

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE
GESTIÓN DE CALIDAD EN EFORSALUD SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LA
NORMA NTC ISO 9001-2008, NTC 5555**

LUZ VANESSA LÓPEZ VILLALOBOS

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

2010

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE
GESTIÓN DE CALIDAD EN EFORSALUD SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LA
NORMA NTC ISO 9001-2008, NTC 5555**

LUZ VANESSA LÓPEZ VILLALOBOS

**Trabajo de Grado para optar por el Título de
Ingeniera Industrial**

**Director
JOSÉ JOAQUÍN GARCÍA DÍAZ
Ingeniero Industrial**

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

2010

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	13
1. GENERALIDADES DEL PROYECTO	3
1.1 OBJETIVOS DEL PROYECTO	3
1.1.1 OBJETIVO GENERAL	3
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
1.2 ALCANCE	4
1.3 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN EFORSALUD	4
1.3.1 GENERALIDADES	4
1.3.2 PROGRAMAS ACADÉMICOS	7
1.3.3 CURSOS	8
1.3.4 DIPLOMADOS	8
1.4 MISIÓN	8
1.5 VISIÓN	8
1.6 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	9
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1 DEFINICIONES	10
2.2 ISO (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARIZATION)	11
2.3 PRINCIPIOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	12
2.4 NTC ISO 9001:2000	13
2.4.1 Enfoque basado en Procesos	13
2.4.2 El Ciclo PHVA y el Enfoque Basado en Procesos	14
2.4.3 Sistema de Gestión de la Calidad	16
2.4.4 Usos de la Certificación en Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano	19
3. PLANIFICACIÓN EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL S.G.C.	20
3.1 PLANIFICACION DEL S.G.C.	22
3.1.1 Sensibilización en el tema de calidad y en los principios de la norma	22
3.1.2 Conformación del Comité de Calidad	23
3.1.3 Capacitación en el tema de calidad	25

4. DIAGNÓSTICO DEL S.G.C. DE LA INSTITUCIÓN	28
4.1 DEFINICIÓN DE INSTRUMENTOS	28
4.2 ESTRUCTURACION DE LA LISTA DE CHEQUEO	29
4.4 CONSOLIDACION DE LA INFORMACION	32
4.5 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	33
5. PLANEACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA.....	40
5.1 PLAN DE DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN	40
5.2 SOCIALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y APROBACIÓN DEL PLAN DE IMPLEMENTACIÓN	40
5.3 ALCANCE, POLÍTICA Y OBJETIVOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	41
5.3.1 Análisis DOFA de la Institución	42
5.3.2 Alcance del Sistema	44
5.3.3 Política de Calidad	44
5.3.4 Objetivos de Calidad	48
6. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA.....	49
6.1 IDENTIFICACIÓN E INTERACCIÓN DE LOS PROCESOS	49
6.1.1 Identificación de los Procesos	49
6.1.2 Interacción de los Procesos	52
6.1.3 Mapa de Procesos	53
6.1.4 Caracterización de los Procesos	54
6.2 INDICADORES DE GESTIÓN	57
7. ESTRUCTURA DOCUMENTAL DEL SGC.....	69
8. Normalización de la Documentación del Sistema.....	75
9. Codificación de la Documentación del Sistema	77
10. PROCESO DE DOCUMENTACIÓN	80
10.1 Identificación de necesidad de crear o modificar documentos del SGC.	80
10.2 Aprobación de los Documentos.	80
10.3 Elaboración o Modificación del Documento	80
10.4 Difusión y Distribución	80
10.5 Revisión de los Documentos	81
11. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA.....	86

12. EVALUACIÓN A LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA	88
13. PRIMERA AUDITORÍA	89
13.1 Fortalezas del Sistema de Gestión	90
13.2 Aspectos a Mejorar	91
13.3 Descripción de No Conformidades	92
13.4 Conclusión de la Auditoría	94
13.5 CAUSAS DE LAS NO CONFORMIDADES	94
14. PLAN DE ACCIÓN DE MEJORA (PRIMERA AUDITORÍA)	97
14.1 Plan de Acción	97
15. SEGUNDA AUDITORÍA	99
15.1 Fortalezas del Sistema de Gestión	101
15.2 Aspectos a Mejorar	102
15.3 Descripción de No Conformidades	103
15.4 Conclusión de la Auditoría	103
15.5 CAUSAS DE LAS NO CONFORMIDADES	104
16. PLAN DE ACCIÓN DE MEJORA (SEGUNDA AUDITORÍA)	105
16.1 Plan de Acción	105
17. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS	107
CONCLUSIONES	110
RECOMENDACIONES	112
LOGROS ADICIONALES	114
BIBLIOGRAFÍA	117

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Organigrama	9
Figura 2. Modelo Sistema de Gestión de la Calidad	14
Figura 3. El Ciclo“Planificar – Hacer – Verificar – Actuar”	15
Figura 4. Etapas de la Implementación del SGC	21
Figura 5. Estructuración del Plan de Diseño bajo el ciclo PHVA	22
Figura 6. Aplicativo para la realización del Diagnóstico	31
Figura 7. Libro Excel para el análisis de información	32
Figura 8. Resultados de la Encuesta	36
Figura 9. Planificación Estratégica del Sistema	42
Figura 10. Clasificación de los Procesos	50
Figura 11. Mapa de Procesos	54
Figura 12. Formato caracterización de procesos	57
Figura 13. Menu de Inicio	58
Figura 14. Tablero de Mando	59
Figura 15. Estructura Documental EFORSALUD	70
Figura 16. Encabezado documentación EFORSALUD	75
Figura 17. Codificación de la documentación	77
Figura 18. Etapas de Implementación - 4ta. Evaluación	88

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Programa de Capacitación NTC 5555	25
Tabla 2. Estructuración de la Lista de Chequeo	29
Tabla 3. Criterios de Evaluación	33
Tabla 4. Resultados del Diagnóstico	34
Tabla 5. Análisis Cualitativo de los Resultados	36
Tabla 6. Necesidades del Cliente	45
Tabla 7. Necesidades de la Institución	46
Tabla 8. Criterios de Calificación	46
Tabla 9. Matriz de Necesidades del Cliente Vs. Necesidades de la Institución	47
Tabla 10. Procesos del Sistema	50
Tabla 11. Interacción de los procesos	52
Tabla 12. Listado de Indicadores de Gestión	61
Tabla 13. Procedimientos obligatorios de la Norma	72
Tabla 14. Contenido de los Documentos	73
Tabla 15. Nomenclatura para la codificación de documentos	77
Tabla 16. Nomenclatura para la codificación de documentos	78
Tabla 17. Control de Aprobaciones	79
Tabla 18. Control de Cambios	79
Tabla 19. Documentación Generada por proceso	82
Tabla 20. Resultado de la Auditoría - No Conformidades	92
Tabla 21. Plan de Acción - Primera Auditoría	97
Tabla 22. Resultado de la Auditoría - No Conformidades	103
Tabla 23. Plan de Acción - Segunda Auditoría	105
Tabla 24. Cumplimiento de Objetivos	107
Tabla 25. Logros Adicionales	114

LISTA DE ANEXOS

Anexo a. Actas de Reunión	119
Anexo b. Memorando Interno	123
Anexo c. Capacitación	126
Anexo d. Evaluacion 1	130
Anexo e. Plan de implementación del sistema de calidad	132
Anexo f. manual de calidad	138
Anexo g. Protector de pantalla	158
Anexo h. plan de auditoria	159
Anexo i. plan segunda auditoria	161
Anexo j. Codigo de Etica	163
Anexo k. Matriz de flujos de comunicación	168
Anexo l cuestionario de general de clima organizacional	169
Anexo m. panorama de riesgos	175
Anexo n. Manual de perfiles y funciones de cargos	176
Anexo o. informe segunda auditoria	220
Anexo p. modelos de competencias	225
Anexo q. mapa de riesgos	227

RESUMEN

TÍTULO: DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN EFORSALUD SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC ISO 9001-2008, NTC 5555*

AUTOR: LUZ VANESSA LÓPEZ VILLALOBOS**

PALABRAS CLAVE: NTC 5555, SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN, EVALUACIÓN, AUDITORÍA.

DESCRIPCIÓN:

Las Instituciones de formación para el trabajo y desarrollo humano tienen el desafío de diseñar programas pertinentes que respondan a las competencias demandadas en el desarrollo de funciones productivas, EFORSALUD como entidad prestadora de este servicio reconoce la necesidad de contar con los medios y la capacidad para ejecutar procesos formativos que respondan a los requerimientos del sector productivo y reúnan las condiciones para producir buenos resultados; razón por la cual la institución implementa el sistema de gestión de Calidad basado en la Norma NTC 5555, permitiendo con esta herramienta de gestión dirigir y evaluar el desempeño de todos los procesos logrando satisfacer las necesidades y requerimientos de sus clientes.

En la primera etapa de este proyecto se realizó un diagnóstico para evaluar y determinar la situación actual de la Institución frente a los requisitos generales de la Norma NTC 5555, información a partir de la cual se definió la etapa de planificación, identificando las actividades a realizar durante el diseño, documentación e implementación del SGC.

Durante la ejecución del proyecto se llevó a cabo un plan de sensibilización y capacitación a todo el personal con los temas relacionados a la implementación del SGC.

Finalizada la etapa de la implementación, se continuó con la evaluación del SGC en la cual se realizaron auditorías internas logrando identificar las No conformidades, permitiendo de esta manera generar planes de acción correspondientes, para el mejoramiento continuo de la Institución y el cumplimiento de los requisitos de la norma.

* Trabajo de Grado modalidad Práctica Empresarial.

** Facultad de Ingenierías Físico-Mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales.
Director: Ingeniero José Joaquín García Díaz.

ABSTRACT

TITLE: DESIGN, DOCUMENTATION AND IMPLEMENTATION OF QUALITY MANAGEMENT SYSTEM IN EFORSALUD ACORDING DO THE GUIDELINES OF NTC ISO 9001-2008, NTC 5555*

AUTHOR: LUZ VANESSA LÓPEZ VILLALOBOS**

KEY WORDS: NTC 5555, QUALITY MANAGEMENT SYSTEM, DESIGN, DOCUMENTATION, IMPLEMENTATION, EVALUATION, AUDIT.

DESCRIPTION:

The institutions of work education and human development are challenged to design relevant programs that meet the skills demanded in the development of productive functions, EFORSALUD as a service provider recognizes the need to have the means and ability to execute formative processes that meet the requirements of the productive sector and meet the conditions to produce good results, which is why the institution implements the quality management system based on Standard NTC 5555, allowing with this management tool to direct and evaluate the performance of all processes coping with all needs and customer requirements.

In the first stage of this project a diagnostic was implemented to assess and determining the current status of the institution towards the requirements of the Standard NTC 5555, information from which was defined the planning stage, identifying the activities to be carried during the design, documentation and implementation of the QMS.

During the execution of the Project, conducted an awareness and training plan was executed to all staff with issues related to the implementation of the QMS.

After the stage of implementation was completed, we continued with the evaluation of QMS, in which were conducted internal audits planning to identify nonconformities, allowing us to generate action plans for the continuous improvement of the institution and enforcement for the standard requirements.

* Trabajo de Grado modalidad Práctica Empresarial.

** Facultad de Ingenierías Físico-Mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales.
Director: Ingeniero José Joaquín García Díaz.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad las empresas se desempeñan en un mundo interconectado que día a día plantea nuevos desafíos, la globalización de la economía y la capacidad de adaptarse rápidamente a los cambios en un contexto altamente competitivo hacen que diversos aspectos como el aseguramiento de la calidad se conviertan en una condición indispensable para competir, y marcar la pauta de la supervivencia en el largo plazo.

De acuerdo a los desafíos generados por el mundo cambiante la sociedad, los procesos de mejoramiento de la calidad en la educación son cada vez más exigentes, es por esto que como parte del desarrollo de estas exigencias y demandas del entorno productivo y social, las Instituciones de Formación para el Trabajo se han visto obligadas a desarrollar programas pertinentes que respondan a las competencias demandadas en el desarrollo de las funciones productivas, con el fin de fortalecer la calidad de su oferta.

La certificación en las Instituciones conllevan más beneficios que dificultades, pues mejoran su organización interna, reducen costos, fortalecen su imagen entre los clientes, proveedores y el sector al que pertenecen y amplían el mercado. Además las instituciones de formación para el trabajo tienen diversos incentivos para acceder a la certificación de calidad, entre ellos está la contratación de servicios de formación con el Estado, el desarrollo de ciclos propedéuticos, etc.

Es por esto que EFORSALUD estructuró e implementó el Sistema de Gestión de la Calidad –SGC- con el propósito de mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus estudiantes y partes interesadas.

El presente documento describe la metodología utilizada en el diagnóstico, planificación, implementación, evaluación y mejoramiento del Sistema de Gestión de la Calidad, bajo los lineamientos de la NTC 5555, detallando en cada uno de los capítulos, las actividades necesarias para su desarrollo.

1. GENERALIDADES DEL PROYECTO

1.1 OBJETIVOS DEL PROYECTO

1.1.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar, documentar e implementar el Sistema de Gestión de Calidad en EFORSALUD basado en los requisitos de la Norma NTC ISO 9001-2008, NTC 5555.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar un diagnóstico teniendo en cuenta los requisitos de la Norma NTC ISO 9001-2008, NTC 5555. que permita identificar el estado actual de la empresa y los procesos que harán parte del Sistema de Gestión.
- Diseñar y ejecutar programas de capacitación a todo el personal que labora en EFORSALUD con el fin de dar a conocer el Sistema de Gestión de Calidad y las etapas para lograr la implementación, generando un compromiso hacia el mejoramiento continuo.
- Documentar los procesos desarrollados en EFORSALUD por medio de la identificación y revisión de la información existente que permita establecer mejoras y la elaboración de nuevos documentos que garanticen el cumplimiento de los requisitos establecido en la Norma NTC ISO 9001-2008, NTC 5555.

- Implementar el Sistema de Gestión de Calidad en EFORSALUD estandarizando de esta forma los procesos desarrollados en la empresa.
- Realizar dos auditorías internas para evaluar el estado del Sistema de Gestión de Calidad, e identificar oportunidades de mejora en sus procesos.
- Elaborar y Ejecutar un plan de acciones correctivas, con el fin de corregir las No Conformidades encontradas en la Auditoría Interna.

1.2 ALCANCE

El alcance del proyecto va hasta el diseño, documentación e implementación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma NTC ISO 9001-2008, NTC 5555 Contempla la realización de 2 auditorías internas con la elaboración e implementación de sus respectivos planes de mejoramiento.

1.3 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN EFORSALUD

1.3.1 GENERALIDADES

La Corporación Educativa de Colombia-EFORSALUD, Institución de educación para el trabajo y el desarrollo humano, antes llamada Educación No Formal nace en Santa Fe de Bogotá el 26 de Abril de 1995, según escritura pública N° 904 de la Notaría 26 de la misma ciudad, el 5 de Junio de 1995 se traslada a la capital santandereana en donde fija su domicilio permanente. Desde su inicio EFORSALUD ha estado liderada por el Doctor FABRICIO ANTONIO MONROY TÉLLEZ, Director General de la institución.

Su naturaleza jurídica es privada, escritura pública 904 26 de Abril 1995 Cámara de Comercio 0504980903, con NIT 830004878-9.

La Escuela Colombiana de Formación en salud, “EFORSALUD”, es una institución de carácter privado que propende por la formación del talento humano en las diferentes áreas del conocimiento, dentro de la modalidad de educación para el trabajo y el desarrollo humano. (3616/05, 3870/06, 2888/07 Ministerio de Educación Nacional).

EFORSALUD, cuenta con los reconocimientos oficiales por parte del Ministerio de la Educación, Ministerio de la Protección Social y la Secretaria de Educación Municipal, como se menciona a continuación:

- Decreto 4904
- Decreto 3616 de 2005
- Acuerdo 041
- Decreto No. 2006 del 2008
- Ley 1064
- Decreto 190
- Decreto 2020
- Acuerdo 113
- Acuerdo 72
- Resolución 02163
- Acuerdo 085
- Resolución 1229
- Resolución 361 para el funcionamiento Educación para el trabajo y desarrollo humano
- Resolución 364

EFORSALUD cuenta con el apoyo decidido de un grupo de Profesionales Directivos y Docentes de altas calidades humanas y científicas y sobre todo con una profunda vocación pedagógica¹.

La sede académica de EFORSALUD se encuentra ubicada en la Carrera 27 No 48-49, en la ciudad de Bucaramanga, donde cuenta con unas dependencias y aulas acordes con los requerimientos de la logística educativa moderna.

La planta física consta de un área total de 2021 metros cuadrados, distribuida en cinco pisos con área docente, estudiantil, administrativa, de bienestar y zonas de laboratorios. La distribución del área se realiza por niveles.

En el primer nivel (Sótano) de 457 metros cuadrados encontramos el parqueadero tanto para el personal administrativo, docentes y el estudiantado.

En el segundo nivel de 449 metros cuadrados encontramos la Recepción, la sala de espera de recepción, 1 oficina de Gestión Humana, 1 Oficina de Mercadeo, 1 oficina de Archivo, 3 laboratorios de Enfermería con capacidad de 35 estudiantes, 1 laboratorio de Estética Facial y Corporal, 1 laboratorio de Salud Oral con cinco unidades odontológicas, 1 Biblioteca, Una sección de consulta , 1 Oficina de Fotocopiado (papelería), 1 kit de baño para Dama, 1 kit de baño para Caballero, Una cafetería y una amplia sección de descanso al aire libre de 153 metros cuadrados.

En el tercer nivel de 482.95 metros cuadrados encontramos la parte Administrativa que cuenta con una oficina de Dirección General, 1 oficina de Coordinación Académica, 1 oficina de Secretaria General, 2 Oficinas de Secretaría Académica, 1 Oficina de Contabilidad, 1 Sala de Docentes, 1 Baño para el personal

¹ Información suministrada por la Empresa

Administrativo. Además cuenta con 5 salones con capacidad de 40 estudiantes, 1 Sala de Computo con capacidad de 20 computadores, 1 Oficina de Archivo, 1 kit de baño para Damas, 1 kit de baño para Caballeros.

En el cuarto nivel 443.5 metros cuadrados encontramos 7 Salones con capacidad de (5 salones para 35 estudiantes, 2 salones para 40 estudiantes), 1 Auditorio con capacidad de 162 personas y 1 Laboratorio, 1 Oficina de Dirección Pedagógica, 1 kit de baño para Damas, 1 kit de Baño para Caballeros.

En el Quinto nivel encontramos 1 laboratorio de Salud Oral para capacidad de 45 estudiantes, 3 salones con capacidad (2 salones 35 estudiantes, 1 salón con de 50 estudiantes), 2 salas de sistemas (1 que es utilizada como laboratorio Hardware y cuenta con 14 computadores y el otro laboratorio con capacidad 35 computadores).

La biblioteca como área de estudio y consulta, cuenta con material bibliográfico en todas las áreas y revistas actualizadas en los distintos temas. Posee más de 500 ejemplares de revistas y manuales en Salud Oral; igualmente posee libros especializados en los diferentes temas de la salud, especialmente en las áreas de Enfermería y Salud Oral. Además cuenta con ejemplares en Medico quirúrgica, Enfermería Gineco - obstetricia, diccionarios de medicina, atlas de anatomía, libros de epidemiología, estadística, manuales de enfermería Salud Oral y de los demás programas que la institución oferta.

1.3.2 PROGRAMAS ACADÉMICOS

- Técnico Laboral en Auxiliar en Enfermería
- Técnico Laboral en Auxiliar en Salud Oral
- Técnico Laboral en Cosmetología y Estética Integral

- Técnico Laboral en Atención y Educación a la Primera Infancia
- Técnico Laboral en Mantenimiento de Hardware

1.3.3 CURSOS

- Conductor de Ambulancia
- Camillero

1.3.4 DIPLOMADOS

- Atención del Auxiliar de Enfermería a la persona en estado semicrítico.
- Atención de Enfermería al adulto mayor
- Software administrativo y operativo para Auxiliares de Enfermería
- Atención de Enfermería en el servicio de urgencias
- Principios farmacológicos para el Auxiliar de Enfermería²

1.4 MISIÓN

La Corporación Educativa de Colombia-EFORSALUD institución de carácter privado que orientada bajo los principios de excelencia, disciplina, humanización y competencia, tiene como propósito fundamental formar personas competentes con los más altos valores éticos y sólidos conocimientos intelectuales, comprometidos en el mejoramiento de la calidad de vida de la sociedad.

1.5 VISIÓN

Constituirse durante los próximos cinco años en una institución de educación con liderazgo y reconocimiento a nivel regional, nacional e internacional en la

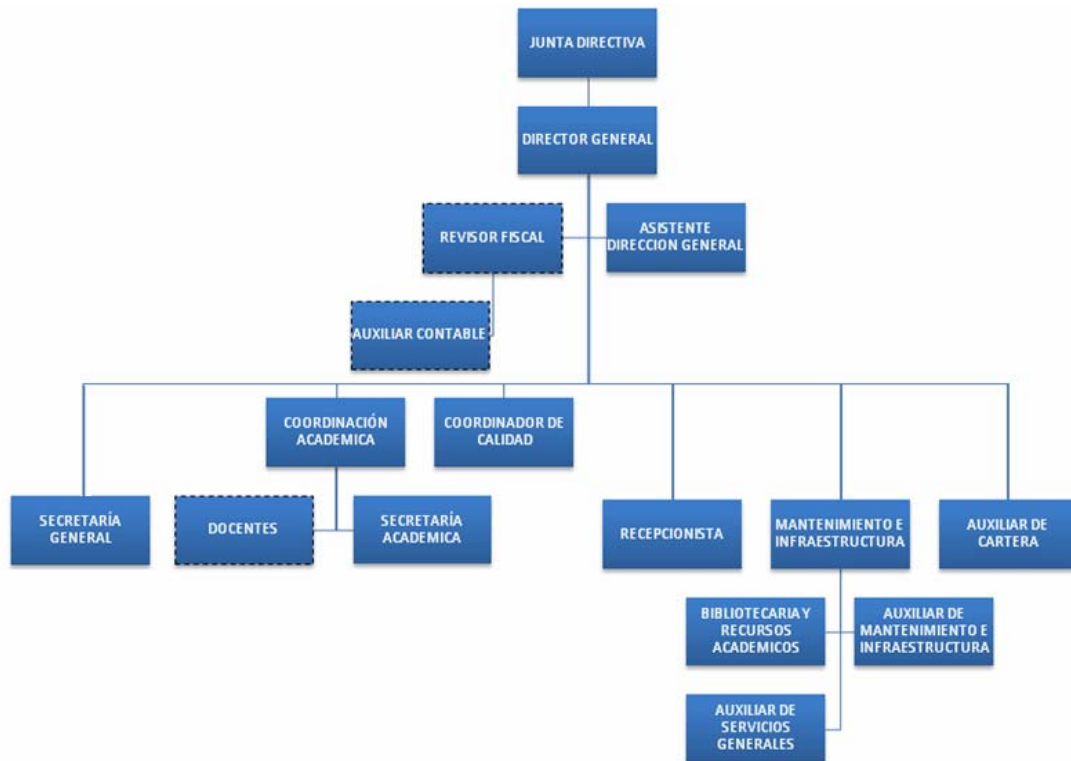
² Información suministrada por la Empresa

formación del talento humano, fundamentada en principios humanísticos, técnico-científicos, competitivos y de proyección social.

1.6 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

El organigrama de la Institución ha sido diseñado en base a las actividades que realiza EFORSALUD, incluyendo la forma en que se prestan sus servicios. Este puede verse en la Figura 1. Organigrama

Figura 1. Organigrama



Fuente: Autora

2. MARCO TEÓRICO

2.1 DEFINICIONES³

- **Calidad:** grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.
- **Requisito:** necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.
- **Satisfacción del Cliente:** percepción del cliente sobre el grado que se han cumplido sus requisitos.
- **Sistema de gestión de la calidad (SGC):** sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.
- **Política de calidad:** intenciones globales y orientación de una organización relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección.
- **Objetivo de la calidad:** algo ambicionado, o pretendido, relacionado con la calidad.
- **Eficacia:** extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.
- **Eficiencia:** relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.
- **Mejora continua:** acción recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.
- **Manual de calidad:** documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una organización.
- **Auditoria:** proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoria y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoria.

³ INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARIZATION. NTC ISO 9000:2005. Fundamentos y Vocabulario, Principios de Gestión de la Calidad

Para la realización del Marco teórico, se consulto las siguientes fuentes:

2.2 ISO (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARIZATION)

La ISO (Organización Internacional de Normalización) es una federación mundial de organismos nacionales de normalización (organismos miembros de ISO). El trabajo de preparación de las normas internacionales normalmente se realiza a través de los comités técnicos de ISO. Cada organismo miembro interesado en una materia para la cual se haya establecido un comité técnico, tiene el derecho de estar representado en dicho comité. Las organizaciones internacionales, públicas y privadas, en coordinación con la ISO, también participan en el trabajo. Las Normas Internacionales son editadas de acuerdo con las reglas establecidas en la Parte 3 de las Directivas ISO/CEI. Los Proyectos Finales de Normas Internacionales (FDIS) adoptados por los comités técnicos son enviados a los organismos miembros para votación. La publicación como Norma Internacional requiere la aprobación por al menos el 75 % de los organismos miembros requeridos a votar.

La Norma Internacional, ISO 9001, fue preparada por el Comité Técnico ISO/TC 176, Gestión y Aseguramiento de la Calidad, Subcomité SC 2, Sistemas de la Calidad.

Esta tercera edición de la Norma ISO 9001 anula y reemplaza la segunda edición (ISO 9001: 1994), así como a las Normas ISO 9002:1994 e ISO 9003:1994. Ésta constituye la revisión técnica de estos documentos. Aquellas organizaciones que en el pasado hayan utilizado las Normas ISO 9002:1994 e ISO 9003:1994 pueden utilizar esta Norma Internacional excluyendo ciertos requisitos, de acuerdo con lo establecido en el apartado.

Esta edición de la Norma ISO 9001 incorpora un título revisado, en el cual ya no se incluye el término "Aseguramiento de la calidad". De esta forma se destaca el hecho de que los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos en esta edición de la Norma ISO 9001, además del aseguramiento de la calidad del producto pretenden también aumentar la satisfacción del cliente.⁴

2.3 PRINCIPIOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

En la norma ISO 9000:2005 se definen los siguientes principios de calidad como pilares del Sistema de Gestión de la Calidad:

- **Enfoque al cliente:** Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.
- **Liderazgo:** Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la Organización.
- **Participación del Personal:** El personal a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
- **Enfoque Basado en Procesos:** Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

⁴ Generalidades, Norma NTC ISO 9001:2000

- **Enfoque de Sistema para la Gestión:** Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
- **Mejora Continua:** La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.
- **Enfoque basado en hechos para la toma de decisión:** Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
- **Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores:** Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.⁵

2.4 NTC ISO 9001:2000

2.4.1 Enfoque basado en Procesos

Esta Norma Internacional promueve la adopción de un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implementa y mejora la eficacia de un sistema de gestión de la calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.

La aplicación de un sistema de procesos dentro de la organización, junto con la identificación e interacciones de estos procesos, así como su gestión, puede denominarse como "enfoque basado en procesos".

Una ventaja del enfoque basado en procesos es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales dentro del sistema de procesos, así como sobre su combinación e interacción.

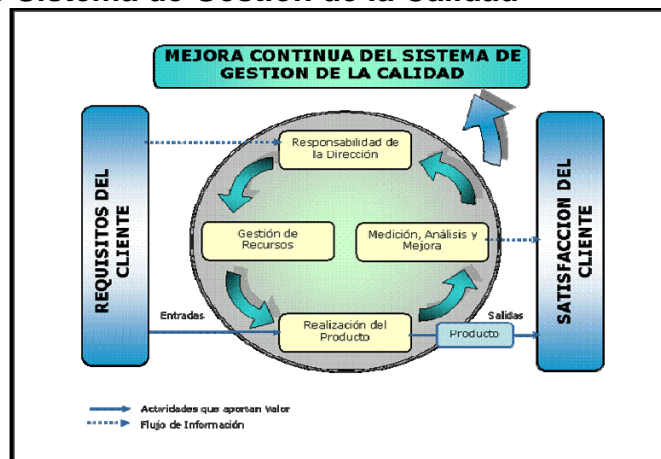
Un enfoque de este tipo, cuando se utiliza dentro de un sistema de gestión de la calidad, enfatiza la importancia de:

⁵ Principios de Gestión de la Calidad, NTC ISO 9001:2000

- La comprensión y el cumplimiento de los requisitos,
- la necesidad de considerar los procesos en términos que aporten valor,
- la obtención de resultados del desempeño y eficacia del proceso, y
- la mejora continua de los procesos con base en mediciones objetivas.

El modelo de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en procesos se muestra en la Figura 2. Esta figura muestra que los clientes juegan un papel significativo para definir los requisitos como elementos de entrada.⁶

Figura 2. Modelo Sistema de Gestión de la Calidad



Fuente: Norma 9001:2000

2.4.2 El Ciclo PHVA y el Enfoque Basado en Procesos

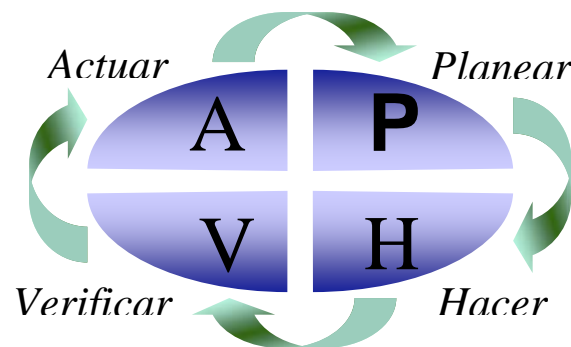
Según la Organización Internacional de Normalización (ISO), “el ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA) es un ciclo dinámico, que puede desarrollarse dentro de cada proceso de la organización y en el sistema de procesos como un todo. Está íntimamente asociado con la planificación, implementación, control y

⁶ Norma NTC ISO 9001:2000

mejora continua, tanto en la realización del producto como en otros procesos del Sistema de Gestión de la Calidad”.

Cada una de las actividades que se desarrollan en los procesos, ya sean simples o complejas, se enmarcan dentro del ciclo que describe la Figura 3.

Figura 3. El Ciclo “Planificar – Hacer – Verificar – Actuar”



Fuente. Metodología PHVA

La mejora continua de la capacidad del proceso puede lograrse aplicando el ciclo PHVA en todos los niveles de la organización. El mantenimiento de las mejoras involucra en la misma forma a procesos de alto nivel así como a las actividades operacionales simples, llevadas a cabo como una parte de los procesos de realización del producto.

- **Planificar:** Establecer los objetivos y procesos necesarios para entregar los resultados de acuerdo con los requisitos de los clientes y las políticas de la organización.
- **Hacer:** Implementar los procesos.
- **Verificar:** Realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto, e informar sobre los resultados.

- **Actuar:** Tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.

La aplicación de este ciclo dentro de los procesos garantiza la mejora continua de la organización, y actúa como una herramienta que permite mantener la competitividad de un producto y/o un servicio, agregando valor al Sistema de Gestión de la Calidad.

2.4.3 Sistema de Gestión de la Calidad

La norma NTC ISO 9001:2000 y la NTC 5555 resaltan los siguientes aspectos necesarios para la implementación del SGC: Responsabilidad de la Dirección, Gestión de los Recursos, Realización del Producto y Medición, Análisis y Mejora.

- **Responsabilidad de la Dirección:** La alta dirección debe proporcionar la evidencia de su compromiso, liderazgo y participación activa en el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, así como en la mejora continua de su eficacia, y en la definición de métodos para medir el desempeño de la organización, además de asegurarse de que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen. Todo ello mediante la comunicación a todas las partes interesadas de la importancia de satisfacer los requisitos enunciados en la norma, la participación en el establecimiento de la política y objetivos de la calidad, y la realización de las revisiones y evaluaciones.
- **Gestión de los Recursos:** La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para implementar y mantener el SGC y aumentar la satisfacción de sus clientes (estudiantes y sector productivo) mediante el cumplimiento de sus requisitos.

Principales recursos necesarios para el adecuado desarrollo del SGC:

- Talento Humano: El personal que realice trabajos que afecten la calidad del servicio debe ser competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.
- Infraestructura: Deben identificar, suministrar y mantener la infraestructura necesaria para el funcionamiento normal de los procesos incluidos en el sistema de gestión de calidad.
- Ambiente de Trabajo: Es gestionado por la organización con el propósito de encontrar el ambiente más adecuado que permita lograr sus objetivos de la calidad, en aspectos relacionados con la prestación del servicio educativo.
- **Realización del Producto:** Para determinar los requisitos relacionados con el servicio de formación para el trabajo, la organización debe planificar y desarrollar los procesos de tal manera que se garantice un servicio que cumpla con los requisitos y otros procesos del SGC.

Las etapas en la realización del servicio son las siguientes:

- Planificación
- Procesos relacionados con el Cliente: En esta etapa se determinan y se revisan los requisitos relacionados con el servicio, así como la implementación eficaz para la comunicación con los clientes.
- Diseño y Desarrollo del Producto: Comprende la planificación del diseño y desarrollo, la determinación de los elementos de entrada relacionados con los requisitos del servicio, la verificación de los resultados del diseño y desarrollo de sus programas, revisión, verificación, validación y control de cambios.

- Compras: Se debe verificar que el producto o servicio adquirido tengan efecto sobre la calidad del servicio o en los procesos de prestación del servicio de formación para el trabajo.
 - Producción y prestación del servicio: Se debe planificar bajo condiciones controladas, y se deben validar aquellos procesos donde los productos resultantes no puedan verificarse mediante actividades de seguimiento o medición posteriores. Cuando sea apropiado, debe existir identificación y trazabilidad del producto, y además, la organización debe cuidar los bienes que sean propiedad del cliente mientras estén bajo su control o estén siendo utilizados por ella. Finalmente se debe preservar la conformidad del producto durante el proceso interno y la entrega al destino previsto.
 - Control de los dispositivos de seguimiento y medición: Se lleva a cabo con el fin de evidenciar la conformidad del producto con los requisitos determinados.
- **Medición, análisis y mejora:** La organización debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para:
 - Asegurarse de la satisfacción de los clientes (estudiantes y sector productivo)
 - Asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de la calidad
 - Mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad⁷.

⁷ Norma NTC ISO 9001:2000

Standard Australia Internacional. Traducción al Español realizada por el ICONTEC. Guía para la implementación de ISO 9000 en empresas de servicios.

2.4.4 Usos de la Certificación en Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Las instituciones y sus programas de formación para el trabajo pueden iniciar un proceso de certificación para fortalecer su organización interna o para recibir los beneficios que conlleva el reconocimiento externo de su calidad. Aunque en Colombia este proceso es voluntario, cada vez es mayor la tendencia de exigir certificaciones de calidad a las instituciones.

El proceso de certificación y el mantenimiento del sistema de gestión permiten afianzar una cultura de la calidad entre el personal de una institución: equipos de trabajo consolidados, con claridad sobre sus roles y funciones, y empoderados para asumir responsabilidades.

Adicionalmente, se fortalece la organización interna con la documentación y evaluación de los procesos, así como con la implementación de acciones preventivas. La institución también adquiere la dinámica del mejoramiento continuo que lleva a la revisión permanente de las necesidades de los clientes, los servicios y productos que ofrece, los procesos requeridos y, en general, de todos los elementos fundamentales para el desempeño de la organización.⁸

⁸ Norma NTC 5555

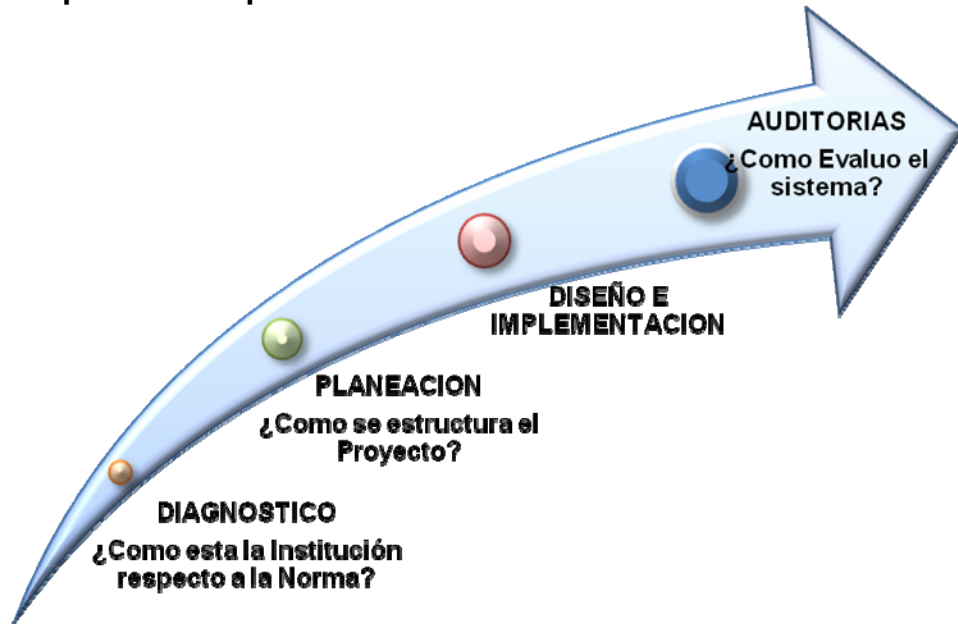
3. PLANIFICACIÓN EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL S.G.C.

La correcta implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en una Institución implica desarrollar ciertas fases de manera secuencial que conlleven a eliminar las diferencias que pueda hallarse entre los requisitos de la norma técnica y la gestión administrativa actualmente desarrollada.

Siendo la fase de planificación una de las etapas más importantes en el proyecto de Implementación del Sistema de Gestión de Calidad, la Institución a fin de planificar el crecimiento de la empresa con base en el mejoramiento continuo, el cual le permita mostrar confianza a sus clientes y al mismo tiempo establecer una diferenciación con la competencia, decide en febrero de 2009 iniciar el desarrollo e implementación de su propio Sistema de Gestión de Calidad basado en la NTC 5555.

En este proyecto de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad se identifican varias etapas desarrolladas de manera secuencial y sistemática para alcanzar los objetivos propuestos. La secuencia de estas etapas se observa en la siguiente Figura 4

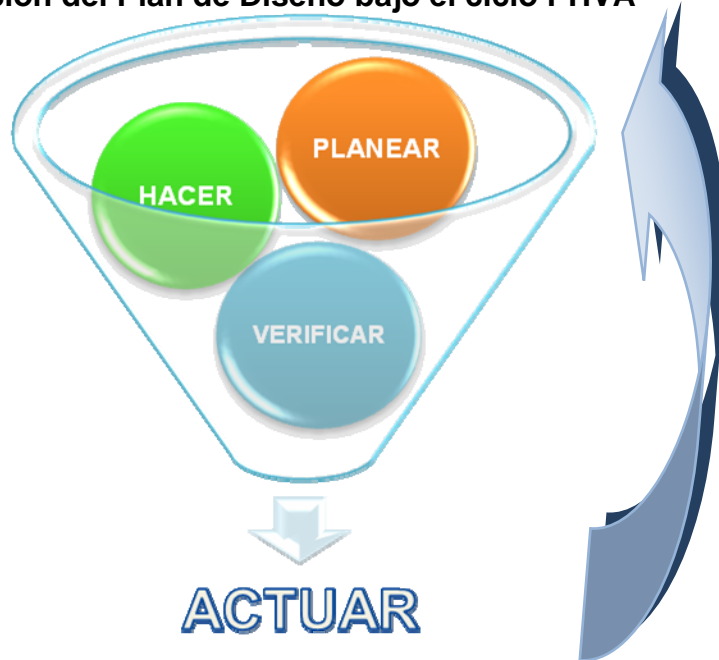
Figura 4. Etapas de la Implementación del SGC



Fuente: Autora

De la misma forma como el Sistema de Gestión de la Calidad se estructura bajo el ciclo PHVA (Planear - Hacer - Verificar - Actuar), este proyecto también lo está. Las fases de diagnóstico y planeación conforman la etapa de “planear” del ciclo PHVA del proyecto. Esto lo vemos más claro en la siguiente Figura 5.

Figura 5. Estructuración del Plan de Diseño bajo el ciclo PHVA



Fuente: Autora

3.1 PLANIFICACION DEL S.G.C.

3.1.1 Sensibilización en el tema de calidad y en los principios de la norma

Con el ánimo de consolidar una cultura de la calidad en la Institución y de evitar ocasionar una resistencia hacia esta norma, se reunió el día 9 del mes de febrero de 2009, al personal con el objetivo de sensibilizarlos frente a la importancia, los propósitos, las ventajas, las mejoras que se obtienen en la realización de las actividades y procesos, los cambios en clima organizacional y el compromiso que se deberá adquirir por parte de cada uno de ellos si realmente se quiere alcanzar el éxito en la implementación y puesta en marcha del Sistema de Gestión de la Calidad. Igualmente se explico la metodología y las fases como se va a desarrollar el presente proyecto.

Es de recalcar que después del desarrollo de ésta reunión, la sensibilización se consolidó como una actividad estratégica a lo largo del proyecto con el ánimo de aumentar el compromiso del personal y su participación en la consecución de los objetivos, notificándoles los resultados, avances del proyecto y actividades a realizar.

3.1.2 Conformación del Comité de Calidad

El día 16 de febrero de 2009 mediante Acta de Reunión N° 2 (Anexo a) fue conformado el Comité de Calidad de EFORSALUD, conformado por seis (6) integrantes de la Institución, los cuales son:

Fabricio Monroy Téllez - Director General

Nelly Garcés Guerrero - Asistente de Dirección general

Iliana Ulloa Sabogal - Coordinación Académica

Maritza Sánchez Ardila - Secretaria Académica

Andrés Rodríguez - Mantenimiento e infraestructura

Luz Vanessa López Villalobos - Coordinador de Calidad

El objetivo principal de la constitución de este comité era la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, bajo una metodología de trabajo en grupo y con tomas de decisiones para todos los procesos de la Institución.

En un futuro el comité sería el responsable de velar por su adecuación, conveniencia y eficacia del Sistema.

Las funciones del comité de calidad son:

- Asegurar el diseño, implementación, mantenimiento y mejora del SGC

- Dar soporte al Representante de la Dirección en la definición y mantenimiento del SGC.
- Promover al interior de la Institución la concientización de los requisitos del Cliente y de mejoramiento continuo
- Identificar y aprobar los procesos de la Institución asegurando que se desarrollen bajo el enfoque del ciclo de mejoramiento continuo planear, hacer, verificar y actuar.
- Participar de la Planeación Estratégica del SGC definiendo la Política, Objetivos de Calidad y su forma de medición.
- Revisar periódicamente que la Misión, Visión, Valores Organizacionales, Política y Objetivos de Calidad orienten a EFORSALUD hacia una cultura de calidad y mejoramiento continuo.
- Atender Sugerencia, Quejas o Reclamos y realizar seguimiento a los resultados de las acciones tomadas al respecto.
- Efectuar seguimiento a los resultados de los indicadores de la medición del SGC y sus procesos, Acciones correctivas, Preventivas y de Mejora que se generen.
- Revisar y evaluar los resultados de las Auditorías internas y externas realizadas a la Institución.

- Realizar las demás funciones y actividades que permitan generar oportunidades de mejora al SGC y que contribuyan al logro de los objetivos planteados.

3.1.3 Capacitación en el tema de calidad

EFORSALUD, pensando en fortalecer los conocimientos en la norma NTC 5555 y en temas de gestión de calidad al personal involucrado en la implementación y mejoramiento del Sistema, adelanto una serie de capacitaciones en los temas concernientes a la norma dirigidos por la practicante de Ingeniería Industrial, en compañía del Asesor Externo para la Implementación. De esta forma se logro que el talento humano de la Institución se consolide como un instrumento más de fortalecimiento para el Sistema, las capacitaciones y sensibilizaciones se realizaron durante toda la ejecución del proyecto.

A continuación se presenta la actividad, duración y asistentes del programa de capacitación implementado en EFORSALUD:

Tabla 1. Programa de Capacitación NTC 5555

ACTIVIDAD	DURACION	ASISTENTES
Capacitación NTC 5555- Conceptos básicos de la norma.	2 horas	Funcionario de cada actividad.
Capacitación NTC 5555- Principios de Calidad.	2 horas	Funcionario de cada actividad.
Capacitación NTC 5555- Identificación de los procesos del SGC, descripción y caracterización.	2 horas	Funcionario de cada actividad.
Capacitación NTC 5555- Planificación estratégica de la Calidad, clientes, objetivos y política de calidad.	2 horas	Funcionario de cada actividad.
Capacitación NTC 5555- planificación de la Realización del Servicio.	2 horas	Funcionario de cada actividad.

ACTIVIDAD	DURACION	ASISTENTES
Capacitación NTC 5555- Documentación del proceso de implementación del SGC.	2 horas	Funcionario de cada actividad.
Capacitación NTC 5555- Correlación entre requisitos de la norma y los documentos requeridos en el sistema de gestión de la calidad.	2 horas	Funcionario de cada actividad.
Capacitación NTC 5555- Indicadores de Gestión.	2 horas	Funcionario de cada actividad.
Capacitación NTC 5555- Administración del Riesgo en el SGC.	2 horas	Responsables de cada proceso
Socialización de Aplicación del procedimiento de Control de Documentos y Registros	2 horas	Responsables de cada proceso
Taller desarrollo de Control de Documentos y Registros	2 horas	Responsables de cada proceso
Socialización de Aplicación de procedimiento de Control de Producto no Conforme	2 horas	Responsables de cada proceso
Taller desarrollo de Control Producto no Conforme	2 horas	Responsables de cada proceso
Socialización de Aplicación de procedimiento de Auditorías Internas	2 horas	Audidores Internos
Taller desarrollo de plan de auditoría, lista de auditoría	2 horas	Audidores Internos
Taller desarrollo de informe de auditoría interna	2 horas	Audidores Internos
Sensibilización Procedimiento para Acciones Correctivas y Preventivas	2 horas	Todo el personal
Taller de Implementación de Acciones Correctivas y Preventivas por proceso	22 horas (2 horas para cada proceso)	Responsables de cada proceso

Fuente: Autora

Se tuvo participación activa de todos los funcionarios de la Institución, quienes creaban ejemplos, aportaban ideas y aplicaban la información suministrada a sus actividades diarias, para la mejora de las mismas.

Las capacitaciones, sensibilizaciones y talleres estuvieron a cargo del Consultor externo y de la practicante de Ingeniería Industrial de la Escuela de Estudios Industriales y Empresariales de la Universidad Industrial de Santander.

Las evidencias físicas de esta fase de capacitación y sensibilización se realizó mediante invitaciones a todos los funcionarios (Anexo b), Registro de Asistencia (Anexo c) y Registro de Evaluaciones (Anexo d).

4. DIAGNÓSTICO DEL S.G.C. DE LA INSTITUCIÓN

Este capítulo del proyecto hace referencia a la evaluación inicial del estado de la Institución respecto a los requisitos de la norma NTC 5555.

Antes de aplicar el formato del Diagnostico se dicto una sensibilización sobre la NTC 5555 a los miembros de la Institución. Con la aplicación de la encuesta se determino la percepción que tienen los miembros sobre el Sistema de Gestión de la Calidad.

Para ajustar el diagnostico se realizaron reuniones con funcionarios miembros del equipo de Calidad y con expertos en los diferentes elementos de la Norma con el fin de lograr que el diagnostico del sistema nos permitiera diseñar y formular el plan de implementación.

4.1 DEFINICIÓN DE INSTRUMENTOS

Los dos (2) instrumentos utilizados en la recolección y consolidación de la información requerida para establecer el nivel de avance del Sistema fueron los siguientes:

a) Lista de Chequeo: Su objetivo es el de evaluar el estado de cumplimiento de los numerales de la norma NTC 5555. Esta Lista refleja los requisitos que EFORSALUD debe cumplir en el proceso de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

b) Consulta mediante entrevista: Esta herramienta se trabajó por iniciativa de la autora del proyecto. Su objetivo es el de complementar mediante evidencias

Al combinar estos instrumentos se logra evaluar de forma profunda la percepción que tienen los empleados de la Institución sobre los diferentes aspectos que conforman el Sistema.

4.2 ESTRUCTURACION DE LA LISTA DE CHEQUEO

La Lista de chequeo retoma todos los requerimientos de la norma NTC 5555. Su estructuración se presenta según los capítulos de la norma, agrupados de la siguiente forma:

Tabla 2. Estructuración de la Lista de Chequeo

ID	REQUISITOS NTC 5555
1	4.1. Requisitos generales
2	5.1 Compromiso de la dirección de la Instituciones de Formación para el Trabajo
3	5.2. Enfoque al cliente
4	5.3. Política de la calidad en las Instituciones de Formación para el Trabajo
5	5.4.1 Objetivos de la Calidad
6	5.4.2. Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad en los establecimientos educativos
7	5.5.1 Responsabilidad y autoridad en las Instituciones de Formación para el trabajo
8	5.5.2. Representante de la Dirección en la Instituciones de Formación para el trabajo
9	5.5.3. Comunicación Interna en las Instituciones de Formación para el trabajo
10	5.6. Revisión por la dirección de las Instituciones de Formación para el trabajo
11	6.1. Provisión de los Recursos en las Instituciones de Formación para el trabajo
12	6.2.1. Generalidades
13	6.2.2. Competencia, Toma de conciencia y formación del Talento Humano de las Instituciones de Formación para el trabajo
14	6.3. Infraestructura en las Instituciones de Formación para el trabajo

ID	REQUISITOS NTC 5555
15	6.4. Ambiente de Trabajo en las Instituciones de Formación para el trabajo
16	7.1. Planificación de los servicios de Formación para el trabajo
17	7.3.1. Planificación
18	7.3.2. Elementos de entrada para el diseño y desarrollo
19	7.3.3. Resultados del diseño y desarrollo
20	7.3.4. Revisión del diseño y desarrollo
21	7.3.5. Verificación del diseño y desarrollo
22	7.3.6. Validación del diseño y desarrollo
23	7.3.7. Control de los cambios del diseño y desarrollo
24	7.4.1. Proceso de compras
25	7.4.2. Información de las compras
26	7.4.3. Verificación de los productos comprados
27	7.5.1. Control del proceso Educativo y de la Prestación del Servicio
28	7.5.2. Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio en las Instituciones de formación para el trabajo
29	7.5.3. Identificación y trazabilidad en las Instituciones de Formación para el trabajo
30	7.5.4. Propiedad del Cliente
31	7.5.5. Preservación del producto en la Instituciones de Formación para el trabajo
32	7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y medición en las Instituciones de Formación para el trabajo
33	8.1. Generalidades
34	8.2.1. Satisfacción del cliente
35	8.2.2. Auditoría Interna
36	8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos
37	8.2.4. Seguimiento y medición del servicio de Formación para el trabajo
38	8.3. Control de las No conformidades en los procesos de la Institución
39	8.4. Análisis de Datos
40	8.5.1. Mejora Continua
41	8.5.2. Acción Correctiva en las Instituciones de Formación para el trabajo
42	8.5.3. Acción Preventiva en las Instituciones de Formación para el trabajo

Fuente: Autora

La lista de chequeo se revisó y ajustó en su estructura, garantizando que su contenido comprendiera todo lo referente a los requisitos de la norma que aplican

en la mayor parte a la Institución. En la Figura 6 se puede observar el Aplicativo utilizado en la realización del diagnóstico.

Figura 6. Aplicativo para la realización del Diagnóstico

REQUISITOS NTC 5555	No.	FFOS CAIDAD	ASPECTOS POR EVALUAR	DOCUMENTACIÓN NECESARIA	TIPO	CRITERIOS DE CALIFICACIÓN	SITUACIÓN ACTUAL	DOCUMENTOS DISPONIBLES
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD								
4.1 Requisitos generales	1	Enfoque del sistema para la gestión	La institución no establece, documentado, implementado, se mantiene y se mejora continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad de acuerdo con los requisitos de la norma NTC 5555. Para impartir el SGC por procesos en la institución: a) Se determinan los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad. b) Se determina la secuencia e interacción de estos procesos. c) Se determinan los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de esos procesos sean eficaces. d) Se asegura de la disponibilidad de recursos e				D	
	2	Enfoque basado en los procesos		MAPA DE PROCESOS	D	R		MAPA Y CARACTERIZACIONES PROCESOS

Fuente: Autora

4.3 APLICACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO

Los días 18, 19 y 20 de febrero de 2009, se aplicó la Lista de Chequeo por parte de la practicante de Ingeniería Industrial de la Escuela de Estudios Industriales y empresariales de la Universidad Industrial de Santander, en las áreas de la Institución con el objetivo de definir el estado actual del sistema. Esta se direccionó especialmente en el área administrativa, siendo el lugar donde se desarrolla a cabalidad los procesos de la Institución.

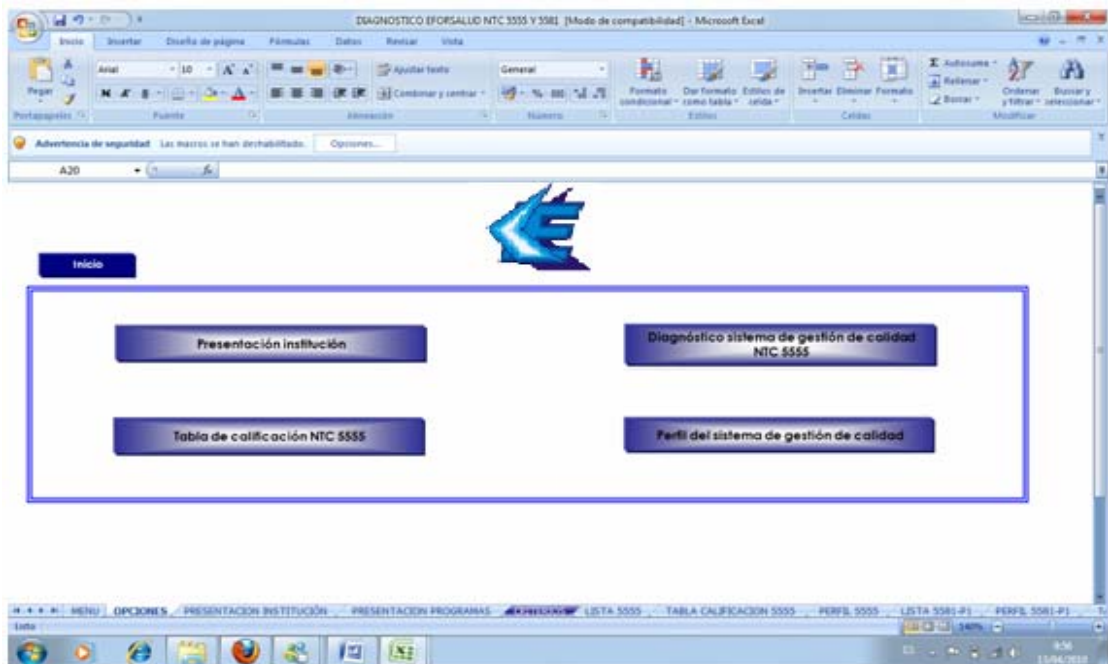
Esta actividad se combinó con la entrevista buscando:

- 1) Asegurar la certeza de información recolectada, aclarando cualquier duda presentada por el encuestado.
- 2) Recolectar toda la evidencia documental que apoyara la veracidad de la información recolectada.

4.4 CONSOLIDACION DE LA INFORMACION

Luego de recolectada la información, esta fue procesada en un libro de Excel, el cual se diseño como herramienta por parte de la autora del proyecto con el objetivo de facilitar el manejo, análisis e interpretación de la información recolectada. En la siguiente Figura muestra el menú de la Herramienta utilizada para la realización del diagnostico.

Figura 7. Libro Excel para el análisis de información



Fuente: Autora

A continuación se presenta los Criterios de Evaluación correspondiente a los siete (7) opciones de respuesta que tiene los encuestados para calificar a cada una de las preguntas formuladas en el Aplicativo del Diagnostico.

Tabla 3. Criterios de Evaluación

<i>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</i>		
CODIGO	DEFINICIÓN	PUNTAJE ASIGNADO
E	Exclusión: el requisito no es aplicable en el sistema de gestión de la calidad	-
N	No hay nada: No se ha establecido ninguna disposición	0
I	Enfoque informal: se han dado orientaciones verbales que no se encuentran formalizadas	1
F	Enfoque formal: se han establecido disposiciones claramente definidas pero no se han divulgado todavía	2
D	Despliegue: se han divulgado las disposiciones establecidas pero no se están aplicando todavía	3
R	Resultados: se están aplicando las disposiciones establecidas	4
M	Evaluación y mejora: hay madurez en la aplicación de las disposiciones que se evalúan y mejoran continuamente	5

Fuente: Autora

4.5 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En la Tabla 4. *Resultados del Diagnóstico*, se puede observar los resultados obtenidos de la evaluación al Sistema de Gestión de Calidad de EFORSALUD.

La Tabla presentada a continuación agrupa los resultados por numerales, proyectando los valores porcentuales (%) del cumplimiento de los requisitos establecidos por la norma, generando un resultado cuantitativo y cualitativo del Sistema.

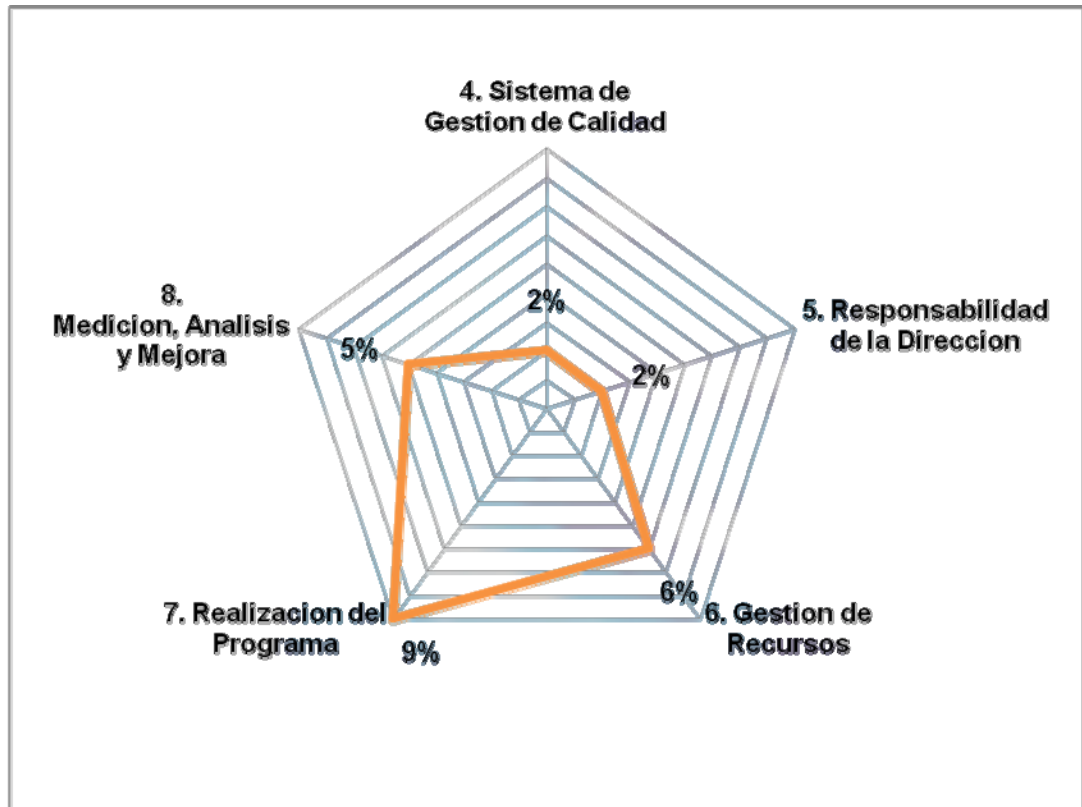
Tabla 4. Resultados del Diagnóstico

ID	REQUISITOS NTC 5555	TOTAL REQUISITOS	TOTAL REQUISITOS EVALUADOS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
1	4.1. Requisitos generales	5	5	8%
2	4.2.2. Manual de la calidad	1	1	0%
3	4.2.3. Control de los documentos	2	2	0%
4	4.2.4. Control de los registros	3	3	0%
5	5.1. Compromiso de la dirección	1	1	0%
6	5.2. Enfoque al cliente	1	1	0%
7	5.3. Política de la calidad	4	4	0%
8	5.4.1 Objetivos de la Calidad	3	3	0%
9	5.4.2. Planificación	2	2	0%
10	5.5.1. Responsabilidad y autoridad	2	2	0%
11	5.5.2. Representante de la Dirección	1	1	0%
12	5.5.3. Comunicación Interna	2	2	10%
13	5.6. Revisión por la dirección	2	2	10%
14	5.6.2. Información para la revisión	1	1	0%
15	5.6.3. Resultados de la revisión	1	1	0%
16	6.1. Provisión de Recursos	2	2	10%
17	6.2.1. Generalidades	1	1	0%
18	6.2.2. Competencia, Toma de conciencia y formación	5	5	0%
19	6.3. Infraestructura	1	1	20%
20	6.4. Ambiente de Trabajo	1	1	0%
21	7.1. Planificación de la realización del producto	4	4	10%
22	7.2.1. Determinación de los requisitos relacionados con el producto	3	3	13%
23	7.2.2. Revisión de los requisitos relacionados con el producto	3	3	0%
24	7.2.3. Comunicación con el cliente	1	1	20%
25	7.3.1. Planificación del diseño y desarrollo	3	3	20%
26	7.3.2. Elementos de entrada para el diseño y desarrollo	4	4	20%
27	7.3.3. Resultados del diseño y desarrollo	2	2	20%
28	7.3.4. Revisión del diseño y desarrollo	3	3	20%
29	7.3.5. Verificación del diseño y desarrollo	2	2	20%
30	7.3.6. Validación del diseño y desarrollo	3	3	20%
31	7.3.7. Control de cambios de diseño y desarrollo	4	4	20%

ID	REQUISITOS NTC 5555	TOTAL REQUISITOS	TOTAL REQUISITOS EVALUADOS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
32	7.4.1. Proceso de compras	4	4	0%
33	7.4.2. Información de las compras	2	2	0%
34	7.4.3. Verificación de los productos comprados	2	2	0%
35	7.5.1. Control de la producción y de la prestación del servicio	2	2	0%
36	7.5.2. Validación de los procesos de producción y de la prestación del servicio	3	3	0%
37	7.5.3. Identificación y trazabilidad	3	3	0%
38	7.5.4. Propiedad del Cliente	2	2	0%
39	7.5.5. Preservación del producto	3	3	0%
40	7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y de medición	8	8	0%
41	8.1. Generalidades	2	2	0%
42	8.2.1. Satisfacción del cliente	2	2	20%
43	8.2.2. Auditoria Interna	8	8	0%
44	8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos	3	3	0%
45	8.2.4. Seguimiento y medición del producto	3	3	7%
46	8.3. Control de producto no conforme	6	6	20%
47	8.4. Análisis de Datos	3	3	0%
48	8.5.1. Mejora Continua	1	1	0%
49	8.5.2. Acción Correctiva	3	3	0%
50	8.5.3. Acción Preventiva	3	3	0%
TOTAL		136	136	6%

Fuente: Autora

Figura 8. Resultados de la Encuesta



Fuente: Autora

De acuerdo a estos resultados dados por el diagnostico se establecieron los siguientes aspectos a mejorar:

Tabla 5. Análisis Cualitativo de los Resultados

Nº	REQUISITO	OBSERVACIONES
4.1	Requisitos Generales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Institución no tiene definido los procesos, pero se evidencia y por ende no muestran la interacción de los mismos. ▪ No existen criterios y métodos exhaustivos para asegurar que la operación y control de todas las actividades sea eficaz ▪ No se han definido indicadores que permitan evaluar la gestión del Proceso, ni mecanismos eficaces que permitan realizar seguimiento y medición.

Nº	REQUISITO	OBSERVACIONES
4.2	Requisitos de la Documentación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Institución no cuenta con Manual de Calidad, no hay evidencia de los procedimientos obligatorios requeridos por la norma. ▪ Existen algunos registros de las actividades, pero no existe un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención ni disposición final de los mismos ▪ Se identifican algunos de los requisitos del cliente en la prestación del servicio, pero no están definidos los mecanismos para verificar su cumplimiento.
5.1	Compromiso de la Dirección de las instituciones de Formación para el Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El Director está interesado en capacitar al personal en lo referente a la norma, y en aplicar talleres para su mejor asimilación.
5.4	Planificación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Institución no ha definido su Política ni Objetivos de Calidad. ▪ La Directiva, en su plan estratégico ha plasmado su misión, visión, valores, y estrategias para su cumplimiento, pero aun no cuenta con unos indicadores que ayuden a controlar y verificar su ejecución. ▪ Considerando que los requisitos del cliente no han sido plenamente definidos, los recursos que deben destinarse para asegurar el aumento de su satisfacción no han sido determinados eficazmente.
5.5	Responsabilidad, autoridad y comunicación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Institución ha definido su organigrama, no cuenta con el manual de funciones. ▪ La Institución ha designado como representante de la Dirección al Director General, quien está a la cabeza de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad. ▪ La Institución cuenta con canales de comunicación Interna definidos (teléfono, comunicaciones por escrito, reuniones, carteleras). Solo es indispensable documentar y parametrizar este procedimiento.
5.6	Revisión por la Dirección de las instituciones de Formación para el Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Institución, no tiene definida la metodología para realizar esta actividad.
6.1	Provisión de los recursos en las instituciones de Formación para el Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Institución no cuenta con una herramienta que le permita realizar esta actividad, por ende se hace indispensable la formulación del procedimiento y su puesta en marcha.

Nº	REQUISITO	OBSERVACIONES
6.2	Talento Humano en las Instituciones de Formación para el Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Institución no tiene definido las Competencia del personal de acuerdo a los criterios de educación, formación, habilidades y experiencia. ▪ La Institución no cuenta con un plan de capacitación, se hace necesario su formulación, mediante la participación de sus miembros con el ánimo de cubrir las áreas donde hayan falencias de formación.
7.1	Planificación de los servicios en las instituciones de Formación para el Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aunque existe cierta planificación para la ejecución de las actividades, no existe planificación por procesos para la prestación del servicio. ▪ La planificación de la prestación del servicio no es consistente con los requisitos de otros procesos debido a que éstos no han sido definidos aún.
7.2	Procesos relacionados con el cliente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Institución a través de sus medios de comunicación interna comunica los requisitos relacionados con el servicio a prestar. ▪ El Director revisa previamente los requisitos antes de comprometerse a prestar un servicio, este procedimiento no se encuentra documentado. ▪ La Institución dispone de varios canales de comunicación con el cliente, sin embargo hay que documentar esta actividad. ▪ No existe un mecanismo eficaz para el tratamiento de Sugerencias, quejas, y Reclamos por parte del cliente.
7.3	Diseño y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Institución cuenta con la metodología para efectuar durante diseño y/o desarrollo del servicio, sin embargo hay que documentar esta actividad.
7.4	Compras	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Institución ha clasificado a sus proveedores, pero no hay evidencia de haber realizado una selección y evaluación de estos. ▪ La Institución no ha documentado el proceso de compras, ni la verificación del producto comprado, es por ello que en ocasiones se presentan problemas con los productos comprados
7.5	Producción y/o prestación del servicio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En la Institución no está definida la forma de Validar la producción y/o prestación del servicio. ▪ La Institución cuenta con su portafolio de servicios donde se encuentran identificados todos sus productos y servicios. ▪ Considerando que la planificación de las condiciones controladas es deficiente, la prestación del servicio no siempre tiene lugar bajo estas condiciones.

Nº	REQUISITO	OBSERVACIONES
7.6	Control de los dispositivos de seguimiento y medición	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Institución no ha identificado los dispositivos de medición, ni diseñado su respectivo control.
8.2	Seguimiento y medición	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En la Institución no se realiza la evaluación de satisfacción del cliente. ▪ En la Institución no hay evidencia de la realización de auditorías internas, se pretende capacitar al personal en el tema para su posterior realización. ▪ La Institución no cuenta con indicadores para medir los procesos y niveles de esta. ▪ En la Institución no se ha estandarizado la forma de cómo realizar el seguimiento y la medición de los procesos y del servicio prestado.
8.3	Control del producto no conforme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En la Institución no se ha establecido el tratamiento para el servicio no conforme. ▪ Las no conformidades que son identificadas, en la mayoría de los casos son menores y es posible corregirlas en forma inmediata. En caso de que se presenten no conformidades graves, no están definidas las acciones a seguir.
8.4	Análisis de Datos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se ha implementado un Sistema de Gestión de Calidad en EFORSALUD, por lo tanto no existen datos para analizar ni para demostrar su eficacia como herramienta para la mejora continua. ▪ La Institución, al no haber realizado ningún tipo de evaluación a la prestación del servicio, la satisfacción del cliente y sus proveedores, no ha generado la información para esta actividad.
8.5	Mejora	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No existe un procedimiento que especifique el tratamiento que debe seguirse cuando existe una no conformidad. Cuando aparecen no conformidades se hacen las correcciones necesarias pero no se analizan las causas. Al implementar las correcciones se verifica que haya solucionado la situación, sin embargo, no se hace una revisión estructurada ▪ En la Institución no se encontraron evidencias de la formulación de Acciones correctivas y preventivas.

Fuente. Autora

5. PLANEACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA

5.1 PLAN DE DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN

El Plan de Diseño e Implementación (Anexo e), se convierte en una herramienta que le permite a la Institución determinar las tareas, los recursos necesarios, y los tiempos de ejecución. Para el Comité de Calidad el Plan se convierte en un instrumento para el análisis y seguimiento a la implementación del Sistema.

El documento elaborado tomó como insumo clave el informe de Diagnóstico mencionado en el capítulo anterior, al momento de ser incorporado como una guía, ayuda a determinar el estado actual con respecto al cumplimiento de los requisitos de la norma, generando así el plan de acción de las actividades necesarias para suplir las falencias presentadas al interior de la Institución.

El Plan de Diseño e Implementación contiene las fases que dan forma al proyecto y a partir de ellas se describen las actividades que se deberán desarrollar para alcanzar el propósito de cumplir con los requisitos establecidos por la NTC 5555.

Este plan fue diseñado por la autora del proyecto con la orientación de los miembros del Comité de Calidad.

5.2 SOCIALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y APROBACIÓN DEL PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

En reunión con el Comité de Calidad de EFORSALUD desarrollada el día 26 de Febrero de 2009 se socializó los resultados arrojados por el Diagnóstico y el Plan

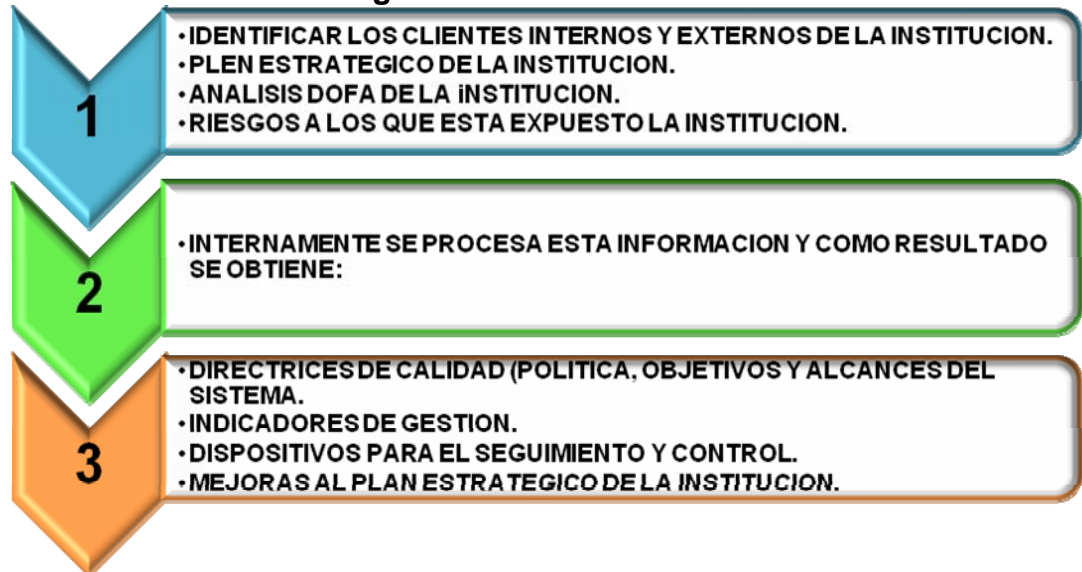
de Diseño e implementación con el ánimo de precisar detalles y aclarar inquietudes.

Después de su análisis, y corrección, el día 3 de Marzo de 2009 se socializó con los demás integrantes de la Institución estos documentos, quienes de igual forma aportaron sugerencias para el mejoramiento de los mismos y del logro de los objetivos propuestos.

5.3 ALCANCE, POLÍTICA Y OBJETIVOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

EFORSALUD, enfocada en su necesidad de satisfacer las expectativas y necesidades de sus clientes, y en cumplimiento por lo establecido en la norma, diseñó su política de calidad, la cual al ser incorporada a su Plan Estratégico (Misión, Visión y Directrices Organizacionales), hace que este se convierta en una valiosa herramienta para lograr así adaptarse a las condiciones cambiantes de su entorno. Las políticas de la Alta Dirección, tienen productos muy definidos como son la Política de Calidad y los Objetivos de Calidad, al igual que las directrices necesarias para que estas se cumplan.

Figura 9. Planificación Estratégica del Sistema



Fuente: Autora

En Reunión del Comité de Calidad de EFORSALUD, del 4 al 8 de Mayo de 2009 se definió el Alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, la Política de Calidad de la empresa, los Objetivos de la Calidad y los Indicadores que medirían su cumplimiento.

5.3.1 Análisis DOFA de la Institución

El análisis DOFA es una herramienta utilizada para la formulación y evaluación de estrategias; las Fortalezas y Debilidades son factores internos de la institución, que crean o destruyen valor, y las Oportunidades y Amenazas son factores externos, y como tales están fuera del control de la Institución.

A continuación se mencionan:

FORTALEZAS

- Reconocimiento a nivel regional en la formación de personas competentes
- Infraestructura y logística adecuada para la formación de personas
- Personal comprometido en la ejecución de sus funciones
- Director General con 15 de años de experiencia en el sector de la educación

DEBILIDADES

- No hay diversificación de programas
- Falta de delegación y asignación de funciones a responsables
- Falta definir la contratación laboral con el personal docente
- Fortalecimiento de convenios interinstitucionales

AMENAZAS

- Ser retirados de los convenios de forma unidireccional
- La falta de actualización del software que se tiene como sistema de información en la Institución.
- Posibles reglamentaciones emitidas por el ministerio.

OPORTUNIDADES

- Vulnerabilidad de la competencia
- Alianza con instituciones de educación superior y media vocacional

- Tener acceso a los beneficios que brinda el ICETEX a los estudiantes gracias a la certificación del SGC.

5.3.2 Alcance del Sistema

El Alcance del Sistema incluye los servicios con los cuales EFORSALUD se certificará y con base a ellos se desarrolló el Sistema de Gestión de la Calidad. El alcance se definió así:

“Diseño y prestación de servicios de educación y formación para el trabajo y desarrollo humano en los siguientes programas:

- Técnico Laboral en Auxiliar en Enfermería
- Técnico Laboral en Atención y Educación a la Primera Infancia
- Técnico Laboral en Auxiliar en Salud Oral
- Técnico Laboral en Cosmetología y Estética Integral
- Técnico Laboral en Mantenimiento de Hardware”

Dentro del Sistema de Gestión de la Calidad implementado en EFORSALUD se excluye el numeral 7.6 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICION EN LAS INSTITUCIONES DE FORMACION PARA EL TRABAJO de la Norma NTC 5555.

5.3.3 Política de Calidad

EFORSALUD, formuló su política de calidad manteniendo los lineamientos expresados en su Misión y Visión Institucional; su formulación se llevó a cabo mediante construcción colectiva, es decir, contó con la participación de sus

empleados, sin olvidar el enfoque de sus clientes (necesidades, expectativas, etc.) y la creación de una cultura de mejora continua.

La metodología utilizada para la creación de la Política de Calidad fue la Matriz de Necesidades del Cliente Vs. Necesidades de la Institución, esto con el objetivo de asegurar que la Política de Calidad adoptada por EFORSALUD garantizara la satisfacción de sus clientes y el cumplimiento de su misión institucional, desarrollando un mejoramiento continuo en sus procesos, logrando así un reconocimiento a nivel regional, nacional e internacional.

En entrevista con algunos de los grupos de interés de la Institución (estudiantes y sector productivo) se identificaron sus principales expectativas y necesidades respecto a los servicios ofrecidos por la Institución. En la siguiente tabla se evidencian estos aspectos:

Tabla 6. Necesidades del Cliente

NECESIDADES DEL CLIENTE	
1	Adquirir competencia y desarrollo integral de su persona
2	Interactuar con el sector productivo antes y después de su grado
3	Procesos administrativos organizados y ordenados
4	Calidad en Recursos humanos, técnicos y de Infraestructura
5	Espacios extracurriculares
6	Ser participante activo en el mejoramiento de los procesos
7	Egresados competentes e integrales
8	Mecanismos de Financiación

Fuente. Autora

De igual forma en entrevista con los miembros de las diferentes áreas de la Institución se definieron sus necesidades, las cuales se presentan a continuación:

Tabla 7. Necesidades de la Institución

NECESIDADES DE LA INSTITUCION	
1	Egresados competentes integrales Pensum enfocados
2	Reconocimiento de la Entidad
3	Personal administrativo competente
4	Procesos de calidad
5	Infraestructura adecuada
6	Estabilidad económica
7	Convenios Interinstitucionales
8	Seguimiento a egresados

Fuente. Autora

La Matriz de Necesidades del Cliente Vs. Necesidades de la Institución se alimentó con esta información y mediante la utilización de unos criterios generales de calificación, permitieron determinar la relación que existía entre las necesidades de los clientes con los de la Institución. En la Tabla 8 se relaciona los criterios utilizados.

Tabla 8. Criterios de Calificación


CRITERIOS	CALIFICACION
Ninguna Relación	0
Baja Relación	1
Media-Baja relación	2
Mediana Relación	3
Media-Alta Relación	4
Alta Relación	5

Fuente. Autora

En Reunión del Comité de Calidad y el Asesor Externo se presentaron las necesidades y criterios de Evaluación para el diligenciamiento de la Matriz, obteniendo los resultados que determinarían las variables a tener en cuenta para la construcción de la Política de Calidad de EFORSALUD.

Cuando se culminó el desarrollo de la matriz, se estudiaron los puntajes más altos y de acuerdo a estos se establecieron las variables a tener en cuenta para la definición de la política de calidad de EFORSALUD.

Tabla 9. Matriz de Necesidades del Cliente Vs. Necesidades de la Institución

		NECESIDADES DEL CLIENTE								TOTAL	
		1	2	3	4	5	6	7	8		
		Adquirir Competencia Desarrollo integral de su persona	Interactuar con el sector productivo antes y después de su grado - Reconocimiento en el mercado laboral como egresado de Eforsalud	Procesos administrativos ordenados	Recursos humanos, técnicos y de infraestructura	Espacios extracurriculares	Ser participante activo en el mejoramiento de los procesos	Egresados competentes y suficientes	Mecanismos de financiación		
NECESIDADES DE LA ORGANIZACIÓN - EMPRESA	1	Egresados competentes e integrales - Pensum enfocados	5	3	0	0	3	3	5	0	19
	2	Entidad reconocida	4	5	2	1	1	1	4	3	21
	3	Personal administrativo competente	5	4	4	5	0	3	4	2	27
	4	Procesos de calidad	5	5	5	5	2	4	5	2	33
	5	Infraestructura adecuada	5	4	5	5	5	3	3	3	33
	6	Estabilidad económica	5	5	5	5	5	5	5	5	40
	7	Convenios interinstitucional	5	5	3	4	4	3	4	4	32
	8	Seguimiento a egresados	4	4	2	1	3	4	4	3	25
TOTAL			38	35	26	26	23	26	34	22	

Fuente. Autora

A continuación se presenta la Política de Calidad de EFORSALUD publicada al interior de la Institución:

“La Corporación Educativa de Colombia-EFORSALUD, orienta sus servicios al desarrollo de personas integrales, competentes a los requerimientos y reconocimiento del sector productivo, en consonancia con el proyecto institucional,

para así lograr la satisfacción de las necesidades de sus clientes mediante el uso eficiente y eficaz de sus recursos y el mejoramiento continuo de sus procesos”

5.3.4 Objetivos de Calidad

EFORSALUD con el fin de dar cumplimiento y determinar la pertinencia de la Política de Calidad se establecieron los siguientes Objetivos de Calidad:

- Asegurar la competencia y desarrollo integral de sus estudiantes.
- Asegurar la interacción del estudiante con el Sector Productivo antes y después de su grado
- Garantizar en forma adecuada y pertinente el apoyo al desarrollo y mejoramiento de todos los procesos de la institución, especialmente de los misionales.
- Proporcionar a nuestros clientes productos y servicios en los tiempos requeridos, acorde a sus necesidades
- Gestionar el desarrollo de competencias de todo su personal para garantizar la calidad de los servicios ofrecidos por la institución.
- Fortalecer canales de comunicación entre los diferentes actores de la comunidad educativa que permitan una identificación permanente de las necesidades de los clientes y oportunidades de mejora.

6. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA

6.1 IDENTIFICACIÓN E INTERACCIÓN DE LOS PROCESOS

6.1.1 Identificación de los Procesos

Continuando con la Fase de Diseño, el equipo de trabajo de EFORSALUD manejando el concepto de *Enfoque basado en Procesos* adquirido durante las capacitaciones y base fundamental de la norma, identificó y definió los diferentes procesos que conforman el Sistema de Gestión de Calidad. Esta identificación se realizó mediante el desarrollo de talleres donde cada uno de los empleados relacionaba las funciones que realizaban diariamente, que permitieron la caracterización preliminar de los procesos basados en la NTC 5555.

Los procesos identificados se clasificaron en tres (3) categorías básicas, las cuales son:

- **Procesos Estratégicos (Gerenciales):** Incluyen procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios y revisiones por la Dirección.
- **Procesos Misionales (Realización del Servicio):** Incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la Institución en el cumplimiento de su razón social o Misión. Estos procesos tienen un impacto directo sobre el cliente, creando valor para éste.

- **Procesos de apoyo (Soporte):** Son los procesos, que como su nombre lo indica, apoyan a los demás procesos de la Institución. Incluyen todos aquellos procesos para la provisión de los recursos que son necesarios en los procesos estratégicos y misionales.

Figura 10. Clasificación de los Procesos



Fuente: Autora

A continuación se muestran los procesos identificados en EFORSALUD, clasificados según los grupos mencionados anteriormente:

Tabla 10. Procesos del Sistema

PROCESOS	OBJETIVO
ESTRATÉGICOS	
GESTIÓN GERENCIAL	Garantizar el cumplimiento de la Misión. Visión y Políticas Institucionales para lograr un direccionamiento estratégico de la Institución
GESTIÓN DE CALIDAD	Determinar y mantener el Sistema de Gestión de la Calidad, conforme a las disposiciones planificadas, con los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2000 y NTC 5555 y los establecidos en la Institución
MISIONALES	

PROCESOS	OBJETIVO
GESTION COMERCIAL	Diseñar y ejecutar políticas para la gestión comercial, mercadeo de programas académicos de EFORSALUD para aumentar el número de estudiantes de la institución.
DISEÑO DE PROGRAMAS DE FORMACIÓN	Diseñar y ajustar programas académicos para desarrollar en nuestras estudiantes competencias laborales específicas relacionadas con las áreas de desempeño de los sectores productivos.
ADMISION Y MATRICULA DE ESTUDIANTES	Garantizar que las actividades de admisión de aspirantes y de matrículas se realicen de forma oportuna y confiable de acuerdo a las fechas
SERVICIO EDUCATIVO Y FORMATIVO	Ejecutar actividades académicas, herramientas e instrumentos orientados a la formación de personas competentes que logren desempeñarse en el sector productivo.
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A EGRESADOS	Realizar el seguimiento y evaluación a egresados de EFORSALUD con el fin de actualizar los programas de Formación según las necesidades del sector productivo.
APOYO	
GESTIÓN DE COMPRAS	Asegurar que las compras de insumos o servicios que tengan efecto sobre la calidad del servicio o en los procesos de prestación del servicio, cumplan con los requisitos especificados por los clientes y la Institución
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	Coordinar las actividades de selección, inducción, capacitación y administración de todo el personal de la Institución asegurando personas integra, competentes y comprometidas al cumplimiento de la misión.
GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS	Identificar, suministrar y mantener los recursos físicos y tecnológicos necesarios para el funcionamiento normal de los procesos o requerimientos de la institución y su comunidad.
GESTIÓN CONTABLE Y FINANCIERA	Garantizar la disponibilidad y confiabilidad de la información contable de acuerdo a

PROCESOS	OBJETIVO
	los recursos financieros de la Institución.

Fuente: Autora

6.1.2 Interacción de los Procesos

El éxito de EFORSALUD depende no solo de cómo realiza cada área sus procesos, sino también el cómo se coordina estos procesos entre sí. Las nuevas políticas administrativas buscan maximizar los intereses de la Institución, minimizando los intereses propios de cada una de las áreas, desarrollando un análisis con el Comité de Calidad y con cada uno de los empleados que intervienen en la ejecución de cada proceso, y teniendo en cuenta elementos como el flujo de información, la definición de cada uno de los procesos, los recursos utilizados y sus proveedores internos y externos se logró determinar la interacción entre ellos, la cual se observa en la siguiente tabla:

Tabla 11. Interacción de los procesos

PROCESOS	CLIENTE	G. Gerencial	G. de Calidad	G. Comercial	Diseño de Programas de Formación	Admisión y Matricula de Estudiantes	S. Educativo y Formativo	Seguimiento y Evaluación a Egresados	G. de Recursos Humanos	G. de Recursos Físicos y Tecnológicos	G. de Compras	G. Contable y Financiera
PROVEEDOR												
G. Gerencial			x	x	x	X	X	x	x	X	x	x
G. de Calidad		x		x	x	X	X	x	x	X	x	x
G. Comercial		x	x		x	X						
Diseño de Programas de Formación		x	x			X	x	x				
Admisión y Matricula de Estudiantes		x	x	x			x	x				
Servicio Educativo y		x	x	x	x	x		x	x	X	x	x

PROCESOS	CLIENTE	G. Gerencial	G. de Calidad	G. Comercial	Diseño de Programas de Formación	Admisión y Matriculación de Estudiantes	S. Educativo y Formativo	Seguimiento y Evaluación a Egresados	G. de Recursos Humanos	G. de Recursos Físicos y Tecnológicos	G. de Compras	G. Contable y Financiera
Formativo												
Seguimiento y Evaluación a Egresados		x	x	x	x	X						
G. de Recursos Humanos		x	x		x		x					
G. de Recursos Físicos y Tecnológicos		x	x	x	x	X	x	x	x		x	x
G. de Compras		x	x	x	x	X	x	x	x	X		x
G. Contable y Financiera		x	x			X	x		x			

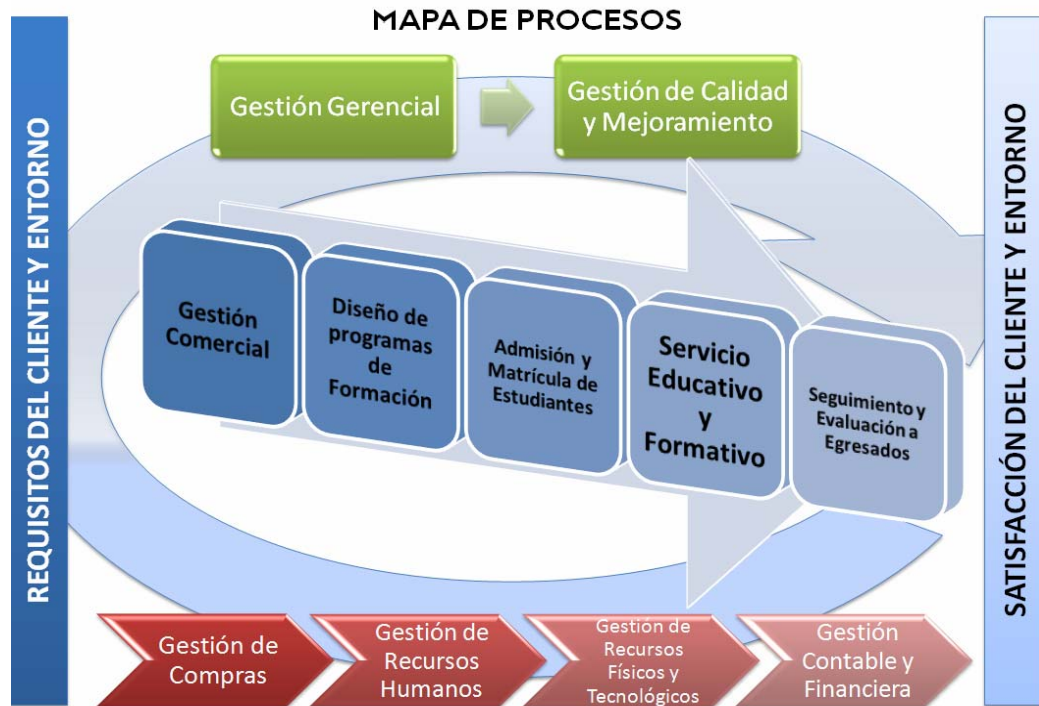
Fuente: Autora

6.1.3 Mapa de Procesos

Para EFORSALUD el Mapa de Procesos se crea como una herramienta gráfica que representa los procesos estratégicos, misionales y de apoyo con sus respectivas interacciones formando una cadena de valor y facilitando así la visualización del enfoque basado en procesos y de todas las actividades que se realizan en la Institución para la prestación del servicio.

En la Figura 11 puede observarse el Mapa de procesos de EFORSALUD en el cual se identificaron 11 procesos, fue socializado al Comité de Calidad y demás empleados, quienes manifestaron su aprobación y total respaldo.

Figura 11. Mapa de Procesos



Fuente: Autora

6.1.4 Caracterización de los Procesos

La caracterización tiene como objetivo primordial identificar cada uno de los procesos, saber cómo debe ser su orientación para brindar total satisfacción al cliente, identificando los proveedores, la entradas, las actividades, las salidas y los beneficiarios de estas, los recursos necesarios, el seguimiento y medición, los documentos y registros utilizados y los requisitos del cliente, legales e institucionales.

Los procesos de EFORSALUD se caracterizaron con la orientación de los Responsables de los procesos y el Comité de Calidad, quedando consignados en

el Manual de Calidad (Anexo f). Esta actividad fue realizada durante los meses de Junio y Julio de 2009.

Para la elaboración de las caracterizaciones se realizaron reuniones con los responsables de los procesos quienes de acuerdo a sus actividades generaban ideas para la construcción de la misma. Se definió por pasos los componentes de la caracterización, se definió como primer y segundo paso el objetivo y el alcance, de tercero las salidas y beneficiarios, como cuarto las entradas, el quinto fue el recurso humano y el recurso físico, como sexto fueron las actividades, como séptimo el seguimiento y medición y por ultimo documentos, registros y requisitos.

Para definir y comprender claramente la interrelación y la secuencia de los procesos se definió por colores donde se relacionaban los proveedores con las entradas y las salidas con los clientes (beneficiarios), el diseño de la caracterización fue creación de la autora del proyecto, lo cual facilito la comprensión por parte de todos los empleados.

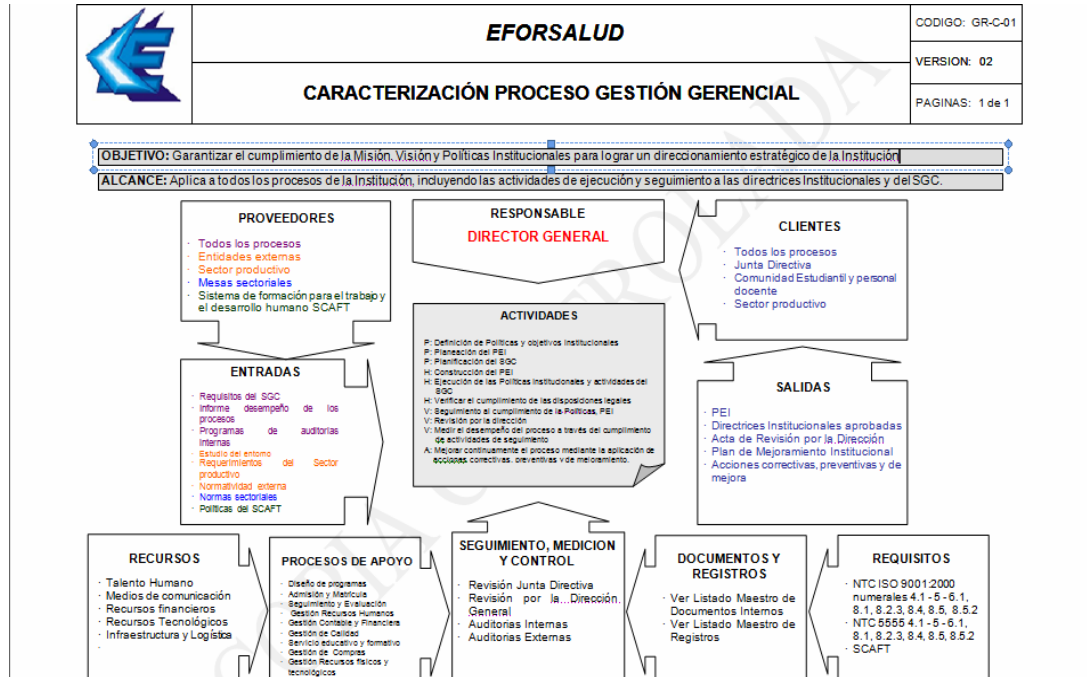
La caracterización de cada proceso tiene los siguientes componentes:

- **Objetivo:** Define el propósito general del proceso.
- **Alcance:** Describe a nivel macro la cobertura de las actividades que comprenden el proceso.
- **Proveedores:** Organización o persona que proporciona un producto. Pueden ser entes externos o procesos internos.
- **Entradas:** Información, documentos o elementos necesarios para la realización de las actividades propias del proceso.
- **Actividades:** Conjunto de transformaciones que se llevan a cabo sobre las entradas del proceso y que generan salidas.

- **Salidas:** Información, documentos o elementos transformados requeridos en otras actividades propias, otros procesos o entes externos.
- **Clientes:** Organización o persona que recibe un producto. Pueden ser clientes y entes internos o externos.
- **Recursos:** Elementos requeridos para el desarrollo del proceso, pueden ser recursos físicos, software, etc.
- **Responsable:** Persona encargada del proceso.
- **Procesos de Apoyo:** Procesos que intervienen, son soporte para la ejecución de las actividades.
- **Seguimiento, Medición y Control:** Son aquellas herramientas o actividades que permiten realizar seguimiento de la eficacia del Proceso.
- **Documentos y Registros:** Son todos aquellos documentos y registros que pertenecen al proceso para la realización de las actividades.
- **Requisitos:** Son requerimientos legales, del Cliente e Institucionales que rigen el proceso o hay que tener en cuenta para la realización de las actividades del mismo.

Para la caracterización de los procesos de EFORSALUD se diseñó e implementó el formato *Caracterización de los Procesos*, el cual se observa en la Figura 12.

Figura 12. Formato caracterización de procesos



Fuente: Autora

6.2 INDICADORES DE GESTIÓN

En la caracterización de un proceso se enuncia que puede remitirse al Listado de los indicadores, para los cuales se creó una herramienta en Excel diseñada por la autora del proyecto para facilitar el cálculo, seguimiento y control de los mismos.

Los Indicadores de Gestión se desprenden de cada uno de los Objetivos de calidad y tiene como propósito medir y verificar el cumplimiento de los compromisos adquiridos en el SGC, definidos en la Política de calidad.

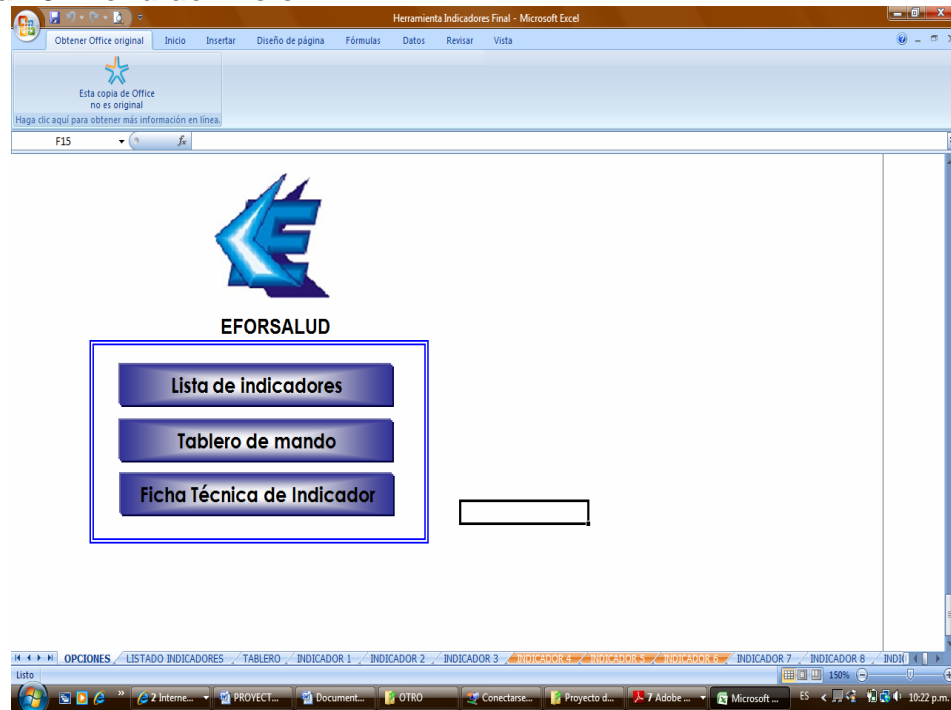
La herramienta consta de 3 componentes:

1. Listado de Indicadores

2. Tablero de Mando
3. Ficha Técnica de cada Indicador

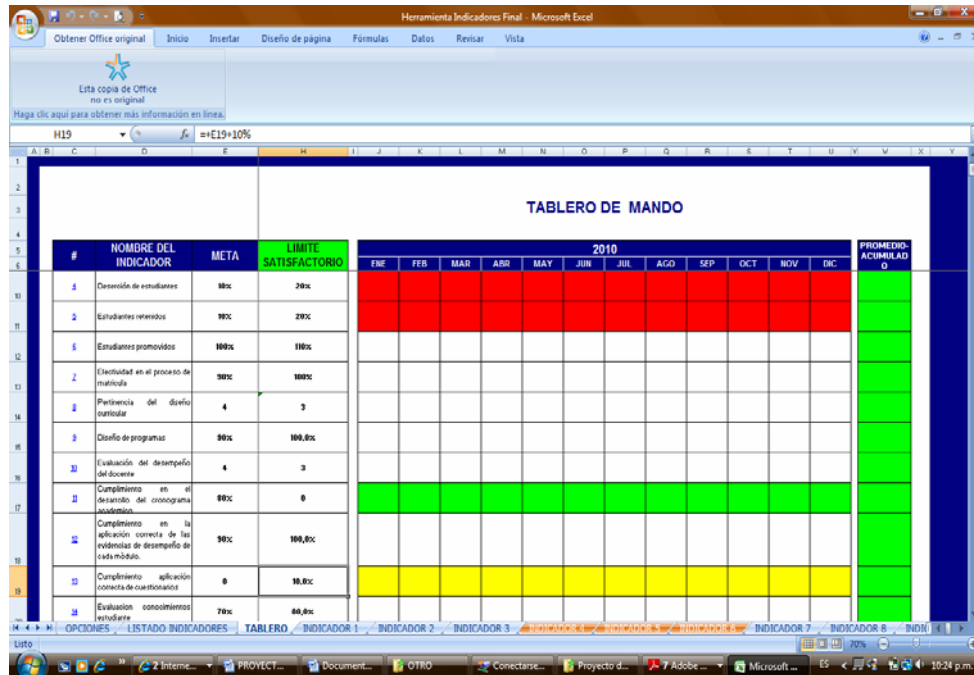
En la Figura 13 se muestra la herramienta:

Figura 13. Menu de Inicio



Fuente. Autora

Figura 14. Tablero de Mando



Fuente. Autora

En la herramienta cada indicador tiene establecido los siguientes parámetros:

- Numero consecutivo del Indicador
- Nombre del Proceso
- Directriz de Calidad
- Objetivo de Calidad
- Nombre del Indicador
- Tipo de Indicador
- Objetivo del Indicador
- Formula
- Unidad de Medida
- Meta
- Sentido
- Frecuencia de Medición

- Fuente de Información
- Responsable de Medición
- Responsable del Análisis

En la tabla 12 se describen los indicadores de gestión de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad y su relación con los objetivos de calidad propuestos.

Tabla 12. Listado de Indicadores de Gestión

TABLERO

LISTADO DE INDICADORES DE GESTIÓN

No.	NOMBRE DEL PROCESO	DIRECTRIZ DE CALIDAD	OBJETIVO DE CALIDAD	NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	FORMULA	UNIDAD DE MEDIDA	META	FREC DE M
1	Gestión Gerencial	Mejoramiento continuo de sus procesos	Garantizar en forma adecuada y pertinente el apoyo al desarrollo y mejoramiento de todos los procesos de la institución, especialmente de los misionales.	Oportunidad en la toma de una decision por parte de la direccion basado en los Resultados de las Revisiones por la Direccion	Eficiencia	Evaluar el grado de oportunidad en la toma de desiciones	No. de dias transcurridos desde el momento en que se presento el informe hasta el momento de implementar la decision	Dias	3	Semes

2	Gestión Gerencial	Mejoramiento continuo de sus procesos	Garantizar en forma adecuada y pertinente el apoyo al desarrollo y mejoramiento de todos los procesos de la institución, especialmente de los misionales.	Eficacia en la ejecución del plan estratégico	Eficacia	Evaluar la eficacia en la implementación de las estrategias establecidas	No. de estrategias ejecutadas eficazmente/ No. Total de Estrategias	Porcentaje(%)	90%	Semes
3	Gestión Comercial	Satisfacción de las necesidades de sus clientes	Proporcionar a nuestros clientes productos y servicios en los tiempos requeridos, acorde a sus necesidades	Efectividad de telemarketing	Efectividad	Determinar la efectividad del proceso de telemarketing	No. de inscritos x100/ No. de llamadas totales por programas	Porcentaje(%)	80%	Me
4	Servicio Educativo y Formativo	Orienta sus servicios al desarrollo de personas íntegras	Asegurar la competencia y desarrollo integral de sus estudiantes.	Deserción de estudiantes	Eficacia	Medir los estudiantes que desertaron durante el semestre	No. de estudiantes retirados *100/ Total de estudiantes matriculados	Porcentaje(%)	10%	ser
5	Servicio Educativo y Formativo	Orienta sus servicios al desarrollo de personas íntegras	Asegurar la competencia y desarrollo integral de sus estudiantes.	Estudiantes retenidos	Eficacia	Medir los estudiantes retenidos frente a los que se matricularon en el semestre	Numero de estudiantes retenidos*100/ Total de estudiantes matriculados	Porcentaje(%)	10%	Semes

6	Servicio Educativo y Formativo	Orienta sus servicios al desarrollo de personas integras	Asegurar la competencia y desarrollo integral de sus estudiantes.	Estudiantes promovidos	Eficacia	Medir los estudiantes que se promovieron frente a los que se matricularon en el semestre	No. de estudiantes promovidos*100/ Total de estudiantes matriculados	Porcentaje(%)	100%	Semes
7	Admision y matricula	Orienta sus servicios al desarrollo de personas integras	Asegurar la competencia y desarrollo integral de sus estudiantes.	Efectividad en el proceso de matricula	Efectividad	Verificar que la totalidad de estudiantes inscritos culminen el proceso de matricula	Total de estudiantes matriculados *100/ Total de estudiantes inscritos	Porcentaje(%)	90%	Ser
8	Diseño de Programas de Formación	Orienta sus servicios al desarrollo de personas integras	Asegurar la competencia y desarrollo integral de sus estudiantes	Pertinencia del diseño curricular	Efectividad	Medir la pertinencia del diseño curricular frente a las necesidades del sector productivo	Resultado obtenido de la evaluacion del diseño curricular	Indice	4	Semes
9	Diseño de Progrmas de Formación	Orienta sus servicios al desarrollo de personas integras	Asegurar la competencia y desarrollo integral de sus estudiantes	Diseño de programas	Eficacia	Evaluar la efectividad en el Diseño de Programas	Programas aprobados x100/ Total de programas diseñados	Porcentaje(%)	90%	Anu
10	Servicio Educativo y Formativo	Mediante el uso eficiente y eficaz de los recursos	Gestionar el desarrollo de competencias de todo su personal para garantizar la calidad de los servicios ofrecidos por la institución.	Evaluación del desempeño del docente	Eficacia	Medir el desempeño de los docentes frente a las competencias requeridas por la Institucion	Resultado de evaluacion de desempeño	Indice	4	Semes

11	Servicio Educativo y Formativo	Orienta sus servicios al desarrollo de personas integras	Asegurar la competencia y desarrollo integral de sus estudiantes	Cumplimiento en el desarrollo del cronograma académico	Eficacia	Verificar el cumplimiento del cronograma académico	Actividades ejecutadas durante el periodo académico *100/ Total actividades programadas	Porcentaje(%)	80%	Semes
12	Servicio Educativo y Formativo	Orienta sus servicios al desarrollo de personas integras	Asegurar la competencia y desarrollo integral de sus estudiantes	Cumplimiento en la aplicación correcta de las evidencias de desempeño de cada módulo.	Eficacia	Cumplimiento correcto de Listas de chequeo en la evaluación de desempeño del estudiante por parte del docente	No de listas de chequeo aplicadas correctamente*100/ total de Listas de Chequeo	Porcentaje(%)	90%	Cada término Form
13	Servicio Educativo y Formativo	Orienta sus servicios al desarrollo de personas integras	Asegurar la competencia y desarrollo integral de sus estudiantes	Cumplimiento aplicación correcta de cuestionarios	Eficacia	Cumplimiento en la aplicación correcta de los cuestionarios de conocimiento de cada módulo(la definición de una lista de chequeo)	Cumplimiento en los criterios de las evaluaciones de conocimiento	Indice		Cada término Form
14	Servicio Educativo y Formativo	Orienta sus servicios al desarrollo de personas integras	Asegurar la competencia y desarrollo integral de sus estudiantes	Evaluación conocimientos estudiante	Eficacia	Evaluar los conocimientos del estudiante de último semestre, frente a los requerimientos académicos de la institución.	No. Estudiantes que aprueban*100/Total de estudiantes que presentan la evaluación	Porcentaje(%)	70%	Semes

15	Gestión Comercial	Satisfacción de las necesidades de sus clientes	Proporcionar a nuestros clientes productos y servicios en los tiempos requeridos, acorde a sus necesidades	Indice de crecimiento en las matriculas	Efectividad	Medir el crecimiento de los estudiantes matriculados por programa	(Estudiantes semestre actual - estudiantes semestre anterior)/estudiantes semestre anterior*100	Porcentaje(%)	Estetica=25% Salud Oral= 25% Preescolar=50% Enfermeria= 10% Sistemas=5%	Semes
16	Gestión Comercial	Satisfacción de las necesidades de sus clientes	Proporcionar a nuestros clientes productos y servicios en los tiempos requeridos, acorde a sus necesidades	Programas con mayor aceptación en Instituciones de Educacion para el trabajo y desarrollo humano	Efectividad	Identificar los programas con éxito en las Instituciones de educacion para el trabajo y desarrollo humano	No de Programas con éxito	Unidad	2	Semes
17	Gestion de Calidad	Mejoramiento continuo de sus procesos	Garantizar en forma adecuada y pertinente el apoyo al desarrollo y mejoramiento de todos los procesos de la institución, especialmente de los misionales.	Eficacia de Acciones de Mejoramiento (Preventivas, Correctivas y Planes de Mejora)	Eficacia	Evaluar la eficacia de las acciones tomadas para fortalecer el SGC	Acciones Eficaces*100/Total de Acciones	Porcentaje(%)	80%	Trimes

18	Gestion de Compras	Mediante el uso eficiente y eficaz de los recursos	No aplica	Eficacia en las compras	Eficacia	Evaluar la oportunidad en las compras realizadas por la institucion	Solicitudes de compras atendidas *100/ Numero de Solicitudes	Porcentaje(%)	80%	Trimes
19	Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos	Mediante el uso eficiente y eficaz de los recursos	No aplica	Cumplimiento del plan de mantenimiento	Eficacia	Verificar el cumplimiento del plan de mantenimiento establecido por la institucion	Mantenimientos Ejecutados x100/ Mantenimientos Preventivos Programados	Porcentaje (%)	70%	Me
20	Gestion Contable y Financiera	Mediante el uso eficiente y eficaz de los recursos	No aplica	Rentabilidad de los programas	Eficacia	Medir la rentabilidad de cada uno de los programas de la institucion	valor ingresos de la matricula por programa- gastos del programa / valor ingresos	%	35%	ser
21	Gestion de Recursos Humanos	Mediante el uso eficiente y eficacia de sus recursos	Gestionar el desarrollo de competencias de todo su personal para garantizar la calidad de los servicios ofrecidos por la institucion.	Promedio Evaluacion de Desempeño del Personal	Eficacia	Evaluar el desempeño del personal de EFORSALUD	Resultados de evaluacion de desempeño del personal	Indice	4	Semes
22	Seguimiento y Evaluacion a Egresados	Competentes a los requerimientos y reconocimientos del Sector Productivo	Asegurar la interaccion del estudiante antes y despues de su grado	Grado de aceptacion del programa	Eficacia	identificar las debilidades y las fortalezas que evidencien de nuestro egresado en el sector productivo	Resultado Encuesta al Sector Productivo	Porcentaje(%)	80%	Semes

23	Seguimiento y Evaluación a Egresados	Competentes a los requerimientos y reconocimientos del Sector Productivo	Asegurar la interacción del estudiante antes y después de su grado	Estado del egresado	Eficacia	Seguimiento a el egresado para conocer su situación laboral y gestionar mediante la bolsa de empleo sus expectativas laborales	Resultado Encuesta al Egresado	Porcentaje(%)	50%	Semes
24	Seguimiento y Evaluación a Egresados	Competentes a los requerimientos y reconocimientos del Sector Productivo	Asegurar la interacción del estudiante antes y después de su grado	Expectativas del egresado	Eficacia	Seguimiento del egresado para conocer las nuevas expectativas para formación complementaria expectativas del egresado	Resultado Encuesta al Egresado	Porcentaje(%)	50%	Semes
25	Servicio Educativo y Formativo	Competentes a los requerimientos y reconocimientos del Sector Productivo	Asegurar la competencia y desarrollo integral de sus estudiantes	Oportunidad en la entrega de evaluaciones	Eficacia	Verificar la oportunidad de la entrega de las evaluaciones por parte de los docentes	Docentes que entregan oportunamente el resultado de las evaluaciones x100/ Total de docentes	Porcentaje(%)	95%	cada término formativo
26	Servicio Educativo y Formativo	Mediante el uso eficiente y eficaz de los recursos	Proporcionar a nuestros clientes productos y servicios en los tiempos requeridos, acorde a sus necesidades	Entrega del cierre académico	Eficacia	Verificar la entrega del cierre académicos por parte de la Coordinación Académica y Secretarías Académicas de los diferentes programas	Días transcurridos desde la fecha programada por Director General para la entrega del cierre académico hasta la fecha que lo entrega el área académica	días	15	Semes

27	Servicio Educativo y Formativo	Orienta sus servicios al desarrollo de personas integras	Asegurar la competencia y desarrollo integral de sus estudiantes	Nuevos convenios de Practica	Efectividad	Establecer de forma oportuna nuevos convenios de practica	Número de convenios nuevos firmados	cantidad	Estetica= 5 Enfermeria= 3 Salud Oral=10 Preescolar= 10 Sistemas= 10	Anu
28	Gestion de Calidad	Mejoramiento continuo de sus procesos o satisfaccion de las necesidades de sus clientes	Fortalecer canales de comunicación entre los diferentes actores de la comunidad educativa que permitan una identificación permanente de las necesidades de los clientes y oportunidades de mejora.	Eficacia en la atencion de las sugerencias, quejas y reclamos	Eficacia	Evaluar la eficacia del analisis y atencion de las quejas y reclamos presentados por los clientes	Sugerencias, quejas y reclamos atendidas oportunamente *100/ total de sugerencias quejas y reclamos presentadas	Porcentaje	90%	Trin
29	Gestion de Calidad	Satisfacción de las necesidades de sus clientes	Proporcionar a nuestros clientes productos y servicios en los tiempos requeridos, acorde a sus necesidades	Indice de Satisfacción	Eficacia	Evaluar la perceccion del clientes frente a los servicios ofrecidos por la Institución	Resultado de la Encuesta	Indice	4	Anu

Fuente: Autora

7. ESTRUCTURA DOCUMENTAL DEL SGC

Para EFORSALUD, que está en la búsqueda de establecer correctamente su Sistema de Gestión de Calidad, le es indispensable articular e interrelacionar los documentos que hacen parte del Sistema.

El principal objetivo de identificar y estandarizar la documentación de la Institución es hacer que el sistema operativo documental se constituya en un proceso independiente del personal, es decir, cualquier empleado competente logre que el sistema funcione y no que el sistema dependa de quién lo ejecute.

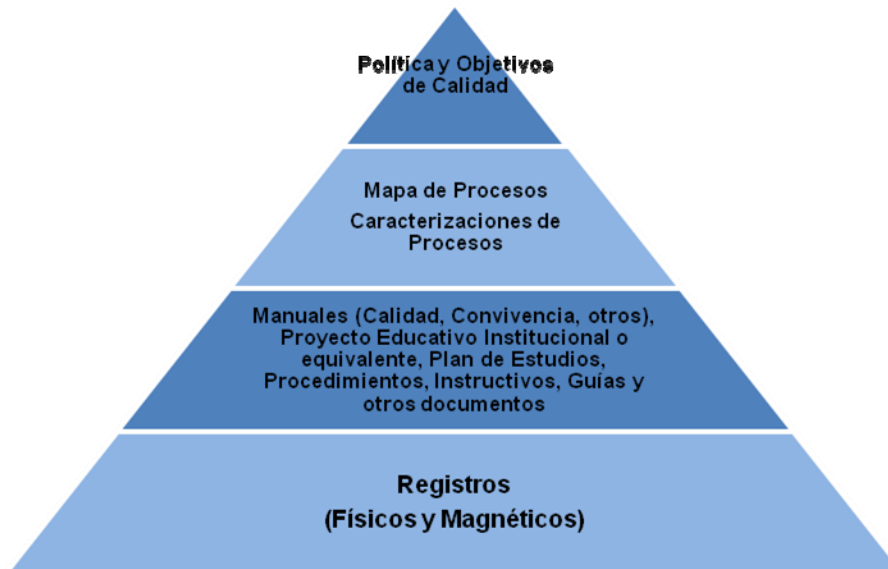
Luego de realizar la planeación y planificación del Sistema de Gestión de Calidad en EFORSALUD y además culminada toda la información sobre las caracterizaciones, se identificó la necesidad de creación de los documentos esta se divide en Procedimientos, Manuales, Instructivos, Guías y Formatos.

En esta etapa se conto con el apoyo de todo el personal de EFORSALUD quienes destinaron tiempo y su conocimiento en el levantamiento de la información para la elaboración de los documentos y la corrección de los mismos, la aprobación de los documentos estaba a cargo del Director General.

Se conto con reuniones de la Practicante de Ingeniería Industrial de la Escuela de Estudios Industriales y Empresariales de la Universidad Industrial de Santander y todos los empleados de la Institución y los responsables de los procesos, quienes de acuerdo a su necesidad diseñaban los documentos y formatos que facilitaban la ejecución de las actividades.

La documentación para el S.G.C. de EFORSALUD se sustenta mediante cuatro niveles secuenciales: tal como se muestra en la Figura 15.

Figura 15. Estructura Documental EFORSALUD



Fuente: Autora

- **Primer Nivel:** En él se ubica el Manual de Calidad, documento que enuncia la Política de Calidad y describe el Sistema de Gestión de Calidad de EFORSALUD.
- **Segundo Nivel:** En este nivel se encuentran las Caracterizaciones, Mapa de Procesos, documentos que describen las características de los procesos. Deben incluir información relacionada con los elementos de entrada, los elementos de salida, responsables, objetivos, indicadores y procesos relacionados.
- **Tercer Nivel:** Este nivel incluye:

- Procedimientos: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso
 - Guías: documento que establece recomendaciones o sugerencias.
 - Instructivos: Descripción escrita y detallada sobre cómo efectuar las actividades y procesos de manera coherente, llegando a un nivel de detalle amplio.
 - Manual: Son los documentos que contienen la descripción de las actividades que deben ser desarrolladas por los miembros de la Institución.
- **Cuarto Nivel:** En este nivel se ubica la siguiente documentación:
 - Registros: documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
 - Formatos: documento que registra datos e información.
 - Documentos Externos: Se consideran documentos de origen externos aquellos que generados por entidades u organismos externos a la Institución, los cuales establecen disposiciones que debe cumplir EFORSALUD para el normal desarrollo de su operación y el del sistema de calidad. Entre estos se incluyen: Leyes, Normas, Decretos, Resoluciones, Acuerdos, Libros, Manuales, entre otros.

Los documentos que hacen parte del Sistema de Gestión de Calidad de EFORSALUD son los siguientes:

- **Manual de la calidad:** Documento que proporciona información consistente interna y externamente, acerca del Sistema de Gestión de Calidad de la Institución.

- **Procedimientos:** Forma especificada para llevar a cabo una actividad o proceso. Un procedimiento describe lo que debe hacerse, cuando debe hacerse quien debe hacerlo y que registro debe quedar.

El Sistema de Calidad de EFORSALUD cuenta con los seis (6) procedimientos obligatorios de la Norma, los cuales 2 de ellos se consolidaron en 1 procedimiento es el de Acciones Preventivas, Correctivas y de Mejora. A continuación se

Tabla 13. Procedimientos obligatorios de la Norma

PROCEDIMIENTO	CODIGO
Control de Documentos	GQ-P-01
Control de los Registros	GQ-P-02
Acciones Preventivas, Correctivas y de Mejora	GQ-P-03
Auditoría Interna	GQ-P-04
Control Servicio no Conforme	GQ-P-05

Fuente. Autora

- **Registros o formatos:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de las actividades desempeñadas. Los registros se guardan según la práctica de archivo descrita en el procedimiento control de los registros y muestran la conformidad de los requisitos para con el Sistema de Gestión de Calidad de la Institución.
- **Manual de funciones:** Documento donde se encuentra descrito el perfil para cada uno los cargos existentes en la Institución (Anexo xx).
- **Guía:** Documento que establece recomendaciones o sugerencias.

- **Otros documentos:** Documentos que por sus características, no se encuentran clasificados en los anteriores documentos (Misión, Visión, Política de Calidad, Mapa de Procesos, etc.).

El contenido del documento depende del tipo, a continuación se muestra la estructura que debe contener cada uno. Para esto se usa la siguiente convención:

- SI: Aplica, debe estar presente en el documento.
- NO: No Aplica, no debe estar.
- OC: En algunos casos se puede utilizar.

Tabla 14. Contenido de los Documentos

DOCUMENTO	MANUAL	PROCEDIMIENTO	FORMATO	GUIA	INSTRUCTIVO	DOCUMENTO-CARACTERIZACIÓN
Tabla de Contenido	SI	NO	NO	NO	NO	OC
Objetivo	SI	SI	NO	SI	SI	OC
Alcance y Exclusiones	SI	SI	NO	NO	NO	OC
Condiciones Generales	NO	SI	NO	NO	NO	OC
Definiciones	SI	SI	NO	NO	SI	OC
Responsable	NO	SI	NO	SI	SI	OC
Desarrollo	SI	SI	SI	SI	SI	OC
Anexos	SI	SI	NO	OC	OC	OC

Fuente. Autora

- **Tabla de contenido.** Relación numerada de los temas tratados en el documento.
- **Objetivo.** Define sin ambigüedad el tema y el propósito del documento. Sirve también para completar la información del nombre del documento.

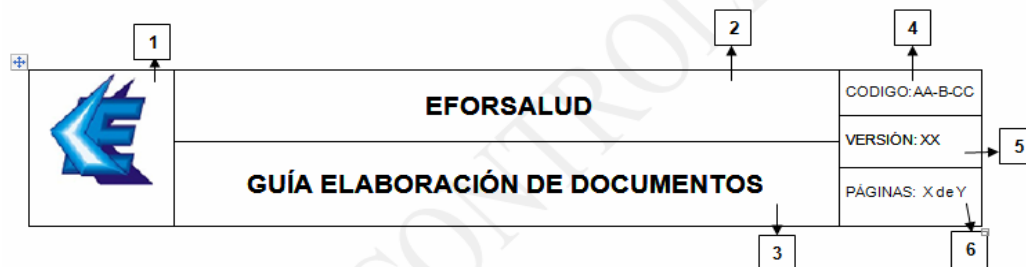
- **Alcance y exclusiones.** Indica en qué y a qué se aplica el documento, aclarando cualquier tipo de exclusión.
- **Condiciones generales:** Colocar esta sección, cuando sea necesario, para todas aquellas anotaciones a tener en cuenta, como excepciones, recomendaciones, posibles casos especiales, etc.
- **Definiciones:** Definiciones de las palabras que puedan resultar desconocidas.
- **Responsable.** Indica el cargo de la persona que debe velar por la utilización o aprobación del documento.
- **Desarrollo.** Descripción de las actividades o composición del documento.
- **Anexos.** Recopilación de documentos referenciados en el desarrollo del documento.

8. NORMALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA

Para la elaboración y parametrización de la documentación y los registros del Sistema de Gestión de Calidad de EFORSALUD fueron tomados los siguientes parámetros:

Encabezado: Los documentos del Sistema como Manuales, Procedimientos, Guías, Instructivos y Otros, tendrán el siguiente encabezado, el cual estará ubicado en todas las hojas del documento. A continuación se observa en la Figura 16.

Figura 16. Encabezado documentación EFORSALUD



Fuente: Autora

1. Espacio para el logo de la Institución
2. Espacio para el nombre de la Institución
3. Espacio para el nombre del documento
4. Código del documento: se asigna de acuerdo a los parámetros establecidos en el numeral 6.1 Codificación.

5. Versión: se refiere al consecutivo de modificaciones que afectan el documento y que han sido aprobados. La primera versión aprobada de un documento es la uno(1). Si se realiza alguna modificación al documento, se numerará con el consecutivo.

6. Páginas: establece la numeración de cada una de las páginas del documento.

Ejemplo: PÁGINAS: 1 de 6

9. CODIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA

En el proceso de codificación de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad de EFORSALUD se utilizó la siguiente nomenclatura.

Figura 17. Codificación de la documentación



Fuente. Autora

AA ó AAA: Hace referencia al proceso que generó el documento. Los procesos establecidos por EFORSALUD son:

Tabla 15. Nomenclatura para la codificación de documentos

CÓDIGO	PROCESO
GR	Gestión Gerencial
GQ	Gestión de Calidad y Mejoramiento
GC	Gestión Comercial
AM	Admisión y Matricula de Estudiantes
DP	Diseño de Programas de Formación
SEF	Servicio Educativo y Formativo
SE	Seguimiento y Evaluación a Egresados
GCP	Gestión de Compras
RH	Gestión de Recursos Humanos

CÓDIGO	PROCESO
FT	Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos
CF	Gestión Contable y Financiera

Fuente. Autora

B: Hace referencia al tipo de documento; los documentos están definidos de la siguiente forma:

Tabla 16. Nomenclatura para la codificación de documentos

CÓDIGO	DOCUMENTO
C	Caracterización
P	Procedimiento
F	Formato
G	Guía
I	Instructivo
M	Manual

Fuente. Autora

CC: Hace referencia al consecutivo del documento dentro de su respectivo proceso.

Ejemplo: GQ-F-01 Hace referencia al formato número 1 del proceso Gestión de Calidad.

GQ-F-02 Hace referencia al formato número 2 del proceso Gestión de Calidad.

Pie de página. CONTROL DE APROBACIONES: Se ubica en la primera hoja del documento, a continuación se relaciona:

Tabla 17. Control de Aprobaciones

ELABORÓ	APROBÓ	FECHA DE APROBACIÓN
Nombre: Cargo: Firma:	Nombre: Cargo: Firma:	

Fuente. Autora

- **Elaboró:** Persona que se encarga de la elaboración del documento.
- **Aprobó:** Es la persona que revisa y autoriza el uso del documento.
- **Fecha de Aprobación:** corresponde a la fecha día, mes, año en el que se autoriza el uso del documento.

CONTROL DE CAMBIOS: Incluye información sobre las modificaciones realizadas al documento, a continuación se relaciona:

Tabla 18. Control de Cambios

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO REALIZADO	FECHA DE APROBACIÓN

Fuente: Autora

- Control de cambios. Este contendrá la siguiente información y se ubicará en la última hoja del documento.

10. PROCESO DE DOCUMENTACIÓN

10.1 IDENTIFICACIÓN DE NECESIDAD DE CREAR O MODIFICAR DOCUMENTOS DEL SGC.

Los responsables y el personal perteneciente a cada proceso identifican la necesidad de crear, modificar y eliminar un documento, teniendo en cuenta la importancia de este como un apoyo en los procesos del SGC, comunicando estas necesidades al Coordinador de Calidad.

10.2 APROBACIÓN DE LOS DOCUMENTOS.

La persona que aprueba todos los documentos del SGC en EFORSALUD es el Director General.

10.3 ELABORACIÓN O MODIFICACIÓN DEL DOCUMENTO

El Coordinador de Calidad elabora o modifica el documento, teniendo en cuenta la solicitud y las condiciones descritas en el numeral 6.1-Codificación. Se le asigna un código en caso de ser un nuevo documento o se modifica la versión cuando el documento ya existe.

10.4 DIFUSIÓN Y DISTRIBUCIÓN

Para la distribución de los documentos internos del SGC el coordinador de calidad debe publicar en una carpeta compartida en red (medio magnético) todos los documentos, con el fin de lograr una fácil consulta y acceso a los mismos.

En caso que no sea posible la consulta a través de la carpeta compartida, se hará entrega al funcionario en medio físico el documento y se registrara en el formato

CONTROL ENTREGA DE DOCUMENTOS GQ-F-10. NO ES UN NUMERAL

Para la difusión de los documentos del SGC se realizará a través del correo electrónico y memorandos que se publicaran en la cartelera Gestión de Calidad.

El Comité de calidad o Asistente de Dirección General, serán responsables de comunicar al Director General los documentos de origen externo que son necesarios para su operación, así como de cualquier actualización de los mismos. El Coordinador de Calidad debe relacionarlos en el **LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS EXTERNOS GQ-F-03**, donde se establece el nombre del documento, Autor, ubicación y número de copias entregadas.

A los procedimientos, instructivos, manuales, guías, caracterizaciones del SGC debe identificárseles con sello de COPIA CONTROLADA, para mantener el control sobre estos documentos.

Se garantiza que los documentos se conservan legibles; si se encontrase un documento en mal estado se reemplaza con otro ejemplar de la misma versión y contenido.

10.5 REVISIÓN DE LOS DOCUMENTOS

Los Responsables de cada proceso revisan los documentos de su competencia, con el objetivo de evaluar posibles cambios de acuerdo a las necesidades que se presenten, y a su vez informar cualquier novedad para realizar su cambio según la **Guía Elaboración de Documentos GQ-G-01**. Otra fuente de revisión de los documentos son las auditorias que se programen, tanto internas como externas.

A continuación se relacionan todos los documentos que se generaron por cada proceso en el Sistema de Gestión de Calidad de EFORSALUD:

Tabla 19. Documentación Generada por proceso

PROCESO	CODIGO	NOMBRE
Gestión Gerencial	GR-C-01	Caracterización Proceso Gestión Gerencial
	GR-P-01	Procedimiento Revisión pllor la Dirección
	GR-F-01	Formato Informe Revisión por la Dirección
Gestión de Calidad y Mejoramiento	GQ-C-01	Caracterización Proceso Gestión de Calidad y Mejoramiento
	GQ-P-01	Procedimiento Control de Documentos
	GQ-P-02	Procedimiento Control de Registros
	GQ-P-03	Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora
	GQ-P-04	Procedimiento Auditorías Internas
	GQ-P-05	Procedimiento Servicio No Conforme
	GQ-P-06	Procedimiento y Medición del Sistema de Gestión
	GQ-P-07	Procedimiento Sugerencia, Queja y/o Reclamo
	GQ-P-08	Procedimiento Satisfacción al Cliente
	GQ-M-01	Manual de Calidad
	GQ-F-01	Formato Listado Maestro de Documentos Internos
	GQ-F-02	Formato Listado Maestro de Registros
	GQ-F-03	Formato Listado de Documentos Externos
	GQ-F-04	Formato Sugerencia, Queja y/o Reclamo
	GQ-F-05	Formato Herramienta Plan de Comunicaciones
	GQ-F-06	Formato Actividades Diarias
	GQ-F-07	Formato Acciones Preventivas, Correctivas y de Mejora
	GQ-F-08	Formato Herramienta de Indicadores de Gestión
	GQ-F-09	Formato Solicitud Creación, Modificación y Eliminación de Documentos.
	GQ-F-10	Formato Control Entrega de Documentos
	GQ-F-11	Formato Programa de Auditorias
	GQ-F-12	Formato Plan de Auditoria
	GQ-F-13	Formato Lista de Verificación de Auditoria
GQ-F-14	Formato Informe de Auditoria	
GQ-F-15	Formato Producto o Servicio No Conforme	
GQ-F-16	Formato Estado de Acciones Preventivas, Correctivas y de Mejora	

PROCESO	CODIGO	NOMBRE
	GQ-F-17	Formato Encuesta de Satisfacción al Cliente
Gestión Comercial	GC-C-01	Caracterización Proceso Gestión Comercial
	GC-P-01	Procedimiento Gestión Comercial
	GC-F-01	Formato Control de Llamadas de Información Programas Académicos
	GC-F-02	Formato Lista de Chequeo Portafolio de Servicios
	GC-F-03	Formato Control Visitas Aspirantes de Cada Programa
	GC-F-04	Formato Base de Datos Estudiantes de último semestre
	Diseño de Programa de Formación	DP-C-01
DP-P-01		Procedimiento Diseño de programas de Formación
DP-F-01		Ficha técnica Diseño de Programa de Formación
Admisión y Matrícula de Estudiantes	AM-C-01	Caracterización Proceso Admisión y matrícula de estudiantes
	AM-P-01	Procedimiento Admisión y matrícula de estudiantes
	AM-F-01	Formato Control horario de entrevista
	AM-F-02	Formato Aprobación de Entrevista
	AM-F-03	Formato Listado de estudiantes matriculados
	AM-F-04	Formato información para estudiantes matriculados e inicio de clases
	AM-F-05	Autorizaciones
	AM-F-06	Programación fechas matriculas estudiantes nuevos
Servicio Educativo y Formativo	SEF-C-01	Caracterización Proceso Servicio educativo y formativo
	SEF-P-01	Procedimiento Servicio Educativo y Formativo
	SEF-F-01	Formato programación sitios de practica extramural
	SEF-F-02	Formato planeación de practica extramural
	SEF-F-03	Formato publicación de practica extramural
	SEF-F-04	Formato citación personal docente
	SEF-F-05	Formato Directorio telefónico docente práctica
	SEF-F-06	Formato fecha de entrega cuenta de cobro docente de teoría
	SEF-F-07	Formato Consolidado de evaluaciones práctica extramural

PROCESO	CODIGO	NOMBRE
	SEF-F-08	Formato Registro de evaluación evidencia de desempeño
	SEF-F-09	Formato Responsabilidad general para el personal docente
Seguimiento y Evaluación a Egresados	SE-C-01	Caracterización seguimiento y evaluación a egresados
	SE-G-01	Guía Encuesta a egresados
	SE-F-01	Formato Base de datos egresados
Gestión de Compras	GCP-C-01	Caracterización Gestión de Compras
	GCP-P-01	Procedimiento Compra de equipos, materiales y otros
	GCP-P-02	Procedimiento Selección, evaluación y reevaluación de proveedores
	GCP-F-01	Formato requerimiento insumos, productos y/o servicios
	GCP-F-02	Formato Listado de Proveedores
	GCP-F-03	Formato Orden de compra
	GCP-F-04	Formato verificación de compras
Gestión de Recursos Humanos	RH-C-01	Caracterización Gestión de recursos humanos
	RH-P-01	Procedimiento Gestión de Personal
	RH-M-01	Manual de Perfiles y funciones de cargos
	RH-F-01	Formato entrevista de selección
	RH-F-02	Herramienta de competencias
	RH-F-03	Formato Ruta de inducción
	RH-F-04	Formato control de asistencia
Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos	FT-C-01	Caracterización Gestión de recursos físicos y tecnológicos
	FT-P-01	Procedimiento Mantenimiento de la infraestructura y equipos
	FT-F-01	Formato Hoja de vida de equipos
	FT-F-02	Formato Cronograma de mantenimiento
	FT-F-03	Formato Solicitud de mantenimiento
	FT-F-04	Formato de Solicitud de Soporte técnico
	FT-F-05	Formato control entrega de llaves
Gestión Contable y Financiera	CF-C-01	Caracterización Gestión Contable y Financiera

Fuente. Autora

Observación: En la elaboración de los procedimientos de cada proceso, se hizo necesario programar entrevistas con los directamente implicados en cada una de las tareas que lo conforman y lograr así un mayor nivel de confiabilidad en la información recolectada.

11. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA

La Implementación del Sistema inicia con la realización de la primera sensibilización a los miembros de la Institución, la cual fue desarrollada como una actividad que buscaba la aceptación de una nueva estructura de trabajo en la Institución y el inicio de una nueva perspectiva de realizar las actividades diarias. Esta actividad se desarrollo durante todo el proyecto, y conllevó a que el personal de EFORSALUD comprendiera y asimilara mejor los cambios que se presentaron a raíz de la implementación de un Sistema Gestión de Calidad.

Gracias a la sensibilización y la participación de los empleados en las diferentes etapas mencionadas, la implementación se vio favorecida en diversos aspectos:

- Al estar relacionado el personal con la elaboración de la documentación del sistema (Documentos, registros, Manuales, Instructivos, etc.), en el momento de hacerse la correspondiente liberación e Implementación de los documentos, su asimilación y manejo fue casi inmediata, por que conocían su utilidad y manejo.
- Capacitación, en donde se aclararon las diferentes inquietudes que se presentaron respecto a su manejo, retroalimentando sobre los documentos difundidos, el manejo de los formatos (incluyendo su completo diligenciamiento).
- El desaprender de muchos empleados, de la forma como venían realizando las tareas y el hecho de tener que aprender otras nuevas (el análisis de datos, planteamiento de acciones correctivas y preventivas y generación de indicadores) fue otro aspecto favorecido por el alto nivel de capacitación, la sensibilización y su participación en todas las capacitaciones.

Cabe aclarar que durante el tiempo que duró esta fase de implementación se realizaron ajustes al interior del Sistema en lo relacionado a la documentación y los procedimientos.

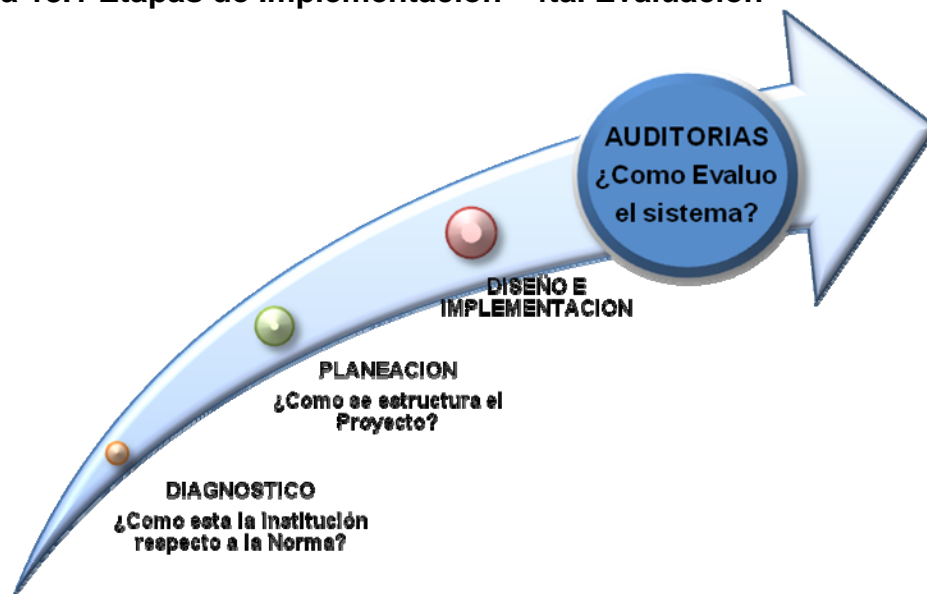
Aspectos por resaltar en la Implementación del Sistema de Gestión de Calidad:

- Se creó la Mascota de Calidad “CALIDOSA”, la cual es una Hormiga que representa el trabajo en equipo, “la unión hace la fuerza”, con el objetivo de sensibilizar de otra manera al personal de EFORSALUD, donde la mascota les comunicaba toda la información del sistema de Calidad.
- Se creó un protector de pantalla en todos los computadores de los empleados con “CALIDOSA” Anexo g, para recordar y asimilar de forma Exitosa la Política y Objetivos de Calidad.
- Como apoyo a las capacitaciones que se realizaron en la ejecución del proyecto cada funcionario destinó 1 hora de su tiempo laboral a la lectura de la documentación, que se encontraba previamente publicada en la carpeta virtual. El computador que se utilizó para la consulta fue localizado en la Sala de Sistemas I, por lo que cada funcionario debía programar con el Coordinador de Calidad el horario en que se realizaría este proceso de lectura.

12. EVALUACIÓN A LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA

El presente capítulo retoma la forma como se llevo a cabo la última fase de implementación del sistema, la cual corresponde a la Evaluación de la Implementación del Sistema de Gestión de Calidad, bajo la norma NTC 5555.

Figura 18.1 Etapas de Implementación - 4ta. Evaluación



Fuente: Autora

13. PRIMERA AUDITORÍA

El Comité de Calidad de EFORSALUD en reunión el día 21 de Diciembre de 2009, determinó la necesidad de programar y realizar la primera auditoría interna a la Implementación del Sistema. Esta auditoría fue programada para los días 12, 13 y 14 de Enero de 2010. Su Objetivo primordial era el de evaluar todos los procesos del sistema, y la existencia de soportes que evidenciaran la funcionalidad del mismo.

Los Objetivos propuestos para esta primera auditoria fueron:

- Determinar el grado de conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad con los criterios establecidos en la NTC 5555.
- Evaluar la capacidad del Sistema de Gestión de la Calidad para asegurar el cumplimiento de los requisitos del cliente, los de la Institución y reglamentarios del servicio.
- Evaluar la eficacia del sistema de gestión de calidad para lograr los objetivos especificados en la Institución.
- Identificar mejoramientos potenciales en el Sistema de Gestión de Calidad.

El día 05 de Enero de 2010 se envió la documentación concerniente para la realización de la Auditoria al Auditor Externo Ing. Christian Mateus Esteban.

Llegado el día, la auditoría comenzó a las 8 a.m. del día 12 de Enero de 2010 (Anexo h), el auditor principal fue Ing. Christian Mateus Esteban y el auditor

observador fue la practicante de ingeniería Industrial de la Escuela de Estudios Industriales y Empresariales de la Universidad Industrial de Santander.

Siguiendo el protocolo establecido, en la reunión de apertura se recordó cual sería el objetivo y el alcance de la auditoría, la metodología a utilizar y, se dio respuesta a algunas inquietudes manifestadas por los Responsables de los Procesos.

En la evaluación y obtención de evidencias del funcionamiento del Sistema se realizaron preguntas a los auditados, observando igualmente la realización de sus actividades, las condiciones de trabajo y la utilización de los documentos y registros del Sistema de Gestión de Calidad.

La auditoría se dio por finalizada a las 12:00 am. del día 14 de Enero de 2010, hora planificada.

En la reunión de cierre, el Auditor Ing. Christian Mateus Esteban presentó los siguientes resultados:

13.1 FORTALEZAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN

- El alto nivel de compromiso de la Alta Dirección para la asignación de los recursos necesarios para el diseño, documentación e implementación del Sistema de Gestión de Calidad de la Institución.
- Las exigencias a los proveedores en el cumplimiento de especificaciones técnicas de los productos; se realiza control en la recepción de los materiales que van a ser utilizados en los diferentes programas educativos.

- La calidad de la infraestructura que presenta la Institución para el desarrollo de sus actividades.
- Las herramientas administrativas de software utilizadas para obtener un alto grado de control del proceso de Gestión Contable y Financiera.

13.2 ASPECTOS A MEJORAR

- El conocimiento por parte del personal de la Institución respecto a su labor dentro de la estructura por procesos.
- Se recomienda no limitar la ejecución de las actividades propias del proceso de compras única y exclusivamente a los productos y servicios que influyen en la calidad del servicio, sino aprovechar esta herramienta para controlar todo tipo de compras y proveedores.
- Realizar actas para dejar evidencia acerca de cuáles son los proveedores que salen del Listado de proveedores controlados.
- Aprovechar las actividades realizadas por la ARP como parte de los planes de formación del personal de la Institución.
- Existe en los diferentes procesos diferentes registros utilizados como control los cuales no han sido incluidos como parte del sistema de gestión de calidad; se sugiere tomar en cuenta estos registros de forma que el SGC se haga cada vez más robusto y genere un mayor impacto en los procesos de la Institución.

- Incluir un formato para dejar evidencia escrita por el auditor sobre las preguntas y los hallazgos de la auditoría en el tiempo de real en la ejecución de la misma, como base del Informe de Auditoría.

13.3 DESCRIPCIÓN DE NO CONFORMIDADES

Tabla 20.1 Resultado de la Auditoría - No Conformidades

Proceso	No	Requisito	M	M	Descripción
Gestión de Recursos Humanos	1	6.2.2		X	No se evidencia el registro de las competencias de la señora Nelly Garcés en cuanto a la experiencia de acuerdo al perfil establecido por la Institución.
	2	6.2.2		X	No se tiene documentado el perfil del Auditor Interno de la Institución.
	3	6.2.2	X		Se han llevado a cabo cambios en los diferentes cargos de la Institución, sin embargo, no se ha adaptado el Manual de funciones en cuanto al nuevo organigrama de la Institución lo cual conlleva a que existen cargos para los cuales no está definido el perfil.
Gestión Comercial	4	7.2.3	X		No se encontró evidencia de las acciones tomadas en la queja presentada por la estudiante Andrea Rojas Pereira del Programa de Enfermería del curso 2C, concerniente a inconvenientes con el registro de sus notas finales en el segundo semestre de 2009, ni del seguimiento realizado a la queja para garantizar su adecuado tratamiento.
Gestión de Calidad y Mejoramiento	5	4.2.3		X	No se evidencia que exista control sobre el manejo de las versiones vigentes de los documentos del sistema de gestión de calidad, ya que se entregó como material para la presente auditoría un Manual de Calidad desactualizado.
	6	8.5		X	No existe una actividad definida para el seguimiento del cumplimiento y eficacia de los planes de acción planteados en las acciones de mejoramiento.

Proceso	No	Requisito	M	M	Descripción
	7	8.4	X		No se está realizando un análisis de datos en cuanto al comportamiento de los indicadores de gestión definidos en el sistema de gestión de calidad.
Gestión de Compras	8	7.4		X	No se evidencia la realización de la reevaluación a ninguno de los proveedores que ofrecen a la Institución productos y servicios que impactan en la calidad del servicio prestado.
	9	7.4		X	No se evidencia el registro de Proveedores GCP-F-05 del proveedor LA MUELA.
Gestión Comercial	10	4.2.4		X	No se evidencio la aplicación del Formato Base de datos de estudiantes de visitas a colegios GC-F-04, en la realización de la visita al colegio Nuestra Señora del Pilar en el mes de Octubre de 2009.
Admisión y Matrícula de Estudiantes	11	4.2.4		X	No se evidencio el registro de Aprobación de entrevista AM-F-02 de Paula Calle Jiménez aspirante al programa de Salud oral en el mes de Noviembre de 2009.
	12	4.2.4		X	No se evidencia el registro de la Fotocopia del Diploma de Bachiller del estudiante Camilo Rodríguez correa matriculado en el programa de Auxiliar de Enfermería.
Gestión Recursos Físicos y Tecnológicos	13	4.2.4		X	No se evidencia el registro del mantenimiento preventivo en la Hoja de Vida de Equipo FT-F-01 de Computo cód. SSI-05 de la Sala de Sistemas I.
Gestión Gerencial	14	5.5.2		X	No se evidencia el nombramiento oficial del actual Representante de la Dirección de la Institución.

Fuente. Auditor Externo

13.4 CONCLUSIÓN DE LA AUDITORIA

Con los resultados obtenidos en la Auditoría Interna puede concluirse teniendo en cuenta la cantidad y clase de las no conformidades encontradas, a nivel general el Sistema de Gestión de Calidad:

- No es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la Norma NTC 5555 ni con los requisitos del sistema de Gestión de Calidad establecidos por la Institución.
- Ha sido implementado con éxito en la Institución pero no se mantiene de manera eficaz.

13.5 CAUSAS DE LAS NO CONFORMIDADES

Causas NC #1:

La recolección de soportes de las competencias de los trabajadores se enfocó en quienes habían ingresado recientemente, pues se consideró que para el personal antiguo esto no era tan importante.

Causas NC #2:

Se tomaron en cuenta solamente los perfiles para el personal fijo de la Institución, excluyendo al personal externo que también influye en la calidad del servicio prestado.

Causas NC #3:

No se está considerando en enfoque de sistema, pues no existe la cultura organizacional propicia para determinar la necesidad de ajustes del SGC cuando se aplican cambios en sus componentes.

Causas NC #4:

La queja desde que fue recibida no fue documentada, pues no todo el personal que potencialmente recibiría una queja se encuentra capacitada sobre el procedimiento relacionado.

Causas NC #5:

Los archivos digitales del sistema de gestión de calidad de la Institución no tienen un consolidado único, por lo cual se realizan modificaciones en distintos documentos y dificultan seleccionar los documentos vigentes.

Causas NC #6:

Se tiene definida la evaluación de la eficacia de los planes de acción, sin embargo, el procedimiento no especifica un mecanismo para que dicha evaluación se haga a tiempo y de forma pertinente.

Causas NC #7:

Las personas encargadas de los procesos no tienen claro aún cuáles son las técnicas apropiadas para analizar los indicadores de gestión.

Causas NC #8:

El responsable del proceso de compras aún no ha realizado esta actividad pues no entiende la forma para realizar la reevaluación de proveedores.

Causas NC #9:

No se hizo Registro de Proveedores GCP-F-05 al proveedor LA MUELA debido a que no es un proveedor que se utilice de manera permanente, y el responsable del proceso de compras consideró erróneamente (pues el procedimiento no lo dice) que este registro debe llevarse solamente para proveedores frecuentes.

Causas NC #10:

El personal que realizó la visita al Colegio Nuestra Señora del Pilar no recibió todas las instrucciones apropiadas en cuanto a la necesidad de diligenciar la documentación respectiva.

Causas NC #11 y NC #12:

Algunos estudiantes no reciben el tratamiento según los parámetros definidos para la admisión y matrícula debido a que son conocidos del personal de la Institución, con llevando a la pérdida de estandarización de este proceso.

Causas NC #13:

Algunos mantenimientos realizados en la sala de cómputo se llevan a cabo de manera informal por el personal interno de la Institución, pero este personal no registra los mantenimientos realizados porque se le olvida diligenciar los formatos establecidos.

Causas NC #14:

No se evidencia el nombramiento oficial del actual Representante de la Dirección de la Institución, por olvido de la persona encargada de realizar y dejar registro de la reunión del nombramiento.

14. PLAN DE ACCIÓN DE MEJORA (PRIMERA AUDITORÍA)

En reunión del Comité de Calidad de EFORSALUD el día 19 de Enero de 2010 se llevo a cabo la revisión de los resultados de la primera auditoría realizada al Sistema, con el ánimo de determinar las acciones de mejora que dieran conformidad al Sistema. Los planes de acción definidos fueron los siguientes:

14.1 PLAN DE ACCIÓN

Tabla 21. Plan de Acción - Primera Auditoría

N°	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO	EJECUTADA	
				SI	NO
1	Realizar una revisión general de las hojas de vida de todo el personal Administrativo, Directivo y Docente para establecer los documentos faltantes de las competencias, y solicitar al personal hacer llegar esta documentación.	Vanessa López	Febrero 10 de 2010	X	
2	Documentar el perfil del Auditor Interno dentro del Procedimiento de Gestión de Personal.	Vanessa López	Febrero 10 de 2010	X	
3	Adaptar el Manual de Funciones para establecer los perfiles de los cargos según la estructura organizacional actual.	Vanessa López	Febrero 10 de 2010	X	
4	Realizar capacitación de refuerzo a todo el	Ing. Luis miguel	Febrero 10 de 2010	X	

N°	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO	EJECUTADA	
				SI	NO
	personal en el manejo de solicitudes, quejas y/o reclamos, estableciendo la necesidad de su registro, tratamiento y seguimiento adecuados.	Vanessa López			
5	Ejecutar una revisión general de toda la documentación del Sistema de Gestión de Calidad, ajustándola según la pertinencia y vigencia de los documentos.	Vanessa López Responsable de los procesos	Febrero 10 de 2010	X	
6	Establecer en el Procedimiento de Acciones Preventivas, Correctivas y Mejora GQ-P-03 una revisión trimestral para determinar la eficacia de los planes de acción planteados en las acciones de mejoramiento.	Vanessa López	Febrero 10 de 2010	X	
7	Realizar una capacitación de refuerzo al personal en las técnicas estadísticas para el análisis de los indicadores de gestión.	Vanessa López	Febrero 10 de 2010	X	
9	Capacitar al Responsable del proceso de compras y Reevaluar a los proveedores de la Institución.	Vanessa López Silvia Areiza	Febrero 10 de 2010	X	
10	Revisar todos los proveedores existentes y realizar el Registro de Proveedores GCP-F-05	Silvia Areiza	Febrero 10 de 2010	X	

N°	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO	EJECUTADA	
				SI	NO
11	Establecer un procedimiento para la realización de visitas a los colegios, estableciendo los formatos a diligenciar.	Nelly Garcés	Febrero 10 de 2010	X	
12	Socializar con el personal la necesidad de respetar los procedimientos establecidos para la Admisión y Matrícula de los Estudiantes, aún cuando son conocidos o recomendados por personal de la Institución.	Vanessa López	Febrero 10 de 2010	X	
13	Capacitar a todas las personas que realizan algún tipo de mantenimiento preventivo en la Institución, para que conozcan los procedimientos establecidos.	Vanessa López	Febrero 10 de 2010	X	
14	Generar un Acta donde se establezca quién es el Representante de la Dirección para el Sistema de Gestión de Calidad de la Institución.	Nelly Garcés	Febrero 10 de 2010	X	

Fuente. Comité de Calidad

15. SEGUNDA AUDITORÍA

El Comité de Calidad de EFORSALUD en reunión el día 4 de Marzo de 2010, determinó la necesidad de programar y realizar la segunda auditoría interna a la

Implementación del Sistema. Esta auditoría fue programada para los días 18 y 19 de Marzo de 2010. Su Objetivo primordial era el de evaluar todos los procesos del sistema, e identificar los mejoramientos potenciales en el SGC.

Los Objetivos propuestos para esta segunda auditoria fueron:

- Determinar el grado de conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad con los criterios establecidos en la NTC 5555.
- Evaluar la capacidad del Sistema de Gestión de la Calidad para asegurar el cumplimiento de los requisitos del cliente, los de la Institución y reglamentarios del servicio.
- Evaluar la eficacia del sistema de gestión de calidad para lograr los objetivos especificados en la Institución.
- Identificar mejoramientos potenciales en el Sistema de Gestión de Calidad.

El día 08 de Marzo de 2010 se envió la documentación concerniente para la realización de la Auditoria al Auditor Externo Ing. Christian Mateus Esteban. Llegado el día, la auditoría comenzó a las 8 a.m. del día 18 de Marzo de 2010 (Anexo i), el auditor principal fue Ing. Christian Mateus Esteban y el auditor observador fue la practicante de ingeniería Industrial de la Escuela de Estudios Industriales y Empresariales de la Universidad Industrial de Santander. Siguiendo el protocolo establecido, en la reunión de apertura se recordó cual sería el objetivo y el alcance de la auditoría, la metodología a utilizar y, se dio respuesta a algunas inquietudes manifestadas por los Responsables de los Procesos.

En la evaluación y obtención de evidencias del funcionamiento del Sistema se realizaron preguntas a los auditados, observando igualmente la realización de sus actividades, las condiciones de trabajo y la utilización de los documentos y registros del Sistema de Gestión de Calidad.

La auditoría se dio por finalizada a las 05:45 p.m. del día 19 de Marzo de 2010, hora planificada.

En la reunión de cierre, el Auditor Ing. Christian Mateus Esteban presentó los siguientes resultados:

15.1 FORTALEZAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN

- El alto nivel de compromiso de la Alta Dirección para la asignación de los recursos necesarios para el diseño, documentación e implementación del Sistema de Gestión de Calidad de la institución.
- Se da cumplimiento al cronograma de capacitaciones y se realizan evaluaciones de las capacitaciones.
- La disponibilidad de los trabajadores hacia la realización de la auditoría, facilitando el hallazgo de las no conformidades.
- Las alianzas realizadas con entidades de los sectores económicos de impacto de los programas de formación y con entidades financieras para brindar a los clientes un mejor servicio.
- La interiorización de la Política de Calidad por parte del Personal Nuevo.

- Las actividades realizadas en el Comité de Calidad como mecanismo de seguimiento y toma de decisiones para el Sistema de Gestión de Calidad.

15.2 ASPECTOS A MEJORAR

- La comunicación con los proveedores de los resultados de las evaluaciones a los proveedores, mediante el envío de sus resultados, de modo que se generen las condiciones propicias para el establecimiento de la mejora de su desempeño, o la transmisión de los debidos reconocimientos cuando de ellos se esté recibiendo un servicio de calidad y a satisfacción.
- El establecimiento de los medios necesarios que permitan implementar y posicionar dentro de la institución, una cultura deseable hacia la generación y registro de acciones correctivas y preventivas a todo nivel, utilizando los medios establecidos por la institución y con el propósito de generar las evidencias necesarias de la mejora continua de los procesos y del sistema de calidad implementado.
- Falencias en el diseño de indicadores pues generan dificultad en el cálculo, análisis y divulgación de la información obtenida.

15.3 DESCRIPCIÓN DE NO CONFORMIDADES

Tabla 22.2 Resultado de la Auditoría - No Conformidades

Proceso	No	Requisito	M	m	Descripción
Gestión Comercial	1	7.2.3	X		No se evidenció el registro de inducción RH-F-03 de la nueva Recepcionista contratada.
Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos	2	6.3	X		No se mantienen registros que evidencien la calibración de balanzas y termómetros utilizados en la Institución dentro de los programas de formación.
Gestión de Calidad y Mejoramiento	3	5.4.1		X	Los Responsables del proceso Servicio Educativo y Formativo no tienen claro la medición del Indicador Estudiantes Retenidos y no presentan su respectivo análisis.

Fuente. Auditor Externo

15.4 CONCLUSIÓN DE LA AUDITORIA

Con los resultados obtenidos en la Auditoría Interna puede concluirse que aún con las no conformidades encontradas, a nivel general el Sistema de Gestión de Calidad:

- Es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la Norma NTC 5555 y con los requisitos del sistema de Gestión de Calidad establecidos por la institución.

- Ha sido implementado con éxito en la institución y se mantiene de manera eficaz.

15.5 CAUSAS DE LAS NO CONFORMIDADES

Causas NC #1:

La inducción a la Recepcionista se llevó a cabo, pero quien la ejecutó no tenía el conocimiento de los formatos que se debían diligenciar durante este proceso.

Causas NC #2:

Al interior de la institución se consideró que como estos equipos de medición son para aplicación académica no debían recibir calibración.

Causas NC #3:

Los responsables del proceso no entendieron este indicador en las distintas capacitaciones realizadas, y no solicitaron profundización en estos temas.

16. PLAN DE ACCIÓN DE MEJORA (SEGUNDA AUDITORÍA)

En reunión del Comité de Calidad de EFORSALUD el día 31 de Marzo de 2010 se llevo a cabo la revisión de los resultados de la Segunda auditoría realizada al Sistema, con el ánimo de determinar las acciones de mejora que dieran conformidad al Sistema. Los planes de acción definidos fueron los siguientes:

16.1 PLAN DE ACCIÓN

Tabla 23. Plan de Acción - Segunda Auditoría

N°	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO	EJECUTADA	
				SI	NO
1	Establecer en el procedimiento de Gestión de Personal RH-P-01 unos responsables fijos de llevar a cabo la inducción general del personal recién ingresado.	Vanessa López	26 de Abril de 2010	X	
2	Incluir en el Cronograma de Mantenimiento FT-F-02 la calibración de todos los dispositivos de seguimiento y medición utilizados en los programas de formación. Una vez realizadas las calibraciones con entidades acreditadas solicitar los registros de realización de las mismas.	Vanessa López	26 de Abril de 2010	X	

N°	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO	EJECUTADA	
				SI	NO
3	Realizar una capacitación de refuerzo en indicadores enfatizando la importancia de los indicadores como parámetros para medir el cumplimiento de los objetivos de calidad y la política de calidad.	Vanessa López	26 de Abril de 2010	X	

Fuente: Comité de Calidad

17. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

Tabla 24. Cumplimiento de Objetivos

OBJETIVO ESPECIFICO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
<p>Elaborar un diagnóstico teniendo en cuenta los requisitos de la Norma NTC ISO 9001-2008, NTC 5555. que permita identificar el estado actual de la empresa y los procesos que harán parte del Sistema de Gestión.</p>	<p>EL diagnóstico se llevo a cabo mediante los dos elementos siguientes: Lista de Chequeo: Su objetivo es el de evaluar el estado de cumplimiento de los numerales de la norma NTC 5555. Esta Lista refleja los requisitos que EFORSALUD debe cumplir en el proceso de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad. Consulta mediante entrevista: Esta herramienta se trabajó por iniciativa de la autora del proyecto. Su objetivo es el de complementar mediante evidencias la información obtenida en la encuesta, ratificando así cada una de las respuestas plasmadas en ella.</p>	<p>Capítulo 4</p>
<p>Diseñar y ejecutar programas de capacitación</p>	<p>Se sensibilizó a todo el personal de EFORSALUD durante la</p>	<p>Capítulo 3 Numerales 3.1.1 y 3.1.3</p>

<p>a todo el personal que labora en EFORSALUD con el fin de dar a conocer el Sistema de Gestión de Calidad y las etapas para lograr la implementación, generando un compromiso hacia el mejoramiento continuo.</p>	<p>implementación del SGC, logrando que el talento humano de la institución se consolidara como un instrumento más para el fortalecimiento del mismo.</p>	
<p>Documentar los procesos desarrollados en EFORSALUD por medio de la identificación y revisión de la información existente que permita establecer mejoras y la elaboración de nuevos documentos que garanticen el cumplimiento de los requisitos establecido en la Norma NTC ISO 9001-2008, NTC 5555.</p>	<p>La elaboración de toda la documentación del SGC en EFORSALUD se realizaron reuniones con todo el personal, el cual suministró la información por medio de lluvia de ideas, talleres y capacitaciones para culminar exitosamente la construcción de la misma.</p>	<p>Capítulo 6</p>
<p>Implementar el Sistema de Gestión de Calidad en EFORSALUD estandarizando de esta forma los procesos desarrollados en la</p>	<p>La implementación del SGC se hizo de forma simultánea al diseño de la misma, mediante estrategias como capacitaciones, la creación de una mascota de calidad, el protector de pantalla con la Política y Objetivos de</p>	<p>Capítulo 11</p>

empresa.	Calidad y la asignación de 1 hora laboral para la lectura de los documentos logrando el fácil entendimiento de toda la información.	
Realizar dos auditorías internas para evaluar el estado del Sistema de Gestión de Calidad, e identificar oportunidades de mejora en sus procesos.	Se realizaron las dos auditorías internas para evaluar el grado de conformidad del Sistema de Gestión de Calidad identificando las No conformidades presentadas, permitiendo de esta manera generar los planes de acción correspondiente para el mejoramiento continuo de la Institución y el cumplimiento de los requisitos de la Norma NTC 5555.	Capítulos 13 y 15
Elaborar y Ejecutar un plan de acciones correctivas, con el fin de corregir las No Conformidades encontradas en la Auditoría Interna.	Se elaboró el plan de acción con el fin de eliminar las No conformidades halladas en las auditorías internas y fortalecer las actividades del SGC.	Capítulos 14 y 16

Fuente: Autora

CONCLUSIONES

- Se realizó el diagnóstico mediante dos herramientas la Lista de Chequeo y una entrevista con cada uno de los miembros de la Institución, con el fin de conocer el cumplimiento de los requisitos de la Norma NTC 5555, el cual fue la base para determinar el plan de implementación del SGC en EFORSALUD.
- Las capacitaciones, las sensibilizaciones y la participación suministrada a todo el personal fueron un elemento fundamental en el éxito del cumplimiento del plan de implementación del SGC.
- Gracias a la documentación generada en cada uno de los procesos se logró sistematizar las actividades realizadas por todo el personal, alcanzando la optimización de los cursos.
- Se logró implementar varios métodos didácticos como la mascota de calidad, metodología de colores de las caracterizaciones, las evaluaciones de los temas del sistema, la lectura de documentos, las herramientas informáticas, entre otros, obteniendo de esta manera la fácil asimilación de la información del SGC por parte del personal de EFORSALUD.
- Mediante las auditorías internas realizadas se determinó el grado de conformidad del sistema de gestión de calidad y se identificaron los aspectos a mejorar en el cumplimiento de los requisitos legales, del cliente y de la Institución.
- Se logró disminuir la resistencia al cambio y los prejuicios que existen en torno a la implementación del SGC, al alcanzar el entendimiento de cada uno de los empleados del término calidad de manera fácil, asignándoles

- Se identificaron de acuerdo a las no conformidades encontradas en las auditorías internas, los planes y acciones de mejoramiento eficaces para el desarrollo integral de la Institución.
- Se lograron identificar de manera más eficaz las necesidades de los clientes (estudiantes) con la creación del Formato de Sugerencias, quejas y reclamos, dando de esta manera el tratamiento apropiado a cada una ellas.
- Se logro alcanzar un alto grado de interés por parte de la Alta Dirección, al darles a conocer de manera clara y precisa los beneficios que traería para la Institución la implementación del SGC.
- La alta dirección decide la implementación del sistema no solo por el cumplimiento del requisito, si no que reconoce las bondades y beneficios del mismo y desea convertirlo en su cultura organizacional.

RECOMENDACIONES

- Mantener el compromiso de la Alta dirección en el mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad.
- Se recomienda continuar con el proceso de capacitaciones y sensibilización a todo el personal de la Institución diseñado en el plan de Formación, para fortalecer sus competencias y garantizar su aprendizaje continuo.
- Se recomienda a la Institución revisar su estructura organizacional, delegando funciones, asignando responsables idóneos que coordinen las actividades debido a su alto índice de crecimiento.
- Se recomienda seguir realizando los comités de calidad para asegurar el mantenimiento del SGC y además porque es necesario que todos los responsables de los procesos y el personal en general, participen en la consecución de todos los objetivos propuestos para el mejoramiento continuo del sistema.
- Se recomienda realizar un plan de acción para el programa de Salud Ocupacional para lograr un control de los riesgos y evitar su materialización y además cumplir con los requisitos básicos legales.
- Se recomienda comunicar a los proveedores los resultados de las evaluaciones y reevaluaciones para fortalecer lazos de comunicación y poder generar planes de acción con ellos en caso que presenten debilidades.

- Se recomienda a la Institución contratar un profesional capaz de coordinar el área de calidad, generando mejoramiento continuo y crecimiento institucional sostenido.

LOGROS ADICIONALES

Tabla 25. Logros Adicionales

LOGRO	EVIDENCIA
<p>Diseño e implementación del código de Ética de la Institución con el fin de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Influir en la planificación, la gestión Administrativa y en los procesos de mejoramiento institucional, atendiendo el marco legal que la rige. • Responder a un proceso participativo a través de distintas actividades encaminadas a construir una cultura ética de servicio entre los miembros de la Institución. • Estimular y promover conductas éticas entre los miembros de la Institución. 	<p>Anexo j</p>
<p>Diseño e implementación de la mascota de calidad “Calidosa” con el fin de hacer más didáctico, y utilizar una metodología diferente en el proceso de implementación del SGC.</p>	<p>Anexo g</p>
<p>Diseño e implementación del Protector de pantalla, con el objetivo de tener</p>	<p>Anexo g</p>

<p>presente de manera constante la información de la Política y los Objetivos de Calidad directrices fundamentales en la implementación del SGC.</p>	
<p>Diseño e implementación de las herramientas informáticas en Excel que facilitaba el manejo, calculo y seguimiento de la información necesaria para la implementación del SGC. Entre ellas se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> • INDICADORES • MODELO DE COMPETENCIAS • COMPONENTE DE COMUNICACIÓN • MAPA DE RIESGOS 	<p>Anexo k</p>
<p>Medición del Clima Organización mediante el diseño de la encuesta que se aplico a todo el personal, que permitió conocer la percepción interna y el nivel motivacional de los empleados de EFORSALUD con respecto a variables específicas.</p>	<p>Anexo l</p>
<p>Diseño e implementación de una herramienta informática en la cual se identificaron los riesgos estratégicos, de cumplimiento, operativos, tecnológicos, entre otros a los cuales esta expuesta</p>	<p>Anexo k</p>

<p>la institución, analizando su probabilidad e impacto, permitiendo identificar los planes de acción para evitar la materialización de los mismos.</p>	
<p>Se elaboró con apoyo de la ARP el Panorama de Riesgos con el fin identificar los riesgos ocupacionales del personal administrativo y docentes y de esta manera generar los planes de acción pertinentes para la prevención de los mismos.</p>	<p>Anexo m</p>
<p>Se creó el manual de funciones logrando facilitar el proceso de reclutamiento y selección de personal, identificando con claridad las funciones y perfiles requeridos para cada cargo.</p>	<p>Anexo n</p>

Fuente: Autora

BIBLIOGRAFÍA

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION
ICONTEC. Sistema de Gestión de Calidad. Fundamentos y vocabulario, Bogotá:
ICONTEC, 2005. (NTC ISO 9000)

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION.
Sistema de Gestión de Calidad. Requisitos, Bogotá: ICONTEC, 2000.(NTC ISO
9001:2000)

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN.
Sistema de Gestión de la Calidad para Instituciones de Formación para el trabajo.
Bogotá: ICONTEC, 2007.(NTC 5555)

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN.
Programa de Formación para el trabajo. Requisitos. Bogotá: ICONTEC,
2007.(NTC 5581)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. Aplicación de las normas técnicas
colombianas para la certificación de calidad de instituciones y programas de
formación para el trabajo. Bogotá: 2008

ANEXOS

Anexo a. Actas de Reunión



ACTA DE REUNIÓN N° 2

FECHA: Febrero 16 de 2009
 HORA: 11:30 a 12:00 am
 CIUDAD: Bucaramanga.
 LUGAR: Sala de Profesores

ASISTENTES		FIRMA
NOMBRE	CARGO	
Fabricio Monroy Téllez	Director General	
Nelly Garcés Guerrero	Asistente de Dirección general	
Iliana Ulloa Sabogal	Coordinación Académica	
Maritza Sánchez Ardila	Secretaria Académica	
Andrea Triana	Secretaria Académica	
Sandra Pardo Suárez	Secretaria Académica	
Beatriz Cárdenas Martínez	Bibliotecaria y recursos académicos	
Edinson Correa Marín	Recepcionista	
Smith Niño	Auxiliar de Servicios Generales	
Andrés Rodríguez	Mantenimiento e Infraestructura	
Consuelo Gómez Gómez	Auxiliar de Contabilidad	
Luz Vanessa López Villalobos	Coordinador de Calidad	

ORDEN DEL DIA

1. Dar a conocer el Nombramiento del Representante de la Dirección del SGC y sus funciones
2. Nombramiento del Comité de Calidad y sus respectivas funciones, aclarar la participación que tiene el comité de calidad en la definición y mantenimiento del SGC.



ACTA DE REUNIÓN N° 2

DESARROLLO

1. Se presentó el Director General Dr. Fabricio Monroy como el Representante de la Dirección del SGC y dio a conocer sus funciones.
2. Se realizó el nombramiento del Comité de calidad, el Director General designo a los representantes del mismo y sus respectivas funciones para el seguimiento y mejoramiento del SGC.

Los integrantes del Comité de Calidad son:

- ↓ Fabricio Monroy Téllez - Director General
- ↓ Nelly Garcés Guerrero - Asistente de Dirección general
- ↓ Iliana Ulloa Sabogal - Coordinación Académica
- ↓ Martiza Sánchez Ardila - Secretaria Académica
- ↓ Andrés Rodríguez - Mantenimiento e infraestructura
- ↓ Luz Vanessa López Villalobos - Coordinador de Calidad

Se dio a conocer las funciones del comité de calidad y se hizo entrega a cada integrante de las mismas, las funciones son:

1. Asegurar el diseño, implementación, mantenimiento y mejora del SGC
2. Dar soporte al Representante de la Dirección en la definición y mantenimiento del SGC.
3. Promover al interior de la Institución la concientización de los requisitos del Cliente y de mejoramiento continuo
4. Identificar y aprobar los procesos de la Institución asegurando que se desarrollen bajo el enfoque del ciclo de mejoramiento continuo planear, hacer, verificar y actuar.
5. Participar de la Planeación Estratégica del SGC definiendo la Política, Objetivos de Calidad y su forma de medición.
6. Revisar periódicamente que la Misión, Visión, Valores Organizacionales, Política y Objetivos de Calidad orienten a EFORSALUD hacia una cultura de calidad y mejoramiento continuo.
7. Atender Sugerencia, Quejas o Reclamos y realizar seguimiento a los resultados de las acciones tomadas al respecto.
8. Efectuar seguimiento a los resultados de los indicadores de la medición del SGC y sus procesos, Acciones correctivas, Preventivas y de Mejora que se generen.



ACTA DE REUNIÓN N° 2

9. Revisar y evaluar los resultados de las Auditorías internas y externas realizadas a la Institución.
10. Realizar las demás funciones y actividades que permitan generar oportunidades de mejora al SGC y que contribuyan al logro de los objetivos planteados.

Siendo las 12:00 am se da por terminada la reunión.

PROXIMA REUNIÓN:

Anexo b. Memorando Interno



EFORSALUD

MEMORANDO INTERNO

PARA: Personal Administrativo y Servicios.

DE: Gestión de Calidad.

ASUNTO: Realizar el listado Maestro de Registros

Cordial saludo,

Con el fin de culminar la actividad del listado maestro de registros, continuaremos con las reuniones comenzando desde el 16 al 19 de Septiembre.

A continuación relaciono las fechas:

FUNCIONARIO	DIAS	HORA
Silvia Areiza	Miércoles, Jueves y Viernes	8:00 a 9:00 am
Andrés Rodríguez	Miércoles, Jueves y Viernes	9:00 a 10:00 am
Beatriz Cárdenas	Miércoles, Viernes	11:30 a 12:00 am 10:00 a 10:30 am
Jefe Iliana Ulloa	Jueves y Viernes	7:30 a 8:30 am
Consuelo Gómez	Jueves	6:30 a 7:30 am
Andrea Triana	Jueves	11:00 a 11:30 am
Maritza Sánchez	Jueves	11:30 a 12:00 am
Sandra Pardo	Sábado	8:00 a 9:00 am
Edinson Correa	Sábado	9:00 a 10:00 am
Nelly Garcés	Sábado	10:00 a 11:00 am

Cordialmente,

LUZ VANESSA LOPEZ VILLALOBOS
GESTIÓN DE CALIDAD

Handwritten signatures and notes:
 - *Silvia* (next to first row)
 - *11/21/16 Sandra Pardo* (next to Jefe Iliana Ulloa)
 - *Recibido* (next to Sandra Pardo)
 - *48901 Andrés Rodríguez* (next to Andrés Rodríguez)
 - *Andrea Triana* (next to Andrea Triana)
 - *Maritza Sánchez* (next to Maritza Sánchez)

Bucaramanga, 21 de Septiembre del 2009



EFORSALUD

MEMORANDO INTERNO

PARA: Personal Administrativo y Servicios.

DE: Gestión de Calidad.

ASUNTO: Cronograma de las reuniones semanales

Cordial saludo,

Con el fin de culminar la actividad de la implementación del SGC relaciono a continuación el cronograma de las reuniones que serán fijas por el resto del año o hasta previo aviso.

A continuación relaciono las fechas:

FUNCIONARIO	DIAS	HORA
Jefe Iliana Ulloa	Lunes y Viernes	7:30 a 8:30 am
Silvia Areiza	Martes	8:00 a 9:00 am
	Miércoles	8:30 a 9:00 am
	Viernes	8:30 a 9:00 am
Andrés Rodríguez	Martes y Miércoles	9:00 a 10:00 am
Maritza Sánchez	Miércoles y Jueves	8:00 a 8:30 am
Beatriz Cárdenas	Miércoles, Jueves y Viernes	10:00 a 10:30 am
Consuelo Gómez	Jueves	7:00 a 8:00 am
Andrea Triana	Jueves	11:00 a 12:00 am
Sandra Pardo	Sábado	8:00 a 9:00 am
Edinson Correa	Sábado	9:00 a 10:00 am
Nelly Garcés		

Cordialmente,

LUZ VANESSA LÓPEZ VILLALOBOS
GESTIÓN DE CALIDAD

ACTIVIDAD:	Socialización Proceso de Servicio Educativo y Familiar	MODALIDAD(*):	Socialización
DURACIÓN:	INICIO: 10:00 am	FIN:	12:00 am
DIRIGIDO POR:	Ing. Luz Vanisia Lopez U.		
OBJETIVO:	Socializar las actividades que intervienen en el proceso del estudiante desde que el estudiante es activo en la institución hasta su grado.		
CONTENIDO:	Planificación periodo académico, inducción estudiantes, realización de horarios, realización de prácticas, notas, grados		

Los aquí firmantes conocemos el objetivo y el contenido de esta actividad.

FECHA: 21 AGOSTO, 2009

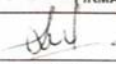
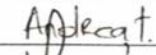
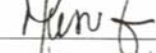
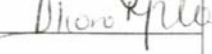
NOMBRE	NÚMERO DE CÉDULA	CARGO	FIRMA
Liliana Milena Zúñiga S	37 556 981	S. Académica	Liliana M. Zúñiga S
Maribel Jiménez Ardila	63 527 701	S. Académica	Maribel J. Ardila
Andrea Triana Ardila	1300 956 649	S. Académica	Andrea T.
Sandra Lorena Pardo	37 1713 492	S. Académica	Sandra L. Pardo

MODALIDAD(*): Hace referencia a clasificación de la actividad como Capacitación, Charla, Taller, Conferencia, etc.

ACTIVIDAD:	Funciones de cargos y procedimiento sugerencia queja y/o reclamo		MODALIDAD(*): capacitación.
DURACIÓN:	INICIO: 10:00 am	FIN: 12 m.	
DIRIGIDO POR:	Ing. Luz Vanesia Ibs Vilblados.		
OBJETIVO:	Socializar las funciones y perfiles de los cargos e identificar el procedimiento de sugerencias, quejas y/o reclamos para su implementación.		
CONTENIDO:	Funciones de los cargos con los respectivos perfiles, procedimiento sugerencia, queja y/o reclamo y su respectivo formato.		

Los aquí firmantes conocemos el objetivo y el contenido de esta actividad.

FECHA: 12 Agosto 2009

NOMBRE	NÚMERO DE CÉDULA	CARGO	FIRMA
Sandra Pardo	37.713.442	Secretaria A.	
Andrea Triana	1'900.986.649	Sec. Académica	
Maritza Sánchez Di	63.527.701	Sec. Acade	
Miriana Millos Ulloa	37.556.931	C. Académico	

MODALIDAD(*): Hace referencia a clasificación de la actividad como Capacitación, Charla, Taller, Conferencia, etc.

Anexo d. Evaluacion 1



EVALUACIÓN DIRECTRICES

1.9

Fecha: MARZO 11 DE 2009

Nombre: Sandra Lorena Pardo Suárez

Cargo: Secretaria Académica - Estética Facial y Corporal

1. Responda como Falso (F) o verdadero (V) las siguientes afirmaciones.

1.0

- (V) 1. La Política de Calidad debe ir alineada con el PEI
- (V) 2. La Misión tiene como propósito formar personas competentes con los más altos valores éticos y sólidos conocimientos intelectuales.
- (F) 3. La Visión de Eforsalud está orientada bajo los valores de los estudiantes y el sector productivo.
- (V) 4. La Visión de Eforsalud es constituirse durante los próximos 5 años en una Institución con liderazgo y reconocimiento a nivel regional, nacional e internacional en la formación del talento humano.
- (F) 5. La Misión de Eforsalud nos Indica hacia dónde quiere llegar la Institución en un futuro.

2. Dibuje el Mapa de Procesos de Eforsalud e identifique los procesos donde usted participa.



3. Explique brevemente la Política de Calidad de Eforsalud

1.0

La política de calidad de Eforsalud orienta al desarrollo de personas íntegras y competentes para los requerimientos y reconocimientos del sector productivo basado en el proyecto institucional para satisfacer al cliente. Este se hace mediante el uso eficiente y eficaz de sus recursos y el mejoramiento de los procesos.

Te recomiendo no aprenderla de memoria



EVALUACIÓN CONTROL DE DOCUMENTOS

3.03
Σ =

Fecha: AGOSTO 5 DE 2009

Nombre: BEATRIZ CORDERAS

Cargo: Bibliotecaria

1. Responda como Falso (F) o verdadero (V) las siguientes afirmaciones.

0.75

- (V) Se considera documento obsoleto a partir que entra en vigencia la nueva versión del documento.
- (F) Para la aprobación de los documentos las solicitudes deben enviarse al Coordinador de Calidad para su aprobación.
- (F) GC es el código del proceso de Gestión de Calidad
- (F) Ca pertenece al código de la Caracterización
- (V) En el encabezado de los documentos lo conforman 5 partes: logo de la Institución, nombre de la Institución, nombre del documento, código del documento y la Versión.

2. Qué diferencia existe entre Formato y Registro?

1.25

Formato → esqueleto donde se ubica o escribe lo requerido.
 Registro → Información necesaria para tal procedimiento y se registra en el formato → Es el formato diligenciado

3. Realice el apareamiento de acuerdo a la información que se relaciona en la siguiente tabla.

0.53

a. Control de aprobaciones	(E) Es el que es reemplazado por una nueva versión. <input checked="" type="checkbox"/>
b. Control de Cambios	(G) Diseño de Programas de Formación <input checked="" type="checkbox"/>
c. AM-P-01	(F) Se ubica en la última hoja del documento y se conforma por Elaboro, Aprobó, Fecha de Aprobación <input checked="" type="checkbox"/>
d. Documento Externo	(A) Se ubica en la primera hoja de documento y se conforma por Elaboro, Aprobó, Fecha de Aprobación <input checked="" type="checkbox"/>
e. GCP	(B) Es donde se especifican los cambios del documento y se conforma por Versión, descripción del cambio, Fecha de Aprobación. <input checked="" type="checkbox"/>
f. SEF	(C) Gestión Contable y Financiera <input checked="" type="checkbox"/>

Anexo e. Plan de implementación del sistema de calidad



PLAN DE IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE CA

FECHA 26 DE FEBRERO DE 2009

CONVENCIONES	
AC	Analizado en Consultoría
BR	Documento en Borrador
RA	Documento Revisado y Aprobado
DI	Documento Difundido e Implementado

Se marca con 1 la ejecución de cada una de las actividades, teniendo en cuenta lo realizado hasta el período de evaluación

TEMAS	N°	COMPROMISOS	SEGUIMIENTO				AVANCE		ACTIVIDADES A EJECUTAR
			AC	BR	RA	DI	TOTAL	% AVANCE	
CAPITULO 4, SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	1	4.1. REQUISITOS GENERALES: Identificar los procesos del Sistema de Gestión de Calidad, acordes con el alcance establecido para la certificación					0	0,0%	
	2	Determinar la secuencia e interacción de estos procesos (Caracterización, Mapa de Procesos)					0	0,0%	
	3	Analizar cada proceso, teniendo en cuenta: Entradas, etapas de transformación y salidas (Caracterización de Procesos) e interrelacionarlo con los numerales de la norma ISO 9001					0	0,0%	
	4	4.2.2. MANUAL DE CALIDAD: Elaborar, revisar, aprobar y difundir el Manual de Calidad que describa todo el SGC de la empresa					0	0,0%	

5	4.2.3. CONTROL DE DOCUMENTOS: Elaborar, revisar, aprobar y difundir el procedimiento para la elaboración y control de documentos del sistema de gestión de calidad.					0	0,0%
6	4.2.4. CONTROL DE REGISTROS: Elaborar, revisar, aprobar y difundir el procedimiento para el Control de Registros, en medio impreso y magnético.					0	0,0%
7	4.2.4. CONTROL DE REGISTROS: Elaborar tablas de retención documental					0	0,0%
8	5.3. POLÍTICA DE CALIDAD: Definir Política de Calidad, en función de las necesidades organizacionales y del cliente (Acordes con la Misión y la Visión)					0	0,0%
9	Difusión para la política de calidad, la misión y la visión.					0	0,0%
10	5.4.1. OBJETIVOS DE CALIDAD: Tomando como referencia: Analisis Debilidades, Fortalezas, Areas, directrices de la política de calidad. Despliegue (meta, Indicador de Gestión, frecuencia, registro, estrategias y/o actividades, responsables, tiempo de eje					0	0,0%
11	5.4.2. Planificacion del Sistema: Tomando como referencia : los procesos definidos y la caracterización de procesos, estrategias para el logro de objetivos					0	0,0%
12	5.5.1. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD: Revisar y/o actualizar el organigrama General de la empresa. Definir cargos.					0	0,0%
13	Definir responsabilidades del Cargo					0	0,0%

	14	5.5.2. NOMBRAR REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN: Asignando las responsabilidades de acuerdo a las establecidas en la norma ISO 9001					0	0,0%		
	15	5.6. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN: Establecer la metodología para realizar la revisión por la dirección.					0	0,0%		
CAPITULO 6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS	16	6.2. Recurso Humano: Identificar los cargos del Sistema de Gestión de la calidad que afectan directa o indirectamente la calidad del producto y/o servicio.					0	0,0%		
	17	Establecer el perfil de los cargos para estos cargos teniendo en cuenta educación, formación, habilidades y experiencia.					0	0,0%		
	18	Elaborar el Procedimiento de Gestión del Personal (Contratación, inducción, capacitación y evaluación)					0	0,0%		
	19	Completar hojas de vida del personal con los registros de acuerdo a los perfiles de competencia					0	0,0%		
	20	6.3. Infraestructura: Identificar los equipos que afectan la calidad del producto.					0	0,0%		
	21	Elaborar el procedimiento general de mantenimiento de la infraestructura					0	0,0%		
	22	6.4. Ambiente de Trabajo. Determinar condiciones y definir controles					0	0,0%		
	CAPÍTULO 7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	23	7.1. PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO: Identificar los productos incluidos en el alcance de la certificación					0	0,0%	
		24	Elaborar, documentar y difundir los planes de calidad y/o procedimientos de prestación del servicio, teniendo en cuenta:					0	0,0%	

	Secuencia de las operaciones del proceso, características de producto a controlar, parámetros de proceso a controlar, equipos requeridas para la realización de la operación, personal responsable, etc							
25	7.2. PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE: Identificar los diferentes tipos de clientes					0	0,0%	
26	Definir, documentar, difundir e implementar lo referente a los procedimientos de comercialización del producto/servicio					0	0,0%	
27	Definir, documentar, difundir e implementar lo referente a los procedimientos de atención y tramite de quejas, reclamos y felicitaciones del cliente.					0	0,0%	
28	7.3. DISEÑO: Definir, documentar, difundir e implementar lo referente a los procedimientos de Diseño y Desarrollo de productos, incluyendo elementos de entrada, salidas, revisión, verificación, validación y control de cambios					0	0,0%	
29	7.4 COMPRAS: Identificación de productos y servicios críticos, con su respectivo proveedor					0	0,0%	
30	Definir metodología a seguir para la selección, evaluación y re-evaluación de proveedores.					0	0,0%	
31	Identificar las características críticas a controlar en los productos y servicios críticos (Fichas Técnicas).					0	0,0%	
32	Definir, documentar, difundir e implementar lo referente a los procedimientos de compras y verificación existentes en la empresa con los respectivos registros.					0	0,0%	

33	7.5.1. CONTROL DE LA PRODUCCIÓN Y LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:					0	0,0%
34	De acuerdo con los planes de Calidad, revisar el cumplimiento de las condiciones controladas					0	0,0%
35	De acuerdo con las características de producto y los parámetros de proceso elaborar los planes de control: Clasificación de los elementos a controlar, plan de muestreo responsables del control, identificación de riesgos, instrumentos de medición y registros entre otros.					0	0,0%
36	7.5.3. IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD: Definir, documentar, difundir e implementar lo referente a la trazabilidad del producto o servicio					0	0,0%
37	7.5.4. PROPIEDAD DEL CLIENTE: Identificar si en la empresa aplica este numeral y documentar lo relacionado					0	0,0%
38	7.5.5. PRESERVACIÓN DEL PRODUCTO: Identificar las zonas de almacenamiento y establecer los controles para cada una, que incluyan: Identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección					0	0,0%
39	7.6. CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN: Identificar las mediciones críticas que se realizan con equipos de medición, según planes de control.					0	0,0%
40	Evaluar los requisitos de cada medición frente a las características técnicas del equipo.					0	0,0%
41	Sustituir los equipos que no satisfagan los requisitos de las mediciones.					0	0,0%

	42	Elaborar el Procedimiento General de Metrología, incluyendo las actividades de calibración, verificación a realizar tanto a nivel interno como externo.					0	0,0%	
	43	8.2.1. SATISFACCIÓN DEL CLIENTE: Definir metodología para realizar la medición de satisfacción del cliente y generar acciones de mejoramiento					0	0,0%	
CAPITULO 8. MEDICIÓN ANÁLISIS Y MEJORA	44	8.2.2. AUDITORÍA INTERNA: Definir grupo de auditores					0	0,0%	
	45	Definir el procedimiento de Auditorías que incluya desde la elaboración del programa de Auditorías, la planeación de cada una, su ejecución y el seguimiento hasta asegurar que se eliminan las no conformidades y las causas identificadas.					0	0,0%	
	46	Realizar la formación de Auditores Internos de Calidad					0	0,0%	
	47	Programar y ejecutar primer ciclo de auditorias internas de calidad.					0	0,0%	
	48	Cerrar las no conformidades generadas del primer ciclo de Auditorías Internas de Calidad					0	0,0%	
	49	8.2.3. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS: Definir, documentar e implementar el seguimiento y medición de los procesos, ya sea en la caracterización de éstos, o en un documento independiente, indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad					0	0,0%	
	50	8.2.4. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO: Definir, documentar e implementar los controles del producto (Planes de control en recepción y proceso)					0	0,0%	
	51	8.3. CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME: Definir, documentar e implementar el procedimiento para el tratamiento del producto y/ó					0	0,0%	

	servicio no conforme							
52	De acuerdo con los planes de control, elaborar el Tratamiento del producto/servicio no conforme: que incluya: Posibles no conformidades, su tratamiento, responsables y registro					0	0,0%	
53	8.4. ANÁLISIS DE DATOS: Establecer la metodología para analizar cada una de las mediciones establecidas en el SGC					0	0,0%	
54	8.5. ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS: Definir, documentar e implementar un procedimiento para la definición e implementación de acciones correctivas y preventivas					0	0,0%	
AVANCE GENERAL:		0	0	0	0		0,0%	

Anexo f. manual de calidad

MANUAL DE CALIDAD

CONTROL DE APROBACIONES

ELABORÓ	APROBÓ	FECHA DE APROBACIÓN
Nombre: Luz Vanessa López Cargo: Coordinador Calidad	Nombre: Fabricio Monroy Cargo: Director General	Octubre 2009

CONTENIDO

	PÁG
1. OBJETO	141
2. ALCANCE Y EXCLUSIONES.	141
3. GLOSARIO	¡Error! Marcador no definido.
4. RESPONSABLE	142
5. DESARROLLO	143

5.1.	DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA	143
5.1.1.	GENERALIDADES	143
5.1.2.	DOCUMENTOS ESTRATÉGICOS	144
5.1.3.	MISIÓN	144
5.1.4.	VISIÓN	144
5.1.5.	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	145
5.1.6.	DESCRIPCIÓN DE PRODUCTOS Y SERVICIOS TÉCNICOS OFRECIDOS	145
5.1.7.	PRINCIPALES CLIENTES	¡Error! Marcador no definido.
5.2.	DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	147
5.2.1.	DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS Y SU INTERACCIÓN	147
5.2.2.	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	150
5.2.3.	GESTIÓN DE RECURSOS	152
5.3.	PROCESOS DE REALIZACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
5.4.	PROCESOS CONTRATADOS EXTERNAMENTE	¡Error! Marcador no definido.
5.5.	MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	¡Error! Marcador no definido.
5.6.	PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	¡Error! Marcador no definido.
6.	ANEXOS	155

INTRODUCCIÓN

Eforsalud estructuró e implementó el Sistema de Gestión de la Calidad –SGC- con el propósito de mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus estudiantes y partes interesadas.

Con la implementación del SGC, Eforsalud da cumplimiento a las directrices del Gobierno Nacional dispuestas en la Ley 872 de 2003, el Decreto 1599 de 2005 en cuanto a la implementación del Sistema de Gestión de Calidad –SGC-. En la implementación del SGC se contemplaron todos los requisitos descritos en la Norma NTC 5555 y NTC 5581.

El contenido del Manual de Calidad permite conocer como se planeó y como se está llevando a cabo la consolidación y mantenimiento del SGC, nos informa respecto de:

- La caracterización de los procesos, la cual describe los aspectos más significativos de cada proceso como son su objetivo, alcance, insumos, actividades, resultados, las interacciones entre procesos e indicadores de gestión relacionados.
- La documentación del SGC inherente a cada proceso referenciada, incluidos los procedimientos requeridos por la norma NTC 5555.

El presente Manual se constituye en una herramienta de consulta por parte de los funcionarios de la Institución, éste permite observar el cumplimiento de los requisitos de la NTC5555 orienta la gestión institucional hacia la búsqueda de mejores prácticas producto del seguimiento, la medición y análisis de los controles e indicadores de gestión. Es fundamental la participación y compromiso de todos y cada uno de los funcionarios.

1. OBJETO

Describir el sistema de gestión de la calidad de la empresa EFORSALUD basado en la norma NTC 5555.

2. ALCANCE Y EXCLUSIONES.

El Manual de Calidad tiene por objeto presentar la descripción del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad implementado en Eforsalud para orientar a sus clientes internos, usuarios y partes interesadas respecto de la política y objetivos de calidad, su documentación, la gestión de los recursos, el desarrollo de sus productos y/o servicios y los mecanismos de control y medición de que dispone Eforsalud para evaluar su estrategia, su gestión y sus propios mecanismos de evaluación.

El alcance del Sistema de Gestión de Calidad es: Diseño y prestación de servicios de educación y formación para el trabajo y desarrollo humano en los siguientes programas:

- Técnico Laboral en Auxiliar en Enfermería
- Técnico Laboral en Atención y Educación a la Primera Infancia
- Técnico Laboral en Auxiliar en Salud Oral
- Técnico Laboral en Cosmetología y Estética Integral
- Técnico Laboral en Mantenimiento de Hardware

EXCLUSIONES:

Dentro del Sistema de Gestión de la Calidad implementado en Eforsalud se excluye el numeral *7.6 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICION EN LAS INSTITUCIONES DE FORMACION PARA EL TRABAJO* de la Norma NTC 5555.

3. DEFINICIONES

Caracterización de proceso: Documento que especifica las actividades, recursos, responsables y mecanismos de seguimiento y medición para cada uno de los procesos del sistema de gestión de calidad. Además describe la forma en que interactúan los procesos del sistema.

S.G.C: Sistema De Gestión De Calidad.

4. RESPONSABLE

- Aprobación: Director General
- Implementación: Director General y Coordinador de Calidad

5. DESARROLLO

5.1. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA

5.1.1. GENERALIDADES

Eforsalud, Institución de educación para el trabajo y el desarrollo humano, antes llamada Educación No Formal nace en Santa Fe de Bogotá el 26 de Abril de 1995, según escritura pública N° 904 de la Notaría 26 de la misma ciudad, el 5 de Junio de 1995 se traslada a la capital santandereana en donde fija su domicilio permanente. Desde su inicio Eforsalud ha estado liderada por el Doctor FABRICIO ANTONIO MONROY TÉLLEZ, Director General de la institución.

Su naturaleza jurídica es privada, escritura pública 904 26 de Abril 1995 Cámara de Comercio 0504980903, con NIT 830004878-9.

La Escuela Colombiana de Formación en salud, “Eforsalud”, es una institución de carácter privado que propende por la formación del talento humano en las diferentes áreas del conocimiento, dentro de la modalidad de educación para el trabajo y el desarrollo humano. (3616/05, 3870/06, 2888/07 Ministerio de Educación Nacional).

Eforsalud, cuenta con los reconocimientos oficiales por parte de las autoridades y la Secretaria de Educación Departamental, como se menciona a continuación:

- Resolución No. 0786 del 23 de Febrero de 1996 de la Secretaria de Educación Santander: Mecánica Dental, Auxiliar de Higiene Oral, Auxiliar de Consultorio Odontológico.
Resolución No. 1229 del 28 de Octubre de 1999 de la Secretaría de Educación de Santander: Promotor de Salud y Auxiliar de Preescolar.
- Resolución No. 10579 del 1 de Junio de 2000 de la Secretaria de Educación de Santander: Auxiliar de Laboratorio Clínico.

Eforsalud cuenta con el apoyo decidido de un grupo de Profesionales Directivos y Docentes de altas calidades humanas y científicas y sobre todo con una profunda vocación pedagógica.

La sede académica de EFORSALUD se encuentra ubicada en la Carrera 27 No 48-49, en la ciudad de Bucaramanga, donde cuenta con unas dependencias y aulas acordes con los requerimientos de la logística educativa moderna.

5.1.2. DOCUMENTOS ESTRATÉGICOS

5.1.3. MISIÓN

La Corporación Educativa de Colombia-EFORSALUD institución de carácter privado que orientada bajo los principios de excelencia, disciplina, humanización y competencia, tiene como propósito fundamental formar personas competentes con los más altos valores éticos y sólidos conocimientos intelectuales, comprometidos en el mejoramiento de la calidad de vida de la sociedad.

5.1.4. VISIÓN

Constituirse durante los próximos cinco años en una institución de educación con liderazgo y reconocimiento a nivel regional, nacional e internacional en la formación del talento humano, fundamentada en principios humanísticos, técnico-científicos, competitivos y de proyección social.

5.1.5 PRINCIPIOS ETICOS

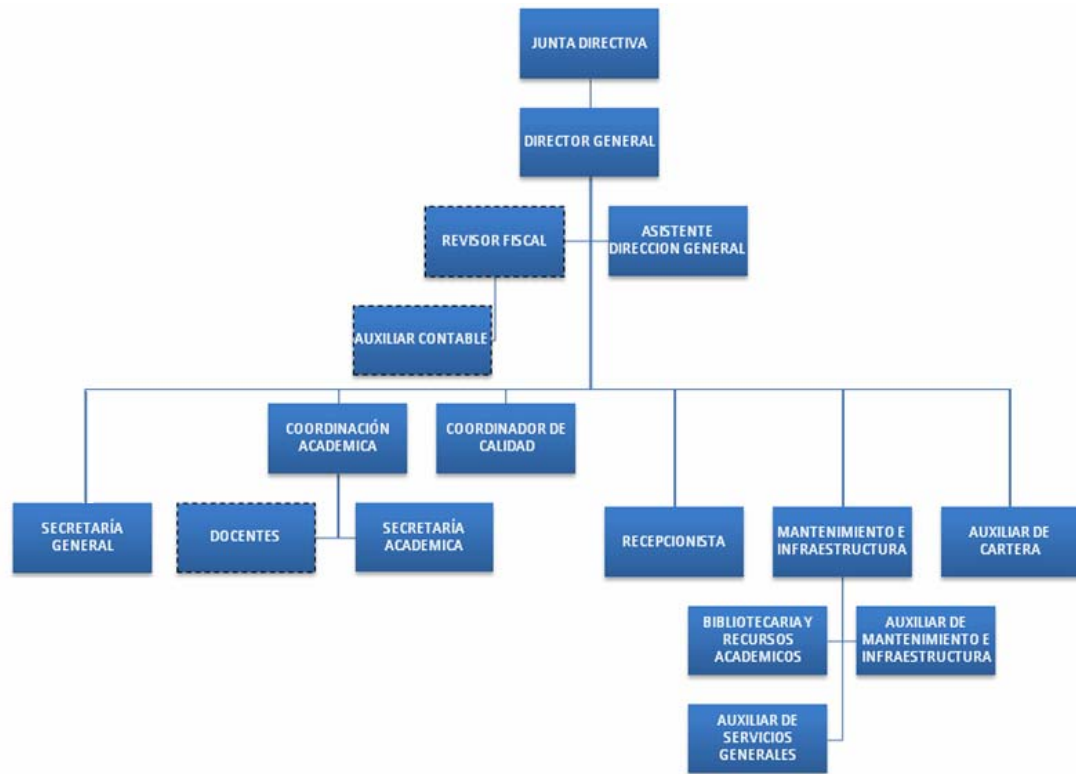
1. RESPETO
2. RESPONSABILIDAD
3. EFICACIA, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD
4. COLABORACIÓN

5. HONESTIDAD
6. COMPROMISO
7. TRANSPARENCIA
8. CUMPLIMIENTO
9. LEALTAD
10. TOLERANCIA

5.1.6 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

El organigrama de la Institución ha sido diseñado en base a las actividades que realiza Eforsalud, incluyendo la forma en que se prestan sus servicios. Este puede verse en el anexo 1 de este manual.

ANEXO 1. ORGANIGRAMA



5.1.6. DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS OFRECIDOS

Eforsalud ofrece programas técnicos, cursos y diplomados los cuales son:

PROGRAMAS TECNICOS

- Técnico Laboral en Auxiliar en Enfermería
- Técnico Laboral en Auxiliar en Salud Oral
- Técnico Laboral en Cosmetología y Estética Integral
- Técnico Laboral en Atención y Educación a la Primera Infancia
- Técnico Laboral en Mantenimiento de Hardware

CURSOS

- Conductor de Ambulancia
- Camillero

DIPLOMADOS

- Atención del Auxiliar de Enfermería a la persona en estado semicrítico.
- Atención de Enfermería al adulto mayor
- Atención de Enfermería en el servicio de urgencias
- Principios farmacológicos para el Auxiliar de Enfermería

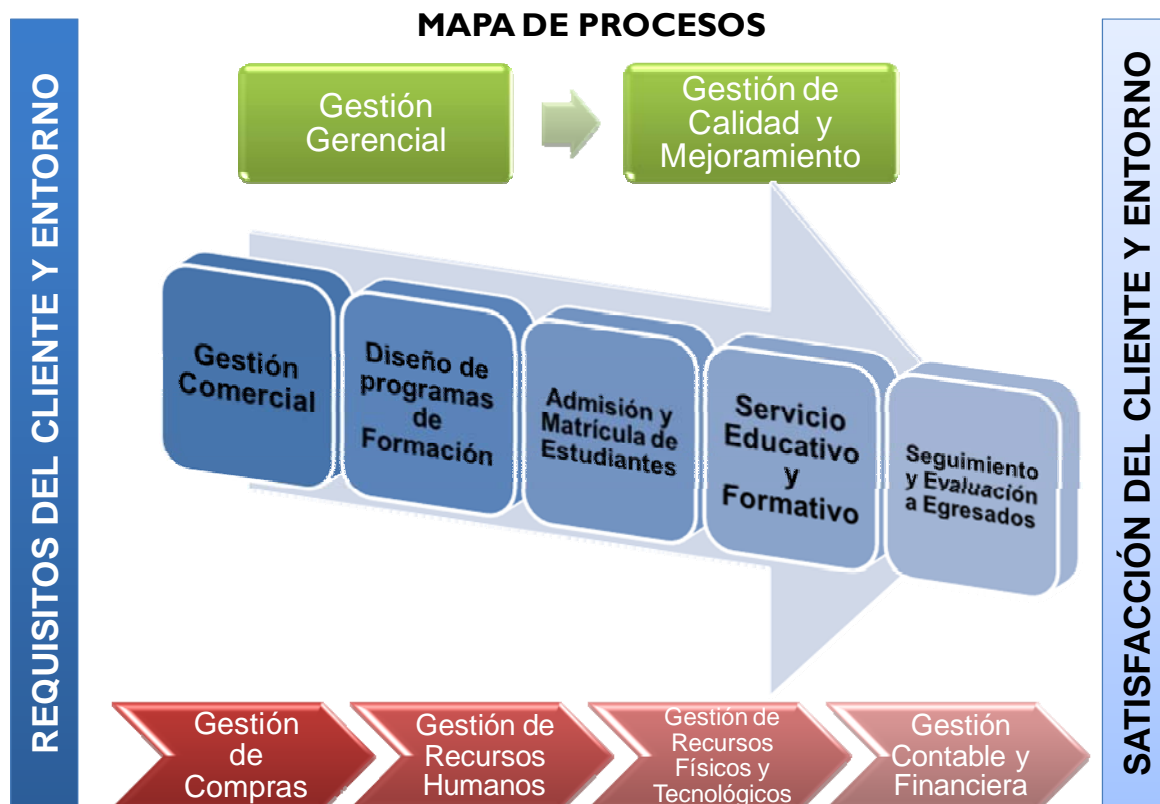
5.2. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

5.2.1. DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS Y SU INTERACCIÓN

El SGC se encuentra direccionado para funcionar bajo un enfoque de operación basado en procesos; este enfoque identifica y gestiona de manera eficaz numerosas actividades relacionadas entre sí; permitiendo el control continuo que proporcionan los vínculos entre los procesos, así como sobre su combinación e interacción.

5.2.2 Modelo de operación

El Modelo de Operación de Eforsalud está conformado por 11 Procesos; así: 2 procesos estratégicos, 5 procesos misionales y 4 procesos de apoyo, los cuales interactúan entre sí para atender las necesidades y requisitos del cliente a satisfacción.



Eforsalud, adoptó el Mapa de Procesos en un esquema que integra los procesos de la Institución y su interacción dentro del Sistema de Gestión de la Calidad, la cual se puede evidenciar a través de la caracterización en las entradas y salidas de cada proceso de conformidad con los requisitos de la NTC 5555.

En el Mapa se puede apreciar como entrada las necesidades y requisitos del cliente o usuarios, los tipos de procesos y la interacción de los mismos y como salida la satisfacción del cliente o partes interesadas.

Los procesos estratégicos permiten fijar el horizonte, lineamientos y estrategias institucionales, constituyen la base para el diseño de acciones de prevención y/o corrección que garanticen una efectiva planeación

Los procesos misionales: proporcionan el resultado previsto por Eforsalud en cumplimiento de su razón de ser; están directamente comprometidos con la creación de valor para los clientes externos de la Institución.

Los procesos de apoyo: proveen los recursos necesarios para la operación de los procesos estratégicos, misionales en Eforsalud.

Las actividades de estos procesos han sido documentadas a través de caracterizaciones, procedimientos y formatos aplicables a cada uno.

En Eforsalud se definieron 11 procesos, los cuales sustentan todas las actividades que realiza la Institución, entre ellos tenemos:

- **Proceso Gestión Gerencial:** El responsable es el Director general y su objetivo es garantizar el cumplimiento de la Misión, Visión y Políticas Institucionales para lograr un direccionamiento estratégico.
- **Proceso Gestión de Calidad:** El responsable es el Coordinador de Calidad y su objetivo es determinar y mantener el Sistema de Gestión de la Calidad, conforme a las disposiciones planificadas, con los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2000 y NTC 5555.
- **Proceso Gestión Comercial:** El responsable es la Asistente de Dirección General y su objetivo es diseñar y ejecutar políticas para la gestión comercial, mercadeo de programas académicos de EFORSALUD para aumentar el número de estudiantes de la institución.
- **Proceso Diseño de Programas de Formación:** El responsable es Coordinación Académica y su objetivo es diseñar y ajustar programas académicos para desarrollar en nuestros estudiantes competencias laborales específicas relacionadas con las áreas de desempeño de los sectores productivos.
- **Proceso de Admisión y Matricula de Estudiantes:** El responsable es Secretaria General y su objetivo es garantizar que las actividades de admisión de aspirantes y de matrículas se realicen de forma oportuna y confiable de acuerdo a las fechas establecidas
- **Proceso Servicio Educativo y Formativo:** El responsable es Coordinación Académica y Secretarías Académicas, su objetivo es ejecutar actividades

- **Proceso Seguimiento y Evaluación a Egresados:** El responsable es Asistente de Dirección General y su objetivo es realizar el seguimiento y evaluación a egresados de Eforsalud con el fin de actualizar los programas de Formación según las necesidades del sector productivo.
- **Proceso Gestión de Compras:** El responsable es Secretaria General y su objetivo es asegurar que las compras de insumos o servicios que tengan efecto sobre la calidad del servicio o en los procesos de prestación del servicio, cumplan con los requisitos especificados por los clientes y la Institución
- **Proceso Gestión Recursos Humanos:** El responsable es Director General y su objetivo es Coordinar las actividades de selección, inducción, capacitación y administración de todo el personal de la Institución asegurando personas integra, competentes y comprometidas al cumplimiento de la misión.
- **Proceso Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos:** El responsable es Mantenimiento e Infraestructura y su objetivo es identificar, suministrar y mantener los recursos físicos y tecnológicos necesarios para el funcionamiento normal de los procesos o requerimientos de la institución y su comunidad.
- **Proceso Gestión Contable y Financiera:** El responsable es Auxiliar Contable y su objetivo es Garantizar la disponibilidad y confiabilidad de la información contable de acuerdo a los recursos financieros de la Institución.

5.3 RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

En el marco de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, la Dirección de Eforsalud, encabezada por el Director General, determinó la política y los objetivos de calidad y vela por su divulgación, entendimiento y apropiación de cada uno de los funcionarios que ejecutan las actividades dentro de los procesos del Sistema.

Eforsalud, a través del “Manual de Convivencia” ha definido mecanismos de autorregulación; este documento contiene los lineamientos y políticas de la Institución que permite guiar y orientar sus acciones frente a los clientes y partes interesadas con enfoque hacia el cumplimiento de su Misión, en el contexto de los fines sociales del Estado, generando autoridad y confianza, demostrando conocimiento de las necesidades y requisitos de los mismos, y manifestando su compromiso con el control, el cumplimiento, la utilización transparente y eficiente de los recursos.

A continuación se describe la forma en que se desarrollan las actividades gerenciales en la Institución.

ENFOQUE AL CLIENTE Y PARTES INTERESADAS

Eforsalud a través del SGC fortalece el principio del Sistema de Gestión de la Calidad relacionado con el enfoque hacia el cliente tanto interno como externo, para asegurar que sus necesidades y requisitos legales y reglamentarios estén determinados y se cumplan. Se aprovechará para este fin la información relacionada con la percepción del cliente respecto del cumplimiento de sus requisitos por parte de la Institución, la atención de sugerencias, quejas y reclamos.

Se realiza una encuesta al estudiante para conocer su percepción de los servicios ofrecidos por la Institución.

Se realiza la encuesta al sector productivo y al egresado para seguimiento de los mismos.

POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD

EFORSALUD ha definido una política de calidad acorde al propósito de la Empresa, la cual incluye un compromiso de satisfacer los requisitos y de mejorarlos continuamente:

“La Corporación Educativa de Colombia-Eforsalud, orienta sus servicios al desarrollo de personas íntegras, competentes a los requerimientos y reconocimiento del sector productivo, en consonancia con el proyecto institucional, para así lograr la satisfacción de las necesidades de sus clientes mediante el uso eficiente y eficaz de sus recursos y el mejoramiento continuo de sus procesos.”

Esta política es usada como base para definir los objetivos de calidad y ha sido dada a conocer y explicada a todos los funcionarios de la Institución a través de reuniones y publicaciones, folletos.

Los objetivos de calidad son establecidos en los niveles y funciones pertinentes de Eforsalud, principalmente a nivel de procesos.

La definición de los objetivos se basa en la política de calidad, por lo cual el grado de cumplimiento de estos aseguran que la política de calidad se está implementando y cumpliendo.

A través de la medición de estos objetivos y los indicadores asociados a cada uno se tiene un valor numérico del nivel de eficacia alcanzado por el sistema de gestión de calidad. Este cálculo es complementado con análisis de datos y el diseño e implementación de acciones de mejora derivadas de este análisis.

REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

La Revisión por la Dirección es un pilar básico para garantizar la continuidad del SGC en el tiempo, su coordinación es función del proceso de Gestión Gerencial, se realizará semestralmente. Esta revisión tendrá en cuenta los resultados de auditorías, retroalimentación del cliente, desempeño de los procesos y conformidad del producto y/o servicio, estado de las acciones correctivas y preventivas, acciones de seguimiento de revisiones previas efectuadas por la dirección, los cambios que podrían afectar al Sistema de Gestión de la Calidad, recomendaciones para la mejora y los riesgos actualizados e identificados para la Institución.

La Revisión por la Dirección junto con la responsabilidad del Comité de Calidad permitirá asegurar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema.

COMUNICACIÓN INTERNA

Se ha establecido un plan de comunicación que se evidencia en la Herramienta de comunicaciones de la Institución donde permite identificar el nombre de la comunicación, el objetivo de la comunicación, quien comunica, frecuencia del comunicado, el receptor, si es cliente interno o externo, tiempo del comunicado, registro utilizado.

RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

La responsabilidad y autoridad del SGC, están dadas en el Manual de Perfiles y Funciones RH-M-01 y en la Matriz de Autoridad y Responsabilidad, estos son comunicados a todos los miembros de la Institución

El representante de la dirección para el sistema de gestión de calidad es el Director General, el cual se asegura de que se implementen los requisitos establecidos para el sistema de gestión de Eforsalud, informa a la Alta Dirección sobre el desempeño del sistema y de oportunidades de mejora, y la toma de conciencia respecto a la necesidad de satisfacer los requisitos del cliente.

5.4. GESTIÓN DE RECURSOS

Eforsalud cuenta con el talento humano competente y la estructura necesaria para el desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad y el cumplimiento de sus objetivos, es así como:

- Se cuenta con empleados competentes en cuanto a educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas. Con base en los procedimientos internos se evalúan las competencias y se establecen planes de mejoramiento individual e institucional con el propósito de garantizar la calidad de los productos y servicios que entrega el SGC.
- Efor salud cuenta con instalaciones físicas, apropiadas al desarrollo de sus actividades.
- Se dispone de una plataforma tecnológica conformada por equipos de cómputo, programas, servicios asociados y de apoyo, y medios de comunicación apropiados para el desarrollo de la gestión institucional.
- Efor salud con la implementación de los documentos del SGC, la divulgación y aplicación de los principios de Sistema de Gestión de Calidad busca garantizar un ambiente de trabajo adecuado a la prestación del servicio.

Los recursos necesarios para la Institución y sus fuentes se identifican y planifican con la anticipación requerida para garantizar el desarrollo de los programas de formación y dar cumplimiento a la Misión.

5.5.2 Controles

En el documento “Mapa de Riesgos” se han identificado y calificado la efectividad de cada control asociado a cada riesgo.

5.3.3 Administración del Sistema de Gestión de la Calidad

Lo constituye la implementación de los procedimientos requeridos por la Norma NTC 5555, la Institución los organizó en cinco (5) procedimientos, así:

5.3.3.1 Control de Documentos

Este procedimiento tiene por objeto efectuar el control de documentos del Sistema de Gestión de la Calidad, con el fin de asegurar la disponibilidad de la versión vigente de los documentos aplicables y facilitar el acceso a éstos cuando se requiera. Aplica también para el control de los documentos externos, referidos éstos a la normatividad que es aplicable y utilizada directamente por los procesos.

Para la estructura de la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad cabe señalar que ésta parte de la Política de Calidad y culmina con los registros, los cuales se convierten en las evidencias que soportan el SGC.

En la estructura definida para la documentación del SGC se determinaron seis (6) categorías, las cuales se describen a continuación con la sigla respectiva:

DOCUMENTO	CÓDIGO
Manual	M
Caracterizaciones	C
Procedimiento	P
Instructivo	I
Formato	F
Guías	G

Los documentos, registros y normatividad del SGC se encuentran consolidados en el Listado Maestro de Documentos y en el Listado Maestro de Registros respectivamente, La documentación en general del Sistema la administra

5.3.3.2 Control de Registros

Este procedimiento tiene por objeto efectuar el control de los registros del Sistema de Gestión de la Calidad, con el fin de asegurar su adecuado almacenamiento, protección, recuperación, retención y disposición. Aplica también para el control de los documentos externos, referidos éstos a la normatividad que es aplicable y utilizada directamente por los procesos.

5.3.3.3 Control de producto no conforme

Este procedimiento se orienta a identificar, controlar y dar tratamiento al producto o servicio no conforme que resulte de no cumplir los requisitos establecidos para los mismos en la ficha técnica de producto y documentos asociados que le apliquen. Su implementación corresponde a los procesos misionales que entregan directamente los productos y servicios al cliente externo.

5.3.3.4 Auditorías internas de calidad

Con este procedimiento documentado se estandariza la forma como se deben realizar las auditorías internas de calidad a los procesos, con el fin de determinar mediante evidencia

objetiva el cumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad, así como su eficiencia, eficacia y efectividad. Inicia con la selección de los auditores internos de calidad y finaliza con el archivo de los papeles de trabajo que soportan las actividades de las auditorías internas de calidad.

5.3.3.5 Acciones correctivas, preventivas y de mejora

En este procedimiento se describen las actividades que se deben desarrollar la Institución para tomar acciones que eliminen las causas de no conformidades reales o potenciales en el desarrollo de las actividades de Eforsalud y prevenir que vuelva a ocurrir, así como evaluar los aspectos que permitan desarrollar actividades de mejora en cada uno de los procesos. Inicia con la revisión y análisis de las fuentes que generan acciones correctivas, preventivas y de mejora y finaliza con la verificación de la efectividad de las acciones tomadas para eliminar la no conformidad y lograr el mejoramiento del proceso.

5.4 Medición del Sistema de Gestión de la Calidad

El SGC se monitorea y mide a través de una batería de indicadores de gestión definidos para los procesos, planes y programas; la cual de acuerdo con los requisitos de la NTC 5555 se compone de tres (3) tipos de indicadores; eficacia, eficiencia y efectividad. Para verificar el enfoque del sistema con respecto a los lineamientos estratégicos se construyó un tablero de mando que permite establecer la cohesión de los procesos del Mapa de Procesos, los Objetivos Estratégicos y los Objetivos de Calidad.

El cuadro de mando es un instrumento que apoya al proceso de Gestión de Calidad y Mejoramiento para el seguimiento, evaluación y toma de decisiones con base en hechos y datos.

Otro mecanismo que le permiten a Eforsalud fortalecer y controlar la medición del SGC es la práctica de la autoevaluación, este mecanismo evalúa los controles y monitorea la gestión de la Institución a través de la medición de los resultados generados por los procesos, evaluando su diseño y aplicación en un periodo de tiempo determinado.

6. ANEXOS

Glosario de Términos

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Los términos que se registran en este anexo corresponden a aquellos puntuales del Sistema de Gestión de la Calidad y que no se encuentran en la NTC 5555.

Exclusiones: Procesos que no se encuentran controlados por el Sistema de Gestión de la Calidad.

Fichas de productos: determinan las características de los productos que entregan los procesos de Operaciones Activas, Operaciones Pasivas y Programas Especiales a sus clientes.

Instructivos: orientan a los funcionarios sobre la forma detallada y específica de adelantar una actividad que se encuentra involucrada en los procesos.

Manual de Calidad del Sistema de Gestión de la Calidad: Documento que presenta la descripción del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad implementado en Eforsalud para orientar a sus clientes interno y externo y partes interesadas

Normograma: Relaciona las normas de carácter constitucional, legal, reglamentario y de autorregulación que le son aplicables a cada proceso, para el cumplimiento de su Misión institucional.

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Procedimientos: Especifican de manera detallada la forma de ejecutar las diferentes actividades tendientes al cumplimiento de los objetivos de los diferentes procesos identificados en el Sistema. Dichos procedimientos cuentan con una documentación de referencia que apoya de manera directa su ejecución entre ellos se cuentan las fichas de productos, e instructivos:

Registros del Sistema: Conjunto de evidencias que se generan una vez se han adelantado las diferentes actividades del proceso. Estos se gestionan a partir del procedimiento para el Control de los Registros

Sistema de Gestión de la Calidad: Sistema de gestión para dirigir y controlar la Institución con respecto a la gestión de los referenciales involucrados, lo componen el Sistema de Gestión de la Calidad –SGC y el Modelo Estándar de Control Interno –MECI y en adelante, todos aquellos sistemas que les sean complementarios.


CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO REALIZADO	FECHA DE APROBACIÓN
01	Emisión Inicial	Octubre de 2009

Anexo g. Protector de pantalla

POLÍTICA DE CALIDAD

La Corporación Educativa de Colombia EFORSALUD, orienta sus servicios al desarrollo de personas íntegras, competentes a los requerimientos y reconocimiento del sector productivo, en consonancia con el proyecto institucional, para así lograr la satisfacción de las necesidades de sus clientes mediante el uso eficiente y eficaz de sus recursos y el mejoramiento continuo de sus procesos.



OBJETIVOS DE CALIDAD

Asegurar la competencia y desarrollo integral de sus estudiantes.


Asegurar la interacción del estudiante con el Sector Productivo antes y después de su grado.

Garantizar en forma adecuada y pertinente el apoyo al desarrollo y mejoramiento de todos los procesos de la institución, especialmente de los misionales.

Proporcionar a nuestros clientes productos y servicios en los tiempos requeridos, acorde a sus necesidades.

Gestionar el desarrollo de competencias de todo su personal para garantizar la calidad de los servicios ofrecidos por la Institución.

Fortalecer canales de comunicación entre los diferentes actores de la comunidad educativa que permitan una identificación permanente de las necesidades de los clientes y oportunidades de mejora.



Anexo h. plan de auditoria

Auditor Líder	Christian Mateus Esteban				
Auditoria No.	01	Fecha	05/01/2010		
ALCANCE DE LA AUDITORÍA					
La auditoría contempla todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad de EFORSALUD					
OBJETIVO DE LA AUDITORÍA					
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el grado de conformidad del Sistema de Gestión de Calidad con los criterios de establecidos en la norma NTC 5555 • Evaluar la capacidad del Sistema de Gestión de Calidad para asegurar el cumplimiento de los requisitos del cliente, legales y reglamentarios. • Identificar mejoramientos potenciales en el Sistema de Gestión de Calidad. 					
CRITERIOS DE LA AUDITORIA					
MANUAL DE CALIDAD, MANUAL DE FUNCIONES, MANUAL DE INDICADORES, Y TODOS LOS MANUALES, INSTRUCTIVOS, PROCEDIMIENTOS Y REGISTROS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DEFINIDOS EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA ORGANIZACIÓN.					
METODOLOGÍA					
FECHA	HORA INICIO	HORA FINAL	PROCESO A AUDITAR	AUDITOR	RESPONSABLE/ ENTREVISTADO
12/01/10	08:00 A.M.	09:30 A.M.	GERENCIAL	CHRISTIAN MATEUS	FABRICIO MONROY
12/01/10	09:30 A.M.	10:30 A.M.	GESTIÓN COMERCIAL	Christian Mateus	NELLY GARCÉS
12/01/10	10:30 A.M.	11:45 A.M.	ADMISIÓN Y MATRÍCULA	Christian Mateus	SILVIA AREIZA
12/01/10	02:00 P.M.	05:45 P.M.	SERVICIO EDUCATIVO Y FORMATIVO	Christian Mateus	ILIANA ULLOA
13/01/10	08:00 A.M.	09:30 A.M.	RECURSOS FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS	Christian Mateus	ANDRES RODRÍGUEZ
13/01/10	09:30 A.M.	11:45 A.M.	RECURSO HUMANO	Christian Mateus	FABRICIO MONROY

13/01/10	02:00 P.M.	3:00 A.M.	GESTIÓN DE COMPRAS	Christian Mateus	SILVIA AREIZA
13/01/10	03:30 P.M.	5:45 P.M.	GESTIÓN DE CALIDAD	Christian Mateus	LUZ VANESSA LÓPEZ V
14/01/10	8:00 A.M	9:30 A.M	DISEÑO DE PROGRAMAS DE FORMACIÓN	Christian Mateus	ILIANA ULLOA
14/01/10	9:30 A.M	11:00 A.M	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A EGRESADOS	Christian Mateus	NELLY GARCES
14/01/10	11:00 A.M	12:00 A.M	GESTIÓN CONTABLE Y FINANCIERA	Christian Mateus	CONSUELO GÓMEZ

Anexo i. plan segunda auditoria

Auditor Líder	Christian Mateus Esteban				
Auditoria No.	02	Fecha	08/03/2010		
ALCANCE DE LA AUDITORÍA					
La auditoría contempla todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad de					
OBJETIVO DE LA AUDITORÍA					
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el grado de conformidad del Sistema de Gestión de Calidad con los criterios de establecidos en la norma NTC 5555 • Evaluar la capacidad del Sistema de Gestión de Calidad para asegurar el cumplimiento de los requisitos del cliente, legales y reglamentarios. • Evaluar la eficacia del sistema de gestión de calidad para lograr los objetivos especificados en la Institución. • Identificar meioramientos potenciales en el Sistema de Gestión de Calidad. 					
CRITERIOS DE LA AUDITORIA					
MANUAL DE CALIDAD, MANUAL DE FUNCIONES, MANUAL DE INDICADORES, Y TODOS LOS MANUALES, INSTRUCTIVOS, PROCEDIMIENTOS Y REGISTROS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DEFINIDOS EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA ORGANIZACIÓN					
METODOLOGÍA					
FECHA	HORA INICIO	HORA FINAL	PROCESO A AUDITAR	AUDITOR	RESPONSABLE/ ENTREVISTADO
18/03/10	08:00 A.M.	09:00 A.M.	GERENCIAL	CHRISTIAN MATEUS	FABRICIO MONROY
18/03/10	09:00 A.M.	10:30 A.M.	GESTIÓN COMERCIAL	Christian Mateus	NELLY GARCÉS
18/03/10	10:30 A.M.	11:45 A.M.	ADMISIÓN Y MATRÍCULA	Christian Mateus	SILVIA AREIZA
18/03/10	02:00 P.M.	03:30 P.M.	SERVICIO EDUCATIVO Y FORMATIVO	Christian Mateus	ILIANA ULLOA
18/03/10	3:30 P.M	4:30 P.M	RECURSOS FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS	Christian Mateus	ANDRES RODRÍGUEZ
18/03/10	4:30 P.M	5:30 PM	RECURSO HUMANO	Christian Mateus	FABRICIO MONROY

19/03/10	8:00 A.M	9:30 A.M	GESTIÓN DE COMPRAS	Christian Mateus	SILVIA AREIZA
19/03/10	9:30 A.M	10:30 A.M	GESTIÓN DE CALIDAD	Christian Mateus	LUZ VANESSA LÓPEZ V
19/03/10	10:30 A.M	11:45 A.M	DISEÑO DE PROGRAMAS DE FORMACIÓN	Christian Mateus	ILIANA ULLOA
19/03/10	2:00 PM	3:30 P.M	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A EGRESADOS	Christian Mateus	NELLY GARCES
19/03/10	3:30 P.M	4:30 PM	GESTIÓN CONTABLE Y FINANCIERA	Christian Mateus	CONSUELO GÓMEZ

Anexo j. Código de Etica



CÓDIGO DE ÉTICA EFORSALUD

TABLA DE CONTENIDO

¿PARA QUE UN CÓDIGO DE ÉTICA?	3
¿QUE BUSCA EL CÓDIGO DE ÉTICA?	3
DEFINICIÓN CÓDIGO DE ÉTICA	4
¿QUIENES PARTICIPARON EN LA CONSTRUCCIÓN DEL CÓDIGO DE ÉTICA?	4

¿ PARA QUE UN CÓDIGO DE ÉTICA ?

- Para fortalecer una cultura ética y de servicio.
- Para alimentar un diálogo reflexivo sobre unos ideales de convivencia, integración, inclusión, participación y solidaridad.
- Para avanzar hacia la construcción del bien común.
- Para que nos reconozcamos mutuamente y sigamos construyendo una cultura organizacional con valores y principios.

¿ QUE BUSCA EL CÓDIGO DE ÉTICA ?

- Influir en la planificación, la gestión Administrativa y en los procesos de mejoramiento institucional, atendiendo el marco legal que la rige.
- Responder a un proceso participativo a través de distintas actividades encaminadas a construir una cultura ética de servicio entre los miembros de la Institución.
- Estimular y promover conductas éticas entre los miembros de la Institución.

DEFINICIÓN CÓDIGO DE ÉTICA

La **ÉTICA** es una disciplina que estudia la conducta humana, bajo un punto de vista normativo.

Toda conducta humana, afecta a quienes les rodea y por ello son necesarios principios que permitan al individuo actuar bajo ciertas normas que regulen su conducta.

En la actualidad, los valores morales y espirituales están perdiendo valor de manera muy significativa, por ello EFORSALUD, consciente de la importancia que tienen estos, insiste en que para lograr el engrandecimiento de nuestra labor hoy más que nunca debemos aplicar las normas de ética Profesional.

¿ QUIENES PARTICIPARON EN LA CONSTRUCCIÓN DEL CÓDIGO DE ÉTICA ?

Todos los miembros de Eforsalud, quienes de una manera conjunta y coordinada establecieron los siguientes valores Éticos:

RESPECTO: Es reconocer los limites existentes entre las personas, aceptando y comprendiendo las particularidades de cada cual. El respeto nace hacia nosotros mismos y debe ser permanente con nuestros compañeros y con la familia Eforsalud.

RESPONSABILIDAD: Reconocer y aceptar autónomamente las consecuencias de nuestros actos con dedicación e interés máximo en el cumplimiento de los deberes y funciones que desempeñemos.

EFICACIA, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD: Alcanzar los objetivos propuestos, utilizando la menor cantidad de recursos posibles y generando impacto y mejoramiento continuo en todas nuestros resultados.

COLABORACIÓN: Actitud, cooperación y coordinación permanente de servicio hacia al trabajo.

HONESTIDAD: Este valor no puede separarse nunca de la verdad, es la manera ideal y transparente como deben actuar las personas que conforman la institución, en forma razonable, justa, honrada, recta, sincera y decente.

COMPROMISO: Ir más allá del simple deber. Ser fiel en el trato y en el desempeño, con cumplimiento efectivo de nuestras funciones, agregando éste valor, a cada una de las actividades, nuestra institución será cada día mejor.

TRANSPARENCIA: Suministrar a los interesados en forma oportuna, completa y veraz la información que se solicita y rendir cuentas periódicamente sobre los resultados obtenidos en la gestión.

CUMPLIMIENTO: Realización de un deber en un periodo de tiempo para lograr exitosamente el objetivo.

LEALTAD: Significa franqueza, fidelidad, nobleza, rectitud con nuestros compañeros y con la confidencialidad de la información referente a cada uno de los clientes y a los procesos internos de la Institución.

TOLERANCIA: Debe partir necesariamente del principio fundamental que nadie es dueño de la verdad absoluta, por que cada uno tiene una visión singular de un determinado hecho o fenómeno; aprender a respetar y a convivir con quienes no piensan como nosotros, es decir, debemos propiciar la sensibilidad hacia la dignidad de la persona y su libertad.

Anexo k. Matriz de flujos de comunicación

HERRAMIENTA COMPONENTE DE COMUNICACION (Modo de compatibilidad) - Microsoft Excel

EFORSALUD
COMPONENTE COMUNICACION - MATRIZ DE FLUJOS DE COMUNICACION

Objetivo: El propósito de esta matriz documental es el de establecer y determinar los parámetros de comunicación de la institución, tanto interna como externa, para mejorar la gestión administrativa, las decisiones, las políticas y los planes establecidos, así como para proyectar la imagen de la institución, permitiendo que las personas puedan escalar al logro de los objetivos institucionales y sociales establecidos.

NORMATIVIDAD APLICABLE: LEY 489 / 1998 y 650 / 1998 - DECRETO 2170/2002 y 3622 / 2005

1- NOMBRE DEL PROCESO	2- INFORMACION A COMUNICAR	3- FUNCIONARIO / RESPONSABLE DE EMITER LA COMUNICACION	4- FRECUENCIA DE LA COMUNICACION	5- RECEPTOR DE LA COMUNICACION	6- MEDIO (S) ESTABLEC (S)	7- MEDIO UTILIZADO PARA LA COMUNICACION	8- TIPO DE FICHA (S) (S)	9- TIEMPO DE LA PUBLICACION	10- REGISTRO DE LA COMUNICACION	11- RESPUESTA ESPERADA O PROPOSITO DE LA COMUNICACION
Disponibilidad Docentes semestre académico	Secretaría Académica	Secretaría Académica	Semanal	Docentes Programa	1	Teléfono - Email	E	Instantáneo	archivo correo electrónico	Conocer la disponibilidad de los docentes
Oficina Cuadro docente	Secretaría Académica	Secretaría Académica	Semanal	Docentes Programa	1	Teléfono - Email - Escrito	F-E	3 Das	Formato SEP-A-20	Elaborar el cronograma de inicio de actividades
Programación inculción estudiantes nuevos	Secretaría Académica	Secretaría Académica	Semanal	Estudiantes nuevos	1-E	Escrito - Caratula	F	3 Das	Formato SEP-A-22	De acuerdo de la fecha de inscripción
Formas Académicas	Secretaría Académica	Secretaría Académica	Semanal	Estudiantes, Docentes y Antiguos Docentes	1-E	Escrito	F	1 Da	Formato SEP-A-10	De acuerdo de la fecha de inscripción
Formas Límites Antigua Cuentas de Color	Secretaría Académica	Secretaría Académica	Semanal	Docentes Programa	1	Escrito - Email	F-E	1 Da	Formato SEP-A-23	De acuerdo de la fecha de inscripción
Revisión Portafolios	Secretaría Académica	Secretaría Académica	Semanal	Docentes Programa	1	Email - Caratula	F-E	3 Das	Portafolios	De acuerdo de la fecha de inscripción
Publicación notas institucionales	Secretaría Académica	Secretaría Académica	Semanal	Estudiantes	1	Caratula	F	10 Das	Panela General de Notas	De acuerdo de la fecha de inscripción

HERRAMIENTA COMPONENTE DE COMUNICACION (Modo de compatibilidad) - Microsoft Excel

EFORSALUD
MATRIZ DE ADMINISTRACIÓN DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN

MEDIOS DE COMUNICACIÓN	Administrador del Medio de Comunicación (1)	Autorización para el uso del medio de comunicación (2)	Procedimiento, instructivo, guía o documento para el acceso al medio de comunicación.	Protocolo del medio (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100)	Frecuencia con que se usa este medio de comunicación	Receptores de la comunicación	Evidencia de la comunicación
Acta	CADA PROCESO DE LA INSTITUCION	CADA PROCESO DE LA INSTITUCION	NA	CONTENIDO ESTIPULADO EN EL PROTOCOLO ACTAS	DE ACUERDO A LA NECESIDAD	TOODS LOS FUNCIONARIOS	ACTA
Cartelera	CADA PROCESO DE LA INSTITUCION	CADA PROCESO DE LA INSTITUCION	NA	NA	DE ACUERDO A LA NECESIDAD	ESTUDIANTES TODOS LOS FUNCIONARIOS	FORMATOS CARTAS DOCUMENTOS
Carteles	FOR DEPNAR	FOR DEPNAR	NA	NA	DE ACUERDO A LA NECESIDAD	ESTUDIANTES TODOS LOS DOCENTES	ACTA
Circulares	CADA CARGO DE LA INSTITUCION	CADA CARGO DE LA INSTITUCION	NA	NA	DE ACUERDO A LA NECESIDAD	TOODS LOS FUNCIONARIOS	CARTAS
Correo electrónico	CADA CARGO DE LA INSTITUCION	CADA CARGO DE LA INSTITUCION	NA	NA	DE ACUERDO A LA NECESIDAD	TOODS LOS FUNCIONARIOS DOCENTES PROFESORES ESTUDIANTES CON LAS QUE SE HAN CONSIDERADO	EMAIL
Correspondencia	CADA PROCESO DE LA INSTITUCION	CADA CARGO DE LA INSTITUCION	NA	NA	DE ACUERDO A LA NECESIDAD	ENCARGOS EXTERNAS SITIOS DE PRACTICA DOCENTES	CARTAS DOCUMENTOS
Manual de convivencia	FOR DEPNAR	DIRECTOR GENERAL	NA	NA	DE ACUERDO A LA NECESIDAD	ESTUDIANTES TODOS LOS FUNCIONARIOS	FOLLETO MANUAL DE CONVIVENCIA
Panofones, Brocheros, Posters, etc.	PROCESO GESTION COMUNITARIA	PROCESO COMUNITARIA	PROCEDIMIENTO GESTION COMUNITARIA	NA	DE ACUERDO A LA NECESIDAD	ESTUDIANTES COMUNITARIO EXTERNA	FORMATO CONTROL DE VISITAS Y LLAMADAS
Placas comerciales	PROCESO DE GESTION COMUNITARIA	DIRECTOR GENERAL	PROCEDIMIENTO GESTION COMUNITARIA	DE ACUERDO A LA NECESIDAD	DE ACUERDO A LA NECESIDAD	COMUNITARIO EXTERNA	EXPOSICION QUIMICA VESTIBO
Teléfono	CADA CARGO DE LA INSTITUCION	CADA CARGO DE LA INSTITUCION	NA	NA	DE ACUERDO A LA NECESIDAD	ESTUDIANTES TODOS LOS FUNCIONARIOS	NA
Página Web	FOR DEPNAR	FOR DEPNAR	FOR DEPNAR	FOR DEPNAR	DE ACUERDO A LA NECESIDAD	CLIENTE EXTERNO CLIENTE EXTERNO	BACK UP DE LA PAGINA WEB

Anexo I cuestionario de general de clima organizacional

INTRODUCCION

Una evaluación de Clima Organizacional, permite conocer la percepción interna y el nivel motivacional de los colaboradores con respecto a variables específicas.

Los ítems en el área de Clima Organizacional fueron seleccionados y desarrollados por Mark Kelley de Raleigh Consulting Group, Inc. en Raleigh, NC.

La presente encuesta está conformada por 19 categorías, cada una de ellas con un número de preguntas que permite su evaluación.

ENFOQUE Y COMPROMISO CON EL CLIENTE		TOTAL MENTE SATISF ECHO (5)	SATISF ECHO (4)	INSATIS FECHO (2)	TOTAL MENTE INSATIS FECHO (1)
1	Mi Organización esta enfocada hacia el cliente				
2	Esta compañía tiene como su más alta prioridad la satisfacción del cliente.				
3	Nos comunicamos regularmente con nuestros clientes.				
4	Le pedimos a nuestros clientes retroalimentación acerca del desempeño de nuestra compañía.				
5	Le damos un seguimiento a las quejas de nuestros clientes.				
VISION MISION Y METAS		TOTAL MENTE SATISF ECHO (5)	SATISF ECHO (4)	INSATIS FECHO (2)	TOTAL MENTE INSATIS FECHO (1)
1	La visión de la organización para el futuro está claramente definida.				
2	La misión de la organización está claramente definida.				
3	Entiendo la misión y la visión de la organización.				
4	Entiendo mi contribución con la misión de la organización.				
5	Entiendo mis metas y objetivos.				
LIDERAZGO		TOTAL MENTE SATISF ECHO (5)	SATISF ECHO (4)	INSATIS FECHO (2)	TOTAL MENTE INSATIS FECHO (1)
1	Nuestros líderes proveen visión y dirección a la organización.				

3	Nos estamos moviendo en la dirección correcta como organización.				
5	Tengo confianza en el liderazgo de esta organización.				
6	La alta gerencia equilibra las necesidades de los clientes y empleados.				
7	Mi gerente enmarca una dirección clara para mi departamento.				
APOYO GERENCIAL		TOTAL MENTE SATISF ECHO (5)	SATISF ECHO (4)	INSATIS FECHO (2)	TOTAL MENTE INSATIS FECHO (1)
1	Tengo los recursos que necesito para realizar mi trabajo.				
2	Mi jefe está disponible cuando necesito su ayuda.				
3	Mi jefe realmente se interesa por mi bienestar.				
4	Mi jefe me trata con respeto.				
5	Mi jefe valora mis ideas y sugerencias.				
DESEMPEÑO		TOTAL MENTE SATISF ECHO (5)	SATISF ECHO (4)	INSATIS FECHO (2)	TOTAL MENTE INSATIS FECHO (1)
1	Los estándares de desempeño están claramente definidos.				
2	Las expectativas de desempeño son comprendidas.				
3	Las medidas de desempeño están documentadas.				
4	Soy responsable de mi propio desempeño.				
5	Mi desempeño es medido con respecto a mis metas.				
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS LABORALES		TOTAL MENTE SATISF ECHO (5)	SATISF ECHO (4)	INSATIS FECHO (2)	TOTAL MENTE INSATIS FECHO (1)
1	Los procesos de trabajo están claramente definidos y organizados				
2	Los procedimientos operativos están documentados y entendidos				
3	Los procedimientos operativos se mantienen actualizados.				
4	Los cambios en los procedimientos operativos son planeados y explicados				
5	Sigo los procedimientos de trabajo establecidos				

	para mi trabajo.				
PLANEACIÓN Y ORGANIZACIÓN		TOTAL MENTE SATISF ECHO (5)	SATISF ECHO (4)	INSATIS FECHO (2)	TOTAL MENTE INSATIS FECHO (1)
1	La gerencia provee planes claros para realizar el trabajo.				
2	Mis prioridades de trabajo están claramente definidas.				
3	Los planes y agendas de trabajo son alcanzables.				
4	Las prioridades de trabajo solo se cambian cuando es necesario.				
5	Participo en la planeación y fijación de la agenda de mi trabajo.				
6	En la Institucion el proceso de planeación es efectivo.				
SISTEMAS DE INFORMACIÓN		TOTAL MENTE SATISF ECHO (5)	SATISF ECHO (4)	INSATIS FECHO (2)	TOTAL MENTE INSATIS FECHO (1)
1	Consigo la información que necesito para realizar mi trabajo.				
2	Recibo información oportunamente, precisa				
3	Recibo información útil.				
4	El sistema de información es efectivo.				
5	El sistema de información es amigable al usuario.				
6	Existe un buen equilibrio entre la información verbal, escrita y computarizada.				
SISTEMAS DE CALIDAD		TOTAL MENTE SATISF ECHO (5)	SATISF ECHO (4)	INSATIS FECHO (2)	TOTAL MENTE INSATIS FECHO (1)
1	Los estándares de calidad para mi trabajo están claramente definidos.				
2	La gerencia enfatiza en altos estándares de calidad.				
3	Dispongo del tiempo que necesito para realizar un trabajo de alta calidad.				
4	Dispongo de los recursos que necesito para que mi trabajo sea de alta calidad.				
5	Regularmente obtengo retroalimentación sobre la calidad de mi trabajo.				
6	Los problemas de calidad están bien				

	documentados.				
RECONOCIMIENTO Y RECOMPENSAS		TOTAL MENTE SATISF ECHO(5)	SATISF ECHO(4)	INSATIS FECHO(2)	TOTALM ENTE INSATIS FECHO(1)
1	Soy recompensado justamente por mi trabajo.				
2	Generalmente estoy satisfecho con los beneficios que recibo.				
3	Soy reconocido cuando hago un buen trabajo.				
4	Las recompensas se basan en el desempeño y los resultados.				
5	Las personas más calificadas y competentes son promovidas.				
6	Recibo regularmente retroalimentación sobre mi trabajo.				
ENTRENAMIENTO Y DESARROLLO		TOTAL MENTE SATISF ECHO (5)	SATISF ECHO (4)	INSATIS FECHO (2)	TOTALM ENTE INSATIS FECHO (1)
1	Tengo las habilidades que necesito para realizar mi trabajo.				
2	La gente es estimulada para aprender nuevas habilidades.				
3	La compañía provee oportunidades adecuadas para el entrenamiento.				
4	Las asignaciones de trabajo ayudan a la gente a crecer y a desarrollarse.				
5	El programa de entrenamiento y desarrollo es efectivo.				
RELACIONES INTERDEPARTAMENTALES		TOTAL MENTE SATISF ECHO (5)	SATISF ECHO (4)	INSATIS FECHO (2)	TOTALM ENTE INSATIS FECHO (1)
1	Existe una buena cooperación entre los departamentos.				
2	Otros departamentos colaboran con nosotros cuando lo necesitamos.				
3	Todos los departamentos trabajan juntos para realizar el trabajo.				
4	Existe una buena comunicación entre los departamentos.				
5	La gerencia motiva a todos los departamentos a coordinar sus esfuerzos.				

		TOTAL MENTE SATISF ECHO (5)	SATISF ECHO (4)	INSATIS FECHO (2)	TOTALM ENTE INSATIS FECHO (1)
COMUNICACIÓN					
1	En esta organización existe una comunicación abierta.				
2	Recibo noticias e información de manera oportuna.				
3	Existe una buena comunicación de los niveles superiores a los inferiores en esta organización.				
4	Existe una buena comunicación de los niveles inferiores a los superiores en esta organización.				
5	Se me motiva a hablar y a comunicar libremente.				
SOLUCIÓN DE PROBLEMAS					
		TOTAL MENTE SATISF ECHO (5)	SATISF ECHO (4)	INSATIS FECHO (2)	TOTALM ENTE INSATIS FECHO (1)
1	Los problemas son identificados y claramente definidos.				
2	Los problemas son analizados para entender sus causas de inicio.				
3	Las soluciones de los problemas son basadas en hechos y datos.				
4	Los problemas son solucionados de manera oportuna.				
5	Se me motiva a identificar y resolver problemas.				
PARTICIPACION DE LOS EMPLEADOS					
		TOTAL MENTE SATISF ECHO (5)	SATISF ECHO (4)	INSATIS FECHO (2)	TOTALM ENTE INSATIS FECHO (1)
1	La Gerencia motiva a los empleados a participar.				
2	Participo en la solución de problemas que me afectan.				
3	Participo en la toma de decisiones que me afectan.				
4	Estoy empoderado para resolver problemas y tomar decisiones.				
5	Se me motiva a participar en actividades de grupo.				
GESTION DE EQUIPOS					
		TOTAL MENTE SATISF ECHO (5)	SATISF ECHO (4)	INSATIS FECHO (2)	TOTALM ENTE INSATIS FECHO (1)
1	Mi equipo trabaja bien en conjunto.				
2	Mi equipo trabaja bien con otros equipos.				

3	Mi equipo obtiene el entrenamiento que necesita para desempeñarse bien.				
4	Mi equipo obtiene el apoyo gerencial que necesita.				
5	Los equipos están bien organizados para ser efectivos.				
SATISFACCION CON EL TRABAJO		TOTAL MENTE SATISF ECHO (5)	SATISF ECHO (4)	INSATIS FECHO (2)	TOTALM ENTE INSATIS FECHO (1)
1	Soy optimista con respecto a mi futuro con esta Compañía.				
2	Esta Compañía es un buen lugar para trabajar.				
3	Generalmente estoy satisfecho con mi trabajo.				
4	Aquí se aprecia y se respeta a los empleados.				
5	Mi trabajo es interesante y retador.				
MANEJO DEL CAMBIO		TOTAL MENTE SATISF ECHO (5)	SATISF ECHO (4)	INSATIS FECHO (2)	TOTALM ENTE INSATIS FECHO (1)
1	Esta organización ve el cambio como positivo.				
2	En esta organización se fomenta la innovación.				
3	Los cambios son comunicados antes de ser implementados.				
4	Los cambios son implementados de una manera constructiva.				
5	Participo en la implementación de los cambios que me afectan.				
CONDICIONES FISICAS		TOTAL MENTE SATISF ECHO (5)	SATISF ECHO (4)	INSATIS FECHO (2)	TOTALM ENTE INSATIS FECHO (1)
1	Las instalaciones de la Empresa son agradables				
2	Me siento cómodo en mi área de trabajo				
3	Las condiciones físicas en las que trabajo son las adecuadas				
4	La disposición de las oficinas es buena				
5	Mi puesto de trabajo es cómodo y adecuado				

Anexo m. panorama de riesgos

RIESGOS DE EVALUACION		NIVEL DE RIESGO		MEDIDAS DE MITIGACION	
AREA	SECTOR DE GESTION	PROCESO	ACTIVIDAD	IMPACTO	SEVERIDAD
SECRETARIA GENERAL	SEGURIDAD ELECTRO	SEGURIDAD	OPERACIONES	ALTA	ALTA
	SEGURIDAD ELECTRO	SEGURIDAD	OPERACIONES	ALTA	ALTA
	SEGURIDAD ELECTRO	SEGURIDAD	OPERACIONES	ALTA	ALTA
SECRETARIA ASISTENCIAL	SEGURIDAD ELECTRO	SEGURIDAD	OPERACIONES	ALTA	ALTA
	SEGURIDAD ELECTRO	SEGURIDAD	OPERACIONES	ALTA	ALTA

Anexo n. Manual de perfiles y funciones de cargos

MANUAL DE PERFILES Y FUNCIONES DE CARGOS

CONTROL DE APROBACIONES

ELABORÓ	APROBÓ	FECHA DE APROBACIÓN
Nombre: Luz Vanessa López Cargo: Coordinador Calidad	Nombre: Fabricio Monroy Cargo: Director General	Agosto del 2009

Las habilidades requeridas para cada cargo son definidas de acuerdo al nivel que se encuentre, a continuación se anexa tabla donde se relaciona las habilidades y su respectivo nivel.

NIVEL	HABILIDADES
DIRECTIVO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ LIDERAZGO. ✓ TOMA DE DECISIONES. ✓ PLANEACIÓN Y CONOCIMIENTO DEL ENTORNO. ✓ ORIENTACIÓN A RESULTADOS Y COMPROMISO CON LA ORGANIZACIÓN ✓ ORIENTACION DE SERVICIO Y ASESORAMIENTO
ADMINISTRATIVO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ INICIATIVA Y CREATIVIDAD ✓ TRABAJO EN EQUIPO ✓ RELACIONES INTERPERSONALES ✓ ORIENTACION DE SERVICIO Y ASESORAMIENTO ✓ ORIENTACIÓN A RESULTADOS Y COMPROMISOS CON LA ORGANIZACIÓN.

SERVICIOS	<ul style="list-style-type: none">✓ COLABORACIÓN✓ RELACIONES INTERPERSONALES✓ DISCIPLINA✓ ORIENTACIÓN A RESULTADOS Y COMPROMISOS CON LA ORGANIZACIÓN✓ ORIENTACION DE SERVICIO Y ASESORAMIENTO
-----------	--

IDENTIFICACIÓN DEL CARGO	
NOMBRE DEL CARGO	Director General
JEFE INMEDIATO	Junta Directiva
NIVEL	Directivo
HORARIO	No aplica

OBJETIVO GENERAL DEL CARGO
Realizar la gestión de todos los recursos de la Institución a través de la planeación, organización, dirección y control con el fin de lograr los objetivos establecidos.

COMPETENCIAS DEL CARGO	
REQUISITOS EDUCACIÓN	Profesional en cualquier área Especialización en Dirección administrativa en Entidades de Educación o especialización en disciplinas afines a la administración de entidades educativas.
REQUISITOS EXPERIENCIA	Mas de 3 años en cargos similares
FORMACIÓN	Diplomado en la implementación de la calidad de Instituciones de educación para el trabajo y el desarrollo humano Seminario Internacional Formación por competencias en Educación Superior, Diseño curricular, didáctica y evaluación.

FUNCIONES
1. Coordinar, Diseñar las estrategias y lineamientos para el cumplimiento de los objetivos misionales de la institución.

FUNCIONES

2. Verificar el cumplimiento de todas las actividades relacionadas con cada uno de los procesos de la institución.
3. Dirigir la elaboración y actualización del Plan Educativo Institucional PEI
4. Dirigir y promover la formulación de los planes, programas y proyectos relacionados con los lineamientos y estrategias definidos por la Institución.
5. Nombrar, remover, autorizar y contratar a todo el personal de la Institución de acuerdo a la necesidad y disposiciones presupuestales.
6. Realizar y aprobar el presupuesto para todas las actividades y para los recursos necesarios en el cumplimiento de los objetivos de la Institución.
7. Asumir las disposiciones legales ante los entes de vigilancia y control del sector.
8. Asumir la representación legal de la Institución.

IDENTIFICACIÓN DEL CARGO	
NOMBRE DEL CARGO	Secretaria Académica
JEFE INMEDIATO	Coordinación Académica y/o Director General
NIVEL	Administrativo
HORARIO	Lunes a Viernes: 8:00 a 12:00 a.m. y 2:00 a 6:00 p.m. 8:00 a 12:00 a.m y 4:00 a 8:00 p.m. Sábados: 8:00 a 12:00 a.m.

OBJETIVO GENERAL DEL CARGO
Realizar y apoyar las actividades de planeación, ejecución y seguimiento del proceso formativo del estudiante según el programa correspondiente al cargo (Auxiliar en Enfermería, Auxiliar en Salud Oral, Cosmetología y estética integral, Mantenimiento de Hardware, Atención y Educación a la primera infancia, diplomados, cursos, etc).

COMPETENCIAS DEL CARGO	
REQUISITOS EDUCACIÓN	Bachiller
REQUISITOS EXPERIENCIA	Mayor a 1 año en cargos similares
FORMACIÓN	Curso básico del Servicio al Cliente Curso básico de Word y Excel Uso de software Avansys

FUNCIONES

FUNCIONES

1. Apoyar al Director General y a la coordinación académica en la planeación y organización de todas las actividades académicas de cada semestre.
2. Establecer semestralmente comunicación telefónica con los docentes del respectivo programa ratificando continuidad en el mismo y solicitando la disponibilidad horaria para cátedras, según base de datos de docentes y políticas institucionales.
3. Planear y realizar los horarios académicos de cada semestre bajo la dirección de la Asistente de Dirección General .(no aplica para el programa de Auxiliar en enfermería)
4. Digitar y publicar los horarios académicos de cada semestre.
5. Socializar y entregar horarios a los docentes en los claustros docentes (no aplica para el programa de auxiliar en Enfermería)
6. Programar, informar y publicar inducciones para estudiantes nuevos (no aplica para el programa de Auxiliar en enfermería)
7. Informar a todas las dependencias sobre las fechas programadas de la inducción a los estudiantes
8. Entregar planillas de notas y control de asistencia al personal docente
9. Digitar y publicar todas las notas de los estudiantes matriculados en programas, diplomados, seminarios, etc de forma puntual en los plazos establecidos por la institución.
10. Registrar las notas en el sistema Avansys según información enviada por el docente
11. Programar y publicar en cartelera habilitaciones y planes de mejoramiento de forma puntual en los plazos establecidos por la institución e informar a los docentes.
12. Digitar e informar la relación de fechas de entrega de las cuentas de cobro de docentes.

FUNCIONES

13. Recibir, verificar y liquidar cuentas de cobro de los docentes y posteriormente entregar a contabilidad No aplica para Auxiliar en Enfermería
14. Realizar la solicitud de los espacios de práctica de los estudiantes en las Instituciones con las que se tiene convenio. (no aplica para el programa de Auxiliar en Enfermería)
15. Recibir, digitar y publicar la información suministrada de las prácticas estudiantiles, requerimientos e información que tenga relación con este proceso académico.
16. Digitar y organizar los paquetes de las prácticas para ser entregados a sus respectivos docentes.
17. Presentar el informe académico de culminación de semestre de los sitios de práctica.(no aplica para el programa de Auxiliar en Enfermería)
18. Entregar a los estudiantes matriculados la información de los módulos, temas y todo lo relacionado con el proceso académico sobre los diplomados y seminarios según programa.
19. Revisar periódicamente el expediente académico de los estudiantes, verificando los pendientes y dando curso a su cumplimiento.
20. Entregar informe académico definitivo de estudiantes a graduarse a secretaria general
21. Entregar a Secretaria General de forma puntual en los tiempos establecidos por la institución el informe de estudiantes de mejor promedio, mejor compañero de cada promoción a graduarse.
22. Guardar y actualizar en archivo magnético y físico de forma puntual en los tiempos establecidos por la institución toda la información académica según políticas institucionales.
23. Atender de forma cordial y oportuna las solicitudes, quejas, reclamos de los estudiantes, docentes y comunidad en general con respecto al desarrollo de las actividades académicas

FUNCIONES	
	24. Revisar su respectivo e-mail diariamente y realizar la diligencia necesaria para cumplir la solicitudes del remitente..
	25. Calcular los indicadores de calidad que pertenecen al proceso de Servicio educativo y formativo
	26. Participar activamente en el mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad de EFORSALUD.
	27. Realizar las funciones afines o complementarias al cargo.

IDENTIFICACIÓN DEL CARGO	
NOMBRE DEL CARGO	Coordinación Académica
JEFE INMEDIATO	Director General
NIVEL	Administrativo ó Directivo
HORARIO	Lunes a Viernes: 8:00 a 12:00 a.m. y 2:00 a 6:00 p.m. Sábados: 8:00 a 12:00 a.m.

OBJETIVO GENERAL DEL CARGO	
Planificar, coordinar, controlar y evaluar las actividades relacionadas con el proceso formativo del estudiante para garantizar un servicio de calidad.	

COMPETENCIAS DEL CARGO	
REQUISITOS EDUCACIÓN	Profesional en el área que va a coordinar o cualquier otra área de la salud

COMPETENCIAS DEL CARGO	
REQUISITOS EXPERIENCIA	Mínima de 2 años en el área o en cargos similares
FORMACIÓN	Curso básico atención al cliente Curso Pedagogía básica Curso básico Word y Excel Curso de fundamentación y metodología

FUNCIONES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Planear, organizar y coordinar las actividades académicas de cada semestre. 2. Realizar horarios, cronogramas académico y velar por el cumplimiento de estos. 3. Realizar presupuesto para Docentes del Área Teórica y Práctica y demás cursos que estén bajo su competencia para ser aprobado por el Director General 4. Entrevistar y seleccionar a los docentes del Área Teórica y Práctica 5. Realizar la inducción a los docentes del Área Teórica y Práctica 6. Planear, digitar y entregar a secretaria académica el cronograma de actividades para la Inducción de Estudiantes Nuevos y verificar su cumplimiento. 7. Planear y realizar la organización de prácticas asistencial y comunitaria. 8. Evaluación y supervisión de Docentes del Área Teórica y Práctica. 9. Capacitar, realizar seguimiento y evaluación a los Docentes en lo referente a la metodología por competencias. 10. Diseñar y coordinar Diplomados, Cursos, Seminarios, Etc. 11. Seleccionar a los docentes responsables de diplomados, cursos, seminarios, etc. 12. Participar en la contratación de los docentes bajo aprobación del Director General. 13. Planear y organizar las actividades extracurriculares bajo aprobación del Director General

FUNCIONES

14. Organizar los planes de mejoramiento, evaluaciones y nivelaciones especiales de los estudiantes.
15. Crear, verificar y renovar los convenios interinstitucionales de Docencia-Servicio
16. Supervisar y realizar seguimiento a todas las funciones académicas de la Secretaria Académica.
17. Atender los SPQR (sugerencias, peticiones, quejas y reclamos) de los estudiantes, docentes y sitios de práctica cumpliendo sus expectativas y necesidades teniendo en cuenta las directrices y políticas de la institución.
18. Generar informes periódicos al Director General creando planes de mejoramiento.
19. Participar en la planeación de actividades extracurriculares de bienestar de los estudiantes.
20. Realizar la solicitud de compra de equipos relacionados con el aprendizaje del estudiante según políticas institucionales.
21. Supervisar el buen uso de los equipos relacionados con el aprendizaje del estudiante.
22. Firmar diplomas, certificados, constancias, paz y salvos
25. Crear, actualizar, controlar los archivos referentes a las funciones de la Coordinación académica y Secretaria académica.
26. Diseñar e implementar estrategias para reducir la deserción del estudiante por causas académicas.
27. Cumplir rigurosamente con el presupuesto económico asignado por el Director General para el desarrollo de las actividades académicas.
28. Organizar y actualizar los archivos de su dependencia según normas y políticas Institucionales
29. Cumplir y hacer cumplir con los procesos académicos siempre teniendo en la cuenta las directrices administrativas.
30. Diagnosticar las necesidades educativas en el ámbito en el cual se inscriben los programas para lograr su pertinencia de acuerdo con lineamientos metodológicos

FUNCIONES

apropiados por las instituciones

- Acopiar la información relativa al nivel y modalidad educativa que responda a la población para la cual se diseñan los currículos
- Procesar la información acopiada que enmarca la vida de las comunidades beneficiarias del servicio educativo teniendo en cuenta el nivel y modalidad de formación
- Evaluar la información resultante de acuerdo con el enfoque definido por la organización

31. Estructurar planes de formación según los fines de la educación y la filosofía institucional

- Orientar el trabajo interdisciplinario para la elaboración de los planes de estudios de acuerdo con los resultados del diagnóstico institucional
- Organizar el plan de formación con base en la normatividad y las condiciones internas y externas de la institución.

32. Gestionar recursos educativos requeridos según el desarrollo de los procesos formativos.

- Conceptuar sobre los recursos educativos de acuerdo con el diseño curricular institucional establecido.
- Evaluar los recursos educativos según la utilización y aplicabilidad de conformidad con el proyecto pedagógico institucional

33. Verificar la coherencia entre lo formativo, lo académico y lo administrativo según lo establecido en el proyecto educativo institucional.

- Organizar los procesos de formación según la política institucional, las medidas administrativas, financieras y el proyecto educativo institucional
- Convocar a los estamentos de la comunidad educativa para el proceso de verificación de coherencia, según lo planeado y lo ejecutado.
- Valorar el desempeño del talento humano a su cargo de conformidad con criterios presupuestos por la institución educativa y la normativa vigente.

34. Liderar procesos de formación y actualización del personal a su cargo de acuerdo con las políticas y

estrategias de la institución y con el estudio del contexto.

- Identificar necesidades de capacitación al personal a su cargo con base en los resultados del diagnóstico

FUNCIONES	
<ul style="list-style-type: none"> - Estructurar el plan de formación del personal a su cargo de acuerdo con las necesidades identificadas y evaluar el impacto del plan de formación a su cargo, de acuerdo con los objetivos establecidos. 	
<p>35. Ejecutar los planes de acción y mejoramiento con base a la política educativa y la normatividad institucional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programar actividades, los recursos y la asignación de acuerdo con el plan educativo establecido. - Asesorar pedagógicamente al personal docente responsable de los procesos educativos según lo establecido en los planes educativos. 	
<p>36. Participar activamente en el mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad de EFORSALUD.</p>	
<p>37. Realizar las funciones afines y complementarias al cargo.</p>	

IDENTIFICACIÓN DEL CARGO	
NOMBRE DEL CARGO	Secretaria General
JEFE INMEDIATO	Director General
NIVEL	Administrativo
HORARIO	Lunes a Viernes: 8:00 a 12:00 a.m. y 2:00 a 6:00 p.m. Sábados: 8:00 a 12:00 a.m.

OBJETIVO GENERAL DEL CARGO
Realizar y apoyar las actividades académico-administrativas de la institución prestando un servicio eficaz y eficiente en todos los procesos.

COMPETENCIAS DEL CARGO	
REQUISITOS EDUCACIÓN	Bachiller
REQUISITOS EXPERIENCIA	1 o 2 años en cargos similares en instituciones de educación
FORMACIÓN	Curso de Atención al cliente Curso Básico de Word y Excel Curso de Secretariado General / Mecanografía Manejo del Software Avansys

FUNCIONES
<p>MATRICULA DE ESTUDIANTES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entregar recibo de pago para la cancelación de la primera cuota del semestre.(Ver procedimiento AM-P-01) 2. Brindar información al estudiante sobre el inicio de clases y sobre el día que debe presentarse a la institución para la verificación de la matricula (ver procedimiento AM-P-01) 3. Legalizar la prematricula del estudiante (matricula administrativa, académica y económica) 4. Elaborar y entregar a Asistente de Dirección general informe sobre los estudiantes que no se matricularon en las fechas programadas de pago ordinario y extraordinario 5. Publicar en cartelera el listado de los estudiantes nuevos y antiguos. 6. Asignar un código según programa académico a todos los estudiantes nuevos

FUNCIONES

7. Generar listado actualizado de estudiantes matriculados y hacer entrega del listado al coordinador académico y secretarías académicas; el primer día de inicio de clases.
8. Actualizar el listado de los estudiantes matriculados de forma permanente e informar las novedades a Coordinación académica y a las secretarías académicas.
9. Suministrar listados actualizados de los estudiantes matriculados a recepción, con el fin de organizar las carpetas de los estudiantes nuevos e informar los cambios de jornadas que se han autorizados por parte de coordinación académica y secretarías académicas.
10. Solicitar las pólizas de seguro para estudiantes nuevos de: Seguro de accidente y de responsabilidad civil
11. Solicitar la renovación de las mismas pólizas para los estudiantes antiguos
12. Entregar de los respectivos carne de seguros a todos los estudiantes nuevos, antiguos que han solicitado reintegro.
13. Informar y publicar en cartelera a los estudiantes las normativas para recibir atención hospitalaria y los sitios de atención donde el estudiante puede acudir en caso de riesgo biológico.
14. Programar e informar a todos los estudiantes y hacer entrega de la comunicación sobre las fechas de matrículas en periodos ordinarios y extraordinarios para los semestres a cursar
15. Programar las citas a los estudiantes que deseen hablar con el director general para resolver inquietudes
16. Elaboración y entrega de los desprendibles de pagos cada mes, por concepto de matrículas y mensualidades para todos los estudiantes que ingresen a la institución.
17. Realizar cobros a los estudiantes cada mes que por alguna circunstancia se atrasen en el pago de sus mensualidades.

CEREMONIAS DE GRADOS

FUNCIONES

1. Programar con el Director General, los Coordinadores Académicos y las secretarías académicas el día para la realización de los grados.
2. Comunicar y verificar con un mes de anticipación a cada dependencia de la institución el día de los grados (Director Gral, Coordinación académica, secretarías académicas, Recepción, Bibliotecaria y Recursos Académicos, Mantenimiento e Infraestructura, Auxiliar de Mantenimiento e Infraestructura, y Auxiliar de Servicios Generales)
3. Confirmar con cada curso a graduar el documento de identidad y los respectivos nombres y apellidos de los estudiantes.
4. Registrar en el libro de actas los estudiantes que se graduaran
5. Elaborar actas de grado
6. Planear la programación sobre la cantidad de tarjetas de invitación y diplomas que se deben enviar a timbrar.
7. Enviar a timbrar las tarjetas de invitación y diplomas de grado.
8. Verificar que los diplomas y actas de grado hayan quedado bien elaborados.
9. Solicitar a Secretarías académicas, Auxiliar de Contabilidad y Bibliotecaria y Recursos académicos los paz y salvos respectivos de los estudiantes para ejecutar el proceso de graduación.
10. Solicitar a caja el estado financiero de cada estudiante que haya realizado diplomado
11. Realizar y revisar los diplomas de seminarios de los graduados
12. Realizar los certificados de reconocimientos: Mejor compañero, Mejor promedio, Mejor tesis laureada y meritoria, según informe de secretarías académicas.
13. Programar el día para firmar los diplomas con el Director Gral, la coordinación académica y secretaria general.

FUNCIONES

14. Programar el día para realizar la entrega de las tarjetas de invitación
15. Elaborar el programa de la ceremonia de grados, coordinándolo con el director general y el coordinador académico.
16. Programar e informar a los estudiantes el día del ensayo general de grado.
17. Entregar la programación de la ceremonia de grado a la maestra de ceremonia con dos días de anticipación y establecer fecha de ensayo.
18. Programar e informar al fotógrafo de la ceremonia
19. Solicitar los arreglos florales y el grupo musical

OTRAS FUNCIONES

1. Solicitud de pedidos de insumos para el mantenimiento de la institución en las diferentes dependencias
2. Verificar todas las compras de insumos, productos y servicios aplicando las normas y políticas institucionales.
3. Suministrar a las diferentes dependencias los requerimientos de insumos.
4. Recibir, contestar, direccionar y archivar toda la correspondencia que llegue a la dependencia de la secretaria general
5. Realizar cobros a los estudiantes cada mes que por alguna circunstancia se atrasen en el pago de sus mensualidades.
6. Realizar arqueo de la caja menor
7. Realizar la entrega de cheques a todos los proveedores de la institución
8. Suministrar a la coordinación académica y a las respectivas secretarías académicas toda la documentación para la solicitud o renovación de convenios interinstitucionales.

FUNCIONES

9. Direccionar al mensajero para todas diligencias de la institución
10. Mantener los archivos de su dependencia organizados y actualizados según las normas y políticas institucionales.
11. Atender al público según su necesidad aplicando las normas y políticas institucionales
12. Atender a los estudiantes y docentes aplicando las normas y políticas institucionales
13. Contestar las llamadas de su dependencia
14. Direccionar las llamadas del director general según el requerimiento
15. Elaborar y entregar informes a Asistente de Dirección general según los tiempos y requerimientos de Director general.
16. Solicitar y asegurar las pólizas de seguros de los bienes muebles e inmuebles de la institución.
17. Comunicar a la Asistente de Dirección General las citas, reuniones, compromisos que tenga el Director General.
18. Participar activamente en el mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad de EFORSALUD.
19. Realizar las funciones afines y complementarias al cargo.

IDENTIFICACIÓN DEL CARGO	
NOMBRE DEL CARGO	Recepcionista
JEFE INMEDIATO	Director General
NIVEL	Administrativo
HORARIO	Lunes a Viernes: 8:00 a 12:00 a.m. y 2:00 a 6:00 p.m. Sábados: 8:00 a 12:00 a.m.

OBJETIVO GENERAL DEL CARGO
Ejecutar y controlar todas las actividades relacionadas con la recepción y despacho de correspondencia, atendiendo así las necesidades y direccionamiento del cliente interno como externo.

COMPETENCIAS DEL CARGO	
REQUISITOS EDUCACIÓN	Bachiller
REQUISITOS EXPERIENCIA	2 años de experiencia en cargos similares
FORMACIÓN	Curso Atención telefónica. Curso Básico Atención al Cliente. Curso Básico de Word y Excel Manejo del Software Avansys

FUNCIONES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Atender al público y al estudiantado según la información que soliciten, brindándoles orientación correcta y oportuna. 2. Recepcionar y direccionar las llamadas que ingresan a la Institución según la necesidad.

FUNCIONES

3. Vender Formulario de inscripción para la admisión y matricula de estudiantes, según el programa académico.
4. Digitar y guardar la información básica del aspirante en el software avansys según información suministrada en el Formulario de inscripción.
5. Programar y dar a conocer a los interesados el cronograma de entrevistas según el programa académico. (ver procedimiento Admisión y Matricula de estudiantes AM-P-01)
Cuando llega la entrevista ingreso en el sistema los datos del formulario y entrego el formato de entrevista para el ingreso de la entrevista del aspirante.
6. Recepcionar los documentos requeridos de los aspirantes para el ingreso a los programas académicos.
7. Archivar los documentos (hojas de vida, formulario de inscripción, etc.) requeridos para la admisión y matricula del aspirante en las respectivas AZ.
8. Suministrar información al estudiante sobre la adquisición de uniformes.
9. Recepcionar y entregar la correspondencia recibida en la institución, registrar la información de la correspondencia en el formato respectivo.
10. Entregar consignación para cancelar el valor de matrícula para la carrera técnico en sistemas y redes.
11. Archivar la fotocopias de las consignaciones de matrícula en las AZ correspondientes a cada estudiante
12. Arreglar e inventariar los uniformes y tener en cuenta la cantidad que hace falta para reabastecer.
13. Dar información del pedido de uniformes al proveedor.
14. Archivar las consignaciones recibidas de las Entidades Bancarias.
15. Diligenciar recibos de caja para esterilización del instrumental para los estudiantes de Salud Oral

FUNCIONES
16. Archivar las cartas según solicitud (reembolsos, retiros, cambios de jornada) realizadas por los estudiantes en las respectivas AZ.
17. Participar activamente en el mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad de EFORSALUD.
18. Realizar las funciones afines o complementarias al cargo.

IDENTIFICACIÓN DEL CARGO	
NOMBRE DEL CARGO	Auxiliar de Contabilidad
JEFE INMEDIATO	Director General
NIVEL	Administrativo
HORARIO	Lunes a Viernes: 8:00 a 12:00 a.m.

OBJETIVO GENERAL DEL CARGO
Apoyar todas las actividades que garanticen la disponibilidad y confiabilidad de la información contable de acuerdo a los recursos financieros de la Institución.

COMPETENCIAS DEL CARGO	
REQUISITOS EDUCACIÓN	Bachiller
REQUISITOS EXPERIENCIA	3 años de experiencia en cargos similares
FORMACIÓN	Curso Básico de Word y Excel Manejo del Software Avansys Conocimientos básicos en contabilidad

FUNCIONES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar actualización del sistema avansys 2. Efectuar copia de seguridad de todo el movimiento del día anterior de la información suministrada en el programa Avansys. 3. Bajar la información del correo electrónico de Eforsalud sobre el recaudo de

FUNCIONES

estudiantes efectuados en el día anterior.

4. Importar a excel el recaudo código de barras, imprimir y archivar.
5. Verificar saldos y movimientos cuentas de ahorro y corriente de Eforsalud en la plataforma de la Entidad Bancaria.
6. Imprimir movimiento de las consignaciones efectuadas en la cuenta corriente, diferentes de las hechas por la Institución correspondientes al recaudo de recibos de caja.
7. Imprimir y contabilizar los traslados internos efectuados por Dirección General.
8. Importar a Excel datos de la plataforma de la entidad bancaria , los recaudos efectuados a la cuenta de ahorros e imprimir información y contabilizar en cartera.
9. Imprimir relación recaudos de estudiantes efectuados por caja () , contabilizar movimiento, contabilizar consignación de dinero y archivar.
10. Conciliar extractos bancarios mensualmente, imprimir el auxiliar de bancos, una vez conciliado, se digita en Excel la conciliación, imprimir y archivar.
11. Afiliar a personal administrativo a salud, pensión, caja de compensación cada uno en sus respectivos formatos, las copias recibidas de cada empleado se archivan.
12. Afiliar a personal nuevo administrativo a Riesgos profesionales y archivar.
13. Reportar retiros de personal a riesgos profesionales y cajas de compensación y archivar
14. Tramitar el diligenciamiento de los contratos de trabajo de empleados administrativos y archivar

FUNCIONES

15. Elaborar Nomina e imprimir
16. Contabilizar en el sistema contable la nomina quincenal a pagar e imprimir cheque basada en el formato de nomina.
17. Imprimir soporte Egreso de cheque y archivar
18. Tramitar pago planilla única (ingresos, retiros, cambio mes, incapacidades)
19. Una vez efectuado el pago de planilla única se imprime cada pago de aporte para su archivo.
20. Contabilizar en el sistema de contabilidad el pago de planilla única, imprimir nota y archivar.
21. Imprimir auxiliar de retefuente mensual y balance general mensual, enviar a la contadora para su presentación.
22. Realizar el pago de retención en la fuente, fotocopiar, contabilizar y archivar.
23. Revisar, numerar, liquidar y organizar por carrera y grupo las cuentas de cobro docente.
24. Organizar cuentas de cobro de docentes y proveedores y elaborar los respectivos cheques.
25. Imprimir soporte egresos pago docente y archivar junto con las cuentas de cobro de docentes
26. Solicitar chequera, con formato de la entidad Bancaria
27. Guardar chequeras
28. Elaborar pagos a proveedores, servicios, contabilizar, imprimir soporte egreso y

FUNCIONES

archivar con soporte de factura.

29. Contabilizar Depreciaciones activos fijos, imprimir nota de contabilización y archivar

30. Registrar Rut de proveedores y docentes en contabilidad y archivar

31. Fotocopiar las facturas de compra de activos y archivar.

32. Presentar mensualmente informes contables al Director General

33. Organizar el archivo contable según normas y políticas institucionales

34. Realizar las funciones afines o complementarias al cargo.

IDENTIFICACIÓN DEL CARGO	
NOMBRE DEL CARGO	Bibliotecaria y Recursos académicos
JEFE INMEDIATO	Mantenimiento e Infraestructura
NIVEL	Servicios
HORARIO	Lunes a Viernes: 8:00 a 12:00 a.m. y 2:00 a 6:00 p.m. Sábados: 8:00 a 12:00 a.m.

OBJETIVO GENERAL DEL CARGO
Garantizar la satisfacción de las necesidades de información científica, técnica y humanística de la comunidad estudiantil, asegurando el mantenimiento y disponibilidad del material bibliográfico. Suministrar y velar por el mantenimiento de los equipos, aparatología y demás implementos necesarios para la buena prestación del servicio educativo.

COMPETENCIAS DEL CARGO	
REQUISITOS EDUCACIÓN	Bachiller
REQUISITOS EXPERIENCIA	2 años en cargos similares
FORMACIÓN	Curso de Servicio al cliente Conocimientos de Archivo

FUNCIONES

1. Atender y dar información a todo el personal que solicite requerimiento de biblioteca, equipos, aparatos, etc.
2. Controlar el préstamo interno de libros, revistas, aparatos, equipos, e instrumentos.
3. Realizar la disposición, organización y el mantenimiento del material bibliográfico
4. Solicitar el material necesario para la biblioteca teniendo en cuenta el requerimiento de los estudiantes y docentes.
5. Controlar los inventarios de laboratorios Cosmetología y estética integral, Auxiliar en Enfermería, Biomateriales, sistemas y los de la biblioteca.
6. Controlar los insumos de los laboratorios de Cosmetología y estética integral, Auxiliar en Enfermería, Biomateriales, clínico, sistemas, consultorio odontológico y los de la biblioteca.
7. Estudiar, recomendar e implementar las normas, procedimientos y reglamentos que considere necesarios según las políticas institucionales para el buen funcionamiento de la Biblioteca.
8. Reparar los documentos, libros y revistas
9. Fotocopiar toda la documentación requerida por la institución por previa autorización del Director General o Asistente de Dirección general.
10. Organizar y programar los diferentes requerimientos de apoyo académico, administrativos solicitados por los docentes y estudiantes.
11. Realizar el respectivo mantenimiento preventivo a los laboratorios de Enfermería, Sistemas, Biomateriales, Estética Facial.
12. Brindar asesoría a la institución en el mantenimiento y manejo de equipos de computo
13. Entregar y verificar el buen funcionamiento de los equipos de computo
14. Apoyar en las actividades académicas y extracurriculares según necesidad de la institución
15. Participar activamente en el mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad de EFORSALUD.
16. Realizar la medición de los indicadores operativos del proceso de recursos físicos y tecnológicos
17. Realizar las funciones afines o complementarias al cargo.

IDENTIFICACIÓN DEL CARGO	
NOMBRE DEL CARGO	Mantenimiento e infraestructura
JEFE INMEDIATO	Director General y/o Asistente de Dirección General
NIVEL	Servicios
HORARIO	Lunes a Viernes: 7:00 a 12:30 m y de 1:00 a 7:00 pm Sábados: 6:30 a 1:00 pm

OBJETIVO GENERAL DEL CARGO
Garantizar el servicio de mantenimiento preventivo, seguridad y mensajería de la Institución para asegurar de forma eficaz la prestación del servicio de la Institución.

COMPETENCIAS DEL CARGO	
REQUISITOS EDUCACIÓN	Bachiller
REQUISITOS EXPERIENCIA	2 años en cargos similares
FORMACIÓN	Curso de Atención al cliente

FUNCIONES

1. Controlar y supervisar la entrada y salida de estudiantes, personal docente según horarios establecidos por la Institución
2. Apoyar, supervisar y controlar las funciones del Auxiliar de mantenimiento e infraestructura, Bibliotecaria y Recursos académicos y Auxiliar de Servicios generales.
3. Mantener, controlar el buen estado de las instalaciones sanitarias, eléctricas, hidráulicas, y demás infraestructura de la institución.
4. Dirigir y realizar el mantenimiento preventivo del laboratorio de Biomateriales, Enfermería, Estética, consultorio odontológico y sistemas
5. Realizar y controlar el inventario de la institución.
6. Suministrar los insumos de aseo al Auxiliar de Servicios Generales
7. Asegurar y controlar la seguridad de la institución y el buen funcionamiento de los mecanismos de seguridad como alarmas, tableros, botón de pánico, puertas principales, secundarias, garajes, etc
8. Realizar periódicamente simulacros de control en seguridad con las empresas contratadas para esto.
9. Supervisar y velar por el buen mantenimiento de salones, bodegas, techos, domos y demás infraestructura de la institución.
10. Supervisar y velar por el buen mantenimiento y funcionamiento de fluorescentes, balastos, tomas, enchufes, ventiladores, aires acondicionados, compresores, bombas y demás infraestructura.
11. Realizar el envío de correspondencia externa en el momento que se requiera
12. Realizar diligencias en entidades bancarias y compra de insumos, suministros según necesidad de la institución.
13. Participar activamente en el mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad de EFORSALUD.
14. Realizar las funciones afines o complementarias al cargo.

IDENTIFICACIÓN DEL CARGO	
NOMBRE DEL CARGO	Asistente de Dirección General
JEFE INMEDIATO	Director General
NIVEL	Administrativo
HORARIO	Lunes a Viernes: 8:00 a 12:00 m y 2:00 a 8:00 pm Sábado: 8:00 a 12:00 m

OBJETIVO GENERAL DEL CARGO
Coordinar y verificar el cumplimiento de las actividades designadas por la Dirección.

COMPETENCIAS DEL CARGO	
REQUISITOS EDUCACIÓN	Bachiller
REQUISITOS EXPERIENCIA	1 año en cargos similares o en cargos de secretariado
FORMACIÓN	Curso Atención al cliente Técnico en Sistemas y Redes de Computación

FUNCIONES
1. Organizar la agenda del Director General

FUNCIONES

2. Establecer cronogramas de tiempos y fechas preestablecidas y conjuntamente con el director General para ser distribuidas e informar a las diferentes dependencias institucionales
3. Dar apoyo y seguimiento a instrucciones del Director General, referentes a las distintas áreas de la Institución.
4. Elaborar, tramitar, enviar, recibir y distribuir documentos designados por el Director General, con el fin de colaborar con el cumplimiento de objetivos, agilizar los trámites administrativos y legales necesarios para el desarrollo de actividades propias del Director General.
5. Controlar, supervisar, pedir informes a los cargos mantenimiento e infraestructura, Auxiliar de Mantenimiento e Infraestructura, Bibliotecaria y recursos académicos y Auxiliar de Servicios generales.
6. Solicitar informes a Coordinación académica y secretarías académicas según directrices del Director General.
7. Apoyar a las secretarías académicas y administrativa según instrucciones del Director General.
8. Apoyar toda la gestión del Director General en los diferentes estamentos institucionales
9. Apoyar y realizar el seguimiento del personal egresado de la institución verificando interacción entre el estudiante, institución y sector productivo.
10. Analizar la demanda y oferta de programas, diplomados, cursos y recomendar propuestas de gestión.
11. Planear, realizar y apoyar todas las alternativas de comercialización con respecto a programas, cursos, diplomados, etc acorde con los lineamientos y políticas institucionales.
12. Participar en el diseño y medición de los indicadores de gestión para el proceso

FUNCIONES	
Comercial y Evaluación y seguimiento a los egresados.	
13. Participar activamente en el mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad de EFORSALUD.	
14. Realizar las funciones afines o complementarias al cargo.	

IDENTIFICACIÓN DEL CARGO	
NOMBRE DEL CARGO	Auxiliar de Servicios Generales
JEFE INMEDIATO	Mantenimiento e Infraestructura
NIVEL	Servicios
HORARIO	Lunes a Viernes: 8:00 a 12:00 am y 2:00 a 6:00 pm Sábados: 8:00 a 12:00 am.

OBJETIVO GENERAL DEL CARGO
Mantener en óptimas condiciones y en perfecto estado de conservación y limpieza las diferentes áreas y dependencias de la institución.

COMPETENCIAS DEL CARGO	
REQUISITOS EDUCACIÓN	Octavo bachillerato
REQUISITOS EXPERIENCIA	1 año en cargos similares
FORMACIÓN	No aplica

FUNCIONES

1. Realizar el aseo y asegurar buena presentación de las áreas como oficinas, salones de clase, baños, pasillos, auditorio, laboratorios, y demás infraestructura de la institución
2. Dar buen uso y racionalizar adecuadamente los insumos e implementos que se le suministra para la realización de sus actividades.
3. Informar oportunamente a su Jefe inmediato sobre las anomalías, daños detectados en la infraestructura o mobiliario de la institución.
4. Solicitar oportunamente a su jefe inmediato los insumos, implementos o materiales necesarios para cumplir eficientemente con todas las actividades asignadas.
5. Participar activamente en el mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad de EFORSALUD.
6. Realizar las funciones afines o complementarias al cargo.

IDENTIFICACIÓN DEL CARGO	
NOMBRE DEL CARGO	Auxiliar de mantenimiento e infraestructura.
JEFE INMEDIATO	Mantenimiento e Infraestructura
NIVEL	Servicios
HORARIO	Lunes a Viernes: 8:00 a 12:00 m y 6:00 a 10:00 pm Sábado: 8:00 a 12:00 m

OBJETIVO GENERAL DEL CARGO
Realizar y apoyar todas las actividades relacionadas con el mantenimiento, infraestructura, servicio y control de parqueadero y seguridad según normas y políticas institucionales.

COMPETENCIAS DEL CARGO	
REQUISITOS EDUCACIÓN	Bachiller
REQUISITOS EXPERIENCIA	1 año de experiencia en cargos similares
FORMACIÓN	No aplica

FUNCIONES
1. Dar apoyo en el control de entrada y salida de estudiantes y personal docente según horarios establecidos por la institución.
2. Apoyar en el control de entrada y salida de motos, vehículos según los horarios

FUNCIONES

establecidos por la Institución.

3. Consignar en los registros o formatos de control las anomalías detectadas en sus turnos e informar oportunamente sobre las mismas a su jefe inmediato
4. Asegurar y controlar la seguridad de la institución y el buen funcionamiento de los mecanismos de seguridad como alarmas, tableros, botón de pánico y puertas principales y secundarias, garajes, etc.
5. Apoyar en el mantenimiento de vidrios, salones, bodegas, parqueadero y demás infraestructura de la institución según requerimiento e instrucciones dadas por su jefe inmediato.
6. Apoyar en el envío de correspondencia externa según requerimiento de la institución.
7. Participar activamente en el mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad de EFORSALUD
8. Realizar las funciones afines o complementarias al cargo.

IDENTIFICACIÓN DEL CARGO	
NOMBRE DEL CARGO	Auxiliar de cartera.
JEFE INMEDIATO	Director General
NIVEL	Administrativo
HORARIO	Lunes a Viernes: 8:00 a 12:00 m

OBJETIVO GENERAL DEL CARGO
Recuperar los créditos otorgados a los estudiantes por conceptos académicos vigentes y vencidos según reglamentos y políticas institucionales.

COMPETENCIAS DEL CARGO	
REQUISITOS EDUCACIÓN	Bachiller
REQUISITOS EXPERIENCIA	1 año en cargos similares
FORMACIÓN	Manejo del Software Avansys

FUNCIONES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Recuperar la cartera vencida por concepto de pago de matriculas de los estudiantes de Eforsalud según políticas y normas institucionales. 2. Verificar las cuentas de cobro docentes para efectuar su pago.

FUNCIONES
<ol style="list-style-type: none">3. Atender las solicitudes de los clientes con respecto a acuerdos de pago y recuperación de cartera según políticas y normas institucionales.4. Participar activamente en el mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad de EFORSALUD.5. Realizar las funciones afines o complementarias al cargo.

IDENTIFICACIÓN DEL CARGO	
NOMBRE DEL CARGO	Coordinador de Calidad
JEFE INMEDIATO	Director General
NIVEL	Administrativo
HORARIO	Lunes a Viernes: 8:00 a 12:00 m Sábado: 8:00 a 12:00 m

OBJETIVO GENERAL DEL CARGO
Mantener y verificar una adecuada operación del sistema de calidad de conformidad con la norma ISO 9001 y de acuerdo a los objetivos y políticas establecidas por la institución.

COMPETENCIAS DEL CARGO	
REQUISITOS EDUCACIÓN	Título profesional o estudiante de ultimo nivel en carreras administrativas
REQUISITOS EXPERIENCIA	6 meses en cargos similares
FORMACIÓN	Conocimientos en SGC Auditor Interno de Calidad

FUNCIONES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer, difundir y verificar el cumplimiento de los requisitos de calidad. 2. Realizar las acciones tendientes a verificar y asegurar el funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad y la aplicación de los procedimientos. 3. Verificar la idoneidad de la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad de

FUNCIONES

Eforsalud con la norma NTC 5555 y 5581

4. Planear y verificar la programación, ejecución y seguimiento de las auditorías internas de calidad.
5. Realizar el seguimiento para garantizar la aplicación y verificar la efectividad de las acciones correctivas.
6. Presentar informes periódicos al Director general acerca del desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad y del desempeño del personal en lo que se refiere al mantenimiento del mismo.
7. Responder a auditorias tanto internas como externas del sistema de gestión de la calidad.
8. Conocer y participar en el desarrollo de los programas de calidad
9. Participar en la capacitación y entrenamiento programada para sus cargos
10. Realizar las funciones afines o complementarias al cargo.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO REALIZADO	FECHA DE APROBACIÓN
01	Emisión Inicial	Agosto del 2009

--	--	--

Anexo ñ. Informe primera auditoria

FECHA: 19 DE ENERO DE 2010	Auditoría N° 01
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el grado de conformidad del Sistema de Gestión de Calidad con los criterios de establecidos en la norma NTC 5555 • Evaluar la capacidad del Sistema de Gestión de Calidad para asegurar el cumplimiento de los requisitos del cliente, legales y reglamentarios. • Evaluar la eficacia del sistema de gestión de calidad para lograr los objetivos especificados en la Institución. Identificar mejoramientos potenciales en el Sistema de Gestión de Calidad.	
ALCANCE: La auditoría contempla todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad de EFORSALUD	
CRITERIOS DE AUDITORIA: Manual de Calidad, Manual de Funciones, Manual de Indicadores, y todos los Manuales, Instructivos, Procedimientos y Registros asociados con los procesos definidos en el Sistema de Gestión de Calidad de la Institución.	
EQUIPO AUDITOR	Auditor Líder: ING. CHRISTIAN MATEUS ESTEBAN Auditor Observador: VANESSA LÓPEZ

BALANCE DE LA AUDITORIA	
PROCESO	PERSONAS ENTREVISTADAS
Gestión Gerencial	Fabricio Monroy
Gestión de Calidad	Luz Vanessa López Villalobos
Gestión Comercial	Nelly Garcés
Diseño de Programas de Formación	Iliana Ulloa
Admisión y Matricula de Estudiantes	Silvia Areiza
Servicio Educativo y Formativo	Iliana Ulloa

Seguimiento y Evaluación a egresados	Nelly Garcés
Gestión de Recursos Humanos	Fabrizio Monroy
Gestión de Compras	Silvia Areiza
Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos	Andres Rodriguez
Gestión Contable y Financiera	Consuelo Gómez

HALLAZGOS DE LA AUDITORIA

A continuación se muestran las fortalezas, aspectos por mejorar y no conformidades detectadas durante la realización de la auditoría.

PROCESO	FORTALEZAS
Gestión Gerencial	El alto nivel de compromiso de la Alta Dirección para la asignación de los recursos necesarios para el diseño, documentación e implementación del Sistema de Gestión de Calidad de la Institución.
Gestión de Compras	Las exigencias a los proveedores en el cumplimiento de especificaciones técnicas del productos. Se realiza control en la recepción de los materiales que van a ser utilizados en los diferentes programas educativos.
Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos	La calidad de la infraestructura que presenta la Institución para el desarrollo de sus actividades.
Servicio Educativo y Formativo	Alto conocimiento técnico y experiencia de los docentes en la realización de sus actividades.
Gestión Contable y Financiera	Las herramientas administrativas de software que le permiten a la entidad un alto grado de control sobre este proceso.

PROCESO	ASPECTOS POR MEJORAR
Gestión de Compras	Se recomienda no limitar la ejecución de las actividades propias del proceso de compras única y exclusivamente a los productos y servicios que influyen en la calidad del servicio, sino aprovechar esta herramienta para controlar todo tipo de compras y proveedores.
	Realizar actas para dejar evidencia acerca de cuáles son los proveedores que salen del Listado de proveedores controlados.
Gestión de Recursos Humanos	El conocimiento por parte del personal de la Institución respecto a su labor dentro de la estructura por procesos.
	Aprovechar las actividades realizadas por la ARP como parte de los planes de formación del personal de la Institución.
Gestión de Calidad y Mejoramiento	Existe en los diferentes procesos diferentes registros utilizados como control los cuales no han sido incluidos como parte del sistema de gestión de calidad; se sugiere tomar en cuenta estos registros de forma que el SGC se haga cada vez más robusto y genere un mayor impacto en los procesos de la Institución.
	Incluir un formato para dejar evidencia escrita por el auditor sobre las preguntas y los hallazgos de la auditoría en el tiempo real en la ejecución de la misma, como base del Informe de Auditoría.

Proceso	No	Requisito	M	M	Descripción
Gestión de Recursos Humanos	1	6.2.2		X	No se evidencia el registro de las competencias de la señora Nelly Garcés en cuanto a la experiencia de acuerdo al perfil establecido por la Institución.
	2	6.2.2		X	No se tiene documentado el perfil del Auditor Interno de la Institución.
	3	6.2.2	X		Se han llevado a cabo cambios en los diferentes cargos de la Institución, sin embargo, no se ha adaptado el Manual de funciones en cuanto al nuevo organigrama de la Institución lo cual conlleva a que existen cargos para los cuales no está definido el perfil.

Proceso	No	Requisito	M	M	Descripción
Gestión Comercial	4	7.2.3	X		No se encontró evidencia de las acciones tomadas en la queja presentada por la estudiante Andrea Rojas Pereira del Programa de Enfermería del curso 2C, concerniente a inconvenientes con el registro de sus notas finales en el segundo semestre de 2009, ni del seguimiento realizado a la queja para garantizar su adecuado tratamiento.
Gestión de Calidad y Mejoramiento	5	4.2.3		X	No se evidencia que exista control sobre el manejo de las versiones vigentes de los documentos del sistema de gestión de calidad, ya que se entregó como material para la presente auditoría un Manual de Calidad desactualizado.
	6	8.5		X	No existe una actividad definida para el seguimiento del cumplimiento y eficacia de los planes de acción planteados en las acciones de mejoramiento.
	7	8.4	X		No se está realizando un análisis de datos en cuanto al comportamiento de los indicadores de gestión definidos en el sistema de gestión de calidad.
Gestión de Compras	8	7.4		X	No se evidencia la realización de la reevaluación a ninguno de los proveedores que ofrecen a la Institución productos y servicios que impactan en la calidad del servicio prestado.
	9	7.4		X	No se evidencia el registro de Proveedores GCP-F-05 del proveedor LA MUELA.
Gestión Comercial	10	4.2.4		X	No se evidencio la aplicación del Formato Base de datos de estudiantes de visitas a colegios GC-F-04, en la realización de la visita al colegio Nuestra Señora del Pilar en el mes de Octubre de 2009.
Matrícula de Estudiantes	11	4.2.4		X	No se evidencio el registro de Aprobación de entrevista AM-F-02 de Paula Calle Jiménez aspirante al programa de Salud oral en el mes de Noviembre de 2009.

Proceso	No	Requisito	M	M	Descripción
	12	4.2.4		X	No se evidencia el registro de la Fotocopia del Diploma de Bachiller del estudiante Camilo Rodríguez correa matriculado en el programa de Auxiliar de Enfermería.
Gestión Recursos Físicos y Tecnológicos	13	4.2.4		X	No se evidencia el registro del mantenimiento preventivo en la Hoja de Vida de Equipo FT-F-01 de Computo cód. SSI-05 de la Sala de Sistemas I.
Gestión Gerencial	14	5.5.2		X	No se evidencia el nombramiento oficial del actual Representante de la Dirección de la Institución.

CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA

Con los resultados obtenidos en la Auditoría Interna puede concluirse teniendo en cuenta la cantidad y clase de las no conformidades encontradas, a nivel general el Sistema de Gestión de Calidad:

No es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la Norma NTC 5555 ni con los requisitos del sistema de Gestión de Calidad establecidos por la Institución.

Ha sido implementado con éxito en la Institución pero no se mantiene de manera eficaz.

REALIZADA POR:



AUDITOR INTERNO EN SGC

APROBADO POR:



Anexo o. informe segunda auditoria

FECHA: 31 de Marzo de 2010		Auditoría N° 02
OBJETIVO:		
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el grado de conformidad del Sistema de Gestión de Calidad con los criterios de establecidos en la norma NTC 5555 • Evaluar la capacidad del Sistema de Gestión de Calidad para asegurar el cumplimiento de los requisitos del cliente, legales y reglamentarios. • Evaluar la eficacia del sistema de gestión de calidad para lograr los objetivos especificados en la Institución. • Identificar mejoramientos potenciales en el Sistema de Gestión de Calidad. 		
ALCANCE:		
La auditoría contempla todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad de EFORSALUD		
CRITERIOS DE AUDITORIA:		
Manual de Calidad, Manual de Funciones, Manual de Indicadores, y todos los Manuales, Instructivos, Procedimientos y Registros asociados con los procesos definidos en el Sistema de Gestión de Calidad de la organización.		
EQUIPO AUDITOR	Auditor Líder: ING. CHRISTIAN MATEUS ESTEBAN Auditor Observador: VANESSA LÓPEZ	

BALANCE DE LA AUDITORIA	
PROCESO	PERSONAS ENTREVISTADAS
Gestión Gerencial	Fabricio Monroy
Gestión de Calidad	Luz Vanessa López Villalobos
Gestión Comercial	Nelly Garcés
Diseño de Programas de Formación	Iliana Ulloa
Admisión y Matricula de Estudiantes	Silvia Areiza
Servicio Educativo y Formativo	Iliana Ulloa
Seguimiento y Evaluación a egresados	Nelly Garcés

Gestión de Recursos Humanos	Fabricio Monroy
Gestión de Compras	Silvia Areiza
Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos	Andres Rodriguez
Gestión Contable y Financiera	Consuelo Gómez

HALLAZGOS DE LA AUDITORIA

A continuación se muestran las fortalezas, aspectos por mejorar y no conformidades detectadas durante la realización de la auditoría.

PROCESO	FORTALEZAS
Gestión Gerencial	El alto nivel de compromiso de la Alta Dirección para la asignación de los recursos necesarios para el diseño, documentación e implementación del Sistema de Gestión de Calidad de la Institución.
Gestión de Recursos Humanos	Se da cumplimiento al cronograma de capacitaciones y se realizan evaluaciones de las capacitaciones.
Gestión de Calidad y Mejoramiento	<p>La disponibilidad de los empleados hacia la realización de la auditoría, facilitando el hallazgo de las no conformidades.</p> <p>La interiorización de la Política de Calidad por parte del Personal Nuevo.</p> <p>Las actividades realizadas en el Comité de Calidad como mecanismo de seguimiento y toma de decisiones para el Sistema de Gestión de Calidad.</p>
Gestión Comercial	Las alianzas realizadas con entidades de los sectores económicos de impacto de los programas de formación y con entidades financieras para brindar a los clientes un mejor servicio.

PROCESO	ASPECTOS POR MEJORAR
Gestión de Compras	La comunicación con los proveedores de los resultados de las evaluaciones a los proveedores, mediante el envío de sus resultados, de modo que se generen las condiciones propicias para el establecimiento de la mejora de su desempeño, o la transmisión de los debidos reconocimientos cuando de ellos se esté recibiendo un servicio de calidad y a satisfacción.
Gestión de Calidad y Mejoramiento	El establecimiento de los medios necesarios que permitan implementar y posicionar dentro de la institución, una cultura deseable hacia la generación y registro de acciones preventivas, correctivas a todo nivel, utilizando los medios establecidos por la institución y con el propósito de generar las evidencias necesarias de la mejora continua de los procesos y del sistema de calidad implementado.
	Falencias en el diseño de indicadores pues generan dificultad en el cálculo, análisis y divulgación de la información obtenida.

N°	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO	EJECUTADA	
				SI	NO
1	Establecer en el procedimiento de Gestión de Personal RH-P-01 unos responsables fijos de llevar a cabo la inducción general del personal recién ingresado.	Vanessa López	26 de Abril de 2010	X	
2	Incluir en el Cronograma de Mantenimiento FT-F-02 la calibración de todos los dispositivos de seguimiento y medición utilizados en los	Vanessa López	26 de Abril de 2010	X	

N°	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO	EJECUTADA	
				SI	NO
	programas de formación. Una vez realizadas las calibraciones con entidades acreditadas solicitar los registros de realización de las mismas.				
3	Realizar una capacitación de refuerzo en indicadores enfatizando la importancia de los indicadores como parámetros para medir el cumplimiento de los objetivos de calidad y la política de calidad.	Vanessa López	26 de Abril de 2010	X	

CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA

Con los resultados obtenidos en la Auditoría Interna puede concluirse que aún con las no conformidades encontradas, a nivel general el Sistema de Gestión de Calidad:

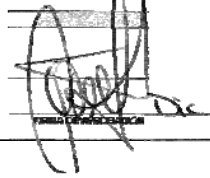
- Es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la Norma NTC 5555 y con los requisitos del sistema de Gestión de Calidad establecidos por la institución.
- Ha sido implementado con éxito en la institución y se mantiene de manera eficaz.

REALIZADA POR:

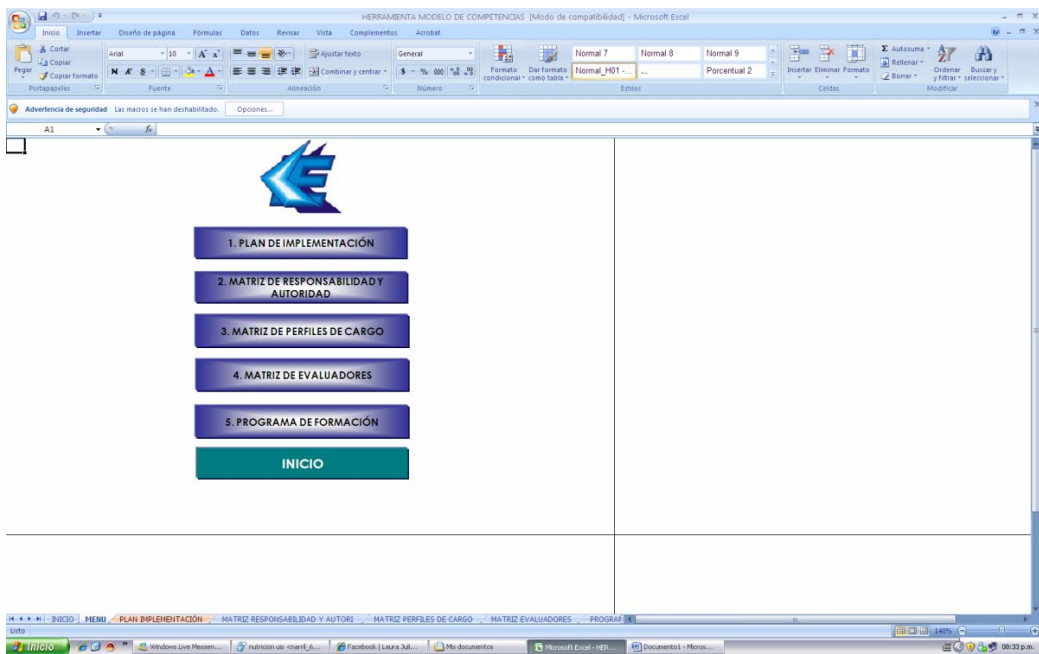
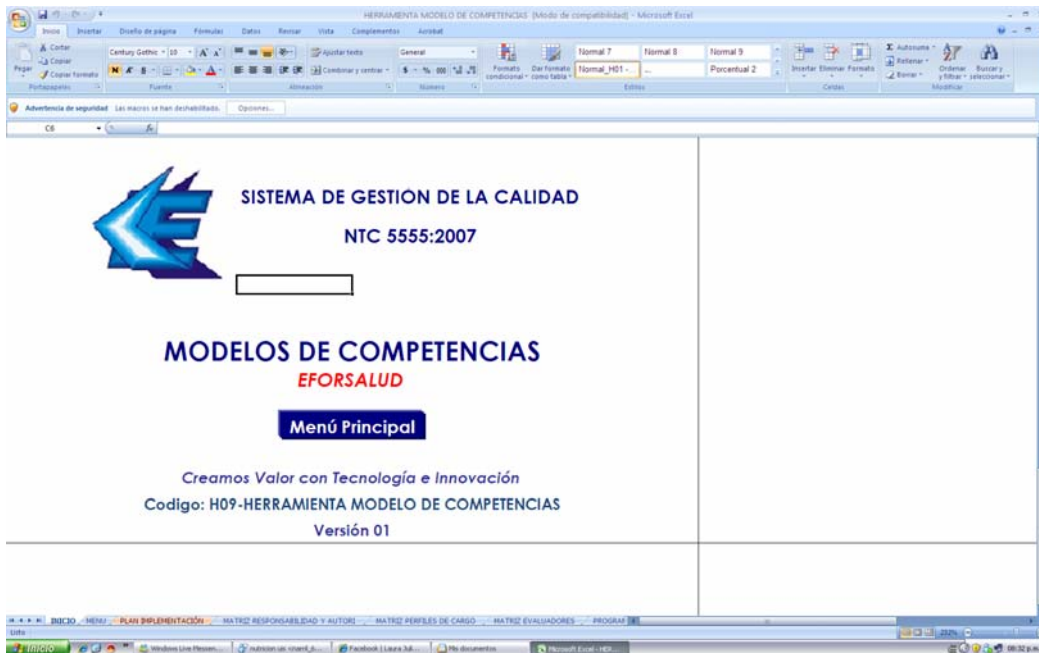


AUDITOR INTERNO EN SGC

APROBADO POR:



Anexo p. modelos de competencias



HERRAMIENTA MODELO DE COMPETENCIAS [Modo de compatibilidad] - Microsoft Excel

EFORSALUD

VERSIÓN

PAGINAS

MATRIZ DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

	DIRECTOR GENERAL	ASISTENTE DE DIRECCIÓN GENERAL	SECRETARÍA GENERAL	COORDINACIÓN ACADÉMICA	SECRETARÍA ACADÉMICA	COORDINADOR DE COLEGIOS	RECEPCIONISTA	MANUTENCIONES E INFRAESTRUCTURA	RECURSOS HUMANOS Y SEGURIDAD ACADÉMICA	ÁREA DE ADMINISTRACIÓN INFRAESTRUCTURAL	ÁREA DE GESTIÓN	ÁREA DE CONTABLE	ÁREA DE SERVICIOS GENERALES
U	Realizar seguimiento a las acciones de estudiantes e particulares en la prestación del servicio												
L	Verificar y mantener en las cuentas y el funcionamiento del sistema de cuentas												
A	Plan de mejoramiento acciones correctivas y preventivas												
S	Planificación de Programas académicos												
E	Planificación de Políticas de Formación												
R	Planificación de Actividades de Gestión e Investigación												
I	Ajuste de actividades y programas académicos												
C	Desarrollo de los programas												
O	Desarrollo de las actividades de gestión e investigación												
R	Planificación de las actividades de gestión e investigación												
M	Realización de las actividades de gestión e investigación												

Autor: Persona que genera la decisión o genera la ejecución de la actividad.
 Ejecutor: Persona que realiza la ejecución de la actividad.
 Controlador: Persona que supervisa la ejecución de la actividad.
 Revisor: Persona que revisa la ejecución de la actividad.
 Asesor: Persona que asesora a la autoridad.
 Asesorado: Persona que asesora a la autoridad.
 Asesorado: Persona que asesora a la autoridad.
 Asesorado: Persona que asesora a la autoridad.

HERRAMIENTA MODELO DE COMPETENCIAS [Modo de compatibilidad] - Microsoft Excel

MATRIZ DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

PERFIL	PERFIL REQUERIDO O ESPERADO				PERFIL ACTUAL				NECESIDADES DE DESARROLLO			
	PRELIMINAR	PRELIMINAR	PRELIMINAR	PRELIMINAR	PRELIMINAR	PRELIMINAR	PRELIMINAR	PRELIMINAR	PRELIMINAR	PRELIMINAR	PRELIMINAR	PRELIMINAR
SECRETARÍA GENERAL												
SECRETARÍA ACADÉMICA												
COORDINACIÓN ACADÉMICA												
RECEPCIONISTA												
MANUTENCIONES E INFRAESTRUCTURA												
RECURSOS HUMANOS Y SEGURIDAD ACADÉMICA												
ÁREA DE ADMINISTRACIÓN INFRAESTRUCTURAL												
ÁREA DE GESTIÓN												
ÁREA DE CONTABLE												
ÁREA DE SERVICIOS GENERALES												

Anexo q. mapa de riesgos

Herramienta de Riesgos Final (Modo de compatibilidad) - Microsoft Excel

Admisión y Matriculación de estudiantes

MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE RIESGOS										
(1) PROCESO	(2) OBJETIVO PROCESO	(3) CDR	(4) RIESGO	(5) DESCRIPCIÓN	(6) CLASIFICACIÓN	(7) GENERADOR	(8) CAUSAS	(9) EFECTOS	(10) VALOR	(11) PROPORCIONALIDAD
Admisión y Matriculación de estudiantes	Garantizar que las actividades de admisión de aspirantes y de matriculación se realicen de forma oportuna y confiable de acuerdo a las fechas	1	El software no funciona presenta falla en las operaciones	El software no proporciona la información necesaria para realizar las actividades en el proceso de admisión de matriculación	Tecnología	El software manager school	No se encuentra configurado correctamente por el proveedor Awanyes	No genera recibos de matriculación demora en el proceso de prematriculación y matriculación demora la captura de la información suministrada por las entidades financieras con respecto de los estudiantes matriculados a la institución	3	ALTA
		2	Solo hay una persona que maneja el proceso de admisión y matriculación	Falta de personal capacitado para realizar las actividades del proceso de admisión y matriculación	Operativo	Director General	Falta de planeación para ese evento	Paralisa en el proceso de admisión y matriculación	2	MEDIA
		3	Planeación de fechas de matriculación no adecuadas	No se planea correctamente los tiempos de inicio de programación con las fechas propuestas para matriculación	Estratégico	Secretaría General Director General	Falta de información del proceso	Inconformidad y deserción de estudiantes Causa y retraso en las actividades académicas y administrativas	2	MEDIA
		4	No se transmite la información del proceso de matriculación de forma adecuada	No se transmite bien la información sobre las fechas de matriculación establecidas por parte de dirección general	Operativo	Secretaría General	Por falta de organización del responsable del proceso no hay registros de las evidencias de la información transmitida no hay unificación de criterios	Desinformación inconformidad de los clientes No hay credibilidad de los clientes	1	BAJA
		5	Falta de reporte de las entidades financieras en cuanto a la aprobación de los créditos	Las entidades financieras no reportan la información adecuada ni oportuna con respecto a la aprobación de los créditos de los estudiantes	Operativo	Entidades financieras COOPAFUTURO COOMALTRASASAL HELM BARR	no se tiene establecido la información oportuna en cuanto a la aprobación de los créditos por parte de (Elnatal) y las entidades Financieras. Por no cumplimiento de las responsabilidades pactadas con las instituciones de practica	Inconformidad en los estudiantes Desinformación al Director General para toma de decisiones Retraso en el consolidado general de matriculación No se daría cumplimiento al plan	2	MEDIA

Herramienta de Riesgos Final (Modo de compatibilidad) - Microsoft Excel

Preventivo

VALORACION Y PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO											
TIPO	SI SE CONTROLA CON EL RIESGO?	SI SE CONTROLA CON EL RIESGO?	SI SE CONTROLA CON EL RIESGO?	Presencia del Control	VALORACION CON CONTROLES				CALIFICACION DE LA PROTECCION EXISTENTE		
					VALOR	PROBABILIDAD	VALOR	IMPACTO	GRUPO DE RIESGOS	DE VALORACION	SI SE CONTROLA CON EL RIESGO?
Preventivo	SI	SI	SI	Semefectivo	2	ALTA	SI	MODERADO	ZONA DE RIESGO IMPORTANTE	Cambia evaluación antes de control	Reducir riesgo
Preventivo	SI	SI	SI	efectivo	1	BAJA	SI	LEVE	ZONA DE RIESGO RESPONABLE	Cambia evaluación antes de control	Ajustar riesgo
Preventivo	SI	SI	SI	Semefectivo	1	BAJA	SI	LEVE	ZONA DE RIESGO RESPONABLE	Cambia evaluación antes de control	Reducir riesgo
Preventivo	NO	SI	SI	Semefectivo	1	BAJA	SI	LEVE	ZONA DE RIESGO RESPONABLE	Cambia evaluación antes de control	Ajustar riesgo
Preventivo	SI	SI	SI	Semefectivo	2	ALTA	SI	LEVE	ZONA DE RIESGO MODERADO	Cambia evaluación antes de control	Reducir riesgo
Preventivo	SI	SI	SI	efectivo	2	ALTA	SI	MODERADO	ZONA DE RIESGO IMPORTANTE	Cambia evaluación antes de control	Reducir riesgo
Preventivo	SI	SI	SI	efectivo	1	BAJA	SI	LEVE	ZONA DE RIESGO RESPONABLE	Cambia evaluación antes de control	Establecer riesgo
Preventivo	SI	SI	SI	efectivo	1	BAJA	SI	BAJA	ZONA DE RIESGO RESPONABLE	Se mantiene en la zona de riesgo	Reducir riesgo
Preventivo	SI	SI	SI	A individual	2	ALTA	SI	LEVE	ZONA DE RIESGO MODERADO	Cambia evaluación antes de control	Reducir riesgo

Herramienta de Riesgos Final (Modo de compatibilidad) - Microsoft Excel

ESBOZO DE RIESGO	RIESGO	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
1	El sistema no funciona, por lo que se debe tomar acciones	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	ALTA	MODERADO	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
2	Todo lo que sea persona que maneja el proceso de admisión presentará	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
3	Elaboración de fichas de matriculación de estudiantes	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
4	No se cumple la información del proceso de matrícula de forma adecuada	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
5	Falta de registro de las unidades de matrícula en los sistemas de información de los cursos	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
6	Falta de información de los cursos de admisión de estudiantes	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
7	Falta de información de los cursos de admisión de estudiantes	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
8	Falta de información de los cursos de admisión de estudiantes	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
9	Falta de información de los cursos de admisión de estudiantes	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
10	Falta de información de los cursos de admisión de estudiantes	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
11	Falta de información de los cursos de admisión de estudiantes	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
12	Falta de información de los cursos de admisión de estudiantes	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
13	Falta de información de los cursos de admisión de estudiantes	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
14	Falta de información de los cursos de admisión de estudiantes	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
15	Falta de información de los cursos de admisión de estudiantes	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
16	Falta de información de los cursos de admisión de estudiantes	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
17	Falta de información de los cursos de admisión de estudiantes	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
18	Falta de información de los cursos de admisión de estudiantes	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
19	Falta de información de los cursos de admisión de estudiantes	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
20	Falta de información de los cursos de admisión de estudiantes	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
21	Falta de información de los cursos de admisión de estudiantes	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
22	Falta de información de los cursos de admisión de estudiantes	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
23	Falta de información de los cursos de admisión de estudiantes	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
24	Falta de información de los cursos de admisión de estudiantes	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
25	Falta de información de los cursos de admisión de estudiantes	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
26	Falta de información de los cursos de admisión de estudiantes	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
27	Falta de información de los cursos de admisión de estudiantes	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
28	Falta de información de los cursos de admisión de estudiantes	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
29	Falta de información de los cursos de admisión de estudiantes	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS
30	Falta de información de los cursos de admisión de estudiantes	RIESGO RESISTENTE PLANEO DE EMERGENCIAS	BAJA	LEVE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO DE EMERGENCIAS

