• Egreso</li> </ul>	Humano Infraestructura Materiales Medio Ambiente	
<b>Requisitos por cumplir de la norma técnica de calidad vigente</b>	4.1. Requisitos Generales 4.2.1. Generalidades 4.2.4. Control de los Registros 7.1. Planificación de la Realización del producto (Servicio) 7.2. Procesos relacionados con el cliente 7.5.1. Control de la Prestación del Servicio 7.5.3. Identificación y trazabilidad 7.5.4. Propiedad del cliente 7.5.5. Preservación del Producto (Alimentos) 8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos 8.2.4. Seguimiento y medición del Producto (Servicio) 8.3. Control del Producto y/o servicio no Conforme 8.4. Análisis de Datos 8.5. Mejora	

### Requisitos legales y/o reglamentarios

- Constitución Política de Colombia
- Ley 1098/06 (Ley de infancia y adolescencia)
- LM07.PE02, Fecha 29/05/08 Versión 1.0 lineamientos técnicos para garantizar los derechos a los niños, las Niñas y los adolescentes en situación de discapacidad
- Instrumento de supervisión técnica Para institución de protección -Semi internado para población con y sin discapacidad
- Resolución 2366/07 (Lineamientos técnicos administrativos para la atención e inclusión de familias)
- Resolución 5928 /11
- Resolución 5929 /11
- Resolución 707 /11
- Resolución 6024 /11
- Informe de Evolución





## CARACTERIZACIÓN MACRO PROCESO PROTECCIÓN

<b>Objetivo</b>	Restablecer a los niños, niñas, adolescente y mayores de 18 años de edad con discapacidad cognitiva el ejercicio de sus derechos vulnerados, sin separarlos de su medio familiar, fortalecer los vínculos familiares y redes de apoyo con el fin de superar los factores de riesgo y generar factores de generatividad.
<b>Alcance</b>	Niños, niñas, adolescente y mayores de 18 años de edad con discapacidad cognitiva, con sus derechos amenazados, inobservados o vulnerados que requieren de acompañamiento institucional y apoyo presencial, en medio socio-familiar.
<b>Responsable</b>	Coordinador (a) de protección



### CARACTERIZACIÓN PROCESO EGRESO

Código:	C-PE-001
Versión:	1
Fecha de Aprobación:	22/12/2011

### CARACTERIZACIÓN PROCESO EGRESO

<b>Objetivo</b>	Brindar herramientas al NNAM18 y a su familia para que cumplido el PLATIN continúen el proceso de restablecimiento y garantía de derechos, apoyados en las redes sociales.
<b>Alcance</b>	Aplica para niños, niñas, adolescentes y mayores de 18 años y sus familias vinculadas al servicio de Protección en ASOPORMEN.
<b>Responsable</b>	Asistente Psicosocial

Entradas del Proceso		Actividades	Responsable	Salidas del proceso	
Elemento	Proveedores			Salidas	Clientes
Informe de Evolución	Proceso de Intervención	P L A N E A R	Cronograma individual de egreso	Líder del Proceso	Cronograma Individual de egreso

		H A C E R	Preparación para el Egreso al NNAM18 y su familia.		Informe de resultados	Medio socio- familiar u otra Institución.  ICBF
Orden de egreso	Defensor de familia		Cierre de la Historia Integral			
			Seguimiento Post egreso			
Historia integral	Proceso de Intervención	V E R F I C A R	Verificar que se encuentren los soportes en la historia integral. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los cierres</li> <li>• La orden de egreso</li> <li>• Seguimientos Post Egreso</li> </ul>	Coordinador (a) de protección	Informe de Desempeño del Proceso  Plan de mejora	Gestión de la Calidad
Acciones de mejora			Gestión de la Calidad	ACTUAR	Implementar acciones de mejora	Lider del Proceso
<b>Documentos de Referencia</b>				Registros		
				Formatos		Código
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de Atención Institucional (PAI)</li> <li>• Procedimiento Control Producto o servicio no conforme.</li> </ul>				Seguimiento telefónico post egreso Seguimiento de visita domiciliaria post egreso Informe de resultados Acción Educativa con la familia y/o con NNAM18 Informe de Desempeño de Proceso Acciones de Mejora Seguimiento Grupal		F-PE-001 F-PE-002
<b>Indicadores</b>				<b>Mecanismos de Seguimiento</b>		
% de usuarios atendidos oportunamente				Auditoria interna de calidad		
% Cumplimiento de los requisitos obligatorios				Auditoria por entidad contratante		
				Visita de Supervisión		

Procesos Relacionados	Recursos
Proceso de Gestión de la Calidad Proceso de gestión Directiva Proceso de Gestión talento humano Proceso Salud ocupacional	Humano Infraestructura Materiales Medio Ambiente
<b>Requisitos por cumplir de la norma técnica de calidad vigente</b>	Norma NTC ISO 9001:2008 4.1. Requisitos generales 4.2.1. Generalidades 4.2.4. Control de Registros 7.1. Planificación de la Realización del Producto (servicio) 7.2. Procesos relacionados con el cliente 7.5.1. Control de la prestación del Servicio 7.5.4. Propiedad del cliente 8.2.3. Seguimiento y Medición de los procesos 8.2.4. Seguimiento y medición del Producto (servicio) 8.3. Control del Producto no conforme 8.4. Análisis de datos 8.5. Mejora
<b>Requisitos legales y/o Reglamentarios</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constitución Política de Colombia</li> <li>• Ley 1098/06 (Ley de infancia y adolescencia)</li> <li>• LM07.PE02, Fecha 29/05/08 Versión 1.0 lineamientos técnicos para garantizar los derechos a los niños, las Niñas y los adolescentes en situación de discapacidad</li> <li>• Instrumento de supervisión técnica Para institución de protección –Semi- internado para población con y sin discapacidad</li> <li>• Resolución 2366/07 (Lineamientos técnicos administrativos para la atención e inclusión de familias)</li> <li>• Resolución 5928 /11</li> <li>• Resolución 5929 /11</li> <li>• Resolución 707 /11</li> <li>• Resolución 6024 /11</li> <li>• Informe de Resultados</li> <li>• Resolución 6024/11</li> </ul>	



**CARACTERIZACIÓN  
PROCESO GESTIÓN TALENTO HUMANO**

<b>Código:</b>	C-TH-001
<b>Versión:</b>	1
<b>Fecha de Aprobación:</b>	22/12/2011

**CARACTERIZACIÓN PROCESO GESTIÓN TALENTO HUMANO**

<b>Objetivo</b>	Desarrollar y afianzar un talento humano competente, comprometido y motivado para alcanzar altos niveles de desempeño.
<b>Alcance</b>	Aplica para todo el personal que brinda sus servicios Profesionales en la Institución.
<b>Responsable</b>	Coordinador (a) Talento Humano

Entradas del Proceso		Actividades	Responsable	Salidas del proceso			
Elemento	Proveedores			Salidas	Clientes		
Necesidades	Todos los procesos	P L A N E A R  S E L E C I O N	Coordinador (a) Talento Humano	Cronograma de Actividades			
Hoja de vida de los candidatos	Candidato			Selección	Reporte de selección	Gestión Directiva	
Funcionario	ASOPORMEN	H A C E R	Presidente (a) Junta Directiva  Director (a) Ejecutivo (a)	Reporte de Contratación	Gestión Contable y Financiera		
				Inducción	Hoja de vida institucional	Carta de inducción	Funcionario
				Asesoría organizacional y solución	Informe de solución de	Gestión	

			de conflictos.		conflictos	Directiva
			Capacitación y entrenamiento en competencias y productividad.		Personal capacitado	Funcionarios
		V E R I F I C A R	Evaluación de desempeño de los funcionarios.		Informe de Productividad	Gestión Directiva
			Evaluación del Proceso		Informe de desempeño del proceso. Plan de Mejora	Gestión de la Calidad
Plan de mejora	Gestión de la Calidad	A C T U A R	Implementación de acciones de mejora.		Mejoras	

Documentos de Referencia	Registros	
	Formato	Código
Manual de la calidad Manual de Funciones Reglamento Interno	Requerimiento de personal	F-TH-001
	Reporte de selección	F-TH-002
	Reporte para contratación	
	Lista de chequeo para contratación	F-TH-003
	Hoja de vida institucional	F-TH-004
	Carta de inducción	
	Reporte de Inducción	F-TH-005
	Reporte de Asesorías Organizacionales y Solución de Conflictos	F-TH-006
	Descargos Laborales	F-TH-007
	Comunicado por Incumplimiento	F-TH-008
Llamado de Atención	F-TH-009	
Evaluación de productividad	F-TH-010	
Informe de productividad		
Seguimiento al reglamento interno		
Asistencia Actividades Institucionales		

<b>Indicadores</b>	<b>Mecanismos de Seguimiento</b>
Promedio de desempeño de los funcionarios con desempeño alto y superior. % de funcionarios capacitados % de funcionarios que realizan estudios de actualización en su área.	Auditoria de calidad Auditoria por entidad contratante Visita de supervisión
<b>Procesos Relacionados</b>	<b>Recursos</b>
Gestión Directiva Gestión contable y financiera Gestión de la calidad	Humano Infraestructura Materiales Medio Ambiente
<b>Requisitos por cumplir de la norma técnica de calidad vigente</b>	Norma NTC ISO 9001 4.1. Requisitos Generales 4.2.4. Control de Registros 6.2. Recursos Humanos 8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos 8.4. Análisis de datos 8.5. Mejora
<b>Requisitos legales y/o reglamentarios</b>	Reglamento interno Manual de Responsabilidades y competencias Código Sustantivo de Trabajo Legislación Laborar ley de talento humano 1164 de 2007



**CARACTERIZACIÓN  
PROCESO GESTIÓN CONTABLE Y FINANCIERA**

<b>Código:</b>	C-CF-001
<b>Versión:</b>	1
<b>Fecha de Aprobación:</b>	22/12/2011

**CARACTERIZACIÓN PROCESO GESTIÓN CONTABLE Y FINANCIERA**

<b>Objetivo</b>	Obtener una visión oportuna y confiable de la situación financiera del instituto, la cual es útil para la toma de decisiones (inversión y crédito), medir la solvencia, liquidez y evaluar tanto el trabajo administrativo como la capacidad de generación de recursos.					
<b>Alcance</b>	Va dirigido a todos los procesos que requieran movimiento contable y financiero.					
<b>Responsable</b>	Auxiliar contable					
Entradas del Proceso		Actividades	Responsable	Salidas del proceso		
Elemento	Proveedores			Salidas	Cientes	
Actividades	Gestión directiva  Contador	P L A N E A R	Elaboración de un cronograma de actividades.	Líder proceso	Cronograma	
Reporte de Contratación	Gestión Talento Humano		H A C E R	Elaboración de Planillas y registro de novedades en el programa contable SYD	Auxiliar contable	Registro de Planillas en el programa SYD
		Pago de Liquidaciones			Comprobantes de egreso del sistema SYD	Trabajadores Dependientes
Planilla de nomina	Auxiliar contable	Pago de nómina		Dirección ejecutiva	Comprobante de pago por transferencia o cheque.	
Planilla de Honorarios	Auxiliar contable	Pagos Honorarios		Auxiliar contable		Trabajadores Independientes
Factura	Proveedor	Pagó a Proveedores	Auxiliar	Proveedores		

Auxiliar de retención en la fuente.	Auxiliar contable		Pago de retención en la fuente	contable		Contador	
Formato de la DIAN	Contador						
Planilla SOI	Auxiliar contable		Pagos legales:  Pagos Parafiscales <ul style="list-style-type: none"> <li>• ARP</li> <li>• Salud</li> <li>• Pensión</li> <li>• Caja de Compensación Familiar</li> <li>• Sena</li> <li>• ICBF</li> </ul>				
Cotizaciones Soportes. Vales	Coordinadoras		Adquisición de Bienes y/o Servicios	-Auxiliar contable -Directora Ejecutiva -Secretaria General	Compra <ul style="list-style-type: none"> <li>• Factura</li> <li>• Comprobante de Egreso</li> </ul>		
Soportes	Recepcionistas  Secretaria General		Movimiento contable de caja	Recepcionistas  Secretaria General	Comprobantes de Egreso  Comprobante de ingresos (virtual con soporte talonarios)  Arqueo de Caja		

Extractos bancarios	Auxiliar contable	V E R I F I C A R	Conciliaciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conciliaciones bancarias</li> <li>• Conciliación de Caja</li> </ul>	Auxiliar Contable	Conciliaciones Bancarias Conciliaciones de Caja		
Auxiliar para c/banco. genera el sistema.	Lo el						
Balance de comprobación	Auxiliar Contable		Realizar informe de balance general del periodo.	Contador	Estados Financieros	Revisor Fiscal Junta Directiva	
		Realizar evaluación del proceso	Auxiliar contable	Informe de desempeño del proceso Plan de mejora	Gestión de la Calidad		
Plan de mejora	Gestión de la calidad	A C T U A R	Implementación de acciones correctivas y preventivas.	Auxiliar contable	Mejoras	Gestión de la calidad	
Documentos de Referencia			Registros				
			Formato		Código		
Plataforma virtual de bancos. Procedimiento de compras			Cronograma de actividades Planilla Nómina ASOPORMEN Planilla Prestaciones Sociales ASOPORMEN Planilla Aportes Parafiscales ASOPORMEN Auxiliar de Retención en la fuente Liquidación de Prestaciones Sociales Adquisición de Bienes y/o Servicios Preselección de Proveedores Listado Maestro de Proveedores Reevaluación de Proveedores Arqueo de Caja Diario Planilla de Cobro por Terapeuta para honorarios Conciliaciones Bancarias		F-CF-001 F-CF-002 F-CF-003 F-CF-004 F-CF-005 F-CF-006 F-CF-007 F-CF-008 F-CF-009		

	<p>Conciliaciones de Caja  Afilaciones  Formato DIAN  Planilla SOI</p>	
<b>Indicadores</b>	<b>Mecanismos de Seguimiento</b>	
<p>% informes generados oportunamente  % de proveedores con calificación satisfactoria</p>	<p>Auditoria interna de calidad.  Auditorias y visitas por entidades contratantes.  Revisión del revisor fiscal.</p>	
<b>Procesos Relacionados</b>	<b>Recursos</b>	
<p>Gestión administrativa.  Gestión del talento humano</p>	<p>Software Contable SYD  Humanos, financieros, materiales, infraestructura, medio ambiente</p>	
<b>Requisitos por cumplir de la norma técnica de calidad vigente</b>	<p>4.1. Requisitos Generales  4.2.4. Control de Registros  6.1. Provisión de Recursos  7.4. Compras  8.2.3. Seguimiento y medición de los Procesos  8.4. Análisis de los Datos  8.5. Mejora</p>	
<b>Requisitos legales y/o reglamentarios</b>	<p>Estatuto tributario  PUC  Código sustantivo de trabajo</p>	



**CARACTERIZACIÓN  
PROCESO SALUD OCUPACIONAL**

<b>Código:</b>	<b>C-SO-001</b>
Versión: 1	1
Fecha de Aprobación:	22/12/2011

**CARACTERIZACIÓN PROCESO SALUD OCUPACIONAL**

<b>Objetivo</b>	Planear y desarrollar actividades con el fin de proveer seguridad, protección y atención a los empleados; evitando así los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.
<b>Alcance</b>	Aplica a todo el personal que desempeña labores en ASOPORMEN
<b>Responsable</b>	Coordinador (a) Salud Ocupacional

Entradas del Proceso		Actividades	Responsable	Salidas del proceso	
Elemento	Proveedores			Salidas	Clientes
Actividades a realizar.		<b>P L A N E A R</b> Diseño de Programa de Salud Ocupacional: • Elaboración de Cronograma de Actividades de Salud Ocupacional	Coordinador (a) Salud Ocupacional	Programa Salud Ocupacional	
				Cronograma de Actividades	
Programa de Salud Ocupacional.	Salud Ocupacional	Capacitaciones y asesorías de entes externos.	Coordinador (a) Salud Ocupacional	Sensibilización (Formato asistencias institucionales)	
	Laboratorio y médico especialista S.O.	Exámenes de medicina del trabajo	Coordinador (a) Salud Ocupacional	Resultados Exámenes Laboratorio  Reporte del Médico	

		H A C E R			especialista de S.O	
Cronograma de Actividades S.O.			Inspecciones	Coordinador (a) Salud Ocupacional	Inspecciones Planeadas	
Plan de Emergencia	Coordinador (a) salud ocupacional		Simulacro ante eventos adversos	Coordinador (a) de Salud Ocupacional	Simulacro (Reportes del ente externo)	
Formato Panorama de Riesgos	Coordinador (a) salud ocupacional		Vigilancia epidemiológica sobre los riesgos críticos presentes.	Coordinador (a) salud ocupacional	Asistencias Institucionales	
Accidente Enfermedad Profesional			Reporte de, accidentes de Trabajo y enfermedades profesionales.	Coordinador (a) salud ocupacional	Reporte de la ARP.	
Incidente			Reporte de Incidentes	Coordinador (a) salud ocupacional	Reportes de Incidentes.	
Cronograma de Actividades			Mantenimiento locativo	Director (a) Ejecutivo (a)	Mantenimientos	
Hoja de vida del equipos	Proveedor		Mantenimiento de equipos. "El mantenimiento de los equipos se hace de acuerdo a la ficha técnica del equipo"	Coordinador (a) salud ocupacional		
Plan de Residuos			Gestión de Residuos	Coordinador (a) de Salud Ocupacional	Carta de Verificación.	

Reporte de las actividades realizadas	Coordinador (a) salud ocupacional	V E R I F I C A R	Reuniones de COPASO	Presidente de COPASO	Acta Acciones preventivas y Correctivas	Gestión de la calidad
			Evaluación del Proceso		Informe de desempeño del proceso. Plan de Mejora	
Plan de Mejora	Coordinador (a) de salud ocupacional	A C T U A R	Implementar acciones de mejora	Coordinador (a) salud ocupacional	Mejoras	
<b>Documentos de Referencia</b>				<b>Registros</b>		
				<b>Formato</b>		<b>Código</b>
Norma GT 45				Valoración Postural para Empleados		F-SO-001
				Inspecciones Planeadas		F-SO-002
				Ausentismo		F-SO-003
				Panorama de Riesgos		F-SO-004
				Control Accidentes de Trabajo		F-SO-005
				Control de Incapacidades		F-SO-006
				Registro de Incidentes entre Terapeutas y Acudientes		F-SO-007
				Registro Físico de los Usuarios		F-SO-008
				Reporte de Incidentes de usuarios		F-SO-009
				Reporte de Terapeutas ante incidentes		F-SO-010
<b>Indicadores</b>				<b>Mecanismos de Seguimiento</b>		
% de cumplimiento de los requisitos obligatorios				Auditoria interna por COPASO		

	<p>Auditoria interna de calidad  Auditoria por entidad contratante  Visita de Supervisión ICBF  Secretaria de Salud</p>
<b>Procesos Relacionados</b>	<b>Recursos</b>
Todos los procesos de ASOPORMEN	<p>Humano  Infraestructura  Materiales  Medio ambiente</p>
<b>Requisitos por cumplir de la norma técnica de calidad vigente</b>	<p>Norma NTC ISO 9001  4.1. Requisitos Generales  4.2.4. Control de Registros  6.3. Infraestructura  6.4. Ambiente de Trabajo  8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos  8.4. Análisis de datos  8.5. Mejora</p>
<b>Requisitos legales y/o reglamentarios</b>	<p>Ley 9ª de 1979  Resoluciones 2400 de 1979 / 2013 de 1986 / 1016 de 1989  Decreto 614 de 1984  Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios 1295 de 1994 / 1771 de 1994 / 1772 de 1994</p>

## ANEXO N° 5

### LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS

LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS					
		Código F-GC-003	Versión 1		
		<i>Sistema de Gestión de la Calidad</i>			
CÓDIGO	NOMBRE DEL DOCUMENTO	PROCESO	Fecha de Elaboración	Fecha de Aprobación	Vers.
C-DA-001	Caracterización Proceso Diagnóstico y Acogida	Diagnóstico y Acogida	14/10/2011	22/12/2011	1
F-DA-001	Valoración de Fonoaudiología	Diagnóstico y Acogida	17/10/2011	22/12/2011	1
F-DA-002	Valoración Terapia Ocupacional Para Perfil	Diagnóstico y Acogida	17/10/2011	22/12/2011	1
F-DA-003	Valoración de Fisioterapia	Diagnóstico y Acogida	17/10/2011	22/12/2011	1
F-DA-004	Valoración Pedagógica	Diagnóstico y Acogida	18/10/2011	22/12/2011	1
F-DA-005	Informe de Valoración de Perfil	Diagnóstico y Acogida	18/10/2011	22/12/2011	1
F-DA-006	Valoración Médica	Diagnóstico y Acogida	17/10/2011	22/12/2011	1
F-DA-007	Valoración Odontológica	Diagnóstico y Acogida	27/10/2011	22/12/2011	1
F-DA-008	Valoración Nutricional	Diagnóstico y Acogida	19/10/2011	22/12/2011	1
F-DA-009	Valoración Psicológica	Diagnóstico y Acogida	19/10/2011	22/12/2011	1
F-DA-010	Valoración Inicial Socio Familiar	Diagnóstico y Acogida	28/10/2011	22/12/2011	1
F-DA-011	Perfil Ocupacional	Diagnóstico y Acogida	21/10/2011	22/12/2011	1
C-PI-001	Caracterización Proceso Intervención	Intervención	13/10/2011	22/12/2011	1
F-PI-001	Seguimiento Trabajo Social	Intervención	28/10/2011	22/12/2011	1
F-PI-002	Seguimiento Médico	Intervención	17/10/2011	22/12/2011	1
F-PI-003	Seguimiento Odontológico	Intervención	27/10/2011	22/12/2011	1
F-PI-004	Seguimiento Psicológico	Intervención	19/10/2011	22/12/2011	1
F-PI-005	Seguimiento Nutricional	Intervención	19/10/2011	22/12/2011	1

F-PI-006	Proyecto de Vida	Intervención	17/10/2011	22/12/2011	1
F-PI-007	Intervención Terapéutica con Familia	Intervención	31/10/2011	22/12/2011	1
F-PI-008	Control de Medicamentos	Intervención	19/10/2011	22/12/2011	1
F-PI-009	Detección y Atención de maltrato y/o Abuso Sexual	Intervención	28/10/2011	22/12/2011	1
F-PI-010	Descargos	Intervención	28/10/2011	22/12/2011	1
F-PI-011	Seguimiento Proyecto de Vida	Intervención	17/10/2011	22/12/2011	1
C-PE-001	Caracterización Proceso Egreso	Egreso	14/10/2011	22/12/2011	1
F-PE-001	Seguimiento Telefónico Post Egreso	Egreso	13/11/2011	22/12/2011	1
F-PE-002	Visita Domiciliaria Post Egreso	Egreso	03/11/2011	22/12/2011	1
C-TH-001	Caracterización Proceso Gestión Talento Humano	Gestión Talento Humano	17/10/2010	22/12/2011	1
F-TH-001	Requerimiento de Personal para Selección	Gestión Talento Humano	02/11/2011	22/12/2011	1
F-TH-002	Reporte de Selección	Gestión Talento Humano	02/11/2011	22/12/2011	1
F-TH-003	Permisos Institucionales	Gestión Talento Humano	02/11/2011	22/12/2011	1
F-TH-004	Hoja de Vida Institucional	Gestión Talento Humano	03/11/2011	22/12/2011	1
F-TH-005	Reporte de Inducción	Gestión Talento Humano	03/11/2011	22/12/2011	1
F-TH-006	Reporte de Asesoría Organizacional y Solución de Conflictos	Gestión Talento Humano	03/11/2011	22/12/2011	1
F-TH-007	Descargos Laborales	Gestión Talento Humano	04/11/2011	22/12/2011	1
F-TH-008	Comunicado por Incumplimiento	Gestión Talento Humano	04/11/2011	22/12/2011	1
F-TH-009	Llamado de Atención	Gestión Talento Humano	04/11/2011	22/12/2011	1


F-TH-010	Evaluación de Desempeño	Gestión Talento Humano	04/11/2011	22/12/2011	1
M-TH-001	Manual de Responsabilidades y Competencias	Gestión Talento Humano	04/11/2011	22/12/2011	1
C-SO-001	Caracterización Proceso Salud Ocupacional	Salud Ocupacional	19/10/2011	22/12/2011	1
F-SO-001	Valoración Postural Para Empleados	Salud Ocupacional	04/11/2011	22/12/2011	1
F-SO-002	Inspecciones Planeadas	Salud Ocupacional	04/11/2011	22/12/2011	1
F-SO-003	Simulacro	Salud Ocupacional	07/11/2011	22/12/2011	1
F-SO-004	Panorama de Riesgos	Salud Ocupacional	07/11/2011	22/12/2011	1
F-SO-005	Investigación de Incidentes y Accidentes de Trabajo	Salud Ocupacional	07/11/2011	22/12/2011	1
F-SO-006	Control de Incapacidades	Salud Ocupacional	07/11/2011	22/12/2011	1
F-SO-007	Registro de Incidentes Entre Terapeutas y Acudientes	Salud Ocupacional	07/11/2011	22/12/2011	1
F-SO-008	Registro Físico de los Usuarios	Salud Ocupacional	07/11/2011	22/12/2011	1
F-SO-009	Reporte Incidentes de usuario	Salud Ocupacional	07/11/2011	22/12/2011	1
F-SO-010	Reporte de Terapeutas Ante Incidentes	Salud Ocupacional	07/11/2011	22/12/2011	1
C-CF-001	Caracterización Proceso Gestión Contable y Financiera	Gestión Contable y Financiera	20/10/2012	22/12/2011	1
F-CF-001	Planilla de Nómina ASOPORMEN	Gestión Contable y Financiera	09/11/2010	22/12/2011	1
F-CF-002	Planilla Prestaciones Sociales ASOPORMEN	Gestión Contable y Financiera	09/11/2011	22/12/2011	1
F-CF-003	Planilla Aportes Parafiscales ASOPORMEN	Gestión Contable y Financiera	09/11/2011	22/12/2011	1
F-CF-004	Auxiliar de Retención en la fuente	Gestión Contable y Financiera	09/11/2011	22/12/2011	1
F-CF-005	Liquidación de Prestaciones Sociales	Gestión Contable y Financiera	09/11/2011	22/12/2011	1
F-CF-006	Adquisición de Bienes y/o Servicios	Gestión Contable y Financiera	09/11/2011	22/12/2011	1










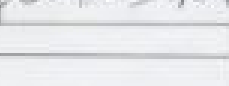
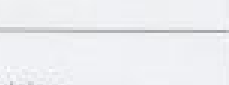
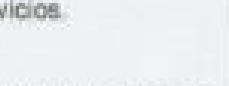
F-CF-007	Preselección a Proveedores	Gestión Contable y Financiera	09/11/2011	22/12/2011	1
F-CF-008	Listado Maestro de Proveedores	Gestión Contable y Financiera	09/11/2011	22/12/2011	1
F-CF-009	Reevaluación de Proveedores	Gestión Contable y Financiera	09/11/2011	22/12/2011	1
P-CF-001	Procedimiento Adquisición de Bienes y/o Servicios	Gestión Contable y Financiera	09/11/2011	22/12/2011	1
C-GC-001	Caracterización Proceso Gestión de la Calidad	Gestión de la Calidad	19/10/2011	22/12/2011	1
P-GC-001	Procedimiento Control de Documentos	Gestión de la Calidad	14/11/2011	22/12/2011	1
P-GC-002	Procedimiento Servicio o Producto No Conforme	Gestión de la Calidad	14/11/2011	22/12/2011	1
P-GC-003	Procedimiento Acciones Correctivas y Preventivas	Gestión de la Calidad	14/11/2011	22/12/2011	1
P-GC-004	Procedimiento Control de Registros	Gestión de la Calidad	14/11/2011	22/12/2011	1
P-GC-005	Procedimiento Auditoria Interna	Gestión de la Calidad	14/11/2011	22/12/2011	1
F-GC-001	Distribución De Documentos	Gestión de la Calidad	15/12/2011	22/12/2011	1
F-GC-002	Solicitud de Emisión y/o Modificación de documento	Gestión de la Calidad	14/11/2011	22/12/2011	1
F-GC-003	Listado Maestro de Documentos Internos	Gestión de la Calidad	14/11/2011	22/12/2011	1
F-GC-004	Listado de Documentos Externos	Gestión de la Calidad	15/11/2011	22/12/2011	1
F-GC-005	Registro de Servicio o Producto No Conforme	Gestión de la Calidad	15/11/2011	22/12/2011	1
F-GC-006	Registro y Control de No Conformidad y Plan de Acción	Gestión de la Calidad	15/11/2011	22/12/2011	1
F-GC-007	Estado de las Acciones Correctivas y Preventivas	Gestión de la Calidad	15/11/2011	22/12/2011	1
F-GC-008	Control de Registros	Gestión de la Calidad	15/12/2011	22/12/2011	1
F-GC-009	Plan de Auditoria Interna de Calidad	Gestión de la Calidad	16/11/2011	22/12/2011	1
F-GC-010	Lista de Verificación Auditoria Interna	Gestión de la Calidad	16/11/2011	22/12/2011	1
F-GC-011	Informe General de Auditoria Interna	Gestión de la Calidad	16/11/2011	22/12/2011	1
F-GC-012	Evaluación de Auditores internos	Gestión de la Calidad	16/11/2011	22/12/2011	1

F-GC-013	Encuesta de Satisfacción SIAU Servicio de Protección	Gestión de la Calidad	16/11/2011	22/12/2011	1
F-GC-014	Acta de Apertura Buzón de Sugerencias NNAM18	Gestión de la Calidad	16/11/2011	22/12/2011	1
F-GC-015	Encuesta de satisfacción NNAM18	Gestión de la Calidad	16/11/2011	22/12/2011	1
F-GC-016	Buzón de Sugerencias SIAU Sistema de Información y Atención al usuario	Gestión de la Calidad	16/11/2011	22/12/2011	1
M-GC-001	Manual de Calidad ASOPORMEN	Gestión de la Calidad	16/11/2011	22/12/2011	1
C-GD-001	Caracterización Proceso Gestión Directiva	Gestión Directiva	16/10/2011	22/12/2011	1



## ANEXO N° 6. ASISTENCIA A CAPACITACIONES

	<b>ASISTENCIA COMITÉ DE CALIDAD</b>	Fecha: 13 / 03 / 2012
		Hora: 7 a.m.
		Lugar: Sede Principal ASOPORMEN
		Ciudad: Bucaramanga

NOMBRE	CARGO	FIRMA
María Eugenia Acuña Macías	Directora Ejecutiva	
Patricia Núñez Forero	Coordinadora T.H.	
Alix Jiménez Villamarín	Coordinadora Académica	
Claudia María Luna Arenas	Coordinadora IPS	
Liliana Paola Acosta Velásquez	Coordinadora Protección	
Gloria Esther Jaraba Castillo	Coordinadora ABA	
Audrey Becerra	Coordinadora Inclusión	
Elizabeth Osorio	Asistente Coordinación ABA	
Lida Suarez	Asistente Coordinación ABA	
Mariela González	Trabajadora Social	
Nazy Rocío Ariza Olarte	Practicante de Ing. Industrial	
Sonia Amparo Esteban Caicedo	Asesora Externa S.G.C.	

### OBJETIVO DE LA REUNIÓN

- Tratar el Procedimiento de Adquisición de Bienes y/o Servicios.
- Documentación
- Se trató el tema relacionado con los indicadores y se programo fecha de entrega del 20 de Marzo.



ASISTENCIA  
COMITÉ DE CALIDAD

Fecha: 27 / 03 / 2012

Hora: 7 a.m.

Lugar: Sede Principal ASOPORMEN

Ciudad: Bucaramanga

NOMBRE	CARGO	FIRMA
María Eugenia Acuña Macías	Directora Ejecutiva	
Patricia Núñez Forero	Coordinadora T.H.	
Alix Jiménez Villamarín	Coordinadora Académica	
Claudia María Luna Arenas	Coordinadora IPS	
Liliana Paola Acosta Velásquez	Coordinadora Protección	
Gloria Esther Jaraba Castillo	Coordinadora ABA	
Audrey Becerra	Coordinadora Inclusión	
Elizabeth Osorio	Asistente Coordinación ABA	
Lida Suarez	Asistente Coordinación ABA	
Mariela González	Trabajadora Social	
Nazly Rocío Ariza Olarte	Practicante de Ing. Industrial	
Sonia Amparo Esteban Caicedo	Asesora Externa S.G.C.	

OBJETIVO DE LA REUNIÓN

- Tratar el Procedimiento de Adquisición de Bienes y/o Servicios
- Reflexión a Calidad en ASOPORMEN
- Planeación de la Sensibilización.

		ASISTENCIA ACTIVIDADES INSTITUCIONALES			
		Sistema de Gestión de la Calidad			
Tipo de actividad	SENSIBILIZACIÓN				
Tema	SENSIBILIZACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD				
Persona o equipo encargado de la actividad	COMITÉ DE CALIDAD				
Población Objeto de la actividad	PERSONAL DE ASOPORMEN SEDE 1				
Lugar	SEDE 1. ASOPORMEN	Fecha	DE ABRIL DE 2012	Hora	2 a 6 pm
Objetivo	Socializar con todo el personal de ASOPORMEN el Sistema de Gestión de la Calidad				
Nombre	Cargo	Firma			
Maria Eugenia Acuña Macías	Directora Ejecutiva				
Ingrid Alarcón Mendoza	Docente	Ingrid Alarcón M.			
Mercedes Caicedo Restrepo	Odonóloga	Mercedes Caicedo R.			
LUCELY ROJAS SUAREZ	TERAPEUTA Ocupacional				
LIVIANA CAJACÁN SUAREZ	FISIOTERAPEUTA				
Ayva Luca Ariango Alfaro	Fonoaudióloga				
Blanca Siles Quiroz	Fonoaudióloga				
Alex Jimenez Villamarin	Coordinadora Académica				
Flore Marina Villamarín Orejuela	Terapeuta Ocupacional				
Achano Jimenez Vargas Jimenez	Terapeuta Ocupacional				
Jedry Adriana Gutierrez	Aux. Contable	José Gutierrez			
Marjorette Ladina Acuña	Aux. Contable	Marjorette Ladina A.			
MARIA ALEXANDRA PIZZO CASTILLO	RECEPCIONISTA	Alexandra Pizco			
Nubia Jaimes Sepulveda	Servicios generales y ocupacionales	Nubia Jaimes S.			
Natalia Pinto Serrano	Fisioterapeuta				
Floretha Liliana Ferris Salto	Fisioterapeuta				
Jenny Juliana Guillén Floret	Fisioterapeuta	Jenny Juliana Guillén F.			
Gina Lizzet Ramirez Oviedo	Fisioterapeuta				



		ASISTENCIA ACTIVIDADES INSTITUCIONALES			
		Sistema de Gestión de la Calidad			
Tipo de actividad	SENSIBILIZACIÓN				
Tema	SENSIBILIZACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD				
Persona o equipo encargado de la actividad	COMITÉ DE CALIDAD				
Población Objeto de la actividad	PERSONAL DE ASOPORMEN SEDE 1				
Lugar	SEDE 1. ASOPORMEN	Fecha	DE ABRIL DE 2012	Hora	2 a 6 pm
Objetivo	Socializar con todo el personal de ASOPORMEN el Sistema de Gestión de la Calidad				
Nombre	Cargo	Firma			
Javier Fajardo	FT				
MARIBO MENDEZ MARDUEZ	FONOAUDILOGA				
Neidy Amaya NIMO	FONOAUDILOGA				
Charlyta Gómbiz Serrano	FONOAUDILOGA				
Luz Marina Ortega C.	Auxiliar Docente	Luz Marina Ortega C.			
WENDY ARCINIEGAS RAMIREZ	Aux. Cof				
LuceLy Prádenes García	AUX cocina				
Wendy Gómbiz M.	Aux. cocina	Wendy Gómbiz M.			
Jeny Katherine Gavajal Sanchez	Aux. Docente				
Maria Eneida Najinas Diaz	Docente				
Blanca Huan / Lazaro Guana	Financ. Generales	Blanca Huan / Lazaro Guana			
Esperanza Trujillo NIMO	Docente				
Maria Velarde M	Docente				
Juan Carlos Verdilla	Practicante Psicología				
Patricia Cruz Ferezo	B. Talento Humano	Patricia Cruz Ferezo			

## ANEXO 7: EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD PARA ASOPORMEN

DIRECTRIZ	OBJETIVO DE CALIDAD	VARIABLE	NOMBRE DEL INDICADOR	PONDERACIÓN INDICADOR	META	VALOR OBTENIDO	EFICACIA
ASOPORMEN es una institución comprometida con la mejora continua de sus procesos y un posicionamiento de su imagen.	Ejecutar eficazmente los lineamientos establecidos.	Eficacia Requisitos Obligatorios	% Cumplimiento de los requisitos obligatorios	20%	90%	94,3%	20%
<b>VALOR DEL OBJETIVO</b>				<b>20%</b>	<b>90%</b>	<b>META POR OBJETIVO</b>	
Centrada en los servicios especializados de protección, salud y educación; con atención oportuna, humana e idónea.	Prestar un servicio especializado a través de la diversificación de los tratamientos de forma oportuna, humana e idónea.	Oportunidad	% informes generados oportunamente	5%	80%	100%	5%
			% de usuarios atendidos oportunamente	5%	80%	81%	5%
			% de rendición de cuentas entregadas Oportunamente	5%	80%	100%	5%
			% de acciones de mejora implementadas oportunamente.	5%	80%	83%	5%
<b>VALOR DEL OBJETIVO</b>				<b>20%</b>	<b>80%</b>	<b>META POR OBJETIVO</b>	
A través de un equipo interdisciplinario, comprometido y competente, con principios éticos y morales.	Fortalecer y mantener un talento humano comprometido, capacitado, actualizado y productivo.	Competente Productivo Comprometido	Promedio de funcionarios con desempeño alto y superior	10%	70%	83%	10%

		Actualizado	% de funcionarios que realizan estudios de actualización en su área.	10%	10%	7%	7%
<b>VALOR DEL OBJETIVO</b>				<b>20%</b>	<b>40%</b>	<b>META DEL OBJETIVO</b>	
Cuyo propósito es la satisfacción de las necesidades de los usuarios bajo el cumplimiento de sus requisitos, los requisitos legales y reglamentarios.	Cumplir con los requisitos legales, y reglamentarios vigentes.	Requisitos Reglamentarios	% de Proyectos aprobados	10%	80%	88%	10%
			% de ejecución de Presupuesto	10%	80%	100%	10%
	<b>VALOR DEL OBJETIVO</b>				<b>20%</b>	<b>80%</b>	<b>META DEL OBJETIVO</b>
	Satisfacer las necesidades del usuario y partes interesadas	Satisfacción (HUMANO IDONEO)	% de satisfacción de los NNAM18 años del servicio de protección	6,7%	80%	99%	6,7%
			% de satisfacción de las familias del servicio de protección	6,6%	80%	90	6,6%
			% usuarios que presentaron sugerencias, quejas y reclamos	6,7%	< = 5%	0	6,7%
	<b>VALOR DE OBJETIVO</b>				<b>20%</b>	<b>55%</b>	<b>META DEL OBJETIVO</b>
				<b>EFICACIA DEL SISTEMA</b>			<b>97%</b>