

**DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN  
DE CALIDAD BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA TÉCNICA DE  
EMPRESA ICBF 001:2012 EN LA FUNDACIÓN VISIÓN EN FAMILIA.**

**ANDREA PATRICIA FLÓREZ GÁMEZ**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE INGENIERÍA FÍSICO-MECÁNICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
BUCARAMANGA**

**2015**

**DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN  
DE CALIDAD BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA TÉCNICA DE  
EMPRESA ICBF 001:2012 EN LA FUNDACIÓN VISIÓN EN FAMILIA.**

**ANDREA PATRICIA FLÓREZ GÁMEZ**

Trabajo de grado presentado  
para optar por el título de Ingeniería Industrial

**Director**  
**ELIDIA ESTHER GALVIZ MUÑOZ**  
**Magister en Ing. Industrial**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER**  
**FACULTAD DE INGENIERÍA FÍSICO-MECÁNICAS**  
**ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES**  
**BUCARAMANGA**

**2015**

## **DEDICATORIA**

*A la Virgen Santa que ilumina y guía cada paso que doy.  
A mis padres que son el amor y la luz de mi vida, quienes me apoyan y cuidan  
siempre.*

*A mi hermana por el amor y el ejemplo que me da cada día.*

*A mi hermano mi ingeniero amado quien me inspira a ser una mejor persona.*

*A mi sobrino que desde el día que nació ilumina mis días y los llena de  
felicidad.*

*Andrea Patricia Flórez Gámez*

## **AGRADECIMIENTOS**

A todas las personas que con su apoyo hicieron posible la realización de este proyecto, en especial:

A la Virgen Santa que intercede ante su hijo y escucha todas mis oraciones.

Mi Directora de proyecto la Ingeniera Elidía Esther Galviz Muñoz, por su cordialidad, paciencia y guía.

A mi familia y amigos, por su paciencia, confianza, alegrías y tristezas compartidas.

Al personal de la Fundación Visión en Familia, por su apoyo.

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	18
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS .....	19
1. GENERALIDADES DEL PROYECTO .....	20
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	20
1.2. OBJETIVOS .....	20
1.2.1. Objetivo general:.....	20
1.2.2. Objetivos Específicos.....	21
1.3. ALCANCE .....	21
1.4. JUSTIFICACIÓN .....	22
2. MARCO TEÓRICO.....	23
2.1 NORMA TECNICA DE EMPRESA ICBF 001:2012.ORGANIZACIONES QUE PRESTAN SERVICIOS PÚBLICOS DE BIENESTAR FAMILIAR. ....	23
2.2. PRINCIPIOS DE LA CALIDAD .....	28
2.3. GENERALIDADES SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD .....	32
2.4. HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	34
3. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA.....	38
3.1 RESEÑA HISTÓRICA .....	38
3.2 DATOS GENERALES DE LA FUNDACIÓN.....	39
3.2.1 Objeto Social. ....	39
3.2.2 Planta Física.....	39
3.2.3 Ficha Institucional.....	40
3.2.4 Logos. ....	40
3.2.5 Objetivos y Finalidades: .....	40
3.2.6 Tipo de necesidad social que atiende.....	41
3.2.7 Población objetivo.: .....	41
3.2.8 Programas.....	42
3.3 UNIDAD DE SERVICIO.....	42
3.3.1 Datos históricos de beneficiarios del CDI: .....	42
3.3.2 Servicio ofrecido. ....	42
3.4 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.....	43
3.4.1 Misión. ....	43
3.4.2 Visión. ....	43
3.4.3 Organigrama de la Institución.....	45
4 DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA FUNDACIÓN VISIÓN EN FAMILIA .....	46
4.1 OBJETIVO DEL DIAGNÓSTICO.....	46
4.2 RESPONSABLES DEL DIAGNÓSTICO .....	46
4.3 DESARROLLO DEL DIAGNÓSTICO INICIAL .....	46
4.4 DIAGNÓSTICO AL FUNCIONAMIENTO DE LOS PROCESOS MISIONALES.....	61

4.4.1 Descripción de los procesos.....	61
4.4.2 Descripción del grupo de trabajo.....	61
4.4.3 Evaluación de los procesos misionales.....	62
4.4.4 Determinación de los puntos críticos.....	64
4.4.5 Detección causas de variabilidad y defectos.....	64
4.4.6 Generación de propuesta de mejoramiento.....	68
4.4.7 Implementación de la propuesta de mejoramiento.....	69
5 PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	70
5.1 REQUISITOS DEL SGC SEGÚN LA NORMA TÉCNICA DE EMPRESA ICBF 001:2012.....	70
5.2 REVISIÓN Y AJUSTE DE LA MISIÓN, VISIÓN Y VALORES INSTITUCIONALES.....	71
5.3 DESCRIPCIÓN Y CONFORMACIÓN COMITÉ DE CALIDAD.....	71
5.4 DEFINICIÓN DE REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN Y RESPONSABILIDADES.....	72
5.5 RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN.....	73
5.6 ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	73
5.7 DEFINICIÓN DE LAS EXCLUSIONES.....	73
5.8 POLÍTICA DE SERVICIO.....	74
5.9 OBJETIVOS DE SERVICIO.....	75
5.10 ASIGNACIÓN DE RECURSOS.....	78
5.11 DEFINICIÓN DE LOS PROCESOS DEL SGC.....	78
5.12 CARACTERIZACIÓN PROCESOS.....	80
5.13 INDICADORES DE GESTIÓN.....	81
6 DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	82
6.1 ESTRUCTURA DE LA DOCUMENTACIÓN.....	83
6.1.1 Manual de Funciones.....	84
6.1.2 Manual de Calidad.....	86
6.1.3 Procedimientos.....	78
6.2 Control de los documentos y registros.....	81
7 IMPLEMENTACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	91
7.1 ESTRATÉGIAS DE DIFUSIÓN Y PUBLICACIÓN DEL SGC.....	91
7.2 SOCIABILIZACIÓN DE DOCUMENTOS.....	92
7.2 SOCIABILIZACIÓN DE LAS DIRECTRICES DEL SGC.....	93
7.3 SOCIABILIZACIÓN PROGRAMAS AMBIENTALES.....	94
7.4 EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO.....	96
7.4.1 Resultados encuesta de satisfacción.....	97
7.4.2 Conclusiones generales encuesta de satisfacción.....	101
7.5 RESULTADOS IMPLEMENTACIÓN PROCEDIMIENTOS.....	101
7.6 RESULTADOS INDICADORES.....	102
8 SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN.....	105
8.1 PANORAMA INICIAL.....	105

8.2	ESTRATEGIAS DE SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN.....	106
8.3	DISEÑO DE CONTENIDO DE LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN .....	106
8.4	DESARROLLO DE LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN .....	110
8.5	RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN .....	110
9	EVALUACIÓN .....	112
9.1	PRIMERA AUDITORÍA INTERNA.....	112
9.1.1	Planificación de la auditoría.....	112
9.1.2	Resultados de auditoría.....	113
9.1.3	Estrategias de mejora.....	114
9.1.4	Revisión por la dirección.....	114
9.2	SEGUNDA AUDITORÍA INTERNA.....	115
9.2.1	Planificación de la auditoría.....	115
9.2.2	Ejecución de la auditoría.....	115
9.2.3	Resultados de auditoría.....	116
9.2.4	Estrategias de mejora.....	116
10.	SITUACIÓN FINAL DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA TÉCNICA DE EMPRESA ICBF 001:2012 .....	118
11.	CONCLUSIONES .....	119
12.	RECOMENDACIONES .....	122
	BIBLIOGRAFÍA.....	123

## LISTA DE TABLAS

Tabla No. 1 Matriz DOFA.....	35
Tabla No. 2. Ficha institucional .....	40
Tabla 3. Criterios de calificación .....	47
Tabla 4. Procesos y líderes .....	47
Tabla 5. Puntos Críticos.....	64
Tabla 6. Matriz DOFA Fundación Visión en Familia .....	67
Tabla 7. Relación de requisitos con la Política de Servicio.....	75
Tabla 8. Relación de la política de servicio con los objetivos de servicio. ....	76
Tabla 9. Indicadores objetivos de servicio .....	77
Tabla 10. Descripción procesos y líderes. ....	79
Tabla 11. Listado de procedimientos por procesos.....	87
Tabla 12. Interpretación del tipo de documento .....	89
Tabla 13. Interpretación proceso .....	89
Tabla 14. Tabla control de cambios. ....	89
Tabla 15. Nivel de satisfacción usuarios.....	97
Tabla 16. Resultado encuesta de satisfacción Componente Académico.....	98
Tabla 17. Resultados encuesta de satisfacción componente familia- redes,nutrición y salud. ....	99
Tabla 18. Resultados encuesta de satisfacción componente Administrativo. .	100
Tabla 19. Resultados indicadores.....	103
Tabla 20. Contenido de las Jornadas de Capacitación.....	108
Tabla 21. Informe primera auditoría interna.....	113
Tabla 22. Planes de mejora. ....	114
Tabla 23. Informe segunda auditoria .....	116
Tabla 24. Planes de mejora .....	117

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Enfoque basado en procesos .....	29
Figura 2. Ciclo PHVA .....	32
Figura 3. Modelo de los SGC BASADO EN LA NORMA TECNICA DE EMPRESA ICBF 001-2012. ....	33
Figura 4. Planta Física unidad de servicio Fundación Visión en Familia .....	39
Figura 5. Logos Fundación Visión en Familia y Unidad de servicio “Camino a Belén” .....	40
Figura 6. Organigrama Fundación Visión en Familia .....	45
Figura 7. Metodología de aplicación del diagnóstico. ....	46
Figura 8. Resultados Diagnóstico. ....	48
Figura 9. Situación frente al punto 3.1 CONTEXTO LEGAL. ....	49
Figura 10. Situación frente al punto No. 3.2 POLÍTICA DE SERVICIO. ....	49
Figura 11. Situación frente al punto No. 3.3 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD. ....	50
Figura 12. Situación frente al punto No. 3.4 PLANEACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. ....	51
Figura 13. Situación frente al punto No. 3.5 DOCUMENTACIÓN. ....	53
Figura 14. Situación frente al punto No. 3.6 PROPIEDAD DEL USUARIO. ....	54
Figura 15. Situación frente al punto No. 3.7 COMPRAS. ....	55
Figura 16. Situación frente al punto No. 3.8 GESTIÓN AMBIENTAL. ....	56
Figura 17. Situación frente al punto No. 3.9 OPERACIÓN-PRESTACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO DE BIENESTAR FAMILIAR. ....	57
Figura 18. Situación frente al punto No. 3.10 CONTINUIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. ....	58
Figura 19. Situación frente al punto No. 3.11 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN. ..	59
Figura 20. Situación frente al punto No. 3.12 MEJORAMIENTO. ....	60
Figura 21. Diagrama causa y efecto, deserción en los cargos .....	65
Figura 22. Diagrama causa y efecto, falta de cumplimiento de objetivos en las agentes educativas del centro de desarrollo infantil CDI. ....	66
Figura 23. Mapa de procesos de la Fundación Visión en Familia. ....	78
Figura 24. Esquema Caracterización de los procesos. ....	81
Figura 25. Estructura documental Fundación Visión en Familia. ....	83
Figura 26. Encabezado documentos .....	88
Figura 27. Sociabilización personal programa Centro de Desarrollo Infantil “Camino a Belén” .....	92
Figura 28. Publicación política y objetivos de servicio .....	93
Figura 29. Folleto campaña reciclaje: .....	95
Figura 30. Jornada de limpieza .....	95

Figura 31. Resultados de satisfacción, componente pedagógico .....	98
Figura 32. Resultados encuesta de satisfacción componente familia- redes, nutrición y salud.....	99
Figura 33. Resultados encuesta de satisfacción componente Administrativo.	101
Figura 34. Jornada Capacitación Sistema de Gestión de Calidad para los beneficiarios programas.....	110
Figura 35. Diagnóstico final .....	118

## GLOSARIO

**Atención integral.** Conjunto de acciones y servicios dirigidos a garantizar los derechos impostergables en salud, nutrición, educación, ciudadanía y protección de manera concurrente entre la familia, el estado y la sociedad con la finalidad de asegurar el pleno desarrollo del ser humano.

**Especificación.** Documento aprobado por acto administrativo que establece requisitos y condiciones técnicas, administrativas, legales y financieras.

**Estándar.** Criterio de referencia que señala un nivel de calidad previamente definido y exigible para la prestación de un servicio.

**Servicio.** Conjunto de actividades desarrolladas por la organización y los responsables del servicio, orientadas a garantizar el cumplimiento de los objetivos de la modalidad.

**Servicio Público de Bienestar Familiar.** Conjunto de actividades del Estado encaminadas a satisfacer en forma permanente y obligatoria las necesidades de la Sociedad Colombiana relacionadas con la integración y realización armónica de la familia, la protección preventiva y especial de niños, niñas y adolescentes, y la garantía de sus derechos (Decreto 2388 de 1979).

**Sistema Nacional de Bienestar Familiar.** Conjunto de organismos, instituciones, agencias o entidades públicas o privadas que total o parcialmente atienden la prestación del Servicio Público de Bienestar Familiar.

**Unidad de Servicio.** Es el lugar definido para prestar el servicio. Estas pueden ser propias o no de la organización.

**Acción Correctiva.** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad u otra situación no deseable.

**Acción Preventiva.** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente no deseable.

**Aspecto ambiental.** Elemento de las actividades, productos o servicios de una organización que puede interactuar con el medio ambiente.

**Auditoria.** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoria y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría.

**Calidad.** Grado en que un conjunto de características inherentes cumplen con unos requisitos.

**Competencia.** Aptitud demostrada para aplicar los conocimientos y habilidades.

**Continuidad en la prestación del servicio.** Capacidad estratégica y táctica de la organización para planificar y responder a incidentes o interrupciones en la prestación del Servicio Público de Bienestar Familiar, con el fin de continuar las operaciones de él, en un lapso predefinido aceptable.

**Dirección.** Persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel una organización.

**Eficiencia.** Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

**Emergencia.** Acontecimiento o situación que amenaza con serios daños al bienestar humano.

**Evaluación de proveedores.** Examen sistemático y objetivo que demuestra si un proveedor o subcontratista tiene la capacidad para suministrar un producto o servicio conforme a los requisitos establecidos.

**Gestión.** Actividades controladas para dirigir y controlar una organización.

**Impacto ambiental.** Cualquier cambio en el medio ambiente ya sea adverso o beneficioso, como resultado total o parcial de los aspectos ambientales de una organización.

**Incidente.** Situación que podría ser o podría causar la interrupción en la prestación del Servicio Público de Bienestar Familiar, pérdidas, emergencias o crisis en él.

**Mejora continua.** Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

**No conformidad.** Incumplimiento de un requisito de una especificación.

**Plan de manejo de incidentes.** Plan de acción definido y documentado claramente para ser utilizado durante un incidente.

**Residuo Peligroso Post Consumo.** Elementos que al momento de la compra no representan peligro, pero una vez pierden su valor de uso son considerados

peligrosos; por ejemplo computadores y periféricos, baterías, luminarias, entre otros. (Véase Decreto 4741 2005).

**Riesgo.** Efecto de la incertidumbre sobre los objetivos.

## RESUMEN

**TÍTULO:** DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA TÉCNICA DE EMPRESA ICBF 001:2012 EN LA FUNDACIÓN VISIÓN EN FAMILIA\*

**AUTORES:** ANDREA PATRICIA FLÓREZ GÁMEZ\*\*

**PALABRAS CLAVES:** Calidad, Sistema de Gestión, NTE ICBF 001:2012, política, servicio, operador, mejora continua, satisfacción usuario.

### DESCRIPCIÓN:

El presente documento describe el diseño, documentación, implementación y evaluación del Sistema de Gestión de Calidad realizado en la Fundación Visión en Familia, en él se presentan las actividades realizadas durante la ejecución del proyecto de grado, para el cumplimiento de los objetivos estipulados en éste.

Se comenzó con la elaboración de un diagnóstico aplicado a los procesos misionales respecto a su funcionamiento, para conocer el estado inicial, detectar puntos críticos, debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas, analizar sus causas y proponer mejoras; posteriormente se diseñó y aplicó una prueba diagnóstica para evaluar el cumplimiento de los requisitos de la Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012 en la fundación. Se realizó una etapa de documentación la cual constó de la planificación del SGC especificando las generalidades y bases de éste, seguido de la documentación exigida por la norma y requerida para el funcionamiento de los procesos, el manual de calidad, la descripción de las capacitaciones y sensibilizaciones ofrecidas a los trabajadores, la medición, análisis y mejora del SGC y por último la ejecución de dos auditorías internas de calidad con la formulación e implementación de los respectivos planes de mejora. Se anexa el manual de calidad y algunos procedimientos y registros que evidencian las actividades realizadas.

---

\* Proyecto de Grado.

\*\* Facultad De Ingenierías Físico – Mecánicas. Escuela de estudios industriales y empresariales. Directora de proyecto. Elidia Esther Galviz Muñoz

## ABSTRACT

**Title:** DOCUMENTATION AND IMPLEMENTATION OF A QUALITY MANAGEMENT SYSTEM UNDER THE GUIDELINES OF ICBF 001: 2012 TECHNICAL STANDARD OF COMPANY, IN THE “VISIÓN EN FAMILIA” FOUNDATION\*

**AUTHOR:** ANDREA PATRICIA FLÓREZ GÁMEZ\*\*

**Keywords:** Quality, Management system, ICBF 001:2012 TSoC, policy, service, operator, continuous improvement, user satisfaction.

### DESCRIPTION:

This document describes the design, documentation, implementation and evaluation of the quality management system, based on the requirements of ICBF 001:2012 technical standard of company, and made in the Vision and Family Foundation. It presents the activities carried out during the execution of the graduation project, for the fulfilment of the objectives settled.

It began with the diagnosis applied to operational missionary processes, to meet the initial state, detect critical points, weaknesses, opportunities, threats, analyse its causes and propose improvements; subsequently a diagnostic test was designed and applied to evaluate the fulfilment on the requirements of ICBF 001:2012 technical standard of company at the Foundation. A stage of documentation was made which consisted on the planning of the QMS by specifying its generalities and bases, following the required documentation by the standard which is required for the functioning of processes: the quality manual, the description of skills and sensitivities offered to workers, the measurement, analysis and improvement of the QMS and finally the execution of two internal quality audits with the formulation and implementation of the plans of improves. Attached the quality manual and some procedures and records demonstrating the activities carried out..

---

\* Project of degree.

\*\* Faculty of engineering physic-mechanical, industrial engineering. Project director: Elidia Ester Galviz Muñoz

## INTRODUCCIÓN

Los Sistemas de Gestión son una herramienta útil para el logro de los objetivos institucionales, que facilitan la identificación y análisis de causas de problemas reales y potenciales de la entidad, lo que conlleva a la mejora continua de los procesos.

La implementación de la norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012 le permite a las entidades operadoras de las modalidades de protección y prevención del ICBF fortalecer la atención integral a los niños, niñas, adolescentes y familias de todo el país.

La presente propuesta surgió por la iniciativa del director de la Fundación Visión en Familia, con el propósito de garantizar la calidad del servicio en el marco de su responsabilidad, razón por la que en este documento, el autor presenta de forma estructurada las diferentes etapas del proceso de conformación del Sistema de Gestión de Calidad de la Institución bajo los lineamientos de la Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012.

## CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

OBJETIVO	CUMPLIMIENTO
<b>OBJETIVO GENERAL</b>	
<p>Documentar e implementar un sistema de gestión de calidad bajo los lineamientos de la Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012 en la Fundación Visión en Familia.</p>	<p>En la FUNDACIÓN VISIÓN EN FAMILIA se diseñó, documentó, implementó y evaluó el SGC como se muestra en el contenido de este proyecto de grado.</p>
<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	
<p>Realizar un diagnóstico de la situación actual de la Fundación Visión en Familia, respecto al cumplimiento de los requisitos exigidos en la "Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012".</p>	<p>Se realizó un diagnóstico inicial el cual incluyó entrevistas, recopilación de datos, listas de chequeo, entre otros. Además se realizó un análisis de los procesos. Lo anterior se muestra en el capítulo No 4.</p>
<p>Documentar los procesos desarrollados en la Fundación Visión en Familia, 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 establecidos en la "Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012".</p>	<p>Los documentos requeridos por la Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012 y los requeridos por la Fundación para su funcionamiento se elaboraron y se están utilizando en la actualidad. La evidencia de este objetivo se encuentra en el capítulo 6.</p>
<p>Implementar los requisitos de gestión y operación de la "Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012" en la FUNDACIÓN Visión en Familia.</p>	<p>Al momento de implementar el SGC en la Fundación Visión en Familia fue necesario capacitar al personal en varias ocasiones para obtener como resultado el correcto funcionamiento del SGC como se evidencia en capítulos 7 y 8.</p>
<p>Sensibilizar y capacitar a todo el personal que labora en la Fundación Visión en Familia en cada etapa dentro de la implementación de la "Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012".</p>	
<p>Realizar dos auditorías internas para identificar oportunidades de mejora en pro del cumplimiento de la "Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012."</p>	<p>Se elaboró la programación de las auditorías, se realizaron las auditorías de acuerdo con los lineamientos de la Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012 como se evidencia en el capítulo 9.</p>
<p>Elaborar planes de mejora resultado de las dos auditorías.</p>	<p>A través de los hallazgos encontrados en las auditorías internas se establecieron las acciones preventivas, correctivas y de mejora, revisiones por la dirección, éstas se documentaron con el fin de realizar el control y seguimiento respectivo como se evidencia en el capítulo 9.</p>

## **1. GENERALIDADES DEL PROYECTO**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Fundación Visión en Familia opera los servicios de protección del Bienestar Familiar en el Centro de Desarrollo Infantil (CDI), el cual funciona bajo los lineamientos del Bienestar Familiar. Desde el inicio de sus actividades se han ocasionado una serie de inconvenientes como la rotación y deserción significativa en diferentes cargos.

La Fundación requiere la estandarización en sus procesos y evitar la errada toma de decisiones, darle un enfoque organizacional, determinar y fijar las funciones de todos los trabajadores evitando sobre cargas laborales y así disminuir la rotación y deserción de cargos especialmente el de coordinador de la unidad de servicio, Centro de desarrollo infantil (CDI) en donde se han presentado cambios en su personal. Además carece de política de servicio documentada, la cual representa un requisito fundamental para garantizar el cumplimiento de las necesidades y requisitos de sus beneficiarios.

En vista de los inconvenientes que se han presentado y buscando mejorar la calidad del servicio prestado, los directivos de la Fundación consideran pertinente la aplicación de la norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012 como una herramienta para el mejoramiento de la calidad.

### **1.2. OBJETIVOS**

#### **1.2.1. Objetivo General.**

Documentar e implementar un sistema de gestión de calidad bajo los lineamientos de la norma técnica de empresa ICBF 001:2012 en la fundación visión en familia.

### **1.2.2. Objetivos Específicos**

- Realizar un diagnóstico de la situación actual de la Fundación Visión en Familia, respecto al cumplimiento de los requisitos exigidos en la “Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012”.
- Documentar los procesos desarrollados en la FUNDACIÓN Visión en Familia, 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 establecidos en la “Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012”.
- Implementar los requisitos de gestión y operación de la “Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012” en la FUNDACIÓN Visión en Familia.
- Sensibilizar y capacitar a todo el personal que labora en la FUNDACIÓN Visión en Familia en cada etapa dentro de la implementación de la “Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012”.
- Realizar dos auditorías internas para identificar oportunidades de mejora en pro del cumplimiento de la “Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012.”
- Elaborar planes de mejora resultado de las dos auditorías.

### **1.3. ALCANCE**

El alcance de este proyecto comprende el diseño, documentación, implementación y evaluación de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en la Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012 en la Fundación Visión en Familia.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN**

La Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012 contiene un esquema de certificación para los operadores de las modalidades de protección y prevención del ICBF, fue creada para apoyar el proyecto “Instituciones que trabajan con el ICBF y que se encuentran con estándares de calidad” contemplado dentro del mapa estratégico del ICBF.

La Fundación Visión en Familia por medio de uno de sus socios, la Comunidad de Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación contrata y opera los programas de prevención y protección que ofrece el ICBF, por lo cual se hace necesario cumplir con los requisitos de gestión y operación establecidos en la Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012.

Con el desarrollo de este proyecto, se busca fortalecer la atención integral y garantizar la calidad del servicio que provee el ICBF a los niños, niñas, adolescente y familias de todo el país, estableciendo procedimientos claros y definidos, que permitan un mejor entendimiento de la secuencia de las actividades realizadas. A la vez se realizará la definición de las responsabilidades y obligaciones del personal que labora en la fundación con el fin de cada trabajador conozca cual es la función que debe cumplir en la producción del servicio.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 NORMA TECNICA DE EMPRESA ICBF 001:2012.ORGANIZACIONES QUE PRESTAN SERVICIOS PÚBLICOS DE BIENESTAR FAMILIAR. REQUISITOS DE GESTIÓN Y OPERACIÓN**

Es una norma que busca fortalecer la atención integral que ofrece el ICBF en todo el país a través de las organizaciones que prestan servicios públicos de bienestar familiar.

Esta norma ha sido elaborada bajo el marco del convenio suscrito entre el ICBF y el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación – ICONTEC con el fin de fortalecer la atención integral que provee el ICBF a los niños, niñas, adolescentes y familias de todo el país, a través de las organizaciones que prestan los Servicios Públicos de Bienestar Familiar.

La representación de todos los sectores involucrados en el proceso para la elaboración de esta Norma Técnica de Empresa 001, está garantizado por la conformación de un comité integrado por miembros del ICBF y sus operadores y el período de Consulta Pública.

A continuación se relacionan las empresas que colaboraron en el estudio de esta norma:

- ASOCIACIÓN CRISTIANA DE JÓVENES-ACJ.
- ASOCIACIÓN DE PRODUCTORES AGROPECUARIOS DE SAN MARTIN-AGROSAM
- COLOMBINA S. A.
- CONSORCIO CONFUTURO
- COOPERATIVA MULTIACTIVA DE HOGARES DE BIENESTAR-COHOBIENESTAR-

- FUNDACIÓN HOGARES CLARET
- FUNDACIÓN VIVE COLOMBIA
- INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF-
- Además de las anteriores, en Consulta Pública el proyecto se puso a consideración de las siguientes empresas:
- ALGARRA S. A.
- CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CASANARE - COMFACASANARE-
- CENTRO INFANTIL MADRE DE DIOS TRIBILÍN
- CIUDAD DON BOSCO
- CONGREGACIÓN DE RELIGIOSOS TERCIARIOS CAPUCHINOS
- COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO ABÁSTICO DEL VALLE
- COOPERATIVA LECHERA DE ANTIOQUIA - COLANTA
- DIÓSCESIS DE FLORENCIA
- FUNDACIÓN ESTRUCTURAR
- HOGAR DE ENCUENTRO - ACJ
- HOGAR INFANTIL BELLAVISTA

### **Objetivo**

Específica e integra los requisitos de gestión y operación que deben cumplir las organizaciones que prestan directamente el Servicio Público de Bienestar Familiar en Protección y Prevención, para garantizar la calidad del servicio en el marco de su responsabilidad.

Esta norma no es aplicable a lo que sea exclusivo de la cultura de las Comunidades Indígenas.

### **Lista de requisitos de la Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012.**

#### REQUISITOS DE GESTIÓN

##### 3.1 CONTEXTO LEGAL

- 3.2 POLÍTICA DE SERVICIO
- 3.3 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD
- 3.4 PLANEACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO
- 3.5 DOCUMENTACIÓN
- 3.6 PROPIEDAD DEL USUARIO
- 3.7 COMPRAS
- 3.8 GESTIÓN AMBIENTAL
- 3.9 OPERACIÓN – PRESTACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO DE BIENESTAR FAMILIAR
- 3.10 CONTINUIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO
- 3.11 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN
- 3.12 EJORAMIENTO

**Beneficios:**

- Prestar servicios pertinentes a las necesidades y características de los niños, niñas, familias y comunidades más afectadas en Colombia.
- Ser reconocidos en el sector por la calidad de sus servicios sociales.
- Obtener nuevos contratos con el ICBF u otras entidades contratantes. privadas o públicas del sector social.
- Replicar sus buenas prácticas en la prestación del servicio.

**Implementación norma NTE 001- 2012:**

Ventajas Proceso de implementación:

- Establece la estructura de un Sistema de Gestión de la Calidad en red de procesos.
- Proporciona las bases fundamentales para controlar las operaciones de producción y de servicio dentro del marco de un Sistema de Gestión de la Calidad.

- Presenta una metodología para la solución de problemas reales y potenciales.
- Mejora la orientación hacia el cliente y el incremento en la competitividad.

#### **Beneficios de la implementación:**

- Se emite una declaración de la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad de la empresa, luego de haber determinado mediante auditoría el cumplimiento de los requisitos especificados en la NTE ICBF 001-2012.
- Se demuestra la capacidad de una organización para suministrar consistentemente un servicio establecido por el ICBF que logre el cumplimiento de los requisitos del usuario.

#### **Certificación Norma Técnica de Empresa ICBF 001- 2012:**

Entidad que certifica:

La única entidad certificadora es ICONTEC.

¿En qué consiste esta certificación?

La certificación ICONTEC NTE ICBF 001-2012, Sistema de Gestión de la Calidad, proporciona una base sólida para un Sistema de Gestión, en cuanto al cumplimiento satisfactorio de los requisitos establecidos por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la excelencia en el desempeño.

Ventajas de la certificación ICONTEC NTE ICBF 001-2012:

- Se demuestra la capacidad de la institución para mejorar la satisfacción del usuario y su eficacia organizacional.

- Proporciona una base excelente para un sistema de gestión adecuado en cuanto a la satisfacción de los requisitos establecidos por el ICBF y el logro de la excelencia en el desempeño.
- La transparencia en el proceso de certificación que otorga ICONTEC, constituye un elemento diferenciador en el mercado, porque, a través de ésta, la institución transmite a sus usuarios la confianza necesaria sobre el desempeño y la eficacia de su Sistema de Gestión de la Calidad.
- ICONTEC cuenta con auditores calificados en los diferentes sectores, lo cual permite una evaluación confiable sobre la capacidad de la institución para cumplir los requisitos.

**Entidades pioneras en el proceso de implementación de un sistema de gestión de calidad bajo los requisitos de la Norma Técnica Empresarial ICBF 001-2012<sup>1</sup>:**

- La presencia Salesiana en Buenaventura fue pionera en Colombia.
- Ciudad Don Bosco de Medellín.
- Centro de Capacitación Don Bosco de Cali.

**Organizaciones certificadas por parte de ICONTEC por cumplir con los requisitos de gestión y operación de la NTE ICBF 001-2012<sup>2</sup>:**

- Asociación Colombiana Pro - Niño Retardado Mental
- Asociación Cristiana de Jóvenes de Bogotá y Cundinamarca - ACJ
- Casa Familiar María Magdalena FRESCOBALDI
- Congregación Religiosa Terciarios Capuchinos
- FRINE Fundación rehabilitación Integral

---

<sup>1</sup>Información entidades certificadas bajo los requisitos de la NTE ICBF 001-2012. (En línea) (Citado el 23 de mayo de 2014). Disponible en: <http://www.infoans.org/1.asp?sez=1&sotsez=13&doc=10326&lingua=3>

<sup>2</sup>Boletín informativo ICBF (En línea) (citado el 23 de mayo de 2014). Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortallICBF/RecursosMultimedia/Publicaciones/Operadores/Boletin%20Virtual%20Red%20de%20Socios%20Estrategicos%20No%2015%20-%20Noviembre%202013.pdf>

- Fundación Hogares Claret
- Fundación Niña María
- Fundación Para el Desarrollo Integral del Niño Especial FUNDINES.
- Fundación para el Niño Sordo ICAL
- Hogares Club Michín
- Obra Social Mornes
- Fundación CEDESNID

## 2.2. PRINCIPIOS DE LA CALIDAD<sup>3</sup>

Los principios de calidad relacionados a la Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012 son:

**1 Enfoque al Cliente.** Debemos siempre comprender sus necesidades actuales y futuras, satisfacer sus requisitos y esforzarnos por exceder sus expectativas.

**2 Liderazgo.** Debemos crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente con el logro de los objetivos de la organización.

**3** Los líderes de la organización deben aplicar las 3 bases del liderazgo (3 D's):

1ª Base: Dirigir

2ª Base: Delegar

3ª Base: Desarrollar/Preparar

---

<sup>3</sup> Sistemas de calidad (En línea) ( citado 25 de mayo de 2014) Disponible en: <http://www.sistemasycalidadtotal.com/calidad-total/los-8-principios-de-gestion-de-la-calidad/>

**4 Participación del Personal.** El total compromiso del personal permite que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.

**5 Enfoque basado en procesos<sup>4</sup>.** Un resultado deseado se logra más, eficientemente, cuando los recursos y actividades relacionados se administran como un proceso como de muestra en la Figura 1.

**Figura1.**Enfoque basado en procesos



Fuente: Sena Virtual.

Aplicar el principio enfoque hacia procesos, conduce a las siguientes acciones:

- Definir el proceso para alcanzar el resultado deseado.
- Identificar y medir los insumos y resultados de los procesos.
- Identificar las interfaces de los procesos con las funciones de la organización.
- Evaluar los riesgos posibles, consecuencias e impactos de los procesos, en clientes, proveedores y otras partes interesadas.
- Identificar los clientes internos y externos, proveedores y otras partes interesadas de los proveedores.
- Establecer claramente la responsabilidad, la autoridad y las líneas de mando para la gestión del proceso.

---

<sup>4</sup> Sena Virtual Distrito Capital 2004

- Diseñar el proceso tomando en cuenta los pasos del proceso, mediciones de control, entrenamiento, actividades, información, flujos, equipo, métodos y materiales y otros recursos para obtener el resultado deseado.

**Beneficios que se esperan con la aplicación del principio:**

Para el desarrollo de políticas y estrategias

- El conocimiento de la capacidad de los procesos, permitirá el establecimiento de objetivos y metas retadores.
- Identificación y priorización de las oportunidades de mejoramiento.

Para la gestión operativa

- La adopción del enfoque de procesos para todas las operaciones resultará en costos menores, prevención de errores, control de variaciones, ciclos más cortos.
- Resultados mejorados, coherentes y predecibles.
- Reducción de costos y tiempos mediante el uso eficaz de los recursos.

Para la gestión de los recursos humanos

- El establecimiento de procesos eficientes en costos para la gestión de recursos humanos como contratación, educación, entrenamiento, permite el alineamiento de estos procesos con las necesidades de la organización y produce una fuerza de trabajo más capaz.
- Al tener una entidad optimizada, pueden aprovecharse y, obtener mejor uso de los recursos de la empresa, trabajo, materias primas, cadena de suministro, financiación; todo esto, además, permite aprovechar las oportunidades cuando se presenten, sin involucrar costes adicionales.

**6 Enfoque de Sistemas para la Gestión.** Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema.

**7 Mejora Continua.** La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta, una de las herramientas utilizadas en este principio es la descrita a continuación:

### **CICLO PHVA<sup>5</sup>**

El “control de proceso”, se establece a través del ciclo PHVA (Planear, hacer, verificar, actuar) compuesto por las cuatro fases básicas del control: planificar, ejecutar, verificar y actuar correctivamente, como se puede observar en la figura 2.

Los términos usados en el ciclo PHVA, tienen el siguiente significado:

**Planear (P):** Consiste en establecer metas para los indicadores de resultado y establecer la manera (el camino, el método) para alcanzar las metas propuestas.

**Hacer (H):** Ejecución de las tareas exactamente de la forma prevista en el plan y en la recolección de datos para la verificación del proceso. En esta etapa es esencial el entrenamiento en el trabajo resultante de la fase de planeamiento.

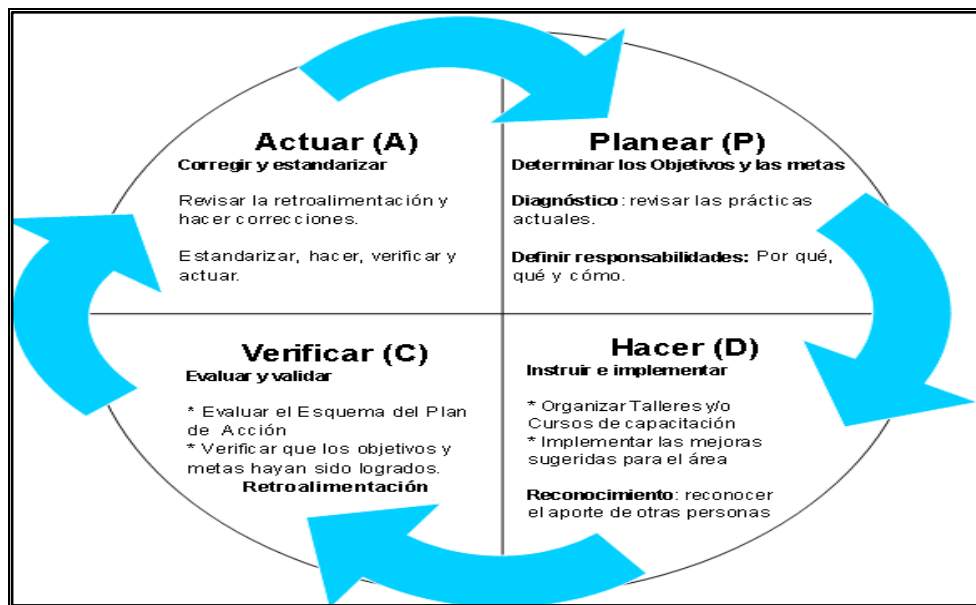
**Verificar (V):** Tomando como base los datos recolectados durante la ejecución, se compara el resultado obtenido con la meta planificada.

**Actuar (A):** Esta es la etapa en la cual el usuario detectó desvíos y actuará de modo que el problema no se repita nunca más.

---

<sup>5</sup> J.M. “Juran y la planificación para la calidad” Análisis y planeación de la calidad. Primera Edición. New York: Mc Graw Hill, 1988 pág. 87-92.

Figura2. Ciclo PHVA



Fuente: J.M. "Juran y la planificación para la calidad"

**8 Enfoque Basado en Hechos para la Toma de Decisiones.** Las decisiones eficaces se basan en hechos como indicadores, evaluaciones, revisiones, entre otros datos para tomar dichas decisiones.

**9 Relaciones de Beneficio Mutuo con el Proveedor.** Una relación de beneficio mutuo aumenta la capacidad de ambos para crear valor<sup>6</sup>.

### 2.3. GENERALIDADES SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Los Sistemas de Gestión de la Calidad son un conjunto de normas y estándares internacionales que se interrelacionan entre sí para hacer cumplir los requisitos de calidad que una empresa requiere para satisfacer los requerimientos acordados con sus clientes a través de una mejora continua, de una manera ordenada y sistemática.

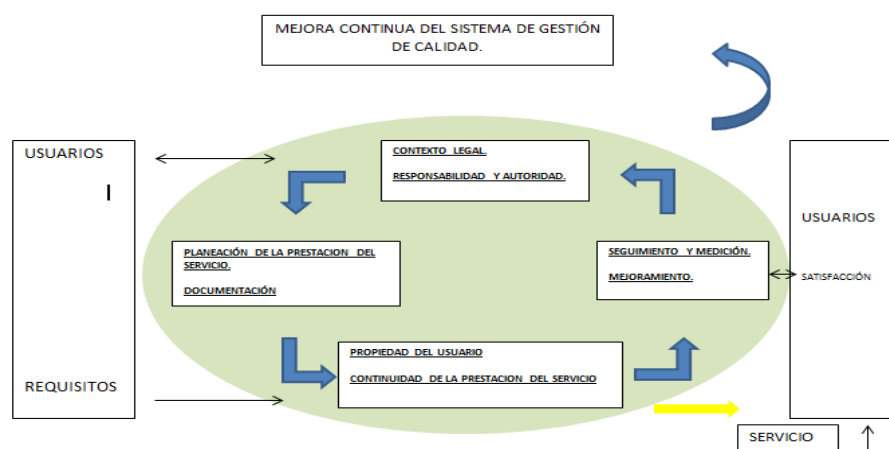
<sup>6</sup> J.M. "Juran y la planificación para la calidad" Análisis y planeación de la calidad. Primera Edición. New York: Mc Graw Hill, 1988 pág. 87-92.

Los estándares internacionales contribuyen a hacer más simple la vida y a incrementar la efectividad de los productos y servicios que usamos diariamente. Nos ayudan a asegurar que dichos materiales, productos, procesos y servicios son los adecuados para sus propósitos.

Existen varios Sistemas de Gestión de la Calidad, que dependiendo del giro de la organización, es el que se va a emplear. Todos los sistemas se encuentran normados bajo un organismo internacional no gubernamental llamado ISO, International Organization for Standardization (Organización Internacional para la Estandarización).

La Figura 3 se muestra más fácilmente el concepto de un sistema de gestión de calidad basado en procesos

Figura3. Modelo de los SGC Basado en la Norma Técnica de Empresa ICBF 001-2012.



Fuente: Autor a partir del modelo de la Norma ISO 9001.

## **BENEFICIOS DEL SGC<sup>7</sup>**

- Facilita las actividades de planificación, control, seguimiento, corrección, auditoría y revisión mediante el ciclo P-H-V-A, asegurando así el cumplimiento de la política de calidad y que el SGC sea adecuado.
- Permite identificar las prioridades y fijar objetivos de calidad coherentes con la función de la institución.
- Mejora el desempeño general de la institución.
- Aumenta la productividad.
- Conformación y puesta en marcha de equipos de trabajo consolidados.
- Eficacia en las labores diarias.
- Aumenta la satisfacción del cliente.
- Alianzas estratégicas.
- Incremento de la cobertura del servicio

## **2.4.HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA GESTIÓN DE LA CALIDAD**

La matriz DOFA que se muestra en la Tabla 1, es un instrumento metodológico que sirve para identificar acciones viables mediante el cruce de variables, en el supuesto de que las acciones estratégicas deben ser ante todo acciones posibles y que la factibilidad se debe encontrar en la realidad misma del sistema. En otras palabras, por ejemplo la posibilidad de superar una debilidad que impide el logro del propósito, solo se la dará la existencia de fortalezas y oportunidades que lo permitan. El instrumento también permite la identificación de acciones que potencien entre sí a los factores positivos. Así tenemos los siguientes tipos de estrategias al cruzar el factor interno con el factor externo:

---

<sup>7</sup> ARMAND V. FEIGENBAUM. Control total de la Calidad. México: Ed. Continental, 1977.

**Tabla.1** Matriz DOFA

<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>	
<b>OPORTUNIDADES</b>	ESTRATEGIAS FO	ESTRATEGIAS DO
	(DE CRECIMIENTO)	(DE SUPERVIVENCIA)
<b>AMENAZAS</b>	ESTRATEGIAS FA	ESTRETEGIAS DA
	(DE SUPERVIVENCIA)	(DE FUGA)

Fuente: Dirección Nacional de Servicios Académicos Virtuales, Universidad nacional de Colombia

Estrategias FO o estrategias de crecimiento son las resultantes de aprovechar las mejores posibilidades que da el entorno y las ventajas propias, para construir una posición que permita la expansión del sistema o su fortalecimiento para el logro de los propósitos que emprende.

Estrategias DO son un tipo de estrategias de supervivencia en las que se busca superar las debilidades internas, haciendo uso de las oportunidades que ofrece el entorno.

Estrategias FA son también de supervivencia y se refiere a las estrategias que buscan evadir las amenazas del entorno, aprovechando las fortalezas del sistema.

Las estrategias DA permiten ver alternativas estratégicas que sugieren renunciar al logro dada una situación amenazante y débil difícilmente superable, que expone al sistema al fracaso.

El cruce del factor interno por el factor externo supone que el sistema está en equilibrio interno; esto es, que las debilidades que tiene no han podido ser superadas por sí mismo. Sin embargo esta no es una situación frecuente; el

sistema puede tener aún debilidades que por una u otra razón no se han superado, pudiendo hacerlo con sus propias posibilidades. Esto sugiere encontrar estrategias del tipo FD, es decir la superación de debilidades utilizando las propias fortalezas.

## **DIAGRAMA CAUSA-EFECTO<sup>8</sup>**

Los Diagramas Causa-Efecto es una herramienta que ayuda pensar sobre todas las causas reales y potenciales de un suceso o problema, y no solamente en las más obvias o simples. Además, son idóneos para motivar el análisis y la discusión grupal, de manera que cada equipo de trabajo pueda ampliar su comprensión del problema, visualizar las razones, motivos o factores principales y secundarios, identificar posibles soluciones, tomar decisiones y, organizar planes de acción.

El Diagrama Causa-Efecto es llamado usualmente Diagrama de "Ishikawa" porque fue creado por Kaoru Ishikawa, experto en dirección de empresas interesado en mejorar el control de la calidad; también es llamado "Diagrama Espina de Pescado" por qué su FORMA es similar al esqueleto de un pez: Está compuesto por un recuadro (cabeza), una línea principal (columna vertebral), y 4 o más líneas que apuntan a la línea principal FORMANDO un ángulo aproximado de 70° (espinas principales). Estas últimas poseen a su vez dos o tres líneas inclinadas (espinas), y así sucesivamente (espinas menores), según sea necesario.

## **LISTAS DE CHEQUEO (CHEK-LISTS)**

Las Listas de Control, Check Lists u Hojas de Verificación, son formatos creados para realizar actividades repetitivas, controlar el cumplimiento de una lista de requisitos o recolectar datos ordenadamente y de forma sistemática. Se usan para hacer comprobaciones sistemáticas de actividades o productos

---

<sup>8</sup>Alberto Galgano. LOS SIETE INSTRUMENTOS DE LA CALIDAD Ediciones Díaz de Santos, 1995 pag.100.

asegurándose de que el trabajador o inspector no se olvida de nada importante.

Los usos principales de los checklist son los siguientes:

- Realización de actividades en las que es importante que no se olvide ningún paso y/o deben hacerse las tareas con un orden establecido.
- Realización de inspecciones donde se debe dejar constancia de cuáles han sido los puntos inspeccionados.
- Verificar o examinar artículos.
- Examinar o analizar la localización de defectos. Verificar las causas de los defectos.
- Verificación y análisis de operaciones.
- Recopilar datos para su futuro análisis

### **3. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA**

#### **3.1 RESEÑA HISTÓRICA**

La fundación nace en el año 2007 como un proyecto formulado por tres entidades, Inicialmente constituida como alianza – Unión temporal- que después de consolidarse y darse a conocer con entidades estatales y privadas durante 8 años, hace el paso a Fundación desde enero de 2012.

#### **Fundadores**

COMUNIDAD DE HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACIÓN: Presente en Colombia desde 1873. y en Piedecuesta desde 1887. Su fundadora fue Marie Poussepin “Apóstol social de la Caridad por el Trabajo”, cuyo carisma está dedicado al servicio de caridad a través de la promoción integral de la dignidad de la persona, la educación, la salud y la pastoral social.

FUNDACIÓN ESTRUCTURAR: Creada en 1987. Por la Cámara de Comercio de Bucaramanga, Club Rotario de Bucaramanga y Constructora Martínez Villalba (Comavsa). Se dedica al desarrollo de programas para niños, niñas, jóvenes y sus familias de una manera integral y personalizada en Santander.

COOPANELAS: Organización cooperativa fundada en 1939. Al servicio de los productores de panela de la región. La constancia de sus asociados y el respeto por los valores cooperativos han sido los pilares en que se ha sostenido.

## **3.2 DATOS GENERALES DE LA FUNDACIÓN**

### **3.2.1 Objeto Social.**

La Fundación Visión en familia es una empresa social sin ánimo de lucro, que contribuye dentro de una visión universal al desarrollo social equitativo y solidario de Colombia, promoviendo el desarrollo de las actitudes humanas, la formación y capacitación integral de la persona en sus diferentes etapas; que busca mejorar la calidad y estilos de vida en la población colombiana con énfasis en población vulnerable, en situación de riesgo y de desplazamiento del territorio colombiano.

### **3.2.2 Planta Física.**

La Fundación Visión en Familia cuenta con una oficina dotada con todas las herramientas de trabajo necesarias para su funcionamiento y una unidad de servicio (Centro de Atención Integral a la Familia “Camino a Belén”) con instalaciones propias para el desarrollo de sus programas como se observa en la figura 4.

Figura4. Planta Física unidad de servicio Fundación Visión en Familia



### 3.2.3 Ficha Institucional.

Tabla No. 2. Ficha institucional

Nombre entidad	Fundación Visión en Familia
NIT	800016064-3
REPRESENTANTE LEGAL	German Pava Capacho
UBICACIÓN OFICINA PRINCIPAL	Calle 10 No 6-66
UBICACIÓN UNIDAD DE SERVICIO	Calle 6N No 4-40 Barrio Junín IV – Piedecuesta-Santander.
TELÉFONO OFICINA PRINCIPAL	(57) 6555842
TELÉFONO UNIDAD DE SERVICIO	(57) 6788775
E-MAIL	VISIONENFAMILIA@HOTMAIL.COM

**3.2.4 Logos.** En la figura 5 se presentan los logos de la fundación y de la unidad de servicio.

**Figura5.** Logos Fundación Visión en Familia y Unidad de servicio “Camino a Belén”



Fuente. Información Fundación Visión en Familia.

### 3.2.5 Objetivos y Finalidades:

- Brindar atención integral y garantizar el ejercicio pleno de los derechos y el desarrollo armónico de los niños y niñas en edad preescolar, adolescentes, mujeres gestantes y lactantes, jóvenes menores de 18 años y adulto mayor en situación de desplazamiento y alta vulnerabilidad.

- Disminuir los altos índices de desnutrición, violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual, fortaleciendo el núcleo familiar con derechos, valores y principios que permitan una sociedad más equitativa y con planteamientos claros para la resolución de conflictos, repercutiendo así en un mejoramiento en la calidad de vida de cada persona y las diferentes comunidades.

### **3.2.6 Tipo de necesidad social que atiende.**

La Fundación Visión en Familia con el programa a la primera infancia desde los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) es una entidad que promueve la garantía de los derechos de los niños, niñas, adolescentes así como la atención a sus familias, desarrollando acciones de educación, capacitación, salud, nutrición, protección, participación y desarrollo de las actitudes humanas con énfasis en los artístico e investigativo.

### **3.2.7 Población objetivo.**

La Fundación Visión en Familia contribuye al mejoramiento de calidad de vida mediante la atención a la siguiente población:

- Niñas y niños en edades de 2 a 5 años.
- Jóvenes menores de 18 años.
- Mujeres gestantes y lactantes.
- Grupos familiares en situación de riesgo, desplazamiento y de alta vulnerabilidad.

### **3.2.8 Programas.**

- Atención integral a la primera infancia a través del programa centro de Desarrollo infantil “Camino a Belén”, programa estrella.
- Formación en el área Psicosocial.
- Programas de capacitación en salud y seguridad alimentaria

### **3.3 UNIDAD DE SERVICIO**

Dentro del Centro de Atención Integral a la Familia (CAIF) “CAMINO A BELÉN” la Fundación Visión en Familia desarrolla el programa “CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL (CDI)”

Este es el programa estrella de la fundación y nace en el 2011 atendiendo a niños en edad de 2 a 5 años.

#### **3.3.1 Datos históricos de beneficiarios del CDI:**

- 2011: 60 beneficiarios 5 madres comunitarias
- 2012: 144 beneficiarios 12 madres comunitarias
- 2013: 204 beneficiarios 17 madres comunitarias
- Actualmente el CDI cuenta con 15 agentes educativas y su objetivo es llegar a tener un total de 300 beneficiarios cumpliendo con los estándares de número de niños/agente/auxiliares establecidos por el ICBF.

#### **3.3.2 Servicio ofrecido.**

EL programa CDI Camino a Belén presta el servicio de educación inicial, a niños y niñas de 2 a 5 años dentro del programa de Cero a Siempre, adelantando acciones y gestiones para garantizar los derechos en salud,

nutrición, psicosocial, protección y proyectos pedagógicos con aprendizaje significativos.

Simultáneamente con las familias de los beneficiarios y comunidad hay una integración que involucra el desarrollo infantil mediante el fortalecimiento de las capacidades humanas, valores, cultura, investigación y sostenibilidad ambiental para la construcción de entornos comunitarios.

### **3.4 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

#### **3.4.1 Misión<sup>9</sup>.**

En la FUNDACIÓN VISIÓN EN FAMILIA centramos nuestros esfuerzos en garantizar los mejores espacios para educar, formar e impulsar a las familias colombianas en condición de vulnerabilidad y riesgo social para que encaminen proyectos de vida que aporten al desarrollo sostenible de las Regiones y a la construcción de la paz. Trabajamos para fortalecer una red de aliados estratégicos que garanticen el desarrollo de programas de atención integral a los niños y sus familias, comprometidos con la mejora continua de nuestros procesos.

#### **3.4.2 Visión<sup>10</sup>.**

La FUNDACIÓN VISIÓN EN FAMILIA será en el 2018 una institución líder en el desarrollo de programas de atención integral a las familias vulnerables y en riesgo social del Departamento de Santander. Fundamentará su atención en la

---

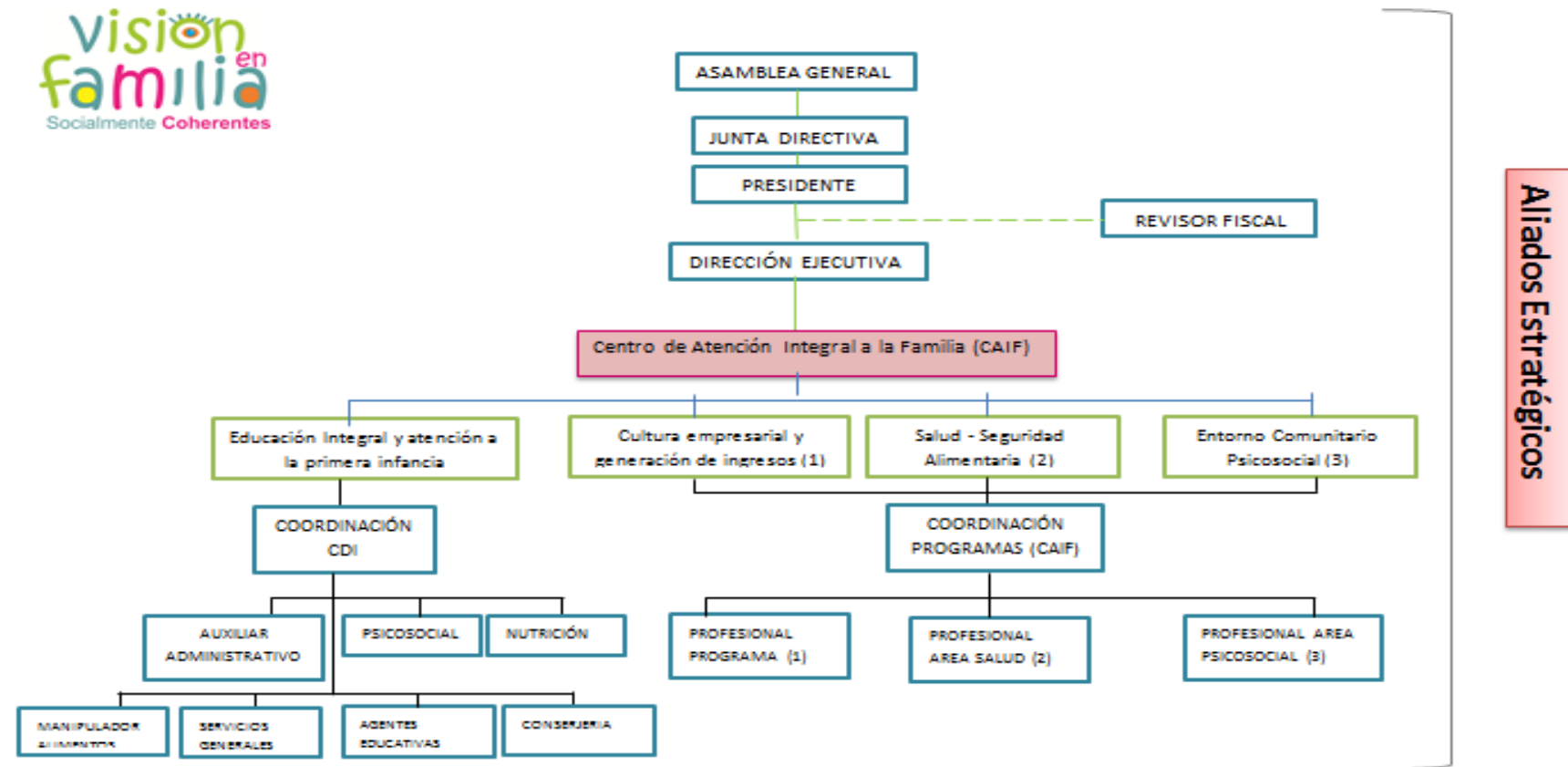
<sup>9</sup> Información Fundación Visión en Familia

<sup>10</sup> Elaborada por la autora del proyecto y aprobada por el Director Ejecutivo de la Fundación.

innovación permanente de sus programas, y ampliará su cobertura bajo los mejores estándares de calidad en el sector social.

### 3.4.3 Organigrama de la Institución.

Figura6. Organigrama Fundación Visión en Familia



Aliados Estratégicos

## 4 DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA FUNDACIÓN VISIÓN EN FAMILIA

La primera etapa para el desarrollo de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad fue la realización de un diagnóstico en el mes de mayo de 2014, donde mediante herramientas cuantitativas y cualitativas se pudo conocer la situación actual de la empresa respecto al grado de conformidad que presenta frente a los requerimientos de la Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012.

### 4.1 OBJETIVO DEL DIAGNÓSTICO

Determinar el grado de conformidad de la Fundación Visión en Familia respecto a la Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012.

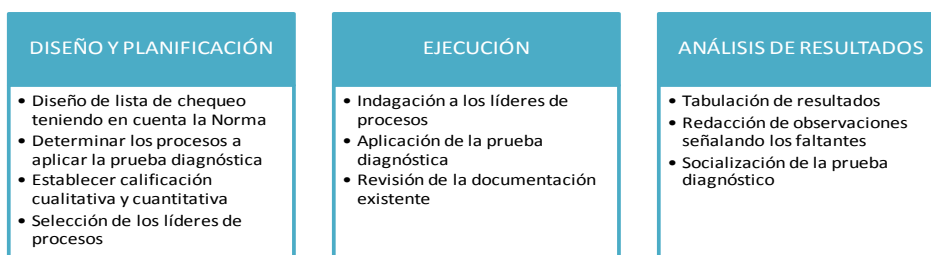
### 4.2 RESPONSABLES DEL DIAGNÓSTICO

La realización del proyecto estuvo bajo la responsabilidad de la autora del proyecto con el acompañamiento del Director Ejecutivo.

### 4.3 DESARROLLO DEL DIAGNÓSTICO INICIAL

El desarrollo del diagnóstico se llevó a cabo según la planificación realizada para éste, con la aplicación de las etapas descritas en la figura 7.

Figura7. Metodología de aplicación del diagnóstico.



**Diseño y planificación:** En la primera etapa de la aplicación del diagnóstico se diseñó la lista de chequeo teniendo en cuenta cada uno de los numerales de la Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012 de manera que ésta abarque la totalidad de requisitos. Se estableció una calificación cualitativa y cuantitativa como se puede observar en la Tabla 3.

**Tabla 3.** Criterios de calificación

CRITERIO	PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
No aplica	N.A.	Requisito no aplicable bajo los parámetros de la Norma técnica de empresa ICBF 001:2012.
No cumple	0%	Requisito aplicable, pero no diseñado, no desarrollado, no implementado.
Cumple parcialmente.	25%	Requisito aplicable, definidos los procesos o los documentos, pero no los tienen implementados, es decir no los aplican actualmente.
Cumple.	100%	Cumple con los requisitos de la norma.

Igualmente se determinaron los procesos a los cuales aplicaba la prueba diagnóstica, y se seleccionó un líder por proceso como se observa en la Tabla 4.

**Tabla 4.** Procesos y líderes

PROCESOS	LÍDER
Direccionamiento Estratégico	Director Fundación
Gestión de Control y Mejora.	Director Fundación
Atención Psicosocial.	Profesional Área
Educación Integral.	Agentes Educativas.
Gestión Administrativa.	Coordinador (CDI).
Gestión Administrativa y Contable	Auxiliar Administrativo
Gestión de servicios integrales a la comunidad.	Profesional Área Psicosocial

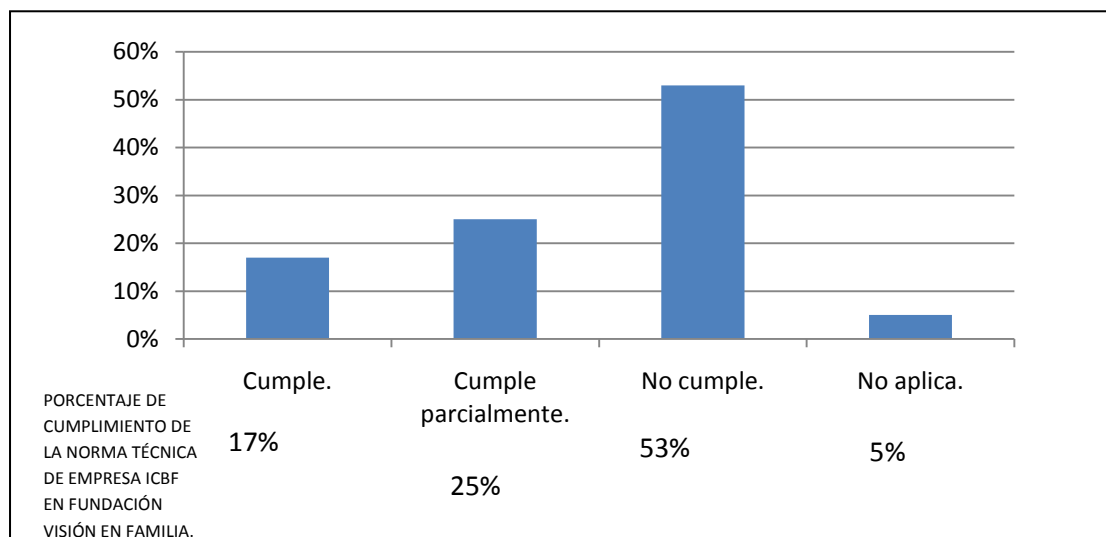
**Ejecución:** En esta etapa se llevó a cabo entrevistas con los líderes de los procesos y se realizó la aplicación de la prueba diagnóstica ver Anexo A; además se revisó la documentación existente y se calificó según el grado de

conformidad teniendo en cuenta los criterios de Calificación, la ejecución del diagnóstico se llevó a cabo según cronograma establecido para el proyecto.

**Análisis de Resultados:** Esta fue la etapa final en la realización del diagnóstico, donde se tabularon los resultados de la prueba realizando las observaciones respecto a los faltantes para alcanzar conformidad completa (100%); para de esta manera conocer la situación actual de la empresa respecto al grado de conformidad con la Norma

Los resultados obtenidos se muestran en la figura 8.

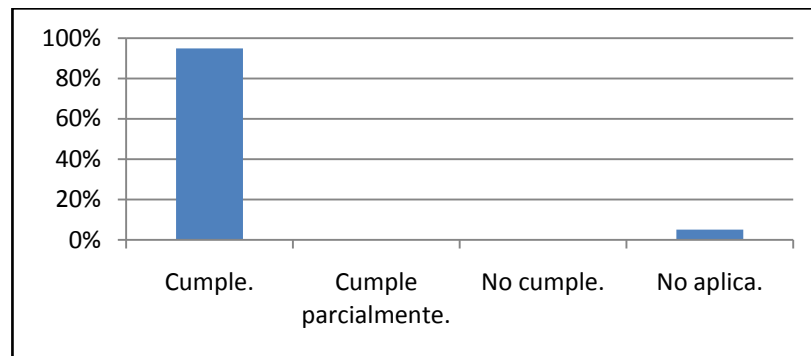
Figura8. Resultados Diagnóstico.



En la Fundación se evidencia un 17% de conformidad con los numerales de la norma, también se evidencia un 25% de cumplimiento parcial debido a que algunos requisitos forman parte de los lineamientos que el ICBF establece para el funcionamiento del Centro de Desarrollo Infantil CDI, ninguno de estos lineamientos está documentado ni basado en un sistema de gestión.

En la Figura9 se presenta un resumen de conformidad con la Norma, desglosado en los numerales generales.

Figura9. Situación frente al punto 3.1 CONTEXTO LEGAL.



Con respecto a los resultados obtenidos en el numeral No 3.2 de la norma se puede concluir:

Cumple:

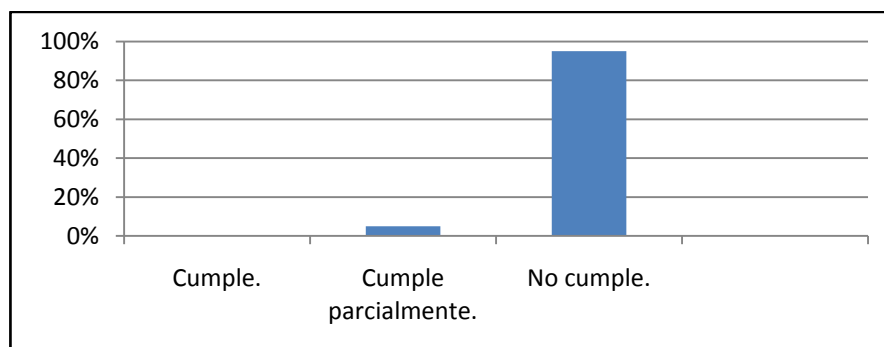
- La organización tiene personería jurídica y cumple con la legislación vigente aplicable al servicio público de Bienestar Familiar que presta.

No Aplica:

- No aplica para el funcionamiento de la fundación requisitos como habilitación en salud y licencia de educación porque no son requeridos en los programas que actualmente se ejecutan.

En la Figura10 se presenta un resumen de conformidad con la Norma, desglosado en los numerales generales.

Figura10. Situación frente al punto No. 3.2 POLÍTICA DE SERVICIO.



Con respecto a los resultados obtenidos en el numeral No 3.2 de la norma se puede concluir:

No Cumple:

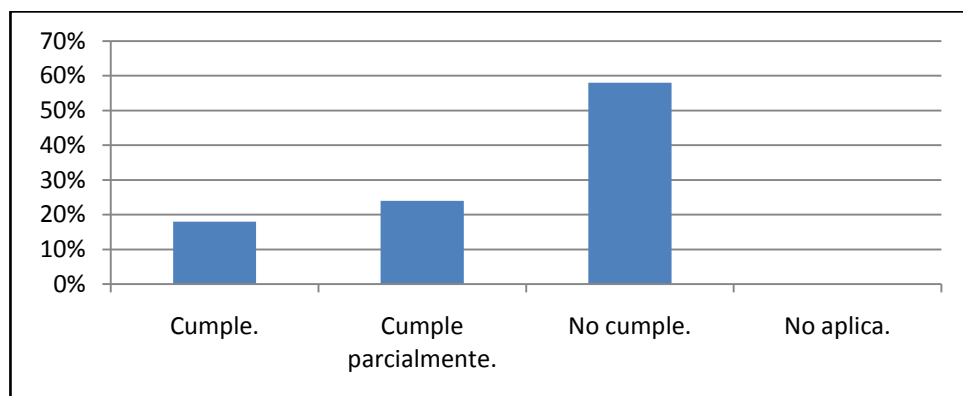
- No existe política de servicio documentada ni implementada.
- No se ha documentado el marco general de la organización para ofrecer servicios que cumplan con la legislación vigente y con la norma NTE ICBF 001-2012.
- No se tiene documentadas la relación de las partes interesadas de la Fundación (proveedores, ejecutores, unidades de servicio, niños, niñas, adolescentes y familias).

Cumple parcialmente:

- Se encontraron algunos archivos en digital del compromiso de la fundación con sus usuarios, esta información no se basa en un Sistema de Gestión de Calidad ni como requisito de la NTE ICBF 001-2012.

En la figura 11 se presenta un resumen de conformidad con la Norma, desglosado en los numerales generales.

Figura11. Situación frente al punto No. 3.3 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD.



Con respecto a los resultados obtenidos en el numeral No 3.3 de la norma se puede concluir:

Cumple:

- Se asegura la disponibilidad de los recursos.

Cumple parcialmente:

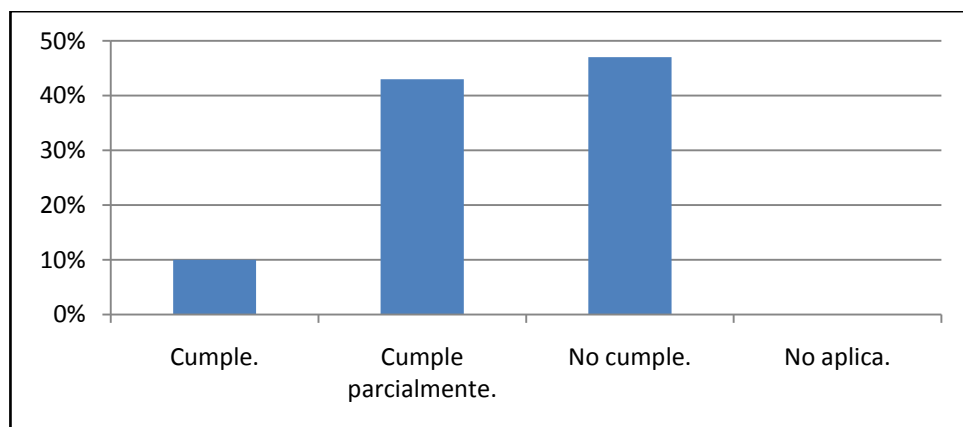
- Se llevan a cabo comités directivos de forma esporádica registrados de manera informal.

No cumple:

- No se tiene establecida la política de servicio.
- No se tienen establecidos los objetivos de servicio.
- No se tienen documentados los objetivos de servicio.
- No se tiene documentada la responsabilidad y autoridad para prestar el Servicio Público de Bienestar Familiar desde planeación, hasta el seguimiento y mejora.

En la Figura12 se presenta un resumen de conformidad con la Norma, desglosado en los numerales generales.

Figura12. Situación frente al punto No. 3.4 PLANEACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.



Con respecto a los resultados obtenidos en el numeral No 3.4 de la norma se puede concluir:

Cumple:

- Se tiene identificados los costos y elaborado el presupuesto basado en el documento Canasta establecido por el ICBF.
- Cumple parcialmente:
- Se tienen identificados los procesos y recursos necesarios para garantizar los derechos, necesidades y expectativas de los niños, niñas y otras partes interesadas según lineamientos establecidos por el ICBF pero no están documentados ni implementados.
- Se evalúa periódicamente el desempeño del personal como un requisito pedido por un lineamiento del ICBF pero no se tienen documentado ni implementado bajo ningún sistema de gestión de calidad.
- Se identifican las necesidades de infraestructura y dotación basadas en los lineamientos que establece el ICBF pero no se realiza ningún documento formal.

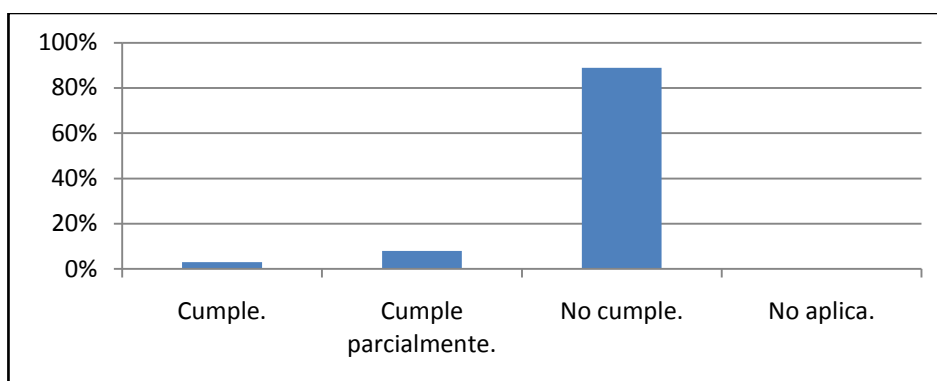
No cumple:

- No se han identificado los riesgos que puedan afectar los procesos necesarios para prestar el servicio.
- No se han identificado los riesgos que puedan afectar los recursos necesarios para la prestación del servicio.
- No han establecido las actividades para asegurar la continuidad de la prestación del servicio.
- No se han establecido actividades requeridas de seguimiento y medición de procesos.
- No se tiene documentada la gestión de los recursos necesarios para la prestación del servicio.
- No se tiene documentadas las necesidades de competencia en cuanto a educación, formación habilidades y experiencia requeridas del personal que realiza las actividades propias de la prestación del servicio, solo se basan en el documento Canasta establecido por el ICBF.
- No se tiene establecido un manual de funciones por cargo.

- No se tiene establecido un procedimiento de selección y contratación del personal requerido.
- No se han identificado las necesidades de formación e inducción del personal.
- No se tiene establecido un plan de mantenimiento de los recursos físicos.
- No se cuenta con salidas de emergencia ni rutas de evacuación demarcadas.

En la Figura13 se presenta un resumen de conformidad con la Norma, desglosado en los numerales generales.

Figura13.Situación frente al punto No. 3.5 DOCUMENTACIÓN.



Con respecto a los resultados obtenidos en el numeral No 3.5 de la norma se puede concluir:

Cumple parcialmente:

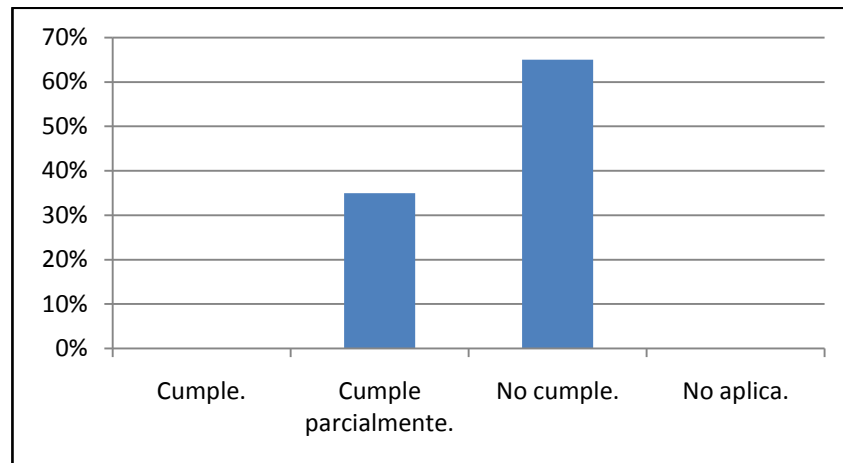
- Se encontraron algunos registros de los lineamientos establecidos por el ICBF para el funcionamiento del ICBF ninguno se basa en un proceso identificado ni en un sistema de gestión de calidad.
- Se cuenta con un plan de emergencia pero no esta documentado.

No cumple:

- No se tienen documentos basados en un sistema de gestion de calidad ninguno de los documentos requeridos por la norma.

- No se tiene documentado ni implementado un procedimiento para la documentación y el control de documentos y registros.
- En la Figura14 se presenta un resumen de conformidad con la Norma, desglosado en los numerales generales.

Figura14. Situación frente al punto No. 3.6 PROPIEDAD DEL USUARIO.



Con respecto a los resultados obtenidos en el numeral No 3.6 de la norma se puede concluir:

Cumple parcialmente:

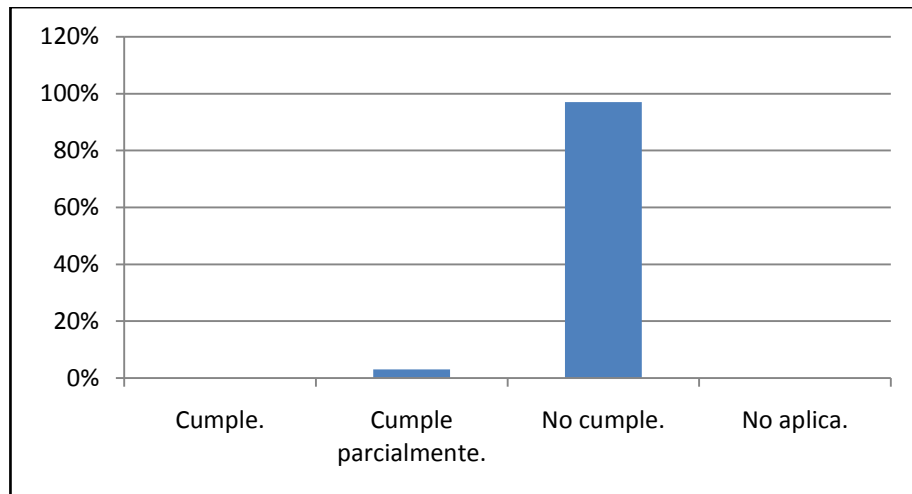
- Se tiene un acuerdo verbal de confidencialidad de la información de los usuarios del servicio del Centro de Desarrollo Infantil (CDI), dicha información es manejada por la profesional del área psicosocial, este acuerdo no está documentado.

No cumple:

- No existen documentos del acuerdo de confidencialidad.
- No se proporcionan mecanismos de seguridad para evitar el acceso no autorizado ni divulgación de la información confidencial.

En la figura 15 se presenta un resumen de conformidad con la Norma, desglosado en los numerales generales.

Figura15. Situación frente al punto No. 3.7 COMPRAS.



Con respecto a los resultados obtenidos en el numeral No 3.7 de la norma se puede concluir:

Cumple parcialmente:

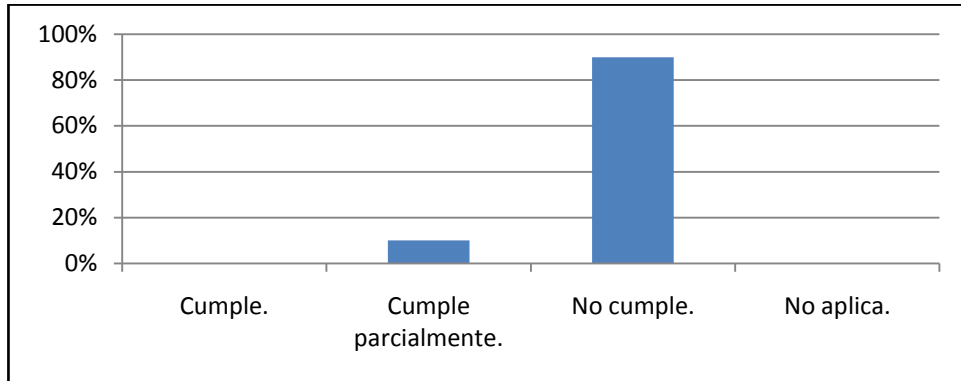
- Se revisan los productos comprados por el profesional de nutrición de forma visual, pero no se tiene ningún registro de dicho procedimiento.

No cumple:

- No se tiene establecido ningún procedimiento de selección de proveedores.
- No se establecen criterios de evaluación, selección y reevaluación de proveedores.
- No se tienen establecidas las acciones a tomar cuando el producto o servicio no cumple con las especificaciones.
- No se evalúa el desempeño de sus proveedores.

En la Figura16 se presenta un resumen de conformidad con la Norma, desglosado en los numerales generales.

Figura16. Situación frente al punto No. 3.8 GESTIÓN AMBIENTAL.



Con respecto a los resultados obtenidos en el numeral No 3.8 de la norma se puede concluir:

Cumple parcialmente:

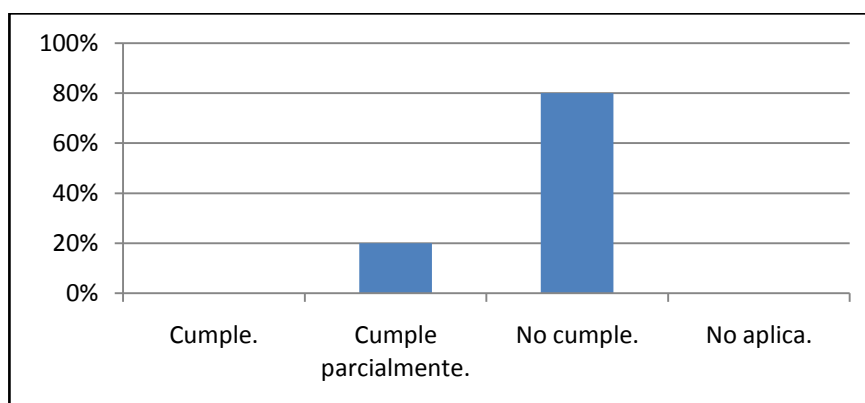
- Se realizan actividades y pequeños proyectos (reciclaje de hojas), requisito de los lineamientos del ICBF pero no se llevan a cabo los registros ni se basa en ningún proceso o impacto identificado.

No cumple:

- No se tienen identificados los impactos sobre el medio ambiente que ejerce la fundación.
- No se identifican ni evalúa el cumplimiento de los requisitos legales que le aplican a la organización.
- No se establece controles operacionales para prevenir, mitigar o corregir aspectos negativos.
- No se realizan seguimientos periódicos ni evalúa el desempeño ambiental de la organización.
- 

En la figura17 se presenta un resumen de conformidad con la Norma, desglosado en los numerales generales.

Figura17. Situación frente al punto No. 3.9 OPERACIÓN-PRESTACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO DE BIENESTAR FAMILIAR.



Con respecto a los resultados obtenidos en el numeral No 3.9 de la norma se puede concluir:

Cumple parcialmente:

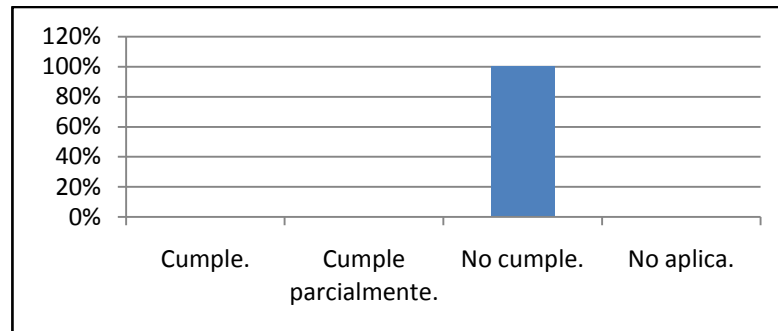
- Se tienen establecidas las responsabilidades y los procesos de la Unidad de servicio (CDI) como requisito de los lineamientos del ICBF pero no están documentadas ni implementadas.
- Se realizan reuniones de seguimiento de forma esporádica, plasmadas en actas las cuales son requeridas por los lineamientos del ICBF.

No cumple:

- No se tiene establecido por escrito las responsabilidades que tienen las unidades de servicio respecto a la prestación del servicio (teniendo en cuenta el marco de su responsabilidad).
- No se realiza seguimiento establecido de las actividades de las unidades de servicio.
- No se han establecido indicadores o mecanismos de seguimiento e informes.
- No se tiene establecido, documentado ni implementado un conducto regular de comunicación entre la fundación y el CDI.

En la Figura 18 se presenta un resumen de conformidad con la Norma, desglosado en los numerales generales.

Figura18. Situación frente al punto No. 3.10 CONTINUIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.



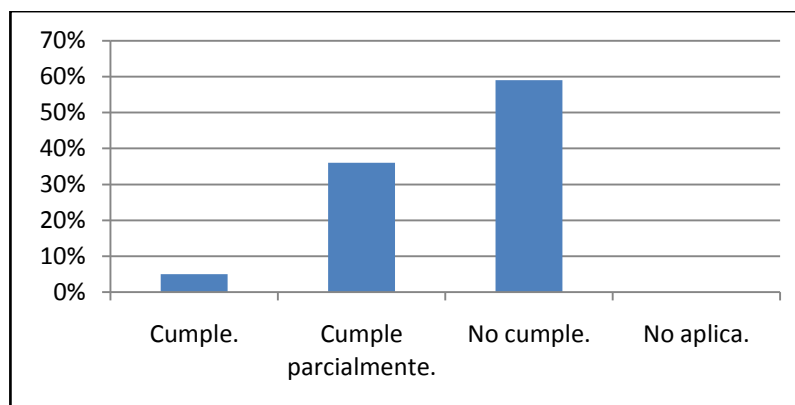
Con respecto a los resultados obtenidos en el numeral No 3.10 de la norma se puede concluir:

No cumple:

- No se hace una valoración de los riesgos.
- No se desarrollan e implementar planes y disposiciones necesarias para asegurar la continuidad en la prestación del Servicio Público de Bienestar Familiar y la gestión de un incidente.
- No se ha designado el personal de respuesta ante un posible incidente que afecte la continuidad en la prestación del servicio, con la responsabilidad, autoridad y competencia necesarias.
- No se cuenta con un plan de gestión del incidente que detalle cómo atenderlo.
- No se cuenta con un plan de continuidad de la prestación del Servicio Público de Bienestar Familiar que detalle cómo mantener o restablecer sus actividades a un nivel predeterminado en caso de que ocurra una interrupción del servicio.

En la Figura19 se presenta un resumen de conformidad con la Norma, desglosado en los numerales generales.

Figura19. Situación frente al punto No. 3.11 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN.



Con respecto a los resultados obtenidos en el numeral No 3.11 de la norma se puede concluir:

Cumple:

- Se cuenta con un buzón de sugerencias, quejas y reclamos.

Cumple parcialmente:

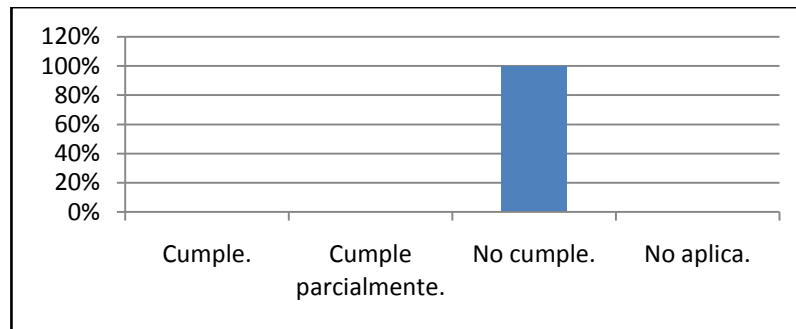
- Se evalúa el cumplimiento de los estándares de resultados según lineamientos del ICBF, se tienen registros informales.
- Se realizan periódicamente encuestas de satisfacción del usuario.

No cumple:

- No se tiene establecido un formato para el buzón de sugerencias.
- No se realizan auditorias por parte de la fundación.
- No se realiza de manera formal la evaluación del personal.
- No se realiza la evaluación de proveedores.
- No se cuenta con indicadores de gestión o mecanismos de seguimiento (financieros, de operación).
- No se encontraron registros formales de los resultados de informes de supervisión o visitas por parte de otras organizaciones.

En la Figura20 se presenta un resumen de conformidad con la Norma, desglosado en los numerales generales.

Figura20. Situación frente al punto No. 3.12 MEJORAMIENTO.



Con respecto a los resultados obtenidos en el numeral No 3.12 de la norma se puede concluir:

No cumple:

- No se identifican las no conformidades actuales y potenciales a la hora de prestar el servicio de bienestar familiar.
- No se toman las acciones preventivas basadas en información de las encuestas de satisfacción de los usuarios
- No se comunican las posibles acciones correctivas existentes.

#### **OBSERVACIONES GENERALES:**

- En la institución existe mapa de procesos el establecido por la Fundación, pero esta desactualizado, no es sometido a revisión periódica y es necesario modificarlo.
- Falta la caracterización de los procesos; donde se especifique la interrelación de los procesos, los recursos necesarios, la medición que se realiza para conocer su efectividad y los registros que soportan cada proceso.
- No existe política de calidad, ni objetivos de calidad aunque la ejecución de sus actividades se rigen según lineamientos del ICBF.
- Los procesos actuales de la institución cuentan con procedimientos y registros para el desarrollo de sus actividades, es necesario actualizarlos.
- No existe un manual de calidad documentado.

- No existen indicadores que midan el cumplimiento de los requisitos.
- Existe un organigrama desactualizado pues han cambiado algunos cargos.
- No existen soportes documentados que evidencien la trazabilidad de los procesos.

#### **4.4 DIAGNÓSTICO AL FUNCIONAMIENTO DE LOS PROCESOS MISIONALES**

Mediante el diagnóstico realizado en el mes de mayo de 2014 a los procesos misionales, se buscó conocer la metodología de funcionamiento de éstos, detectar puntos críticos en cada uno y analizar sus causas; con el fin de formular e implementar una propuesta para el mejoramiento de dichos procesos.

##### **4.4.1 Descripción de los procesos.**

El mapa de procesos y la descripción de éstos se encuentran en el numeral 5.11 Definición De Los Procesos Del Sistema De Gestión De Calidad.

##### **4.4.2 Descripción del grupo de trabajo.**

El equipo de trabajo destinado a trabajar en el desarrollo del proyecto de calidad en la Fundación Visión en Familia, está conformado por:

Responsable del proyecto de grado.

Comité de Calidad, el cual se creó por iniciativa de la autora del proyecto de grado durante el desarrollo de éste y se encuentra conformado por (5) trabajadores del área administrativa, contable y pedagógica, ver Anexo B.

#### **4.4.3 Evaluación de los procesos misionales.**

- **Atención Psicosocial:**

Dentro de este proceso se busca desarrollar estrategias de educación social, terapéutica y pedagógica a nivel general en el programa entorno comunitario-psicosocial en lo individual, grupal y comunitario con población en situación de desplazamiento y alta vulnerabilidad orientado al fortalecimiento del proyecto de vida.

- **Educación Integral**

Dentro de este proceso se desarrolla el programa para la primera infancia el Centro de Desarrollo Integral, con el cual se operan los servicios de protección del Instituto Colombiano del Bienestar Familiar

**Generalidades:**

El programa ( CDI) CAMINO A BELEN presta el servicio de educación inicial, a niños y niñas de 2 a 5 años dentro del programa de Cero a Siempre, adelantando acciones y gestiones para garantizar los derechos en salud, nutrición, psicosocial, protección y proyectos pedagógicos con aprendizaje significativos.

Simultáneamente con las familias de los beneficiarios y comunidad hay una integración que involucra el desarrollo infantil mediante el fortalecimiento de las capacidades humanas, valores, cultura, investigación y sostenibilidad ambiental para la construcción de entornos comunitarios.

**Definición Centro de Desarrollo Infantil:**

Esta modalidad surge en el marco de la Estrategia de Cero a Siempre, como una apuesta por atender a los niños y niñas menores de 5 años vulnerables con educación inicial como el eje central del proceso y articulando otros componentes de la atención integral. Su diseño se basa en la experiencia de los Hogares Infantiles y otras modalidades institucionales tradicionales del ICBF, de la modalidad institucional del Programa de Atención Integral a la

Primera Infancia PAIPI desarrollado por el Ministerio de Educación Nacional y el ICBF y otras experiencias locales como las de la Secretaría de Integración Social de Bogotá y Buen Comienzo en Medellín.

Esta modalidad se financia completamente con recursos del ICBF y garantiza la gratuidad de los niños y niñas más vulnerables.

La prestación del servicio en las modalidades institucionales se brinda bajo condiciones físicas, humanas, pedagógicas, culturales, nutricionales, sociales y administrativas, que garanticen suficiencia y oportunidad según . Estándares de calidad para modalidades de educación inicial / Modalidades Institucionales.

### **Población objetivo y Focalización:**

Los servicios de educación inicial están diseñados para atender a niños y niñas que requieren atención y cuidado diario, bien sea porque no cuentan con una red de apoyo que los soporte o porque a su edad (3 años) se recomienda para fortalecer los procesos de socialización.

Funciona en espacios institucionales y por sus características de operación y concepción, requiere que los niños asistan todos los días al centro.

Sobre la focalización y bajo las directrices del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, en cumplimiento de las diferentes directrices impartidas por el Gobierno Nacional sobre la atención a población más pobre y vulnerable, garantiza acceso y atención prioritaria a la siguiente población:

- Víctimas de la violencia afectada por desplazamiento forzado.
- Familias identificadas a través de la Red UNIDOS.
- Población del SISBEN III
- Población remitida o por demanda espontánea que se considere en condición de vulnerabilidad económica, psicosocial y nutricional.
- Niños cuyos padres de familia no pueden asumir su cuidado por encontrarse vinculados laboralmente o por otras razones.

## **Beneficiarios proceso Educación Integral CDI.**

El CDI atiende directamente familias de Piedecuesta de estratos 1 y 2 del SISBEN distribuidas en los barrios más cercanos a la Institución: Refugio 39%, Divino niño 18%, Brisas de Guatigurá 10% y otros como Argentina, San Telmo, Palermo.

- Salud y seguridad alimentaria

En este proceso se brindan los servicios integrales de salud y seguridad alimentaria a la población vulnerable, garantizando una mejora sustancial en la calidad de vida. Atención y formación en temas de salud y nutrición para las familias.

### **4.4.4 Determinación de los puntos críticos.**

Para el desarrollo de esta etapa se realizó una reunión con el Director Ejecutivo de la Fundación, la Coordinadora del programa Centro de Desarrollo Infantil, la profesional del Área Psicosocial y la Profesional en el Área de Salud y Nutrición en donde se presentaron informes verbales del funcionamiento y dinámica de los diferentes componentes del programa, logrando identificar tres puntos críticos como se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5. Puntos Críticos

<b>PUNTO CRÍTICO</b>	<b>MÉTODO DE RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>
Deserción en los cargos.	Datos históricos– Número de contratos por año.
Falta de cumplimiento de objetivos en las agentes educativas del centro de desarrollo infantil CDI.	Perfil de los docentes – Evaluación agentes educativas-Informe componente pedagógico.
Deficiencia en los canales de comunicación	Inspección visual

### **4.4.5 Detección causas de variabilidad y defectos.**

Después de culminar la identificación de los puntos críticos en los procesos misionales, se evidencia que en el proceso de Educación Integral en donde se

lleva a cabo el Programa Centro de Desarrollo Infantil se han presentado inconvenientes que afectan el normal desarrollo del programa, para resolver estos problemas fue necesario conocer las causas que los originan, por consiguiente se utilizó el diagrama causa-efecto como se muestra en la Figura 21 y 22. En este se explican los factores que podrían ser la causa de estos inconvenientes. Se analizaron las siguientes causas:

**Causas Internas:** En este factor se considera la posibilidad de que el motivo de que se presenten inconvenientes se de por circunstancias al interior de la institución.

**Causas Externas:** Este factor se refiere a problemas ajenos a la institución que son traídos por los trabajadores afectando el desarrollo de los componentes de los programas.

**Causas Sociales:** Inconvenientes familiares, problemas de comunicación.

**Figura 21.** Diagrama causa y efecto, deserción en los cargos

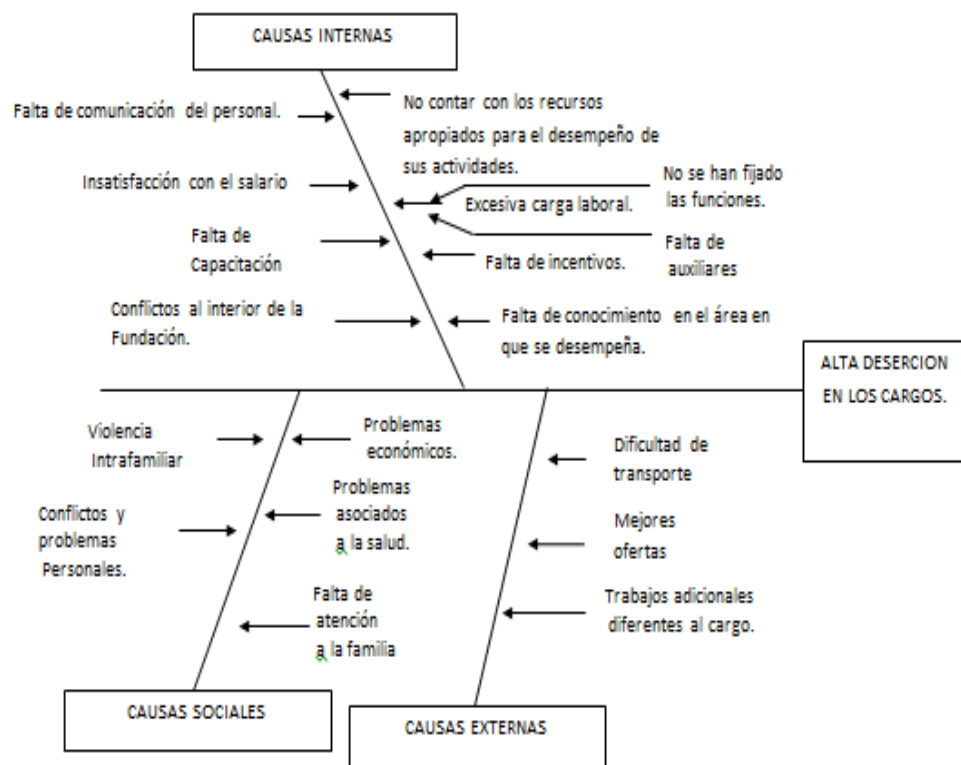
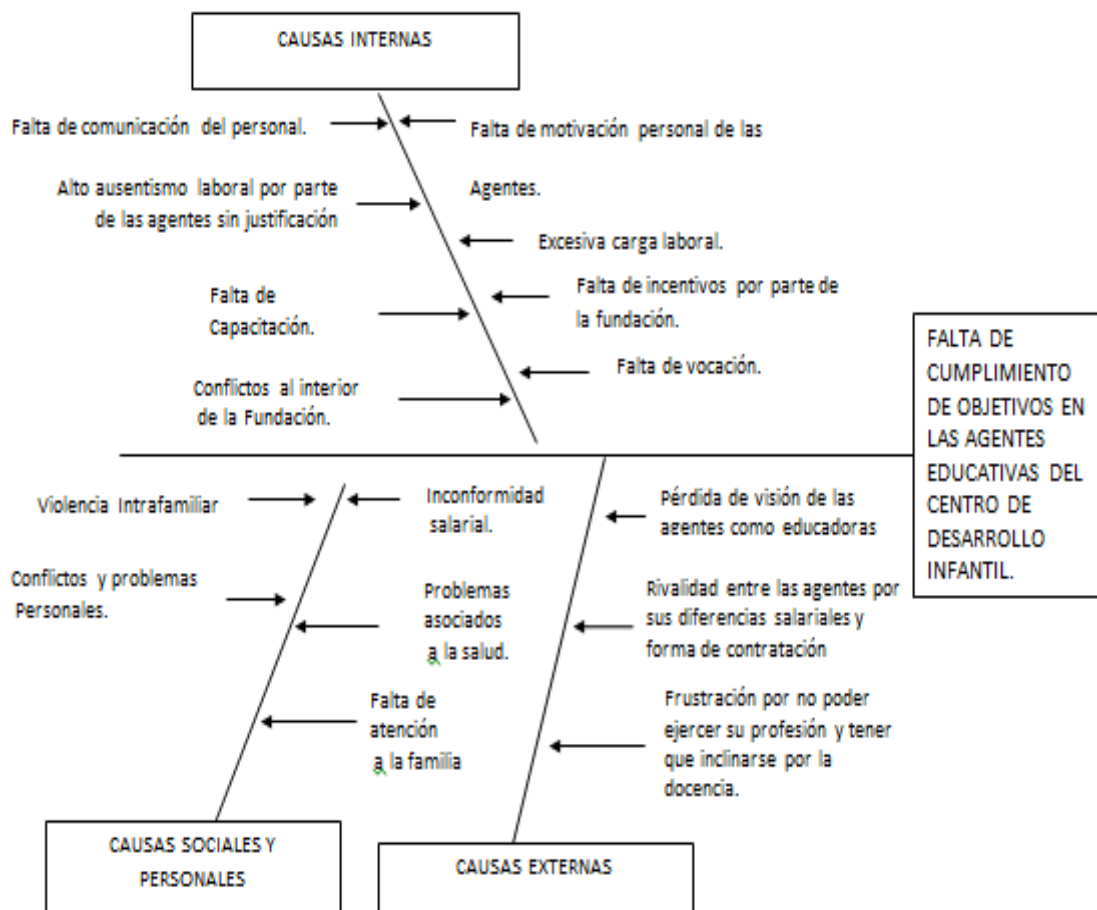


Figura22. Diagrama causa y efecto, falta de cumplimiento de objetivos en las agentes educativas del centro de desarrollo infantil CDI.



Además de lo anterior se realizó un análisis de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas que posee la Fundación para mejorar el desempeño de los procesos misionales como se observa en la Tabla 6 .

Tabla 6. Matriz DOFA Fundación Visión en Familia

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocimiento y acogida a nivel local, el el municipio de Piedecuesta Santander la Fundación Vision en Familia tiene un amplio reconocimiento por los habitantes.</li> <li>• Destacada atención a los usuarios.</li> <li>• Red local con organizaciones de la sociedad civil, asociaciones cívicas, organizaciones no gubernamentales y agencias que contribuyan al fortalecimiento institucional.</li> <li>• Seguimiento, medición y evaluación por parte del ICBF al principal programa de la Fundación.</li> <li>• Apoyo y respaldo económico por parte del ICBF al programa Centro de Desarrollo Infantil.</li> <li>• Mantenimiento, conservación y mejoramiento de la planta física.</li> <li>• Buen nivel de preparación de los directivos y personal administrativo.</li> <li>• Localización geográfica que favorece el acceso a los beneficiarios de sus programas.</li> <li>• Los lineamientos que deben seguir para poder contratar los servicios del ICBF.</li> <li>• Experiencia de las agentes educativas en el cuidado y educacion de niños.</li> <li>• Alianzas estratégicas con diferentes instituciones.</li> <li>• Apoyo de instituciones de Educación superior, (UNAB, UIS, PONTIFICIA BOLIVARIANA ).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de capacitación en todos los componentes que integral el proceso de Educación Integral.</li> <li>• La Fundación no cuenta con un Sistema de Gestión para la estandarización de sus procesos.</li> <li>• No existen indicadores de gestión que permitan medir, controlar y administrar el desempeño de las diferentes actividades que se enfocan en la optimizacion de los diferentes procesos de la institución.</li> <li>• La imagen negativa que puede generarle a la fundación las inconformidades de los usuarios.</li> <li>• Problemas de comunicación al interior de la institución.</li> <li>• Falta de sentido de pertenencia por algunos miembros de la fundación.</li> <li>• Falta de control en la documentación.</li> </ul>
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliacion del número de programas.</li> <li>• Creación de nuevas alianzas para aumentar las donaciones y aportes.</li> <li>• Campañas y proyectos que benefician a un mayor numero de personas.</li> <li>• Ampliación de la cobertura de sus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cierre del principal programa por falta de apoyo del ICBF.</li> <li>• Falta de financiacion y obtención de recursos de la Fundación.</li> <li>• Falta de apoyo por parte de la comunidad para la realización de los programas.</li> </ul>

<p>programas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apertura de nuevas unidades de servicio en diferentes lugares geográficos de Santander.</li> <li>• Apoyo del ICBF en los diferentes programas y proyectos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demoras en el desembolso de dinero en los plazos establecidos en el contrato con el ICBF.</li> </ul> <p>Pérdida del contrato por circunstancias propias del operador.</p>
--	--

#### 4.4.6 Generación de propuesta de mejoramiento.

Para la generación de las propuesta de mejoramiento se tuvo en cuenta los resultados de las etapas anteriores, en las cuales se evidenciaron tres puntos críticos derivados de los procesos misionales. La herramienta usada para generar las propuestas es la generación de ideas.

Dicha propuesta de mejoramiento consisten lo siguiente:

Reuniones mensuales con el Director ejecutivo donde se expresen las no conformidades respecto a temas relacionados con el desempeño de las labores, en dichas reuniones se estableceran los planes de mejora y los tiempos de ejecución de los mismos.

#### Trabajo estandarizado

Al establecer procedimientos estandarizados de trabajo se elimina la variación entre trabajadores, cambios y sitios, asegurando que todos desempeñen el trabajo de la misma manera; ésta permite una eficiencia máxima y elimina la variación que puede ocasionar un mal servicio y procedimientos de trabajo inseguros.

Con la estandarización de los procesos se reducirían costos en temas como capacitación e inducción del personal, se establecerían los objetivos y la forma de realizar el trabajo de todas las áreas.

Es importante implementar procedimientos para la elaboración de la planeación pedagógica unificando criterios, plazos y diferentes puntos de vista.

#### **4.4.7 Implementación de la propuesta de mejoramiento.**

La Fundación Visión en Familia no cuenta con la documentación estandarizada de sus procesos. El trabajo realizado consistió en la creación de los documentos requisitos de la Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012 y los demás necesarios para el correcto funcionamiento de sus procesos.

El proceso de creación de los documentos consistió en:

- Revisar la documentación existente.
- Entrevistar los diferentes líderes de los procesos para conocer las necesidades de documentos.
- En compañía de los líderes crear los documentos necesarios para el correcto funcionamiento de los procesos.
- Hacer entrega de la documentación en medio físico y electrónico.

Con la implementación de esta documentación se desea eliminar los inconvenientes presentados por la falta de estandarización de las labores.

Hoja de registro: En el Anexo C se encuentra el acta de entrega de los procedimientos, instructivos, formatos y manuales a la Coordinadora del Programa (CDI).

Esta documentación estará a disposición de los trabajadores de la Fundación en la Carpeta Documentos/ Sistema de Gestión de Calidad / Procedimientos, ubicada en los computadores de cada puesto de trabajo.

## **5 PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

Teniendo en cuenta los resultados de la prueba diagnóstica, se diseñó el plan de trabajo y el cronograma a seguir para llegar al objetivo, en el cual se determinaron las actividades, recursos y tiempo necesarios ver Anexo D. La planificación del Sistema de Gestión de Calidad para la Fundación Visión en Familia fue realizada por la autora del proyecto, en esta planificación se estableció:

- Revisión y ajuste a la misión y visión de la Fundación.
- Alcance del SGC
- Responsabilidades del comité.
- Política de Servicio.
- Objetivos de Servicio.
- Indicadores de Gestión.

### **5.1 REQUISITOS DEL SGC SEGÚN LA NORMA TÉCNICA DE EMPRESA ICBF 001:2012**

La Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012 ha sido elaborada bajo el marco del convenio suscrito entre el ICBF y el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación – ICONTEC con el fin de fortalecer la atención integral que provee el ICBF a los niños, niñas, adolescentes y familias de todo el país, a través de las organizaciones que prestan los Servicios Públicos de Bienestar Familiar.<sup>11</sup>

Los requisitos de la NTE ICBF 001:2012 se basan en los requisitos de la Norma ISO 9001:2000.

---

<sup>11</sup>Prólogo Norma Técnica de empresa Instituto colombiano de bienestar familiar 001:2012.

## **5.2 REVISIÓN Y AJUSTE DE LA MISIÓN, VISIÓN Y VALORES INSTITUCIONALES**

Para iniciar con la planificación e implementación del SGC tuvo que llevarse a cabo la revisión de la Misión y Visión con el propósito direccionar todos los esfuerzos hacia una misma meta.

La Fundación va a continuar con la Misión que estaba planteada, por el contrario se realizó un ajuste a la visión, pues no se tenía un propósito definido en un periodo de tiempo determinado además, no se incluía el SGC. Los resultados de la Misión y Visión están consignados en el numeral 3.4.1 y 3.4.2 del presente documento.

## **5.3 DESCRIPCIÓN Y CONFORMACIÓN COMITÉ DE CALIDAD**

El Comité de Calidad se conformó en una reunión general con todo el personal de la institución, con el fin de asegurar la implementación, desarrollo, mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión de Calidad (SGC). Se decidió que el Comité de Calidad estaría conformado por personal del área administrativa, pedagógica y operativa; quedó conformado de la siguiente manera:

- Coordinadora programa Centro de Desarrollo Infantil “Camino a Belén”
- Profesional Área Psicosocial
- Auxiliar administrativa
- Agente educativa
- Auxiliar educativa

Debido a la incorporación de la Profesional Rocio Ramos en el cargo de Coordinadora del principal programa de la Fundación el Centro de Desarrollo Infantil (CDI), se modificó el Comité del SGC según ver Anexo B

Las responsabilidades y funciones del comité son:

- Asegurar que el SGC se implemente y se mantenga de acuerdo con los requisitos de la Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012.
- Revisar periódicamente el desempeño del SGC.
- Realizar seguimiento y apoyo a la medición de los indicadores de gestión, proponiendo estrategias de acción para el logro de las metas establecidas.
- Aprobar y gestionar la asignación de los recursos necesarios para el SGC.
- Difundir los resultados de desempeño de los procesos y del SGC.
- Definir los alcances y limitaciones del Sistema de Gestión de Calidad.
- Revisar la Política de Servicio cada año y divulgarla.
- Definir el programa de mejora del Sistema de Gestión de la Calidad cada año.
- Documentar y difundir los documentos del Sistema de Gestión de Calidad de acuerdo con su área de responsabilidad.
- Aprobar y dar seguimiento al manual de calidad y documentación de procesos del instituto.
- Aprobar el plan de auditorías internas anuales.
- Definir acciones correctivas y preventivas.
- Capacitar al personal de su área en cuanto a calidad

#### **5.4 DEFINICIÓN DE REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN Y RESPONSABILIDADES**

Se nombró a la Sra. Rocio Ramos Sierra quien independientemente de sus actividades como Coordinadora del Centro de Desarrollo Infantil “Camino a Belén”, quien asumió la responsabilidad general sobre el Sistema de Gestión de Calidad de la Fundación Visión en Familia, estas responsabilidades quedaron definidas de la siguiente manera:

- Coordinar los trabajos de planeación y seguimiento del desempeño del SGC.

- Rendir informes de avances y seguimiento al SGC ante el Comité de Calidad, y al mismo tiempo las necesidades de mejora.
- Asegurar que se promueva y sensibilice a la comunidad sobre el Sistema de Gestión de Calidad y el cumplimiento de los requisitos de los usuarios.

## **5.5 RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN**

La Dirección (Director ejecutivo) debe asumir su papel de liderazgo dentro del SGC proporcionando evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del SGC, como la mejora continua de su eficacia, para lo cual debe:

- Comunicar la Política de Servicio;
- Asegurar que se establecen los objetivos de Servicio;
- Llevar a cabo las revisiones por la dirección
- Asegurar la disponibilidad de recursos.

## **5.6 ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

El alcance del sistema de Gestión de Calidad de la Fundación Visión en Familia, se definió así: “Diseño y prestación del servicio de los procesos de educación integral, salud y seguridad alimentaria y atención psicosocial, dentro del marco de su responsabilidad comprometidos con el bienestar y aseguramiento de los derechos, necesidades y expectativas de los niños, niñas, adolescentes y familias”.

## **5.7 DEFINICIÓN DE LAS EXCLUSIONES**

Del Sistema de Gestión de Calidad de la Fundación Visión en Familia, con respecto a los requisitos de la Norma Técnica de Empresa ICBF no se hace ninguna exclusión de los requisitos de la misma.

## 5.8 POLÍTICA DE SERVICIO

El establecimiento de la política de servicio es uno de los pasos principales para la implementación del SGC, ya que en ésta queda expresado el compromiso de la Fundación con sus niños, niñas, adolescentes y familias, en el marco de su responsabilidad, y su búsqueda para satisfacer a niños, niñas, adolescentes y familias y partes interesadas.

El Comité de Calidad en común acuerdo desarrolló y estableció la política de servicio de la Fundación Visión en Familia utilizando la herramienta de lluvia de ideas. Para ello se realizó un cuadro comparativo entre los requisitos de la norma y la política establecida, dando cumplimiento al numeral 3.2 de la misma como se muestra en la Tabla No 6 y el resultado obtenido fue:

“La fundación VISIÓN EN FAMILIA en cumplimiento de su misión y actuando conforme a la legislación vigente se encuentra comprometida con satisfacer las necesidades de los niños, niñas y sus familias participantes en cuanto al fortalecimiento de habilidades que favorezcan el desarrollo integral, a través de acciones relacionadas con: nutrición, educación, salud, recreación y organización comunitaria.

Basada en un enfoque de derechos, buscando la eficiencia y eficacia del servicio prestado a través de alianzas estratégicas y procesos de mejoramiento continuo con personal idóneo y calificado”.

En la Tabla 7 se muestra la relación de los requisitos de la Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012 con la Política de Servicio de la Fundación Visión en Familia.

**Tabla 7. Relación de requisitos con la Política de Servicio.**

REQUISITO NTE ICBF 001:2012	ASPECTO DE LA POLÍTICA DE SERVICIO
El compromiso de la organización con sus niños, niñas, adolescentes y familias, en el marco de su responsabilidad, según el Servicio Público de Bienestar Familiar que preste, y su búsqueda para satisfacer a niños, niñas, adolescentes y familias y partes interesadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• se encuentra comprometida con satisfacer las necesidades de los niños, niñas y sus familias participantes en cuanto al fortalecimiento de habilidades que favorezcan el desarrollo integral. A través de acciones relacionadas con: Nutrición, educación, salud, recreación y organización comunitaria.</li> </ul>
El marco general de la actuación de la organización para ofrecer productos y servicios que cumplan con la legislación vigente aplicable y de esta norma de calidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La fundación VISIÓN EN FAMILIA en cumplimiento de su misión y actuando conforme a la legislación vigente.</li> <li>• Basada en un enfoque de derechos, buscando la eficiencia y eficacia del servicio prestado</li> </ul>
La construcción de relaciones con sus partes interesadas (proveedores, ejecutores, unidades de servicio, niños, niñas, adolescentes y familias).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• a través de alianzas estratégicas y procesos de mejoramiento continuo con personal idóneo y calificado.</li> </ul>

La Política de Servicio se dio a conocer a toda la Institución por medio de las reuniones de socialización con el personal y los beneficiarios de los programas.

## 5.9 OBJETIVOS DE SERVICIO

A partir de la definición de la política se despliegan los Objetivos de Servicio con el fin de dar cumplimiento a la misma. Su formulación estuvo a cargo del Comité de Calidad, el cual nuevamente utilizó la herramienta de lluvia de ideas y cuadro comparativo. En la tabla No.8 se detalla la forma en que se relacionan los objetivos con la política de servicio. Estos representan la forma de evidenciar a través de una medición, el nivel de cumplimiento de la política de servicio.

Tabla 8. Relación de la política de servicio con los objetivos de servicio.

Desglose de la Política de Servicio	Objetivos de Servicio
Basada en un enfoque de derechos, buscando la eficiencia y eficacia del servicio prestado.	Lograr altos niveles de satisfacción en los usuarios.
Con personal idóneo y calificado	Mantener personal competente para el desarrollo de las actividades de cada proceso.
La fundación VISIÓN EN FAMILIA en cumplimiento de su misión y actuando conforme a la legislación vigente se encuentra comprometida con satisfacer las necesidades de los niños, niñas y sus familias participantes en cuanto al fortalecimiento de habilidades que favorezcan el desarrollo integral, a través de acciones relacionadas con: Nutrición, educación, salud, recreación y organización comunitaria.	Proporcionar los recursos de infraestructura, financieros, logísticos, humanos y técnicos pertinentes a las necesidades identificadas en los niños y niñas sujeto de atención, en el marco de las responsabilidades establecidas en la relación contractual con el ICBF.
A través de alianzas estratégicas y procesos de mejoramiento continuo.	Mejorar continuamente mediante la aplicación de acciones preventivas y de mejora.

Para evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos de servicio fueron diseñados los siguientes indicadores para medir y seguir el desempeño de éstos como se muestra en la Tabla 9.

Tabla 9. Indicadores objetivos de servicio

OBJETIVO DE SERVICIO	PROCESO	INDICADOR	FÓRMULA	META	PERIODICIDAD	RESPONSABLE	TOMA DE DATOS
Lograr altos niveles de satisfacción en los usuarios.	Educación integral	Encuesta de satisfacción	Porcentaje de satisfacción obtenido según encuesta.	>80%	Semestral	Coordinador Programa.	Encuestas de satisfacción.
Mantener personal competente para el desarrollo de las actividades de cada proceso.	Gestión Administrativa	Evaluación de desempeño	Sumatoria de evaluaciones de desempeño/ Trabajadores evaluados 4*	>80%	Semestral	Coordinador Programa.	Evaluación de desempeño.
Proporcionar los recursos de infraestructura, financieros, logísticos, humanos y técnicos pertinentes a las necesidades identificadas en los niños y niñas sujeto de atención, en el marco de las responsabilidades establecidas en la relación contractual con el ICBF.	Dirección Estratégico.	Cumplimiento de mantenimiento preventivo	Mantenimiento preventivo ejecutado/mantenimiento preventivo programado	>80%	Mensual	Director ejecutivo	Lista de Chequeo.
		Personal necesario	(Personal contratado/personar requerido)*100	100%	Semestral	Director Ejecutivo.	Nómina
Mejorar continuamente mediante la aplicación de acciones preventivas y de mejora.	Gestión de Control y mejora	Eficacia de las acciones	Acciones cerradas eficazmente/ Total acciones tomadas.	>90%	Trimestral	Director Ejecutivo y Coordinador programas.	Matriz de indicadores
		Atención de quejas, reclamos y sugerencias.	Sumatoria de No de quejas y reclamos presentadas por escrito por los usuarios	<0=5	Mensual		
		Desempeño del SGC	No de indicadores que cumplieron con la meta/ No total de indicadores	>80%	Semestral		

## 5.10 ASIGNACIÓN DE RECURSOS

Para llevar a feliz término la implementación del Sistema de Gestión de Calidad se realizó la asignación de una oficina, un computador con el software necesario y todos los implementos y equipo de oficina.

## 5.11 DEFINICIÓN DE LOS PROCESOS DEL SGC

La Fundación contaba con un mapa de procesos, el cual fue sometido a estudio para evaluar si describía las actividades realizadas en ésta. Después de dicha revisión se realizaron unos cambios quedando definidos los procesos de la Fundación.

En la figura 23 se presenta el mapa de procesos de la Fundación:

Figura23. Mapa de procesos de la Fundación Visión en Familia<sup>12</sup>.



<sup>12</sup>El mapa de procesos fue elaborado por la autora del proyecto y aprobado por el Director Ejecutivo.

Finalmente el mapa de procesos quedó estructurado de la siguiente manera:  
 Procesos de Dirección: Buscan el establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesaria, entre otros.

Procesos Misionales: Se identificaron a partir de los programas que desarrolla la fundación.

Procesos de Apoyo: Contribuyen a la administración y provisión de todos los recursos necesarios en todos los procesos.

En la Tabla 10 se describen los procesos con su respectivo líder.

Tabla 10. Descripción procesos y líderes.

PROCESO	OBJETIVO	LIDER DE PROCESO
<b>PROCESOS DE DIRECCIÓN</b>		
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Lograr el establecimiento de políticas, estrategias y objetivos, buscar la disponibilidad de recursos necesarios estableciendo relaciones y comunicaciones con aliados estratégicos actuando siempre en pro de la satisfacción del beneficiario.	DIRECTOR EJECUTIVO
GESTIÓN DE CONTROL Y MEJORA	Brindar asesoría oportuna y permanente a los coordinadores de los programas y hacer acompañamiento a los procesos de la Fundación mediante actividades de seguimiento y control al sistema de gestión de calidad.	DIRECTOR EJECUTIVO
<b>PROCESOS MISIONALES</b>		
ATENCIÓN PSICOSOCIAL	Desarrollar estrategias de educación social, terapéutica y pedagógica a nivel general en el programa entorno comunitario-psicosocial en lo individual, grupal y comunitario con población en situación de desplazamiento y alta vulnerabilidad orientado al fortalecimiento del proyecto de vida.	PROFESIONAL ÁREA PSICOSOCIAL
EDUCACIÓN INTEGRAL	Brindar los servicios integrales de formación académica a niños y niñas en edades de 2 a 5 años, implementando el modelo pedagógico de la Fundación Visión en Familia construido en base a lineamientos	COORDINADORA PROGRAMA

	del ICBF, metodología CAIF y orientación pedagógica de las instituciones que la conforman.	
SALUD Y SEGURIDAD ALIMENTARIA	Brindar los servicios integrales de salud y seguridad alimentaria a la población vulnerable, garantizando una mejora sustancial en la calidad de vida. Atención y formación en temas de salud y nutrición para las familias.	PROFESIONAL ÁREA PSICOSOCIAL
<b>PROCESOS DE APOYO</b>		
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	Realizar las actividades necesarias para la vinculación, permanencia y bienestar laboral del personal vinculado a la institución, Gestión, sistematización y servicio.	COORDINADOR PROGRAMA CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL.
GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE	Diseñar, ejecutar y controlar el presupuesto de la entidad como elemento de acción de todos los planes y programas generados por la entidad.	AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y CONTABLE
GESTIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES A LA COMUNIDAD	Realizar acompañamiento psicosocial, Educación integral, atención a la primera infancia, fomentar una cultura empresarial y brindar servicio de salud y nutrición.	PROFESIONAL ÁREA PSICOSOCIAL

## 5.12 CARACTERIZACIÓN PROCESOS


La caracterización permite entender de forma clara los procesos que conforman la institución. Se describió a detalle, cuáles son las entradas, salidas, recursos y actividades que identifican y generan la identidad y dependencia de cada uno de los procesos.

Esta actividad se realizó para los 8 procesos que comprenden el sistema de Gestión de la Calidad, constó de entrevistas con los líderes y colaboradores que ejecutan las actividades de cada uno de los procesos.

La caracterización de los procesos se puede apreciar en el Anexo E Manual de Calidad Fundación Visión en Familia pag 18.

En la figura 24 se relaciona la estructura que tienen las caracterizaciones realizadas en la fundación.

Figura24. Esquema Caracterización de los procesos

	GESTIÓN DE CONTROL Y MEJORA	Código:
	CARACTERIZACIÓN PROCESO	Versión:
		Fecha
		Página:

GESTIÓN ADMINISTRATIVA				
OBJETIVO				
LIDER DEL PROCESO				
PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
		P		
		H		
		V		
		A		

RESPONSABILIDAD DEL PROCESO	RECURSOS	PROCESOS DE APOYO
DOCUMENTOS/REGISTROS	REQUISITOS NTE ICBF 001-2012	DOCUMENTOS DE REFERENCIA Y SOPORTE
MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO		REQUISITOS LEGALES

### 5.13 INDICADORES DE GESTIÓN

Para el Sistema de Gestión de la Calidad de la Fundación se crearon indicadores que demuestran fluidez y el logro del sistema, éstos ayudan a que los procesos puedan ser medibles, analizando la eficiencia y efectividad de cada uno de ellos, obteniendo resultados para el análisis de mejoras al tomar correcciones en caso de no cumplirse un indicador.

Los indicadores fueron propuestos por los diferentes líderes de los procesos del SGC y con aprobación del representante de la dirección.

En el Anexo Fse muestran todos los indicadores del Sistema de Gestión de Calidad por procesos.

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

En la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad la documentación representa un papel fundamental, de su buena gestión depende en gran medida el éxito del SGC. Mediante esta herramienta se transmite conocimiento y experiencia y se establece la forma de ejecutar las actividades para asegurar el cumplimiento de los requisitos que tenga el servicio (requisitos del usuario, de la Norma, legales y propios de la Fundación).

La metodología usada en la Fundación Visión en Familia inició con una revisión de la documentación existente, evaluando la funcionalidad para cada uno de los procesos y el grado de utilización dado hasta el momento a los documentos. En esta etapa se tuvieron en cuenta los lineamientos establecidos por el ICBF, ya que la Fundación opera los servicios de esta institución pública, así como los requerimientos de la Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012.

Una vez se evaluó con qué documentos contaba la institución y cuáles de éstos requerían modificaciones, mejoras y/o actualizaciones, se procedió a diseñar un plan de trabajo por proceso. Este plan se diseñó de tal manera que dentro de cada proceso existieran los procedimientos necesarios para el desarrollo de sus actividades.

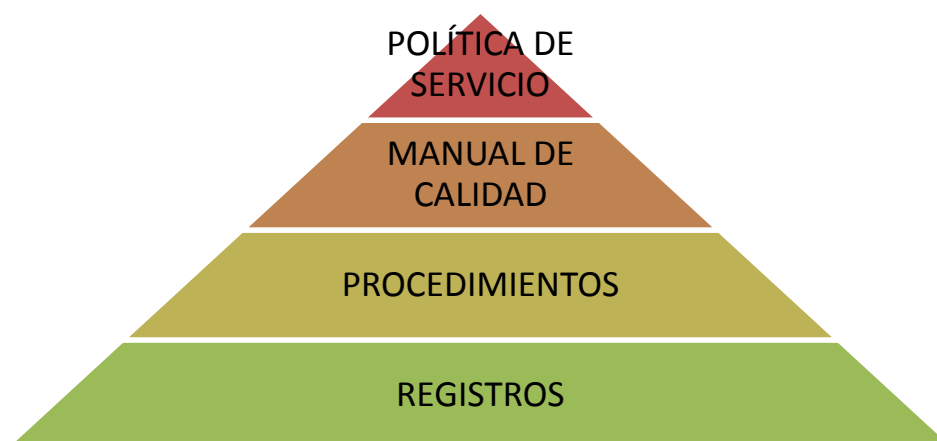
La ejecución del plan de trabajo por procesos se realizó mediante entrevistas a los diferentes líderes, para lograr integrar toda la información necesaria para el diseño de los documentos, teniendo en cuenta los requerimientos de la Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012.

Una vez se tuvieron las propuestas iniciales, éstas pasaron a revisión de los líderes y el Comité de Calidad los cuales realizaron sus aportes y mejoras y/o procedieron a aprobar el procedimiento.

## 6.1 ESTRUCTURA DE LA DOCUMENTACIÓN

El Sistema de Gestión de Calidad para la Fundación Visión en Familia fue desarrollado con base en la estructura mostrada en la Figura 26.

Figura25. Estructura documental Fundación Visión en Familia.



- **Política de Servicio:** Documento que establece el compromiso de la **Fundación Visión en Familia** con sus niños, niñas, adolescentes y familias, en el marco de su responsabilidad, según el Servicio Público de Bienestar Familiar que preste, y su búsqueda para satisfacer a niños, niñas, adolescentes y familias y partes interesadas<sup>13</sup>.
- **Manual de Calidad:** Documento que especifica el Sistema de Gestión de la Calidad de la Fundación Visión en Familia. Incluye el alcance del SGC, detalles y justificación para cualquier exclusión, referencia a los documentos establecidos para el SGC y una descripción de la interacción de los procesos.
- **Procedimientos:** Documentos que describen la forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso, estableciendo el responsable de realizar

---

<sup>13</sup>NTE ICBF 001:2012

cada actividad, los documentos de referencia y cualquier otra consideración que debe figurar por escrito.

- **Registros:** Documentos que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas<sup>14</sup>.
- **Documentación externa:** Documentación generada por entidades diferentes a la empresa.

### 6.1.1 Manual de Funciones.

Para dar cumplimiento al numeral de la Norma 3.4.3 Recursos Humanos se creó “DE-M-002 Manual de funciones” ver Anexo G y “DE-M-003 Manual de Perfiles, habilidades y competencias” .

Para la creación de éstos manuales se realizó una reunión con el Director Ejecutivo de la fundación, donde se expuso la necesidad de la creación de este documento.

A continuación se revisó el organigrama y con base en la distribución jerárquica del mismo se procedió a conocer cada uno de los cargos, para esto se aplicó una metodología basada en entrevistas, en las cuales se pretendía hacer un cuestionamiento 360<sup>0</sup>, involucrando a todos los actores que tuvieran relación con cada uno de los cargos, se realizaron entrevistas así:

- **Empleado que desempeña el cargo:** La metodología buscaba recopilar toda la información referente a responsabilidades con los procesos, actividades, competencias, condiciones de trabajo, riesgos y contribuciones individuales del cargo.

---

<sup>14</sup>ISO 9001

- **Jefe inmediato:** La metodología buscaba recopilar toda la información referente al propósito del cargo, requisitos en formación, experiencia, educación y autoridades del cargo y validar lo dicho por el empleado.
- **Subalterno:** La metodología buscaba recopilar toda la información referente a responsabilidades y autoridades del cargo.

Para el programa del proceso de Educación Integral el Centro de Desarrollo Infantil , se establecieron las funciones con base en los perfiles definidos en el “Manual Técnico Operativo” del ICBF.

Una vez se tuvo la información de cada cargo, se procedió a diseñar el Manual de Funciones y el Manual de perfiles, habilidades y competencias en donde se describen los siguientes aspectos

Identificación del cargo:

- Nombre del cargo.
- Número de Cargos.
- Reporta a (Nombre del Cargo).
- Canal de comunicación.
- Periodicidad Comité directivo.

Objetivo principal

Funciones esenciales:

- Desde el servicio.
- Con el talento humano.
- Con las familias.

En el documento Manual de Perfiles, habilidades y competencias se describen los siguientes aspectos:

- Requisitos de formación
- Experiencia
- Competencias
- Habilidades

Finalmente los manuales fueron puestos bajo la aprobación del Director Ejecutivo de la Fundación, el cual luego de una revisión minuciosa, dio su aval.

### **6.1.2 Manual de Calidad.**

En el manual de Calidad ver Anexo E se busca describir el Sistema de Gestión de Calidad según los requisitos de la Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012 implementado en la Fundación Visión en Familia, indicando:

- Alcance del Sistema de Gestión de Calidad.
- Listado de procedimientos establecidos.
- Descripción de procesos del Sistema de Gestión de Calidad.

Además de los aspectos antes mencionados, en el manual también se pueden encontrar:

- Descripción de la Fundación.
- Política y objetivos de calidad.
- Descripción Comité de Calidad.
- Representante de la dirección.
- Caracterización de los procesos.

Finalmente los manuales fueron puestos bajo la aprobación del Director Ejecutivo de la Fundación, el cual luego de una revisión minuciosa, dio su aval.

Los demás manuales se evidencian en el documento “GCM-F-001 Listado maestro de documentos y registros”.

### **6.1.3 Procedimientos.**

Documento que describe la forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso, estableciendo el responsable de realizar cada actividad, los documentos de referencia y cualquier otra consideración que debe figurar por escrito.

En la Tabla No 11 está el listado de procedimientos que quedaron establecidos en la Fundación Visión en Familia, los cuales se muestran por proceso.

Tabla 11. Listado de procedimientos por procesos.

<b>PROCESOS FUNDACIÓN VISIÓN EN FAMILIA</b>
<b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>
Procedimiento direccionamiento estratégico Procedimiento para el trámite de correspondencia Procedimiento gestión de recursos
<b>PROCESO GESTIÓN DE CONTROL Y MEJORA</b>
Procedimiento elaboración y control de documentos Procedimiento Auditoria Interna Procedimiento Acción Correctiva Procedimiento Acción Preventiva Procedimiento Servicio no conforme
<b>PROCESO ATENCIÓN PSICOSOCIAL</b>
Procedimiento atención consulta psicosocial Procedimiento visitas domiciliarias
<b>PROCESO EDUCACIÓN EDUCACIÓN</b>
Procedimiento de planeación, desarrollo y evaluación de clases Procedimiento inscripción y matrícula usuarios Procedimiento atención de accidentes de trabajo y emergencias Procedimiento salida de los usuarios Procedimiento salidas pedagógicas Procedimiento salida a lugares distantes Procedimiento retiro de niños en horario de servicio Procedimiento ingreso de personas o grupos a la institución Procedimiento en caso de enfermedad usuarios Procedimiento en caso de muerte usuarios Procedimiento en caso de extravío de usuarios Procedimiento en caso de abuso sexual infantil
<b>PROCESO SALUD Y SEGURIDAD ALIMENTARIA</b>
Procedimiento para la elaboración minuta Procedimiento para entrega de bienestarina
<b>PROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA</b>
Procedimiento Selección de personal Procedimiento capacitaciones personal y padres de usuarios Procedimiento para expedición certificados laborales Procedimiento elaboración informes ICBF Procedimiento diligenciamiento y control rejilla(Control de asistencia al programa)
<b>PROCESO GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE</b>
Procedimiento identificación costos Procedimiento elaboración presupuesto Procedimiento compras Procedimiento inventarios Procedimiento mantenimiento elementos planta física
<b>PROCESO DE SERVICIOS INTEGRALES</b>
Procedimiento identificación impactos ambientales Procedimiento para la elaboración minuta Procedimiento para entrega de bienestarina Procedimiento manejo de residuos sólidos Procedimiento control del agua Procedimiento Manejo y fumigación de plagas


## 6.2 CONTROL DE LOS DOCUMENTOS Y REGISTROS.

Para llevar el control de los documentos en la Fundación Visión en Familia, se realizó el GCM-P-001 Procedimiento para la elaboración y control de documentos y registros, donde se definen los parámetros para la elaboración, aprobación, revisión y actualización, manejo de versiones, legibilidad e identificación, anulación y control de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad. Descritos a continuación:

**Elaboración o actualización:** De acuerdo con la necesidad del proceso, se elabora o revisa y actualiza el documento respectivo. El contenido del documento es desarrollado siguiendo los lineamientos del documento “GCM-I-001 Instructivo para la elaboración de Documentos” ver Anexo H.

**Identificar y controlar los documentos internos y externos:** La identificación de los documentos es responsabilidad del Coordinador del SGC. Los documentos internos se identifican mediante un encabezado como el mostrado en la Figura 26, la cual contiene el logo de la empresa, nombre del proceso, nombre del documento, código, versión, fecha de aprobación y paginación.

Figura26. Encabezado documentos

	NOMBRE DEL PROCESO	Código:
	TIPO DE DOCUMENTO	Versión:
		Fecha
		Página:

El código del documento consta de tres partes, separadas con un guión. La primera parte del código conta de letra(s) mayúsculas que identifican el tipo de documento, como se muestra en la Tabla 12.

Tabla 12. Interpretación del tipo de documento

X	Descripción
M	Manual
P	Procedimiento
I	Instructivo
F	Formato
R	Reglamento
PL	Plan

Seguido de las letras que identifican el documento, se escribe la sigla del proceso al cual pertenece el documento como muestra en la tabla 13.

Tabla 13. Interpretación proceso

YYY	Proceso
DE	Direccionamiento Estratégico
GCM	Gestión de Control y Mejora
APS	Atención Psicosocial
EI	Educación Integral
SSA	Salud y Seguridad Alimentaria
GA	Gestión Administrativa
GFC	Gestión financiera y contable
SI	Servicios Integrales

**Aprobación:** Una vez el documento ha sido elaborado o actualizado, se revisa y aprueba para que el contenido de los documentos sea coherente y consistente con la realidad y adecuado con las necesidades de la empresa; además se pueda asegurar su legibilidad, claridad y que es apropiado para el SGC.

**Identificación de los cambios:** Se describen los cambios en los documentos en la tabla No. 14 “control de cambios”. Los formatos no cuentan con ese campo.

Tabla 14. Tabla control de cambios.

CONTROL DE DOCUMENTOS			
Versión	Fecha	Cambio realizado	Motivo del cambio

**Anulación de documentos:** Para la anulación de documentos las personas responsables de procesos en el momento en que identifiquen la necesidad de

eliminar un documento comunicarán esta solicitud al Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad, para que éste elimine el documento del “GCM-F-001 Listado maestro de documentos y registros”.

**Identificar los registros:** Además de los registros exigidos por el Sistema de Gestión de Calidad, cada líder de proceso define cuáles son los registros necesarios para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la prestación del servicio eficaz<sup>15</sup>. Dichos registros se plasman en el “GCM-F-001 Listado maestro de documentos y registros”.

**Almacenar y proteger los registros:** Los registros tienen una importancia primordial ya que representan la evidencia de la realización de actividades, por esto su control y cuidado debe ser estricto y seguir los requisitos de la Norma.

Los registros se pueden almacenar en medio digital o físico, los de medio digital se almacenan en el computador de la oficina principal de la fundación y en el computador principal de la unidad de servicio al que tienen acceso todo el personal que labora allí. Los de medio físico se mantienen en el archivo central de la unidad de servicio en las condiciones apropiadas para evitar su deterioro.

**Retener y disponer los registros:** El tiempo de retención y la disposición de los registros se encuentra en el “GCM-F-001 Listado maestro de documentos y registros”. La destrucción del mismo debe estar autorizada por el líder del proceso y el representante por la dirección del Comité de Gestión de Calidad.

**Mantener los documentos y registros legibles, identificables y verificables:** Los documentos y registros deben ser claros y legibles no pueden contener tachaduras ni enmendaduras.

---

<sup>15</sup>Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012

## 7. IMPLEMENTACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Terminadas las etapas de planificación y documentación del SGC, se dio inicio a la etapa de implementación, la cual fue liderada por la autora del proyecto; ésta consistió en la puesta en marcha de cada uno de los documentos levantados.

Antes de realizar la implementación fue necesario desarrollar jornadas de socialización, capacitación y sensibilización, brindando apoyo en el manejo y análisis de los procedimientos documentados.

Se realizó acompañamiento por parte del Comité de Calidad, para verificar el cumplimiento de los procedimientos y el diligenciamiento de los formatos, identificando las no conformidades.

### 7.1 ESTRATEGIAS DE DIFUSIÓN Y PUBLICACIÓN DEL SGC

Se crearon estrategias de difusión y publicación con el objetivo de socializar todos los niveles del SGC.

La fundación implementó las siguientes estrategias:

- **Correo Electrónico:** Se enviaron correos electrónicos a todas las personas que laboraban en la fundación, también se envió la información al correo institucional : [visiónenfamilia@hotmail.com](mailto:visiónenfamilia@hotmail.com)
- **Folletos y/o plegables:** Se realizaron folletos que contenían la información básica del SGC, los cuales fueron distribuidos al interior de la institución y a los padres de los beneficiarios del programa Centro de Desarrollo Infantil ver Anexo No I.

- **Cartelera:** En la cartelera principal de la unidad de servicio se colocó la información del Sistema de Gestión de calidad. Adicional en cada aula de clase se realizaron pequeños carteles con la siguiente información: Misión, Visión, Política de servicio y objetivos de servicio.
- **Reuniones:** Se realizaron diferentes reuniones, algunas generales con todo el personal de la fundación y otras por área de trabajo, en donde se expuso toda la información del Sistema de gestión de Calidad y se resolvieron las dudas e inquietudes sobre el mismo.

## 7.2 SOCIABILIZACIÓN DE DOCUMENTOS

Se socializaron los documentos de cada proceso, por medio de reuniones con cada uno de los líderes y charlas con todo el personal de la Fundación , con el objetivo de capacitar y orientar sobre el debido uso y diligenciamiento de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad.

Estas socializaciones se realizaron dentro de la unidad de servicio el Centro de Atención Integral a la Familia “Camino a Belén”, en diferentes horarios y espacios para no afectar el desarrollo de las actividades de los trabajadores como se evidencia en la Figura 27.

Figura27. Sociabilización personal programa Centro de Desarrollo Infantil “Camino a Belén”



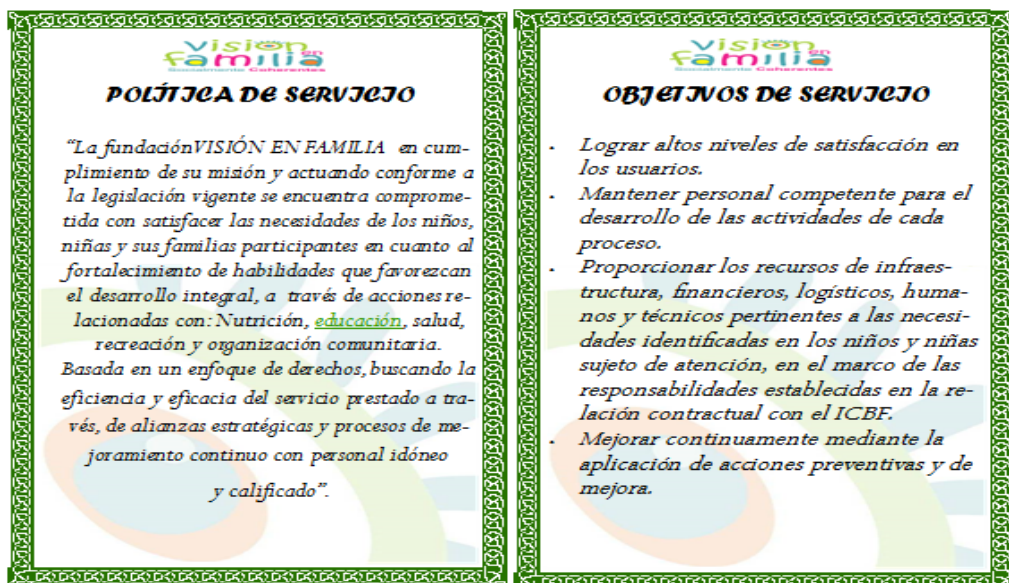


## 7.2 SOCIABILIZACIÓN DE LAS DIRECTRICES DEL SGC

Antes de iniciar la implementación del SGC se realizó una jornada donde estuvo presente todo el personal de la fundación y se dio a conocer el alcance del Sistema de Gestión de Calidad, la misión, visión, política de servicio y objetivos de servicio.

Se repartieron volantes a los padres de los usuarios del programa “Centro de Desarrollo infantil” y se publicó en la cartelera principal de la unidad de servicio como se muestra en la Figura 28 la política de servicio y los objetivos de servicio, cumpliendo de esta manera con el numeral 3.2 POLÍTICA DE SERVICIO de la NTE ICBF 001:2012

Figura28. Publicación política y objetivos de servicio



### **7.3 SOCIABILIZACIÓN PROGRAMAS AMBIENTALES**

Para dar cumplimiento al numeral 3.8. GESTIÓN AMBIENTAL la Fundación Visión en Familia identificó aquellos aspectos ambientales que tienen impacto sobre el medio ambiente y que debe controlar bajo el formato “GI-F-005 identificación y evaluación de aspectos ambientales”, al igual que los requisitos legales “GI-F-006 registro y seguimiento de requisitos legales”.

Con el objetivo de reducir los impactos ambientales identificados y desarrollar al interior del Centro de Desarrollo Infantil una cultura institucional comprometida con la protección del medio ambiente a través de la concientización y promoción activa se crearon estrategias para el uso racional de los recursos.

Se diseñó y socializó con todos los usuarios del programa un proyecto de reciclaje promovido desde la dirección.

Para lograr captar la atención y el compromiso de la comunidad se hizo una reunión con los padres de los usuarios del programa Centro de Atención Infantil y se repartieron folletos como se evidencia en la Figura 29 invitando a crear una conciencia ecológica por medio del reciclaje, también se realizaron jornadas de limpieza como se evidencia en la Figura 30 ya que el lugar en donde está ubicada la unidad de servicio no cuenta con el servicio de aseo en los exteriores.

Todas las campañas y acciones realizadas en la unidad de servicio contaron con el apoyo y seguimiento de la dirección de la fundación.

Figura29. Folleto campaña reciclaje:

<p><b>Sabias que...</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Por cada tonelada de papel que se recicla se salvan 18 árboles.</li> <li>➤ Disminuye el consumo de agua en un 85%.</li> <li>➤ <b>Ayuda a sostener el ambiente para generaciones futuras.</b></li> <li>➤ Si redclamos le damos tiempo al planeta para reforestarse</li> </ul>	<p><b>POR ESO NECESITAMOS DE TU AYUDA !!</b></p>  <p>La FUNDACIÓN VISIÓN EN FAMILIA ha iniciado su campaña de reciclaje y TÚ eres parte primordial para que esta se lleve a cabo.</p> <p>Contribuye trayendo diariamente desde tu casa a nuestro CDI, hojas de papel, cartón, bolsas plásticas, periódico, revistas y botellas plásticas transparentes.</p>	<p><b>¿Qué Reciclamos?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ARCHIVO → Hojas de Papel, Cuadernos, etc</li> <li>Botellas plásticas transparentes</li> <li>Cartón</li> <li>Bolsas Plásticas</li> <li>Periódico, libros viejos, Directorios Revistas...</li> </ul>
<p><b>Reciclando en la Fundación Visión en Familia...</b></p> <p>Contribuimos con el medio ambiente</p> <p>↓</p> <p><b>! Contribuimos con la ampliación de espacios y mejora para el CDI !</b></p> 	 <p><b>Dirección</b></p> <p>Calle 6N # 4-40 BRR JUNIN IV Piedecuesta - Santander, Tel: 6788775, Celular: 318-8067860</p> 	<p><b>Campaña de Reciclaje "Reciclar para mejorar"</b></p>  <p><b>"UNIDOS CONSTRUYENDO UNA MEJOR SOCIEDAD"</b></p> 

Figura30. Jornada de limpieza



## **7.4 EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO**

Uno de los aspectos a evaluar más importantes en un Sistema de Gestión de la Calidad es la satisfacción de los usuarios, ya que representa el objetivo principal de un SGC, cumpliendo con los lineamientos establecidos por el ICBF la fundación realiza seguimiento a la información relativa a la percepción de los usuarios (Evaluación del nivel de satisfacción), ésta se realiza cada seis meses.

Dentro de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad se creó la encuesta de satisfacción ver anexo J y el procedimiento para la aplicación de la encuesta de satisfacción ver anexo K la cual fue aplicada a los padres de los usuarios del programa Centro de Desarrollo Infantil.

De los resultados obtenidos se hizo seguimiento y análisis con el fin de establecer acciones correctivas, preventivas y/o de mejora para incrementar la calidad del servicio.

Se realizó la encuesta de satisfacción después de un avance en el desarrollo del SGC.

Del programa se evaluó el servicio por los siguientes componentes y sus respectivos ítems:

### **COMPONENTE PEDAGÓGICO:**

- Proyecto pedagógico utilizado por la institución
- Las metodologías empleadas en el proceso de enseñanza – aprendizaje
- Los recursos didácticos y tecnológicos con los que cuenta el CDI
- El proceso de comunicación de avances y dificultades del beneficiario
- Desempeño de las agentes educativas de la institución
- La relación agente educativa con el niño(a).

### **FAMILIA, REDES-NUTRICIÓN Y SALUD:**

- Alimentación ofrecida a los beneficiarios (minuta)
- Seguimiento al estado nutricional y salud de los beneficiarios
- Formación y capacitación a la familia en temas relacionados con salud y nutrición

- Alianzas y convenios con otras instituciones que apoyan la infancia y la familia.
- La participación del las familias en los diferentes procesos institucionales
- La atención brindada a los beneficiarios ante las problemáticas familiares
- El proceso de fortalecimiento en valores que desarrolla la institución
- El proceso formación y capacitación de padres de familia y/o acudientes

#### **ADMINISTRATIVA:**

- El proceso institucional de administración de los recursos financieros
- La planta física institucional
- El proceso de mejora y mantenimiento de la planta física institucional
- Las condiciones de seguridad y protección dentro del plantel educativo
- El trato recibido por los diferentes colaboradores de la institución
- El nivel de capacitación del personal de la Institución
- El proceso de atención y solución de quejas y reclamos

En la Tabla 15 se muestran las calificaciones a los anteriores criterios por componente:

Tabla 15. Nivel de satisfacción usuarios.

NIVEL DE SATISFACCIÓN
Satisfecho
Medianamente satisfecho
Insatisfecho

#### **7.4.1 Resultados encuesta de satisfacción.**

Una vez realizada la encuesta de satisfacción, se tabularon los resultados y se realizó el análisis por cada uno de los componentes.

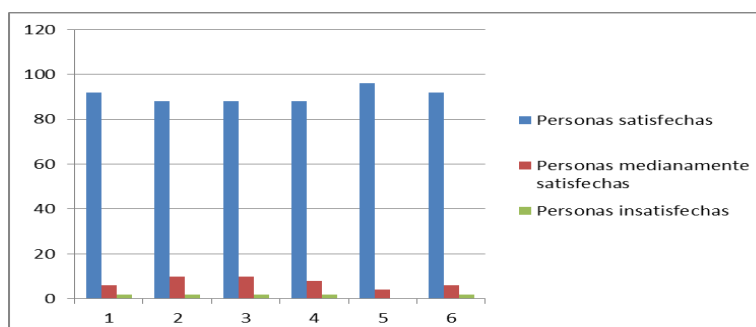
- **Componente Pedagógico.**

El componente comunitario obtuvo los resultados que se encuentran en la Tabla 16, y la figura 31.

Tabla 16. Resultado encuesta de satisfacción Componente Académico.

COMPONENTE PEDAGOGICO	CRITERIOS	Personas satisfechas (%)	Personas medianamente satisfechas (%)	Personas insatisfechas (%)
	1. Proyecto pedagógico utilizado por la institución	92	6	2
	2. Las metodologías empleadas en el proceso de enseñanza - aprendizaje	88	10	2
	3. Los recursos didácticos y tecnológicos con los que cuenta el CDI	88	10	2
	4. El proceso de comunicación de avances y dificultades del beneficiario	88	8	2
	5. Desempeño de las agentes educativas de la institución	96	4	0
	6. La relación agente educativa con el niño(a)	92	6	2

Figura31. Resultados de satisfacción, componente pedagógico



Según los resultados obtenidos, se puede concluir que para este componente todos los aspectos a evaluar superan la meta de 80% de satisfacción por parte de los padres de los usuarios, esto quiere decir que se encuentran satisfechos con la educación y metodología utilizada por el programa Centro de Desarrollo Infantil “Camino a Belén”.

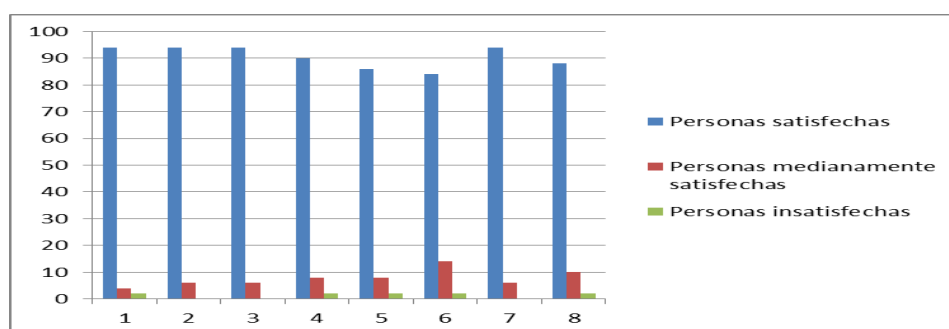
- **Componente Familia- Redes, nutrición y salud.**

El componente Familia-redes, nutrición y salud obtuvo los resultados que se encuentran en la Tabla 17 y la figura 32.

Tabla 17. Resultados encuesta de satisfacción componente familia-redes, nutrición y salud.

FAMILIA, REDES - NUTRICION Y SALUD	CRITERIO	Personas satisfechas (%)	Personas medianamente satisfechas (%)	Personas insatisfechas (%)
	1. Alimentación ofrecida a los beneficiarios (minuta)	94	4	2
	2. Seguimiento al estado nutricional y salud de los beneficiarios	94	6	0
	3. Formación y capacitación a la familia en temas relacionados con salud y nutrición	94	6	0
	4. Alianzas y convenios con otras instituciones que apoyan la infancia y la familia.	90	8	2
	5. La participación del las familias en los diferentes procesos institucionales	86	8	2
	6. La atención brindada a los beneficiarios ante las problemáticas familiares	84	14	2
	7. El proceso de fortalecimiento en valores que desarrolla la institución	94	6	0
	8. El proceso formación y capacitación de padres de familia y/o acudientes	88	10	2

Figura32. Resultados encuesta de satisfacción componente familia-redes, nutrición y salud.



Según los resultados obtenidos, se puede concluir que para el componente familia-redes, nutrición y salud, todos los aspectos a evaluar superan la meta de satisfacción esperada.

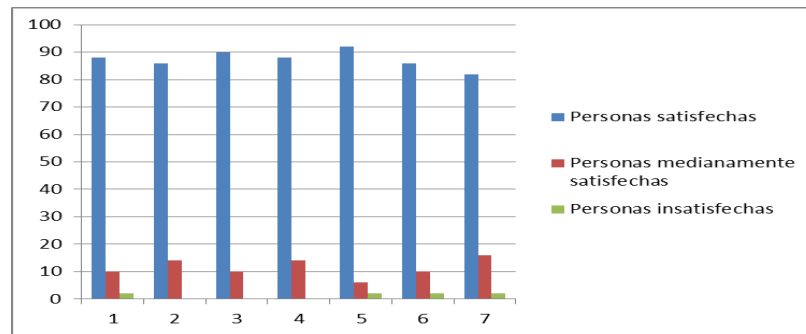
- **Componente administrativo**

El componente administrativo obtuvo los resultados que se encuentran en la Tabla 18 y en la figura 33.

Tabla 18. Resultados encuesta de satisfacción componente Administrativo.

	<b>CRITERIO</b>	<b>Personas satisfechas (%)</b>	<b>Personas medianamente satisfechas (%)</b>	<b>Personas insatisfechas (%)</b>
<b>ADMINISTRATIVA</b>	1. El proceso institucional de administración de los recursos financieros	88	10	2
	2. La planta física institucional (espacio con el que cuenta la fundación para el desarrollo de sus actividades operativas y administrativas).	86	14	0
	3. El proceso de mejora y mantenimiento de la planta física institucional	90	10	0
	4. Las condiciones de seguridad y protección dentro del plantel.	88	14	0
	5. El trato recibido por los diferentes colaboradores de la institución	92	6	2
	6. El nivel de capacitación del personal de la Institución	86	10	2
	7. El proceso de atención y solución de quejas y reclamos	82	16	2

Figura33. Resultados encuesta de satisfacción componente Administrativo.



Según los resultados obtenidos, se puede concluir que para el componente administrativo el porcentaje de satisfacción es aceptable. En el criterio No 7. “Proceso de atención y solución de quejas y reclamos” se obtuvo un 82% de satisfacción aunque es aceptable se requiere tomar las medidas respectivas para aumentar el nivel de aceptación de este criterio.

#### 7.4.2 Conclusiones generales encuesta de satisfacción.

Aunque los resultados fueron satisfactorios ( como parte de la mejora continua del SGC), la fundación Visión en Familia definió algunas acciones para continuar mejorando en el programa actual y reglejar los resultados en los programas que se van a desarrollar en un futuro.

#### 7.5 RESULTADOS IMPLEMENTACIÓN PROCEDIMIENTOS

La implementación de los procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad, se dio seguida a la elaboración de cada uno de los documentos, por lo que se buscó que a medida que éstos eran socializados y aprobados por el Comité de Calidad y líderes de procesos, se realizaran las socializaciones con el personal involucrado.

## **7.6 RESULTADOS INDICADORES**

Para realizar seguimiento, medición y análisis de los procesos se establecieron indicadores de gestión en la Tabla 19 se muestran los resultados obtenidos en su primera medición para cada uno de los procesos:

Tabla 19. Resultados indicadores

PROCESO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	RESULTADO	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	META	ANÁLISIS
DIRECCIONAMIENTO O ESTRATÉGICO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE METAS	(No de metas logradas/ No de metas establecidas)*100	100%	ANUAL	100%	A 15 de Noviembre de 2014 se cumplió con todas las metas propuestas para el segundo semestre del año.
GESTIÓN DE CONTROL Y MEJORA	NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS	Calificación encuesta de satisfacción.	90%	SEMESTRAL	100%	Este indicador demuestra que los usuarios se encuentran en un alto grado de satisfacción
	DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	(No de indicadores que cumplieron con la meta/ No de indicadores total)*100	100%	SEMESTRAL	100%	La auditoría programada para los días 3,4,5 y 6 de noviembre se realizó en su totalidad.
ATENCIÓN PSICOSOCIAL	ÍNDICE DE FORMACIÓN A FAMILIAS	(Nº familias atendidas/Total familias citadas)*100	63.23%	MENSUAL	100%	A 15 de Noviembre se atendieron un total de 129 familias de 204 que actualmente participan el programa CDI, ya que muchas no asistieron a las citas programadas.
	ÍNDICE DE CASOS ESPECIALES ATENDIDOS	(Nº de personas atendidas/Número de beneficiarios)*100	20.58%	BIMENSUAL	20%	A 15 de noviembre se atendieron un total de 42 casos especiales, el porcentaje sobrepasó la meta esperada, ya que el objetivo era disminuir estos casos con múltiples estrategias enfocadas a la orientación psicosocial.
EDUCACIÓN INTEGRAL	ÍNDICE DE DESERCIÓN DE BENEFICIARIOS	(Nº beneficiarios desertores/Nº total de estudiantes)*100	0.9803%	ANUAL	5%	Durante el año solo fueron retirados dos niños del programa CDI.
	ÍNDICE DE CUMPLIMIENTO AL PLAN	(Número de actividades ejecutadas programadas/Numero	100%	ANUAL	100%	Se cumplieron todas las actividades pedagógicas programadas.

	PEDAGÓGICO	de actividades programadas)*100				
SALUD Y SEGURIDAD ALIMENTARIA	ÍNDICE DE FORMACIÓN A FAMILIAS EN TEMAS DE SALUD Y NUTRICIÓN	(Número de familias atendidas/Total de familias citadas)*100	92.5%	MENSUAL	100%	Se realizaron jornadas de capacitación a los padres de los usuarios las cuales tuvieron gran acogida y un alto número de participación.
	ÍNDICE DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN EN CASOS ESPECIALES	(Número de personas atendidas/Número de usuarios programa CDI)*100	2.94%	MENSUAL	20%	Se atendieron un total de 6 casos especiales por temas relacionados con nutrición y salud de los usuarios.
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE CAPACITACIÓN	(Actividades cumplidas/ Actividades programadas)*100	100%	SEMESTRAL	100%	Se realizaron todas las capacitaciones programadas en el POAI.
	ÍNDICE DE SATISFACCIÓN LABORAL	(Trabajadores satisfechos/Total evaluados)*100	90%	ANUAL	100%	Este indicador demuestra que el personal que trabaja en la fundación se encuentra satisfecho con las condiciones laborales y recursos designados para el desempeño de su trabajo.
GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE	ÍNDICE DE CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO	(Presupuesto ejecutado(ingresos y egresos)/presupuesto planeado(ingresos y egresos))*100	100%	SEMESTRAL	100%	Según informe financiero todo el presupuesto planeado se a ejecutado en las fechas estipuladas.
	NIVEL DE DESEMPEÑO DE PROVEEDORES	(Número de proveedores que alcanzan la meta de evaluación/Número de proveedores)*100	—	Semestral	100%	Este indicador no ha sido medido ya que hasta el 15 de Noviembre no se han seleccionado todos los proveedores según el procedimiento establecido.
GESTIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES	ÍNDICE DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES	(Actividades cumplidas/ Actividades programadas)*100	100%	Semestral	100%	Se cumplieron todas las actividades programadas.

## **8. SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN**

Para poder iniciar el proceso de implementación del Sistema de Gestión de Calidad, trabajadores de la fundación (en todos los niveles) necesitaban conocer y entender los requisitos que se manejaban dentro de la Norma, con el fin de lograr su objetivo y eficacia de su cumplimiento.

A lo largo del proyecto y según cronograma establecido, se realizaron jornadas de capacitación y sensibilización sobre la implementación del SGC, su importancia y la responsabilidad de cada persona para el éxito de la misma, dando a conocer las generalidades y sus beneficios con el fin de involucrarlos e incentivarlos a su implementación.

La metodología que se utilizó para el desarrollo de las capacitaciones incluyó charlas, presentaciones y folletos para toda la comunidad.

### **8.1 PANORAMA INICIAL**

Dentro de la primera reunión que se desarrolló con el personal de la fundación se reflejó el desconocimiento que existía sobre la norma y el SGC, los empleados pensaban que implementar un SGC sólo se podía realizar en empresas comercializadoras o de manufactura, tenían el concepto que era un proceso difícil y tedioso en el que les aumentaría en gran manera su trabajo, y que además tardaría mucho tiempo su implementación.

Por ser una norma relativamente nueva ninguno tenía conocimiento de la misma y se mostraron sorprendidos por su contenido y fácil comprensión de sus requisitos.

## **8.2 ESTRATEGIAS DE SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN**

Se tuvieron en cuenta algunos aspectos para lograr una mayor eficacia en las capacitaciones y sensibilizaciones, tales como:

- Todas las jornadas fueron realizadas en horas intermedias al horario laboral diario, el propósito de esto, era encontrar al personal animado y no cansado.
- Todas las conferencias y presentaciones se realizaron de forma animada, con pausas y material didáctico.
- Al final de cada charla se realizaban una serie de preguntas con incentivos para las personas que contestaran la mayoría de ellas.
- Durante el desarrollo de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad se abrió un espacio el día viernes, para resolver las dudas e inquietudes con la persona a cargo del proyecto.
- El trabajo se realizó por áreas por la diferencia de horarios que existen entre ellas.

## **8.3 DISEÑO DE CONTENIDO DE LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN**

El diseño de las jornadas de capacitación y sensibilización se basó en el panorama inicial que se tuvo del SGC dentro de la fundación y de los demás temas que el Comité de Calidad solicitó profundizar, los cuales veían necesarios al presentar vacíos en los conceptos.

Se realizaron jornadas que permitieran avanzar en cada una de las diferentes etapas del SGC.

Para la primera etapa de la sensibilización se buscaba que el personal conociera de los beneficios del sistema, la segunda etapa, de documentación,

daba como resultado el desarrollo de los documentos relacionados con el SGC, y para la última etapa, de implementación, tenía como objetivo desplegar la documentación haciéndola eficaz al sistema.

En la Tabla 20. Contenido de las jornadas de capacitación y sensibilización, se muestran los temas planeados, teniendo en cuenta que se llevaría a cabo a lo largo de cada etapa del SGC. Cada jornada fue programada por la autora del proyecto y liderada por los responsable de los procesos.

La primera charla realizada trató temas como generalidades de la norma y definición del SGC, ver Anexo L.

Tabla 20. Contenido de las Jornadas de Capacitación

ETAPA	TEMAS	OBJETIVO	FECHA	DURACIÓN (hora)		NÚMERO DE PARTICIPANTES
				Inicio	Fin	
Sensibilización	Contenido Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012. Generalidades Sistema de Gestión de Calidad.	Conocer los requisitos de la norma. Conocer qué es un SGC.	Mayo 14 de 2014	4:00pm	5:15 pm	21
	Alcance del SGC Política de Servicio Objetivos de servicio	Conocer las directrices del SGC propias de la institución	Junio 19 de 2014	4:00pm	5:00pm	24
	Responsabilidad de la Dirección	Concientizar sobre la importancia de la dirección para la implementación del SGC.	Junio 19 de 2014	10:00am	10:40am	6
Documentación	Indicadores de gestión de los procesos	Capacitar al personal sobre la importancia de la medición de los indicadores de gestión	Septiembre 26 de 2014	4:00pm	5:00pm	26
	Socialización de los documentos del SGC.	Presentar en forma general la documentación del sistema y la metodología para realizar el despliegue de dicha información.	Octubre 03 de 2014	2:00pm	2:30pm	8
	Jornadas de	Capacitar al	Se llevaron a cabo a partir	4:00pm	4:45pm	26

	seguimiento (revisión documental, diligenciamiento y manejo de formatos)	personal sobre el correcto diligenciamiento y puesta en marcha de la documentación del SGC.	del 06 de octubre hasta 31 de octubre de 2014.			
Implementación	Capacitación Mejora Continua; acciones correctivas, preventivas y mejora.	Concientizar al personal de la importancia y compromiso de cada uno en el cumplimiento de este procedimiento.	Octubre 10 de 2014	4:00pm	5:00pm	17
	Auditoría Interna	Dar a conocer al personal la finalidad de las auditorías de calidad y del valor que generan al permitir evaluar su implementación. Dar a conocer los requisitos para ser auditor y presentar el auditor interno escogido por el comité.	Octubre 10 de 2014	4:00pm	5:00pm	25

#### **8.4 DESARROLLO DE LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN**

Las jornadas de capacitación y sensibilización se llevaron según las fechas que fueron mencionadas en el anterior numeral, se hizo necesario contar con equipos de trabajo liderados por el responsable de cada proceso para cumplir con el objetivo de la capacitación, ya que se manejaban diferentes horarios de trabajo.

Dentro de las jornadas de sensibilización y capacitación se dio lugar a la participación de los beneficiarios de los programas de la fundación como se muestra en la Figura 34, los cuales fueron informados de el proceso de implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

Figura34. Jornada Capacitación Sistema de Gestión de Calidad para los beneficiarios programas.



#### **8.5 RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN**

Después de las jornadas de capacitación y sensibilización, basados en la evaluación hecha según formato GA-F-009 ver Anexo M, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Se logró sensibilizar a todo el personal y a los beneficiarios de los programas y fomentar en ellos un compromiso y aceptación ante los cambios que representaba dicha implementación.
- Los empleados visualizaron de forma adecuada la política y objetivos de calidad, entendiendo su alineación con la visión y misión.
- Se fortaleció el trabajo en equipo y la comunicación en el desarrollo de las actividades realizadas.
- Se reflejó la implementación de la documentación del SGC.
- Se crearon acciones correctivas, preventivas y de mejora en los procesos, evidenciando la mejora continua de éstos.

## 9 EVALUACIÓN

Al terminar la fase de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en la Fundación Visión en Familia, se programó la realización de dos auditorías internas de calidad.

### 9.1 PRIMERA AUDITORÍA INTERNA

Para este proyecto se programó la ejecución de las auditorías internas, con base en los resultados obtenidos y el informe generado en esta primera auditoría se diseñó un plan de mejora para eliminar las causas de las no conformidades, así mismo se registraron las acciones correctivas y preventivas sugeridas por la auditora.

El primer paso para la realización de las auditorías internas fue elaborar el GCM-P-002 procedimiento de auditoría interna ver Anexo N.

#### 9.1.1 Planificación de la auditoría.

La primera auditoría interna realizada en la Fundación Visión en Familia tuvo como objetivo al igual que la segunda conocer el estado del Sistema de Gestión de Calidad en la fundación, es decir el grado de cumplimiento de la fundación respecto a la NTE ICBF 001:2012.

La programación de las auditorías internas de todos los procesos realizadas al menos una vez por año, se realiza en consenso con el comité de calidad mediante el formato “GCM-F-002 Programa de auditorías interna”. La primera auditoría estuvo a cargo de la profesional Claudia Stella Otero los días 3,4,5 y 6 de noviembre.

Para esta auditoría se diligenció el formato GCM-F-003 Plan de auditoría interna ver Anexo O, donde se establece el horario en el cual se auditaron uno a uno los procesos del SGC.

### 9.1.2 Resultados de auditoría.

La reunión de cierre de la primera auditoría se realizó el día 6 de Noviembre de 2014 a las 4:00PM, en la cual la auditora expuso los hallazgos en forma general para indicar a los líderes de procesos un resumen de lo encontrado en cada uno de los procesos. El informe de auditoría con todos los detalles fue diligenciado en el formato GCM-F-004 Informe auditoria interna, relacionado en el anexo P. en la Tabla 21 se presenta un compilado de lo presentado en el informe total:

**Tabla 21.** Informe primera auditoría interna.

INFORME DE AUDITORÍA	
<b>FORTALEZAS</b>	
1.	El Director ejecutivo líder del proceso direccionamiento estratégico, conoce con claridad los procesos que forman parte de la fundación y adquirió un gran compromiso con la implementación del SGC.
2.	La profesional a cargo del proceso educación integral tiene mucha experiencia trabajando en programas del Bienestar Familiar lo que le permite desempeñarse correctamente como líder del programa CDI.
3.	Se está realizando la planeación de las actividades pedagógicas por cada semana, mejorando la calidad del servicio prestado.
4.	La auxiliar administrativa líder del proceso gestión financiera y contable, es la encargada realizar el presupuesto y ejecutar el dinero en el tiempo respectivo, ha implementado de manera correcta los procedimientos correspondientes a su proceso.
5.	La profesional encargada del proceso gestión de servicios integrales adelantó de forma correcta acciones para mitigar los impactos ambientales.
6.	Se socializó con todo el personal el manual de funciones y se diligenció el respectivo registro.
<b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>	
1.	Reforzar la divulgación de la política y objetivos de servicio.
2.	Revisión y apropiación de cada uno de los indicadores de gestión por parte de los líderes de procesos.
3.	Reforzar conceptos básicos del SGC a todos los líderes de los procesos.
4.	Reforzar la socialización de los documentos del SGC especialmente el correcto diligenciamiento de los formatos.
<b>NO CONFORMIDADES<sup>16</sup></b>	

<sup>16</sup>La redacción del informe fue elaborada por la auditora encargada.

1.	Falta de compromiso en el correcto diligenciamiento de los formatos.
2.	Ausencia en las capacitaciones evidencia registro de capacitaciones.
3.	Falta de calibración en la báscula, nunca se ha realizado alguna.
<b>OBSERVACIONES</b>	
1.	Es necesario actualizar el Plan Operativo de Atención Integral ya que es vital para el funcionamiento del programa que se desarrolla dentro del proceso de educación integral.
2.	Con el fin de aumentar la cobertura del proceso de salud y seguridad alimentaria es recomendable ampliar el número de beneficiarios para que no esté limitado al programa que se desarrolla actualmente en la fundación.

### 9.1.3 Estrategias de mejora.

Dada la necesidad de establecer acciones correctivas, preventivas y/o de mejora se inició la implementación del procedimiento “GCM-P-004 Procedimiento acción correctiva” ver Anexo Q y el procedimiento “GCM-P-005 Procedimiento acción preventiva” ver anexo R, en la tabla No 23 se muestran los planes de mejora, en los cuales se tratarán las no conformidades y oportunidades de mejora encontradas en la empresa. La fuente para la elaboración de este plan de mejora es GCM-F-004 informe final de auditoría interna ver Tabla 22.

Tabla 22. Planes de mejora.

FECHA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
10/11/14	Divulgación informe de auditoría. Socialización conceptos básicos del SGC. Socialización y aprobación de los indicadores de gestión.	Practicante en calidad
14/11/14	Refuerzo capacitación uso correcto de los formatos e importancia de la asistencia a todas las reuniones programadas.	Practicante de Calidad
18/11/14	Entrega de la nueva báscula y realización de calendario para realizar las calibraciones.	Lider proceso salud y seguridad alimentaria.
18/11/14	Entrega de formatos de acciones correctivas y preventivas	Líderes de procesos
20/11/2014	Revisión por la dirección	Director Ejecutivo

### 9.1.4 Revisión por la dirección.

El 20 de Noviembre de 2014 tuvo lugar la revisión por la dirección, la cual se desarrolló según lo estipulado en el procedimiento GCM-P-006 Revisión por la

dirección y quedó plasmada en el formato GCM-F-010 Resultados de la revisión por la dirección ver Anexo S.

## **9.2 SEGUNDA AUDITORÍA INTERNA**

La segunda auditoría de calidad se realizó un mes después de la entrega del primer informe de auditoría, una vez cumplido el plan de mejora.

### **9.2.1 Planificación de la auditoría.**

Para llevar a cabo la segunda auditoría se diligenció el formato “GCM-F-003 Plan de auditoría interna” ver Anexo S donde se estableció el horario en el cual se auditaron uno a uno los procesos del Sistema de Gestión de Calidad de la empresa.

### **9.2.2 Ejecución de la auditoría.**

La metodología empleada para la ejecución de las auditorías fue la entrevista con cada uno de los líderes de los procesos del SGC, se solicitó la documentación necesaria para evidenciar lo dicho en las entrevistas y todo fue acompañado de observación directa por la auditora, además se revisó el cierre de las acciones correctivas y preventivas derivadas de la primera auditoría interna de calidad. Toda la información recopilada fue registrada en una lista de chequeo elaborada para la realización de esta segunda auditoría.

### 9.2.3 Resultados de auditoría.

Una vez llevado a cabo el plan de auditoría en su totalidad se realizó la respectiva reunión de cierre para dar a conocer los hallazgos derivados de la auditoría en forma general para brindar a los líderes de procesos un conocimiento previo de lo encontrado en cada uno de sus procesos. El “GCM-F-004 Informe final de auditoría interna” fue entregado y socializado con los líderes de los procesos ver Anexo U.

En la Tabla 23 se muestra el compilado de los hallazgos derivados de la segunda auditoría interna.

Tabla 23. Informe segunda auditoría

<b>INFORME SEGUNDA AUDITORIA</b>	
<b>FORTALEZAS</b>	
1.	La líder del proceso de Educación Integral, se encuentra gestionando y realizando los trámites respectivos para ampliar la cobertura del programa CDI.
2.	Las acciones preventivas tomadas en el proceso de Educación Integral hace que el servicio ofrecido a los beneficiarios sea de calidad ya que mediante éstas no se ve interrumpido el servicio ofrecido en el programa.
3.	La líder del proceso de Educación Integral esta muy comprometida con el seguimiento del SGC.
4.	La auxiliar administrativa ha implementado de forma correcta todos los procedimientos e instructivos necesarios para el correcto funcionamiento de sus actividades.
5.	El proceso de Gestión de Servicios Integrales ha recibido el apoyo por parte de la Dirección lo que ha facilitado llevar a cabo todas sus actividades de apoyo.
<b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>	
1.	Capacitar nuevamente a todo el personal sobre el contenido de la Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012, requisitos que debe cumplir cada proceso, el manejo de acciones correctivas, preventivas y los indicadores de gestión.
2.	Registrar la comprobación de las habilidades del personal contratado en la fundación.
3.	Se debe recordar al Comité de Gestión de Calidad sus funciones.
4.	El líder del proceso de Gestión de Servicios Integrales debe conocer toda la normatividad relacionada con temas ambientales.
<b>NO CONFORMIDADES</b>	
1.	No existen registros de la evaluación de los proveedores.
<b>OBSERVACIONES</b>	
1.	Realizar una revisión de los requisitos legales concernientes al programa que se desarrolla actualmente.

### 9.2.4 Estrategias de mejora.

Con base en lo reportado en el informe de auditoría se realizó el plan de mejora mostrado en la tabla 24 en el cual se trataron las no conformidades y oportunidades de mejora encontradas en la fundación.

Tabla 24. Planes de mejora

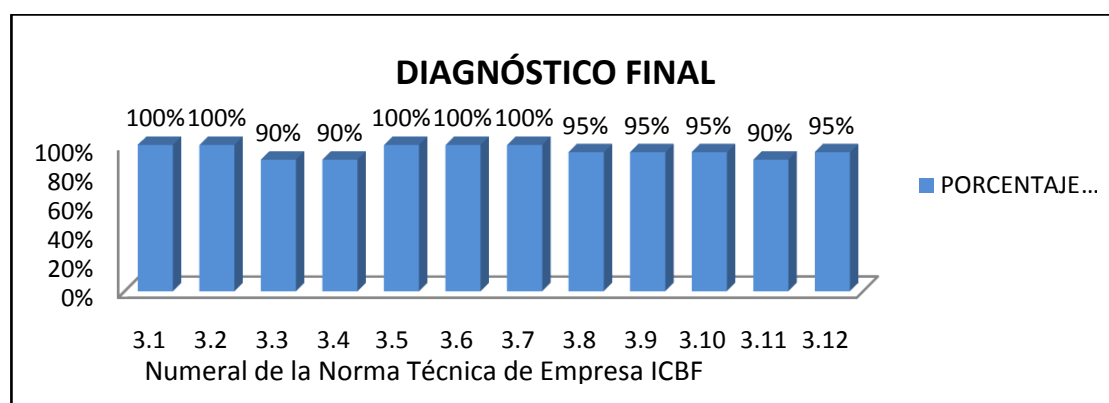
FECHA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
12/12/2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Divulgación del informe de auditoría</li> <li>• Capacitación requisitos NTE ICBF 001</li> <li>• Reunión Comité del Sistema de Gestión de Calidad.</li> </ul>	Practicante en Calidad
15/12/2014	Acciones preventivas y propuestas de mejora.	Practicante en calidad

## 10. SITUACIÓN FINAL DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA TÉCNICA DE EMPRESA ICBF 001:2012

Después de realizada la segunda auditoría interna de calidad, se llevó a cabo el último diagnóstico al Sistema de Gestión de Calidad para dar a conocer el estado final de este respecto al cumplimiento de los requisitos de la Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012. Se realizó utilizando la misma metodología del primer diagnóstico (Numeral 4.3 Desarrollo del diagnóstico inicial).

Los resultados obtenidos se observan en la Figura 35 en donde se muestra el porcentaje de cumplimiento respecto a cada numeral de la norma.

Figura35. Diagnóstico final



Al finalizar este proyecto se logra un cumplimiento del 96% de conformidad con los requisitos exigidos por la Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012, al alcanzar este grado de cumplimiento se obtuvo un crecimiento del 80% partiendo del porcentaje de conformidad de la situación inicial.

En una reunión final con el Director de la fundación se trataron los motivos por los cuales no se alcanzó el 100% de cumplimiento en algunos numerales, dejando claro que esto no dependió de la practicante, la causa principal fue la falta de compromiso por parte de algunos empleados en el proceso de implementación del SGC, se concluyó que el presente proyecto ayudó a enfocar los esfuerzos que la institución venía realizando en pro de mejorar la calidad del servicio prestado.

## 11. CONCLUSIONES

- La Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012 especifica e integra los requisitos de gestión y operación que deben cumplir las organizaciones que prestan directamente el Servicio Público de Bienestar Familiar, es importante que todas las entidades operadoras del ICBF la comprendan, para poder interpretarla e implementarla con el objetivo de garantizar la calidad del servicio.
- El diagnóstico inicial fue una herramienta fundamental ya que permitió conocer el punto de partida del proceso de documentación e implementación del SGC el cual se encontraba con un 17% de conformidad respecto a los requisitos de la norma.
- El SGC contribuyó a mejorar la eficacia y eficiencia de las diferentes actividades desarrolladas en los procesos de la institución, necesarios para lograr una adecuada prestación del servicio. Para monitorear los resultados del sistema y darle a éste la adaptabilidad necesaria, se definieron una serie de indicadores de gestión por procesos, los cuales están relacionados con los objetivos de servicio y contribuyen a la mejora continua.
- Para establecer una visión general o una ruta que acceda a presentar el SGC, se creó el manual de calidad, del cual se puede concluir que representa una carta de presentación global que permite tomar decisiones, teniendo en cuenta el impacto según la articulación de cada componente del sistema.

- La política y objetivos de servicio permitieron proporcionar una orientación al talento humano de la fundación con el fin de mejorar la calidad del servicio.
- Con la elaboración del manual de funciones y competencias se mejoró la delegación de autoridad y responsabilidades, ya que las actividades de la Fundación estaban centradas en los cargos administrativos, gracias al enfoque basado en procesos, se empezó a crear apoyo en todo el personal, aprovechando de una mejor manera las competencias y habilidades del talento humano disponible en la institución.
- La sensibilización, capacitación y formación del personal son factores determinantes para la implementación de los sistemas, ya que permiten la toma de conciencia y fortalecer al equipo humano de la institución, con el compromiso en cuanto a temas de relacionados a calidad; con la finalidad de mejorar la prestación del servicio y lograr la satisfacción de las necesidades de los usuarios de los programas.
- Las estrategias de sociabilización, capacitación y divulgación del SGC fueron efectivas logrando generar en el personal interés sobre la implementación del sistema, con lo que se obtuvo el apoyo y la colaboración por parte de todos en el transcurso del proyecto.
- El compromiso de la dirección fue importante, puesto que permitió enfocar las directrices organizacionales en el logro de los objetivos planteados referentes a la calidad, mediante la asignación de recursos para la implementación del SGC.

- Las auditorías internas realizadas permitieron identificar las fortalezas del Sistema Integrado de Gestión implementado, así como los aspectos por mejorar para diseñar y ejecutar planes de mejora que permitieran fortalecer las debilidades.
- En la Fundación Visión en Familia quedó implementado un SGC basado en la Norma Técnica de Empresa ICBF 001:2012 con un 96% de cumplimiento de requisitos.
- El Sistema de Gestión de Calidad de la Fundación ha permitido mejorar la prestación del servicio, lo que brinda mayor confianza a los beneficiarios (padres de familia), los cuales reconocen el servicio de calidad que le presta la institución logrando satisfacer sus expectativas.

## 12. RECOMENDACIONES

- Realizar comités de calidad trimestrales para socializar los informes de desempeño de cada proceso, tratar las falencias y debilidades del SGC y proponer los planes de mejora.
- Realizar charlas y sensibilizaciones a los trabajadores para incentivar el manejo activo de los documentos y la medición de los indicadores que requiere cada proceso para su funcionamiento.
- Se recomienda replicar la documentación implementada, en los programas que actualmente no desarrolla la Fundación pero forman parte del plan estratégico, para garantizar el correcto funcionamiento del SGC.
- Monitorear permanentemente la implementación de acciones correctivas, preventivas y los planes de mejora para alcanzar el cierre eficiente de éstas.
- Designar al menos una persona con conocimientos en Sistemas de Gestión de Calidad para que se mantenga el SGC y coordine su funcionamiento.

## BIBLIOGRAFÍA

ARMAND V, Feigenbaum. Control total de la Calidad. México: Ed. Continental, 1977.

Boletín informativo ICBF [En línea]. 2014 [citado el 23 de mayo de 2014]. Disponible en Internet: <URL:<http://www.icbf.gov.co>>.

DIAZ LIZARAZO, Clara Inés. Sistema de Gestión de Calidad bajo los lineamientos de la Norma Técnica de Empresa ICBF 001-2012 en la fundación Hogares CLARET. Disponible en Internet: <URL:[http://www.hogarasperla.org/noticias/30-el-hogar-laura-vicuna-esta-en-proceso-de-certificacion Bucaramanga 2013](http://www.hogarasperla.org/noticias/30-el-hogar-laura-vicuna-esta-en-proceso-de-certificacion-Bucaramanga-2013)>.

Enfoque basado en procesos [En línea][citado 23 de mayo de 2014]. Disponible en: Sena Virtual Distrito Capital 2004

GALGANO, Alberto. “LOS SIETE INSTRUMENTOS DE LA CALIDAD” Ediciones Díaz de Santos, 1995 pag.100.

GONZÁLES, Hugo. Costos de la Calidad, ciclo PHVA [en línea]. Disponible en Internet:URL:<http://calidadgestion.wordpress.com/author/calidadgestion/>

Información entidades certificadas bajo los requisito de la NTE ICBF 001-2012. [En línea]. [Citado el 23 de mayo de 2014]. Disponible en Internet: <http://www.infoans.org/1.asp?sez=1&sotsez=13&doc=10326&lingua=3>

INSTITUTO COLOMBIANO DE NOTMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN.

Sistema de Gestión de la Calidad: requisitos. Bogotá: ICONTEC, 2008. ISO 9001.

J.M. "Juran y la planificación para la calidad" Análisis y planeación de la calidad. Primera Edición. New York: Mc Graw Hill, 1988 pág. 87-92.

JARAMILLO, Daniel. Sistema de Gestión de Calidad bajo los lineamientos de la Norma Técnica de Empresa ICBF 001-2012 en la fundación Hogares CEDESNID. Disponible en Internet: <URL: <http://cedesnid.org.co/cedesnid-certificado-por-la-norma-tecnica-de-icontec/> Bucaramanga 2013>.

Juran, J. M; Gryna, Frank M. "Planificación y análisis de la calidad". Editorial Reverte, España, 1981.

MOORES, B. Concepts of Quality and Quality Management in industry and the Service Sector. En: IFLA General Conference and Council Meeting, Barcelona 1993. COD 141-SOC/RTLME

Norma técnica de Empresa ICBF 001-2012 [en línea]. [Citado en junio 18 de 2014]. Disponible en Internet <URL: <http://normatecnicaempresarialicbf.-files.wordpress.com/2012/07/presen-norma-empresarial-pilar-m.pdf>>

NORMA TÉCNICA DE EMPRESA INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR 001- 2012 (Única Versión). Bogotá Icontec. Pág. 1-2.

PINTO, M. Gestión de calidad en Documentación. Anales de Documentación 1998, v.1, p.171-183

Sistemas de calidad (En línea) (citado 25 de mayo de 2014) Disponible en Internet: <<http://www.sistemasycalidadtotal.com/calidad-total/los-8-principios-de-gestion-de-la-calidad>>

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Dirección Nacional de Servicios Académicos Virtuales. La matriz DOFA. Disponible en Internet: <URL:[http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/agronomia/2008868/lecciones/capitulo\\_2/cap2lecc2\\_3.htm](http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/agronomia/2008868/lecciones/capitulo_2/cap2lecc2_3.htm)>