

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS PROCESOS MISIONALES DE LA FUNDACIÓN PROINAPSA-UIS BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000.**

**CLAUDIA MARCELA CARVAJAL GÁFARO**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
INGENIERÍA INDUSTRIAL  
BUCARAMANGA  
2006**

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS PROCESOS MISIONALES DE LA FUNDACIÓN PROINAPSA-UIS BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000.**

**CLAUDIA MARCELA CARVAJAL GÁFARO**

**Informe de práctica empresarial realizada en la Fundación PROINAPSA-UIS para optar al título de Ingeniería Industrial**

**Directora  
Ing. Siomara Hernández Sánchez**

**Codirectora  
Prof. Alba Yaneth Rincón Méndez**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
INGENIERÍA INDUSTRIAL  
BUCARAMANGA  
2006**

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>1 GENERALIDADES DEL PROYECTO</b>	<b>3</b>
1.1 OBJETIVOS DEL PROYECTO	3
1.1.1 Objetivo general	3
1.1.2 Objetivos específicos	3
1.2 JUSTIFICACIÓN	4
<b>2 MARCO TEÓRICO</b>	<b>6</b>
2.1 CALIDAD	6
2.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD	6
2.2.1 Control de la Calidad-Inspección	8
2.2.2 Control del proceso	9
2.2.3 Sistema de Aseguramiento de la Calidad	9
2.2.4 Gestión de la calidad	9
2.2.5 Calidad Total y Modelos de excelencia empresarial	10
2.3 SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LAS NORMAS ISO 9000	11
2.3.1 Historia de la norma ISO 9000	11
2.3.2 Diferencias entre la versión 2000 y la versión 1994	13
2.3.3 Familia de Normas ISO 9000	14
2.3.3.1 Principios de Gestión de Calidad	15
2.4 FUNDAMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN LAS NORMAS ISO 9000	16
2.4.1 Requisitos de las normas ISO 9000	17
2.4.2 Enfoque basado en procesos	17
2.4.2.1 Tipos de Procesos	18

2.4.3	Documentación	19
2.4.3.1	Tipos de documentos utilizados en los Sistemas de Gestión de la calidad	19
2.4.4	Indicadores de gestión	20
2.4.5	Evaluación de los Sistemas de Gestión de la Calidad	21
2.4.6	Mejora continua	23
2.5	CERTIFICACIÓN	23
<b>3</b>	<b>GENERALIDADES DE PROINAPSA-UIS</b>	<b>25</b>
3.1	RESEÑA HISTÓRICA	25
3.2	MISIÓN	26
3.3	VISIÓN	26
3.4	VALORES ORGANIZACIONALES	27
3.5	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	27
3.6	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	28
3.7	PORTAFOLIO DE SERVICIOS	28
3.7.1	Ámbito gubernamental	29
3.7.2	Ámbito laboral	29
3.7.3	Ámbitos servicios de salud	30
3.7.4	Ámbito de la formación	30
3.7.5	Ámbito escolar	31
<b>4</b>	<b>DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA FUNDACIÓN PROINAPSA-UIS</b>	<b>32</b>
4.1	CONTEXTUALIZACIÓN	32
4.1.1	Contexto mundial	32
4.1.1.1	Cooperación internacional	32
4.1.1.2	Agencias y tratados internacionales	34
4.1.2	Contexto nacional	37
4.1.2.1	Legislación en salud pública	38
4.2	DIAGNÓSTICO INTERNO DE LA FUNDACIÓN PROINAPSA-UIS	41
4.2.1	Mercadeo	41

4.2.2	Producción y prestación del servicio	42
4.2.3	Recurso humano y organización	43
4.2.4	Sistemas de información y tecnología	43
4.2.5	Finanzas	44
4.3	DIAGNÓSTICO DEL ESTADO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	46
4.3.1	Requisitos generales	46
4.3.2	Documentación	46
4.3.3	Responsabilidad de la dirección	47
4.3.4	Gestión de los recursos	49
4.3.5	Realización del producto o servicio	49
4.3.6	Medición, análisis y mejora	52
<b>5</b>	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	<b>54</b>
5.1	PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD	54
5.1.1	Alcance del SGC	54
5.1.2	Equipo líder	54
5.1.3	Política de calidad	55
5.1.4	Objetivos de calidad	56
5.1.5	Indicadores generales del SGC	56
5.2	PLANEACIÓN DE PROCESOS	58
5.2.1	Levantamiento de la información	58
5.2.2	Identificación de procesos y mapa de procesos	59
5.2.3	Documentación	63
5.2.3.1	Responsabilidad de la dirección	69
5.2.3.2	Gestión de los recursos	71
5.2.3.3	Realización de producto	76
5.2.3.4	Procesos de Medición, análisis y mejora	84
5.2.4	Indicadores para el Sistema de Gestión de la Calidad	90
5.2.4.1	Sistema de indicadores	91
5.2.4.2	Ficha técnica del indicador	94

5.3	SENSIBILIZACIÓN	96
5.4	IMPLEMENTACIÓN, AUDITORÍAS INTERNAS Y MEJORA CONTINUA	103
5.4.1	Metodología de Implementación	103
5.4.2	Auditorías Internas	105
5.4.3	Mejora continua	108
5.5	SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO	118
5.6	SOLICITUD DE AUDITORÍA DE CERTIFICACIÓN	118
<b>6</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>120</b>
<b>7</b>	<b>OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>122</b>
<b>8</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>124</b>
<b>9</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>126</b>

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Familia de normas ISO 9000	14
Figura 2 Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos	18
Figura 3 Estructura organizacional de la Fundación PROINAPSA-UIS	28
Figura 4 Mapa de procesos de PROINAPSA-UIS	60
Figura 5 Esquema de la caracterización	64
Figura 6 Estructura del diagrama de flujo	67
Figura 7 Símbolos del diagrama de flujo	68
Figura 8 Cuadro de Indicadores del SGC	93
Figura 9 Ficha técnica del indicador	94
Figura 10 Registro fotográfico de acción formativa	96
Figura 11 Registro fotográfico de Concurso de calidad	98
Figura 12 Registro fotográfico de Hora ISO	99
Figura 13 Registro fotográfico 2 de Hora ISO	100
Figura 14 Registro fotográfico de cartelera de calidad	101
Figura 15 Vistas posterior y anterior del Volante "TU GESTIÓN CUENTA"	103

## LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1 Indicadores generales del SGC	56
Cuadro 2 Ventajas y desventajas relacionadas con las propuestas de mejora	115

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Formato de diagnóstico del SGC.	127
Anexo B. Matriz Política de calidad.	147
Anexo C. Manual de calidad PROINAPSA-UIS.	149
Anexo D. Caracterizaciones de procesos.	177
Anexo E. Procedimientos mandatorios y formatos.	189
Anexo F. Guía plan de inducción 2006.	232
Anexo G. Formato toma de información de cargos y ejemplo de descripción de cargo: coordinador de calidad.	243
Anexo H. Cronograma de mantenimiento preventivo de equipos 2006.	250
Anexo I. Manual de usuario software CMC.	256
Anexo J. Tablero de indicadores de gestión 2006.	278
Anexo K. Tabla de seguimiento de acciones correctivas 2006.	285
Anexo L. Plan de acciones educativas 2006.	295
Anexo L. Formulario solicitud de certificación y respuesta SGS.	300

**TÍTULO:** DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS PROCESOS MISIONALES DE LA FUNDACIÓN PROINAPSA-UIS BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000.\*

**AUTOR:** CLAUDIA MARCELA CARVAJAL GÁFARO\*\*

**PALABRAS CLAVES:** Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), Norma ISO 9001:2000, Proceso, Mejoramiento continuo, Certificación.

**DESCRIPCIÓN:**

El Sistema de Gestión de la Calidad hace referencia a lo que una organización hace para gestionar sus procesos o actividades, mejorando continuamente su desempeño y logrando la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos y los regulatorios aplicables. Existe una norma llamada ISO 9001:2000, ampliamente conocida en el ámbito mundial, que especifica los requisitos para un SGC, siendo una referencia en negociaciones comerciales de cualquier tipo de entidad. El éxito en cuanto a la implementación de este sistema, depende de un enfoque coherente y una metodología que incluya el establecimiento e implementación de una base documental, la comunicación con el personal, el levantamiento de indicadores para medir el desempeño de los procesos, la revisión del sistema a través de auditorías internas y la implementación y seguimiento de acciones de mejora que permitan continuar mejorando los procesos.

Este documento es un informe de práctica en el que se describen las características del proyecto emprendido por la fundación PROINAPSA-UIS para optar a la certificación ISO 9001:2000, desde que se adopta la decisión, hasta que se realiza la solicitud de certificación ante una entidad acreditada, como garantía de la eficacia en el desempeño del sistema.

Se concluye que la importancia del compromiso de la dirección, la participación del personal (y su vinculación a través de acciones adecuadas de sensibilización), la medición de la satisfacción de los clientes, el uso de recursos apropiados, el análisis de los resultados de indicadores como facilitador para la toma de decisiones; son factores claves en el desarrollo de este tipo proyectos; en los cuales el uso de un ciclo de mejoramiento basado en la planeación - ejecución de actividades, la verificación de los resultados y la actuación frente a éstos para retroalimentar el sistema, garantizan la optimización de los procesos y la obtención de los beneficios para la organización. Igualmente, se deduce la importancia de continuar revisando y adaptando el sistema, sus documentos e indicadores, en relación con los cambios del entorno y las necesidades o aprendizajes de la organización.

\*Práctica empresarial en pequeña empresa.

\*\*Facultad de Ingenierías Físico mecánicas. Ingeniería Industrial. Directora: Siomara Hernández Sánchez

**TITLE:** DESIGN, DOCUMENTATION AND IMPLEMENTATION OF A QUALITY MANAGEMENT SYSTEM IN MISSIONARY PROCESSES OF FOUNDATION PROINAPSA-UIS UNDER ALIGNMENTS OF NORM NTC ISO 9001:2000.\*

**AUTHOR:** CLAUDIA MARCELA CARVAJAL GÁFARO \*\*

**KEY WORDS:** Quality Management System, Norm ISO 9001:2000, Process, Continuous improvement, Certification.

**DESCRIPTION:**

The Quality Management System makes reference to which an organization makes to manage its processes or activities continuously, improving its performance and obtaining the satisfaction of the client by means of the fulfilment of their regulatory requirements and the applicable ones. There is a norm called ISO 9001:2000, world-wide scale known, that specifies the requirements for a Quality Management System, being a reference in commercial negotiations of any entity type. The success as far as the implementation this system, depends on a coherent approach and a methodology that include the establishment and implementation of a documentary base, the communication with the personnel, the rise of indicators to measure the performance of the processes, the revision of the system through internal audits and the implementation and pursuit of improvement shares that allow to continue improving the processes in the time.

This document is a practice report, in that the characteristics of the project undertaken by foundation PROINAPSA-UIS are described to seek ISO 9001:2000 certification, since the decision is adopted, until a certification request is made to a credited organization, like guarantee of the effectiveness in the performance of the system.

The direction commitment, the participation of the personnel (and its entailment through suitable shares of motivation or sensitiveness), the measurement of the satisfaction of the clients, the use of appropriate resources, the analysis of indicators results (that makes easy the decision making); are key factors in the development of this type of projects; in which the use of a cycle of improvement based on the planning - execution of activities, the verification of the results and the performance in front of these, for doing a feedback of the system, guarantees the processes optimization and to obtain the profits for the organization. Similarly, is deduced the importance of continuing reviewing and to be adapting the system, its documents and indicators through the time, in relation to the surroundings changes and the organization necessities or learning.

\* Enterprise practice in small company

\*\*Faculty of Physic mechanicals Engineering. Industrial Engineering. Director: Ing. Siomara Hernández Sánchez.

## INTRODUCCIÓN

La aplicación de normas, procedimientos y políticas es y debe ser un aspecto relevante en el diario vivir de cualquier tipo de organización, porque abre canales de comunicación y comercio, promueve la competitividad y realza la capacidad para lograr y cuantificar las mejoras en el funcionamiento de sus procesos, ocupando los vacíos que pueden constituir una oportunidad para los competidores.

Especialmente, la implementación de sistemas de gestión ha venido tomando fuerza en los últimos años, gracias a los beneficios que otorgan a las organizaciones; en términos concretos el empleo de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) basado en la norma NTC ISO 9001:2000, se ha convertido en una llave de acceso o permanencia en el mercado; pero para obtener las bondades potenciales asociadas a su implementación, se requiere un carácter dinámico por parte de la organización, que permita la introducción de las mejoras en las operaciones, garantizando un desempeño adecuado de la empresa de manera análoga al enfoque del sistema.

Tomando en cuenta las características que reviste la marcha de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en la norma NTC ISO 9001:2000, se presenta el siguiente informe, en el cual se ilustra una metodología coherente y se relacionan los elementos indispensables considerados durante el proceso de diseño, implementación, mantenimiento y mejora de un SGC, para los procesos misionales (Gestión educativa, producción de material educomunicativo y gestión de proyectos) de la Fundación PROINAPSA-UIS, de acuerdo con los objetivos y metas planteados por la estudiante en práctica.

Para su mejor comprensión, el informe se encuentra dividido en las siguientes secciones, 1) Generalidades del proyecto, 2) Marco teórico, en el cual se exponen los fundamentos racionales obtenidos de diversas fuentes que circunscriben el desarrollo del proyecto, 3) Generalidades de PROINAPSA-UIS, que incluye la información integral de la empresa, entidad sin ánimo de lucro dedicada a la planeación, la ejecución y evaluación de proyectos o programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad,

investigación, extensión y/o formación en las áreas de la salud, educación y desarrollo humano; 4) Diagnóstico de la Fundación PROINAPSA-UIS, en el que se revelan los resultados obtenidos en una primera línea de base de la organización; 5) Sistema de Gestión de la calidad, en el que se expone y despliega el núcleo del proyecto, la elaboración del soporte documental en el que se plasman no sólo las formas de operar de la organización sino toda la información que permite el desarrollo de todos los procesos garantizando el cumplimiento de los requisitos de la norma, los métodos asociados a su implementación, actualización, modificación, evaluación y, las propuestas de mejora, obtenidas en el proceso.

Finalmente se presentan las observaciones, conclusiones y recomendaciones relativas al desarrollo del trabajo, como aporte para el mejoramiento del sistema en el futuro cercano y los anexos, como evidencias complementarias del desarrollo de la práctica.

## **1 GENERALIDADES DEL PROYECTO**

### **1.1 OBJETIVOS DEL PROYECTO**

#### **1.1.1 Objetivo general**

- Documentar e implementar, un Sistema de Gestión de la Calidad para los procesos de gestión educativa, gestión de proyectos y producción de material educativo, bajo los lineamientos de la norma NTC ISO 9001:2000. para la Fundación PROINAPSA-UIS

#### **1.1.2 Objetivos específicos**

- Diseñar y elaborar la documentación necesaria para dar cumplimiento a los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000, y para el registro de la información, que permitan aportar la evidencia objetiva necesaria para demostrar el cumplimiento y eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Desarrollar los mecanismos de medición, seguimiento y mejora en los procesos de PROINAPSA-UIS, necesarios para monitorear el mejoramiento continuo y evaluar periódicamente el comportamiento de los procesos dentro del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Estructurar y mejorar los procesos misionales y de apoyo incluidos en el alcance, bajo el proceso conjunto de documentación e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad según la norma NTC ISO 9001:2000, para la Fundación PROINAPSA-UIS.
- Motivar y Sensibilizar al personal de la organización respecto al Sistema de Gestión de la Calidad, mediante actividades desarrolladas para tal fin.

- Vincular y capacitar al personal en el manejo y uso de los diferentes registros, procedimientos y formatos relacionados en el Sistema de Gestión de la Calidad, para la empresa PROINAPSA-UIS.
- Apoyar el proceso de auditorías internas para lograr la certificación del Sistema de Gestión de la Calidad y emprender acciones de mejora de acuerdo a los resultados obtenidos en las auditorías internas.

## 1.2 JUSTIFICACIÓN

La implementación y mejoramiento de un Sistema de Gestión de la calidad, se ha convertido progresivamente en un medio para asegurar la calidad, la competitividad, la credibilidad y la productividad de las empresas, a través de la búsqueda de la satisfacción de los clientes.

La dirección y administración de la Fundación para el desarrollo de la Universidad Industrial de Santander PROINAPSA-UIS, no desconoce las exigencias del entorno y la necesidad de implementar un Sistema de Gestión de la Calidad que promueva el mejoramiento de los procesos relacionados con la prestación de sus servicios; así que de forma voluntaria, accedió a la ejecución de un proyecto de esta envergadura que a largo plazo se replegará en beneficio de la empresa.

Sin embargo, el proceso de adecuación es largo e implica el desarrollo de una serie de actividades que incluyen la documentación de los procesos relevantes para la organización, la sensibilización del personal, la estructuración de los mecanismos de evaluación y control, entre otras, que permitan evidenciar la mejora continua y su impacto en la organización.

Es por ello que todo aquel que quiera potenciar el éxito de un proyecto de implementación de un SGC (que refuerce su propia competitividad, consiguiendo la satisfacción de sus clientes y la calidad de sus bienes o servicios de una forma rentable), requiere además de la colaboración general de la empresa, ser asistido por una(s) persona(s) competente, para garantizar y verificar el cumplimiento de los requisitos necesarios en la certificación.

El programa de Ingeniería Industrial de la UIS, con un claro enfoque en el mejoramiento continuo y una orientación en la satisfacción de los clientes, ha proporcionado las herramientas y la formación demandada a sus estudiantes, para que apoyen este tipo de procesos en forma proactiva, coherente y plausible, lo cual se demuestra durante el desarrollo de esta práctica, como una proyección de la Universidad hacia la comunidad.

## 2 MARCO TEÓRICO

A continuación se presenta una síntesis histórica y teórica de la revisión bibliográfica realizada durante el desarrollo de la práctica.

### 2.1 CALIDAD

El término “calidad” se ha introducido exitosamente en el mundo de la empresa, industrial, comercial y de servicios y es un factor diferenciador para los clientes. Sin embargo, este vocablo ha desencadenado una larga serie de definiciones, de manera tal que no parece existir una definición específica de calidad que pueda calificarse como la más correcta o la mejor. Por ello, todavía hay quien tiende a confundir aspectos de la calidad, con la calidad en sí.

La calidad puede ser entendida como la totalidad o el conjunto de rasgos y características de un producto o servicio que se refieren a su capacidad para satisfacer las necesidades expresadas o implícitas de los clientes, respecto a los productos (o servicios). Esta definición sugiere que la calidad debe ajustarse a los requisitos establecidos si es que ha de satisfacer las necesidades de los usuarios o de cualquiera que entre en contacto con el producto o servicio.

Es válido considerar varias definiciones de la calidad, muchas de ellas con gran acogida, sin embargo, podemos resumir el término calidad de producto según la visión de la gestión de calidad moderna, de la siguiente manera.

“Un producto de calidad es aquel que satisface las expectativas del cliente al menor costo”

### 2.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD

La calidad no es para nada un fenómeno actual, existe constancia de artesanos, que fueron condenados durante la Edad Media a ser encarcelados por vender un alimento en mal estado. Y es que la calidad era un tema muy importante en aquella época, dada la escasez de productos que existía. Si bien, es cierto que es a partir de principios del siglo XX cuando se empieza a formar lo que hoy se conoce como gestión de la calidad, sobre todo a raíz del desarrollo de la fabricación en serie.

A comienzos de siglo, Frederick W. Taylor (1856-1915), desarrolló una serie de métodos destinados a aumentar la eficiencia en la producción, en los que se consideraba a los trabajadores como máquinas con manos. Esta forma de gestión, conocida como Taylorismo, ha estado vigente durante gran parte de este siglo, y aunque está muy alejada de las ideas actuales sobre calidad, fue una primera aproximación a la mejora del proceso productivo.

En 1931, Walter E. Shewart (1891-1967), saca a la luz su trabajo Economía y Control de Calidad en la Producción, precursor de la aplicación de la estadística a la calidad. Este trabajo es aprovechado por otros estudiosos de la época como base de ulteriores desarrollos en el mundo de la gestión de la calidad. Además, se da la coincidencia de que el ejército de los Estados Unidos decide aplicar muchas de sus ideas para la fabricación en serie de maquinaria de guerra.

El final de la guerra trajo consigo un periodo de prosperidad para la industria norteamericana, no así para Japón que durante los años 50 presentaba una economía en crisis, un país destruido y unos productos que se destacaban por su alto precio y baja calidad. Sin embargo, los empresarios japoneses se mostraron receptivos a las ideas de Shewart, Edward Deming, Joseph Juran, u otros precursores de la gestión de la calidad moderna, quienes ante el rechazo de la industria americana a aplicar sus ideas respecto a la calidad y a su defensa de la estadística en la gestión de la calidad, deciden trabajar en Japón.

Para mediados de los años 70, Japón empezó a socavar peligrosamente la posición de los competidores occidentales, mediante productos de elevada calidad a bajo precio. El ataque empezó con los automóviles, y continuó con la electrónica, mercado que en la actualidad dominan.

A partir de finales de los años 70, la industria occidental se da cuenta de la desventaja que sufre respecto a los productores japoneses, y empieza a imitar sus filosofías de gestión, sobre todo a raíz de un cambio de actitud de los consumidores, que cada vez se ilusionan más por productos de elevada calidad a precio competitivo. Es a partir de estos años cuando se empieza a hablar de aseguramiento de la calidad en las empresas, y cuando surgen las primeras normas que regulan la gestión de la calidad.

La industria occidental consiguió reducir en gran medida la desventaja respecto a la japonesa, planteando nuevos modelos o paradigmas relacionados con la gestión de la calidad, tal como las normas ISO 9000, y nuevos modelos de gestión como el de Excelencia Empresarial o EFQM de la Unión Europea y el Baldrige de los Estados Unidos.

### **2.2.1 Control de la Calidad-Inspección**

Desde el comienzo de la revolución industrial, a fines del siglo XVIII, los grandes productores de bienes respaldan a los mismos con su marca. El objetivo es, no generar reclamos que perjudiquen la imagen de la marca. Mediante este sistema se procura que no lleguen productos defectuosos a los clientes, pero en modo alguno se evita la aparición de esos errores, sino que simplemente se separan los productos buenos de los defectuosos, después de fabricados; una mentalidad completamente curativa basada concepto tayloriano de primero fabricar y después controlar.

Los criterios de la inspección son:

- Control de producto
- Criterios de aceptación
- Corrección de defectos
- Auditorias del producto

La dirección no considera la calidad como un tema de importancia estratégica para la empresa y se sigue centrando en temas de marketing. Son característicos de esta fase los elevados costos de inspección, la inspección 100%, la presencia de un departamento de control de calidad dependiente del de fabricación, la baja participación...

### **2.2.2 Control del proceso**

La etapa siguiente del control de calidad se centra en el control del proceso, dando una gran importancia a la uniformidad de los procesos de fabricación. Aquí se evalúa el no esperar a que se fabriquen piezas o productos defectuosos para luego controlarlos, sino anticiparse y actuar sobre el proceso de fabricación cuando se presentan los primeros síntomas de que pueden aparecer defectos. Se trata de conocer el modelo de la variación de las características de piezas y productos (aplicando el control estadístico de proceso) y asegurar que se mantienen bajo control en el tiempo, es decir, lo más centradas posibles y con una dispersión mínima respecto a su valor objetivo.

### **2.2.3 Sistema de Aseguramiento de la Calidad**

El aseguramiento de la calidad, a diferencia del control de calidad, tiene procedimientos consensuados, registrados y documentados, por medio de los cuales el proceso de fabricación está sujeto a controles internos, para producir un producto o un servicio con una calidad convenida entre las partes. Para reglamentar los procesos de aseguramiento y las actividades de control y certificación, aparecen las normas ISO de la serie 9000 versión 1994.

Se considera la calidad como una ventaja competitiva, pero no como una inversión, ya que generalmente lo único que se busca es la certificación del modelo de calidad que emplea la empresa.

### **2.2.4 Gestión de la calidad**

El sistema de gestión de la calidad es un avance sobre el anterior concepto de "aseguramiento de la calidad". Entendemos por Gestión de la Calidad la definición e implantación de las acciones planificadas y sistemáticas, que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un producto o servicio va a satisfacer los requisitos dados sobre la calidad establecidos por todos los clientes tanto internos como externos. Es aquí donde se sitúan los sistemas de gestión de la calidad basados en las normas ISO 9000:2000.

La gestión de calidad actual no elimina la inspección pero la plantea, no como criba, sino como una confirmación de que todo esta funcionando según lo previsto, o tomando actuaciones inmediatas cuando así no sea, haciendo hincapié en la mejora continua del proceso que significa no conformarse con cumplir las especificaciones, sino buscar la situación en que el proceso esté lo mas centrado posible respecto al valor objetivo y tiene una dispersión mínima.

La gestión de la calidad integral abarca a todas las áreas de la empresa relacionadas con el producto, quienes deben tener bien definidas sus misiones y responsabilidades en relación con la calidad. La calidad del producto no depende solo de la fabricación, sino también del proyecto, las compras y la asistencia al cliente. Se intensifican los contactos con los proveedores, se incrementa la asesoría sobre calidad a los clientes y se potencia la actuación post-venta como una realimentación de datos sobre calidad.

### **2.2.5 Calidad Total y Modelos de excelencia empresarial**

La administración de la calidad total moderna, tiene sus orígenes en Japón de la posguerra, establece que hay que considerar, no sólo la calidad del producto o servicio, sino la de todas las actividades de cualquier tipo, que se realizan en la empresa; el trabajo bien hecho a la primera (prevención), la satisfacción en el trabajo (participación y colaboración) y a su vez la responsabilidad individual de todas las personas en la empresa, los cuales son proveedores y clientes de otros.

Aunque para el mundo occidental, las enseñanzas de Deming fueron decisivas y a él se acredita el éxito de los japoneses en cuanto a calidad, los japoneses consideran que las enseñanzas del Dr. Juran sobre la calidad como una herramienta administrativa, fueron el factor más significativo en la evolución de su versión de la administración de la calidad total, o lo que ellos llaman como control de la calidad total, considerando que los nuevos conceptos japoneses fueron innovados por los expertos japoneses como Asaka, Ishikawa, Kogure, Mizuno y Moriguchi.

Se puede decir que el modelo de Excelencia empresarial es una adaptación del modelo de Calidad Total (de origen japonés) a las costumbres occidentales. En estos momentos

existen dos modelos ampliamente aceptados, son el Baldrige en los Estados Unidos y el de la EFQM en Europa. Ambos son un complemento a las normas ISO 9000, añadiendo la eficiencia económica y la importancia de las relaciones con todos los clientes de la empresa y los resultados de la misma.

Los enfoques de los Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC) dados en la familia de Normas ISO 9000 y en los modelos de excelencia para las organizaciones están basados en principios comunes:

- Permiten a la organización identificar sus fortalezas y sus debilidades
- Posibilitan la evaluación frente a modelos genéricos
- Proporcionan una base para la mejora continua; y
- Posibilitan el reconocimiento externo

La diferencia entre estos dos enfoques radica en su campo de aplicación. La familia de normas ISO 9000 proporciona requisitos para los sistemas de gestión de la calidad y orientación para la mejora del desempeño, la evaluación de los sistemas de gestión de la calidad determina el cumplimiento de dichos requisitos. Los modelos de excelencia contienen criterios que permiten la evaluación comparativa del desempeño de la organización y que son aplicables a todas las actividades y partes interesadas de la misma. Los criterios de evaluación en los modelos de excelencia proporcionan la base para que una organización pueda comparar su desempeño con el de otras organizaciones.

## **2.3 SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LAS NORMAS ISO 9000**

### **2.3.1 Historia de la norma ISO 9000**

Los niveles de confiabilidad en calidad necesarios por los compradores de armas durante y después de la II Guerra Mundial obligaron a las compañías a desarrollar sistemas de control y administración más exigentes. Fruto de las investigaciones sobre las mejores prácticas, surgieron las primeras normas de aplicación en la industria militar. Con el paso del tiempo fueron tomando forma genérica hasta que en 1987 aparece el

primer grupo de normas homologadas internacionalmente en ISO 9000. Normas que fueron canalizadas a través de la organización internacional de normalización, (International Organization for Standardization), cuya sede se encuentra ubicada en Ginebra, Suiza y es dependiente de la ONU.

La organización internacional de estandarización - ISO<sup>1</sup>, creada en 1947 en sustitución de la Federación Internacional de Asociaciones Nacionales de Normalización (1926 – 1939), es una federación mundial de organismos nacionales de normalización (miembros), solamente una organización por país puede ser miembro, actualmente, la organización está constituida por representantes de 132 países.

La finalidad principal de ISO es la de promover el desarrollo de estándares internacionales y actividades relacionadas incluyendo la conformidad de los estatutos para facilitar el intercambio de bienes y servicios en todo el mundo. 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 derecho de estar representado en dicho comité<sup>2</sup>.

Todos los trabajos realizados por la ISO (alrededor de 10,000), resultan en acuerdos internacionales los cuales son publicados como estándares internacionales voluntarios, que van desde la estandarización de tornillos; el tamaño de las tarjetas de crédito, hasta las normas más exitosas para la organización: la ISO 9000 de “Gestión de la Calidad”.

La primera versión de la familia de normas ISO 9000 fue publicada en 1987. Sin embargo, para 1990, el ISO/TC 176 SC 2 (TC/176) elaboró un Plan Estratégico para su programa de revisión titulado VISION 2000, el que se preveía realizar en dos etapas, la primera de ellas concluyó en 1994 y la segunda dio como resultado el 15 de diciembre de 2000 fue publicada la revisión 2000, la integración de las normas difundidas, ISO 9001, ISO 9002 e ISO 9003 las cuales pasaron a ser conocidas como ISO 9001 VERSIÓN 2000 ó ISO 9001:2000, en nuestro país Norma Técnica Colombiana NTC - ISO 9001:2000. Ésta

---

<sup>1</sup> El vocablo “ISO” no es el acrónimo de organización Internacional de Estandarización, es una palabra, que deriva del griego “isos”, que significa “igual”, para estandarizar el nombre mundialmente.

<sup>2</sup> INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Manual para las pequeñas empresas: Guía sobre la norma ISO 9001:2000. Bogotá. ICONTEC, 2001 P.26

define los requerimientos de un sistema de gestión de la calidad para cualquier organización que necesita demostrar su habilidad para proveer consistentemente un producto que satisface al cliente. Se espera una revisión y una nueva versión de estas normas para el año 2008.

### **2.3.2 Diferencias entre la versión 2000 y la versión 1994**

Las normas ISO 9000:2000 enfatizan la satisfacción del cliente como meta central de la organización; promueve principios genéricos de calidad, y es compatible con las normas ISO 14001. El cambio más significativo es su nuevo enfoque: mas allá de estar basada en procedimientos (que enuncian cómo se controlan las actividades), se trata por primera vez de un modelo de proceso para la mejora del desempeño

La ISO 9001 del 2000 visualiza al Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) en su conjunto como un proceso.

Proceso: “Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados” (NTC ISO 9000:2000)

Un proceso es una actividad apoyada por recursos y gestión que transforma entradas en salidas. Las salidas de una función de la organización frecuentemente son las entradas para otra. El enfoque de gestión de procesos consiste en la identificación y gestión sistemática de los diferentes procesos, y en particular de su interacción.

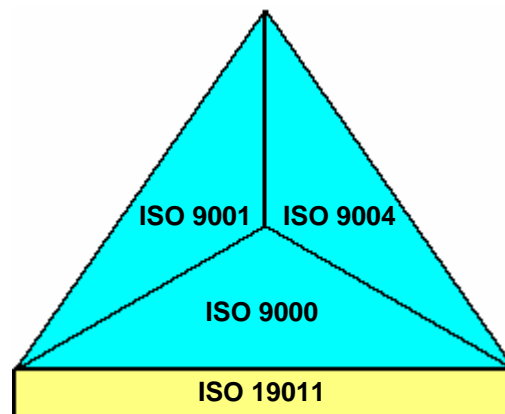
En cuanto al alcance de la norma se refiere principalmente a que ésta es recomendada para las empresas que necesitan demostrar su capacidad para proveer consistentemente productos o servicios conformes y que éstos están dirigidos a satisfacer al cliente mediante cumplimiento de sus requisitos. Además, la nueva norma a diferencia de la versión 94, especifica que aquellos elementos no aplicables a la empresa pueden ser suprimidos, siempre y cuando pertenezcan al elemento o punto 7. Realización del producto.

En general, la ISO 9001:2000 presenta de manera más clara su uso y alcance, hace mención especial en que la norma no pretende dar uniformidad a los sistemas, si no que éstos deben cambiar a las circunstancias cambiantes de las empresas, luego define también que no es la intención que las empresas cambien la estructura de su sistema de calidad para que se alineen con lo que la norma requiere, dice que la documentación de la empresa debe definirse de manera apropiada a las actividades particulares de cada empresa, por lo cual es probable un menor número de registros y procedimientos en relación con el tipo de empresa y su tamaño.

### 2.3.3 Familia de Normas ISO 9000

La familia de normas ISO 9000 (ver figura 1) suministran un sistema de gestión para evaluar los procedimientos (no especifica acerca de productos o servicios) que gestionen la calidad dentro de una empresa y entre ésta y sus clientes. Estas son:

Figura 1 Familia de normas ISO 9000



- Norma ISO 9000:2000 describe los fundamentos y especifica la terminología de los sistemas de gestión de la calidad.
- Norma ISO 9001:2000 especifica los requisitos para los sistemas de gestión de la calidad, aplicables a toda organización que necesite demostrar su capacidad para proporcionar productos que cumplan los requisitos de sus clientes y los

reglamentarios que le sean de aplicación y su objetivo es aumentar la satisfacción del cliente.

- Norma ISO 9004:2000 proporciona directrices que consideran tanto la eficacia como la eficiencia del sistema de gestión de la calidad. El objetivo de esta norma es la mejora del desempeño de la organización y la satisfacción de los clientes y partes interesadas: empleados, accionistas, proveedores y la sociedad en general.
- Norma ISO 19011:2002 proporciona orientación relativa a las auditorías de sistemas de gestión de calidad y de gestión ambiental.

### **2.3.3.1 Principios de Gestión de Calidad**

El enfoque administrativo de la calidad, es la esencia de las versiones 2000 de la familia de normas ISO 9000; los ocho principios de gestión de la Calidad anunciados en la ISO 9000:2000, proveen la base para la mejora del desempeño a la que apunta ISO 9004:2000 Recomendaciones.

Los principios son derivados de la colectiva experiencia y aprendizaje de expertos internacionales que participan en el comité técnico ISO /TC 176, para sistemas de calidad y aseguramiento cuyo deseo es desarrollar responsabilidad para el desarrollo y mantenimiento de la norma ISO 9000.

#### **Principio 1. Enfoque al cliente**

Las organizaciones dependen de sus clientes y ellos deben ser entendidos en sus actuales y futuras necesidades, así como sus requerimientos y hacer lo posible por exceder las expectativas del cliente.

#### **Principio 2. Liderazgo**

Los Líderes establecen unidad y proponen la dirección de la organización, creando y manteniendo compromiso interno de la gente para involucrarse totalmente con los objetivos de la organización.

### Principio 3. Participación del Personal

El personal es la esencia de toda la organización y su involucramiento y habilidad debe ser usado para el beneficio de la organización.

### Principio 4. Enfoque de Procesos

Los resultados deseados se alcanzan más eficientemente cuando los recursos y las actividades relacionadas se gestionan como procesos.

### Principio 5. Enfoque sistema para la Gestión

Identificar, entender y administrar los procesos interrelacionados como un sistema contribuye a la eficacia y eficiencia de la organización con relación a los objetivos establecidos.

### Principio 6. Mejora Continua

La mejora continua de todo el desempeño de la organización y objetivos de la misma debería ser un fin permanente de ésta.

### Principio 7. Enfoque Basado en la Toma de Decisiones

Decisiones eficaces basadas en el análisis de datos e información

### Principio 8. Relaciones Mutuamente Beneficiosas con Proveedores

La organización y los proveedores son independientes pero desarrollan beneficios mutuos con la habilidad para crear valor.

Aunque existen diversas maneras de aplicar estos principios de calidad según la naturaleza de la organización, definitivamente las organizaciones encontrarán beneficios por aplicar sistemas de gestión de la calidad basados en estos principios.

## **2.4 FUNDAMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN LAS NORMAS ISO 9000**

### **2.4.1 Requisitos de las normas ISO 9000**

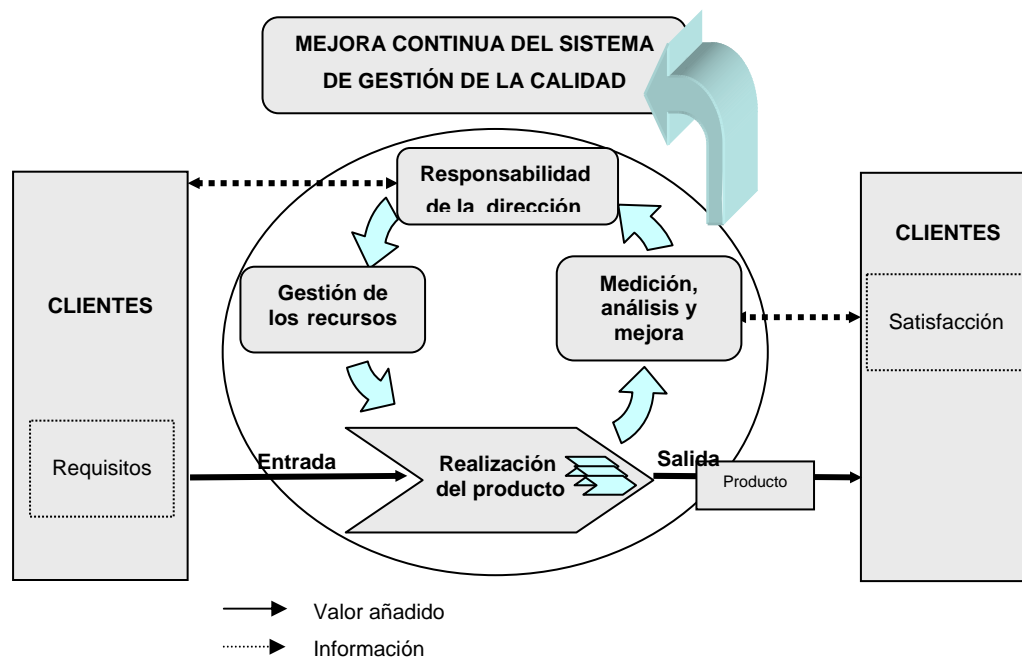
La familia de normas ISO 9000 distingue entre requisitos para los sistemas de gestión de calidad y requisitos para los productos, los requisitos del SGC son genéricos y aplicables a todo tipo de organizaciones, en las normas no se establecen requisitos para los productos; es decir, las normas ISO 9000 certifican los procedimientos de gestión de la calidad, no la calidad de la producción en sí.

Para facilitar su uso, ISO 9001:2000 Requisitos, e ISO 9004:2000 Recomendaciones han sido desarrolladas como un par consistente. Ambas cuentan con cinco secciones que especifican actividades a considerar al implantar un sistema. Cuatro secciones indican requerimientos que aplican para toda organización: (4) Sistema de gestión de la calidad, (5) Responsabilidad de la dirección, (6) Gestión de los recursos y (8) Medición, análisis y mejora. De la sección (7) Realización del Producto se podrán excluir apartados que no aplican en una operación determinada.

### **2.4.2 Enfoque basado en procesos**

Cualquier actividad o conjunto de actividades, que utiliza recursos para transformar entradas en salidas puede considerarse como un proceso. Una organización cualquiera puede ser considerada como un sistema de procesos más o menos relacionados entre sí, para que las organizaciones operen de manera eficaz, tiene que identificar y gestionar numerosos procesos interrelacionados. A menudo, la salida de un proceso forma directamente la entrada del siguiente proceso. La identificación y gestión sistemática de los procesos empleados en la organización y en particular las interacciones entre tales procesos, se conoce como "enfoque basado en procesos". En la figura 2 se presenta un modelo de enfoque en procesos.

Figura 2 Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos



#### 2.4.2.1 Tipos de Procesos

En toda organización existen tres categorías generales de procesos:<sup>3</sup>

- **Procesos gerenciales:** Se refieren a la dirección de la organización para proyectarla hacia el futuro, mantener y mejorar su competitividad y monitorear las relaciones de la empresa con el cliente y el entorno en general.
- **Procesos propios de la línea básica del negocio:** Son aquellos cuyos productos o resultados son recibidos directamente por el cliente externo de la organización. De su efectividad depende la satisfacción de los clientes.
- **Procesos de apoyo:** Son aquellos que soportan la ejecución de los procesos de la línea básica del negocio, es decir, que su producto o resultado es recibido por otro proceso o por otra área de la organización (cliente interno).

<sup>3</sup> BETRÁN JARAMILLO, Jesús Mauricio. Indicadores de Gestión. 2ª edición, 3R editores. p.112

En un enfoque basado por procesos, también debemos considerar un tipo especial de procesos llamados de medición, análisis y mejora<sup>4</sup>, los cuales incluyen aquellos necesarios para medir y recopilar datos para realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia. Incluyen procesos de medición, seguimiento y auditoría, acciones correctivas y preventivas, y son una parte integral de los procesos de gestión (gerenciales), gestión de los recursos (apoyo) y realización (línea básica del negocio).

### **2.4.3 Documentación**

La documentación permite la comunicación del propósito y la coherencia de la acción. Su elaboración no debe ser un fin en sí mismo, sino que debería ser una actividad que aporte valor. La utilización de la documentación contribuye a:

- Lograr la conformidad con los requisitos del cliente y la mejora de la calidad;
- Proveer la formación apropiada;
- La repetibilidad y la trazabilidad;
- Proporcionar evidencias objetivas, y
- Evaluar la eficacia y la adecuación continua del Sistema de Gestión de la Calidad.

La documentación de procesos consiste en un método estructurado que utiliza un manual preciso para comprender el contexto y los detalles de los procesos clave de la organización. Siempre que un proceso vaya a ser rediseñado o mejorado, su documentación es esencial como punto de partida.

#### **2.4.3.1 Tipos de documentos utilizados en los Sistemas de Gestión de la calidad**

Los siguientes tipos de documentos son utilizados en los Sistemas de gestión de la calidad:

---

<sup>4</sup> Organización Internacional de estandarización ISO. Orientación sobre el concepto y uso del "Enfoque basado en procesos" para los sistemas de gestión. Documento ISO/TC 176/SC 2/N 544 R2. ISO, Diciembre 2003. P. 4

- Documentos que proporcionan información coherente, interna y externamente acerca del sistema de gestión de la calidad de la organización, tales documentos se denominan manuales de calidad.
- Documentos que describen cómo se aplica el SGC a un producto, proyecto o contrato específico; tales documentos se denominan planes de calidad;
- Documentos que establecen requisitos; tales documentos se denominan especificaciones;
- Documentos que establecen recomendaciones o sugerencias; tales documentos se denominan guías;
- Documentos que proporcionan información sobre cómo efectuar las actividades y los procesos de manera coherente; tales documentos pueden llamarse procedimientos documentados, instrucciones de trabajo y planos;
- Documentos que proporcionan evidencia objetiva de las actividades realizadas a los resultados obtenidos; tales documentos son conocidos como registros.

Cada organización determina la extensión de la documentación requerida y los medios a utilizar. Esto depende de factores tales como el tipo y el tamaño de la organización, la complejidad e interacción de los procesos, la complejidad de los productos, los requisitos de los clientes y los reglamentarios que sean aplicables, la competencia demostrada de su personal y el grado en que sea necesario demostrar el cumplimiento de los requisitos del SGC.

#### **2.4.4 Indicadores de gestión**

“Un indicador se define como la relación entre las variables cuantitativas o cualitativas, que permite observar la situación y las tendencias de cambio generadas en el objeto o fenómeno estudiado, respecto de objetivos y metas previstos e influencias esperadas”.<sup>5</sup>

De acuerdo a los fundamentos de la gestión de procesos, la medición es el primer paso para el control y la mejora. Si no se puede medir algo, no se puede entender. Si no se entiende, no se puede controlar. Si no se puede controlar, no se puede mejorar.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> BELTRÁN JARAMILLO, Op. Cit. p.35

Partiendo de lo anterior, los indicadores de Gestión han sido contemplados como una herramienta de información acerca de la gestión de los procesos de la organización, la cual permite identificar oportunidades de mejora, mediante la evaluación y visualización periódica del comportamiento de las actividades claves de la organización, con respecto al cumplimiento de sus metas. De ahí que un indicador deba ser la guía y apoyo hacia la meta propuesta, pero no debe pasar a ser el objetivo a alcanzar; es decir, un indicador “es un medio y no un fin”.

Un indicador correctamente compuesto tiene las siguientes características:

- Nombre: La identificación y diferenciación de un indicador es vital, y su nombre, además de concreto debe definir claramente su objetivo y utilidad.
- Forma de cálculo.
- Unidades: La manera como se expresa el valor de determinado indicador está dada por las unidades, las cuales varían de acuerdo a los factores con los que se relacionan.
- Glosario: Es fundamental que el indicador se encuentre documentado en términos de especificar de manera precisa los factores que se relacionan en su cálculo.

Es necesario comparar el valor resultante del indicador con diversos patrones de referencia para que este cobre sentido. Algunos patrones pueden ser: las metas establecidas por la organización, el comportamiento histórico del indicador, la relación entre la capacidad real y los recursos disponibles, el mejor valor logrado para dicho indicador bien sea dentro de la organización o fuera de la misma, y el valor del mismo indicador con respecto al sector al que pertenece la empresa.

#### **2.4.5 Evaluación de los Sistemas de Gestión de la Calidad**

La evaluación de un sistema de gestión de la calidad, puede variar en alcance y comprender una diversidad de actividades, tales como auditorías, revisiones del SGC y autoevaluaciones.

---

<sup>6</sup> HARRINGTON, H. James. Mejoramiento de los procesos de la empresa. Bogotá: Mc GrawHill, 1992

- Auditorías del Sistema de gestión de la calidad

Las auditorías se utilizan para determinar el grado en que se han alcanzado los requisitos del sistema de gestión de la calidad. Los hallazgos de las auditorías se utilizan para evaluar la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad y para obtener oportunidades de mejora.

- Las auditorías de primera parte son realizadas con fines internos por la organización, o en su nombre, y pueden constituir la base para la autodeclaración de conformidad de una organización.
- Las auditorías de segunda parte son realizadas por los clientes o por otras personas en nombre del cliente.
- Las auditorías de tercera parte son realizadas por organizaciones externas independientes (nacionales o extranjeras). Dichas organizaciones, usualmente acreditadas, proporcionan certificación o registro de conformidad con los requisitos contenidos en normas tales como la Norma ISO 9001:2000.

La Norma ISO 19011 proporciona orientación en el campo de las auditorías.

- Revisión del Sistema de Gestión de la Calidad

La alta dirección debe llevar a cabo regularmente evaluaciones sistemáticas de la conveniencia, adecuación, eficacia y eficiencia del SGC con respecto a los objetivos y a la política de la calidad. Como producto de esta revisión puede determinarse la necesidad de emprender acciones.

- Autoevaluación

La autoevaluación es una revisión completa y sistemática de las actividades y resultados de la organización, para proporcionar una visión global de su desempeño y el grado de madurez del SGC. Así mismo, puede ayudar a identificar las áreas que precisan mejora en la organización y a determinar prioridades.

#### **2.4.6 Mejora continua**

La "mejora continua" expresa el principio central que subyace en la mayoría de los programas de mejora de la calidad y es un elemento central de la competitividad empresarial. El concepto constituye hoy día una parte importante del sistema revisado de gestión de calidad ISO 9000:2000. La mejora continua es un proceso según el cual los gerentes utilizan todos los recursos humanos y la información relevante para producir un flujo constante de mejoras en todos los aspectos que valora el cliente. Entre estos aspectos se puede incluir la calidad, el diseño, la facilidad de uso, además de muchos otros, y, por supuesto, un precio competitivo. La fuerza competitiva de la mejora continua reside en su capacidad de ofrecer un mayor valor para el cliente a un costo menor que el de la competencia.

El mejoramiento de los procesos en la empresa busca generar un mejor nivel de satisfacción a la organización, aumentando los niveles de eficiencia e incrementado la capacidad de respuesta. La mejora es una actividad continua. La información proveniente de los clientes y otras partes interesadas, las auditorías y la revisión del sistema de gestión de la calidad pueden, asimismo, utilizarse para identificar oportunidades para la mejora.

### **2.5 CERTIFICACIÓN**

Es el procedimiento por el cual un organismo asegura por escrito que un producto, proceso o servicio se ajusta y cumple unas determinadas exigencias, definidas en una(s) norma(s). Es uno de los 3 conceptos genéricos que estructuran los aspectos formales en los que se fundamenta la Calidad. (Normalización, Certificación y Acreditación)

La certificación consiste en la emisión de marcas y certificados de conformidad a las empresas que demuestren que su producto es conforme con las normas o especificaciones técnicas que son de aplicación y a las que tiene implantado un sistema de gestión de la calidad conforme a las Normas NTC ISO 9001:2000 para la "Gestión de la calidad".

Según sean las características del producto o del sistema a certificar, y de los requerimientos legislativos existentes, se pueden emplear diferentes SISTEMAS DE CERTIFICACIÓN, reconocidos a nivel Internacional.

La certificación se solicita con carácter voluntario y se puede otorgar a empresas, productos o personas.

- **Objetivos de la Certificación**
  - Favorecer el incremento de la calidad de los productos
  - Impulsar el perfeccionamiento de los Sistemas de Calidad en las empresas
  - Aumentar la protección de los usuarios
  - Facilitar la compra de artículos
- **Ventajas de la certificación**
  - Evita que las empresas y productos sean evaluados por múltiples clientes
  - Evita empresas sin certificación correspondiente penetre en nuestro mercado
  - Al existir una evaluación sistemática por una 3ª parte (organismo certificador), se complementa la verificación del propio sistema de calidad, se detectan prontamente los productos o procesos defectuosos y se reducen los gastos adicionales
  - Reconocimiento a nivel Nacional e Internacional
  - Se eliminan barreras técnicas en otros mercados
  - Proporciona credibilidad y confianza al usuario
  - Se garantiza una relación óptima entre calidad y precio
  - Garantiza la intercambiabilidad

- **Entidad de certificación**

Las entidades de certificación son entidades, con personalidad jurídica propia, que se constituyen con la finalidad de establecer la conformidad solicitada con carácter voluntario, de una determinada empresa, producto, proceso, servicio o persona a los requisitos definidos en normas o especificaciones técnicas.

Algunas entidades de certificación son: ICONTEC (Instituto Colombiano De Normas Técnicas), BVQI (Bureau Veritas Quality International Colombia) y SGS.

### **3 GENERALIDADES DE PROINAPSA-UIS**

La FUNDACIÓN PROINAPSA-UIS, busca favorecer el desarrollo las condiciones de salud integral, mediante programas, proyectos y servicios orientados a la promoción de la salud, prevención de enfermedades, formación y atención en el nivel primario de cuidados a las poblaciones menos favorecidas, como una proyección de la academia hacia la comunidad. PROINAPSA-UIS contribuye principalmente a sus clientes con el apoyo para el desarrollo de los proyectos de inversión social.

La razón que motivó la creación de la fundación, fue la necesidad de manejar los recursos financieros del Instituto PROINAPSA-UIS con independencia de la Universidad Industrial de Santander, sin embargo, tanto fundación como instituto se encuentran íntimamente relacionados, incluso en la ejecución de los proyectos.

#### **3.1 RESEÑA HISTÓRICA**

PROINAPSA – UIS nació en 1985 como un proyecto de Investigación – Acción, de carácter interdisciplinario para trabajar en Atención Primaria de la Salud desde la Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander.

Durante los seis primeros años de labores contó con el apoyo financiero de la Fundación W.K. Kellogg (USA), con la misión de contribuir al mejoramiento del estado de salud de la comunidad, dando prioridad a los estratos socioeconómicos más deprimidos, articulando recursos y esfuerzos con las Instituciones de Salud del Sector Oficial y grupos organizados de la comunidad.

Con base en los éxitos y desarrollos obtenidos en la etapa de Proyecto (1985-1991), la Universidad Industrial de Santander decide en 1992 institucionalizar a PROINAPSA

primero como Centro de Investigaciones y en 1994 como un INSTITUTO<sup>7</sup> dentro de la nueva estructura organizacional de la Universidad Industrial de Santander.

Para acompañar su trabajo con una oportuna y eficiente gestión de los recursos y tener la agilidad requerida en todos los procesos de contratación, se creó en 1990 la Fundación para el Desarrollo de la Salud de la Universidad Industrial de Santander PROINAPSA-UIS, un ente privado, sin ánimo de lucro, con personería jurídica N° 17052 otorgada por el Ministerio de Salud de Colombia.

Actualmente ubicada en el tercer piso de la facultad de Salud de la UIS, su propósito continúa siendo "el mejoramiento del estado de salud de las comunidades y el desarrollo del Sector Salud como una proyección de la Universidad a su entorno, a través de la investigación, la formación avanzada y la entrega de servicios".

### **3.2 MISIÓN**

Contribuir al desarrollo de la salud integral como un bien para la vida de las personas, a través de programas y proyectos de promoción de la salud, investigación y formación, que faciliten a los grupos humanos pensar acerca de lo que piensan, sienten y hacen sobre si mismos y su entorno, aportando así a la proyección de la Universidad Industrial de Santander a la comunidad.

Contamos con la experiencia y los saberes de un equipo humano consolidado y comprometido en la búsqueda permanente por ampliar su conocimiento e innovar su forma de actuar.

### **3.3 VISIÓN**

"PROINAPSA-UIS en el 2015 será una organización líder en el campo de la salud colectiva a nivel nacional e internacional a través de la innovación permanente de sus servicios y productos, la canalización de recursos de inversión, el uso de tecnología

---

<sup>7</sup> Instituto de programas interdisciplinarios para la atención primaria de la salud

apropiada; manteniendo y mejorando los estándares de calidad establecidos, con el apoyo permanente de un equipo humano altamente cualificado y comprometido”

### **3.4 VALORES ORGANIZACIONALES**

- Creemos en las personas, en lo que saben, sienten y hacen para el desarrollo de su salud y su vida. Las personas son constructoras de su propia salud y de su propia vida.
- Buscamos y promovemos el trabajo en equipos transdisciplinarios donde conjugamos el aporte de diferentes disciplinas para el cumplimiento de nuestra misión.
- Capacidad de aprendizaje. Hacemos de nuestras acciones oportunidades de aprendizaje continuo que nos ayudan a ampliar nuestro conocimiento, innovar nuestra forma de actuar y responder proactivamente a los cambios del entorno.
- Asumimos el trabajo como una experiencia de vida, en donde se amplía la visión de ambientes familiares, laborales y sociales saludables.

### **3.5 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

- Mantener en el 2006 el 100% de las ventas alcanzadas en el año 2005 en los diferentes del departamento del país donde PROINAPSA prestó sus servicios.
- Posicionar en el 2006 el nombre de PROINAPSA en los siguientes países: Costa Rica, Nicaragua, Puerto Rico, Cuba, Ecuador, Perú, Paraguay y Chile.
- Desarrollar las exportaciones de PROINAPSA en países de la región andina (Venezuela, Ecuador, Perú y Bolivia) contribuyendo esto al 2007 con ventas de \$1.000.000.000 pesos.
- Implementar el SGC a Junio de 2006.

- Desarrollar un proceso formativo para fortalecer las competencias administrativas y de mercadeo a nivel nacional e internacional del personal a Diciembre de 2006.

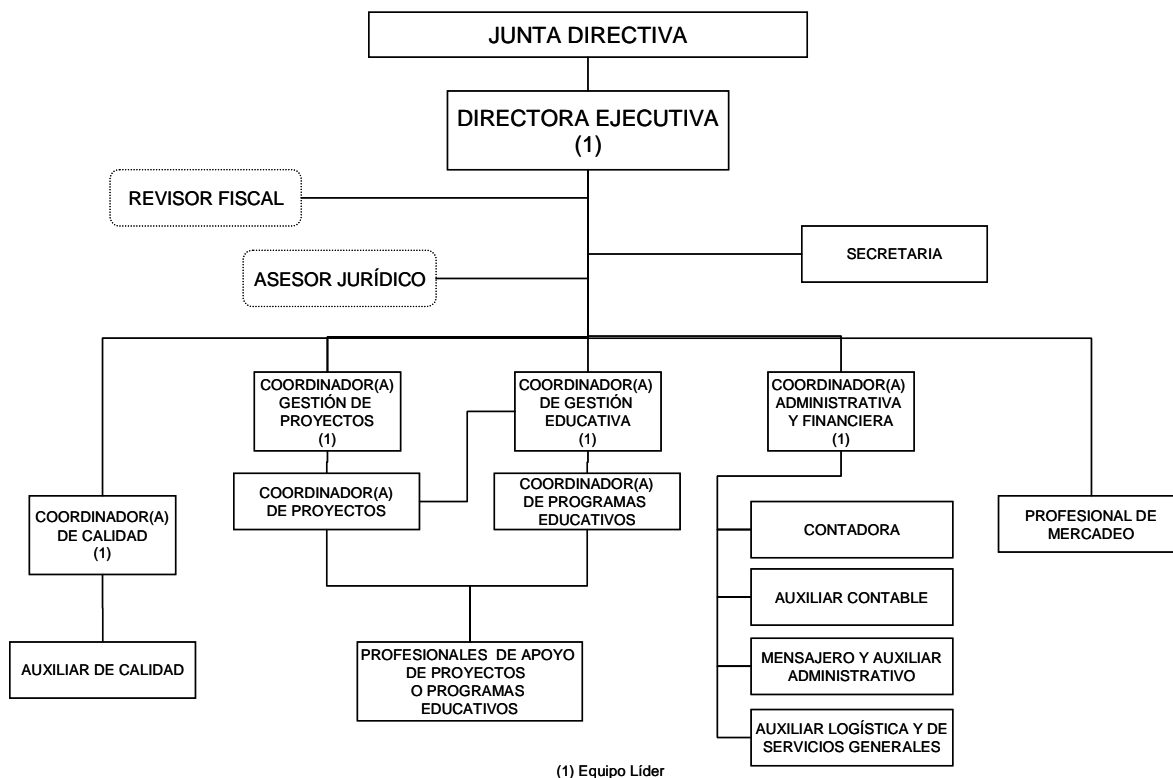
### 3.6 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La Fundación PROINAPSA-UIS elaboró y aprobó entre los meses de Septiembre y Octubre de 2005, un organigrama de cargos (figura 3) de la organización alineado con el mapa de procesos, como una herramienta interna de presentación de su estructura.

Figura 3 Estructura organizacional de la Fundación PROINAPSA-UIS

## ORGANIGRAMA DE CARGOS PROINAPSA-UIS

Octubre 12 de 2005



### 3.7 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

La promoción de la salud es un proceso que se orienta hacia la modificación o fortalecimiento de comportamientos (estilos de vida), el fomento de ambientes familiares,

escolares, laborales y sociales saludables, esto es que promuevan y favorezcan el disfrute de la vida y el desarrollo integral de las personas y los pueblos.

PROINAPSA-UIS, ha adquirido habilidad en el diseño, ejecución, evaluación y asistencia técnica de programas y proyectos orientados al cumplimiento de las políticas públicas saludables y la oferta de servicios de proyección social, educación y comunicación para la salud, soportado con actividades investigativas que validan y permiten el diseño y desarrollo de sus programas en salud. Actualmente, estos servicios atienden uno o más ámbitos identificados:

### **3.7.1 Ámbito gubernamental**

Con alcaldías, gobernaciones, ministerios y organismos nacionales e internacionales, PROINAPSA-UIS apoya la gestión en salud a través del diseño, ejecución, y evaluación en diversos programas y proyectos como:

- Estrategia Municipios Saludables.
- Estrategias de Información, Educación y Comunicación para la Salud.
- Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.
- Programas de atención primaria a la primera y segunda infancia.
- Proceso de descentralización de la salud en el municipio.
- Plan de Atención Básica (PAB).
- Programas de fomento de la salud sexual y reproductiva a diferentes grupos poblacionales.
- Planes de alimentación y nutrición.
- Programas para el fomento de estilos de vida saludables.
- Programas de convivencia pacífica.
- Vigilancia y control de los recursos públicos destinados a la salud.

### **3.7.2 Ámbito laboral**

Con los empresarios, trabajadores y las Administradoras de Riesgos profesionales (ARP), PROINAPSA-UIS ofrece asesorías en la ejecución de programas que fortalezcan y

mejoren las condiciones de salud y la creación de ambientes saludables en el ámbito laboral a través de:

- Diseño, implementación, evaluación y acompañamiento en los programas de salud ocupacional.
- Talleres para la promoción de la salud ocupacional y prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Talleres en legislación laboral y salud ocupacional, seguridad industrial, higiene ocupacional, medicina preventiva y del trabajo.
- Asesoría y acompañamiento a los comités paritarios de Salud ocupacional – COPASO.
- Exámenes médicos ocupacionales de ingreso, periódicos y de egreso.
- Asesoría para el diagnóstico y control de los riesgos laborales.
- Sistemas de vigilancia epidemiológica para el control de los riesgos laborales.

### **3.7.3 Ámbitos servicios de salud**

Con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), PROINAPSA-UIS apoya el desarrollo y gestión de las acciones de Promoción de la Salud y prevención de las enfermedades contempladas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de :

- Asesoría en la implementación de programas de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad contemplados en el Plan Obligatorio de Salud-OPS.
- Diseño, ejecución y evaluación de Programas de Atención Primaria en Salud.
- Desarrollo de software para el control de gestión en Programa de Atención Primaria en Salud.

### **3.7.4 Ámbito de la formación**

Con los profesionales, tecnólogos y técnicos desarrollamos programas formativos, los cuales buscan cualificar su desempeño como personas que tienen la responsabilidad de promover la salud en todos los aspectos. PROINAPSA-UIS Ofrece:

- Especialización en Comunicación Educativa para la Salud y el Bienestar.
- Diplomado en Ostión del Plan de Atención Básica – PAB.
- Diplomado e Comunicación en Salud.
- Diplomado en Gestión y Desarrollo de la Estrategia Escuelas Saludables.
- Diplomado en Comunicación Educativa para la Salud Sexual y Reproductiva.
- Diplomado en Modelos de Prevención de Riesgos en el Trabajo.
- Curso Taller Escuelas Saludables.
- Curso Taller Diseño de Estrategias de Información, Educación y Comunicación para la Salud.
- Curso Herramientas para la Implementación de la Iniciativa de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia.
- Curso Herramientas para la Promoción de la Salud en el Ámbito Escolar.

### **3.7.5 Ámbito escolar**

PROINAPSA-UIS trabaja con las y los escolares en el fomento de su salud desde la institución educativa, a través de:

- Desarrollo de la Estrategia Escuelas Saludables.
- Diseño, ejecución y evaluación de programas de prevención y control de factores de riesgos dirigidos a escolares.
- Vigilancia Nutricional a Escolares a través del Software SIVINE.
- Producción del Complemento Nutricional NATURSOY.
- Diseño, ejecución y evaluación de programas de Complementación Nutricional.
- Diseño, ejecución y evaluación de programas de fomento de la salud sexual y reproductiva desde el ámbito escolar.
- Diseño, ejecución y evaluación de programas de promoción de la convivencia afectiva desde el ámbito escolar.
- Diseño, elaboración y publicación de materiales educativos para la promoción de la salud en el ámbito escolar.

## **4 DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA FUNDACIÓN PROINAPSA-UIS**

### **4.1 CONTEXTUALIZACIÓN**

Para realizar el diagnóstico de la situación actual del Sistema de Gestión de la Calidad de la Fundación PROINAPSA-UIS, es fundamental comprender el contexto en el cual se encuentra inmersa, explorando los diversos escenarios que conforman su entorno, y los factores a los cuales se encuentra sujeta, especialmente los relacionados con el sector de la salud en el ámbito mundial y nacional.

#### **4.1.1 Contexto mundial**

A escala mundial, los temas de salud han sido prioritarios en los debates sobre el programa de desarrollo de los países desarrollados, en los últimos años, dado el empeoramiento de la situación del SIDA en África y las amenazas que esto plantea para el desarrollo económico de los países pobres, para su seguridad nacional y para la seguridad mundial. Además, los esfuerzos de las Naciones Unidas y, en particular, de la Organización Mundial de la Salud por dar mayor relevancia a la salud en las discusiones políticas de alto nivel de los países tanto desarrollados como en desarrollo, y de los grupos internacionales como la unión Europea, la Asamblea General de las Naciones Unidas y similares han conducido a la creación de varios fondos e iniciativas especiales para abordar los problemas de salud del mundo, haciendo uso de los programas de cooperación internacional y tratados internacionales.

##### **4.1.1.1 Cooperación internacional**

Se refiere a la transferencia de recursos humanos, tecnológicos y financieros de un Estado a otro, o de una agencia, empresa o institución a otra; a fin de facilitar el logro de objetivos de interés común. Cuando la cooperación se da entre organismos de un mismo país hablamos de cooperación nacional. La Organización de las Naciones Unidas (ONU)

es el organismo de mayor presencia internacional toda vez que después de su creación en 1945, se convierte en rector de la cooperación entre los países que la conforman.

Esfuerzos como el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD), o el Marco Integral de Desarrollo (CDF) y los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP) del Banco Mundial; han proporcionado un enfoque más sistemático e integrado al desarrollo nacional y trazan la vía para la cooperación internacional. Por otro lado, la cooperación entre la Dirección de Salud Pública de la Comisión europea, el Departamento de Sanidad del Consejo de Europa y la OMS la cual se centra en la Igualdad en la salud, la Información sanitaria, la promoción de la salud, incluida la cooperación actual en el marco de la red europea de escuelas promotoras de la salud; la calidad y seguridad de los órganos y sustancias de origen humano, la sangre y sus derivados; La drogodependencia; muestran un excelente modelo de colaboración trilateral en torno a la red europea.

La ayuda a la salud viene aumentando a un promedio de 3% por año desde 1970, habiendo alcanzado US\$ 3.500 millones en 1999. El crecimiento procede de las mayores contribuciones al financiamiento de la asistencia oficial para el desarrollo, tanto bilaterales como multilaterales.

Entre 1990 y 1998, el financiamiento bilateral en salud se distribuyó de manera bastante uniforme entre tres áreas principales: 36% se destinó a actividades relacionadas con la población (incluidas la atención de salud reproductiva, control de enfermedades de transmisión sexual, en especial la infección por el VIH/SIDA, servicios de planificación familiar y gestión de la política de población y administración); 32% fue para apoyar la salud básica (incluidas atención de salud básica, infraestructura y control de enfermedades infecciosas), y el 32% restante se dedicó a la salud general (incluidas formación e investigación en servicios médicos y política sanitaria y administración). Dentro del financiamiento multilateral, los programas de salud generales representaron una proporción mayor (40%) de la ayuda a la salud.

América Latina y el Caribe recibieron un promedio de US\$ 361 millones por año para la salud durante el período 1996-1998. Los cuatro mayores donantes en términos tanto absolutos como relativos fueron Estados Unidos, España, el Banco Interamericano de

Desarrollo (Fondo Especial) y Japón. Juntos, proporcionaron un 73% del total de la asistencia oficial para el desarrollo sanitario en las Américas durante el período 1996-1998. En cuanto a los beneficiarios, Nicaragua, Bolivia y Guatemala recibieron los volúmenes mayores de ayuda para la salud en la región (35% del total), mientras que República Dominicana, Panamá y Chile recibieron las proporciones mayores.

En términos generales, a pesar de los aumentos reales y significativos del apoyo de asistencia oficial para el desarrollo a la salud, los analistas recalcan que las cantidades son bastante inferiores a las requeridas para alcanzar las metas sanitarias internacionales.

#### **4.1.1.2 Agencias y Tratados internacionales**

En el orden internacional respecto al sector salud la institución más importante que formula políticas y lineamientos para favorecer la salud de las comunidades es la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, que apareció después de la Segunda Guerra Mundial, cuando se crea el Sistema de Naciones Unidas y con él todas las Agencias y Fondos del mismo, algunas de las cuales se presentan a continuación.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- OMS: Con sede en Ginebra, donde se realiza cada dos años la Asamblea Mundial de la Salud, con participación de delegados de los países miembros. La OMS se creó para orientar a los países en la promoción de la equidad en salud, combatir la enfermedad, mejorar la calidad y prolongar la vida de las personas, busca brindar el apoyo y asesoría a los países para lograr más allá de la ausencia de enfermedad mejores niveles de salud para la población mundial. La OMS tiene Oficinas Regionales en los cinco continentes. Su Oficina Regional para las Américas es la OPS.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-OPS, que realiza asesoría y acompañamiento a los países de la región en la temática de salud, su sede principal está en Washington, y cuenta con representaciones en cada uno de los países. La OPS se crea con la filosofía de ayudar a los países a establecer unas políticas y sistemas de salud para evitar o controlar la aparición de enfermedades que afectan la

población. Los diversos países dan un aporte económico para su funcionamiento, lo cual es revertido a ellos en capacitación, asistencia técnica y acompañamiento en las necesidades prioritarias que cada país determine. OPS ha impulsado en la región diversas políticas y estrategias en la búsqueda continua de mejorar la salud de las personas en la región.

- UNIÓN INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD-UIPES, dedicada a la mejora de la salud de la población del mundo mediante la educación, la acción comunitaria y el desarrollo de políticas públicas que favorezcan la salud.
- FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA-UNICEF, Fue creado para contribuir al desarrollo y al respeto por los derechos de la infancia. UNICEF ha concentrado su trabajo en áreas como educación, salud, nutrición y recreación, para lograr que la niñez cuente con la supervivencia, desarrollo, protección y participación necesarios para su crecimiento integral.
- FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS-UNFPA, Nace ante la preocupación mundial por el aumento geométrico de la población, para ofrecer directrices a los países miembros sobre salud sexual y reproductiva, derechos reproductivos y la relación entre población y desarrollo.
- PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH SIDA-ONUSIDA: Fue creado en 1996 con el propósito de maximizar la eficiencia y el impacto del Sistema de Naciones Unidas en la lucha contra la pandemia, aunando las experiencias, recursos y esfuerzos de UNICEF, OMS, UNESCO, PNUD, OIT, OIM y Banco Mundial. Apoya y refuerza una respuesta integral encaminada a prevenir la transmisión del VIH, a prestar asistencia técnica, reducir la vulnerabilidad de los individuos y las comunidades y mitigar el impacto de la epidemia.
- PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO-PNUD, Es fuente de asesoramiento en políticas para reducir la pobreza, fortalecer la gobernabilidad democrática, prevenir las crisis, y su recuperación, el uso racional de la energía y la

protección de los ecosistemas. Sus programas se orientan hacia áreas temáticas como convivencia y cultura de paz, políticas públicas sectoriales, medio ambiente, desarrollo integral, atención a poblaciones vulnerables y desarrollo productivo.

- PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS-PMA, Es el organismo del Sistema de Naciones Unidas encargado de brindar ayuda alimentaria a aquellas poblaciones que en forma permanente o durante periodos de crisis, no estén en condiciones de producir alimentos suficientes o no cuenten con los recursos para obtener los que ellos y sus familias necesitan. Igualmente promueve la autoayuda a comunidades pobres, particularmente a través de programas intensivos de trabajo.

Fruto de estas agencias y otras organizaciones, aparecen los acuerdos y tratados internacionales que influyen la salud de las personas y al sector salud como tal, algunos ejemplos son:

- 1948 Declaración universal de los derechos humanos
- 1952 Convenio de protección a la maternidad
- 1959 Declaración de los derechos del niño
- 1966 Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales
- 1979 Reunión sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño
- 1980 33ª. asamblea mundial de la salud
- 1981 Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna
- 1986 Carta de Ottawa. Conferencia internacional sobre promoción de la salud.
- 1989 Convención sobre los derechos del niño
- 1990 Declaración de Innocenti (Italia)
- 1990 Cumbre mundial a favor de la infancia
- 1992 Conferencia internacional de nutrición
- 1994 Compromiso de Nariño
- 1994 Cumbres de las Américas Miami
- 1996 Cumbre mundial sobre la alimentación
- 1997 Ratificación de la convención de los derechos del niño
- 1998 Cumbres de las Américas Santiago de Chile

- 2000 Declaración del milenio
- 2000 Conferencia internacional del trabajo
- 2001 Cumbres de las Américas Quebec
- 2002 Sesión especial de la asamblea general de la organización de naciones unidas sobre niñez y adolescencia.
- 2002 Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño

En las declaraciones y planes de acción de las Cumbres de las Américas se hace referencia a la necesidad de aumentar el acceso a servicios de salud de calidad y de mejorar la situación sanitaria de todos. Las Cumbres Iberoamericanas, que reúnen cada año a todos los países latinoamericanos, a España y a Portugal, también han planteado temas de salud específicos, incluidos la prevención del cólera, un plan para la inversión en salud y medio ambiente, la infección por el VIH/SIDA y asuntos de seguridad social. Asimismo, se han considerado temas de salud en las conferencias anuales de las primeras damas.

El interés de la comunidad internacional por la salud se reafirmó vigorosamente en el informe por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) sobre "La contribución de la cooperación para el desarrollo en la configuración del siglo XXI". Desde entonces, el compromiso de reducir a la mitad la pobreza mundial extrema para 2015 se ha convertido en el foco de atención de las políticas de desarrollo de la mayoría de los donantes. De las siete metas de desarrollo internacional determinadas por el Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD), las tres siguientes son específicas para la salud, y las otras están estrechamente relacionadas con ella y se refuerzan mutuamente:

- Reducir la mortalidad infantil y en la niñez en dos tercios entre 1990 y 2015,
- Reducir la mortalidad materna en tres cuartos entre 1990 y 2015
- Proporcionar acceso para todos a los servicios de salud reproductiva en 2015.

#### **4.1.2 Contexto nacional**

Colombia, nación pluri-étnica, con una posición geoestratégica, y un enorme potencial de riquezas naturales, no ha podido evitar la marcada brecha entre los que poseen el poder político y económico, y aquellos que están totalmente sumidos en la pobreza, que son

alrededor de la mitad de los habitantes del país. Adicionalmente, el conflicto social armado, y las medidas neoliberales para “resolver la situación del país”, han permitido que el acceso a servicios de salud y educación sea muy precario para quienes no poseen el capital o se dedican a labores informales para subsistir. El país es ahora un receptor de ayudas en salud, y un foco de las cuales, según los analistas, no han sido suficientes para alcanzar las metas sanitarias internacionales.

En los diferentes mecanismos de cooperación en el campo internacional con Colombia (Cooperación Colombo Alemana, Cooperación Canadá –Colombia, Cooperación Colombo francesa, Cooperación Suecia Colombia, Cooperación Británica-Colombiana), relacionados con el sector salud y otros con educación, participan diferentes ONG y agencias internacionales cada una con objetivos específicos.

#### **4.1.2.1 Legislación en Salud pública**

Es importante mencionar algunas de las normas expedidas en el país, que se encuentran ampliamente relacionadas con PROINAPSA-UIS debido a la naturaleza de los servicios que presta.

En Colombia, El Ministerio de protección social (anteriormente Ministerio de Salud), es el responsable de expedir las normas técnicas y administrativas que son de obligatorio cumplimiento para las instituciones prestadoras de salud del sistema general de seguridad social en salud, las entidades promotoras de salud y las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.

- LEY 100 DE 1993, la cual determina los lineamientos en el sector salud en el país, dando origen al Sistema de Seguridad Social Integral, el cual busca garantizar calidad de vida a las personas y sus comunidades acordes a la dignidad humana. El Sistema de seguridad social consta de tres componentes que son:
  - El Régimen de Pensiones
  - La Atención en salud

- El sistema General de Riesgos profesionales: como un conjunto de normas y procedimientos destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades profesionales y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan, además de mantener la vigilancia para el estricto cumplimiento de la normatividad en Salud Ocupacional.
- RESOLUCION 4288 de 1996 PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA, Define el Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social.
  - Artículos 9: acciones de promoción de la salud pública, En la cual pueden implementar la estrategia de Municipios Saludables,
  - Artículo 12: Acciones de vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo,
  - Artículo 13: Otras acciones de promoción, prevención y vigilancia,
  - Artículo 15: Acciones en el PAB a nivel departamental, 18 Competencia del ministerio de salud,
  - Artículo 22: Responsabilidades de la Nación y las entidades territoriales
- CIRCULAR 018 de 2004, El Ministerio de la Protección social como ente rector del SGSS y del sector salud en su función de proteger la salud de la población establece como prioridades para Colombia los siguientes lineamientos:
  - Reducción de enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil
  - Implementación de la política de salud sexual y reproductiva.
  - Prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores.
  - Promoción de estilos de vida saludables para la prevención y control de las enfermedades crónicas.
  - Fortalecimiento del plan nacional de alimentación y nutrición e implementación de la política nacional de seguridad alimentaria y nutricional.
  - Reducción del impacto en salud de la violencia e implementación de las políticas de salud mental y reducción del consumo de sustancias psicoactivas.

Dentro de la circular 018 se proponen como estrategias para el cumplimiento de las metas las siguientes:

- Participación social: Busca involucrar a la comunidad en los procesos de toma de decisiones, ejecución de acciones y control de la gestión de la salud pública y del PAB.
  - Información, educación y comunicación ( IEC):
  - Desarrollar esfuerzos conjuntos con los centros académicos y de investigación: Aporta elementos de educación, persuasión, investigación, movilización de la opinión pública, participación social.
  - Habilidades para vivir: Orientada a la adquisición de competencias, aptitudes o destrezas psicosociales que contribuyen al mantenimiento de estilos de vida saludables y comportamientos eficaces acordes a las exigencias y retos de la vida.
  - Escuela saludable: Promueve la participación entre el sector salud y el de educación, sin olvidar la participación de la comunidad y de otros sectores de naturaleza pública o privada.
- 
- RESOLUCIÓN 00412/00, A través de ésta se establecen normas y guías de atención para el desarrollo de acciones de protección específica y detección precoz buscando mejoría en los niveles de salud, buscando impactar positivamente las metas de salud pública.
  
  - DECRETO 2309/02, El gobierno a través del decreto 2309 busca garantizar estándares mínimos de calidad de la atención en salud y regular el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud<sup>8</sup> (conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de sus servicios, en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad).

---

<sup>8</sup> En los artículos 186 y 227 de la Ley 100/93 se regula la creación de un Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud.

## ▪ REGLAMENTACIÓN EN COLOMBIA SOBRE SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Salud Ocupacional se define como la disciplina que busca el bienestar físico, mental y social de los empleados en sus sitios de trabajo. De acuerdo a las disposiciones de la Organización Internacional el Trabajo OIT y las leyes establecidas en el país conforme al Sistema de Riesgos Profesionales, se ha de elaborar un Programa de Salud Ocupacional pendiente a preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores en sus correspondientes ocupaciones y que deben ser desarrolladas en forma multidisciplinaria. Los principales Decretos y Resoluciones que reglamentan la salud ocupacional en Colombia son:

- Ley 9 de 1979
- Resolución 2400 de 1979
- Decreto 614 de 1984
- Resolución 2013
- Resolución 1016 de 1989
- Decreto 1295 de 1994

### 4.2 DIAGNÓSTICO INTERNO DE LA FUNDACIÓN PROINAPSA-UIS

A continuación se destacan algunos de los aspectos sobresalientes en el análisis interno realizado a la fundación.

#### 4.2.1 Mercadeo

PROINAPSA-UIS ha trabajado proyectos de alcance geográfico desde el nivel municipal, departamental, nacional hasta un nivel internacional, sin embargo hoy en día la mayoría de sus proyectos son nacionales. Algunos de los principales clientes de PROINAPSA-UIS en el ámbito internacional son la OPS y la UNICEF; A escala nacional en el sector oficial, están las secretarías de salud municipal y departamental, secretaría de educación, alcaldías, Universidades, ARPS como Suratep y Equidad; empresas privadas, organizaciones no gubernamentales y profesionales del área social y de salud.

La captación de clientes es informal y se hace generalmente a través de convocatorias directas, teléfono, envío de portafolios de servicios y participando en licitaciones públicas; en algunos casos por demanda de servicios de las instituciones, o porque ya han tenido algún contacto con la organización y conocen sus servicios. No existe un proceso de seguimiento a estos clientes, excepto en contadas ocasiones, donde se realiza de manera independiente.

Actualmente, no existe un sistema estipulado de evaluación del servicio excepto en algunos casos puntuales como IIAMI; existe un manejo informal de las quejas o reclamos por parte del cliente, en caso de que las haya, se realizan reuniones con el personal para retroalimentar la situación.

#### **4.2.2 Producción y prestación del servicio**

Las cualidades que identifican el quehacer de PROINAPSA-UIS, son: el liderazgo en programas como el PAB y la Estrategia de Escuelas Saludable, la calidad técnica y calidez del recurso humano, su experiencia, su responsabilidad y además cuenta con la infraestructura necesaria para la realización de sus actividades. Lo anterior hace que sus clientes identifiquen, confíen y respeten la organización.

La filosofía de trabajo de la institución permite la generación de nuevas ideas y proyectos, pero a la vez está limitada por la disponibilidad de tiempo por parte del personal. Cada proyecto o servicio lleva incluido un valor agregado (por ejemplo, procesos educativos, documentos, guías), aunque esto no se ha estipulado formalmente.

La demanda y ejecución de los servicios que se prestan a los clientes de PROINAPSA-UIS se conoce con poco tiempo de anticipación, sin embargo, se implementa bajo el proceso de planeación estratégica: objetivos, metas, planeación, indicadores, fases del proyecto y diseño de evaluación. La metodología de trabajo se ajusta a las particularidades de cada proyecto. Siempre se realizan evaluaciones al final de cada proyecto con el equipo humano ejecutor este aspecto presenta algunos aspectos susceptibles de mejora.

### **4.2.3 Recurso humano y organización**

El manejo de personal, es parte de las responsabilidades del área administrativa. En la fundación no se ha establecido un organigrama de manera formal, aunque el instituto tenga una clara identificación de su estructura y de su posición en la universidad.

En PROINAPSA-UIS se realizan dos evaluaciones en el año (una hacia el mes de julio y la otra hacia el mes de diciembre) para detectar fortalezas y debilidades y a su vez mejorar su identidad.

En la empresa se promueve un estilo gerencial participativo, ya que la directora es una persona muy abierta, que confía en sus trabajadores, que estimula su participación y permite el crecimiento personal y laboral. Sin embargo, la comunicación se maneja de manera informal entre los trabajadores.

Para la selección del personal se hace un análisis de las hojas de vida, teniendo en cuenta el perfil requerido para cada proyecto a través de pruebas técnicas y entrevista; el personal nuevo es entrenado por medio de una inducción informal, pero no existe documentación al respecto. No se posee una descripción escrita de los cargos de la empresa.

Todo el personal que labora en la institución es calificado, pero se requiere de otros profesionales con el fin de aprovechar mejor algunos recursos y productos de PROINAPSA-UIS. No existe un método para evaluar el desempeño del personal. En la base de datos sólo están incluidos los que ya han sido contratados.

Algunos de los incentivos que maneja para el personal son: Aporte para educación, autonomía en el manejo del tiempo.

### **4.2.4 Sistemas de información y tecnología**

En la Fundación PROINAPSA – UIS no existe un sistema información establecido que permita a los trabajadores conocer todos los proyectos y actividades que realiza la institución; la información se da a conocer en reuniones acordadas para cada proyecto.

PROINAPSA-UIS cuenta con un sitio, dentro de la página Web de la Universidad Industrial de Santander, sin embargo, es de difícil acceso para la consulta de los usuarios y su actualización no depende de PROINAPSA; también se encuentra información sobre la institución en la página de Exportsalud.

También se cuenta con un sistema de acceso y adquisición de las publicaciones realizadas, a través de la Coordinación Administrativa. En cuanto al manejo de la Biblioteca, la Fundación PROINAPSA-UIS tiene estipulada una forma de acceso al material que los usuarios soliciten en forma de préstamo; siendo un poco más flexible el sistema para los trabajadores de PROINAPSA.

Respecto a los servicios de información, se poseen elementos de informática como computadores, impresoras, servicio de Internet, entorno de red, video beam y el software necesario para las actividades de la institución. También cuenta con fax, teléfonos celulares y fijos. Estos son efectivos pero hay dificultad en cuanto al número, disponibilidad y estado de funcionamiento especialmente de los computadores.

Para el mantenimiento de los equipos, existe un plan, pero éste es más correctivo que preventivo, el cual se realiza cuando se necesita y la responsabilidad de esta tarea es del área administrativa quienes contratan un ingeniero de sistemas. En promedio los computadores fallan una vez por semana.

#### **4.2.5 Finanzas**

Las leyes tributarias que rigen su actividad son el Régimen Laboral Colombiano, Estatuto y Régimen Tributario y la Ley 80 que hace referencia a la contratación estatal. De igual forma, los registros legales son Representación Legal, Registro Único Tributario (impuestos), Personería Jurídica, Registro Fundación sin ánimo de lucro, Facturación. Dichos registros se encuentran actualizados.

La decisión de realizar o no algún proyecto depende de su factibilidad, disponibilidad presupuestal y que además contribuya con el cumplimiento de la misión de la institución; igualmente para la compra de equipos se tiene en cuenta los recursos económicos, la calidad, el costo y oportunidad, la forma de pago y la necesidad de adquirirlo.

Dentro del área Administrativa, se encuentra el manejo contable sistematizado por medio del paquete XEO, que permite arrojar los Estados Financieros, como Balance General, Estado de Pérdidas y Ganancias; aunque también se poseen el estado de cambio en la situación financiera, Estado de Cambio en la composición del Capital de Trabajo, Flujo de efectivo los cuales se elaboran mensualmente todos se comparan con los del año anterior.

Los registros contables como libros Auxiliares, Mayor y Balances, Caja Diario, Inventarios, Registro de gastos, de Ingresos y Egresos, los cuales se elaboran diariamente, mensualmente o anualmente dependiendo del tipo de registro. Siempre se compara con los registros del año anterior. Igualmente se lleva un registro de las Cuentas por Cobrar y por Pagar, el cual es tenido en cuenta para tomar determinadas decisiones.

La empresa no maneja ventas a crédito, sin embargo cuando el cliente es el Estado, demora en hacer los pagos. Puede decirse que la Fundación para el Desarrollo de la Salud tiene una cartera sana. Finalmente, sus compromisos de corto plazo los financia con recursos propios mientras se realizan los desembolsos por parte de los clientes o se pactan créditos a 30 días con los proveedores.

Del análisis interno y externo de la organización, se observó que PROINAPSA debería enfocar sus esfuerzos en el desarrollo de las siguientes estrategias:

- a. Desarrollo de Mercado
- b. Desarrollo de Producto
- c. Penetración del Mercado
- d. Estrategia Mejoramiento de Procesos (SGC basado en la norma NTC ISO 9001:2000)

### **4.3 DIAGNÓSTICO DEL ESTADO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

La propuesta para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de PROINAPSA-UIS, se gestó durante un direccionamiento estratégico básico emprendido por la institución a finales de 2004, bajo la consultoría de la empresa INGCODI Ltda., a través de su representante, la Ingeniera Siomara Hernández; pero las actividades de diseño y documentación se retomaron a mediados del mes de febrero de 2005. Este sistema de gestión actualmente es coordinado por la profesional Alba Yaneth Rincón Méndez, apoyado por todo un equipo interdisciplinario conformado por las coordinadoras de las diferentes áreas de PROINAPSA-UIS y encabezado por su directora ejecutiva.

Para iniciar la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, era necesaria una evaluación integral que permitiera conocer su situación actual y con base en el resultado, establecer estrategias y mecanismos para facilitar la implantación del modelo de calidad. El diagnóstico del Sistema de Gestión de la Calidad, se enfocó hacia el contraste entre los requisitos proporcionados por la norma NTC ISO 9001:2000, y el estado inicial del sistema; para apoyar esta labor, se empleó una guía compuesta por 157 preguntas de selección múltiple (véase Anexo A), que posteriormente se utilizaría para evaluar el estado del Sistema de Gestión de la Calidad y verificar la mejora continua. A continuación se expondrán los resultados obtenidos originalmente.

#### **4.3.1 Requisitos generales**

En cuanto a los procesos necesarios para la gestión de la empresa, se han identificado las 4 clases de procesos que son direccionamiento estratégico, procesos de mejora, procesos misionales y los procesos de soporte o apoyo. Además se han identificado las secuencias e interacción entre los procesos, con un bosquejo general del mapa de procesos de la organización (ver figura 4). De igual manera, existen algunos avances en las caracterizaciones de los procesos.

#### **4.3.2 Documentación**

Hasta el momento la empresa contempla dentro del sistema de gestión de la calidad la declaración de la política y los objetivos de calidad, de igual manera se han realizado en borrador, los procedimientos obligatorios de la norma, pero no se han revisado. El manual de calidad está en etapa de elaboración, contando como primera información con el alcance del sistema de gestión de la calidad y generalidades de la empresa.

Está en proceso la definición de las responsabilidades para la gestión de los diferentes documentos del sistema de calidad, inicialmente que los coordinadores son las encargadas de generar y divulgar la información entre los subordinados según el área, pero no se ha definido un mecanismo de seguimiento a la divulgación de dicha información.

Por ahora está, se está iniciando la fase de elaboración de documentos, el listado de los documentos en vigor del sistema, se irá generando y actualizando según los cambios que se crean pertinentes, a medida que se vaya levantando la información. De igual forma, falta definir y controlar los documentos de origen externo.

Se han presentado y documentado iniciativas en cuanto a la elaboración, codificación e identificación, de los diferentes documentos de calidad, mas no se ha definido por escrito la responsabilidad, el tiempo de archivo, tratamiento de los documentos obsoletos o anulados, solo existe un primer acercamiento al procedimiento de control de documentos y otro de registros del Sistema en la empresa.

En cuanto a los archivos magnéticos, el acceso a ellos no tiene restricciones; solo se definió parcialmente la gestión de copias de seguridad y la gestión del programa antivirus, cada coordinador de proyecto o área se encarga de los backups de su proyecto, pero no existe un protocolo general con respecto a la forma de archivo, almacenamiento, responsable y acceso de los mismos. No se ha iniciado la administración de los registros del Sistema de gestión, pues aún no se han definido cuáles pertenecen o si ya existen registros de datos del sistema de gestión de la calidad en la organización.

#### **4.3.3 Responsabilidad de la dirección**

La dirección ha comunicado a todo el personal la importancia de satisfacer los requisitos de los clientes, los legales y reglamentarios, pero no lo ha definido por escrito. Lo que sí está definido y documentado es política en materia de calidad, la cual es conocida por todos los trabajadores de la empresa, además se han establecido objetivos estratégicos medibles, con estrategias y recursos necesarios para cumplirlos, pero no se han destinado los recursos ni se han implementado estas estrategias.

En lo que refiere a los clientes, gracias al direccionamiento estratégico básico emprendido por PROINAPSA-UIS, se documentó un análisis del ciclo de vida del negocio, mediante el cual se han identificado características, necesidades y expectativas de los clientes, y se elaboró un cuadro de perfil competitivo, que permitió conocer a grandes rasgos los puntos débiles y fuertes de la empresa con relación a la competencia. Sin embargo, en cuanto a las características de los productos y servicios, las obligaciones referidas al producto, se conocen pero no están completamente documentadas.

El organigrama de la Fundación está en fase de construcción, se están identificando las autoridades, responsabilidades y líneas de comunicación en la empresa, aun cuando la mayoría del personal tiene claridad en lo que respecta a la estructura organizacional de la empresa.

En la empresa se ha designado como representante de la dirección, a la coordinadora de calidad, quien aunque no forma parte del equipo directivo, si lo es del equipo líder de calidad y es la persona adecuada por su perfil para desempeñar el cargo. Este comité o equipo líder, encabezado por la directora ejecutiva, realiza reuniones de trabajo esporádicas, de las cuales se deja registro en acta, pero, no se ha establecido un sistema para la comunicación interna de los requisitos de calidad, los objetivos y su cumplimiento.

El proceso aún se encuentra en etapa embrionaria, debido a esto no se han iniciado revisiones por la dirección, del sistema de gestión de la calidad, lo cual no indica que no se efectúen reuniones periódicas de evaluación de la empresa, durante las cuales se realiza seguimiento de las acciones tomadas en reuniones anteriores, y principalmente al funcionamiento de la empresa.

#### **4.3.4 Gestión de los recursos**

Todavía no existe una planificación de la asignación de los recursos relacionados con la implantación y mejora del sistema de calidad y satisfacción de los clientes, cuando se necesitan se destinan recursos para llevar a cabo las actividades.

En cuanto a los recursos humanos, se destaca el nivel técnico del personal, no existe una descripción escrita de los perfiles o competencias de los puestos de trabajo, ni se han identificado las necesidades de formación o entrenamiento; se han llevado a cabo sesiones planificadas para tomar conciencia de la importancia de las actividades que se realizan y cómo contribuyen a la consecución de objetivos de calidad y generalidades del sistema de gestión de la calidad. Además se apoya económicamente o en tiempo, al empleado cuando requiere recibir una capacitación, y se hace uso de actividades de formación o entrenamiento de personal, a partir de la oferta de realización de cursos por parte de entidades del sector, pero no se ha evaluado su efectividad, a veces queda el correspondiente registro.

En relación con la infraestructura, se han identificado los equipos, instalaciones y áreas que son necesarias para conseguir la conformidad del producto, pero no existe un plan documentado de mantenimiento de los mismos.

En lo tocante al ambiente de trabajo, el proceso misional no involucra factores físicos que afecten la conformidad del producto, excepto que algunas veces el trabajo debe realizarse otras regiones, pero esto solo puede afectar la conformidad por la disponibilidad de recursos. No existen brigadas de emergencias, evacuaciones o incendios.

#### **4.3.5 Realización del producto o servicio**

- **Planificación de la realización del producto**

Para planificar los procesos se han determinado los subprocesos, y los recursos, en algunos casos deben estimarse actividades de seguimiento y los registros o informes que deben presentarse.

La revisión de los requisitos está definida informalmente, no existen procedimientos documentados, se realizan algunas actividades de mercadeo en relación con programas educativos.

- Procesos relacionados con el cliente

Las iniciativas de proyectos, se pueden dar por tres razones, términos de referencia, para participar en procesos de licitación, solicitud escrita o verbal de clientes, e iniciativa propia. Cuando el pedido se recibe de palabra no queda en un primer momento constancia escrita, todas estas solicitudes, son revisadas para analizar la viabilidad y si no se informa al cliente. Generalmente, se determinan los requisitos para el uso previsto del producto, los legales, los especificados por los clientes y los de la empresa, pero esto no está definido o documentado, a no ser que los términos de referencia lo soliciten para presentar propuestas.

Las modificaciones tanto en la propuesta como durante la planeación o diseño de los proyectos, se comunican con los clientes, pero no existe un responsable de comunicar estos cambios, algunas veces puede ser que no se alcancen registrar las modificaciones realizadas respecto a los requerimientos de los clientes, y esto puede crear obstáculos. Se han presentado casos en que por no estar por escrito, se han rechazado posteriormente las modificaciones acordadas. Últimamente, se han realizado evidencias de las revisiones de los requisitos y de las acciones que se derivan pero esto no ha sido continuamente.

Al final de algunos proyectos y de la mayoría de programas educativos se hace una retroalimentación verbal o escrita, evaluando la satisfacción de clientes, sin embargo en el caso de los proyectos esta información no se registra o algunas veces no es utilizada posteriormente. Otro tipo de comunicación con los clientes es telefónico, por fax, y mediante reuniones que se puedan dar con interventoría, quien normalmente representa al cliente que paga el servicio, mas no siempre es quien lo recibe.

- Diseño y Desarrollo

El tipo de actividad en la empresa implica realización de actividades de diseño y desarrollo, especialmente cuando se va a generar un nuevo material educacional, comunicativo,

cada proyecto o programa educativo nuevo también implican actividades de diseño y desarrollo. La planificación de estas actividades es básica, de tipo verbal, por la experiencia los responsables conocen el proceso a seguir y definen los requisitos iniciales de los nuevos proyectos informalmente.

El avance del diseño y desarrollo se revisa mediante reuniones, pero los acuerdos son en su mayoría son verbales o se registran apuntes en el cuaderno del responsable, que autoriza. En el caso del material educocomunicativo se realizan actividades de verificación y validación, en cambio en los proyectos y programas educativos, solo se puede verificar, la validación se realiza luego de haber proporcionado el servicio.

- **Compras**

Las compras de materiales, productos y componentes son muy básicas en su mayoría, elementos de papelería, refrigerios, se subcontratan el mantenimiento correctivo de equipos y el material educocomunicativo, también se manda a hacer.

No existe un documento que explique cómo se realizan las compras de materiales, y productos, o la subcontratación de servicios, tampoco se han definido por escrito los métodos para evaluar, aprobar y seleccionar a los proveedores y subcontratistas, ni se hace seguimiento a los mismos. No existe un listado de proveedores, aunque solicitan generalmente a un mismo proveedor.

Debido a que no existen requisitos en cuanto a embalaje de productos comprados se aceptan las condiciones establecidas por los proveedores, generalmente no se inspeccionan los productos comprados.

- **Producción y prestación del servicio**

Durante la prestación del servicio (sea proyectos o programas educativos) la variable a controlar principalmente es el tiempo o duración del mismo, el cual se debe registrar, para presentar evidencia en los informes. En el caso de la calidad de los programas educativos, existe un enfoque pedagógico, pero básicamente las actividades críticas se definen por experiencia y son verbales, y no existen mayores instrucciones documentadas al respecto.

Los programas o proyectos se identifican según la región, el tipo de proyecto y las fechas de realización de los eventos, aunque no se ha documentado la forma de hacerlo, generalmente la trazabilidad de los proyectos se realiza a través de los informes, pero no se ha definido por escrito el método para reconstruir el historial del proyecto en caso de reclamación.

Generalmente no se ofrece un servicio postventa contractual sobre los servicios prestados, a no ser que el cliente lo solicite. La gran mayoría de veces, los clientes no proporcionan materiales, o productos para incorporar al producto final. El responsable de “liberar” el producto o servicio es el líder del proyecto o coordinador de material educativo.

- **Control de los dispositivos de seguimiento y medida**

No se requieren dispositivos de seguimiento y de medida para inspeccionar y verificar las características que influyen en la calidad de final de producto, aparentemente, este punto representa una exclusión del Sistema de Gestión de la calidad.

#### **4.3.6 Medición, análisis y mejora**

Las actividades de medida y seguimiento que se realizan para cumplir los requisitos relativos a la calidad se planifican, pero no se documentan. Por ahora, no se han establecido los indicadores o puntos críticos de control de los procesos. No se ha contemplado la necesidad de aplicar técnicas estadísticas en la empresa.

Como se mencionó anteriormente la satisfacción del cliente se evalúa sea verbalmente o por escrito, luego de prestar el servicio, en algunos casos, las observaciones o reclamaciones sirven como datos para estructurar actividades de mejora continua pero no de manera planificada.

Aún no se llevan a cabo auditorías internas de calidad, se ha bosquejado un procedimiento documentado, que aún no se ha autorizado, no se ha programado las auditorías, ni se ha seleccionado o preparado un equipo de auditores internos.

Respecto al material educomunicativo, no se registran el estado de inspección para liberarlo. En los proyectos o programas la inspección consiste en un seguimiento, que se registra en los informes, pero no se ha definido el seguimiento o medición de los procesos o los servicios prestados en sí, aunque cada coordinador y equipo técnico del proyecto se encarga de realizar el control y el seguimiento de los mismos. El líder de proyecto quien tiene la responsabilidad de evaluar y decidir el trato de los proyectos o programas “no conformes”, no se ha documentado la manera de actuar ante alguno de estos proyectos que se salgan de las especificaciones, por ahora se toman medidas de contingencia de acuerdo a la experiencia y según sea el caso se corrige el curso.

Ante la aparición de un problema de gran trascendencia se resuelve el problema, en algunos casos no se investigan las causas para evitar que vuelva a suceder en el futuro.

De acuerdo al diagnóstico anterior, se denota un bajo nivel de formalización de elementos claves en la empresa, y una planeación, basada mas en la experiencia de los trabajadores, que requiere refuerzo para evitar tantos manejos de contingencias e inesperados, se evidencia que se hace necesario desarrollar un proceso de documentación que permita estandarizar los procesos, concentrándose en la planeación de los mismos, aprovechando la experticia y el conocimiento del personal de la organización y que conserve los excelentes resultados que se han obtenido hasta ahora en la ejecución de programas y proyectos.

## **5 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

### **5.1 PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD**

La planificación es el primer paso en la ejecución de un proyecto de mejoramiento continuo, el requisito 5.4 de la norma NTC ISO 9001:2000, establece que la alta dirección debe asegurarse de que existe una planificación del SGC, en la que se da cumplimiento a los requisitos de la norma y se mantiene la integridad del SGC cuando se planifican e implementan cambios en este.

Desde los inicios del proyecto, se realizó la planeación a través de reuniones en las que se identificó el curso a seguir y se asignaron las tareas necesarias para ejecutar el plan de acción, todo esto bajo la intervención de la asesora y la practicante.

#### **5.1.1 Alcance del SGC**

Durante las reuniones del direccionamiento estratégico, se decidió que el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad incluiría los procesos de Gestión educativa (educación informal y no formal -excepto diplomados-), Gestión de proyectos y Producción de material educomunicativo. Generalmente, éste último proporciona productos para los 2 primeros y, en algunos casos el material producido se introduce para venta directa al público de acuerdo con las políticas y autorizaciones establecidas para tal efecto.

El SGC de PROINAPSA-UIS, excluye el numeral 7.6 de la norma NTC ISO 9001:2000, Control de los dispositivos de seguimiento y de medición, debido a que estos dispositivos no se emplean en los procesos de la organización.

#### **5.1.2 Equipo líder**

En PROINAPSA-UIS, existe un equipo líder de calidad, conformado por la directora ejecutiva, las coordinadoras de los procesos (anteriormente coordinadoras de área) y la coordinadora de calidad.

Una de las finalidades de las reuniones del equipo líder de la organización, es garantizar el cumplimiento de objetivos y la toma de acciones encaminadas a la mejora continua, proporcionando el seguimiento y control de las actividades relacionadas con la calidad.

Adicionalmente, se estableció un equipo base conformado por un personal de la organización, quienes representarían una interfase entre el resto de la organización y el equipo líder; debido a la alta rotación del personal, no se continuó trabajando bajo el esquema de equipo base, sino que cada miembro del equipo líder con el apoyo de la practicante realizarían la labor total de difusión del SGC.

### **5.1.3 Política de calidad**

Para dar cumplimiento al requisito 5.3 de la NTC ISO 9001:2000, la alta dirección estableció la siguiente política de calidad.

"En PROINAPSA-UIS el equipo humano calificado, la experiencia, la innovación permanente e integralidad en los productos y servicios, nos permiten ser facilitadores en el desarrollo de acciones, programas y proyectos de promoción de la salud en los entornos familiares, escolares, laborales y comunitarios, garantizando estándares de calidad competitivos a nuestros grupos de interés con un alto sentido de la ética."

Esta política se encuentra publicada en un lugar visible, y se ha respaldado con la firma del personal de PROINAPSA-UIS de ese entonces.

La elaboración de la política de calidad se realizó a través de un taller (con una metodología estandarizada), en el cual las integrantes del equipo líder identificaron los factores claves de éxito de la empresa y los elementos más importantes de satisfacción de los clientes.

En la hoja de trabajo (véase Anexo B), se registran las calificaciones de cada factor frente a su grupo de trabajo, la ponderación para establecer qué tanto influyó el factor clave de éxito sobre el elemento satisfacción del cliente, el promedio de estos valores, el resultado

de la multiplicación de los promedios, y las sumatorias totales, que definieron los factores y los elementos de satisfacción del cliente a considerar en la política de calidad.

#### 5.1.4 Objetivos de calidad

Una vez establecida la política de calidad, ésta se tomó como marco de referencia para el establecimiento de los objetivos de calidad:

- Contar con un equipo humano competente de acuerdo con las exigencias del cargo.
- Mantener los niveles de experiencia institucional en el desarrollo de programas y proyectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Desarrollar o renovar los enfoques y las metodologías para la formulación, ejecución y evaluación de programas y proyectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Alcanzar una la satisfacción del cliente un resultado permanente en la prestación de los servicios.

#### 5.1.5 Indicadores generales del SGC

Los indicadores generales del SGC, se encuentran inmersos en los procesos de la organización, En el cuadro 1, se presenta un resumen de los indicadores generales del SGC.

Cuadro 1 Indicadores generales del SGC

OBJETIVO	INDICADOR	PROCESO
Contar con un equipo humano competente de acuerdo con las exigencias del cargo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meta: Mayor o igual a 80%</li> <li>▪ Indicador: (Número de trabajadores competentes /No. de trabajadores totales)*100</li> <li>▪ Responsable: Coordinadora Administrativa y financiera</li> <li>▪ Periodicidad: Semestral</li> </ul>	Gestión humana

OBJETIVO	INDICADOR	PROCESO
Mantener los niveles de experiencia institucional en el desarrollo de programas y proyectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meta: 100% de programas y proyectos desarrollados en promoción de la salud y prevención de la enfermedad</li> <li>▪ Indicador: (Número de proyectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad realizados en el año / Número total de proyectos realizados en el año)*100</li> <li>▪ Responsable: Directora ejecutiva</li> <li>▪ Tiempo: Anual</li> </ul>	Procesos misionales
Desarrollar o renovar los enfoques y las metodologías para la formulación, ejecución y evaluación de programas y proyectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meta: Cinco innovaciones al año</li> <li>▪ Indicador: Número de desarrollos o renovaciones de enfoques y metodologías</li> <li>▪ Responsable: Coordinadoras de procesos misionales.</li> <li>▪ Periodicidad: Anual</li> </ul>	Procesos misionales
Alcanzar una la satisfacción del cliente un resultado permanente en la prestación de los servicios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meta 1: 90%</li> <li>▪ Indicador 1: Nivel de satisfacción del cliente obtenido de la evaluación del servicio al finalizar cada proyecto: (Clientes con expectativas satisfechas en el semestre / Número total de clientes que responden la evaluación del servicio en el año)*100</li> <li>▪ Responsable 1: Coordinadoras de procesos misionales.</li> <li>▪ Periodicidad 1: Semestral</li> </ul>	Procesos misionales
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meta 2: 90%</li> <li>▪ Indicador 2: Calificación promedio obtenida en la evaluación anual de la satisfacción del cliente externo: (Clientes con expectativas satisfechas / Número total de clientes que responden la</li> </ul>	Gestión de servicio al cliente

OBJETIVO	INDICADOR	PROCESO
	encuesta de satisfacción)*100 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Responsable 2: Profesional de mercadeo.</li> <li>▪ Periodicidad 2: Anual</li> </ul>	

## 5.2 PLANEACIÓN DE PROCESOS

Dentro de la planeación se hizo necesario decidir los procesos que se incluirían en el sistema de gestión de la calidad, y elaborar la documentación existente, que respondiera a las necesidades de la organización y diera cumplimiento a los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000.

### 5.2.1 Levantamiento de la información

Con base en el diagnóstico realizado, se pudo determinar el estado de la organización frente a un Sistema de Gestión de la Calidad ideal. Una vez presentada la practicante en la empresa, y habiendo compartido el trabajo que desarrollaría, se identificaron los medios para la recolección de la información: el estudio de la normatividad existente junto con la documentación interna y los encuentros con el personal que participaba en los procesos.

El estudio de la normatividad del sector salud y educación presentan un marco de referencia para el desarrollo de los proyectos, programas y demás servicios de la fundación; debido a la dinámica del gobierno, estas leyes son sometidas a reformas y perfiladas mediante resoluciones y decretos que definen nuevas formas de trabajo, lo cual requiere una constante actualización para la prestación de los servicios. No se pudo determinar el grado en el que se dan cumplimiento a los nuevos requisitos normalizados por la ley, pero la empresa ha demostrado estar actualizada frente a los mismos, durante la ejecución de sus proyectos.

La documentación interna constituyó un excelente punto de partida aunque se percibió que debía ser renovada de acuerdo a los requerimientos de los usuarios. Respecto a los expedientes de los proyectos revisados, se dedujo que aun cuando existían elementos

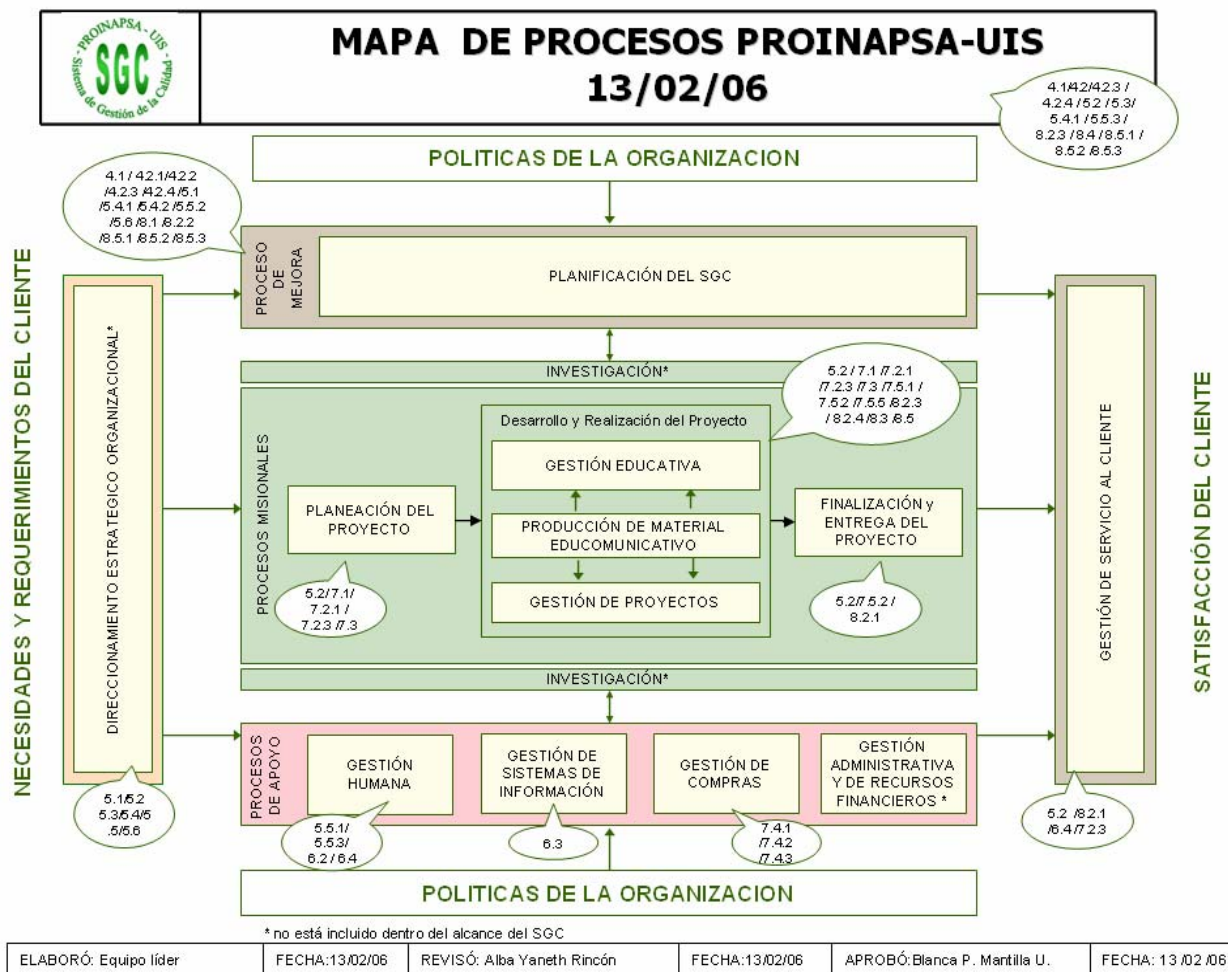
comunes entre uno y otro, existía poca uniformidad en el uso de la documentación, dependiendo del equipo de trabajo y de los requerimientos de los clientes; así que el sistema a estandarizar exigiría, como primera medida, ser muy flexible, en cuanto a las diferentes herramientas a manejar en cada uno de los programas y proyectos.

Lo anterior ratificó que el personal de la organización constituiría el motor trascendental para el levantamiento de la información pertinente y que de ellos dependería el ritmo del proceso de documentación, por ser los conocedores de los formatos y metodologías aplicables. Con estos precedentes se procedió a conocer con mayor profundidad las actividades, responsables, recursos, clientes y tiempos de cada proceso, a través de entrevistas personales programadas entre la practicante y el personal, respaldado con las reuniones periódicas del equipo líder, de las cuales posteriormente se propondrían las adecuaciones y mejoras.

### **5.2.2 Identificación de procesos y mapa de procesos**

Una vez identificados y catalogados los procesos de acuerdo a sus objetivos en estratégicos o de dirección, de mejora, misionales u operativos y de soporte o apoyo; y habiendo aclarado el posible alcance del SGC, se diseñó un mapa de procesos preliminar, guardando relación con la anterior clasificación; que, con el tiempo, sufrió una serie de modificaciones de forma y de fondo, para dar mayor claridad e intención al contenido y en forma general, identificar las interacciones y los requisitos de la norma que afectan dichos procesos. A continuación se exhibe el mapa de procesos de la organización, y la descripción general de los procesos.

Figura 4 Mapa de procesos de PROINAPSA-UIS



El proceso de dirección es relacionado con la definición del rumbo estratégico de la organización para proyectarla hacia el futuro de tal forma que se logre mejorar la calidad de sus servicios, de acuerdo a los planes establecidos a corto, mediano y largo plazo. En PROINAPSA-UIS este proceso contempla la revisión de la planeación estratégica, establecimiento de políticas, fijación de objetivos y la estructuración de un plan de acción para alcanzar las metas organizacionales, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de las partes interesadas, se decidió no incluirlo dentro del alcance del SGC.

Los procesos de mejora son procesos para incrementar la eficacia y eficiencia de la organización para cumplir con la política y los objetivos de calidad. Al adoptar la norma ISO 9001:2000, la empresa debe esforzarse por satisfacer a sus clientes y por mejorar continuamente el sistema de gestión de la calidad.

- El proceso de Planificación del SGC, comprende todas las acciones encaminadas a asegurar que el Sistema de Gestión de la Calidad de la PROINAPSA-UIS, funcione conforme con lo establecido en la norma ISO 9001:2000, también incluye las revisiones por la dirección.
- El proceso de gestión de servicio al cliente, enmarca las tareas encaminadas a lograr la satisfacción de los clientes como el manejo de reclamos ó sugerencias de clientes, y la medición de los niveles de satisfacción de los clientes internos o externos de la empresa.

Los procesos misionales corresponden a la línea básica del negocio, es decir, son aquellos cuyo resultado es recibido directamente por los clientes externos de la fundación, por tal razón, el mejoramiento continuo de la calidad debe ser enfocado en estos<sup>9</sup>:

- La Planeación del proyecto es genérico en los tres procesos implicados dentro del alcance general del SGC, y engloba la identificación y adquisición de posibles programas y proyectos y la etapa previa de preparación, organización y programación

---

<sup>9</sup> El proceso de investigación, no se encuentra incluido en el alcance del SGC.

de los mismos, para asegurar que se dan cumplimiento a los requisitos de la organización y de los clientes.

- El Desarrollo y realización del proyecto, comprende en general, todas las actividades de ejecución y control que se adelantan durante la marcha del proyecto de acuerdo con el alcance del mismo; el desarrollo y realización del proyecto se desenvuelve de manera particular para los tres tipos de procesos comprendidos en el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad:
  - Gestión educativa: La gestión educativa abarca todos los programas, proyectos y actividades educativas o de comunicación (no incluidas en los proyectos) enfocadas a cualificar a profesionales en el diseño, ejecución y evaluación de estrategias orientadas a la Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, y orientar a grupos poblacionales en la adquisición y mantenimiento de estilos de vida saludable.
  - Producción de material educomunicativo: Este procesos hace referencia a las actividades de generación (Diseño ó validación ó reproducción) de herramientas técnicas de apoyo a los programas y proyectos de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad.
  - Gestión de proyectos: encierra todas las actividades relacionadas con la ejecución de proyectos dirigidos a grupos específicos de población para Promover la Salud, Prevenir la Enfermedad o controlar la ocurrencia de problemas de alta prevalencia en el medio.
- La Finalización y entrega del proyecto, corresponde a las labores de liquidación y entrega del proyecto a los clientes, junto con evaluación de la percepción de los clientes respecto al servicio prestado.

Por último, los procesos de apoyo son aquellos que soportan la ejecución de los procesos de misionales, es decir, que su producto o resultado es recibido por otro proceso o por los clientes internos. Estos son:

- **Gestión Humana:** abarca todas las actividades desarrolladas para garantizar un personal competente en la organización.
- **Gestión de Sistemas de Información:** Dentro de esta categoría se concentran las funciones encaminadas a gestionar y mantener las herramientas tecnológicas en óptimas condiciones para asegurar la prestación de los servicios.
- **Compras:** Son todas las acciones llevadas a cabo por el personal administrativo, para garantizar el aprovisionamiento de los recursos necesarios para la prestación adecuada de los servicios.
- **Gestión administrativa y financiera:** como proceso de apoyo no incluido en el SGC, engloba las actividades correspondientes a contabilidad y manejo financiero de la organización.

### **5.2.3 Documentación**


La documentación de los procesos se inició de lo general a lo específico, iniciando con sus descripciones generales, siguiendo con el establecimiento de los procedimientos, guías, instructivos, formatos y demás instrumentos; finalmente, se construyó el Manual de Calidad (véase Anexo C), requisito de la norma NTC ISO 9001:2000, documento de acceso general que demuestra y describe el SGC, siendo fundamental para su implementación y mantenimiento. Al no existir una estructura específica para los manuales de calidad, se empleó un formato consistente con los demás documentos del sistema, siendo independiente de éstos, buscando una estructura simple y sencilla, para la comprensión de los lectores.

A continuación se presentan los tipos de documentos empleados y una breve descripción de los mismos.

Cada uno de los procesos se describió utilizando la herramienta "caracterización" (ver figura 5) -15 caracterizaciones en total-, para analizar en forma global cada uno de los

procesos contemplados dentro del mapa y reconocer los procedimientos que se debían documentar, El esquema final al término del proceso fue el siguiente:

Figura 5 Esquema de la caracterización

1. 		2. NOMBRE DE LA CARACTERIZACIÓN			3. PAGINA x de y	
					4. CÓDIGO	
					5. VERSIÓN	
6. PROVEEDORES		8. OBJETIVO			11. CLIENTES	
		9. LÍDER DEL PROCESO				
7. ENTRADA		10. ACTIVIDADES			12. SALIDA	
13. RECURSOS	14. CRITERIOS DE CONTROL	15. DOCUMENTOS Y REGISTROS	16. REQUISITOS	17. INDICADORES DE GESTIÓN		
18. ELABORÓ:	19. FECHA:	20. REVISÓ:	21. FECHA:	22. APROBÓ	23. FECHA:	

### DESCRIPCIÓN DE LA PLANTILLA CARACTERIZACIÓN

1. *Identificación de la empresa:* Logotipo de la empresa.
2. *Nombre de la caracterización.*
3. *Número de la página:* Página x de y. Indica el número de orden de la página (x) dentro del documento y el total de páginas (y) que contiene el documento para facilitar el

ordenamiento durante el proceso de impresión y la identificación de extravíos o pérdidas parciales del documento.

4. *Código del documento*: Los documentos se identifican, además de por el título, con su número de identificación asignado en la coordinación de calidad, a partir del Registro Consecutivo existente en el listado maestro de documentos de acuerdo con la siguiente estructura general T-PR-NN.
  - T: indica el tipo de documento de acuerdo al siguiente convenio: P, procedimiento; E, Esquema o caracterización; I instructivo. G, Guía; F, Formato; L, Listado; C, Lista de chequeo; D, Documento externo; N, Norma o política.
  - PR: indica el proceso al cual pertenece la norma o procedimiento según el convenio establecido:

GO	.....	Proceso de direccionamiento estratégico organizacional
PM	.....	Proceso de mejora.
PA	.....	Proceso de apoyo.
MI	.....	Procesos misionales (Gestión Educativa, Producción de material educomunicativo, Gestión de proyectos)
  - NN: dos dígitos numéricos que representarán el número consecutivo del procedimiento dentro del subsistema, comenzando por el 01.
5. *Versión (##)*. Los documentos se identifican por el número de edición con un dígito numérico comenzando por el 1, el cual permite mantener el número de identificación y pasar a una versión actualizada que incluya las modificaciones aprobadas y vigentes.
6. *Proveedores*: Refiere a los procesos que entregan elementos de entrada para la realización de las actividades.
7. *Entrada*: Refiere los insumos para llevar a cabo las actividades del proceso.
8. *Objetivo*: Refiere la finalidad para la cual se efectúa el proceso.
9. *Líder del proceso*: Es el coordinador o responsable directo del proceso.

10. *Actividades*: Son las actividades generales llevadas a cabo en el proceso.
11. *Clientes*: Refiere a los procesos que reciben los elementos de salida.
12. *Salida*: Refiere a los productos o resultados del proceso.
13. *Recursos*: Son los medios tangibles o intangibles que se requieren para realizar el proceso.
14. *Criterios de control*: Indica aquellos puntos críticos en los cuales debe realizarse el seguimiento y control del proceso.
15. *Documentos y registros*: son los documentos y registros que soportan el proceso.
16. *Requisitos*: Se refiere a los requisitos tanto de la norma NTC ISO 9001:2000, como algunos reglamentarios o específicos a los que apunta el proceso.
17. *Indicadores de gestión*: Indicadores que permiten medir el logro de resultados del proceso, generalmente se remite al listado de indicadores del SGC.
18. *Elaboró*: Nombre de la persona o equipo que elaboró el documento
19. *Fecha de elaboración*: El día, mes y año (DD / MM / AA) de elaboración del documento.
20. *Revisó*: Nombre de la persona o equipo que revisó el documento
21. *Fecha de revisión*: El día, mes y año (DD / MM / AA) de revisión del documento
22. *Aprobó*: Nombre de la persona o equipo que aprobó el documento
23. *Fecha de aprobación*: Se utiliza para indicar la fecha (DD / MM / AA) en que se pone en vigencia el documento.

Anexo a este informe se presentan las caracterizaciones de los procesos contemplados en el alcance del SGC (véase Anexo D).

Como paso siguiente se organizó la información en una secuencia lógica de actividades, considerando la reglamentación relacionada con cada actividad y los aportes del personal de la organización; debido a que no se poseía una plantilla de procedimientos, se adecuó una estructura que incluye el objetivo del documento, la descripción y secuencia lógica de cada actividad y el responsable directo de la misma, buscando un diagrama claro a los usuarios de la organización y consistente entre los documentos del Sistema, los cuales se encuentran para consulta en el manual de procedimientos de la organización.

A continuación se presenta el diseño y la estructura de los procedimientos y las guías de acuerdo con la guía para la elaboración de documentos (G-PM-01):

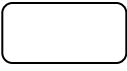
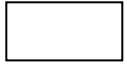
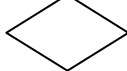

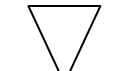
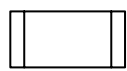

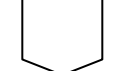
1. *Objetivo:* Define la razón de ser del procedimiento, el para qué se crea el documento.
2. *Alcance:* Define quién y cuando se aplica el procedimiento
3. *Documentos aplicables:* Este ítem identifica los otros documentos que se relacionan con el uso del procedimiento.
4. *Definiciones:* Relaciona los términos y su respectivo significado de acuerdo con las actividades documentadas, según se consideran necesarias para facilitar la comprensión, la aplicación y/o desarrollo de las mismas.
5. *Descripción:* En el caso de las guías se proporciona una descripción detallada de las actividades a documentar. Si es un procedimiento, se utiliza el diagrama de flujo especificando quién es el responsable, y las observaciones que se estimen convenientes, según la figura 6.

Figura 6 Estructura del diagrama de flujo

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	OBSERVACIONES

Los símbolos que se utilizan en el diseño de los diagramas de flujo se presentan en la figura 7.

Figura 7 Símbolos del diagrama de flujo

	TERMINAL: Indica la iniciación y/o terminación del procedimiento.
	OPERACIÓN: Representa la actividad a realizar.
	DECISIÓN O ALTERNATIVA: Indica un punto donde se define una decisión.
	DOCUMENTO: Representa cualquier tipo de documento que se utilice en el proceso ya aporta información para que este se pueda desarrollar.
	ARCHIVO: Representa que el documento se almacena o se archiva.
	CONECTOR PROCEDIMIENTOS: Es un símbolo que remite a otro procedimiento o instructivo.
	CONECTOR DE RUTINA: Representa una conexión o enlace de un paso del proceso con otro dentro de la misma página o entre páginas. El símbolo lleva inserto un número arábigo.
	CONECTOR DE PÁGINA: Representa una conexión o enlace en un paso de final de página con otro paso en el inicio de la página siguiente, donde continua el flujograma. El símbolo lleva inserta una letra mayúscula.

Estos procedimientos se fueron acompañando con instructivos y los respectivos formatos para el registro de la información, los cuales constituyen los documentos del manual de procedimientos. Anexo a este informe, se presentan los procedimientos mandatorios de la norma NTC ISO 9001:2000, junto con los formatos diseñados y aprobados (véase Anexo E).

Cada uno de los documentos se construyó de acuerdo con las recomendaciones de los responsables de cada proceso, teniendo en cuenta los requisitos normativos involucrados y aportes del personal, cada documento en limpio se sometió a una revisión, y aprobación por parte de la dirección o su delegado, para iniciar su liberación, divulgación e implementación y la mejora de los documentos.

El planteamiento de políticas organizacionales en cada uno de los procesos, abrió la posibilidad de disminuir la documentación del SGC, al transformar algunos de los procedimientos no requeridos en la norma, en lineamientos o políticas, facilitando su inclusión en el sistema.

Debido a la existencia de una documentación externa, que afectaba los procesos de la organización, se procedió a seleccionar la normatividad relacionada, y a controlar su archivo y manejo, a través de un listado de documentos externos.

A continuación se resumen los documentos creados durante la práctica, alineados con los numerales generales de la norma NTC ISO 9001:2000 y con los procesos de la organización.

### **5.2.3.1 Responsabilidad de la dirección**

#### **5.2.3.1.1 Revisión por la dirección**

Según la norma ISO 9001:2000, "la alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, así como con la mejora continua con su eficacia".<sup>10</sup>

La norma no exige un procedimiento documentado de estas actividades, pero en términos de "proporcionar evidencia" se podría esperar que la alta dirección no sólo garantice que su compromiso es bien conocido en toda su organización, sino que también mantenga registros adecuados para demostrar el modo como se logra esto. Los reportes de las

---

<sup>10</sup> IBID., p.5.

reuniones de la dirección constituyen un método que puede emplearse para proporcionar dicha evidencia.

Adicionalmente, en el capítulo 5.6 de la norma NTC ISO 9001:2000, se contempla que "La alta dirección debe, a intervalos planificados, revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas."<sup>11</sup>

De acuerdo con lo anterior, se hizo necesario generar un instrumento para registrar las revisiones por la dirección, aparte de las reuniones del equipo líder, y para respaldar este formato, se elaboró el procedimiento Revisión por la dirección (P-PM-07), el cual, aunque emprendido por la dirección, es un el mecanismo para asegurar el mejoramiento del SGC, razón por la que se incluyó dentro del proceso de Planificación del SGC. El formato creado es el siguiente:

- Informe de revisión (F-PM-11); cuyo objetivo es registrar la periodicidad, temas y compromisos de revisiones de la dirección, las cuales son independientes de las reuniones del equipo líder.

Como un apoyo al desarrollo de la planeación estratégica de la organización, se documentó el proceso de Direccionamiento estratégico básico como una herramienta de uso sostenido en el tiempo, aunque este proceso no se encuentra contemplado dentro del alcance del SGC.

De lo cual se obtuvo el Procedimiento de direccionamiento estratégico (P-GO-01), el Instructivo para la elaboración de matrices (I-GO-02) y los formatos para la elaboración de la matriz DOFA (F-GO-02), Matriz MPC (F-GO-02), elaboración de Matriz EFE (F-GO-03), Matriz EFI (F-GO-04), y Plan de acción estratégico (F-GO-05), del cual se espera que sea un marco de referencia concreto para las labores de mercadeo, que por ahora consisten en la promoción de los programas educativos de la empresa, y en la gestión informal que realizan la directora y las coordinadoras para participar en licitaciones de proyectos sociales.

---

<sup>11</sup> IBID., p.6.

### **5.2.3.2 Gestión de los recursos**

#### **5.2.3.2.1 Recursos humanos**

El recurso humano constituye el mayor activo de las organizaciones, no obstante, de acuerdo a las diferentes teorías organizacionales, existen términos mas apropiados para designar al personal de la organización, por lo tanto se designó proceso de gestión humana, lo cual en ninguna forma es inconsistente con la norma.

Dentro de este proceso se consideró que la norma exige, un SGC que garantice un personal competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.

A partir de estos requisitos, se pudo determinar que eran necesarias dos actuaciones, 1). El diseño de los procedimientos o formatos; y 2). La definición de la estructura organizacional consistente con el SGC y el manual de descripciones de cargos.

##### **5.2.3.2.1.1 Documentación de gestión humana**

En cuanto a la documentación del proceso de gestión humana, se tuvieron en cuenta 3 aspectos fundamentales en relación con la norma: Selección y contratación del personal, acciones educativas y evaluación del desempeño del personal.

La selección y contratación de personal la cual se documentó en el procedimiento P-PA-01, en el que se refieren los instrumentos requeridos para la selección de personal, y para realizar la contratación y el archivo, dentro de este procedimiento se trata también las actividades de inducción al personal que ingrese a trabajar en la empresa. El contenido de la inducción organizacional se estableció en la guía Plan de inducción (G-PA-01) (véase Anexo F), Para acompañar el proceso de inducción, existe una presentación en diapositivas de Microsoft Power point, la cual fue diseñada y aprobada por el equipo líder de la organización.

Los formatos diseñados para apoyar el procedimiento de selección, contratación e inducción de personal son los siguientes:

- Formato de requisición y selección de personal (F-PA-01), en el que el personal autorizado realiza la solicitud de personal junto con el perfil requerido ante la coordinadora administrativa y financiera, para dar inicio a la selección, este instrumento se continúa empleando a lo largo de todo el proceso, registrando el puntaje final de cada candidato, y la persona seleccionada.
- Formato de análisis de hoja de vida (F-PA-18), en el cual se califica la hoja de vida de cada candidato al cargo de acuerdo con unos criterios establecidos, y considerando algún otro criterio requerido según el perfil del candidato.
- Formato de entrevista evaluativa para selección del personal (F-PA-19), en el cual se califica la entrevista de cada candidato de acuerdo a unos criterios previamente establecidos en la empresa.
- Registro de inducción (F-PA-02), en el cual se registra que el candidato seleccionado recibió la inducción organizacional y/o del cargo, diligenciando fechas y responsables de dicha inducción.

Otro de los procedimientos claves considerados dentro del proceso de gestión humana, es el procedimiento de acciones educativas y fortalecimiento de personal (P-PA-02), por la exigencia de identificar y dar solución a las necesidades de formación del personal.

Los formatos alineados con este procedimiento son:

- Formato de toma de información al personal (F-PA-03), en el cual se solicita al personal que diligencie las necesidades de capacitación a su juicio y sus fortalezas.
- Formato de toma de información de dirección (F-PA-04), en el cual la dirección identifica y prioriza las necesidades de acciones educativas del personal.
- Formato plan de acción educativa (F-PA-06), En este formato se registra el plan de acciones educativas, identificando actividades, responsables, beneficiarios, fechas y estimando recursos para la ejecución del plan, en el anexo L, se presenta el anexo del plan de acciones educativas del año 2006.
- Formato de asistencia a evento (F-PA-07), este formato es utilizado para que los asistentes a cada acción educativa, registren su concurrencia a los diferentes eventos.

- Formato de evaluación de acción educativa (F-PA-08), al finalizar cada acción educativa, los beneficiarios deberán evaluar el evento, los temas, los facilitadores y la logística en general.
- Formato de informe final de acciones educativas (F-PA-09), este formato se diseñó con el fin de que se presente un consolidado de las acciones educativas del semestre para la revisión de la dirección.

El tercer aspecto importante dentro de la gestión humana, es la evaluación del desempeño del personal, se diseñó un instrumento sencillo, llamado evaluación de desempeño (F-PA-15) que invitara a una autoevaluación y luego una evaluación por parte del jefe inmediato, con criterios estandarizados, y que exigiera los correspondientes compromisos por parte del personal cuando fuese el caso, el uso de este instrumento se considera dentro de las políticas organizacionales de gestión humana (N-PA-01).

Por último, se debió considerar el manejo de los profesionales que prestan servicios ocasionales, ellos deberán diligenciar la inscripción de proveedores (F-PA-11), del proceso de compras, pero serán sometidos a un proceso de selección y evaluación de acuerdo con los instrumentos citados anteriormente, la contratación de dichos servicios se realiza a través de órdenes de prestación de servicios, según el formato del mismo nombre (F-PA-05).

#### **5.2.3.2.1.2 Estructura organizacional y manual de descripciones de cargos**

Para detallar el perfil, las funciones, responsabilidades y competencias requeridas para cada cargo, se decidió elaborar un manual de descripciones de cargos, que fuera consistente con las necesidades del SGC, y la estructura organizacional (ver figura 3), la cual define el listado de cargos de la empresa.

Durante el análisis ocupacional (obtención de la información de los cargos y estudio de su complejidad), se empleó un tipo de cuestionario (véase Anexo G), el cual es una herramienta efectiva, considerando que a través de dicho instrumento los titulares realizan un esfuerzo para describir con exactitud el trabajo que desempeñan.

Los cuestionarios se aplicaron al personal de la organización, en forma individual e independiente, dando las orientaciones necesarias y proporcionando respuesta a las consultas individuales del personal, según fuera el caso.

Luego de la recolección de la información a través del trabajo de campo, se creó el manual de descripciones preliminar, y posteriormente, realizando las mejoras derivadas de la revisión y aprobación de la estructura organizacional, se presentó dicho documento en reunión de coordinadoras de los procesos, quienes verificaron la información contenida en las descripciones de los cargos, complementando y finalmente aprobando cada una de estas descripciones. En algunos casos hubo la necesidad ulterior de reenviar la información a cada coordinadora, para que la revisara con mayor profundidad y realizara las adecuaciones pertinentes.

A pesar de haber diseñado el manual de descripción de los cargos de la organización, debe mencionarse que los requerimientos de personal en gran medida dependen del tipo de proyectos, por lo cual sólo se estableció un perfil general para los profesionales de proyectos, pero se advierte que cada proyecto deberá definir las características y responsabilidades específicas del personal (Se anexa la descripción del cargo coordinador(a) de calidad en el Anexo G).

A largo plazo, y como producto de la revisión de la estructura organizacional y la generación del manual de descripción de cargos, se proyecta la necesidad de un profesional de mercadeo asistente de dirección, que se encargue específicamente de las labores de consecución de proyectos, publicidad de la empresa, presentación de propuestas, con el apoyo de todo el personal de proyectos de la empresa, las coordinadoras deberán delegar las labores operativas dedicándose a actividades estratégicas y de mercadeo de los productos de la empresa, en ámbitos mas altos.

#### **5.2.3.2.2 Infraestructura**

Según la norma ISO 9001:2000, "la organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto".

En este punto, debe hacerse énfasis en la importancia de los recursos tecnológicos para apoyar todos los procesos de la organización, teniendo en cuenta que este componente debía fortalecerse, se decidió establecer como proceso de apoyo la Gestión de los sistemas de información.

A través de este proceso básicamente se definieron políticas y lineamientos en cuanto a la adquisición, uso y manejo de equipos; copias de seguridad tanto de equipos como de proyectos, y por supuesto el establecimiento de un mantenimiento preventivo de equipos y su hoja de vida. Realizando los registros correspondientes, en los siguientes formatos:

- Cronograma de mantenimiento (F-PA-13), en el cual se registran las actividades de mantenimiento planeadas para el próximo semestre, dicho formato se diligencia en compañía de un profesional subcontratado (ingeniero de sistemas) encargado de realizar el mantenimiento de los equipos. En el Anexo H, se presenta el plan de mantenimiento de los equipos de PROINAPSA-UIS.
- Reporte de mantenimiento (F-PA-14), este reporte se diligencia con el fin de verificar el cumplimiento del plan de mantenimiento. Todo mantenimiento debe realizarse en lo posible en presencia del responsable del equipo y bajo conocimiento de la coordinadora administrativa y financiera.
- Disponibilidad de equipos audiovisuales (F-PA-15), para programar el uso de los equipos audiovisuales.
- Préstamo de equipos audiovisuales (F-PA-17), a través de este formato se pretende controlar el uso de los equipos, identificando el responsable del equipo audiovisual, el tiempo del préstamo y devolución a la empresa.
- Programación de equipos (F-PA-20), a través de este formato se espera realizar una programación del uso de los equipos de la sala de cómputo.

En cuanto a infraestructura se debe mencionar la guía generada para el uso de equipos (G-PA-02), la cual es de libre circulación, entregada a todo el personal durante el proceso de inducción; en ella se identifican algunos aspectos a tener en cuenta siempre que se vaya a utilizar un equipo, especialmente los pertenecientes a la sala de cómputo, ya que estos pueden ser usados por diferente personal de la organización.

### **5.2.3.2.3 Ambiente de trabajo**

“Es necesario que la organización gestione el ambiente de trabajo para lograr la conformidad con los requisitos del producto”. El ambiente de trabajo, es un tema intangible pero muy presente e influyente en todas las organizaciones, para medir la percepción del ambiente de trabajo al interior de la organización, se incluyó la encuesta o evaluación de la satisfacción del cliente interno (F-PM-16), en el proceso de gestión de servicio al cliente (ver numeral 5.2.3.4.8).

Entre las actividades desarrolladas para mejorar este ambiente, se encuentran los momentos de esparcimiento (paseos de integración), las celebraciones de fechas importantes para la organización y cumpleaños del personal, el reconocimiento al personal, en su día. Aunque estas no se hayan estandarizadas dentro del SGC de la organización, existen registros fotográficos y son valiosos momentos para fortalecer las relaciones entre el personal, lo cual influye en el ambiente de trabajo.

De igual forma, la evaluación semestral de PROINAPSA-UIS, también contribuye con el ambiente, en la medida en que los equipos de trabajo comunican al resto del personal, los resultados, experiencias y aprendizajes, de los programas y proyectos, del área administrativa, y del SGC de la empresa.

Adicionalmente, PROINAPSA-UIS, observó la importancia de actualizar su plan o programa de salud ocupacional, como una forma de mejorar el ambiente de trabajo, atendiendo a sugerencias del personal y a que PROINAPSA-UIS asesora programas de salud ocupacional a empresas. El programa está en plena fase de construcción-actualización, aunque esto no se constituye en una no conformidad del sistema. Se determinó que las actividades fuesen coordinadas por la profesional de salud ocupacional de la organización, bajo supervisión de la coordinadora de gestión educativa.

### **5.2.3.3 Realización de producto**

#### **5.2.3.3.1 Planificación de la realización del producto**

Todo proceso requiere planificación, en el caso de PROINAPSA-UIS, ésta se realiza desde que se identifica una oportunidad de negocio, ya que se deben identificar los requisitos de los clientes, para poder elaborar la propuesta. Por ello se elaboraron el procedimiento de elaboración de propuestas técnicas P-MI-01, junto con la guía de elaboración de propuestas (lineamientos generales que debe contener una propuesta, cuando el cliente no especifica los suyos); el procedimiento de elaboración de presupuestos (P-MI-02), Procedimiento de entrega, negociación y seguimiento de la propuesta (P-MI-03) y por último el procedimiento de legalización de convenios y contratos (P-MI-04) aplicable en caso de aprobación del cliente.

Los formatos alineados con estos procedimientos son:

- Formato de solicitud de servicio (F-MI-01), en el cual se puede aclarar la solicitud del cliente, se revisa la viabilidad desde el punto de vista de PROINAPSA-UIS, y en caso de ser viable se establecen responsables de la propuesta y código asignado a la misma; este formato se aplica especialmente si no existen términos de referencia.
- Formato de seguimiento de las propuestas (F-MI-02), en el cual se puede registrar las solicitudes vigentes, fechas límites de entrega de las propuestas, si fueron legalizadas u otras observaciones.
- Formato de solicitud de ajuste a las propuestas (F-MI-03), en el cual se establecen las mejoras que deben realizarse a la propuesta.

Además, se estandarizó el documento guía plan de gestión de proyectos (G-MI-03), aplicable cuando ya se ha legalizado el contrato ó convenio, para orientar al equipo de trabajo frente a las actividades requeridas para demostrar cómo se aplican los procesos del sistema de gestión de la calidad a los proyectos o contratos.

#### **5.2.3.3.1.1 Plan de gestión de proyectos**

Todos los registros que proporcionan evidencia de la conformidad y cumplimiento de los requisitos para los programas y proyectos, se encuentran listados en la Guía Plan de gestión de proyectos (G-MI-03), el cual es un documento que presenta cada uno de los componentes a tener en cuenta durante las fases de planeación, ejecución y finalización

del proyecto, una breve descripción de cada componente y los documentos, formatos o registros que se deben diligenciar en cada uno de ellos.

La elaboración de esta Guía, atendió al estudio de la norma NTC ISO 1006:1997, Directrices para la Calidad en la Gestión de Proyectos; y su adaptación o alineación con las necesidades de PROINAPSA-UIS. Esta norma es útil, porque proporciona pautas en aspectos relativos a elementos, conceptos y prácticas de sistemas de calidad que pueden implementarse en la gestión o mejora en la calidad de la gestión de variados tipos de proyectos. La norma no es certificable y a pesar de las deficiencias señaladas por algunos autores<sup>12</sup>, se puede aplicar complementariamente a la familia ISO 9000, compaginando el trabajo dentro una organización empresarial y dentro de un proyecto concreto.

El resultado es un documento flexible por cuanto se establece que tiene aplicabilidad si no interfiere con los requisitos del cliente, en caso contrario, se optará por emplear los solicitados por el cliente, adicionalmente no aplica a programas educativos, o a la producción de material educomunicativo que pertenezca a proyectos.

Los principales formatos contemplados en esta guía son:

- Formato de Acta de inicio (F-MI-04), en el cual se da inicio formal al proyecto, en caso de que el cliente proporcione una se preferirá esta última sobre la estipulada por PROINAPSA-UIS.
- Formato de Plan de trabajo (F-MI-05), el cual establece detalladamente las actividades a llevar a cabo durante la ejecución del proyecto, cronograma y responsables.
- Formato de Acta de finalización (F-MI-06), en el cual se da cierre formal al proyecto (se emplea al final del proyecto).
- Formato de Responsabilidades del personal (F-MI-07), el cual permite referenciar a los integrantes del equipo de trabajo del proyecto, sus responsabilidades dentro del mismo.
- Formato de Plan y registro de formación de personal (F-MI-08), en el cual se establecen las actividades de formación que deben dictarse al personal, las fechas

---

<sup>12</sup> Pither, R., Duncan, W.R. (1998). ISO 10006: risky business. Project Management Partners, <http://www.pmpartners.com/resources/iso10006.html>.

límites, y a su vez, la fecha real de la formación y las firmas en constancia de que se recibió dicha formación por parte de los asistentes.

- Formato de Manejo de producto suministrado por el cliente (F-MI-09), utilizado en caso de que el cliente proporcione un producto, y requiera su devolución, para establecer fechas de recibo, estado, fechas de devolución e identificación de dichos productos.
- Formato de Plan de comunicaciones (F-MI-10), creado con el fin de que se registren las posibles formas de comunicación entre los integrantes del equipo de trabajo, interventores, clientes u otros, frecuencias y registros asociados.
- Formato de Planeación y control de riesgos (F-MI-11) y la respectiva guía de control de riesgos (G-MI-05), con el fin de que el equipo de trabajo prevea los posibles riesgos durante la ejecución del proyecto, establezca posibles rumbos de acción y realice un seguimiento en caso de que alguno de ellos se presente.
- Listado maestro de documentos del proyecto (L-MI-01), con el fin de que cada equipo del proyecto pueda controlar y administrar los documentos provisionales del proyecto, que no poseen un encabezado ni se encuentran contemplados dentro del SGC. En este caso los documentos se identifican con el nombre y código del proyecto (código asignado desde la elaboración de la propuesta), el nombre del documento y la versión.

Respecto al código de los proyectos se mantiene un código alfanumérico de tres campos, el primero corresponde al tipo de proyecto (GP= Gestión de proyectos, GE= Gestión educativa y PME= Producción de material educocomunicativo), el segundo campo corresponde a un número consecutivo asignado por la coordinadora del proceso y avalado por la coordinación de calidad y el tercer campo corresponde a las dos últimas cifras del año en que se ejecuta el proyecto. Dicho código se registra en todos los documentos pertenecientes al proyecto del proyecto en ejecución, siempre que sea posible.

#### **5.2.3.3.2 Compras**

La mayoría de las organizaciones deben comprar bienes o servicios necesarios para la realización del producto o la prestación del servicio. Según la norma NTC ISO 9001:2000:

"La organización debe asegurarse de que el producto adquirido cumple con los requisitos de compra especificados"<sup>13</sup>.

Esto exige haber definido los tipos de compra de la organización y por supuesto los requisitos de las compras. En el caso de los proyectos, las compras generalmente se refieren a papelería, material educacional; algunos proyectos requieren compras específicas como materiales para construcción, etc. En el caso de los programas educativos, se podrían considerar compras, además de los anteriores, el personal o facilitadores que se requieran en el proceso. Otras adquisiciones realizadas en la organización compra de equipos y tecnologías de información.

Exceptuando, la consecución de los facilitadores que se realiza a través del proceso de gestión humana (véase 5.2.3.2.1 Recursos humanos), todas las demás compras se realizan a través del proceso de apoyo: Gestión de compras.

Se estableció un procedimiento general para realizar las compras (P-PA-04), y no se generó un formato de orden de compra a proveedores, sino que se aprovechó el existente, para dar cumplimiento a todo el numeral de la norma se generó además un instructivo para la evaluación y reevaluación de proveedores (I-PA-01), el cual aplica para todas las compras. La selección de los proveedores se realiza de acuerdo a parámetros establecidos en las políticas de compras de la organización.

Los formatos creados o modificados en este proceso son:

- Formato de solicitud de compras (F-PA-10), para informar la necesidad de productos por parte de los proyectos o procesos del SGC.
- Formato de evaluación y reevaluación de proveedores (F-PA-12), en el cual se registra la evaluación semestral de proveedores.
- Formato de inscripción de proveedores (F-PA-11), para obtener los datos generales de los proveedores, y poder registrarlos en una base de datos que se empezaría a diligenciar en el segundo semestre del año 2005.

Cada proyecto y en general la organización debe aplicar el proceso de compras y la evaluación semestral de sus proveedores.

---

<sup>13</sup> INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Norma técnica colombiana NTC ISO 9001:2000. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos. Bogotá: ICONTEC, 2000. p.12.

La retroalimentación con los proveedores no tiene un formato que haga parte de los documentos del sistema, pero de acuerdo con las políticas de los procesos de apoyo, se enviará esta información vía e-mail o en su defecto telefónicamente.

Inicialmente, se permitirán proveedores con cualquier tipo de calificación según los criterios de aceptación y progresivamente se deberá ir evidenciando la mejora de los proveedores; a largo plazo se espera que los proveedores obtengan los puntajes sobre bueno y excelente.

#### **5.2.3.3.3 Producción y prestación del servicio: Desarrollo y realización del proyecto**

Todo proyecto debe controlarse durante la ejecución del mismo, el documento principal asociado al desarrollo y realización de los proyectos que se menciona en el plan de gestión del proyecto (G-MI-03), es la Guía plan de calidad (G-MI-04); basados en ella, cada uno de los procesos, puede establecer específicamente las actividades a llevar a cabo durante la realización del proyecto.

También deben mencionarse el formato de autorización de viáticos (F-MI-22), el cual permite hacer el registro de los viáticos asignados al personal, para aquellos programas educativos o proyectos que se llevan a cabo en otras ciudades o poblaciones del país.

##### **5.2.3.3.3.1 Gestión educativa**

Todo proceso educativo de PROINAPSA-UIS, debe realizarse alineado con la guía enfoque pedagógico de PROINAPSA-UIS (G-MI-02), adicionalmente, cada vez que se dicta un curso (no perteneciente a un proyecto), se aplican los siguientes instrumentos:

- Formato de Planeación del tema (F-MI-17), lo cual permite al facilitador registrar el tema, módulo a dictar, objetivo general, bibliografía y otras observaciones.
- Lista de chequeo pre-evento (C-MI-01), en el cual se revisa si están listos los elementos mínimos requeridos para llevar a cabo el evento educativo.

- Formato de Base de datos de los participantes (F-MI-18), en el cual se inscriben los participantes del programa, con el fin de mantener los datos de los participantes, para próximos contactos.
- Lista de asistencia a evento (L-MI-03): creado con el fin de verificar la asistencia de los inscritos al evento, para poder tramitar la certificación del programa.
- Formato de entrega del material (F-MI-19), en el cual se deja constancia de entrega del material a los usuarios del programa.
- Formato de Acta de entrega del material (F-MI-20), el cual permite dejar en constancia que se entrega material a una persona o personas en nombre de una organización, con el compromiso de que la comunicarán y facilitarán su acceso al personal de dicha organización.
- Formato de Evaluación del programa educativo (F-MI-21), el cual permite que los usuarios asignen una calificación cualitativa y cuantitativa a diferentes aspectos del programa educativo y a los facilitadores como tal.
- Formato de datos de facilitadores (F-MI-27), en el cual se registran los datos generales de los facilitadores, se diligencia una vez por programa educativo, ó cada vez que se deba actualizar datos.

Adicionalmente, el componente de salud ocupacional, atiende las solicitudes de ARPS, las cuales solicitan programas educativos, bajo los formatos de sus propios sistemas de gestión de la calidad, en estos casos, PROINAPSA-UIS, debe aplicar dichos formatos y en constancia diligencia los siguientes de origen interno.

- Listado de asistencia a evento (L-MI-02), para registrar la asistencia del personal citado.
- Formato de soporte de entrega de servicios de capacitación (F-MI-24), en el cual el cliente, firma en constancia que recibió los servicios de capacitación solicitados a satisfacción.
- Formato de soporte de entrega de servicios (F-MI-25), en el cual el cliente, firma en constancia que recibió otro tipo de servicios solicitados a satisfacción.

#### **5.2.3.3.3.2 Producción de material educativo**

La producción de material educativo se ha definido como aquellos proyectos específicos de Diseño, ó Validación ó Reproducción (realizados conjunta o individualmente) de material educativo.

Este es quizás el componente que más emplea el diseño y desarrollo por la naturaleza del proceso; de acuerdo con el plan de calidad (G-MI-04) existen los siguientes formatos:

- Formato de ficha técnica y verificación del material (F-MI-13), establecido con el fin de identificar las características y requisitos del material, realizando la posterior verificación de su cumplimiento.
- Formato de metodología de validación (F-MI-14), en el que se establecen los posibles métodos, responsables y tiempos de validación del producto.
- Formato de resultados de validación (F-MI-15), en el cual se registran las técnicas empleadas, las conclusiones y posibles mejoras al material.
- Formato de inspección del material (F-MI-15), este formato se aplica en dos momentos, el primero cuando se reproduce una copia del material, para verificar la conservación del diseño y la calidad, y el segundo momento cuando se realiza la reproducción final de todos los materiales en el cual se inspecciona cantidad, calidad y conservación del diseño..
- Formato de evaluación de propuestas técnica y financiera del material educativo (F-MI-23), este formato ayuda a los calificadores a seleccionar al proveedor encargado de reproducir el material educativo.

#### **5.2.3.3.3 Gestión de proyectos**

Partiendo de la Guía plan de gestión del proyecto (G-MI-03), de la cual se habló anteriormente, se establecieron algunas reglas del equipo del proyecto y de la organización, para lograr tanto la calidad en el proceso proyectual como la calidad en los productos o resultados finales a través de un tratamiento sistemático, y con esto asegurar la satisfacción del cliente.

La ejecución del proyecto (producción y prestación de servicio), responde a la planeación realizada en el formato mencionado anteriormente llamado plan de trabajo (F-MI-05) y a la aplicación de otro tipo de documentos o instrumentos elaborados específicamente para

cada proyecto; Durante la ejecución de los proyectos, el registro más empleado es el acta de reunión, el cual no tiene un formato preestablecido, mas se establecen los lineamientos para su creación en el Instructivo para la elaboración de actas de reunión (I-PM-03).

#### **5.2.3.3.4 Finalización del proyecto**

Durante la finalización del proyecto, básicamente se elaboran los informes finales a presentar a los clientes, generalmente se puede elaborar una artículo científico o realizar encuentros de cierre para presentar los resultados de los proyectos. También en este punto se realiza la evaluación de desempeño del personal del proyecto (F-PA-15), y se realiza el cálculo de los indicadores establecidos. Lo último que se realiza por parte de PROINAPSA-UIS, es la solicitud de diligenciamiento de la Evaluación de Servicio al cliente (F-MI-12), para conocer su percepción acerca del servicio y algunas sugerencias de mejora.

#### **5.2.3.4 Procesos de Medición, análisis y mejora**

Una empresa que decida implementar un sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2000, debe documentar procedimientos obligatorios, según los siguientes seis numerales de la misma.

4.2.3 Control de documentos

4.2.4 Control de registros

8.2.2 Auditorías internas

8.3 Control de producto no conforme

8.5.2 Acciones correctivas

8.5.3 Acciones preventivas

Este conjunto de procedimientos, unido al de revisión por la dirección, conforman el llamado proceso de Planificación del SGC en PROINAPSA-UIS, el cual es el encargado del mejoramiento continuo de los procesos de la organización. Por su parte, la gestión de servicio al cliente, también es considerado un proceso de mejora en la organización. A continuación se resume la información de estos documentos.

#### 5.2.3.4.1 Control de documentos

El control de los documentos es uno de los requisitos mas evaluados dentro de un sistema de gestión de la calidad, El numeral 4.2.3 de la norma NTC ISO 9001:2000 señala que "Los documentos requeridos por el Sistema de Gestión de la Calidad deben controlarse"<sup>14</sup> y mas adelante agrega "Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios"<sup>15</sup>

El procedimiento de control de documentos (P-PM-01) fue uno de los documentos elementales que se estableció para especificar la forma de elaborar, revisar, aprobar y actualizar los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad; de tal forma que se garantizara el uso de formatos actualizados y se controlaran aquellos que salen de circulación (obsoletos).

Además del procedimiento, se construyó una guía para la elaboración de documentos (G-PM-01), un instructivo de codificación de los documentos (I-PM-01) y los siguientes formatos:

- Listado Maestro de documentos internos (L-PM-01); esta plantilla elaborada en Microsoft Excel para facilitar la búsqueda y administración de los documentos internos del SGC, pues relaciona el estado (Proceso al cual pertenece, nombre, código, responsable, versión vigente y fecha de la última revisión y copias distribuidas).
- Listado maestro de documentos externos (L-PM-02); para identificar y controlar los documentos de origen externo, que pueden afectar los procesos del Sistema de Gestión de la calidad.
- Formato de Solicitud de creación, mejora o anulación de documentos (F-PM-01); para registrar los cambios que requieren los documentos del SGC.
- Formato de control de cambios a los documentos (F-PM-02); se creó para llevar un historial de los documentos que se van convirtiendo en obsoletos, y así prevenir el uso no intencionado de éstos, en este formato se registra el nombre y código del documento, versión que se somete a cambios, fecha de actualización y la descripción de los cambios.

---

<sup>14</sup> IBID., p.4.

<sup>15</sup> IBID., p.4.

- Formato de distribución de documentos (F-PM-13); con el cual se pretendió llevar un registro de las copias controladas que se entregan a usuarios y las fechas de entrega.

Cuando se distribuye una copia del manual de calidad para uso del cliente u otras partes interesadas fuera de las instalaciones y la organización no pretende el control futuro de circulación, estos se identifican como copias no controladas.

#### **5.2.3.4.2 Control de registros**

Los registros constituyen un tipo especial de documentos, los cuales deben ser por supuesto controlados de acuerdo con el numeral anterior, adicionalmente, existe en la norma NTC ISO 9001:2000 dedica una especial atención a los registros "Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros."<sup>16</sup>

La norma especifica que estos registros deben ser identificables, legibles, recuperables y se debe establecer un tiempo de retención documental, para lo cual se elaboró el procedimiento de control de registros (P-PM-02), el cual aplica sobre los registros internos del SGC, para acompañar este documento se elaboró el formato:

- Listado Maestro de Registros (L-PM-03); en el cual se registra el código del formato o registro, la versión, el nombre, el responsable, el almacenamiento (Estado, ubicación y acceso), el tiempo de almacenamiento y la disposición final.

#### **5.2.3.4.3 Auditorías internas**

Según la norma NTC ISO 9001:2000, "Deben definirse, en un procedimiento documentado, las responsabilidades y requisitos para la planificación y la realización de auditorías, para informar los resultados"<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> IBID., p.4.

<sup>17</sup> IBID., p.15.

El procedimiento de Auditorías Internas (P-PM-03), se estableció como un mecanismo de cumplimiento del requisito anterior, para acompañar dicho procedimiento, se realizaron los siguientes formatos:

- Programa de auditoría (F-PM-03); Para establecer un cronograma anual de las auditorías al Sistema de Gestión de la Calidad (no incluye las auditorías de los proyectos)
- Plan de auditoría (F-PM-04); en el cual se establecen los horarios y la coordinación de las actividades de la auditoría.
- Lista de verificación (F-PM-06) para evidenciar si el sistema de gestión de la calidad funciona de manera satisfactoria.
- Informe de auditoría (F-PM-05) para realizar el registro completo de la auditoría y las conclusiones.

#### **5.2.3.4.4 Control de producto no conforme**

En la norma ISO 9001:2000, dice "La organización debe asegurarse de que el producto que no sea conforme con los requisitos, se identifica y aísla para prevenir su uso o entrega no intencional. Los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto no conforme deben estar definidos en un procedimiento documentado"<sup>18</sup>

PROINAPSA-UIS, puede tener dificultad al identificar previamente al la entrega del servicio, los posibles productos no conformes que se pueden generar, sin embargo, para dar cumplimiento a los requisitos de la norma, se estableció un procedimiento de control de productos no conformes (P-PM-06), el tratamiento de los tipos de productos se referencia en el plan de calidad de los proyectos. El formato asociado con el control de estos productos es el siguiente:

- Formato de manejo de producto no conforme (F-PM-12); para registrar el producto no conforme generado, y el tipo de tratamiento que se le aplicó.

#### **5.2.3.4.5 Acciones correctivas**

---

<sup>18</sup> IBID., p.16.

Una acción correctiva es una acción encaminada a eliminar la causa de una no conformidad real, la norma exige la documentación de un procedimiento documentado para definir los requisitos de revisión de las no conformidades, detección de sus causas, evaluación de la necesidad de adoptar acciones correctivas, determinación e implementación de dichas acciones, registro de sus resultados y revisión de las acciones tomadas<sup>19</sup>, garantizando que se eliminan las causas de las no conformidades para prevenir que vuelvan a ocurrir. Por ello, se documentó el Procedimiento de acciones correctivas (P-PM-05)

Para registrar y controlar las acciones correctivas se elaboraron los siguientes formatos:

- Formato de reporte de acciones correctivas y preventivas (F-PM-07): en el cual se diligencia la no conformidad, el proceso al cual pertenece, la fuente de dicha no conformidad y sus causas, así como el plan de acción, seguimiento y la fecha de cierre. Este mismo formato se emplea para el registro de acciones preventivas, para lo cual se destina una casilla en la que se registra si es acción correctiva o preventiva.
- Formato de seguimiento de acciones correctivas (F-PM-08): este cuadro diligenciado por la coordinadora de calidad, pretende consolidar todas las acciones correctivas del SGC, estableciendo su fecha de ejecución y fecha de cierre.
- Registro de confirmación (F-PM-10): Este registro se creó con el fin de que el responsable del proceso registre que no hay necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir y justifique su decisión.

#### **5.2.3.4.6 Acciones preventivas**

Al igual que en el caso de acciones correctivas, la norma NTC ISO 9001:2000, establece que se "debe crear un procedimiento documentado para definir los requisitos para determinar las no conformidades potenciales y sus causas, evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades, determinar e implementar las acciones necesarias, registrar los resultados de las acciones tomadas y revisar las acciones preventivas tomadas".<sup>20</sup> Procedimiento (P-PM-06)

---

<sup>19</sup> IBID., p.18.

<sup>20</sup> IBID., p.18.

- Formato de reporte de acciones correctivas y preventivas (F-PM-07): Es el mismo formato empleado para reportar acciones correctivas, se diligencia la no conformidad, el proceso al cual pertenece, la fuente de dicha no conformidad y sus causas, así como el plan de acción, seguimiento y la fecha de cierre.
- Formato de seguimiento de acciones correctivas (F-PM-09): este cuadro diligenciado por la coordinadora de calidad, pretende consolidar todas las acciones preventivas del SGC, estableciendo su fecha de ejecución y fecha de cierre.

#### 5.2.3.4.7 Satisfacción del cliente

El enfoque de la familia de normas NTC ISO 9000, orientado a la satisfacción de los clientes, se hace evidente desde la redacción de los principios de gestión de la calidad<sup>21</sup>; En el numeral 8.2.1 Satisfacción del cliente, contenido dentro del capítulo de Medición, análisis y mejora, se expresa claramente que "la organización debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de los requisitos por parte de la organización"<sup>22</sup>, de igual forma a lo largo de la norma, otros numerales enfatizan la importancia de los clientes para la organización, (véase numerales 5.2 Enfoque al cliente<sup>23</sup>, 7.2 Procesos relacionados con el cliente<sup>24</sup>).

Es por esta razón que entre los procesos de mejora se contempló la gestión de servicio a los clientes, para fijar unos procedimientos específicos de gestión con los clientes externos e internos de la organización y mejorar la comunicación con los mismos.

Dentro de este proceso (inicialmente a cargo de la coordinadora de calidad, actualmente, responsabilidad de la profesional de mercadeo), se consideraron 3 actuaciones claves, la retroalimentación de los clientes a través del sistema de sugerencias o reclamos; la encuesta anual de satisfacción de los clientes externos y la encuesta semestral de satisfacción de los clientes internos.

---

<sup>21</sup> INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Norma técnica colombiana NTC ISO 9000:2000. Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario Bogotá: ICONTEC, 2000.

<sup>22</sup> INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Norma técnica colombiana NTC ISO 9000:2000. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos. Bogotá: ICONTEC, 2000. p.15.

<sup>23</sup> IBIB., p.5.

<sup>24</sup> IBIB., p.9.

En cuanto a la retroalimentación de los clientes, en PROINAPSA-UIS, se eliminó el vocablo quejas. Se elaboró el procedimiento de manejo de reclamos y/o sugerencias por parte de clientes externos (P-PM-08), el registro de las sugerencias o reclamos de los clientes externos, se realiza según el formato:

- Formato de reporte de sugerencias o reclamos de los clientes (F-PM-14) En el cual se incluyen los datos de los clientes internos o externos y los motivos de sus sugerencias o reclamos (cada reclamo invita a una sugerencia por parte del cliente), así como la solución dada y la acción correctiva o preventiva asociada, si se diera el caso.
- Informe de sugerencias o reclamos de los clientes (F-PM-18) con el fin de que al final del año se presente un consolidado a la dirección de las sugerencias o reclamos de clientes y dar un mayor seguimiento a los mismos.

El procedimiento de evaluación de la satisfacción de clientes externos (P-PM-09), permitió estructurar la metodología para llevar a cabo la encuesta anual de satisfacción de clientes internos, como medida de su percepción del servicio, empleándose para esto la última versión del formato (F-PM-15), sin embargo, detalles como el tamaño de la muestra, la población, fecha de realización y responsables son definidos por el profesional de mercadeo, antes de emplear este formato.

Por su parte, debido a la importancia de gestionar un ambiente de trabajo adecuado, se incluyó el formato de evaluación de satisfacción de clientes internos (F-PM-16), aunque no se generó un procedimiento asociado, las políticas de servicio al cliente dejan claro que este instrumento se aplica durante la evaluación semestral de PROINAPSA-UIS, al personal de la organización.

Paralelamente a la etapa de diagramación y documentación, cada uno de los productos de esta etapa fue sometido a revisiones y validaciones en primera instancia por los responsables y posteriormente por el equipo líder, de las cuales se realizaron las modificaciones necesarias. Luego de lo cual se presentó ante la directora ejecutiva cada documento para su aprobación y liberación.

#### **5.2.4 Indicadores para el Sistema de Gestión de la Calidad**

Según la norma NTC ISO 9001:2000; " La organización debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del SGC y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del SGC. Esto debe incluir los datos generados del resultado del seguimiento y medición y de cualesquiera otras fuentes pertinentes"<sup>25</sup>

Para dar cumplimiento al requisito anterior y considerando la necesidad de medir para administrar cualquier sistema, fue clave disponer de un sistema de indicadores eficientes y confiables que permitieran realizar el seguimiento a la gestión de la organización.

Los indicadores no son la finalidad del sistema, sino una herramienta de apoyo al mismo, así que se seleccionaron indicadores de fácil recopilación, pero que permitieran entregar un perfil de lo que la organización es y hace, medir el logro de los resultados verificando el cumplimiento de sus los objetivos de calidad y el alineamiento con los requisitos de la norma ISO 9001:2000, para derivar de allí los proyectos, medidas y transformaciones que sean pertinentes.

El levantamiento de indicadores supuso desde un principio el establecimiento de objetivos claros, precisos, cuantificados para la organización y tener establecida la o las estrategias que se emplearían para lograr los objetivos; además se debió identificar factores críticos de éxito en cada proceso y sus consecuentes indicadores, que se fueron tamizando en las reuniones periódicas del equipo líder de la organización y en las que se pulió la medición del indicador, fuentes de información y los recursos que se podrían necesitar para la recolección de los datos y el cálculo.

#### **5.2.4.1 Sistema de indicadores**

El sistema de indicadores se estructuró con base en los procesos de la organización, es decir existen indicadores para los procesos de mejora, el proceso de direccionamiento estratégico, los procesos misionales y los de apoyo, también se establecieron indicadores aplicables a los proyectos. El objetivo de las mediciones de los procesos o proyectos es

---

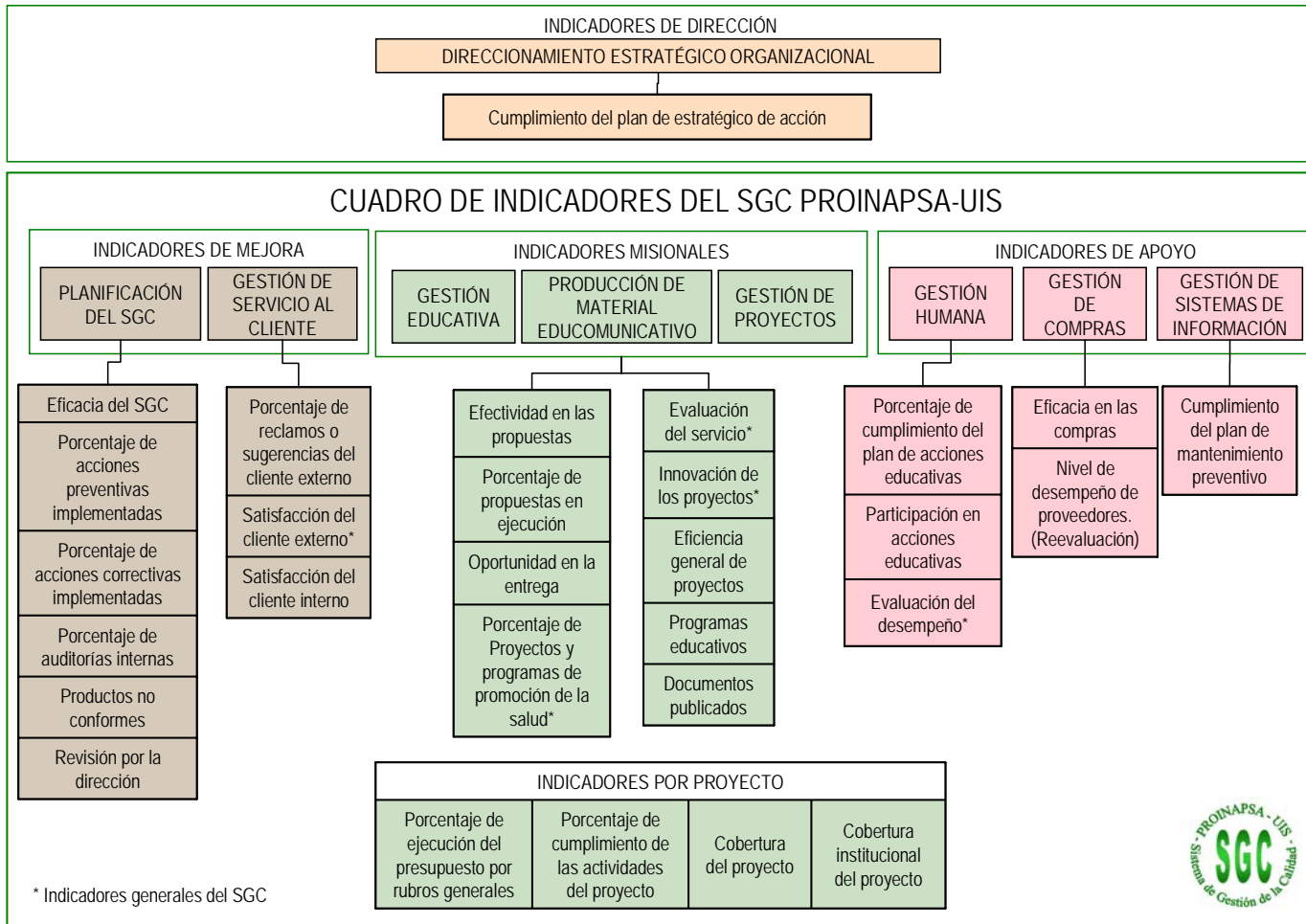
<sup>25</sup> IBID., p.17.

facilitar la toma de decisiones tras un análisis de los resultados. Los indicadores se identifican por el nombre y el proceso al cual pertenecen.

El diseño de los indicadores, consideró que la información para su cálculo fuese confiable y de fácil recopilación, debido a la poca formalización de los procesos de la organización, no se tenía la información de resultados de indicadores en períodos anteriores, así que el estándar y la meta de los indicadores se crearon sobre la primera medición de los indicadores.

A continuación se despliega el cuadro de indicadores generado para el SGC de PROINAPSA-UIS (ver figura 8).

Figura 8 Cuadro de Indicadores del SGC



Para facilitar el cálculo, almacenamiento y control de indicadores a través del tiempo, se diseñó un programa de computador, montado en Visual Basic y con base de datos en Microsoft Access, llamado **CMC** (se presenta el Manual de usuario de este software en el Anexo I); este sistema solicita los valores de variables predeterminadas en una plantilla y él internamente opera y arroja los valores de los indicadores, este software adicionalmente tiene otras utilidades, como la presentación a modo de Página Web, de los elementos estratégicos de PROINAPSA-UIS, y permite el acceso a los documentos en forma organizada, a modo de hipervínculo.

Es importante mantener revisiones periódicas tanto al resultado como al planteamiento de los indicadores, para verificar su pertinencia frente al sistema de gestión de la calidad. Anexo a este informe se presenta el tablero de los indicadores de los procesos del SGC (véase Anexo J).

#### 5.2.4.2 Ficha técnica del indicador

Las fichas técnicas de los indicadores, se emplearon para describir al personal las características claves de cada indicador, organizando la información para su fácil acceso y consulta. A continuación se presenta la plantilla de la ficha técnica utilizada para los indicadores del SGC de PROINAPSA-UIS con su respectiva descripción (ver figura 9).

Figura 9 Ficha técnica del indicador

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR	
1. NOMBRE DEL INDICADOR:	
2. DEFINICIÓN DEL INDICADOR:	
3. FORMULA DE CÁLCULO:	
4. OBJETIVO:	
5. META:	6. UNIDAD DE MEDIDA:
7. FUENTE DE INFORMACIÓN:	8. FRECUENCIA DE MEDIDA:

9. ADMINISTRADOR DEL INDICADOR:
10. OBSERVACIONES:

## DESCRIPCIÓN DE LA PLANTILLA FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

1. *Nombre del indicador:* Contiene la denominación del indicador.
2. *Definición del indicador:* Determina la relación entre las variables del indicador.
3. *Fórmula de cálculo:* Es la expresión matemática que permite cuantificar el nivel o magnitud que alcanza el indicador en determinado periodo considerando variables que se relacionan para este efecto.
4. *Objetivo:* Determina el propósito que tiene el indicador dentro del sistema.
5. *Meta:* Corresponde al valor del indicador el cual la sección se compromete a alcanzar en determinado periodo.
6. *Unidad de medida:* Hace referencia a la forma en la que se expresa el valor del indicador de acuerdo a las variables que se relacionan.
7. *Fuente de información:* Identifica el origen de dónde proviene la información.
8. *Frecuencia de medida:* Especifica la periodicidad de cálculo del indicador.
9. *Administrador del indicador:* Es la persona responsable de recopilar la información de las variables que componen el indicador de acuerdo a la frecuencia establecida.
10. *Observaciones:* Incluye las consideraciones particulares y necesarias que se deben tener en cuenta al calcular o administrar el indicador.

### 5.3 SENSIBILIZACIÓN

La finalidad de cualquier estrategia enfocada a sensibilizar al personal es lograr su participación en el proyecto y establecer canales de comunicación adecuados para mantener a todo el personal informado; en PROINAPSA-UIS, se ha llevado a cabo un acompañamiento o sensibilización permanente, para minimizar cualquier riesgo de rechazo o la falta de fe en el sistema de gestión de calidad obtenida por la experiencia en otras empresas.

En relación con la política de calidad, la cual se debe comunicar y entender dentro de la organización<sup>26</sup>, la coordinación de calidad asumió el compromiso de difundir dicha política a todo el personal, publicándola en un lugar visible a la entrada de la organización.

Entre las iniciativas de sensibilización se deben mencionar las siguientes:

- Acciones formativas

Figura 10 Registro fotográfico de acción formativa



<sup>26</sup> IBID., p.5.

Los talleres respecto a elementos claves del SGC y de la norma estuvieron a cargo de la asesora de la organización (acciones correctivas, acciones preventivas, auditorías internas e indicadores de gestión).

Las acciones formativas en el uso de formatos (ver figura 10), estuvieron a cargo de la practicante y fueron programadas con las coordinadoras de los procesos quienes además tenían el compromiso de estudiar los documentos liberados y comunicarlos también al personal bajo su cargo.

En dichas sesiones se emplearon herramientas audiovisuales, presentaciones de Power point y videos de motivación al inicio o intermedios, esto con el fin de mantener la atención de los participantes.

Una de las primeras capacitaciones del personal se realizó para compartir la guía aprobada para la elaboración de documentos, y el instructivo de codificación de documentos, la cual se llevó a cabo con todo el personal de PROINAPSA-UIS, durante el mes de mayo de 2005.

Durante el segundo semestre del año 2005, fue difícil congregarse a todo el personal de los procesos misionales, la época de divulgación de los documentos coincidió con la disminución de la nómina de la empresa y con la falta de espacios de encuentro entre el personal activo de la empresa, así que se organizaron charlas con grupos pequeños, la duración de las sesiones no fue superior a dos horas, la limitación del tiempo, multiplicando el número de reuniones requeridas, hasta que finalmente, la Hora ISO empezó a jugar un papel trascendental para la comunicación de los diferentes instrumentos, por su posicionamiento conseguido.

La evidencia documentada de estas actividades se encuentra en las actas o registros mensuales de actividades, listados de asistencia a capacitación, o registros fotográficos de las actividades.

- Concurso

Figura 11 Registro fotográfico de Concurso de calidad

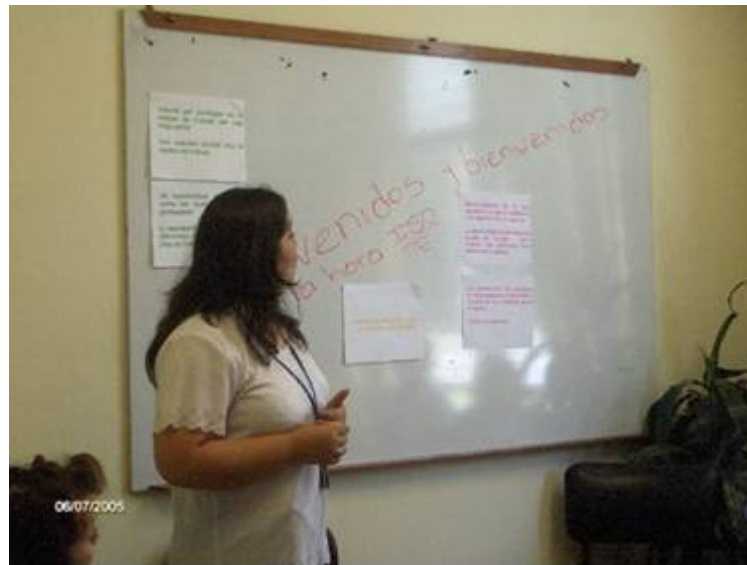


El concurso de calidad (ver figura 11), fue uno de los primeros medios utilizadas para la sensibilización del personal, se previó una carrera de observación que duraría 5 días; la coordinadora de calidad se encargó de publicar las bases del concurso y se conformaron 5 equipos entre el personal presente de PROINAPSA-UIS, las pistas hacían referencia al direccionamiento de PROINAPSA-UIS, (Misión, Visión, Valores Política y Principios, de calidad). El concurso fue positivo porque se involucró todo el personal disponible y los equipos participaron alcanzando los resultados esperados durante las primeras sesiones.

Entre los aspectos por mejorar, se generó una competencia desigual por la imposibilidad de todos los miembros de estar en el momento estipulado, y aunque se propuso intercambiar los integrantes de los equipos, después de tres sesiones, se dio fin a esta etapa, agradeciendo la participación e informando que todos habían logrado los objetivos y de esta forma fueron ganadores, posteriormente se reorganizaron las actividades dando inicio a la HORA ISO, para concluir la fase anterior.

- Hora ISO

Figura 12 Registro fotográfico de Hora ISO



La Hora ISO (ver figura 12 y 13), fue una interfase entre el personal de la organización y el SGC, esta iniciativa se propuso desde la dirección a partir de la primera evaluación de satisfacción del cliente interno, la cual arrojó la necesidad de un mayor acercamiento del personal al interior de la organización.

Originalmente, la Hora ISO empezó como el espacio para llevar a cabo el concurso de calidad, con el tiempo, este instante fue adoptando un cuerpo y finalidad propias; y a pesar de inconvenientes por la ausencia del personal y la falta de disponibilidad de tiempo, que repercutió inicialmente en la efectividad de este espacio, obligando a la redefinición de fechas de ejecución (la última fecha aprobada es todos los lunes de ocho a nueve de la mañana); se considera que éste es el mecanismo más adecuado para lograr la participación del personal de la empresa, esto motivó a innovar las metodologías de trabajo para incrementar la participación con mejores resultados; por ejemplo se empleó la estrategia de "la rotación el balón", lo cual representa que cada semana se relevan los responsables de las actividades de la hora de acuerdo a la temática establecida.

Figura 13 Registro fotográfico 2 de Hora ISO



Los tópicos de la Hora ISO, fueron el direccionamiento estratégico de la organización, misión, visión, valores organizacionales, principios de calidad, políticas de la empresa, retroalimentación con el personal y con el tiempo se abrió paso para dar a conocer al personal los formatos y que pudieran sugerir mejoras en forma conjunta; para evitar el sentimiento de imposición de formatos e instrumentos.

Desde coordinación de calidad, se actualizó y publicó en cartelera una programación de los documentos a comunicar, las diversas actividades eran preparadas por personal de la organización, para lo que se les facilitaban previamente los documentos y se despejaban sus dudas frente a éstos, luego ellos dirigían el estudio de los formatos, y moderaban las charlas en las que se comunicaban las percepciones frente a los mismos, y las sugerencias de mejora.

Entre las actividades, se desarrollaron rompecabezas, juegos didácticos, lecturas de reflexión, dramatizados, etc.) Los registros de estas actividades son fotográficos, y registros mensuales de dichas actividades a cargo de coordinación de calidad. Todas las labores de sensibilización se fueron desarrollando consistentemente con la Hora ISO.

- Carteleras

Se decidió aprovechar un área en las instalaciones de PROINAPSA-UIS, para informar a clientes internos y externos acerca del proceso desarrollado en la empresa con el sistema de gestión de la calidad, a través de una cartelera (ver figura 14).

Figura 14 Registro fotográfico de cartelera de calidad



La responsabilidad de la información publicada y decoración de las carteleras era de la practicante y su periodicidad quincenal (mas tarde mensual), atendiendo a las sugerencias del personal.

Los temas de las carteleras fueron diversos, se publicó la información referente a la misión, visión y valores organizacionales, principios de calidad, las actividades del mes, así como mensajes de reflexión acerca de la postura del personal frente al sistema de gestión de la calidad, Informes generales y cronogramas aprobados acerca del sistema de gestión de la calidad en PROINAPSA-UIS, se publicaron los próximos temas de la Hora ISO, recomendaciones para el diligenciamiento de los formatos, plan de acciones educativas aprobado, el desarrollo de la estrategia de las 5 eses, reconocimientos al personal por sus aportes a la implementación del SGC, información respecto a las auditorías.

- Correos electrónicos

El correo electrónico es un instrumento muy actual para difundir información, permitiendo un acceso fácil y almacenaje de datos; el correo de acceso general del personal [proinaps@uis.edu.co](mailto:proinaps@uis.edu.co), se empleó para publicar los artículos de las carteleras de calidad, algunos mensajes referentes a ISO, el vocabulario del SGC (se elaboró un documento en Word con los vocablos más usuales y una presentación en Power point con animales para ilustrar el significado de algunas palabras), e información de calidad, pero considerando que a este correo llegan todos los mensajes para PROINAPSA-UIS y que no todos pueden ver cada correo enviado, no se consideró como medio primordial para llevar a cabo la sensibilización del personal.

En ocasiones, la información era enviada por correo electrónico a la directora ejecutiva, quien la reenviaba a los correos personales de los interesados, para dar un mayor respaldo. El correo de la coordinación de calidad manejado por la coordinadora y la practicante es [proinapsasgc@yahoo.es](mailto:proinapsasgc@yahoo.es).

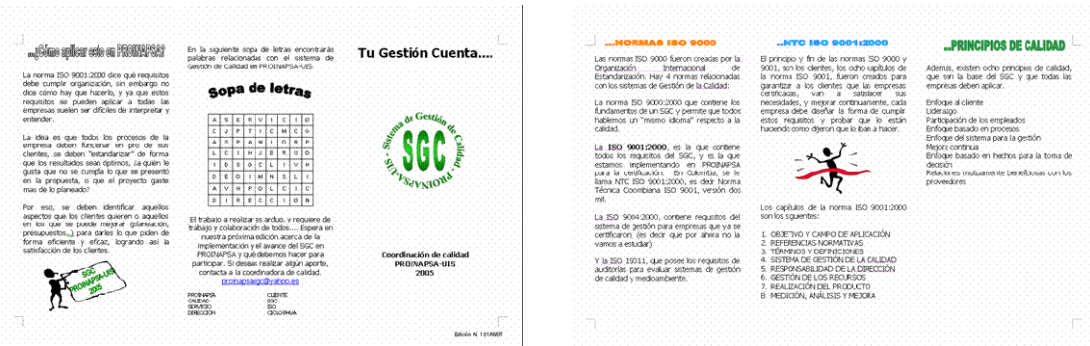
- Reuniones de los procesos

Las técnicas de comunicación más empleadas fueron las reuniones con los jefes o coordinadoras de los procesos y las reuniones de grupo (personal de cada proceso), a través de estas reuniones se pudo dar a conocer preceptivamente las características del sistema de gestión de calidad de la organización, la documentación existente, las políticas y métodos de evaluación, También se pudieron discutir las diferencias de criterio entre la información facilitada por los diferentes componentes misionales, para obtener un proceso homologado.

Los resultados fueron muy positivos especialmente entre el personal de apoyo que permanecía en la organización; pues en el caso de los procesos misionales los horarios flexibles de trabajo algunas veces obstaculizaron el avance de las reuniones.

- Volantes informativos

Figura 15 Vistas posterior y anterior del Volante “TU GESTIÓN CUENTA”



El boletín informativo “Tu gestión cuenta” (ver figura 15) se emitió con el fin de informar algunos conceptos claves del sistema de gestión de calidad, se esperaba una emisión bimestral de este impreso, sin embargo, sólo se publicó 1 edición (que incluía las generalidades de la familia de normas ISO 9000, detalles de la NTC ISO 9001, los principios de calidad, cómo se aplica en PROINAPSA-UIS y una sopa de letras con vocablos relacionados al SGC), debido a que no hubo una alta aceptación de este impreso. Se decidió que esta información debería enviarse a través de correos electrónicos, para reducir el uso del papel y para que pudieran ser archivados por el personal, en estos boletines se utilizaron como frases de la semana y vocabulario del SGC.

## 5.4 IMPLEMENTACIÓN, AUDITORÍAS INTERNAS Y MEJORA CONTINUA

### 5.4.1 Metodología de Implementación

La planeación de la implementación incluyó aspectos como la comunicación, toma de conciencia a través de la sensibilización, formación, participación de la dirección y actividades de revisión aplicables, llevadas a cabo durante los años 2005 y 2006. Las jornadas de sensibilización o socialización, enmarcadas dentro de la Hora ISO, permitieron dar a conocer el Mapa de procesos y algunas generalidades del SGC y contaron con la participación del personal de la fundación de aquel entonces.

A la par de este proceso, se dio la liberación de los documentos, realizada según lo programado para algunos documentos de Planeación del SGC, Direccionamiento

estratégico, Gestión de servicio al cliente y los documentos de los procesos de apoyo; luego de que los documentos listos eran revisados y aprobados por la Directora ejecutiva, se realizaba su distribución entre las coordinadoras de los procesos, para su estudio y, a través de las sesiones de capacitación, implementación, seguimiento y evaluación, se pudiera dar a conocer a los diferentes responsables de los procesos, el procedimiento y las actividades que se ejecutan en el desarrollo del mismo.

Como resultado de estas sesiones y gracias a los aportes del personal junto a las revisiones posteriores a la implementación, se realizaron periódicamente algunas modificaciones a la documentación elaborada, se pudo definir qué formatos debían ser opcionales y cuáles deberían desaparecer del SGC, con el acompañamiento de la asesora y la practicante; siguiendo el procedimiento de control de documentos.

La implementación de todos los documentos se realizó en forma manual, a continuación se resume algunas particularidades en la implementación de los documentos misionales y de planificación del SGC.

En el caso de los documentos misionales, se imprimió una copia de documentos preliminares (no circulable), para revisión por parte de las coordinadoras, quienes realizaron las indicaciones de mejora y se logró revisar conjuntamente con la practicante dichos documentos finalizando en el mes de Enero de 2006 (atendiendo a los aprendizajes de PROINAPSA-UIS, en los diferentes proyectos ejecutados).

Se programaron reuniones con el personal de los proyectos, para ayudar a la aplicación práctica de los procedimientos operativos, que les afectaban, y así lograr la implementación real de los documentos misionales, en dos proyectos, un programa educativo, y la producción de un material perteneciente a uno de los proyectos, a los cuales se realizaron las auditorías internas.

En cuanto a la aplicación de los documentos de acciones correctivas y preventivas, ésta fue impulsada por el desarrollo de auditorías internas, realizadas de acuerdo con el procedimiento establecido. Durante el año 2006, se presentaron 26 acciones correctivas, en los diferentes procesos y se promovieron 2 acciones preventivas (véase Anexo K).

En algunos casos, las acciones correctivas, están en su mayoría relacionadas, con la redefinición de los documentos, en otros estaban relacionadas con acciones para implementar los procedimientos o políticas faltantes y al cálculo de los indicadores de gestión. Gracias a la disposición y compromiso de la coordinadora de calidad, se hizo el respectivo seguimiento a dichas acciones y se dio cumplimiento para lograr la conformidad con los requisitos.

A pesar de que el procedimiento de control de producto no conforme, fue aprobado, y se generaron varias versiones de dicho documento, hasta la fecha, no se detectaron productos no conformes, aunque el personal es conciente de la importancia de entregar productos conformes a los clientes.

Por último, se debe especificar acerca del cálculo de los indicadores de gestión, que se fue ejecutando durante el primer semestre del año 2006, empleando el software **CMC** (del cual se hace referencia en el capítulo 5.2.4.1), los resultados se presentaron en la evaluación semestral de PROINAPSA-UIS.

Las probabilidades de éxito del sistema han venido mejorando a través del tiempo gracias a los ajustes a partir de la medición de los indicadores, la precisión del sistema, sólo se ha podido obtener a medida que las mediciones han ido evidenciado factores que obligan a modificar el sistema, su documentación (generación de fichas técnicas y el tablero de indicadores), divulgación e inclusión entre las actividades operativas del negocio.

#### **5.4.2 Auditorías Internas**

Las primeras auditorías internas fueron llevadas a cabo por la asesora, la practicante y la coordinadora de calidad (quienes poseían la formación certificada), siguiendo el procedimiento aprobado, para tal efecto.

Al iniciar cada semestre se elaboró la programación de auditorías por parte de coordinación de calidad. Esta programación se sometió a modificaciones, según lo registrado en actas, de acuerdo con la disponibilidad del personal en las fechas programadas.

El objetivo principal de las auditorías fue verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos por el SGC de PROINAPSA-UIS en los diferentes procesos auditados. En cuanto a los criterios empleados siempre hacían referencia a los documentos aprobados por el SGC para el proceso correspondiente, y los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000.

Durante la primera etapa, se generaba el plan de auditorías, y la lista de verificación, la cual se utilizaba durante la auditoría in situ, como guía de las preguntas a realizar y como registro de las entrevistas o los resultados del proceso.

Cada uno de los planes de auditoría generados para los procesos, fueron enviados a través de e-mail, al responsable auditado, por lo menos con una semana de anticipación.

La ejecución de las auditorías de acuerdo con el procedimiento, iniciaba con la reunión de apertura en la que participaban los auditados y el equipo auditor, para presentar el plan de auditorías a los participantes, estableciendo los métodos utilizados para realizar la auditoría, incluyendo la aclaración al auditado de que las evidencias de la auditoría se basarían sólo en una muestra de la información disponible.

A continuación, el equipo auditor se dirigía al lugar de trabajo de los auditados, para realizar las entrevistas, efectuar la revisión de los documentos del SGC y registrar dicha información en la lista de verificación.

Al terminar las actividades, se procedía con una reunión de cierre, con el fin de informar a los participantes los hallazgos u observaciones encontradas, realizar las justificaciones correspondientes y definir las conclusiones del informe presentado ante la dirección en la revisión gerencial.

Los procesos de apoyo contemplados en el alcance del SGC, fueron los primeros auditados, por ser considerados los más organizados y poseer un mayor número de documentos liberados, también se realizaron las auditorías a los procesos misionales, en los proyectos y programas educativos vigentes, Posteriormente, se realizaron auditorías a los procesos de mejora: gestión de servicio al cliente y planificación del SGC.

En general, en las primeras auditorías se encontraron observaciones comunes en los diferentes procesos, sin embargo, con el transcurrir de las auditorías, se fue evidenciando una mayor disposición con el SGC, y la mejora evidente en el desarrollo de los procesos, siendo las coordinadoras de los procesos, un motor fundamental para el establecimiento de las acciones correctivas y preventivas.

El nerviosismo inicial, fue siendo reemplazado, con mayor confianza, esto porque con el tiempo, aumentó el grado de implementación y el personal fue relacionándose mejor con los diferentes instrumentos y generando las mejoras correspondientes.

Entre las fortalezas encontradas, la experticia y el conocimiento del personal, frente a las actividades llevadas a cabo en los diferentes procesos o proyectos; el desarrollo de metodologías, la planeación detallada de las actividades, y el cumplimiento metódico de las mismas, la responsabilidad del personal para la consecución de los objetivos y la entrega de los productos, así como la flexibilidad de la empresa para dar cumplimiento a los requisitos de los clientes.

En contraste, se observó inicialmente que la implementación del SGC se estaba fijando en el Planear y el Hacer, más que en el Verificar y el actuar, (ciclo de mejora), algo inadmisibles para el sistema, evidenciado en que el cálculo de los indicadores se llevó a cabo tiempo después de su aprobación, y en que no se registró una evaluación o seguimiento, a la implementación de las acciones de mejora, en las pocas veces que se hicieron.

Los informes de auditoría apremiaron a generar acciones que permitieron superar las no conformidades con el transcurso del tiempo, generar requerimientos para incrementar el acompañamiento en la ejecución de los diferentes proyectos, solicitudes de cambio de documentos, y recomendaciones al personal, e incrementando el nivel de implementación

Las auditorías se constituyeron en elementos claves para evaluar la eficacia del SGC, el nivel de preparación para una auditoría de certificación y en cierta forma impulsar al personal a lograr la implementación del SGC, en los procesos de la fundación.

### 5.4.3 Mejora continua

Según la norma, NTC ISO 9001:2000, "la organización debe mejorar continuamente la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad mediante el uso de la política de calidad, los objetivos de calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección"<sup>27</sup>

La mejora continua permite mantener la adecuación de las necesidades de la organización al SGC, todos los beneficios iniciales del sistema son debidos a la comunicación interna y a las mejoras en la organización identificadas a través de auditorías internas e implementando acciones correctivas y preventivas.

Gracias al aporte del equipo de PROINAPSA-UIS, se pudieron detectar mejoras, como resultado de los análisis obtenidos en las evaluaciones de proveedores, evaluación de satisfacción de clientes internos, análisis de reclamos y/o sugerencias de clientes, etc.

Es importante destacar que el mejoramiento se dio a partir la redefinición de los procesos y procedimientos llevados a cabo en la fundación, la estandarización de algunas actividades y flexibilización de otras, permitiendo al personal guías concretas para el desarrollo de sus actividades. Adicional a esto, la posibilidad de evidenciar las actividades y la implementación de un sistema de indicadores, que si bien no constituye por sí mismo la única herramienta de evaluación, sí contribuyó a conocer el estado de las operaciones de PROINAPSA-UIS, para facilitar la toma de decisiones, en los diferentes procesos y proyectos de la fundación.

De igual forma, aunque inicialmente el proyecto de implementación del SGC ha requerido inversiones y hasta el momento no ha reportado ingresos notorios, se espera que con la certificación del SGC, se puedan atraer nuevos clientes del exterior, con las consecuentes repercusiones en el flujo de caja de la fundación.

Las mejoras por la implementación del SGC fueron entre otras:

---

<sup>27</sup> IBID., p.133

- El personal se involucró mas en los procesos de PROINAPSA-UIS, logrando un mayor compromiso, al saber que poseen una misión compartida, y reconocer que la certificación depende de todos.
- Se detectó la necesidad de plantear criterios y especificaciones para los productos comprados. Lo cual generó una disminución de devoluciones por mala calidad. Se está evaluando la propuesta de adquisición de una fotocopidora, de acuerdo con la disponibilidad de recursos de la fundación.
- La clasificación por procesos, está desplazando el concepto de áreas de trabajo, lo cual permite una visión más integral de la organización.
- Gracias a la implementación del SGC, se recordó actualizar el programa de Salud ocupacional y de conformar el COPASO, actividades retrasadas desde el año 2003, actualmente, se mantienen reuniones periódicas que han aportado excelentes resultados y se han alineado con el SGC de la organización.
- La evaluación de satisfacción de clientes internos, reflejó la necesidad del personal de encontrar instalaciones mas cómodas y un mobiliario y equipos mas adecuados, los integrantes del COPASO, fueron los responsables proponer las adecuaciones a la distribución física de PROINAPSA-UIS, y la reasignación de equipos a los diferentes proyectos, y el estudio de adquisición de nuevos mobiliarios, bajo la dirección de la coordinadora administrativa y financiera.
- Por sugerencias de los clientes internos, se planteó la adquisición de nuevos equipos de cómputo, de los cuales se compraron 2, se reasignaron los proyectos entre los computadores, y con el programador de equipos se coordinó el horario de uso de los equipos mensualmente.
- Se aplicó la estrategia de las 5 eses, a las instalaciones en general, lo cual mejoró el ambiente de trabajo, al generar una cultura de orden y limpieza en los puestos de trabajo, en las áreas comunes y especialmente la organización de la bodega del

archivo; con el tiempo, se redistribuyó la bodega por la falta de espacio, separándola de la biblioteca con la cual compartía lugar.

- El análisis de los datos de los indicadores de los procesos, empezó a exigir más a los líderes de los procesos y proyectos, para ofrecer cada vez mejores resultados a los clientes.
- La implementación del software **CMC**, permitió como primera medida mantener un acceso a los principales elementos del direccionamiento de la misión, visión, política y objetivos de calidad y servicios de la fundación; segundo, organizar y controlar el acceso a los documentos del SGC, pues se solicitó al personal consultar los documentos a través del programa, garantizando una consulta actualizada y facilidad de orientación respecto al proceso y tipo de documento. De igual forma, el programa permitió mantener una base de datos actualizada de los indicadores de gestión, pudiendo comprobar su estado e información al respecto.

A continuación se presentan algunas propuestas de mejora que se han formulado atendiendo a las necesidades detectadas en el transcurso de la práctica, sin embargo, su implementación se podrá efectuar en el mediano y largo plazo de acuerdo con la disponibilidad de recursos de la organización:

- *ADQUISICIÓN Ó ACTUALIZACIÓN DE PÁGINA WEB:* PROINAPSA-UIS, no posee un portal actualizado en el cual se presente la información oportuna en de sus servicios a clientes potenciales, especialmente ahora que se están estableciendo relaciones con clientes de otros países. La información de PROINAPSA-UIS, presentada a través de la página de la UIS, es muy limitada y totalmente obsoleta, siendo una desventaja comparativa para la organización, porque la visión que da al público en general es muy reducida en comparación con todo lo que hace y es. (La actualización de dicha página está a cargo de la facultad de salud, pero nunca se solicita información actualizada de PROINAPSA-UIS, ni atienden a las sugerencias de mejora).

Dada la necesidad de fortalecer acciones de mercadeo, un apoyo valioso lo constituye la creación de un sitio Web como una herramienta de interacción y comunicación entre la organización, los clientes externos ó internos (teniendo en cuenta que en un futuro no muy lejano, incluso los miembros del equipo de proyectos, podrían utilizar una comunicación vía Internet mas que presencial).

El contenido de dicha página debe ser:

- Generalidades de la organización: en el cual se despliegan aquellos elementos como la Misión, Visión, Valores organizacionales, Política, Objetivos de calidad, Estructura organizacional, Manual de calidad y por supuesto ubicación, teléfonos y apartado aéreo.
- Servicios y programas que ofrece, en el cual se indican los componentes de trabajo y se hacen explícitos los servicios y programas que está en capacidad de prestar PROINAPSA-UIS, de conformidad con su catálogo de productos. Se describen los diferentes programas, proyectos u otros desarrollados por PROINAPSA-UIS, junto con los resultados obtenidos, a lo largo de su trayectoria. También es necesario explicar los requisitos para acceder a los servicios de PROINAPSA-UIS.
- Directorio del personal que pertenece a PROINAPSA-UIS, en el cual se presente el nombre, cargo y dirección electrónica.
- Otros enlaces, para ofrecer a los usuarios la posibilidad de vincularse a otros sitios Web de interés como por ejemplo [www.oms.org](http://www.oms.org).
- Contáctenos: El cual permita a los usuarios formular dudas o sugerencias de los usuarios respecto a los servicios o los procesos de la fundación.

Puede ser de gran utilidad un vínculo de ingreso controlado por contraseña a la información completa del SGC. En cuanto al diseño de la página se aclara que debe ser consistente con la imagen institucional de PROINAPSA-UIS, incluyendo imágenes o

registros de los proyectos como hasta ahora se ha venido haciendo en los diferentes materiales de la fundación. El software CMC, es una primera aproximación a lo que debe representar la página, pero en la medida en que se adquiera el espacio en la WEB, deberá mejorarse en diseño y contenidos.

- *PREPARACIÓN DEL PERSONAL ENFOCÁNDOLO EN LA ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS:* Hasta el momento se ha venido presentando que en PROINAPSA-UIS, las coordinadoras son las encargadas de la elaboración de las propuestas por sus competencias y conocimientos al respecto, pero en ocasiones, se ha perdido la oportunidad de participar en procesos licitatorios o responder a solicitudes de clientes, por falta de disponibilidad; por ello se ha realizado la sugerencia de preparar al personal en la elaboración de propuestas, que les permita asumir nuevas responsabilidades y retos, pero a su vez garantice la respuesta oportuna de PROINAPSA-UIS. Debido a esta razón, se han planeado y ejecutado dentro del plan de acciones educativas del año 2006 (véase Anexo L), actividades que apuntan a capacitar al personal de los proyectos al respecto; por ahora, se está involucrando al personal en las tareas operativas de elaboración de las propuestas (digitación de documentos basados en la guía de elaboración de propuestas técnicas, configuraciones de los documentos, etc.).

Dada la rotación de personas, (al finalizar el proyecto, finaliza el contrato laboral de algunos participantes), el riesgo puede ser alto, pues algunos de los participantes en proyectos no volverán a la fundación y se perdería el proceso formativo; por eso debe identificarse un semillero de personas aptas y alineadas con los elementos estratégicos de la organización (existe un remanente de personas que labora continuamente en PROINAPSA-UIS), para recibir dicha formación, que puedan ser empleados para elaborar propuestas, (garantizando su participación en el proyecto, si se aprueba). Es necesario, que el personal contratado posea conocimientos técnicos relacionados con los procesos misionales de la fundación y si no los posee que se invite al personal a recibir formación en aspectos relacionados, para su crecimiento profesional y el de la organización. Además, es necesario que se faciliten entre las acciones educativas, una formación de la normativa asociada a los procesos licitatorios, los principales aspectos que deben tomar en cuenta en el momento de

formular una propuesta, reforzar aspectos de lectura e inicialmente, las coordinadoras de los procesos deberán supervisar y realizar las respectivas retroalimentaciones a quienes elaboran los procesos de las fortalezas y aspectos por mejorar. Actualmente en PROINAPSA-UIS, se ha facilitado a personal diferente a las coordinadoras, la realización de propuestas, pero se requiere que todo el personal de proyectos posea las competencias necesarias.

- **REVISIÓN DE LA ESTRUCTURA SALARIAL:** Actualmente, se ha visto globalmente una migración de la típica estructura de salario fijo, a la combinación entre salario fijo y variable. Esta propuesta debe ser sometida a un estudio serio, tanto del impacto económico de la organización, como del bienestar y acogida entre el personal. Es por ello que inicialmente, se ha propuesto incentivar al personal a participar en la elaboración de propuestas, asignando comisiones extras a los integrantes del equipo técnico y financiero de la propuesta, en caso de ser aprobada. Básicamente, desde la gerencia se establecerán políticas claras basadas en las posibilidades económicas de PROINAPSA-UIS, respecto a quiénes tienen derecho a este estímulo, el porcentaje de comisión, cuándo se recibe dicho estímulo, los tiempos de elaboración de la propuesta y una vez aprobado por la junta directiva comunicar al personal de la organización, a través de las carteleras y correos electrónicos. Con la claridad que si no se aprueba la propuesta, no se otorga la comisión. Esta comisión es independiente del salario fijo de personal, pero también se espera que el personal elabore dichas propuestas en tiempo extra, o por lo menos que cumpla con todas las demás responsabilidades por las cuales está contratado.

Respecto a esta opción de mejora, cabe mencionar que se realizó una primera prueba, asignando una comisión a los integrantes del equipo técnico y administrativo de un proyecto, y se apreciaron resultados positivos, hubo un esfuerzo extra por parte de los responsables al elaborar la propuesta, elaborada en un tiempo récord, y se invitó a una persona externa que había formado parte anteriormente de la fundación a participar con el mismo porcentaje de comisión, lo cual le resultó muy atractivo.

En el largo plazo, es probable que resulte atractiva una estructura salarial fija con un porcentaje variable, de acuerdo con el rendimiento del personal, y el cumplimiento de

objetivos, garantizando el bienestar de PROINAPSA-UIS y por supuesto de su personal.

- **FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MERCADEO:** El mercadeo de la organización, ha estado enfocado en la promoción de los programas educativos de educación formal de PROINAPSA-UIS, también existe un mercadeo menos formalizado realizado por la Directora ejecutiva, durante sus visitas a diferentes lugares en el ámbito nacional e internacional; sin embargo, teniendo en cuenta el direccionamiento estratégico de la fundación; fundamentales para dar a conocer los servicios de la fundación, y poder acceder a solicitudes de los clientes. En primera instancia se ha propuesto que el personal en general reciba una preparación en mercadeo de proyectos y servicios como los que suministra la fundación, lo cual se incluyó en el plan de acciones educativas para el año 2006 (véase Anexo L). Pero también se ha propuesto trabajar desde dos frentes de acción:
  - *Fortalecimiento del equipo humano;* a través de la reorganización de cargos enfocándolos hacia las acciones de mercadeo (redefinición de cargos, redistribución de las funciones, responsabilidades y métodos de mercadeo), en este punto se presenta la opción de robustecer los conocimientos de la actual profesional de mercadeo, o contratar una persona mas preparada como asistente de dirección en las labores de mercadeo de los servicios de PROINAPSA-UIS; que contribuya a enfocar y dirigir acciones para dar cumplimiento al plan de acción estratégico y de igual forma apoye las actividades operativas de la dirección.

Aunque se aconseja optar por fortalecer los conocimientos de la profesional de mercadeo, conoce muy bien el manejo y características particulares de la organización, se sugiere revisar hojas de vida de posibles aspirantes, para verificar cuál postura favorece más a los objetivos de la dirección, quien en últimas toma la decisión. Previamente a la implementación de esta propuesta es imprescindible realizar una proyección de gastos, o flujo de caja, para garantizar el sostenimiento en el mediano y largo plazo y de cualquier forma asegurar que la actual profesional de mercadeo permanezca en la fundación.

- *Generación de propuestas de carácter interno:* consistente en que el personal de PROINAPSA-UIS, idee o presente propuestas y gestione la adquisición de recursos, para la ejecución de las propuestas viables. Las nuevas fuentes de ingreso garantizarían la permanencia o mayor estabilidad del personal en la organización (su principal activo); el desarrollo de nuevos productos/servicios, una mayor competitividad y sostenibilidad, teniendo en cuenta que los competidores en algunas oportunidades puede tener asegurados los procesos licitatorios, en los cuales está acostumbrado a desenvolverse PROINAPSA-UIS.

De acuerdo con lo anterior, se sugiere que el personal proponga nuevos proyectos, (entre ellos la producción de material educomunicativo) para que después de evaluada la viabilidad, se invite a posibles clientes a participar en el proyecto con sus recursos económicos. Esta estrategia resulta particularmente útil, cuando se liquiden los proyectos y el personal tenga la disponibilidad de tiempo, porque se favorecerá la permanencia de la nómina y la publicidad entre clientes potenciales.

La implementación de estas propuestas debe realizarse en forma gradual, en un plazo no menor a tres (3) años, tras realizar un análisis del impacto económico y organizacional, del incremento en la nómina, el presupuesto y el flujo de caja de la fundación y el aseguramiento de proyectos que permitan soportar estos aumentos. En el cuadro 2, se presentan algunas ventajas y desventajas de la implementación de cada propuesta de mejora.

Cuadro 2 Ventajas y desventajas relacionadas con las propuestas de mejora

PROPUESTA	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Adquisición de sitio Web	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Facilita las labores de difusión, para lograr los objetivos de mercadeo a nivel local, nacional e internacional.</li> <li>▪ La implementación no requiere más de un mes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El costo por la elaboración de la página (diseño y contenido), adquisición de sitio y mantenimiento o actualización de la página, puede ser inicialmente de millones de pesos. (\$ 3.000.000).</li> </ul>

PROPUESTA	VENTAJAS	DESVENTAJAS
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se garantiza la difusión y consulta de la página por parte de posibles clientes.</li> </ul>
Preparación del personal enfocándolo en la elaboración y presentación de propuestas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Permite al personal apersonarse de los procesos.</li> <li>▪ Aprovecha los conocimientos del personal.</li> <li>▪ Permite a las coordinadoras, delegar funciones operativas.</li> <li>▪ Propende por el crecimiento personal y profesional.</li> <li>▪ Consolida el trabajo en equipo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La rotación de personal, conlleva un riesgo de perder la inversión en formación del personal.</li> <li>▪ El presupuesto dedicado a las acciones de formación al personal, puede superar en un 20% el actual presupuesto de formación.</li> <li>▪ Debe programarse y distribuirse el tiempo para facilitar que el personal participe activamente.</li> </ul>
Revisión de la estructura salarial (inicialmente asignación de comisiones al personal que elabora propuestas)	<p>La asignación de comisiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ estimula al personal a participar en la elaboración de propuestas.</li> <li>▪ Reduce el tiempo de elaboración de propuestas.</li> <li>▪ Se puede incluir dentro del presupuesto del proyecto un rubro que incluya estas comisiones y no afecte el flujo de caja de la fundación.</li> </ul> <p>La revisión de la estructura salarial,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Permite una alineación con las nuevas políticas salariales a nivel global</li> <li>▪ Puede favorecer el flujo de caja de la organización, por cuanto que si no se logran los objetivos, no hay obligación de pagar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si se aumenta el presupuesto del proyecto, puede ser que no se apruebe la propuesta.</li> </ul> <p>En el caso de la revisión de la estructura salarial,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puede que la asignación de una estructura salarial fija y un porcentaje variable no tenga mucha acogida entre el personal.</li> <li>▪ Si no se supera la resistencia al cambio, a través del convencimiento y aseguramiento del bienestar del personal, es probable generar descontento y deserción del personal.</li> </ul>

PROPUESTA	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Fortalecimiento de las acciones de mercadeo.	<p>El fortalecimiento del equipo humano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Encamina la comunicación y difusión de las labores de PROINAPSA-UIS, entre clientes potenciales.</li> <li>▪ Facilita la gestión de la dirección y le permite delegar funciones operativas.</li> <li>▪ Mejora las relaciones con entes externos de la fundación.</li> <li>▪ Admite una contratación parcial de un profesional, con el fin de controlar el presupuesto.</li> </ul> <p>La generación de propuestas de carácter interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aprovecha el potencial y conocimiento de personal.</li> <li>▪ Es un mecanismo para lograr que el personal se ejercite en la formulación de propuestas.</li> <li>▪ Impulsa al personal a generar nuevos servicios y buscar la obtención de recursos.</li> <li>▪ Promueve el nombre de la fundación PROINAPSA-UIS.</li> <li>▪ Encauza el desarrollo de características como el liderazgo entre el personal.</li> </ul>	<p>El fortalecimiento del equipo humano puede generar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incremento en la nómina por el nuevo personal de mercadeo.</li> <li>▪ Incremento del presupuesto (de mercadeo) por labores de publicidad y comunicación y los costos incurridos por las actividades de formación en técnicas de mercadeo. (Aproximadamente se aumenta en \$20.000.000 anuales).</li> <li>▪ Requiere un cambio de mentalidad enérgico, hacia una cultura de promoción de los servicios.</li> </ul> <p>La generación de propuestas de carácter interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Destina tiempo y personal a propuestas que pueden no conseguir respaldo económico.</li> <li>▪ Puede desestimular al personal en la medida en que no se obtengan los recursos económicos para emprender los proyectos.</li> </ul>

Se señala que la implementación de estas propuestas, requiere no sólo la disponibilidad de recursos, sino el compromiso y participación del personal, además se debe asegurar

un responsable de recopilar la información y hacer seguimiento a las acciones, con el propósito de verificar la efectividad de las mejoras.

## **5.5 SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO**

Los procesos de comunicación contribuyen (aunque no garantizan) al involucramiento del equipo del proyecto y sus participantes; a lo largo de la práctica se realizaron actividades para la propagación de la información relacionada con el avance del proyecto (distribución de documentos, actividades de sensibilización, etc.).

Como un complemento, al finalizar la práctica, se compartió con el personal a través de una reunión, aspectos generales relacionados con su desarrollo, la documentación, la implementación, los resultados de la misma y las propuestas de mejora; resaltando el esfuerzo dedicado por el equipo del proyecto y el reconocimiento a los aportes del personal de la empresa; como una manera para estimular la continuidad del proyecto con miras a la certificación, como un paso mas en el camino de la mejora continua.

El cumplimiento de las metas establecidas, ha quedado finalmente en manos del personal de la fundación, depende de su voluntad, compromiso y cooperación; en cuanto mas claro esté, más factible será el éxito del SGC en beneficio de la Fundación PROINAPSA-UIS.

## **5.6 SOLICITUD DE AUDITORÍA DE CERTIFICACIÓN**

Una vez revisada la conformidad de los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo con la norma NTC ISO 9001:2000 (lo mas importante es poder demostrar o proporcionar evidencia de la implementación eficaz del SGC), se decidió realizar la solicitud para la auditoría de certificación.

En primer lugar, se seleccionó el posible ente certificador, con el acompañamiento de la asesora del proyecto, optando por solicitar la preauditoría y la auditoría de certificación ante el SGS, basados en los criterios:

- El reconocimiento y aceptación de la entidad certificadora en los países donde PROINAPSA-UIS, planea realizar negocios.
- El número de empresas nacionales y extranjeras certificadas.
- La representación mundial/local

Posteriormente, se realizaron los contactos para conocer los requisitos relacionados con la solicitud de la auditoría de certificación y la definición de posibles fechas para la realización de dicha auditoría.

El primer requerimiento cumplido fue el trámite para la solicitud de certificación; en el caso del SGC, se debe diligenciar un formulario, en el cual se presenta la información general del Sistema de Gestión de la Calidad de PROINAPSA-UIS (véase Anexo M).

El SGS, respondió inicialmente a la solicitud (en el anexo M, se presenta el registro del correo que verifica la recepción de la solicitud por parte del SGS) y procederá a realizar el estudio de la documentación por parte del certificador, para que pueda conocer la estructura del SGC y ultimar detalles en cuanto a fechas de la auditoría de certificación.

Si el SGC de PROINAPSA-UIS, obtiene su certificado basado en la NTC ISO 9001:2000, deberá igualmente continuar mejorando y realizar anualmente una auditoría de seguimiento.

## 6 CONCLUSIONES

- La búsqueda de la excelencia empresarial a través de la aplicación de un Sistema de gestión de la calidad, debe estar soportada por elementos claves como el compromiso de la dirección, la implicación del personal en la mejora de procesos, la medición de la satisfacción de los clientes, y el uso de los recursos adecuados de una manera racional.
- La documentación de la organización, lograda a través de una co-construcción, entre la practicante y el personal de PROINAPSA-UIS, atendiendo tanto a los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000, como a las necesidades de la organización, generó herramientas para apoyar sus operaciones y agilizar los procesos, como uno de los productos de este trabajo se hizo entrega de la documentación (Manual de calidad, Manual de descripciones de cargos, Procedimientos documentados, Tablero de indicadores), junto con las propuestas de mejora, con el fin de que se continúe evidenciando el cumplimiento del SGC.
- Durante la práctica, se llevaron a cabo actividades como el diseño y control de la documentación asociada, la identificación de las no conformidades del sistema, la instauración de acciones de mejora, la verificación de la implantación de las soluciones, y de la eficacia del sistema, a través de la planeación y ejecución de auditorías internas, la información y motivación al personal en materia de calidad, entre otras; labores que han permitido el mejoramiento de los procesos del SGC.
- La implementación del SGC ha servido a PROINAPSA-UIS, para mejorar la planeación y medición los procesos, consolidar la calidad de sus proyectos o servicios, y compartir conocimientos al interior de la empresa, logrando crecimiento y solidez en el saber; ganancias debidas a la planeación, ejecución, seguimiento controlado y retroalimentación de las actividades y que repercutirán en un futuro cercano en el acceso a nuevos clientes y mercados.

- Los indicadores propuestos han constituido un módulo de primera mano para conocer el estado actual de los procesos en PROINAPSA-UIS, y facilitar el control de la gestión y la toma de decisiones orientada a la consecución de resultados propuestos.
- Para alcanzar los resultados planificados, es importante contar con la voluntad y disposición del personal, es por ello que las acciones de motivación y capacitación del personal fueron claves, a lo largo del proceso. Estas acciones aunque supeditadas o limitadas por el tiempo del personal, guardan un fuerte grado de correlación con el ambiente de trabajo, lo cual facilitó la inducción hacia un mayor interés e intervención del personal en el desarrollo del SGC de PROINAPSA-UIS.
- La ejecución del proyecto, favoreció la aplicación y adaptación de los contenidos teóricos obtenidos y el fortalecimiento de aspectos relacionados con el trabajo práctico -muy diferente a los desarrollados a través de la carrera de Ingeniería industrial por el trabajo día a día y el contacto directo con las personas-, particularmente, para la practicante fue una experiencia enriquecedora para su crecimiento personal, por las actividades desarrolladas y el tipo de servicios que prestados por la organización junto con la preparación, interdisciplinariedad y calidez de las personas que forman parte de ella.

## 7 OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- Como todos los sistemas, un SGC no permanece estático por mucho tiempo, o mejora o pierde su eficiencia, para obtener beneficios sostenibles, es necesario continuar revisando la adecuación del sistema al entorno y las necesidades cambiantes de la organización, realizando auditorías internas y estableciendo los cambios en el curso de acción para garantizar la eficacia e idoneidad del desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad. Puede contemplarse el uso de la norma NTC ISO 9004:2000, como metodología para la mejora.
- Se espera que el buen uso del SGC sea un vehículo para propiciar la participación activa, mejorar el ambiente de trabajo, y hacer más eficientes las acciones desde la dirección. PROINAPSA-UIS, debe comprometerse aún más con el Sistema de Gestión de la Calidad y lograr cambios visibles en el largo plazo.
- La documentación elaborada y el sistema de indicadores constituyen una herramienta para el apoyo a los procesos, no son el resultado final sino un producto inicial o punto de partida, y como tal se espera que continúe mejorando y reformando para lograr una mayor pertinencia, aprovechando el aprendizaje de la organización y las actualizaciones en materia de legislación para los sectores Salud y Educación.
- Para continuar el mantenimiento y mejoramiento del proyecto, es necesario aprovechar el potencial de los líderes naturales de la organización para que actúen en beneficio del sistema, por ello fue muy positivo haber vinculado a la coordinación de calidad, una persona perteneciente a la fundación, que con la formación y conocimiento de los requisitos del sistema, puede seguir apoyando la mejora del SGC.
- Se recomienda que en el futuro, existan responsables formales de la calidad de los proyectos, de forma que se “descentralice” y flexibilice más el SGC, para que cada proyecto controle los documentos del proyecto, coordine la generación y codificación de formatos específicos, y pueda regular las acciones correctivas y preventivas

emprendidas, adaptando el SGC, a sus necesidades específicas bajo la supervisión de la coordinación de calidad de la fundación.

- Se recomienda reajustar nuevamente el organigrama de la fundación, con el fin de reflejar en él, tanto a la responsable de Salud ocupacional de la organización, como a la responsable de la producción de material educacional, quien ha adquirido un reconocimiento generalizado como coordinadora, (participando aún en el equipo líder de coordinadoras).
- Aunque en el Manual de descripciones de cargos (M-PA-01) se enmarca el perfil de los cargos principales de la fundación, no se pudo establecer el perfil de los profesionales de apoyo a los proyectos (integrantes del equipo técnico), pues cada uno de ellos posee diferentes perfiles y responsabilidades de acuerdo a cada proyecto, por ello se colocó una descripción general de los profesionales de proyectos, pero se aclara que es necesario ser más específicos y definir funciones ó perfiles de forma independiente.
- Actualmente no se han generado mecanismos para evaluar el impacto posterior a la finalización de los proyectos, pues depende de las acciones subsiguientes llevadas a cabo por los clientes o entes externos a la fundación, pero se recomienda que en el futuro se busque identificar algunos mecanismos para realizar un seguimiento ulterior a la sostenibilidad de los proyectos en el largo plazo.
- El reto actual que enfrenta el Sistema de Gestión de la Calidad, es posicionarse como un elemento que hace parte del trabajo, y aislar el pensamiento de "ocuparse en ISO o en el SGC y luego en el trabajo", se deben diseñar nuevos mecanismos para continuar superando la resistencia de los nuevos trabajadores, manejar los espacios o tiempos disponibles, robustecer los canales de comunicación en ambas vías y no permitir que las personas se alejen del proceso.

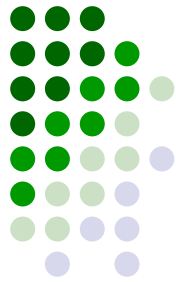
## 8 BIBLIOGRAFÍA

- HODSON, William. Maynard. Manual del Ingeniero Industrial. Tomo III México. Editorial McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A. – 1997.
- INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACION ICONTEC. Sistema de Gestión de Calidad. Fundamentos y Vocabulario NTC ISO 9000. Bogotá D.C. ICONTEC. 2000.
- INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. Sistema de Gestión de Calidad. Requisitos NTC ISO 9001. Bogotá D.C. ICONTEC. 2000.
- INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. Sistema de Gestión de Calidad. Directrices para la mejora del desempeño NTC ISO 9004. Bogotá D.C. ICONTEC. 2000.
- INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. Manual para las pequeñas empresas: Guía sobre la Norma ISO 9001: 2000, Santa Fe de Bogotá D.C. ICONTEC. 2001.
- INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. Sistema de Gestión de Calidad. Directrices para las auditorías de calidad NTC ISO 19011. Bogotá D.C. ICONTEC. 2002.
- Organización Internacional de Estandarización -ISO. Selección y uso de la tercera edición de las normas ISO 9000 Documento de orientación: ISO/TC 176/N 613. Octubre 2000. Traducción aprobada el 2001-05-31
- Organización Internacional de Estandarización -ISO. Orientación sobre el concepto y uso del “Enfoque basado en procesos” para los sistemas de gestión. Documento de

orientación: ISO/TC 176/SC 2/N 544R2. Diciembre 2003. Traducción aprobada el 2004-04-27

- Organización Internacional de Estandarización -ISO. Encuesta ISO certificados ISO 9000 e ISO 14000, en español. Publicado por ICONTEC. 2002
- Organización Internacional de Estandarización -ISO. Norma ISO 10006:1997. Gestión de la Calidad – Directrices para la calidad en la gestión de proyectos. 1997.
- Informe de direccionamiento estratégico FUNDACIÓN PROINAPSA-UIS, Diciembre 21 de 2004
- <http://www.uis.edu.co/site/investigacion/corporaciones/proinapsa/index.htm>
- <http://www.icontec.org.co>
- <http://www.dnv.es/news/isosurvey.asp>
- Pither, R., Duncan, W.R. (1998). ISO 10006: risky business. Project Management Partners, <http://www.pmpartners.com/resources/iso10006.html>.
- <http://www.senavirtual.edu.co>. Curso virtual de formación en Sistemas de Gestión de Calidad
- <http://www.senasantander.org> Curso virtual de formación en Sistemas de Gestión de Calidad
- INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Tesis y otros trabajos de grado. Bogotá: ICONTEC, 2001. 132 p. NTC. 1486.

**9 ANEXOS**



# ANEXO A

FORMATO  
DIAGNÓSTICO  
DEL SGC

**ANEXO A. DIAGNÓSTICO-EVALUACIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2000  
FUNDACIÓN PROINAPSA-UIS**

0 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

0.1 REQUISITOS GENERALES

0.1.1 Respecto a los procesos necesarios para la gestión de la empresa

P:

1

- Se han identificado y se han determinado las secuencias de interacción
- Se han determinado los criterios y medios necesarios para asegurar que las opciones realizadas y su control es eficaz
- Se asegura la disponibilidad de recursos e información para dar apoyo y efectuar el seguimiento
- Se realiza su medida, seguimiento y análisis

0.2 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN

0.2.1 ¿Cuáles de los siguientes documentos contempla sus SGC?

P:

2

- Declaración de la política y los objetivos de calidad
- Manual de calidad
- Procedimientos de calidad
- Los documentos y registros requeridos por la empresa para la planificación, realización y control eficaz de los procesos

0.2.2 ¿Disponen de un manual de calidad?

P:

3

- Sí, e incluye una descripción de la interacción de los procesos del SGC de la empresa
- Sí, pero no incluye una descripción de la interacción de los procesos del SGC de la empresa
- No, pero está en fase de elaboración
- No

0.2.3 ¿Tienen definidas las responsabilidades para la gestión (elaboración, aprobación, etc.? De los diferentes documentos de su SGC

P:

4

- Sí, las responsabilidades están perfectamente definidas
- No, cuando es necesario emitir estos documentos se asignan responsabilidades

0.2.4 Los documentos de su SGC:

P:

5

- Están todos debidamente autorizados (firmas, etc.) por sus responsables
- Están solo aprobados en algunos casos
- Generalmente no están autorizados

0.2.5 ¿Han definido la manera de distribuir a sus destinatarios los documentos que elaboran y los eternos, incluidos los planos?

P:

6

- Sí, mediante hojas de distribución, justificantes de recepción o mecanismos equivalentes
- No

0.2.6 Las personas a quien se hacen llegar los documentos:

P:

7

- Sólo tienen a su alcance la edición en vigor
- A veces, detectamos la presencia de documentos que ya están fuera de uso

0.2.7 ¿Disponen de una lista actualizada de los documentos en vigor del Sistema que afecten a la calidad?

- P: 8
- Sí, disponemos de listas actualizadas
  - Sí, pero no está actualizada o no refleja los documentos que tenemos
  - No disponemos de ninguna lista
- 0.2.8 Cuando hace falta modificar algún documento del Sistema:  
P: 9
- Tenemos definida la forma de hacerlo, así como también sus responsables
  - Está definido como hacerlo, pero las responsabilidades se asignan cuando se produce una modificación concreta
  - No hemos considerado la manera de hacerlo ni sus responsabilidades
- 0.2.9 ¿Han fijado el tiempo de archivo de los documentos obsoletos o anulados?  
P: 10
- Sí
  - No
- 0.2.10 ¿Está definido el tratamiento que hay que seguir con los datos facilitados por sus clientes (especificaciones, planos, croquis)?  
P: 11
- Sí
  - No
- 0.2.11 ¿Los documentos de origen externo están identificados y su distribución está controlada?  
P: 12
- Sí, se relacionan y su distribución es similar a la empleada con la documentación del SGC
  - Parcialmente, hay planos, croquis y/o especificaciones de los clientes que no están controlados
  - No, es el cliente quien debe controlar su documentación
- 0.2.12 ¿Tienen definido por escrito un procedimiento donde se expliquen los criterios para codificar, identificar, recoger, clasificar, archivar y acceder a los diferentes registros de calidad?  
P: 13
- Sí, e incluye los de origen externo
  - Parcialmente
  - No, es el cliente quien debe controlar su documentación
- 0.2.13 La responsabilidad de archivo de cada registro  
P: 14
- Está definida y documentada
  - Está definida pero no documentada
  - No está definida
- 0.2.14 Los registros de los datos están soportados:  
P: 15
- Informáticamente o en papel, según los casos
  - Sólo en papel
- 0.2.15 El acceso a los datos introducidos informáticamente:  
P: 16
- Está restringido a los responsables definidos para cada actividad mediante códigos de acceso, claves de identificación
  - Sólo puede acceder el personal técnico, sin ninguna restricción
  - No tiene restricciones
- 0.2.16 ¿Las claves de acceso diferencian si son a nivel de creación, escritura o modificación?  
P: 17
- Sí

No

0.2.17 ¿Está definida la gestión de copias de seguridad?

P: 18

- Sí, está designado un responsable, la frecuencia, la identificación de las copias de seguridad, el número de copias a realizar, las áreas donde se guardan y su protección, el plan de recuperación de la información perdida
- Parcialmente, cuando los usuarios consideran que ya hay suficiente información, efectúan alguna copia de seguridad
- No

0.2.18 ¿Hay un plan de protección antivirus?

P: 19

- Sí, está designado el responsable, la frecuencia de verificación de inexistencia de virus y el plan de actualización del programa.
- Parcialmente
- No

0.2.19 ¿Se ha fijado un tiempo mínimo de conservación de todos los registros de calidad?

P: 20

- Sí
- No

## 1 RESPONSABILIDAD POR LA DIRECCIÓN

### 1.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN

1.1.1 La dirección, ¿Ha comunicado a todo el personal la importancia de satisfacer los requisitos de los clientes y los reglamentarios?

P: 21

- Sí, lo ha comunicado por escrito
- Sí, pero no lo ha definido por escrito
- No

### 1.2 ENFOQUE AL CLIENTE

1.2.1 ¿Se ha hecho un análisis de la tipología de los clientes?

P: 22

- Sí, la dirección ha hecho un análisis documentado de los clientes actuales y potenciales
- Se conoce pero no está documentado
- No

1.2.2 ¿Se han determinado las características clave de sus productos y servicios para los clientes finales?

P: 23

- Sí, las características clave están identificadas y documentadas
- Se conocen, pero no están documentadas
- No

1.2.3 ¿Se han identificado a los competidores y se han evaluado comparándolos con su empresa?

P: 24

- Sí, se han identificado de manera documentada los aspectos de calidad, precio y fechas de entrega y se han comparado con la competencia
- Sí, se conocen por parte de la dirección, de estudios / presupuestos y del departamento comercial, pero no de manera documentada
- No

1.2.4 ¿Se han identificado los puntos débiles y los puntos fuertes de la empresa en relación a la competencia y a las amenazas y oportunidades que tiene su empresa?

P: 25

- Sí se ha hecho por parte de la dirección y ha quedado documentado
- Sí, se conocen pero no está documentado
- No

1.2.5 La dirección ¿Ha determinado las necesidades y expectativas de los clientes?

P: 26

- Sí, se determinan como consecuencia de los puntos anteriores
- Sí, pero no se documentan
- Se hace los que le piden los clientes, sin mas
- No

1.2.6 ¿Se determinan las obligaciones referidas al producto, incluyendo los requisitos legales y reglamentarios?

P: 27

- Sí, a pesar de que el cliente no lo especifique en el pedido
- Sólo cuando está especificado en el pedido

### 1.3 POLÍTICA DE CALIDAD

1.3.1 La dirección con responsabilidad ejecutiva, ¿ha definido su política y objetivos genéricos en materia de calidad?

P: 28

- Sí, los ha definido y además por escrito
- Sí, pero no los ha definido por escrito
- No

1.3.2 Esta política y objetivos en materia de calidad:

P: 29

- La conocen todos los trabajadores de la empresa
- Solo la conocen los directivos y mandos
- No se ha difundido a ningún miembro de la organización

### 1.4 PLANIFICACIÓN

1.4.1 ¿Fija periódicamente, la dirección ejecutiva de la empresa, unos objetivos de calidad?

P: 30

- Sí, para todos los niveles de la empresa
- Sí, pero sólo en ciertos departamentos
- No

1.4.2 ¿Los objetivos de calidad son coherentes con la política y son medibles?

P: 31

- Sí
- Hay objetivos coherentes con la política pero no todos son medibles
- Hay objetivos pero no son coherentes con la política
- No

1.4.3 ¿Se identifican, planifican y documentan los recursos necesarios para conseguir los objetivos?

P: 32

- Sí
- Se identifican, pero no se planifican ni se documentan
- No

### 1.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN

1.5.1 ¿Han definido por escrito el organigrama de la empresa?

P: 33

- Sí
- No

1.5.2 Las responsabilidades del personal de su empresa que realiza tareas que influyen en la calidad de sus productos

P: 34

- Están definidas por escrito, a todos los niveles de la organización
- Están definidas por escrito, pero sólo a nivel de directivos y mandos
- No están definidos por escrito

1.5.3 ¿Ha designado la dirección de la empresa a un representante que asegure que se ponen en práctica los procedimientos y procesos definidos para garantizar la calidad?

P: 35

- No
- Sí, pero este representante no forma parte del equipo directivo de la empresa
- Sí y este representante forma parte del equipo directivo de la empresa

1.5.4 ¿Hay establecido un sistema para la comunicación interna de los requisitos de la calidad, los objetivos y su cumplimiento?

P: 36

- Sí se hacen reuniones de trabajo y hay un panel donde se pone la información sobre los requisitos de calidad, los objetivos y su seguimiento
- Se hacen reuniones de trabajo, se hace el seguimiento del cumplimiento de los objetivos, pero no se pone la información en el panel.
- Se hacen reuniones de trabajo, se hace el seguimiento del cumplimiento de los objetivos, pero no se pone la información en el panel.
- Se hacen reuniones de trabajo, pero no se pone la información en el panel
- No

## 1.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

1.6.1 ¿Se hacen revisiones del sistema de gestión de calidad por la dirección?

P: 37

- Sí, están planificadas y a intervalos definidos, con un orden del día preestablecido para revisar la eficacia del Sistema de calidad establecido y se realiza acta de la reunión
- Sí, se hacen cuando hay problemas
- No

1.6.2 ¿La dirección de la empresa revisa que la organización, procedimientos, procesos, objetivos de calidad, etc.? ¿Continúan siendo adecuados para satisfacer a sus clientes y consumidores?

P: 38

- Sí, la dirección hace la revisión y se elabora un informe
- Sí, la dirección hace la revisión pero no se documenta
- Se efectúa una revisión, pero no la hace la dirección
- No se hace la revisión

1.6.3 ¿Cuáles de los puntos siguientes incluye la revisión periódica del sistema?

P: 39

- Revisión de los resultados de auditorías
- Reclamaciones y quejas de los clientes
- Las no conformidades
- Las acciones correctivas y preventivas
- Seguimiento de las acciones tomadas en reuniones anteriores
- Seguimiento de los proveedores

- Revisión de los objetivos (indicadores de calidad)
- Puntos que pueden afectar el sistema de gestión de la empresa
- Otros

1.6.4 ¿Cuáles de los puntos siguientes incluye el resultado de la revisión por dirección?

P: 40

- Mejora del sistema de gestión y sus procesos
- Mejora del producto
- Necesidad de recursos

## 2 GESTIÓN DE LOS RECURSOS

### 2.1 PROVISIÓN DE LOS RECURSOS

2.1.1 ¿Hay una planificación de la asignación de los recursos relacionados con la implantación y mejora del sistema de calidad y la satisfacción de los clientes?

P: 41

- Sí, para cada objetivo de la empresa se realiza la correspondiente planificación de actividades y la asignación de los recursos
- Los recursos se asignan con carácter general
- No

### 2.2 RECURSOS HUMANOS

2.2.1 ¿Tienen una descripción escrita de las competencias de los puestos de trabajo que pueden influir en la calidad?

P: 42

- Sí
- Sólo de los mas importantes
- No

2.2.2 ¿Han utilizado últimamente actividades de formación del personal?

P: 43

- Sí
- No

2.2.3 ¿En qué casos de los planteados a continuación se realizan actividades de formación o entrenamiento de personal?

P: 44

- En caso de incorporación de una nueva persona a un puesto de trabajo de la empresa
- Cuando se modifica el proceso productivo, cuando se utilizan nuevos materiales, encargamos nuevas máquinas, etc.
- De manera continuada durante el desarrollo de sus actividades
- A partir de la oferta de realización de cursos por parte de entidades del sector

2.2.4 ¿Disponen de una operativa definida para detectar las necesidades de formación del personal que realiza actividades relacionadas con la calidad?

P: 45

- Sí
- No

2.2.5 Sobre la base de las necesidades de formación / entrenamiento detectadas:

P: 46

- Elaboramos un programa de formación
- No programamos las actividades de formación, a pesar de que ocasionalmente se realizan actividades de formación

2.2.6 De las actividades de formación / entrenamiento realizadas, ¿se evalúa la efectividad de la formación recibida?

P: 47

- Sí
- A veces
- No

2.2.7 ¿Se hacen sesiones para tomar conciencia de la importancia de las actividades que se realizan y cómo contribuyen a la consecución de los objetivos de calidad?

P: 48

- Sí
- No

2.2.8 De las actividades de formación / entrenamiento realizadas, ¿Queda el correspondiente registro?

P: 49

- Sí
- A veces
- No

### 2.3 INFRAESTRUCTURA

2.3.1 ¿Están identificados los equipos, instalaciones y áreas que son necesarios para conseguir la conformidad del producto?

P: 50

- Sí
- Parcialmente
- No

2.3.2 ¿Hay un plan de mantenimiento de los equipos, instalaciones y áreas que son necesarios para conseguir la conformidad del producto?

P: 51

- Sí
- Parcialmente
- No

### 2.4 AMBIENTE DE TRABAJO

2.4.1 ¿Están identificados los factores físicos (ejemplo: temperatura, humedad, grado de limpieza, condiciones de luz, ruido, etc.) del entorno de trabajo necesarios para conseguir la conformidad del producto?

P: 52

- Sí
- Parcialmente
- No

2.4.2 ¿Se controlan los factores físicos identificados en el punto anterior?

P: 53

- Sí
- Parcialmente
- No

## 3 REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO

### 3.1 PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO

3.1.1 ¿Cuáles de los puntos siguientes se determinan a la hora de planificar los procesos?

P: 54

- Los objetivos de calidad

- Los subprocesos y los recursos
- Las actividades de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayo y los criterios de aceptación
- Los registros que demuestran que los procesos y el producto cumplen con los requisitos

### 3.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE

3.2.1 ¿Por cuáles de los siguientes medios se reciben los pedidos de sus clientes?

P: 55

- Escrito
- De palabra
- Otros

3.2.2 Los pedidos recibidos en un primer momento de palabra:

P: 56

- Se comunica la aceptación y condiciones al cliente por escrito
- No queda constancia escrita

3.2.3 Los pedidos recibidos de los clientes

P: 57

- Se revisan antes de aceptarlos para ver si todos los datos están claramente definidos y podemos cumplir lo que nos piden
- En principio aceptamos todos y después si tenemos algún problema llamamos al cliente

3.2.4 Indique qué requisitos relacionados con el producto se determinan a la hora de realizar la revisión

P: 58

- Los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los de entrega y los de servicio postventa
- Los requisitos necesarios para el uso previsto del producto
- Los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto
- Los requisitos propios determinados por la empresa

3.2.5 Cuando su empresa o los clientes modifican algún dato de los contenidos inicialmente el pedido:

P: 59

- Lo acepta la misma persona que la recepciona
- Se comunica al responsable asignado en la organización para que decida
- No están asignadas las responsabilidades

3.2.6 Antes de la firma del contrato, ¿Se ponen por escrito los puntos o modificaciones realizados respecto a los requerimientos iniciales formulados por los clientes?

P: 60

- Generalmente, sí
- A veces
- Normalmente, No

3.2.7 Una vez iniciada la realización del producto, ¿Se ponen por escrito los puntos o modificaciones realizados respecto a los requerimientos iniciales formulados por los clientes?

P: 61

- Generalmente, sí
- A veces
- Normalmente, No

3.2.8 ¿Se mantienen evidencias (registros) de las revisiones de requisitos y de las acciones que se derivan?

P: 62

- Sí
- A veces

- Normalmente, no

### 3.3 DISEÑO Y DESARROLLO

3.3.1 ¿El tipo de actividad de su empresa implica la realización de actividades de diseño / desarrollo de nuevos productos o procesos?

P: 63

- Sí  
 No

3.3.2 ¿Se efectúan planificaciones por escrito de las actividades que hace falta desarrollar en un proyecto de diseño?

P: 64

- Sí, asignado claramente las fases y sus responsables  
 Sí, pero sin definir las responsabilidades  
 No, las planificaciones son verbales  
 No se efectúa ninguna planificación previo de las actividades que hay que realizar

3.3.3 Los requerimientos iniciales que han de cumplir los nuevos productos

P: 65

- Se ponen por escrito, incluyendo las reglamentaciones y normas que apliquen  
 Se ponen por escrito, pero no se incluyen las reglamentaciones y normas  
 Son verbales

3.3.4 ¿Se revisa por escrito el avance del proyecto mediante reuniones, circulación de informes, etc.?

P: 66

- Sí  
 Se realizan revisiones pero los acuerdos son verbales  
 Generalmente no se realizan revisiones de los proyectos

3.3.5 En estas revisiones del proyecto intervienen:

P: 67

- Representantes de todas las funciones implicadas (compras, producción, I+D, etc.)  
 Sólo técnicos del departamento de I+D

3.3.6 Los documentos finales de un proyecto de diseño (especificaciones, planos, etc.)

P: 68

- Son revisados antes de su aprobación  
 No son revisados antes de su aprobación

3.3.7 ¿Se valida el diseño?

P: 69

- Sí  
 Solo cuando lo especifica el cliente  
 No

3.3.8 ¿Los puntos y modificaciones que se realizan sobre un diseño quedan documentados y aprobados por personal autorizado?

P: 70

- Sí  
 Se documentan, pero no hay constancia de su aprobación  
 No

### 3.4 COMPRAS

3.4.1 Las compras de materiales, productos y componentes

P: 71

- Se documentan y se envían por escrito a nuestros proveedores
- Se documentan pero el contacto con el proveedor se hace telefónicamente
- Se hacen solo telefónicamente sin quedar documentadas

3.4.2 ¿Antes de emitir un pedido o un contrato con un proveedor, alguna persona de la empresa la revisa para comprobar que está perfectamente definido el producto o servicio que se solicita?

P: 72

- Sí, los pedidos y contratos con los proveedores son sistemáticamente revisados y aprobados
- No se realiza esta revisión

3.4.3 Los requisitos de embalaje, etiquetaje, transporte de materiales y productos

P: 73

- Generalmente los definimos nosotros y los enviamos a nuestros proveedores para su aceptación
- Aceptamos las condiciones establecidas por nuestros proveedores
- Cualquiera de los puntos anteriores, según los casos
- Algunos de ellos (embalaje, etiquetaje) no están definidos por escrito

3.4.4 Se dispone de algún documento que explique cómo se realizan las compras de materiales y productos y la subcontratación de servicios (transporte, mantenimiento, calibrage, etc.) a terceros

P: 74

- Sí
- Sí, pero no tiene en cuenta todos los suministros que realizamos
- No

3.4.5 ¿Se han definido por escrito los métodos para evaluar, aprobar y seleccionar sus proveedores y subcontratistas?

P: 75

- Sí
- No en todos los casos
- No

3.4.6 ¿Se realiza un seguimiento y evaluación periódica de los suministradores?

P: 76

- Sí, pero sólo a los proveedores de materias primas
- Sí, tanto de los proveedores de materias primas como de servicios
- Generalmente no se realiza un seguimiento continuado de nuestros proveedores

3.4.7 ¿Se dispone de algún documento que explique qué métodos se hacen servir para evaluar a sus suministradores (tanto de productos como de servicios)?

P: 77

- Sí
- Sí, pero no tiene en cuenta todos los proveedores y subcontratistas que tenemos
- No

3.4.8 ¿Se dispone de una lista de los proveedores/ subcontratistas aceptados por la empresa?

P: 78

- Sí
- Sí, pero no está actualizado o es incompleto
- No

3.4.9 ¿Se inspeccionan en los locales de sus proveedores las materias primas o productos que les suministran?

P: 79

- Sí, y se define este hecho en los documentos de compra que enviamos a nuestros proveedores.
- Sí, pero este requisito no está contemplado en nuestros documentos de compra
- No

### 3.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO

3.5.1.1 ¿Se controla alguna característica (temperatura, presión, humedad, etc.) durante el proceso de producción?

- P: 80
- Sí
  - No

3.5.1.2 Se tienen definidos qué controles (parámetros, frecuencia, métodos, responsables) se efectúan:

- P: 81
- Sí
  - Sólo en algunos casos
  - No

3.5.1.3 ¿Se registran los datos obtenidos en los controles (temperatura, presión, etc.) que se realizan en los procesos de fabricación?

- P: 82
- Sí
  - No todas
  - No

3.5.1.4 ¿Se dispone por escrito de instrucciones de trabajo, que describan las actividades críticas que pueden influir en la calidad final del producto?

- P: 83
- Sí
  - No para todas las actividades críticas
  - No, ya que las instrucciones son verbales

3.5.1.5 El personal de las operaciones de producción o servicio

- P: 84
- Tienen a su alcance las instrucciones escritas para poder desarrollar correctamente su trabajo
  - No tienen cerca estas instrucciones pero las conocen

3.5.1.6 ¿Se documentan las actividades de mantenimiento que se realizan?

- P: 85
- Sí, mediante órdenes, albaranes, hojas de trabajo, etc.
  - No todas
  - En la mayoría de casos no tenemos constancia escrita de las actividades realizadas

3.5.1.7 ¿Se ofrece un servicio postventa contractual sobre los productos que comercializan?

- P: 86
- Sí
  - No

3.5.1.8 ¿Se dispone de algún documento que explique el tipo de servicio postventa que realizan?

- P: 87
- Sí, y su contenido coincide con lo que realmente se hace
  - Sí, pero su contenido no se ajusta totalmente al servicio que ofrecemos
  - No

3.5.2.1 Cuando se modifica un proceso de fabricación o se adquiere una nueva maquinaria

- P: 88
- Cualificamos previamente el equipo y el método antes de comenzar los trabajos
  - Cualificamos el personal que trabaja con la maquinaria mencionada
  - Cualificamos tanto la maquinaria, el método como el personal
  - No consideramos necesaria esta cualificación

3.5.3.1 Se identifican las materias primas, productos semielaborados, etc., con un número de lote, código o algún método similar

P: 89

- No
- No, aunque lo hemos pensado ante algunas reclamaciones que hemos recibido
- Sí, cuando se trata de un producto clave o crítico
- Sí, en los casos que podemos
- Sí, en todos los casos

3.5.3.2 ¿Se explica en algún documento qué métodos se hacen servir para identificar las materias primas, semi-elaboradas y productos?

P: 90

- Sí
- No

3.5.3.3 El método que se ha definido en su empresa para identificar las materias primas, semielaboradas y productos:

P: 91

- Está totalmente implantado
- Se realiza en función del personal que ejecuta el trabajo
- No está implantado en líneas generales

3.5.3.4 ¿Algún cliente les pide que definan un método para poder reconstruir, en caso de reclamación o queja, el historial de la fabricación de sus productos?

P: 92

- Sí
- No nos lo piden, pero lo hacemos
- No

3.5.3.5 ¿Se han definido por escrito el alcance y el método para poder reconstruir este historial?

P: 93

- Sí
- No

3.5.3.6 ¿Se identifica el estado de inspección de los productos (aceptado, rechazado, pendiente de inspección, etc.)?

P: 94

- Sí, poniendo etiquetas sobre los materiales recibidos ubicándolos en zonas determinadas
- No, en todos los casos
- Generalmente, no

3.5.3.7 La manera de identificar las materias primas, productos finales, etc.

P: 95

- No está definida por escrito
- Está definida por escrito

3.5.3.8 La identificación del estado de inspección de los productos (aceptado, rechazado, pendiente, etc.) descrita en los documentos:

P: 96

- Está totalmente implantado en nuestra empresa
- Está parcialmente
- No está implantado

3.5.4.1 Cuando algún cliente les proporciona cierto material, ingrediente o envase para incorporar a su producto final, el trato que hay de seguir:

P: 97

- Los tenemos documentado

- No lo tenemos documentado
- En nuestra empresa no se da este caso

3.5.4.2 Cuando los materiales suministrados por sus clientes se deterioran:

P: 98

- Se lo comunican por escrito
- Se lo comunican verbalmente
- No se lo comunican

3.5.5.1 Los métodos de manipulación de las materias primas, semi-elaboradas y productos, que eviten el posible deterioro:

P: 99

- Están definidos documentados
- Están definidos, pero no documentados
- No están establecidos, a pesar de que manipulamos los productos

3.5.5.2 Se tienen establecidas las condiciones de almacenaje (zonas, aspectos ambientales, etc.)

P: 100

- Sí, están definidas documentadas
- Están definidas, pero no documentadas
- No están definidas

3.5.5.3 ¿Se realizan revisiones periódicas de los almacenes para comprobar el estado de los materiales?

P: 101

- Sí, y se realizan por escrito mediante informes, listas de comprobación etc.
- Sí, pero no se documentan
- No
- No lo consideramos necesario por la alta rotación de stocks

3.5.5.4 ¿Está establecido por escrito quién puede autorizar la entrada y salida de los productos de los almacenes?

P: 102

- Sí
- No

3.5.5.5 Los métodos para envasar y embalar los productos finales

P: 103

- Están definidos y documentados
- Están definidos pero no documentados
- No están definidos
- El tipo de actividad que desarrollamos no requiere envases ni embalajes

### 3.6 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDIDA

3.6.1 ¿Se dispone de dispositivos de seguimiento y de medida para inspeccionar y verificar las características que influyen en la calidad final del producto?

P: 104

- Sí.
- No.
- No aplicable

3.6.2 ¿Se tiene elaborada una lista / inventario de estos dispositivos?

P: 105

- Sí
- No

3.6.3 ¿Se han definido para cada dispositivo el tipo de control que se debe realizar?

P: 106

- Sí
- Sólo en algunos casos
- No

3.6.4 El control al que someten estos dispositivos:

P: 107

- Sigue una periodicidad definida previamente.
- Se realiza sólo cuando disponemos de tiempo o lo creemos conveniente
- Se realiza sólo cuando detectamos algún problema con los equipos.

3.6.5 Los dispositivos que se utilizan para controlar las características de las materias primas y productos:

P: 108

- Los calibramos todos en laboratorios de calibrage reconocidos.
- Los calibramos todos nosotros mismos, mediante patrones y/ o equipos certificados.
- Los calibramos nosotros mismos o los enviamos fuera, según los casos.
- Les hacemos sólo un ajuste, mantenimiento o conservación.

3.6.6 ¿Para el calibrage que realizan ustedes mismos, se dispone de métodos documentados que describan cómo hay que hacerlo?

P: 109

- Sí.
- Sólo en algunos casos.
- No.

3.6.7 ¿Ponen por escrito los resultados obtenidos en el calibrage?

P: 110

- Sí, siempre.
- Sólo en algunos casos.
- No.

3.6.8 ¿Se conoce la incertidumbre de los aparatos que calibran?

P: 111

- Si.
- Según los casos.
- No.

3.6.9 ¿Se identifican de alguna manera que un dispositivo se encuentra dentro de un periodo de calibrage establecido, o que está pendiente de calibrage o reparación?

P: 112

- Sí, mediante etiquetas sobre los dispositivos.
- Sí, en un listado de dispositivos o similar.
- No.

## 4 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

### 4.1 GENERALIDADES

4.1.1 Las actividades de medida y seguimiento que se realizan para cumplir los requisitos relativos a la calidad

P: 113

- Se planifican con anticipación y quedan documentadas.
- Se planifican pero no se documentan.
- Se desarrollan sin seguir una planificación previa.

4.1.2 ¿Se han analizado la necesidad de aplicar técnicas estadísticas en su empresa?

114

- Sí, y hemos visto que era necesario.
- Sí, y hemos considerado que no era necesario.
- No.

## 4.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

4.2.1.1 Las actividades de medida de la satisfacción del cliente:

P: 115

- Las planificamos con anticipación y quedan documentadas.
- Se desarrollan sin seguir una planificación previa.

4.2.1.2 ¿Se hace un seguimiento de la información sobre la satisfacción del cliente?

P: 118

- Sí
- Sólo a veces.
- No.

4.2.2.1 ¿Se realizan auditorías Internas de la calidad?

P: 117

- Sí, en todos los departamentos (compras, producción, calidad, etc.) que influyen en la calidad del producto.
- Sí, pero no en todos los departamentos.
- No.

4.2.2.2 ¿Las auditorías se desarrollan siguiendo la metodología descrita en algún documento preestablecido?

P: 118

- Sí
- No.

4.2.2.3 ¿Se programan con anterioridad (fechas, departamentos, auditorías) las auditorías que se realizan?

P: 119

- Sí, informando a los departamentos que hay que auditar.
- No.

4.2.2.4 ¿Se reflejan por escrito los resultados de la auditoría y los transmiten al responsable del departamento auditado?

P: 120

- Si.
- No.

4.2.2.5 ¿El personal que realiza auditorías internas, es independiente jerárquicamente del área auditada?

P: 121

- Si.
- No.

4.2.2.6 ¿Después de las auditorías, se definen acciones para corregir los problemas detectados?

P: 122

- Sí. Estas acciones se ponen por escrito y se realiza un seguimiento sobre su implantación y eficacia.
- Sí, pero las acciones no quedan reflejadas por escrito.
- No.

4.2.2.7 ¿Se han definido los requisitos que piden a las auditorías de calidad de su empresa?

P: 123

- Sí.
- No.

4.2.3.1 ¿Se realizan inspecciones sobre el proceso de producción?

P: 124

- Sí.
- En algunos casos.
- No.

4.2.3.2 ¿Para realizar estas inspecciones y verificaciones se dispone de documentos (planes de control, instrucciones de inspección, etc.) que expliquen qué, cuándo, cómo, se debe comprobar?

P: 125

- Sí
- En algunos casos.
- No.

4.2.3.3 ¿Se aplican técnicas estadísticas para verificar la capacidad de sus procesos?

P: 128

- Sí.
- No.

4.2.3.4 ¿Se dispone de instrucciones que expliquen cuando y cómo han de se utilizadas estas técnicas estadísticas?

P: 127

- Sí
- No

4.2.4.1 ¿Se realizan inspecciones, ensayos, etc., sobre productos en curso de fabricación?

P: 128

- Sí
- Sólo ocasionalmente
- No

4.2.4.2 ¿Se realizan inspecciones, ensayos, etc., sobre productos en curso de fabricación?

P: 129

- Sí
- Sólo ocasionalmente
- No

4.2.4.3 ¿Se realizan inspecciones, ensayos, etc., sobre los productos finales?

P: 130

- Sí
- Sólo ocasionalmente
- No

4.2.4.4 ¿Para realizar estas inspecciones y ensayos, se dispone de documentos (planes de control, instrucciones de inspección, etc.) que expliquen qué, cuándo, cómo se debe proceder en cada momento?

P: 131

- Sí
- En algunos casos
- No

4.2.4.5 Las inspecciones y ensayos que se realizan:

P: 132

- Se ajustan a lo que hemos definido en nuestros documentos.
- A veces no coinciden con el contenido de estos documentos.
- No coinciden, generalmente, con lo que hemos definido en nuestros documentos.

4.2.4.6 Los criterios de aceptación o de rechazo de cada inspección / ensayo (valor y tolerancia)

P: 133

- Están todos definidos por escrito.
- En algunos casos falta un poco más de definición.
- A menudo no están definidos.

4.2.4.7 Los resultados de las inspecciones y ensayos realizados sobre las materias primas, los productos intermedios y productos finales:

P: 134

- Se ponen siempre por escrito.
- Se documentan sólo ocasionalmente.
- Generalmente no se ponen por escrito.

4.2.4.8 Los registros de las inspecciones y ensayos realizados:

P: 135

- Están identificados con la firma y / o nombre de la persona responsable.
- No reflejan la identidad de las personas responsables.

### 4.3 CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME

4.3.1 ¿Se dispone de un documento que describa la manera de actuar ante la aparición de productos fuera de especificaciones?

P: 136

- Sí
- No

4.3.2 Las responsabilidades para evaluar y decidir el trato de los productos que han salido fuera de los límites de especificaciones:

P: 137

- Están claramente definidas por escrito.
- No están definidas por escrito, pero sabemos que es siempre responsabilidad del departamento en cada caso.

4.3.3 Cuando aparece algún producto fuera de especificaciones:

P: 138

- Se indica por escrito la decisión tomada y las disposiciones que se han aplicado.
- No se documenta en ningún informe.

4.3.4 ¿Una vez reparado o reprocesado un producto no conforme, se inspecciona nuevamente según los planes de control establecidos?

P: 139

- Sí siempre.
- Sólo sí va dirigido a un cliente importante.
- Nunca.

4.3.5 ¿Cuando se envía un producto fuera de especificaciones a los clientes, se pide antes la autorización?

P: 140

- Sí siempre.
- Sólo sí el cliente nos lo exige previamente.
- Algunas veces.
- Nunca.

4.3.6 ¿Se tiene documentado un procedimiento de atención y resolución de las reclamaciones que formulen los clientes y consumidores sobre la calidad de los productos o servicios?

P: 141

- Sí
- No

4.3.7 Las reclamaciones recibidas de los clientes:

P: 142

- Son registradas en un informe, indicando la investigación realizada y la respuesta final dada al cliente.
- No las ponemos por escrito.

4.4 ANÁLISIS DE LOS DATOS

4.4.1 Los datos generados en las actividades de medida y seguimiento

P: 143

- Se analizan para verificar si están dentro de las especificaciones y para identificar dónde pueden realizarse mejoras.
- Se analizan para comprobar si están dentro de especificaciones.
- No se analizan.

4.4.2 Los datos generados en las actividades de medida y seguimiento se analizan para proporcionar información sobre:

P: 144

- La satisfacción e insatisfacción del cliente.
- La conformidad con los requisitos del cliente.
- Las características de los procesos, productos y las tendencias.
- Los proveedores.

4.5 MEJORA

4.5.1.1 ¿Se planifican acciones de mejora continua?

P: 145

- Sí, periódicamente se planifican acciones de mejora continua.
- Sí, se hacen acciones de mejora continua, pero no de manera planificada.
- No.

4.5.1.2 En cuáles de los casos planteados a continuación se identifican oportunidades de iniciar proyectos de mejora de la calidad

P: 146

- A partir de los datos de: rechazos, re-procesos y reparaciones.
- A partir de los datos de: costos de calidad excesivos.
- A partir de los datos de: Insatisfacciones de los clientes, cómo por ejemplo: reclamaciones, quejas, Reparaciones, devoluciones, garantías, etc.
- A partir de los datos de: variaciones excesivas.

4.5.1.3 Qué técnicas, de las relacionadas a continuación, se utilizan para la mejora continua

P: 147

- Índice de capacidad (Cp , Cpk).
- Gráficos de control (Por variables y atributos).
- Diseño de experimentos (DOE).
- Coste de la calidad.
- Benchmarking.
- Análisis del valor.
- Poka-Yoke.
- Análisis de ppm.
- Técnicas de resolución de problemas.

4.5.2.1 Ante la frecuente repetición de un problema de calidad o problemas de calidad o problemas de gran trascendencia:

P: 148

- Se analizan las causas que lo han producido para evitar que vuelva a suceder en un futuro.
- Se resuelve el problema. pero no se investiga por qué ha sucedido. (pasar a la pregunta 152 si se elige ésta)

4.5.2.2 ¿Por cuál /es de los siguientes motivos decidimos emprender acciones para evitar o reducir la aparición de productos fuera de especificaciones?

P: 149

- Análisis de los productos rechazados, reclasificados, reparados, reprocesados durante nuestro proceso.
- Reclamaciones de los clientes.
- Problemas de calidad con los proveedores.
- Auditorias internas.

4.5.2.3 El proceso que es necesario seguir para definir, poner en práctica, supervisar y cerrar acciones que eviten o reduzcan la aparición de productos que no cumplan con las especificaciones:

P: 150

- Está definido por escrito.
- No está documentado.

4.5.2.4 Las acciones que se emprenden para eliminar o reducir las causas de los problemas de calidad:

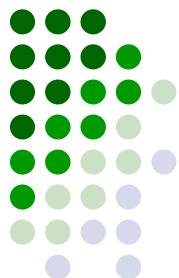
P: 151

- Están reflejadas en un informe, dossier, etc.
- No se ponen por escrito.

4.5.2.5 Los informes donde se definen estas acciones:

P: 152

- Permiten su seguimiento a fin de verificar si han sido eficaces o no.
- No contemplan su seguimiento.

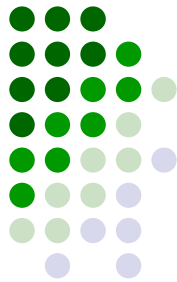


# ANEXO B

MATRIZ POLÍTICA  
DE CALIDAD

**ANEXO B. MATRIZ POLITICA DE CALIDAD PROINAPSA-UIS**

ELEMENTOS SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	FACTORES CLAVES DE EXITO					TRABAJO EN EQUIPO TRANSDISCIPLINARIO					EXPERIENCIA					INNOVACION PERMANENTE SERVICIOS Y PRODUCTOS					
	C 1	C 2	C 3	C 4	PROM	C 1	C 2	C 3	C 4	PROM	C 1	C 2	C 3	C 4	PROM	C 1	C 2	C 3	C 4	PROM	
	4,5	4,2	5	5	4,675	5	5	4	5	4,75	5	4,1	4	5	4,525						
	C 1	C 2	C 3	C 4	PROM	SUM	C 1	C 2	C 3	C 4	PROM	SUM	C 1	C 2	C 3	C 4	PROM	SUM			
COMPROMISO CON EL TRABAJO	5	4,5	4	3,5	4,5	21,0	5	3	2,25	3,5	3,4	16,2	4,7	4,5	1,33	2	3,5	15,9			
INTEGRALIDAD EN LA PROPUESTAS	5	5	4,5	5	4,8	22,6	5	4,5	4	5	4,5	21,4	5	4	4,33	4	4,4	20,1			
EXPERIENCIA Y SABERES	5	4,5	4,5	4	4,7	21,8	5	5	5	5	5,0	23,8	5	4	3,33	3	4,1	18,6			
ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO	5	5	3,25	5	4,4	20,6	5	4,5	4,66	4	4,7	22,4	4	3,5	2	3	3,2	14,3			
PROYECCION DE LA UNIVERSIDAD	4,2	3	4	2	3,7	17,5	5	3	5	4	4,3	20,6	5	3	3,66	4	3,9	17,6			
CALIDEZ DEL EQUIPO	3,5	5	2	3	3,5	16,4	2,5	5	2	2	3,2	15,0	2	4	1	1	2,3	10,6			
INNOVACION PERMANENTE	5	4,5	3	4	4,2	19,5	4	4	3	4	3,7	17,4	5	5	5	5	5,0	22,6			
LEGITIMIDAD (PERSP. DE LA ETICA)	4,5	4	2,25	4	4,9	23,0	3	4	1,66	2	2,9	13,7	3	3,5	1	1	2,5	11,3			
<b>TOTALES</b>						<b>162</b>						<b>151</b>						<b>131</b>			
ELEMENTOS SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	FACTORES CLAVES DE EXITO					EQUIPO HUMANO CALIFICADO					CALIDEZ EQUIPO HUMANO					FACILITADORES					TOTAL
	C 1	C 2	C 3	C 4	PROM	C 1	C 2	C 3	C 4	PROM	C 1	C 2	C 3	C 4	PROM	C 1	C 2	C 3	C 4	PROM	
	4,5	5	4,75	4	4,5625	4	4,5	5	4	4,375	5	4,1	4	4	4,275						
	C 1	C 2	C 3	C 4	PROM	SUM	C 1	C 2	C 3	C 4	PROM	SUM	C 1	C 2	C 3	C 4	PROM	SUM			
COMPROMISO CON EL TRABAJO	4,5	5	2	3,5	3,8	17,5	2,5	4	2	3	2,8	12,4	5	5	2	5	4,0	17,1	100,1		
INTEGRALIDAD EN LA PROPUESTAS	5	5	4,33	5	4,8	21,8	1	3	2,66	2	2,2	9,7	5	4,5	2	5	3,8	16,4	<b>112,0</b>		
EXPERIENCIA Y SABERES	5	5	5	5	5,0	22,8	1	3	1,33	4	1,8	7,8	5	5	4	5	4,7	20,0	<b>114,7</b>		
ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO	5	5	2	3	4,0	18,3	1	3,5	2	3	2,2	9,5	5	4,5	3,33	5	4,3	18,3	<b>103,4</b>		
PROYECCION DE LA UNIVERSIDAD	3,5	3,5	5	5	4,0	18,3	1	3	3,66	2	2,6	11,2	4	3	2,25	5	3,1	13,2	98,2		
CALIDEZ DEL EQUIPO	4,5	5	3,33	2	4,3	19,5	5	5	5	5	5,0	21,9	4	5	1,75	4	3,6	15,3	98,7		
INNOVACION PERMANENTE	5	5	4,33	4	4,8	21,8	1	3	1	2	1,7	7,3	3	5	2	4	3,3	14,3	<b>102,9</b>		
LEGITIMIDAD (PERSP. DE LA ETICA)	5	5	3	3	4,3	19,8	2,5	5	2	2	3,2	13,9	5	5	3,25	3	4,4	18,9	<b>100,5</b>		
<b>TOTALES</b>						<b>160</b>						<b>94</b>						<b>133</b>	830,4805		



# ANEXO C

MANUAL DE CALIDAD  
PROINAPSA-UIS


# SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



MANUAL DE CALIDAD  
M-PM-01  
2006

COPIA NO CONTROLADA



	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 3 de 27
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Versión: 1
		Código: M-PM-01

## 1 INTRODUCCIÓN

A escala mundial, los temas de salud han sido prioritarios en los debates sobre el programa de desarrollo de los países desarrollados. Diversas organizaciones en el ámbito mundial, han enfocado sus esfuerzos en estrategias de cooperación para mejorar las condiciones de salud de la población.


De igual forma, PROINAPSA-UIS, es una organización que ha propendido por el desarrollo las condiciones de salud integral, mediante programas, proyectos y servicios orientados a la promoción de la salud, prevención de enfermedades, formación y atención en el nivel primario de cuidados a las poblaciones menos favorecidas, como una proyección de la academia hacia la comunidad.

Conociendo el alto grado de importancia que merece el campo de la salud, y la necesidad de servicios que superen las expectativas de los clientes, PROINAPSA-UIS, decidió implementar un sistema de gestión de la calidad basado en la norma NTC ISO 9001:2000, a través del cual se espera aumentar la satisfacción de sus clientes mediante la mejora continua de sus procesos.

Uno de los primeros productos de esta implementación, es el presente manual de calidad, el cual se encuentra a disposición de cualquier interesado que desee conocer las generalidades de la fundación, su estructura y composición del Sistema de Gestión de la Calidad implementado en PROINAPSA-UIS.

<b>ELABORÓ:</b> Nombre: Alba Yaneth Rincón Fecha: Mayo 30 de 2006	<b>REVISÓ:</b> Nombre: Equipo líder Fecha: Junio 15 de 2006	<b>APROBÓ:</b> Nombre: Blanca P. Mantilla Fecha: Agosto 1 de 2006
---	---	---

COPIA NO CONTROLADA

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 4 de 27
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Versión: 1
		Código: M-PM-01

### **1.1 OBJETIVOS DEL MANUAL DE CALIDAD**

- Identificar el alcance del SGC, la presentación de la interacción de los procesos y las generalidades del sistema de gestión de la calidad de PROINAPSA-UIS.
- Dar cumplimiento a los requisitos de documentación que establece la norma ISO 9001:2000 y otras normas internacionales.
- Presentar los procesos estandarizados que se requieren según el alcance del SGC.

## **2 ABREVIATURAS**


- FUNDACIÓN PROINAPSA-UIS: Fundación para el Desarrollo de la Salud de la Universidad Industrial de Santander
- INSTITUTO PROINAPSA-UIS: Instituto de Programas Interdisciplinarios para la Atención Primaria de la Salud. (entidad ejecutora de los proyectos).
- SGC: Sistema de Gestión de la Calidad
- NC: No conformidad
- AC: Acción correctiva
- AP: Acción preventiva

## **3 GESTIÓN DEL MANUAL**

### **3.1 GENERALIDADES**

La adopción de un SGC es una decisión estratégica tomada por la dirección ejecutiva. El diseño y la implementación del SGC han sido emprendidos por el equipo líder de PROINAPSA-UIS atendiendo a las diferentes necesidades de clientes y partes interesadas, los objetivos, los procesos y servicios de la Fundación.

### **3.2 CONTROL DEL MANUAL**


	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 5 de 27
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Versión: 1
		Código: M-PM-01

Este manual es creado, actualizado y controlado por el coordinador de calidad de la fundación, su aprobación es responsabilidad de la directora Ejecutiva.

Se mantiene una copia controlada impresa y actualizada en coordinación de calidad, este mismo documento se puede consultar a través de las carpetas compartidas de los ordenadores conectados en red de la fundación, para garantizar un acceso fácil y oportuno.

Existen copias no controladas de este documento, que se distribuyen por solicitud de las partes interesadas, las cuales no se incluyen en el listado maestro de documentos, ni son actualizadas, cuando se realicen cambios al manual.

Cada vez que se detecte la necesidad de modificar el manual de calidad, debe realizarse la solicitud de mejora ante la coordinación de calidad, quien deberá revisar el manual e informar al equipo líder si se requieren cambios, para que se determine si se procede a realizar la modificación y se defina el responsable de efectuar dichos cambios. La actualización del documento debe hacerse de conformidad con el procedimiento para el control de documentos (P-PM-01).

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 6 de 27
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Versión: 1
		Código: M-PM-01

#### 4 PRESENTACIÓN DE PROINAPSA-UIS

La Fundación para el desarrollo de la salud de la Universidad Industrial de Santander PROINAPSA-UIS, es una empresa privada sin ánimo de lucro registrada ante la cámara de comercio.


##### 4.1 DATOS DOMICILIARIOS

- Dirección comercial:  
Carrera 32 N. 29-31 piso 3 Facultad de salud Barrio La Aurora  
Universidad Industrial de Santander  
Bucaramanga – Colombia
- Teléfonos. (7) 6450006, 6327611, 6327612  
6344000 ext. 3156, 3167, 3217, 3218
- Fax 6350472
- Correo electrónico: proinaps@uis.edu.co
- Apartado Aéreo 678

##### 4.2 RESEÑA HISTÓRICA

PROINAPSA – UIS nació en 1985 como un proyecto de Investigación – Acción, de carácter interdisciplinario para trabajar en Atención Primaria de la Salud desde la Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander.

Durante los seis primeros años de labores contó con el apoyo financiero de la Fundación W.K. Kellogg (USA), con la misión de contribuir al mejoramiento del estado de salud de la comunidad, dando prioridad a los estratos socioeconómicos más deprimidos, articulando recursos y esfuerzos con las Instituciones de Salud del Sector Oficial y grupos organizados de la comunidad.

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 7 de 27
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Versión: 1
		Código: M-PM-01

Con base en los éxitos y desarrollos obtenidos en la etapa de Proyecto (1985-1991), la Universidad Industrial de Santander decide en 1992 institucionalizar a PROINAPSA primero como Centro de Investigaciones y en 1994 como un INSTITUTO dentro de la nueva estructura organizacional de la Universidad Industrial de Santander.

Para acompañar su trabajo con una oportuna y eficiente gestión de los recursos y tener la agilidad requerida en todos los procesos de contratación, se creó en 1990 la Fundación para el Desarrollo de la Salud de la Universidad Industrial de Santander PROINAPSA-UIS, un ente privado, sin ánimo de lucro, con personería jurídica N° 17052 otorgada por el Ministerio de Salud de Colombia.


Actualmente ubicada en el tercer piso de la facultad de Salud de la UIS, nuestro propósito continúa siendo "el mejoramiento del estado de salud de las comunidades y el desarrollo del Sector Salud como una proyección de la Universidad a su entorno, a través de la investigación, la formación avanzada y la entrega de servicios".

Nuestro Objetivo es ser para el año 2010, una Institución Líder a nivel Nacional e Internacional en el Desarrollo de Programas y/o Proyectos de Promoción de la Salud a través de la Investigación, la Gestión, los procesos Educativos y de Comunicación, la Formación Avanzada, la Participación Comunitaria y la Coordinación Interinstitucional.

#### **4.3 NUESTRA MISIÓN**

Contribuir al desarrollo de la salud integral como un bien para la vida de las personas, a través de programas y proyectos de promoción de la salud, investigación y formación, que faciliten a los grupos humanos pensar acerca de lo que piensan, sienten y hacen sobre si mismos y su entorno, aportando así a la proyección de la Universidad Industrial de Santander a la comunidad.

Contamos con la experiencia y los saberes de un equipo humano consolidado y comprometido en la búsqueda permanente por ampliar su conocimiento e innovar su forma de actuar.

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 8 de 27
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Versión: 1
		Código: M-PM-01

#### **4.4 NUESTRA VISIÓN**

“PROINAPSA-UIS en el 2015 será una organización líder en el campo de la salud colectiva a nivel nacional e internacional a través de la innovación permanente de sus servicios y productos, la canalización de recursos de inversión, el uso de tecnología apropiada; manteniendo y mejorando los estándares de calidad establecidos, con el apoyo permanente de un equipo humano altamente cualificado y comprometido”


#### **4.5 NUESTROS VALORES**

- Creemos en las personas, en lo que saben, sienten y hacen para el desarrollo de su salud y su vida. Las personas son constructoras de su propia salud y de su propia vida.
- Buscamos y promovemos el trabajo en equipos transdisciplinarios donde conjugamos el aporte de diferentes disciplinas para el cumplimiento de nuestra misión.
- Capacidad de aprendizaje. Hacemos de nuestras acciones oportunidades de aprendizaje continuo que nos ayudan a ampliar nuestro conocimiento, innovar nuestra forma de actuar y responder proactivamente a los cambios del entorno.
- Asumimos el trabajo como una experiencia de vida, en donde se amplía la visión de ambientes familiares, laborales y sociales saludables.

#### **4.6 SERVICIOS**

##### **ÁMBITO GUBERNAMENTAL**

Con alcaldías, gobernaciones, ministerios y organismos nacionales e internacionales, PROINAPSA-UIS apoya la gestión en salud a través del diseño, ejecución, y evaluación en diversos programas y proyectos como:


	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 9 de 27
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Versión: 1
		Código: M-PM-01

- Estrategia Municipios Saludables.
- Estrategias de Información, Educación y Comunicación para la Salud.
- Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.
- Programas de atención primaria a la primera y segunda infancia.
- Proceso de descentralización de la salud en el municipio.
- Plan de Atención Básica (PAB).
- Programas de fomento de la salud sexual y reproductiva a diferentes grupos poblacionales.
- Planes de alimentación y nutrición.
- Programas para el fomento de estilos de vida saludables.
- Programas de convivencia pacífica.
- Vigilancia y control de los recursos públicos destinados a la salud.

### ÁMBITO LABORAL

Con los empresarios, trabajadores y las Administradoras de Riesgos profesionales (ARP) ofrecemos asesorías en la ejecución de programas que fortalezcan y mejoren las condiciones de salud y la creación de ambientes saludables en el ámbito laboral a través de:

- Diseño, implementación, evaluación y acompañamiento en los programas de salud ocupacional.
- Talleres para la promoción de la salud ocupacional y prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Talleres en legislación laboral y salud ocupacional, seguridad industrial, higiene ocupacional, medicina preventiva y del trabajo.
- Asesoría y acompañamiento a los comités paritarios de Salud ocupacional – COPASO.
- Exámenes médicos ocupacionales de ingreso, periódicos y de egreso.
- Asesoría para el diagnóstico y control de los riesgos laborales.
- Sistemas de vigilancia epidemiológica para el control de los riesgos laborales.

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 10 de 27
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Versión: 1
		Código: M-PM-01

### ÁMBITOS SERVICIOS DE SALUD


Con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) apoyamos el desarrollo y gestión de las acciones de Promoción de la Salud y prevención de las enfermedades contempladas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de :

- Asesoría en la implementación de programas de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad contemplados en el Plan Obligatorio de Salud-OPS.
- Diseño, ejecución y evaluación de Programas de Atención Primaria en Salud.
- Desarrollo de software para el control de gestión en Programa de Atención Primaria en Salud.

### ÁMBITO DE LA FORMACIÓN

Con los profesionales, tecnólogos y técnicos desarrollamos programas formativos, los cuales buscan cualificar su desempeño como personas que tienen la responsabilidad de promover la salud en todos los aspectos. Ofrecemos:

- Especialización en Comunicación Educativa para la Salud y el Bienestar.
- Diplomado en Ostión del Plan de Atención Básica – PAB.
- Diplomado e Comunicación en Salud.
- Diplomado en Gestión y Desarrollo de la Estrategia Escuelas Saludables.
- Diplomado en Comunicación Educativa para la Salud Sexual y Reproductiva.
- Diplomado en Modelos de Prevención de Riesgos en el Trabajo.
- Curso Taller Escuelas Saludables.
- Curso Taller Diseño de Estrategias de Información, Educación y Comunicación para la Salud.
- Curso Herramientas para la Implementación de la Iniciativa de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia
- Curso Herramientas para la Promoción de la Salud en el Ámbito Escolar.

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 11 de 27
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Versión: 1
		Código: M-PM-01

## ÁMBITO ESCOLAR

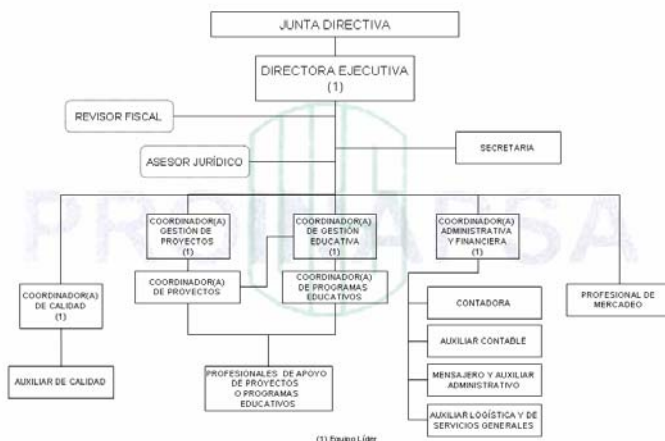
Trabajamos con las y los escolares en el fomento de su salud desde la institución educativa, a través de:


- Desarrollo de la Estrategia Escuelas Saludables.
- Diseño, ejecución y evaluación de programas de prevención y control de factores de riesgos dirigidos a escolares.
- Vigilancia Nutricional a Escolares a través del Software SIVINE.
- Producción del Complemento Nutricional NATURSOY.
- Diseño, ejecución y evaluación de programas de Complementación Nutricional.
- Diseño, ejecución y evaluación de programas de fomento de la salud sexual y reproductiva desde el ámbito escolar.
- Diseño, ejecución y evaluación de programas de promoción de la convivencia afectiva desde el ámbito escolar.
- Diseño, elaboración y publicación de materiales educativos para la promoción de la salud en el ámbito escolar.

## 4.7 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

### ORGANIGRAMA DE CARGOS PROINAPSA-UIS

Octubre 12 de 2005



	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 12 de 27
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Versión: 1
		Código: M-PM-01

## 5 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

### 5.1 ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad basado en la norma NTC ISO 9001:2000, para los procesos misionales de Gestión educativa (la gestión educativa se refiere a cursos de educación no formal e informal, exceptuando los diplomados y especializaciones), Gestión de proyectos, Producción de material educomunicativo.

### 5.2 EXCLUSIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD


PROINAPSA-UIS es una organización dedicada a la prestación de servicios, debido a la naturaleza de la organización se excluyó el numeral 7.6 de la norma ISO 9001:2000; ya que no se encuentran en la organización dispositivos físicos de seguimiento y medición.

### 5.3 POLÍTICA DE CALIDAD

En PROINAPSA-UIS el equipo humano calificado, la experiencia, la innovación permanente e integralidad en los productos y servicios, nos permiten ser facilitadores en el desarrollo de acciones, programas y proyectos de promoción de la salud en los entornos familiares, escolares, laborales y comunitarios, garantizando estándares de calidad competitivos a nuestros grupos de interés con un alto sentido de la ética.

### 5.4 OBJETIVOS DE CALIDAD

- Contar con un equipo humano competente de acuerdo con las exigencias del cargo.
- Mantener los niveles de experiencia institucional en el desarrollo de programas y proyectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 13 de 27
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Versión: 1
		Código: M-PM-01

- Desarrollar o renovar los enfoques y las metodologías para la formulación, ejecución y evaluación de programas y proyectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Alcanzar una la satisfacción del cliente un resultado permanente en la prestación de los servicios.

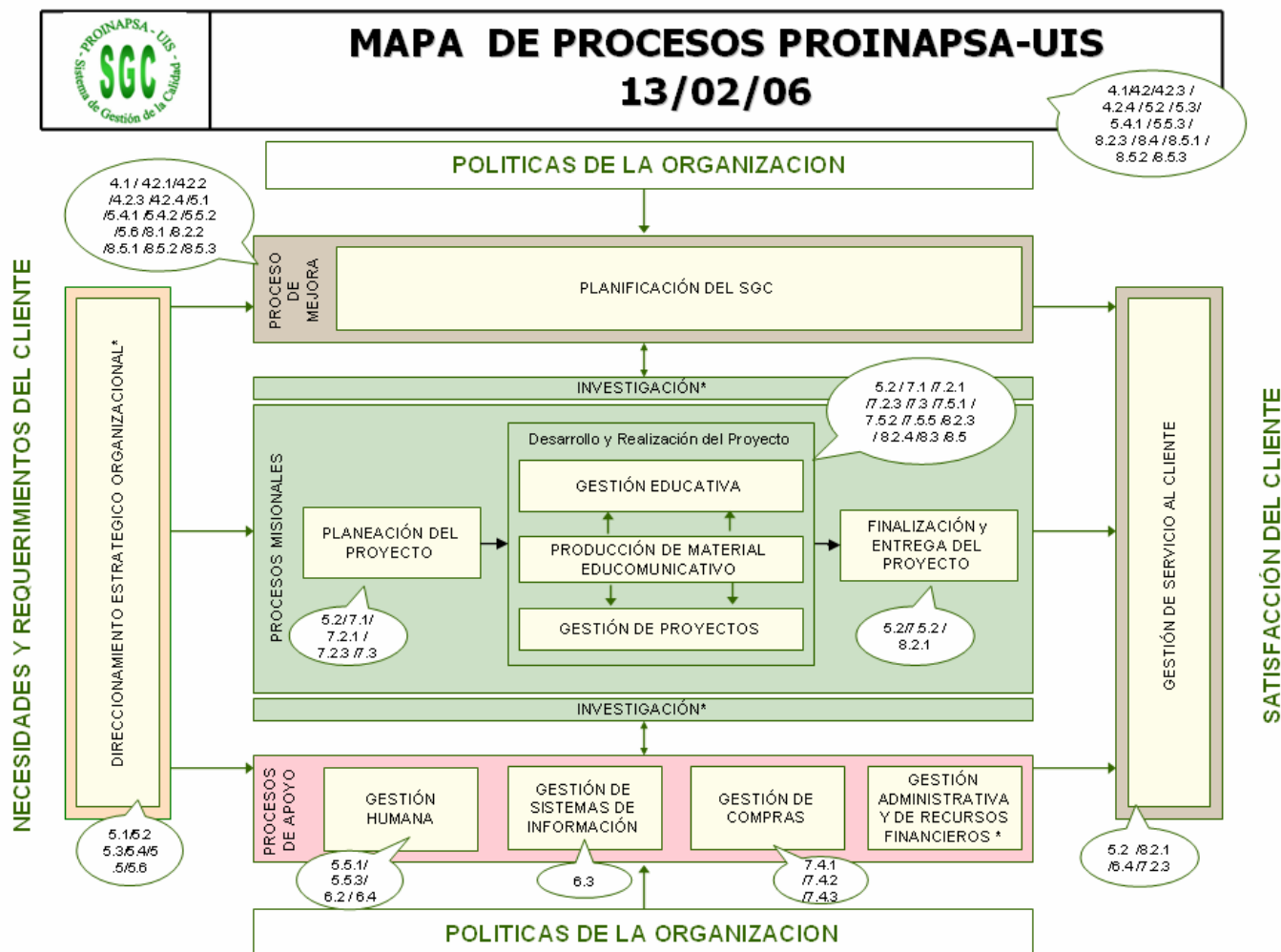
### 5.5 EQUIPO LÍDER

Las responsabilidades asignadas al equipo líder de calidad son:


- Lidera el propósito y la orientación de la organización en lo que concierne al SGC.
- Planificar los cambios que afecten la integridad del SGC.
- Revisar los resultados de las auditorias.
- Comunicar a cada uno de los empleados de los procesos que representa, los resultados y cambios del SGC.
- Asesorar a la dirección en propuestas de mejoramiento continuo del SGC.

<b>EQUIPO LÍDER DE PROINAPSA-UIS</b>	
<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>
Blanca Patricia Mantilla Uribe	Directora ejecutiva
Olga Cecilia Prada Sandoval	Coordinadora de área administrativa y financiera
Nieves Zoraida Flórez García	Coordinadora de educación y comunicación
María Constanza Hakspiel Plata	Coordinadora de proyección social
Jacqueline Hernández Sánchez	Coordinadora de material educomunicativo
Alba Yaneth Rincón Méndez	Coordinadora de calidad

### 5.6 MAPA DE PROCESOS DE PROINAPSA-UIS



ELABORÓ: Equipo líder	FECHA: 13/02/06	REVISÓ: Alba Yaneth Rincón	FECHA: 13/02/06	APROBÓ: Blanca P. Mantilla U.	FECHA: 13/02/06
-----------------------	-----------------	----------------------------	-----------------	-------------------------------	-----------------

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 15 de 27
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Versión: 1
		Código: M-PM-01

## 5.7 DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS CONTEMPLADOS EN EL SGC

Los procesos descritos en el mapa de procesos son de cuatro tipos:

- **Estratégico o de dirección:** Es el proceso que guía y enmarca la actuación de la fundación en el mediano-largo plazo, para proyectarla hacia el futuro, mantener y mejorar su competitividad y monitorear las relaciones de la empresa con el cliente y el entorno en general.
- **Misionales:** Son aquellos cuyo productos o resultados son recibidos directamente por el cliente externo de la organización. De su efectividad depende la satisfacción de los clientes.
- **De apoyo o soporte:** Son aquellos que soportan la ejecución de los procesos de la línea básica del negocio, es decir, que su producto o resultado es recibido por otro proceso o por otra área de la organización (cliente interno).
- **De mejora:** incluyen aquellos necesarios para medir y recopilar datos para realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia del SGC.

A continuación se presentan los vínculos a las descripciones de los procesos contemplados en el alcance del SGC de PROINAPSA-UIS.

[Caracterización de Planificación del SGC E-PM-01](#)

[Caracterización de Planeación del proyecto E-MI-01](#)

[Caracterización de Desarrollo y realización del proyecto E-MI-02](#)

[Caracterización de Gestión Educativa E-MI-03](#)

[Caracterización de Producción De Material Educomunicativo E-MI-04](#)

[Caracterización de Gestión De Proyectos E-MI-05](#)


[Caracterización de Finalización del proyecto E-MI-06](#)

[Caracterización de Gestión Humana E-PA-01](#)

[Caracterización de Gestión de Compras E-PA-02](#)

[Caracterización de Gestión de Sistemas de información E-PA-03](#)

[Caracterización de Gestión de Servicio al cliente E-PM-02](#)

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 16 de 27
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Versión: 1
		Código: M-PM-01

## 5.8 CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DEL SGC

NUMERARLES NTC ISO 9001:2000	DOCUMENTOS ASOCIADOS	OBSERVACIONES	REGISTROS ASOCIADOS
<b>4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>			
4.1 Requisitos Generales	MANUAL DE CALIDAD 8M-PM-01) Mapa de Procesos Caracterizaciones Tablero de indicadores L-PM-04	La Fundación PROINAPSA-UIS, establecido, documentado e implementado un sistema de gestión de la calidad, recopilando la información mas importante a través del manual de procesos. Así mismo se han establecido métodos de medición de los procesos (indicadores), y los procedimientos de mejora para asegurar el mejoramiento de sus procesos.	Cálculo de indicadores
4.2 Requisitos de la documentación 4.2.1 Generalidades 4.2.2 Manual de calidad 4.2.3 Control de documentos 4.2.4 Control de registros	Manual de Calidad Procedimientos de Control de Documentos P-PM-01, Guía para elaboración de documentos GPM-01 Instructivo codificación de los documentos del SGC I-PM-01 Procedimientos de Control de Registros P-PM-02	PROINAPSA-UIS, ha establecido los procedimientos obligatorios exigidos por la norma NTC ISO 9001:2000, entre estos se encuentran los procedimientos de control de documentos el cual permite modificar y adaptar los documentos del SGC a las nuevas exigencias de los procesos, y el procedimiento de control de registros, para garantizar la identificación, protección, almacenamiento y recuperación de los registros del SGC.	F-PM-01 Solicitud de creación, mejora o anulación de documentos F-PM-02 Control de cambios a los documentos Listado maestro de documentos internos L-PM-02 Listado maestro de documentos externos L-PM-03 Listado maestro de registros L-MI-01 Listado maestro de documentos del proyecto Registros de Calidad
<b>5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN</b>			
5.1 Compromiso de la dirección	Política de calidad Objetivos de calidad Procedimiento de revisión por la dirección P-PM-07	El compromiso de la directora ejecutiva se evidencia en la divulgación de la Política y Objetivos de calidad, Revisiones periódicas del SGC, el cumplimiento de las normativas que le competen a la Fundación, las mejoras aprobadas e implementadas por la dirección y la aprobación de los documentos contenidos en el SGC.	Actas de reunión, Evidencia de las decisiones tomadas y mejoras que se han dado con la implementación del SGC, F-PM-11 Registros de revisión por la dirección
5.2 Enfoque al cliente	Procedimiento de manejo de	La fundación debe asegurar en primera instancia el	F-PM-16 Encuesta de



**PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC**

Página 17 de 27

**MANUAL DE CALIDAD**

Versión: 1

Código: M-PM-01

NUMERARLES NTC ISO 9001:2000	DOCUMENTOS ASOCIADOS	OBSERVACIONES	REGISTROS ASOCIADOS
	reclamos y/o sugerencias P-PM-08 Procedimiento de evaluación de la satisfacción del cliente externo P-PM-09	cumplimiento de los requisitos legales aplicables, y con base en estos y los lineamientos establecidos desde la junta directiva, además de las sugerencias de los clientes y el estudio de los términos de referencia, se podrán determinar los requisitos de los clientes. Para evaluar el cumplimiento de los requisitos de los clientes, se han desarrollado encuestas de satisfacción de clientes, así como la evaluación de la percepción de satisfacción del cliente en relación con los servicios prestados.	satisfacción de clientes internos F-PM-15 clientes Encuesta de satisfacción de externos F-PM-14 Registros de reclamos y/o sugerencias F-MI-12 Evaluación del servicio
5.3 Política de calidad	Política de calidad	PROINAPSA-UIS planteó su compromiso con la calidad a través de la política, que se encuentra en el manual de calidad y publicada en las instalaciones de la fundación.	
5.4 Planificación			
5.4.1 Objetivos de calidad	Objetivos de calidad Caracterización de los procesos	Los objetivos de calidad planteados están soportados en la política de calidad establecida, con ellos se busca implementar, mantener y mejorar el SGC de la fundación. En la caracterización de procesos se presentan los objetivos de calidad para cada uno de los procesos	
5.4.2 Planificación del SGC	Mapa de procesos Documentación del SGC	Existe un enfoque sistémico de los procesos de la organización, que se revisa continuamente para cumplir con los objetivos del SGC. Los cambios del Sistema de Gestión de la Calidad en PROINAPSA-UIS, pueden obedecer los siguientes factores: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en la legislación</li> <li>• Cambios en las normas y requerimientos del sistema</li> <li>• Nuevas líneas de servicios y procesos o modificación de los existentes.</li> <li>• Requisitos de implementación de normas nacionales e internaciones exigidas por los clientes.</li> <li>• Siniestros</li> <li>• Nuevas tecnologías que puedan afectar el SGC</li> </ul> Si se presenta alguna de estas situaciones, es necesario que el equipo líder establezca las estrategias, acciones y responsables de su aplicación, se debe dejar constancia en el	Acta de reunión (ver instructivo para elaborar actas de reunión I-PM-03)



**PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC**

Página 18 de 27

**MANUAL DE CALIDAD**

Versión: 1

Código: M-PM-01

NUMERARLES NTC ISO 9001:2000	DOCUMENTOS ASOCIADOS	OBSERVACIONES	REGISTROS ASOCIADOS
		acta de la respectiva reunión.	
<b>5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación</b>			
5.5.1 Responsabilidad y autoridad	Manual de calidad M-MP-01 Estructura organizacional de PROINAPSA-UIS Manual de descripción de cargos M-PA-01	Dentro de la organización existe un equipo líder identificado por el personal, se han definido las responsabilidades y autoridades definidas ante el sistema de gestión de la calidad.	
5.5.2 Representante de la dirección	Manual de calidad M-PM-01 Manual de descripción de cargos M-PA-01	La coordinadora de calidad como Representante de la dirección, es la persona encargada de orientar los propósitos del Sistema de Gestión de la Calidad; por su capacidad de mando dentro de la organización, su conocimiento de los procesos y las normas exigidas para éstos. Su función principal es asegurarse de que se establezca, implemente, mantenga y mejore el Sistema de Gestión de la Calidad para los procesos designados y que el personal de la Fundación participe activamente en el avance y desempeño del Sistema, para satisfacción de los clientes.	
5.5.3 Comunicación interna	Manual de calidad	PROINAPSA-UIS dispone de de la infraestructura de comunicación necesaria para asegurar la eficacia del sistema de comunicación. Los medios mas utilizados son las reuniones de los equipos de trabajo. Véase capítulo 5.9 de este manual Comunicación interna.	Sistema de Comunicación
5.6 Revisión por la dirección 5.6.1 Generalidades 5.6.2 Información para la revisión 5.6.3 Resultados de la revisión	Procedimiento de revisión por la dirección P-PA-07	Existe un procedimiento y los correspondientes formatos para registrar las revisiones de los procesos frente al SGC, por parte de la dirección. La coordinación de calidad, mantiene informada a la dirección frente al desempeño del SGC.	F-PM-11 Registro de revisión por la dirección
<b>6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS</b>			
6.1 Provisión de los recursos	Políticas organizacionales desde dirección N-GO-01	Las necesidades de recursos son detectadas por las coordinadoras, La provisión de los recursos está supeditada a la	Actas de reunión en donde se evidencia el suministro de recursos para el SGC (ver



**PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC**

Página 19 de 27

**MANUAL DE CALIDAD**

Versión: 1

Código: M-PM-01

NUMERARLES NTC ISO 9001:2000	DOCUMENTOS ASOCIADOS	OBSERVACIONES	REGISTROS ASOCIADOS
		reglamentación y las políticas desde la junta directiva. La directora ejecutiva debe proporcionar en cantidad y oportunidad de acuerdo con la disponibilidad presupuestal, los recursos técnicos, financieros y del personal, necesarios para mantener el SGC.	instructivos para elaboración de actas I-PA-03)
<b>6.2 Recursos humanos</b>			
6.2.1 Generalidades	Manual de Calidad M-PM-01 Caracterización del proceso de Gestión humana E-PA-01	Las coordinadoras de los procesos identifican las necesidades de talento humano, además se mantiene actualizado el manual de descripciones de cargos donde se registran los perfiles oficiales por cargo, las funciones, educación, formación y experiencia del personal.	Historial –hoja de vida del personal
6.2.2 Competencia, Toma de Conciencia y formación	Procedimiento para selección, inducción y contratación del personal P-PA-01 Procedimiento de acciones educativas y fortalecimiento del personal P-PA-02 Políticas de gestión humana N-PA-01 Numeral 1	A través del proceso de Gestión humana, bajo la responsabilidad de la coordinadora administrativa y financiera, se realiza un proceso de selección e inducción y posteriormente se identifican las necesidades de formación y actualización del personal, con el fin de mantener su idoneidad en el desarrollo de las actividades.  También se llevan a cabo semestralmente evaluaciones del desempeño del personal, para garantizar que el personal mantenga y supere su nivel de desempeño.	F-PA-01 Requisición de personal F-PA-18 Análisis de hoja de vida F-PA-19 Entrevista evaluativa F-PA-02 Registro de inducción F-PA-03 y F-PA-04 Toma de información del personal y de la dirección F-PA-06 Plan de acciones educativas F-PA-07 Registro de asistencia a evento F-PA-08 Evaluación de acción educativa F-PA-15 Evaluación del desempeño F-PA-09 Informe de acciones educativas Hoja de vida del personal
6.3 Infraestructura	Caracterización de gestión	En cuanto a la infraestructura de la organización, es	Plan de mantenimiento F-PA-



**PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC**


Página 20 de 27

**MANUAL DE CALIDAD**

Versión: 1

Código: M-PM-01

NUMERARLES NTC ISO 9001:2000	DOCUMENTOS ASOCIADOS	OBSERVACIONES	REGISTROS ASOCIADOS
	de sistemas de información Políticas de gestión de sistemas de información N-PA-01 Numeral 2	fundamental el mantenimiento del hardware y software de la fundación, pues estos afectan la calidad de los servicios y productos entregados por la FUNDACIÓN. Por ello se ha planteado el manejo de un mantenimiento preventivo de equipos y el control y disponibilidad de los equipos (computadores), empleados por el personal.	13 Registro de mantenimiento F-PA-14 Disponibilidad de equipos F-PA-16 Préstamo de equipos F-PA-17 Programación de equipos F-PA-20
6.4 Ambiente de trabajo	Políticas de gestión de servicio al cliente N-PM-01 Programa de salud ocupacional en construcción	Para gestionar el ambiente de trabajo, se estableció la necesidad de actualizar el programa de salud ocupacional, buscando generar un clima organizacional favorable, además de velar por la seguridad laboral y la salud del trabajador	F-PM-16 Encuesta de satisfacción de cliente interno Actas de reunión de COPASO
<b>7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO</b>			
7.1 Planificación de la Realización del Producto	Manual de calidad M-PM-01 Guía plan de gestión del proyecto G-MI-03 Guía plan de calidad G-MI-04	A través del mapa de procesos y los documentos pertenecientes a los procesos misionales, permiten evidenciar la planificación y el desarrollo de los procesos necesarios para la realización del producto.	Acta de inicio (gestión de proyectos) F-MI-05 Plan de trabajo (gestión de proyectos) Acta de finalización (gestión de proyectos) F-MI-07 Responsabilidades del personal de los proyectos (gestión de proyectos) F-PA-06 Plan de acciones educativas F-MI-09 Manejo de producto suministrado por el cliente F-MI-10 Plan de comunicaciones (gestión de proyectos) F-MI-11 Planeación y Control de riesgos (gestión de proyectos)

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 21 de 27
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Versión: 1
		Código: M-PM-01

NUMERARLES NTC ISO 9001:2000	DOCUMENTOS ASOCIADOS	OBSERVACIONES	REGISTROS ASOCIADOS
			Programación diaria o agenda (Gestión educativa)
<b>7.2 Procesos relacionados con el cliente</b>			
7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto	Procedimiento de elaboración de propuestas P-MI-01	En los términos de referencia están explícitos los requisitos de los productos. De igual forma, existe una solicitud del servicio en el que se pueden identificar los requisitos del servicio solicitado. Adicionalmente, PROINAPSA-UIS, se ciñe a la normatividad legal que le corresponde, los cuales afectan los requisitos relacionados con el producto.	Términos de referencia F-MI-01 Solicitud del servicio
7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto.	Procedimiento de elaboración de propuestas P-MI-01 Procedimiento de entrega, negociación y seguimiento de la propuesta P-MI-03	La viabilidad de las propuestas atiende a los requisitos relacionados con el producto, cada vez que se solicita un servicio a PROINAPSA-UIS, es necesario estudiar dichos requisitos, y realizar un seguimiento a las propuestas para revisar dichos requisitos, y poder realizar la legalización de un convenio o contrato.	Propuesta F-MI-02 Seguimiento de la propuesta
7.2.3 Comunicación con el cliente	Procedimiento de manejo de reclamos y/o sugerencias P-PM-08 Instructivo para elaborar actas de reunión I-PM-03	En PROINAPSA-UIS, el contacto con los clientes, interventores de los proyectos y usuarios, a través de reuniones, llamadas telefónicas, fax, cartas, correos electrónicos; es fundamental. Por ello se diseñaron instrumentos que permiten registrar las solicitudes, sugerencias o reclamos de cliente.	Actas de reunión Correos electrónicos F-PM-14 Formato de reclamos y/o sugerencias
<b>7.3 Diseño y desarrollo</b>			
7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo 7.3.2 Elementos de entrada para el diseño y desarrollo 7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo 7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo 7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo	Guía plan de gestión del proyecto Guía plan de calidad G-MI-04	Cada proyecto requiere una planificación del diseño a partir de la elaboración de la propuesta, y la determinación del objeto del contrato. En el caso particular de la producción de material educacional, se emplean instrumentos específicos para capturar, verificar y validar los elementos específicos del diseño y desarrollo.	F-MI-05 Formato plan de trabajo (gestión de proyectos) F-MI-17 Formato planeación del tema (gestión educativa) F-MI-13 Ficha técnica y verificación (material educacional) F-MI-14 Metodología de validación (material educacional) F-MI-15 Resultados de



**PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC**

Página 22 de 27

**MANUAL DE CALIDAD**

Versión: 1

Código: M-PM-01

NUMERARLES NTC ISO 9001:2000	DOCUMENTOS ASOCIADOS	OBSERVACIONES	REGISTROS ASOCIADOS
7.3.6 Validación del diseño y desarrollo 7.3.7 Control de los cambios del diseño y desarrollo			validación (material educucomunicativo) Informes parciales y final del proyecto (Gestión de proyectos)
7.4 Compras			
7.4.1 Proceso de compras	Procedimiento de compras P-PA-03 Instructivo de evaluación y reevaluación de proveedores Políticas de apoyo (Compras) N-PA-01	PROINAPSA-UIS, ha centralizado las compras, para permitir el control de los productos, su verificación, facilitando el proceso de evaluación y reevaluación de los proveedores de la organización. La contratación de servicios se realiza a través de órdenes de prestación de servicios profesionales, del proceso de Gestión humana.	F-PM-10 Solicitud de compra Factura Orden de compra al proveedor F-PA-05 Orden de prestación de servicios ocasionales
7.4.2 Información de las compras		Cada dueño del proceso o persona que solicita el producto, debe definir los requisitos del producto que afecte la prestación de los servicios, atendiendo a las necesidades y requisitos del cliente que se pueden presentar por solicitud directa o a través de los términos de referencia.	F-PM-12 Evaluación y reevaluación de proveedores F-MI-16 Inspección del material educucomunicativo (material educucomunicativo)
7.4.3 Verificación de los productos comprados.		Cada vez que se recibe un producto, se realiza la respectiva inspección visual, cuyos criterios de verificación son las cantidades y las especificaciones registradas en la solicitud de compra. El dueño del proceso que solicita el producto, puede asegurarse de que estos cumplen con las especificaciones solicitadas.	F-MI-23 Evaluación de las propuestas técnica y financiera de material educucomunicativo (material educucomunicativo)
7.5 Producción y prestación del servicio			
7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio.	Guía plan de gestión del proyecto G-MI-03 Guía plan de calidad G-MI-04	Cada servicio se planifica y controla de acuerdo con lo descrito en la guía plan de gestión del proyecto, la presentación de informes de avance parciales o finales, constituye el principal registro del control de la producción y prestación de los servicios.	Informes parciales y finales de los proyectos F-MI-24 Soporte de entrega de servicios educativos F-MI-05 Plan de trabajo
7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio	Guía plan de calidad G-MI-04	Algunas posibles deficiencias de los servicios de PROINAPSA-UIS, se pueden hacer aparentes sólo después de la prestación de los servicios. La validación se realiza a través de la comunicación con el cliente, con la entrega del informe final, se	C-MI-01 Lista de chequeo pre-evento F-MI-21 Evaluación del programa educativo (Gestión



**PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC**

Página 23 de 27

**MANUAL DE CALIDAD**

Versión: 1

Código: M-PM-01

NUMERARLES NTC ISO 9001:2000	DOCUMENTOS ASOCIADOS	OBSERVACIONES	REGISTROS ASOCIADOS
		demuestra la capacidad para alcanzar los resultados planificados.	educativa) Actas de reunión
7.5.3 Identificación y Trazabilidad	Políticas misionales N-MI-01	La identificación y trazabilidad de los programas y proyectos se realiza a través de la asignación de un código único, aprobado por la coordinación de calidad, y el cual se encuentra presente en los documentos y registros de los programas y proyectos. Sin embargo, en aquellos casos en los que es imposible asignar códigos a los instrumentos por ser proporcionados por alianzas, estos documentos se registran en un listado maestro de documentos del proyecto L-MI-01. En cuanto a la trazabilidad de los documentos del SGC, se mantiene el listado maestro de documentos L-PM-01 y el formato de control de cambios F-PM-02, que permite reconstruir la historia de los documentos del SGC.	L-MI-01 Listado de documentos del proyecto F-MI-01 Solicitud del servicio Documentos del proyecto
7.5.4 Propiedad del cliente	Guía Plan de gestión del proyecto G-MI-03	Cuando el cliente proporciona algún producto, se diligencia el respectivo registro para asegurar que se identifica dicho producto y se devuelve al cliente en caso de que el lo solicite.	F-MI-09 Manejo de producto suministrado por el cliente
7.5.5 Preservación del producto		Los documentos del SGC se mantienen identificados, y almacenados, sea a través de registro magnético o físico. Se realizan 2 copias de seguridad a los computadores. En el caso del material educacional, este se mantiene en la bodega de PROINAPSA-UIS, protegido en las condiciones requeridas para su preservación, e identificados por su nombre.	Copias de seguridad de equipos Inventario de material educacional
7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y medición.	<b>EXCLUSIÓN</b>		
<b>8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA</b>			
8.1 Generalidades	Procedimiento de auditorías internas P-PM-03 Procedimiento de acciones correctivas P-PM-04 Procedimiento de acciones preventivas P-PM-05	El análisis y mejora del SGC se realiza mediante Análisis de reclamos y/o sugerencias de clientes Encuesta de satisfacción de clientes Auditorías Internas de Calidad Aplicación de acciones correctivas y preventivas Control de productos no conformes	F-PM-11 Registro de revisión por la dirección



**PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC**

Página 24 de 27

**MANUAL DE CALIDAD**

Versión: 1

Código: M-PM-01

NUMERARLES NTC ISO 9001:2000	DOCUMENTOS ASOCIADOS	OBSERVACIONES	REGISTROS ASOCIADOS
	Procedimiento de control de producto no conforme P-PM-06 Procedimiento de revisión por la dirección P-PM-07	Revisiones periódicas del SGC Análisis de los resultados y mediciones a través de indicadores	
<b>8.2 Seguimiento y medición</b>			
8.2.1 Satisfacción del cliente	Procedimiento de manejo de reclamos y/o sugerencias P-PM-08 Procedimiento de evaluación de satisfacción de clientes externos P-PM-09	La medición del cumplimiento de los requisitos de los clientes se realiza a través de la evaluación del servicio (posterior a la entrega del proyecto o programa), encuestas anuales de satisfacción de clientes, formato de reclamos y/o sugerencias, los cuales arrojan información que puede ser tratada por medio de los procedimientos de control de producto no conforme o los procedimientos de acciones correctivas y procedimiento de acciones preventivas.	F-PM-14 Formato de reclamos y/o sugerencias de los clientes F-PM-16 Encuesta de satisfacción de cliente interno F-PM-15 Encuesta de satisfacción de cliente externo F-MI-12 Evaluación del servicio
8.2.2 Auditoría interna	Procedimiento de auditorías internas P-PM-03	En el procedimiento se presentan los pasos para llevar a cabo periódicamente según la programación, auditorías internas de calidad, los auditados deben tomar las acciones de mejora sin demora injustificado para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas.	F-PM-03 Programa de auditoría F-PM-04 Plan de auditoría F-PM-05 Informe de auditoría F-PM-06 Lista de Verificación Actas de reunión de inicio y cierre de auditorías
8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos	Tablero de indicadores L-PM-04 Ficha técnica de indicadores F-PM-19	Los dueños de los procesos, se encargan de realizar la medición de sus procesos a través de los indicadores de gestión.	Cálculo de indicadores de gestión de los procesos
8.2.4 Seguimiento y medición del producto	Plan de gestión del proyecto Tablero de indicadores L-PM-04 Ficha técnica de indicadores F-PM-19	Adicionalmente, PROINAPSA-UIS, se encarga de realizar un seguimiento y medición de los proyectos y programas educativos, para lo cual se establecen indicadores por cada proyecto, cuando es apropiado. Adicionalmente, se planifican las actividades, antes de la prestación del servicio y se realizan informes parciales o finales según el caso, para presentar los resultados de los procesos a	Cálculo de indicadores de gestión de los proyectos y programas cuando aplique. Registros señalados en el plan de gestión del proyecto.



**PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC**


Página 25 de 27

**MANUAL DE CALIDAD**

Versión: 1


Código: M-PM-01

NUMERARLES NTC ISO 9001:2000	DOCUMENTOS ASOCIADOS	OBSERVACIONES	REGISTROS ASOCIADOS
		los clientes.	
8.3 Control de producto no conforme	Procedimiento de control de producto no conforme P-PM-06	En este procedimiento se definen los tratamientos y responsabilidades asociados al manejo del producto no conforme, dado que en algunos casos estos productos se detectan posteriormente a su liberación, se concerta con el cliente o el interventor el tratamiento a seguir.	F-PM-12 Manejo de productos no conformes
8.4 Análisis de datos	Tablero de indicadores de gestión L-PM-04	Los datos obtenidos a través del cálculo de indicadores, medición de satisfacción de clientes, evaluación de proveedores, entre otras, se registra, analiza y procesa con el fin de mantener información confiable para apoyar el proceso de toma de decisiones y mantener datos confiables. Se puede hacer uso en algunos casos de herramientas estadísticas o gráficos para llevar a cabo estos análisis.	Cálculo de indicadores de gestión de los diferentes procesos F-PM-17 Informe de satisfacción de cliente externo F-PM-18 Informe de reclamos y/o sugerencias de clientes F-PM-09 Informe de acciones educativas
<b>8.5 Mejora</b>			
8.5.1 Mejora continua	Procedimiento de auditorías internas P-PM-03 Procedimiento de acciones correctivas P-PM-04 Procedimiento de acciones preventivas P-PM-05 Procedimiento de revisión por la dirección P-PM-07 Instructivo para elaborar actas de reunión I-PM-03 Tablero de indicadores de gestión L-PM-04 Procedimiento de direccionamiento estratégico P-GO-01	El equipo de trabajo de PROINAPSA-UIS, conoce y aplica la metodología del PHVA, en todas sus acciones relacionadas con la prestación de los servicios. Los documentos que se vean modificados de acuerdo con las mejoras al SGC, deben realizarse considerando el procedimiento de Control de documentos P-PM-01.	Actas de reunión F-PM-11 Registro de revisión por la dirección Cumplimiento de la política y objetivos de calidad F-GO-05 Plan de acción estratégico
8.5.2 Acción	Procedimiento de acciones	En PROINAPSA-UIS, se mantienen registros de las acciones	F-PM-07 Reporte de

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 26 de 27
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Versión: 1
		Código: M-PM-01

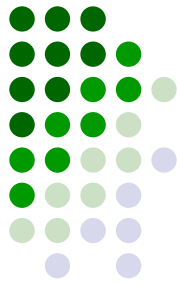
NUMERARLES NTC ISO 9001:2000	DOCUMENTOS ASOCIADOS	OBSERVACIONES	REGISTROS ASOCIADOS
correctiva	correctivas P-PM-04	correctivas, manteniendo un procedimiento en el que se describen los pasos para la determinación de las no conformidades reales, su naturaleza, causas, implementación, registro y evaluación o revisión de las acciones tomadas.	acciones correctivas F-PM-08 Registro de confirmación F-PM-09 Seguimiento de acciones correctivas
8.5.3 Acción preventiva	Procedimiento de acciones preventivas P-PM-05	En PROINAPSA-UIS, se mantienen registros de las acciones preventivas, manteniendo un procedimiento en el que se describen los pasos para la determinación de las no conformidades potenciales, sus causas, implementación, registro y evaluación o revisión de las acciones tomadas.	F-PM-10 Reporte de acciones preventivas

NOTA, Todos los documentos pertenecientes al SGC de PROINAPSA-UIS, se encuentran referenciados en el listado maestro de documentos L-PM-01. Algunos no se encuentran en el cuadro anterior.

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 27 de 27
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Versión: 1
		Código: M-PM-01

## 5.9 COMUNICACIÓN INTERNA

MEDIO	COMUNICADO	RESPONSABLE	REGISTROS	FRECUENCIA
Carpetas compartidas	Personal de la empresa	Personal autorizado	No aplica	Cada vez que se requiera
Cartelera	Personal de PROINAPSA-UIS	Secretaria	Registros físicos	Cada vez que se requiera
Cartelera de calidad	Coordinación de calidad – Personal de la empresa	Coordinadora de calidad	Fotos, registros físicos y magnéticos	Mensual
Comunicados	Personal de la empresa	Coordinadora administrativa y financiera	Registro físico	Cada vez que se requiera
Correo electrónico	Terceros – personal de PROINAPSA-UIS	Personal autorizado	Disco duro.	Cuando se requiera
Correo físico	Entidades de cualquier orden, PROINAPSA-UIS	Secretaria	Guía o copia de recibido	Cuando se requiera
Encuesta De Satisfacción De Clientes Internos Y Externos	Clientes internos y externos- PROINAPSA-UIS	Coordinadora de calidad	Registros de encuestas	Anual o semestralmente
Reclamos y sugerencias	Clientes – PROINAPSA-UIS	Coordinadora de calidad	Registro de quejas y reclamos	Cada vez que se reciba queja del cliente
Reuniones de equipo técnico, con clientes o con entidades interventoras.	Equipo técnico del proyecto. Equipo técnico del proyecto-Clientes o interventoría	Coordinador de proyecto	Actas de reunión	Semanal o se celebren
Reuniones de equipo líder	Equipo líder	Coordinador de calidad	Actas de reunión	Cada vez que se requiera



# ANEXO D

## CARACTERIZACIONES DE PROCESOS

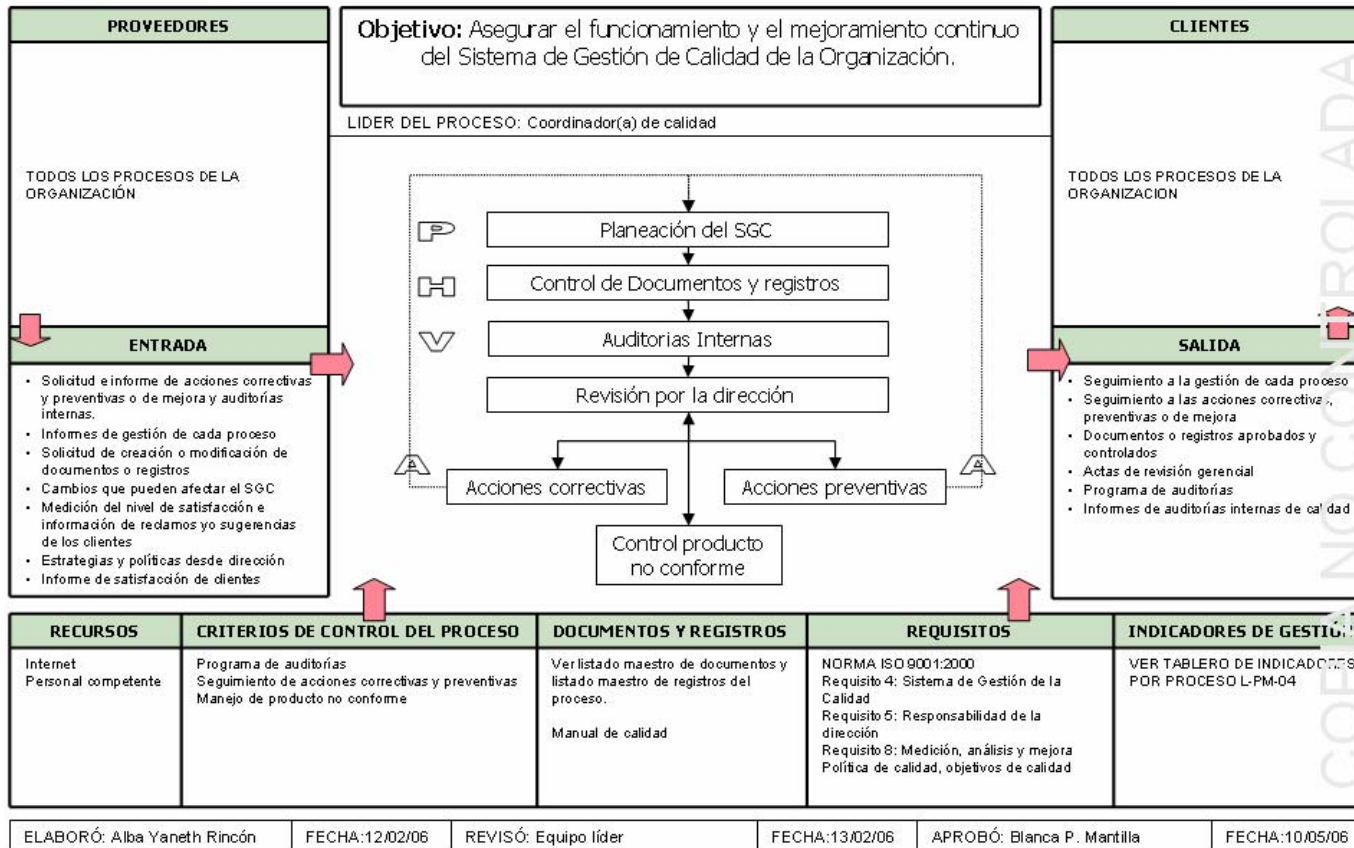


## CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS: PLANIFICACIÓN DEL SGC

Página: 1 de 1

Código: E-PM-01

Versión: 2



ELABORÓ: Alba Yaneth Rincón

FECHA: 12/02/06

REVISÓ: Equipo líder

FECHA: 13/02/06

APROBÓ: Blanca P. Mantilla

FECHA: 10/05/06



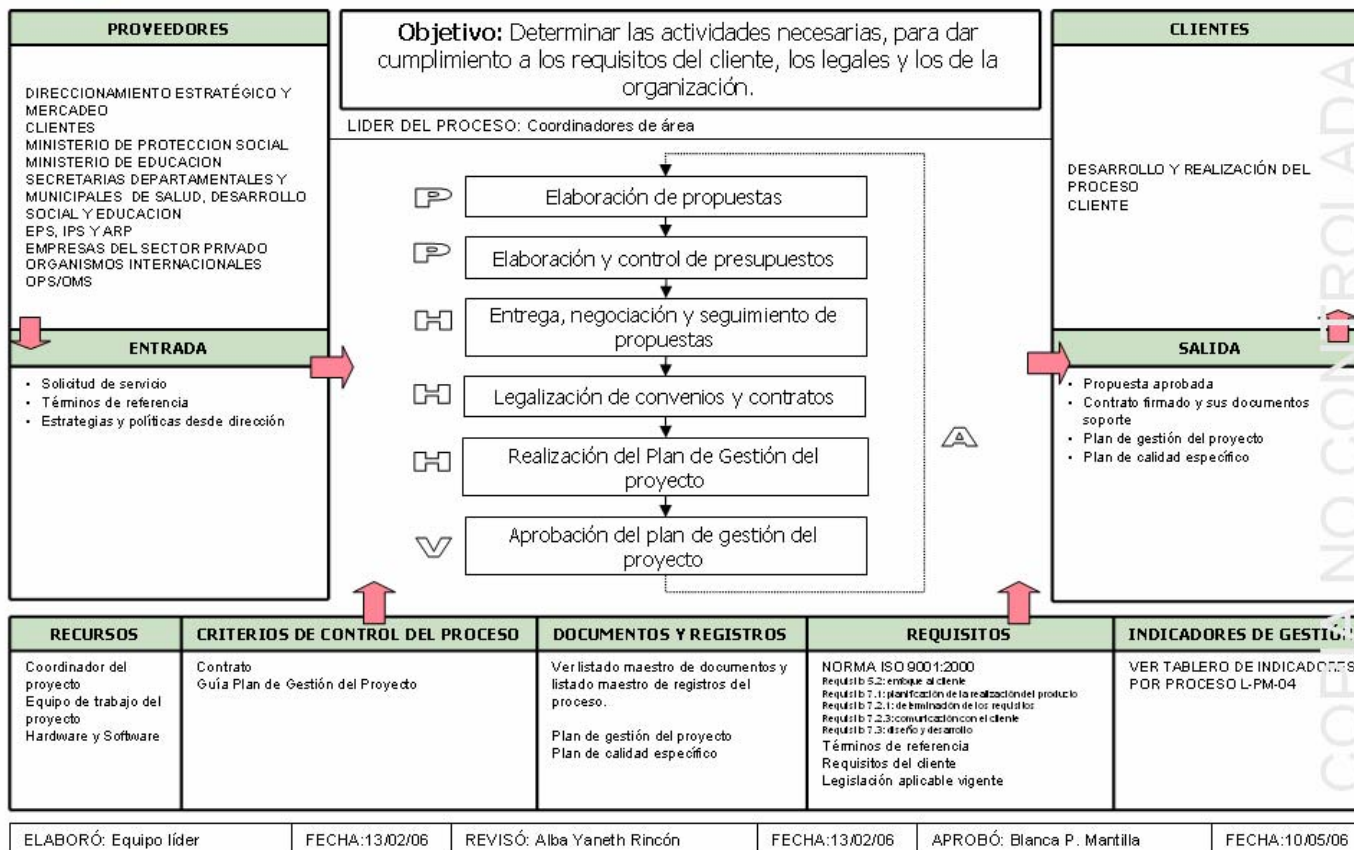


## CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS: PLANEACIÓN DEL PROYECTO

Página: 1 de 1

Código: E-MI-01

Versión: 2



NO CONTROLADA

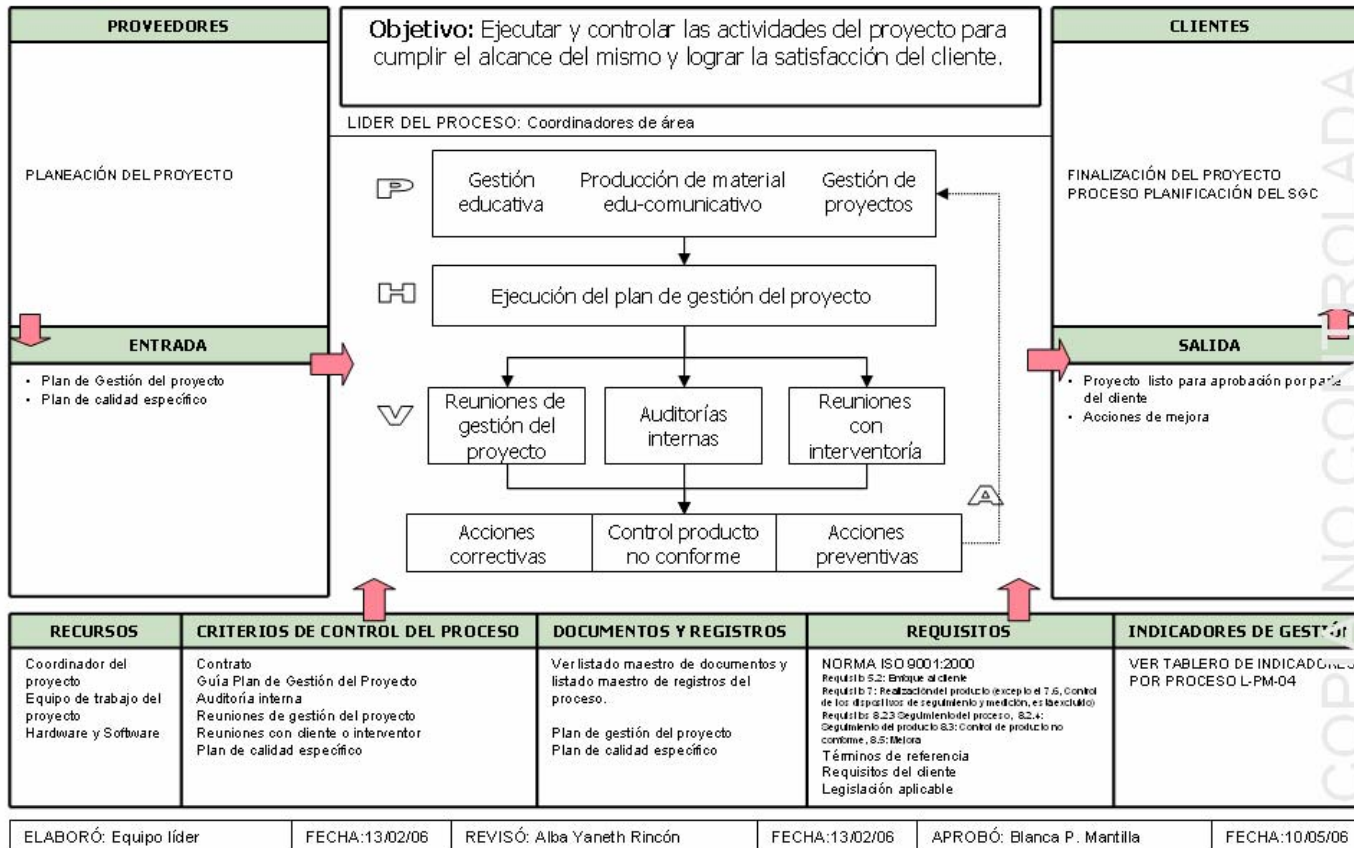


## CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS: DESARROLLO Y REALIZACIÓN DEL PROYECTO

Página: 1 de 1

Código: E-MI-02

Versión: 2



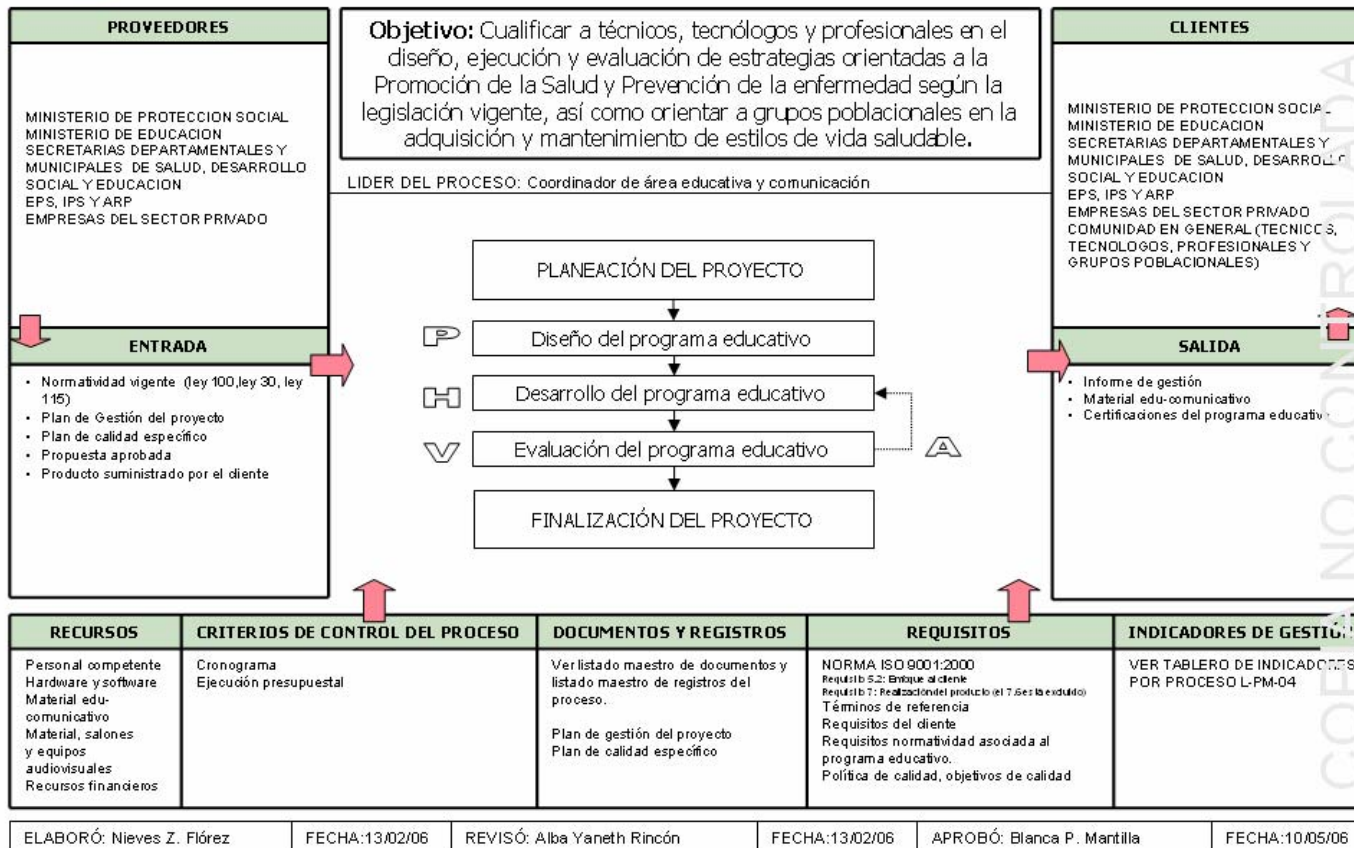


## CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS: GESTIÓN EDUCATIVA

Página: 1 de 1

Código: E-MI-03

Versión: 2





## CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS: PRODUCCIÓN DE MATERIAL EDUCOMUNICATIVO

Página: 1 de 1

Código: E-MI-04

Versión: 2



RECURSOS	CRITERIOS DE CONTROL DEL PROCESO	DOCUMENTOS Y REGISTROS	REQUISITOS	INDICADORES DE GESTIÓN
Personal competente Hardware y software Papelería Oficinas Recursos financieros	METODOLOGÍA DE VALIDACION	Ver listado maestro de documentos y listado maestro de registros del proceso.  Plan de gestión del proyecto Plan de calidad específico	NORMA ISO 9001:2000 Requisito 5.2: Entregue al cliente Requisito 7: Realización del producto (el 7.5 es la excludido) Términos de referencia Requisitos del cliente Requisitos normatividad asociada a la producción del material Política y objetivos de calidad	VER TABLERO DE INDICADORES POR PROCESO L-PM-04

ELABORÓ: Jacqueline Hernández	FECHA: 13/02/06	REVISÓ: Alba Yaneth Rincón	FECHA: 13/02/06	APROBÓ: Blanca P. Mantilla	FECHA: 10/05/06
-------------------------------	-----------------	----------------------------	-----------------	----------------------------	-----------------



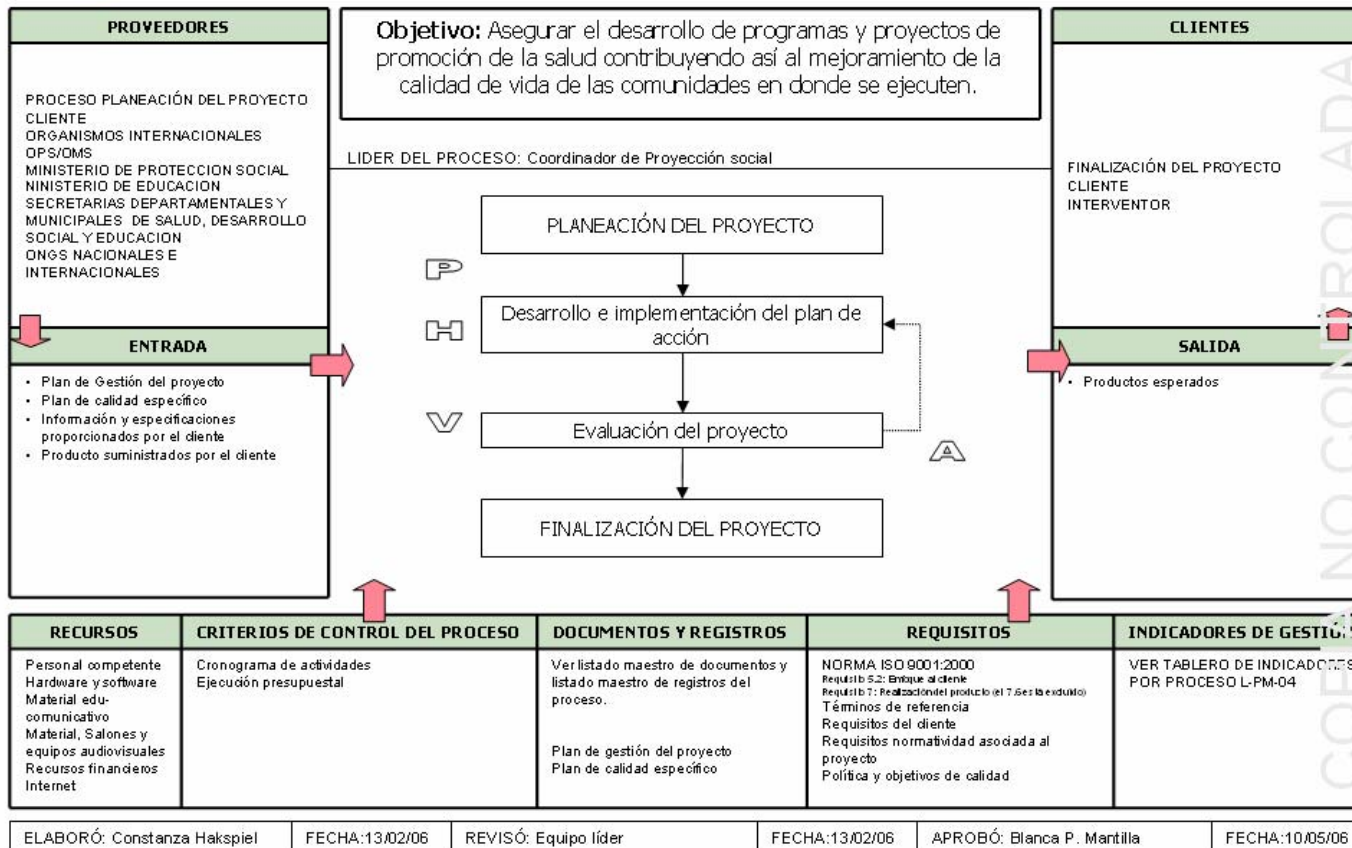


## CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS: GESTIÓN DE PROYECTOS

Página: 1 de 1

Código: E-MI-05

Versión: 3





## CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS: FINALIZACIÓN DEL PROYECTO

Página: 1 de 1

Código: E-MI-06

Versión: 2

PROVEEDORES		<b>Objetivo:</b> Garantizar que el proyecto es debidamente liquidado y entregado al cliente, para su satisfacción, y que se provee la información para la mejora continua.  LIDER DEL PROCESO: Coordinador(a) de área	CLIENTES		
DESARROLLO Y REALIZACIÓN DEL PROYECTO			CLIENTE INTERVENTOR MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL MINISTERIO DE EDUCACION SECRETARIAS DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES DE SALUD, DESARROLLO SOCIAL Y EDUCACION EPS, IPS Y ARP EMPRESAS DEL SECTOR PRIVADO COMUNIDAD EN GENERAL (TECNICOS, TECNOLOGOS, PROFESIONALES Y GRUPOS POBLACIONALES) ORGANISMOS INTERNACIONALES OPS/DMS PROCESO PLANIFICACION DEL SGC		
<b>ENTRADA</b> • Proyecto listo para aprobación por parte del cliente				<b>SALIDA</b> • Informe final • Proyecto final • Acta de cierre del proyecto • Artículos o publicaciones de los resultados del proyecto (Gestión de proyectos) • Acciones de mejora	
RECURSOS	CRITERIOS DE CONTROL DEL PROCESO	DOCUMENTOS Y REGISTROS	REQUISITOS	INDICADORES DE GESTIÓN	
Internet Personal competente Hardware y software	Alcance del proyecto Informe final Resultados de evaluación de satisfacción a los clientes	Ver listado maestro de documentos y listado maestro de registros del proceso.  Acta de liquidación Evaluación del servicio	NORMA ISO 9001:2000 Requisito 5.2: Entrega al cliente Requisito 7.5.2: Validación de los procesos de la prestación del servicio Requisito 8.2.1: Satisfacción del cliente Requisitos del cliente Legislación aplicable vigente Política, objetivos de calidad	VER TABLERO DE INDICADORES POR PROCESO L-PM-04	
ELABORÓ: Equipo líder	FECHA: 13/02/06	REVISÓ: Equipo líder	FECHA: 13/02/06	APROBÓ: Blanca P. Mantilla	FECHA: 10/05/06



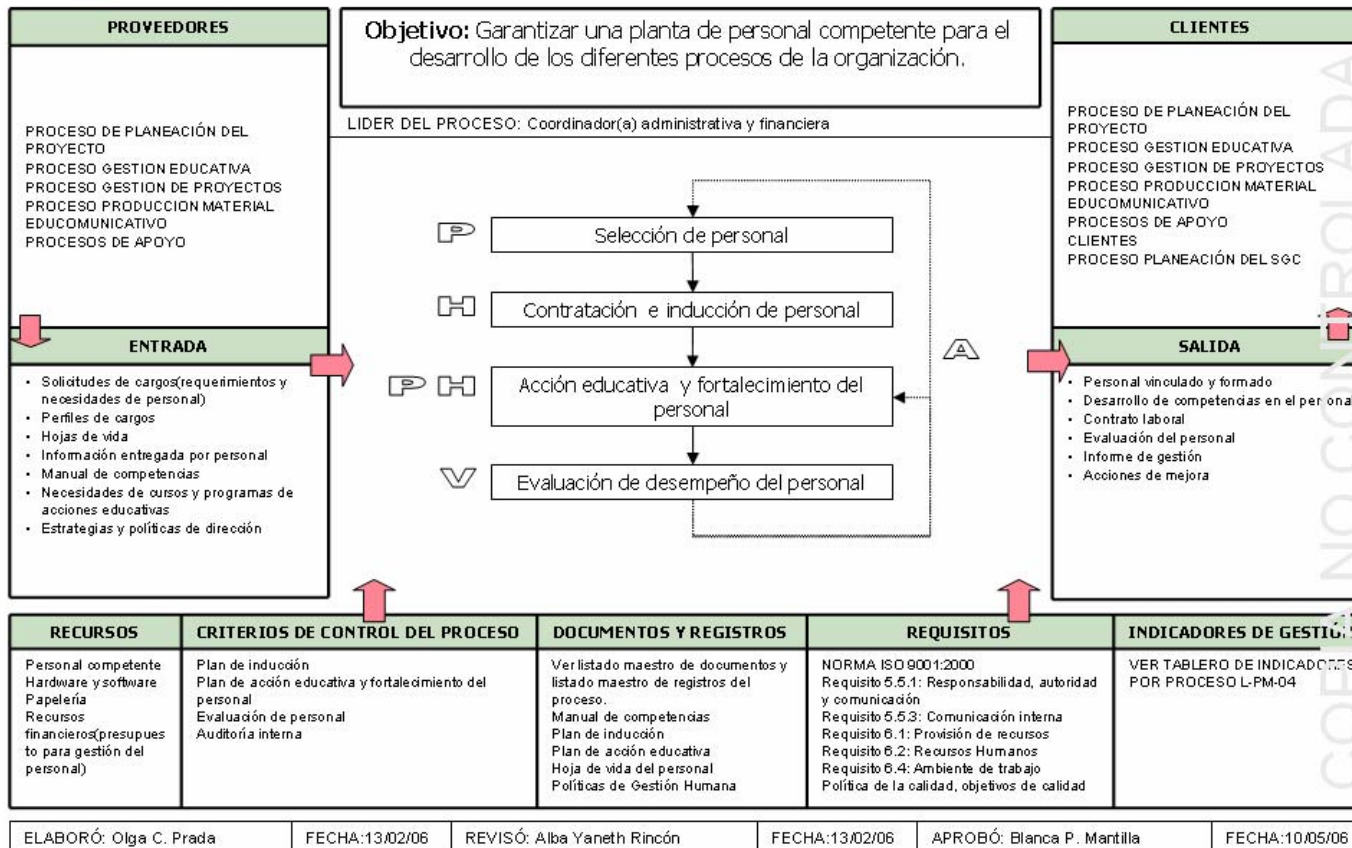


## CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS: GESTIÓN HUMANA

Página: 1 de 1

Código: E-PA-01

Versión: 2



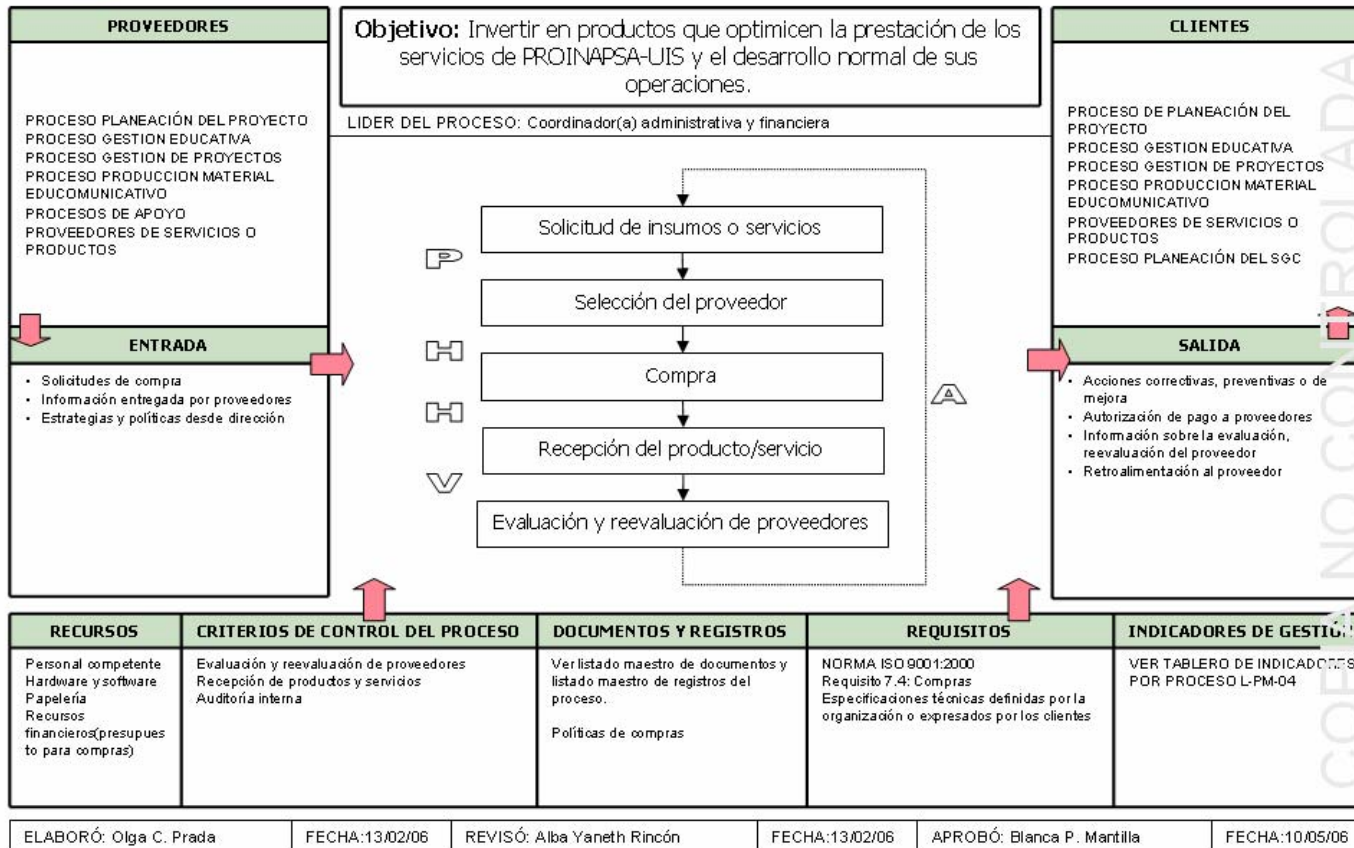


## CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS: GESTIÓN DE COMPRAS

Página: 1 de 1

Código: E-PA-02

Versión: 2





## CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS: GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Página: 1 de 1

Código: E-PA-03

Versión: 2

PROVEEDORES	Objetivo: Gestionar, mantener y asegurar que las herramientas tecnológicas conlleven a obtener resultados competitivos a nivel nacional e internacional.	CLIENTES			
<p>PROCESO PLANEACIÓN DEL PROYECTO PROCESO GESTIÓN EDUCATIVA PROCESO GESTIÓN DE PROYECTOS PROCESO PRODUCCIÓN MATERIAL EDUCOMUNICATIVO PROCESOS DE APOYO</p>	<p>LIDER DEL PROCESO: Coordinador(a) administrativa y financiera</p>	<p>PROCESO DE PLANEACIÓN DEL PROYECTO PROCESO GESTIÓN EDUCATIVA PROCESO GESTIÓN DE PROYECTOS PROCESO PRODUCCIÓN MATERIAL EDUCOMUNICATIVO PROCESO PLANEACIÓN DEL SGC</p>			
ENTRADA		SALIDA			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de servicio en los equipos de cómputo</li> <li>• Políticas de manejo de información</li> <li>• Software y hardware</li> <li>• Estrategias y políticas desde dirección</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones correctivas, preventivas o de mejora</li> <li>• Hojas de vida actualizada de equipos y documentos de respaldo</li> <li>• Plan de mantenimiento preventivo</li> <li>• Reporte de mantenimiento</li> <li>• Copias de seguridad y de soporte</li> <li>• Red de cómputo estable y normalizada a los requerimientos</li> <li>• Equipos de cómputo en buen estado</li> </ul>			
RECURSOS	CRITERIOS DE CONTROL DEL PROCESO	DOCUMENTOS Y REGISTROS	REQUISITOS	INDICADORES DE GESTIÓN	
<p>Personal competente Proveedor de mantenimiento y servicios técnicos Equipos de cómputo y sistema de red CD's Disquetes</p>	<p>Cronograma de mantenimiento preventivo de software y hardware Licencias de equipos Auditoría interna</p>	<p>Ver listado maestro de documentos y listado maestro de registros del proceso.</p> <p>Hoja de vida de equipos Políticas de sistemas de información Manual de uso de equipos (guía)</p>	<p>NORMA ISO 9001:2000 Requisito 6.3: Infraestructura Especificaciones técnicas definidas por la organización o expresadas por los clientes</p>	<p>VER TABLERO DE INDICADORES POR PROCESO L-PM-04</p>	
ELABORÓ: Olga C. Prada	FECHA: 13/02/06	REVISÓ: Alba Yaneth Rincón	FECHA: 13/02/06	APROBÓ: Blanca P. Mantilla	FECHA: 10/05/06



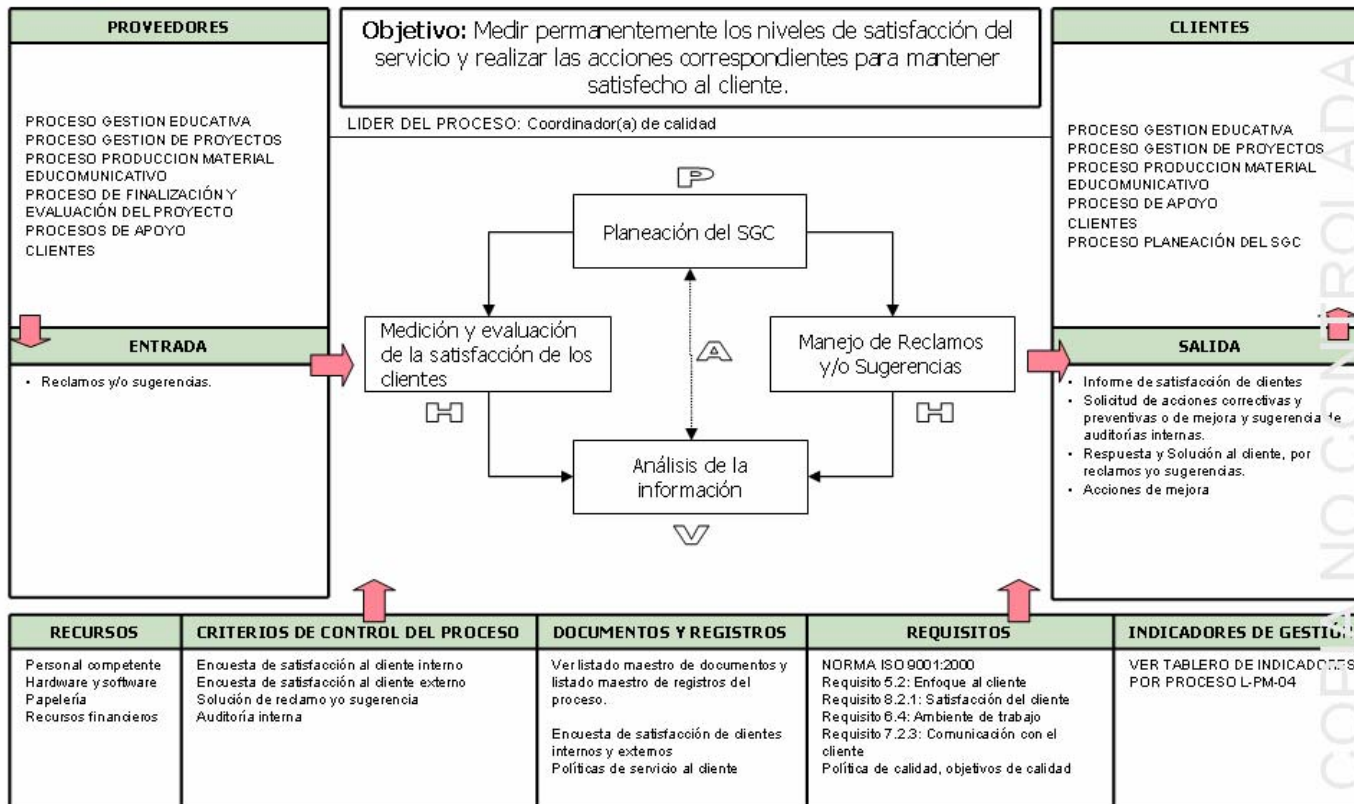


## CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS: GESTIÓN DE SERVICIO AL CLIENTE

Página: 1 de 1

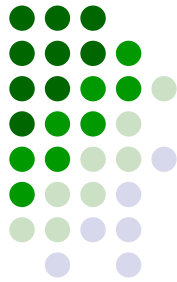
Código: E-PM-02

Versión: 2




ELABORÓ: Alba Yaneth Rincón	FECHA: 13/02/06	REVISÓ: Equipo líder	FECHA: 13/02/06	APROBÓ: Blanca P. Mantilla	FECHA: 10/05/06
-----------------------------	-----------------	----------------------	-----------------	----------------------------	-----------------





# ANEXO E

PROCEDIMIENTOS  
MANDATORIOS  
Y FORMATOS

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 1 de 5
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS DEL SGC</b>	Versión: 3
		Código: P-PM-01

## 1 OBJETIVO

Asegurar estándares en el diseño, elaboración, actualización y control de documentos del SGC en PROINAPSA-UIS.

## 2 ALCANCE

Este procedimiento es aplicado por la Coordinadora de calidad, y cualquier funcionario que requiera la creación, modificación o anulación de procedimientos, políticas, formatos, guías, instructivos, listas de chequeo u otro documento que haga parte del SGC.

## 3 DOCUMENTOS APLICABLES

- I-PM-01 [Instructivo para codificación de los documentos del SGC](#)
- G-PM-01 [Guía para la elaboración de documentos del SGC](#)
- F-PM-01 [Formato de solicitud de creación, mejora o anulación a documentos](#)
- F-PM-02 [Formato de control de cambios de documentos internos y externos](#)
- L-PM-01 [Listado maestro de documentos internos](#)
- L-PM-02 [Listado maestro de documentos externos](#)
- F-PM-13 [Documentos entregados](#)

## 4 DEFINICIONES

### 4.1 Proceso

Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados. (NTC-ISO-9000:2000)

### 4.2 Revisión

Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, la adecuación y la eficacia del tema sujeto a revisión, para alcanzar los objetivos establecidos.

### 4.3 Aprobación


Es la actividad donde se autoriza la aplicación del documento en la operación de la empresa y se convierte en un documento controlado del SGC.

### 4.4 Procedimiento

Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso (NTC-ISO-9000:2000)

Página 2 de 5

<b>ELABORÓ:</b> Nombre: Alba Y. Rincón Fecha: Febrero 08 de 2006	<b>REVISÓ:</b> Nombre: Alba Y. Rincón Fecha: Febrero 13 de 2006	<b>APROBÓ:</b> Nombre: Blanca P. Mantilla Fecha: Febrero 13 de 2006
--	---	---

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 1 de 5
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS DEL SGC</b>	Versión: 3
		Código: P-PM-01

#### **4.5 Copia controlada**

Es el duplicado del documento, que se encuentra debidamente identificado, reconocido dentro del Sistema de Gestión de Calidad, se conocen sus portadores y está autorizado para su circulación.

#### **4.6 Documento**

Información y su medio de soporte. Ejemplo: registros, especificaciones, procedimientos, dibujo, informe, norma etc. (NTC-ISO-9000:2000).

#### **4.7 Documentos externos o tipo parámetro**

Son documentos generados por entidades externas a la empresa para ser aplicados en los procedimientos de la misma.

#### **4.8 Formato**

Documento tipo registro que captura información de una actividad específica.

#### **4.9 Guía**

Documentos que plantea un esquema a seguir para el desarrollo de un propósito particular.

#### **4.10 Instructivo**

Documento que contempla en detalle aspectos técnicos del trabajo

#### **4.11 Lista de chequeo**

Documento que especifica componentes o pasos a tener en cuenta para el desarrollo de una actividad.

#### **4.12 Liberación de documentos**

Consiste en la aprobación, entrega y divulgación formal de los documentos del sistema de gestión de calidad.

#### **4.13 Manual**

Compendio de documentos que tratan sobre un tema específico.

#### **4.14 Política**

Lineamiento establecido por la organización, que permite la operabilidad de esta.

### **5 DESCRIPCIÓN**

#### **5.1 Control De Documentos Internos**

Véase diagrama de flujo en la siguiente página.


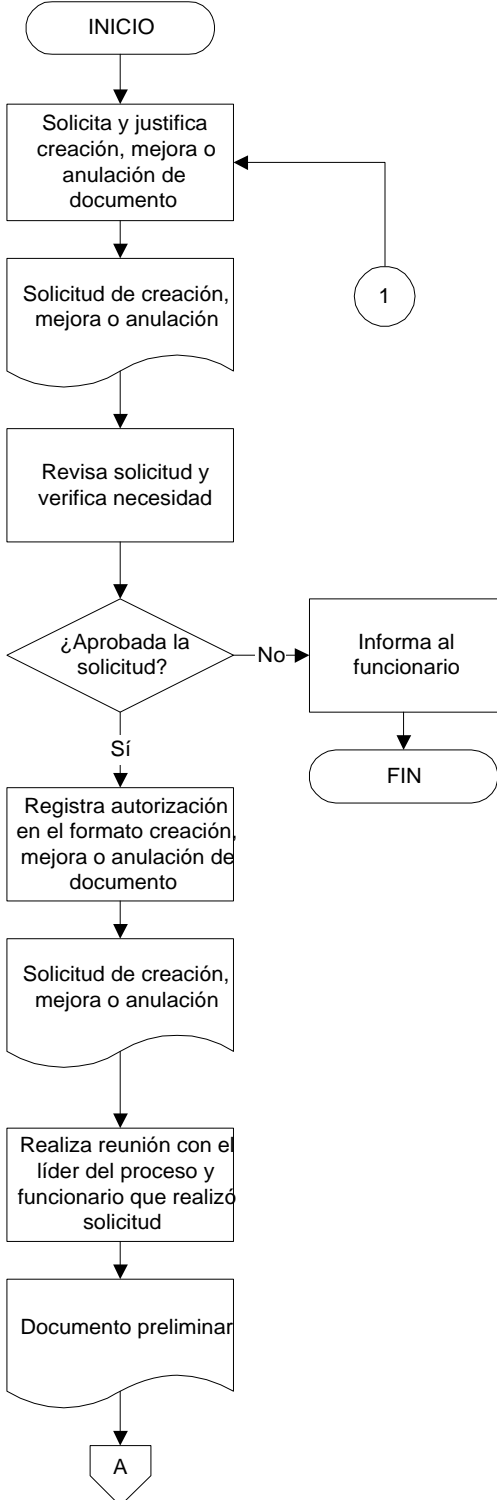
	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 3 de 5
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS DEL SGC</b>	Versión: 3
		Código: P-PM-01

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
	<p style="text-align: center;">Funcionario de PROINAPSA-UIS</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Coordinadora de calidad</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Coordinadora de calidad</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Coordinadora de calidad</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Coordinadora de calidad Coordinador(a) del proceso Funcionario que hizo la solicitud</p>	<p style="text-align: center;">Véase <a href="#">F-PM-01</a></p> <hr/> <p>Si es una solicitud de anulación, la registra y el proceso termina.</p> <hr/> <p>La Coordinadora de Calidad cuando considere necesario presenta al comité de calidad para que autorice la creación o mejora y analice quien debe tener copia controlada del documento.</p> <hr/> <p>Definen el alcance del documento y realizan el diseño preliminar</p>


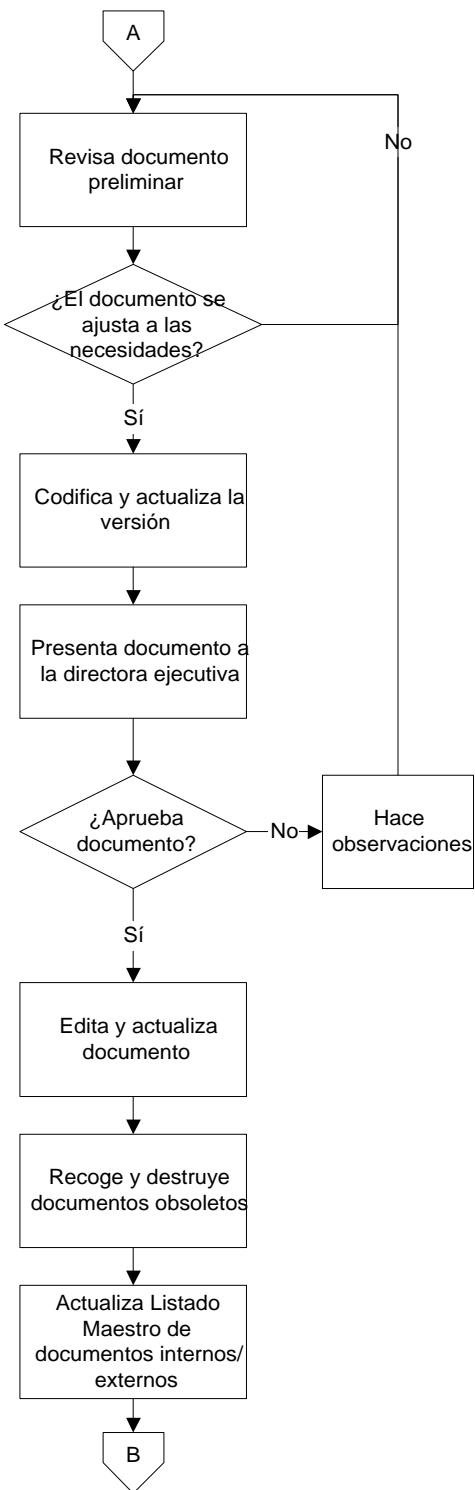
	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 4 de 5
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS DEL SGC</b>	Versión: 3
		Código: P-PM-01

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
 <pre> graph TD     A{{A}} --&gt; A1[Revisa documento preliminar]     A1 --&gt; D1{¿El documento se ajusta a las necesidades?}     D1 -- No --&gt; A2[Hace observaciones]     D1 -- Sí --&gt; A3[Codifica y actualiza la versión]     A3 --&gt; A4[Presenta documento a la directora ejecutiva]     A4 --&gt; D2{¿Aprueba documento?}     D2 -- No --&gt; A2     D2 -- Sí --&gt; A5[Edita y actualiza documento]     A5 --&gt; A6[Recoge y destruye documentos obsoletos]     A6 --&gt; A7[Actualiza Listado Maestro de documentos internos/externos]     A7 --&gt; B{{B}} </pre>	Coordinadora del proceso y equipo de trabajo	
	Coordinadora de calidad	
	Coordinadora de calidad	Véase <a href="#">I-PM-01</a> <a href="#">F-PM-02</a>
	Coordinadora de calidad	
	Directora ejecutiva	
	Coordinadora de calidad	Al editar los documentos se deben registrar las firmas de Elaboró, Revisó y aprobó, si aplica.
	Coordinadora de calidad	Archivar un original del documento obsoleto en copia digital y destruir copias duras.
	Coordinadora de calidad	Véase <a href="#">L-PM-01</a> y <a href="#">L-PM-02</a> . Si el documento tiene anexo documentos externos, se registra en el listado maestro de documentos externos. L-PM-02.


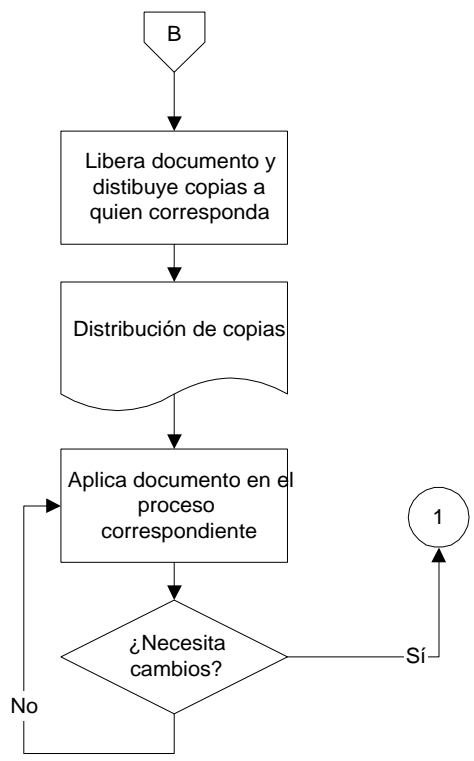

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 5 de 5
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS DEL SGC</b>	Versión: 3
		Código: P-PM-01

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
 <pre> graph TD     B{{B}} --&gt; A[Libera documento y distribuye copias a quien corresponda]     A --&gt; B1[Distribución de copias]     B1 --&gt; C[Aplica documento en el proceso correspondiente]     C --&gt; D{¿Necesita cambios?}     D -- Sí --&gt; E((1))     D -- No --&gt; C </pre>	<p style="text-align: center;">Coordinadora de calidad Líder del proceso y equipo de trabajo</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p style="text-align: center;">Funcionario de PROINAPSA-UIS</p>	<p>Véase <a href="#">F-PM-13</a> Puede requerirse una reunión o socialización del contenido de los documentos a los participantes del proceso.</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>

## 5.2 Control De Documentos Externos

El control de los documentos externos (tipo parámetro) que afecten el (los) servicio(s) suministrado(s) por PROINAPSA se realiza utilizando el formato "Listado maestro de documentos externos" L-PM-02. Se emitirán copias controladas de estos documentos y es función de la Coordinadora de Calidad velar por la distribución y el mantenimiento de la edición vigente del mismo.

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 1 de 1
	<b>INSTRUCTIVO PARA CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS DEL SGC</b>	Versión: 3
		Código: I-PM-01

El objetivo de este instructivo es asegurar la codificación de los documentos y registros pertenecientes al Sistema de Gestión de Calidad de PROINAPSA-UIS. Este instructivo lo aplicará el coordinador de calidad cada vez que la organización lo requiera.

La codificación se regirá por lo siguientes criterios:

- Todo código será Alfa-numérico.
- Cada campo será separado por un guión.

**Primer Campo:**

La primera letra corresponde al tipo de documento, según se especifica a continuación:

M	.....	Manual
P	.....	Procedimiento
I	.....	Instructivo
G	.....	Guía
F	.....	Formato
L	.....	Listado
C	.....	Lista de chequeo o Check List
D	.....	Documento tipo parámetro (externo)
N	.....	Norma o Política
E	.....	Esquema o caracterización

**Segundo Campo**

La Segunda letra Identifica el proceso al cual pertenece el documento:

GO	.....	Proceso de direccionamiento estratégico organizacional
PM	.....	Proceso de mejora.
PA	.....	Proceso de apoyo.
MI	.....	Procesos misionales (Gestión Educativa, Producción de material comunicativo, Gestión de proyectos)

**Tercer Campo**


En el último campo se colocará un número consecutivo según corresponda dentro de cada proceso.

**EJEMPLO**

<b>P-MI-01</b>	[	P	.....	Procedimiento. (Primer campo)
		MI	.....	Procesos misionales. (Segundo campo)
		01	.....	Elaboración de propuestas técnicas (Tercer campo)

COPIA NO CONTROLADA

<b>ELABORÓ:</b> Nombre: Alba Y. Rincón Fecha: Diciembre 10 de 2005	<b>REVISÓ:</b> Nombre: Alba Y. Rincón Fecha: Febrero 13 de 2006	<b>APROBÓ:</b> Nombre: Blanca P. Mantilla Fecha: Febrero 13 de 2006
--	---	---

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 1 de 5
	<b>GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DEL SGC</b>	Versión: 3
		Código: G-PM-01

## 1 OBJETIVO

Servir de guía para la elaboración de los documentos que conforman el SGC de la organización.

## 2 ALCANCE

Esta guía la aplica el Coordinador de calidad cada vez que se requiera crear o modificar procedimientos, instructivos, políticas, formatos, listas de chequeo, guías, etc.

## 3 DOCUMENTOS APLICABLES

I-PM-01 Instructivo para codificación de los documentos del SGC

L-PM-01 Listado maestro de documentos internos

L-PM-02 Listado maestro de documentos externos

## 4 DEFINICIONES:

### 4.1 Proceso

Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados. (NTC-ISO-9000:2000)

### 4.2 Procedimiento

Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso (NTC-ISO-9000:2000)

### 4.3 Documento

Información y su medio de soporte. Ejemplo: registros, especificaciones, procedimientos, dibujo, informe, norma etc. (NTC-ISO-9000:2000).

### 4.4 Documentos externos o tipo parámetro

Son documentos generados por entidades externas a la empresa para ser aplicados en los procedimientos de la misma.

### 4.5 Formato

Documento tipo registro que captura información de una actividad específica.


### 4.6 Guía

Documento que plantea un esquema a seguir para el desarrollo de un propósito particular.

### 4.7 Instructivo

Documento que contempla en detalle aspectos técnicos del trabajo.

<b>ELABORÓ:</b> Nombre: Alba Y. Rincón Fecha: Febrero 8 de 2006	<b>REVISÓ:</b> Nombre: Alba Y. Rincón Fecha: Febrero 13 de 2006	<b>APROBÓ:</b> Nombre: Blanca P. Mantilla Fecha: Febrero 13 de 2006
---	---	---

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 2 de 5
	<b>GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DEL SGC</b>	Versión: 3
		Código: G-PM-01

#### 4.8 Lista de chequeo

Documento que especifica componentes o pasos a tener en cuenta para el desarrollo de una actividad.

#### 4.9 Manual

Compendio de documentos que tratan sobre un tema específico.

#### 4.10 Política

Lineamiento establecido por la organización, que permite la operabilidad de esta.

### 5 DESCRIPCIÓN

#### 5.1 Procedimientos o guías:

Para documentar procedimientos o guías tenga en cuenta la siguiente estructura

**ENCABEZAMIENTO:** coloque en este espacio el logotipo del SGC de PROINAPSA, el nombre del proceso o manual, Nombre del documento, numeración de páginas, número de la versión, código del documento. Véase el instructivo de codificación del documento. (I-PM-01).

**OBJETIVO:** Define la razón de ser del procedimiento, el para qué se crea el documento.

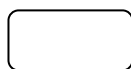
**ALCANCE:** Define quién y cuando se aplica el procedimiento

**DOCUMENTOS APLICABLES:** Este ítem identifica los otros documentos que se relacionan con el uso del procedimiento.

**DEFINICIONES:** Relaciona los términos y su respectivo significado de acuerdo con las actividades documentadas, según se consideran necesarias para facilitar la comprensión, la aplicación y/o desarrollo de las mismas.

**DESCRIPCIÓN:** En el caso de las guías proporcione una descripción detallada de las actividades a documentar. Si es un procedimiento, utilice el diagrama de flujo especificando quién es el responsable, y las observaciones que se estimen convenientes.

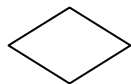
Los símbolos que se utilizan en el diseño de los diagramas de flujo son:




**TERMINAL:** Indica la iniciación y/o terminación del procedimiento



**OPERACIÓN:** Representa la actividad a realizar



**DECISIÓN O ALTERNATIVA:** Indica un punto donde se define una decisión.

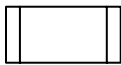
	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 3 de 5
	<b>GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DEL SGC</b>	Versión: 3
		Código: G-PM-01



**DOCUMENTO:** Representa cualquier tipo de documento que se utilice en el proceso ya aporta información para que este se pueda desarrollar.



**ARCHIVO:** Representa que el documento se almacena o se archiva.



**CONECTOR PROCEDIMIENTOS:** Es un símbolo que remite a otro procedimiento o instructivo.



**CONECTOR DE RUTINA:** Representa una conexión o enlace de un paso del proceso con otro dentro de la misma página o entre páginas. El símbolo lleva inserto un número arábigo.

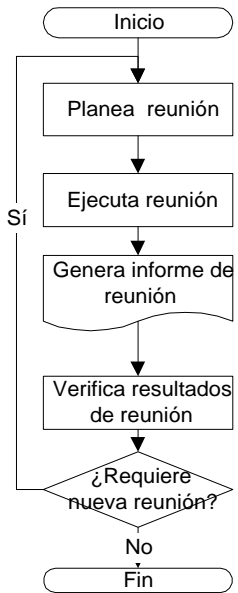



**CONECTOR DE PÁGINA:** Representa una conexión o enlace en un paso de final de página con otro paso en el inicio de la página siguiente, donde continua el flujoograma. El símbolo lleva inserta una letra mayúscula.

Dentro de cada símbolo describa la actividad en voz activa, tiempo presente y frases cortas. Ej. Diligencia orden de pedido /Revisa documento/ Genera copias y distribuye.

**PIE DE PÁGINA:** Se colocará como pie de página en la primera hoja del documento el elaborado, revisado y aprobado con su fecha respectiva.

Ejemplo de diagrama de flujo para reuniones

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
	Coordinador de calidad	
	Coordinador de calidad	
	Coordinador de calidad	
	Coordinador de calidad	
	Coordinador de calidad	

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 4 de 5
	<b>GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DEL SGC</b>	Versión: 3
		Código: G-PM-01

## 5.2 Instructivos

**ENCABEZAMIENTO:** coloque en este espacio el logotipo del SGC de PROINAPSA, el nombre del proceso o manual, Nombre del documento, numeración de páginas, número de la versión, código del documento. Véase el instructivo de codificación del documento. (I-PM-01).

**DESCRIPCIÓN DE INSTRUCTIVOS:** Si es pues un instructivo, solo enuncie en forma lógica y secuencial los pasos para ejecutar la tarea. Utilice frases cortas. No utilice diagrama de flujo.

**PIE DE PÁGINA:** Se colocará como pie de página en la primera hoja del documento el elaborado, revisado y aprobado con su fecha respectiva.

## 5.3 Listas de chequeo o formatos

**ENCABEZAMIENTO:** coloque en este espacio el logotipo del SGC de PROINAPSA, el nombre del proceso, y nombre de la lista de chequeo o formato, numeración de páginas, número de la versión, código del documento y fecha de última revisión. Véase el instructivo de codificación del documento. (I-PM-01).


**CONTENIDO DE LA LISTA DE CHEQUEO:** Especifique las actividades que se deben realizar para controlar su cumplimiento.

Ejemplo de lista de chequeo

LISTA DE CHEQUEO DE ELEMENTOS PARA LLEVAR A CABO LA REUNIÓN	
Identifique con un visto bueno (✓) los elementos que están listos para dar inicio a la reunión o con una X, los elementos que no aplican.	
<b>DOCUMENTOS</b>	
Citación a la reunión a los miembros del comité	<input type="checkbox"/>
Orden del día	<input type="checkbox"/>
Formato de asistencia a reunión	<input type="checkbox"/>
<b>PAPELERÍA</b>	
Agenda de notas y bolígrafos a cada miembro	<input type="checkbox"/>
Expógrafos	<input type="checkbox"/>
<b>AYUDAS AUDIOVISUALES</b>	
Computador	<input type="checkbox"/>
Proyector de acetatos	<input type="checkbox"/>
VHS ó DVD	<input type="checkbox"/>
Televisor	<input type="checkbox"/>

**CONTENIDO DEL FORMATO:** Incluya todos los elementos que desee registrar de la actividad crítica

EJEMPLO DE FORMATO

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 5 de 5
	<b>GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DEL SGC</b>	Versión: 3
		Código: G-PM-01

ASISTENCIA A REUNIONES		
NOMBRE	CARGO	FIRMA

Nota: Los formatos generados e implementados durante la planeación, ó ejecución específica de un proyecto, no requieren el encabezado aquí detallado, pero deben contener el nombre del formato y el nombre / código del proyecto (asignado desde la solicitud del servicio según consecutivo de propuestas, ó con el código asignado en los términos de referencia). Estos documentos son controlados por el coordinador del proyecto.

#### 5.4 Políticas

**ENCABEZAMIENTO:** coloque en este espacio el logotipo del SGC de PROINAPSA, el nombre del proceso o manual, Nombre del documento, numeración de páginas, número de la versión, código del documento. Véase el instructivo de codificación del documento. (I-PM-01).

**DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA:** Una política es una directriz emitida por la organización que soporta la ejecución de actividades y la toma de decisiones, se redactan en párrafo.


**PIE DE PÁGINA:** Se colocará como pie de página en la primera hoja del documento el elaborado, revisado y aprobado con su fecha respectiva.

Ejemplo:

POLÍTICA EN PROINAPSA PARA LA REALIZACIÓN DE REUNIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las reuniones empezarán 5 minutos después de la hora pactada con los asistentes que se encuentren.</li> <li>▪ Toda reunión debe generar un acta de compromisos y el líder de la reunión debe entregar copia de esta vía mail a los participantes a más tardar el día siguiente a la reunión.</li> </ul>


#### 5.5 Documentos de origen externo

Los documentos de origen externo serán identificados por su nombre para el sistema de gestión de calidad, según el listado de documentos externos L-PM-02, pero la responsabilidad de elaboración y/o diseño no recae en manos de personal de PROINAPSA – UIS. Si se desea, puede ser codificados para identificación exclusiva de PROINAPSA-UIS (ver instructivo para la codificación de documentos I-PM-01)


	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 1 de 1
		Versión: 2
	<b>SOLICITUD DE CREACIÓN, MEJORA O ANULACIÓN DE DOCUMENTOS</b>	Código: F-PM-01
		Fecha: 31-01-06

NOMBRE DEL SOLICITANTE:		FECHA DE SOLICITUD:	
CARGO:			
Creación: <input type="checkbox"/>		Mejora: <input type="checkbox"/>	
Anulación: <input type="checkbox"/>			
NOMBRE DEL DOCUMENTO:	TIPO DE DOCUMENTO:	CÓDIGO:	VERSIÓN:
DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN:			
<i>Espacio diligenciado sólo por el coordinador de calidad</i>			
APROBADO CAMBIO: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Firma:			
Fecha:			
RESPONSABLE ASIGNADO:		FECHA DE CAMBIO:	
OBSERVACIONES:			

COPIA NO CONTROLADA

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 1 de 1
		Versión: 2
	<b>CONTROL DE CAMBIOS A LOS DOCUMENTOS INTERNOS Y EXTERNOS DEL SGC</b>	Código: F-PM-02
		Fecha: 31-01-06

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	EDICIÓN O VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
				COPIA NO CONTROLADA

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 1 de 1
		Versión: 3
	<b>LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS DEL SGC</b>	Código: L-PM-01
		Fecha: 04-07-06

PROCESO	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	REVISIÓN	ESTADO	FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN	FECHA DE ÚLTIMA APROBACIÓN	RESPONSABLE DEL DOCUMENTO	N. DE COPIAS CONTROLADAS

COPIA NO CONTROLADA



**PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC**

Página 1 de 1

Versión: 2

**LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS EXTERNOS DEL SGC**

Código: L-PM-02

Fecha: 02-02-00

<i>NOMBRE</i>	<i>CÓDIGO</i>	<i>EMITIDO POR</i>	<i>ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN</i>	<i>UBICACIÓN</i>	<i>ESTADO</i>

COPIA NO CONTROLADA



**PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC**

Página 1 de 1

Versión: 2

**DOCUMENTOS ENTREGADOS**

Código: F-PM-13

Fecha:31-01-06


DOCUMENTOS ENTREGADOS:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.

- 8.
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.
- 13.
- 14.
- 15.

NOMBRE / CARGO	FECHA	DOCUMENTOS ENTREGADOS															FIRMA	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		

COPIA NO CONTROLADA

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 1 de 3
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE REGISTROS DEL SGC</b>	Versión: 2
		Código: P-PM-02

## 1 OBJETIVO

Estandarizar el método para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros de calidad.

## 2 ALCANCE

Este procedimiento es aplicado por los funcionarios implicados en los procesos del SGC de la organización.

## 3 DOCUMENTOS APLICABLES

L-PM-03 [Listado maestro de registros](#)

I-PM-01 [Instructivo para la codificación de documentos](#)

## 4 DEFINICIONES

### 4.1 Proceso

Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados. (NTC-ISO-9000:2000)

### 4.2 Documento

Información y su medio de soporte. Ejemplo: registros, especificaciones, procedimientos, dibujo, informe, norma etc. (NTC-ISO-9000:2000).

### 4.3 Formato

Documento tipo registro que captura información de una actividad específica.

### 4.4 Registros

Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas


### 4.5 Archivo

Conjunto de documentos, sea cual fuere su fecha, forma y soporte material, acumulados en un proceso natural por una persona o institución pública o privada, en el transcurso de su gestión.

## 5 DESCRIPCIÓN

### 5.1 Control de registros

<b>ELABORÓ:</b> Nombre: Alba Y. Rincón Fecha: Febrero 08 de 2006	<b>REVISÓ:</b> Nombre: Alba Y. Rincón Fecha: Mayo 16 de 2006	<b>APROBÓ:</b> Nombre: Blanca P. Mantilla Fecha: Mayo 16 de 2006
--	--	--

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 2 de 3
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE REGISTROS DEL SGC</b>	Versión: 2
		Código: P-PM-02

El control aplica sobre los registros internos del Sistema de Gestión de Calidad generados por la aplicación de los procedimientos y por las actividades propias de cada proceso, tales como formatos diligenciados, informes, hojas de vida, expedientes, etc. Los registros de calidad son diligenciados de tal manera que permitan su lectura y comprensión, evitando borrones, tachones o enmendaduras.

## 5.2 Conservación de los registros

Hay dos estados de conservación de los registros

- Magnético
- Impreso:

Para garantizar la identificación, y preservación de los registros impresos generados por los diferentes procesos de la organización, estos se archivan en carpetas o en A-Z, por proyectos y en zonas destinadas para tal fin. Dentro de la carpeta, los registros pueden identificarse por su fecha según corresponda.

Una vez se cumpla el tiempo de los registros en el archivo de gestión o activo, se decidirá si estos pasarán al archivo central o se eliminarán.

### 5.2.1 Clasificación del archivo

- Archivo Activo o de gestión: Registros que pueden ser consultados fácilmente en la oficina productora, y conservados como tal durante la vigencia del año en curso, para luego ser enviados al archivo inactivo o ser eliminados. Ejemplo: documentación en trámite, en busca de solución a los asuntos iniciados, sometida a continua utilización y consulta administrativa por las mismas oficinas u otras que la soliciten.
- Archivo Inactivo: Sitio de conservación de registros que han dejado de permanecer en archivo activo y que son retenidos según se requieran.

## 5.3 Acceso a los registros

Los niveles de acceso de los registros, se definen así:

- **Confidencial:** cuando solo el responsable del proceso tiene acceso y éste autoriza su consulta.
- **Restringido:** cuando es de consulta el registro para el proceso involucrado.
- **General:** sin limitaciones.



**PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC**

Página 3 de 3


**PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE REGISTROS DEL SGC**

Versión: 2

Código: P-PM-02

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
	<p>Coordinador(a) del proceso</p>	
	<p>Coordinador(a) de calidad</p>	<p>Véase <a href="#">L-PM-03</a></p>
	<p>Funcionario de PROINAPSA-UIS</p>	<p>Para corregir un dato en los registros de calidad, se debe tachar con cuidado, todos los datos deben ser legibles, el responsable de corregir el registro debe colocar sus iniciales con fecha y hora de corrección.</p>
	<p>Funcionario de PROINAPSA-UIS</p>	<p>La identificación de los registros se hace de acuerdo con el instructivo para codificación de los documentos del SGC. Véase <a href="#">I-PM-01</a></p>
	<p>Funcionario de PROINAPSA-UIS</p>	<p>En el Listado Maestro de registros <a href="#">L-PM-03</a> se identifica el tiempo de almacenamiento en el archivo activo y su disposición final.</p>



	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 1 de 4
	<b>PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS</b>	Versión: 2
		Código: P-PM-03

## 1 OBJETIVO

Determinar la metodología para determinar si el SGC de PROINAPSA-UIS es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la norma de calidad NTC ISO 9001:2000, mediante la realización de auditorías internas.

## 2 ALCANCE

Este procedimiento es aplicado por el equipo de auditores internos de PROINAPSA-UIS para verificar la conformidad de los procesos de la empresa que hacen parte del SGC.

## 3 DOCUMENTOS APLICABLES

- F-PM-03 [Programa de auditoría](#)
- F-PM-04 [Plan de auditoría](#)
- F-PM-05 [Informe de auditoría](#)
- F-PM-06 [Lista de Verificación](#)
- P-PM-04 [Procedimiento de acciones correctivas](#)
- P-PM-05 [Procedimiento de acciones preventivas](#)

## 4 DEFINICIONES

### 4.1 Auditoría:

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

### 4.2 Programa de auditoría:

Conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.


### 4.3 Evidencia de la auditoría:

Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables.

### 4.4 Hallazgo de auditoría:

Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.

<b>ELABORÓ:</b> Nombre: Alba Y. Rincón Fecha: Febrero 08 de 2006	<b>REVISÓ:</b> Nombre: Alba Y. Rincón Fecha: Febrero 13 de 2006	<b>APROBÓ:</b> Nombre: Blanca P. Mantilla Fecha: Febrero 13 de 2006
--	---	---

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 2 de 4
	<b>PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS</b>	Versión: 2
		Código: P-PM-03

**4.5 Conclusiones de la auditoría:**

Resultados de la auditoría que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.

**4.6 Cliente de la auditoría:**

Organización o persona que solicita una auditoría.

**4.7 Auditado:**

Organización que es auditada.

**4.8 Auditor:**

Persona con habilidades demostradas para aplicar conocimientos y aptitudes para llevar a cabo una auditoría.

**4.9 No Conformidad:**

El no cumplimiento de un requisito especificado.

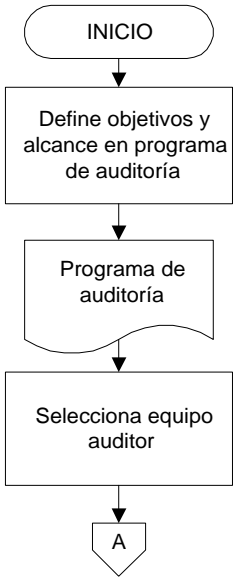
**4.10 Equipo auditor:**

Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría.

**4.11 Criterio:**

Es el soporte con el cual se va a auditar.

**5 DESARROLLO**

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
 <pre> graph TD     INICIO([INICIO]) --&gt; A[Define objetivos y alcance en programa de auditoría]     A --&gt; B[/Programa de auditoría/]     B --&gt; C[Selecciona equipo auditor]     C --&gt; D{A}           </pre>	Coordinador(a) de calidad	Véase <a href="#">F-PM-03</a>
	Coordinador(a) de calidad	



**PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC**

Página 3 de 4

**PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS**

Versión: 2

Código: P-PM-03

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
<p style="text-align: center;">A</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Revisa y prepara documentación</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Equipo auditor Coordinador(a) de calidad	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Elabora Plan de auditoría</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Plan de auditoría</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Equipo auditor Coordinador(a) de calidad	Véase <a href="#">F-PM-04</a>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Elabora lista de verificación</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Lista de verificación</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Equipo auditor Coordinador(a) de calidad	Véase <a href="#">F-PM-06</a>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Realiza reunión de apertura</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Director(a) ejecutivo(a) Equipo auditor	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Recopila y analiza evidencia</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Coordinador(a) de calidad Equipo auditor	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Emite conclusiones</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Coordinador(a) de calidad Equipo auditor	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Realiza reunión de cierre</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">B</p>	Coordinador(a) de calidad Equipo auditor	



**PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC**


Página 4 de 4

**PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS**

Versión: 2

Código: P-PM-03


DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
<pre> graph TD     B{{B}} --&gt; A[Elabora informe final de auditoría]     A --&gt; B1[Informe de auditoría]     B1 --&gt; C[Entrega informe a dirección]     C --&gt; D[Analiza informe y programa reunión de socialización]     D --&gt; E{¿Hay no conformidad?}     E -- Sí --&gt; F[Acción correctiva]     E -- No --&gt; G{¿Se genera acción preventiva?}     G -- Sí --&gt; H[Acción preventiva]     G -- No --&gt; I([FIN])           </pre>	<p>Auditor Líder Coordinador(a) de calidad</p>	<p>Véase <a href="#">F-PM-05</a></p>
	<p>Auditor Líder</p>	
	<p>Coordinador(a) del proceso y equipo de trabajo</p>	
	<p>Coordinador(a) del proceso y equipo de trabajo</p>	<p>Véase <a href="#">P-PM-04</a></p>
	<p>Coordinador(a) del proceso y equipo de trabajo</p>	<p>Véase <a href="#">P-PM-05</a></p>

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 1 de 1
		Versión: 2
	<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA</b>	Código: F-PM-03
		Fecha: 31-01-06

<i>OBJETIVO GENERAL</i>	
<i>FECHA DE ELABORACIÓN:</i>	
<i>RESPONSABLE DEL PROGRAMA:</i>	
<i>RECURSOS</i>	

PROCESO	PROCEDIMIENTOS Ó PROYECTOS	EQUIPO AUDITOR				FECHA PROBABLE	OBSERVACIONES
			L	A	O		

COPIA NO CONTROLADA

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 1 de 1
		Versión: 2
	<b>PLAN DE AUDITORÍA</b>	Código: F-PM-04
		Fecha: 31-01-06


1. OBJETIVO		
2. ALCANCE		
3. CRITERIOS/ DOCUMENTOS REQUERIDOS		
4. EQUIPO AUDITOR	AUDITOR LÍDER: AUDITORES:	
5. PROCESO Ó PROYECTO AUDITADO		Código del proyecto (Si aplica)

**CRONOGRAMA PLANEADO DE ACTIVIDADES**

REUNION DE APERTURA:		REUNION DE CIERRE:	
----------------------	--	--------------------	--

HORA	FECHA	LUGAR	REQUISITOS	ACTIVIDAD	AUDITADO


OBSERVACIONES:	
RESPONSABLE:	FECHA:

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 1 de 2
		Versión: 2
	<b>INFORME DE AUDITORÍA</b>	Código: F-PM-05
		Fecha: 31-01-06

<i>AUDITORÍA AL PROCESO Ó PROYECTO:</i>		<i>Código del proyecto (si aplica)</i>
<i>OBJETIVO</i>		
<i>ALCANCE</i>		
<i>CLIENTE DE LA AUDITORÍA</i>		
<i>CRITERIOS / DOCUMENTOS REQUERIDOS</i>		
<i>EQUIPO AUDITOR</i> <i>Auditor líder:</i>  <i>Auditores:</i>	<i>Auditores:</i>	
<i>EQUIPO AUDITADO</i>		
<i>OBSERVACIONES:</i>		

**1. ACTIVIDADES REALIZADAS**

<i>HORA</i>	<i>FECHA</i>	<i>LUGAR</i>	<i>REQUISITOS</i>	<i>ACTIVIDAD</i>	<i>AUDITADO</i>

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 2 de 2
		Versión: 2
	<b>INFORME DE AUDITORÍA</b>	Código: F-PM-05
		Fecha:31-01-06

## 2. HALLAZGOS

- *NO CONFORMIDADES*
  
- *CONFORMIDADES*

## 3. CONCLUSIONES

- *FORTALEZAS*
  
- *OPORTUNIDADES DE MEJORA*

## 4. RECOMENDACIONES (Opcional)



**PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC**

---

**LISTA DE VERIFICACIÓN**

Página 1 de 1

Versión: 2


Código: F-PM-06

Fecha: 31-01-06

<b>PROCESO Ó PROYECTO AUDITADO:</b>		<b>AUDITOR(ES):</b>	
<b>CÓDIGO DEL PROYECTO</b> (si aplica):	<b>FECHA:</b>		

	PREGUNTAS	CONFORME		DOCUMENTOS / REGISTROS / EVIDENCIA	RESPONSABLE / AUDITADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES
		SI	NO			
<b>P</b>						
<b>H</b>						
<b>V</b>						
<b>A</b>						

COPIA NO CONTROLADA

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 1 de 3
	<b>PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE ACCIONES CORRECTIVAS</b>	Versión: 2
		Código: P-PM-04

## 1 OBJETIVO

Establecer la metodología para determinar y eliminar las causas detectadas de una NO CONFORMIDAD (NC) y evitar su nueva ocurrencia en los procesos del SGC en PROINAPSA-UIS.

## 2 ALCANCE

Este procedimiento es aplicado por el Coordinador de calidad y todos los funcionarios de PROINAPSA-UIS, de modo que se cumplan los requisitos establecidos dentro del sistema de gestión de Calidad y se logre la mejora continua.

## 3 DOCUMENTOS APLICABLES

F-PM-07 [Formato de Reporte de acciones correctivas o preventivas](#)

F-PM-08 [Formato de Seguimiento de acciones correctivas](#)

F-PM-09 [Registro de confirmación](#)

## 4 DEFINICIONES

### 4.1 No Conformidad:

El incumplimiento de un requisito especificado.

### 4.2 Requisito:

Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

### 4.3 Acción correctiva:

Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

### 4.4 Corrección:

Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

### 4.5 Verificación:

Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.

## 5 DESCRIPCIÓN

<b>ELABORÓ:</b> Nombre: Alba Y. Rincón Fecha: Febrero 08 de 2006	<b>REVISÓ:</b> Nombre: Alba Y. Rincón Fecha: Febrero 13 de 2006	<b>APROBÓ:</b> Nombre: Blanca P. Mantilla Fecha: Febrero 13 de 2006
--	---	---


	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 2 de 3
	<b>PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE ACCIONES CORRECTIVAS</b>	Versión: 2
		Código: P-PM-04

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
<pre> graph TD     INICIO([INICIO]) --&gt; A[Identifica la no conformidad real]     A --&gt; B[Identifica la(s) causa(s) de la no conformidad]     B --&gt; C{¿Requiere acción correctiva?}     C -- No --&gt; D[Emite concepto por escrito]     D --&gt; E[/Registro de confirmación/]     E --&gt; F([FIN])     C -- Sí --&gt; G[Establece la acción correctiva]     G --&gt; H[/Reporte de Acción correctiva/]     H --&gt; I[Informa a los responsables de ejecutar la acción correctiva]     I --&gt; J[Realiza seguimiento a resultados de acción correctiva y registra resultados]     J --&gt; A1((1))     A1 --&gt; A2[/A/] </pre>	<p>Funcionarios de PROINAPSA-UIS</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Coordinador(a) del proceso Coordinador(a) de calidad</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Coordinador(a) del proceso Coordinador(a) de calidad</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Coordinador(a) del proceso Coordinador(a) de calidad</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Coordinador(a) del proceso</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Coordinador(a) del proceso Responsable de implementar acción correctiva Coordinador(a) de calidad</p>	<p>Véase <a href="#">F-PM-07</a></p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Véase <a href="#">F-PM-07</a></p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Véase <a href="#">F-PM-09</a></p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Véase <a href="#">F-PM-07</a> Cada acción correctiva a implementar debe ser evaluada en conjunto con el Coordinador de calidad.</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Al informar a los responsables la ejecución de la acción correctiva, implementan y realizan su seguimiento, sin demora injustificada.</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Véase <a href="#">F-PM-08</a></p>


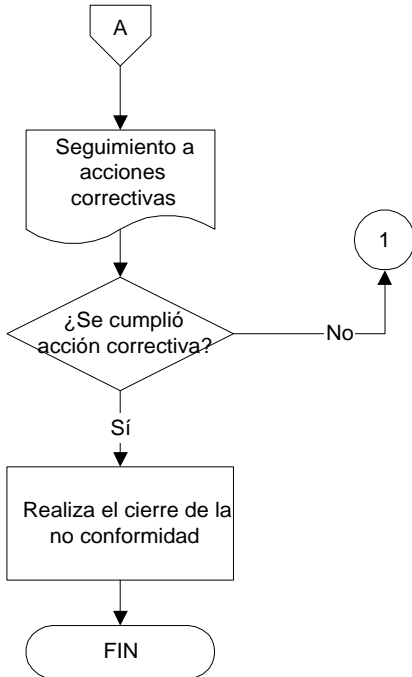

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 3 de 3
	<b>PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE ACCIONES CORRECTIVAS</b>	Versión: 2
		Código: P-PM-04

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
 <pre> graph TD     A{{A}} --&gt; B[Seguimiento a acciones correctivas]     B --&gt; C{¿Se cumplió acción correctiva?}     C -- Sí --&gt; D[Realiza el cierre de la no conformidad]     D --&gt; E([FIN])     C -- No --&gt; F((1))     F --&gt; B           </pre>	<p>Coordinador(a) del proceso Responsable de implementar acción correctiva Coordinador de calidad</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Coordinador de calidad</p>	<p>Véase <a href="#">F-PM-08</a></p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Véase <a href="#">F-PM-07</a> Véase <a href="#">F-PM-08</a></p>

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 1 de 1
		Versión: 3
	<b>REPORTE DE ACCIONES CORRECTIVAS</b>	Código: F-PM-07
		Fecha: 31-01-06

<b>PROCESO Ó PROYECTO AL QUE PERTENECE LA NO CONFORMIDAD:</b>		<b>FECHA:</b>
<b>CÓDIGO DEL PROYECTO</b> (Si aplica):		
<b>FUENTE DE LA NO CONFORMIDAD</b>		
<input type="checkbox"/> Procesos	<input type="checkbox"/> Auditorías Internas	
<input type="checkbox"/> Reclamación de los clientes	<input type="checkbox"/> Indicadores de gestión	
<input type="checkbox"/> Infraestructura	<input type="checkbox"/> Proveedores	
<input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? _____		
<b>DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD REAL</b>		
<b>POSIBLES CAUSAS</b> (Espacio diligenciado por el coordinador del proceso o del proyecto)		
<b>PLAN DE ACCIÓN</b> (Espacio diligenciado por el coordinador del proceso o del proyecto)		
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>FECHA</b>	<b>RESPONSABLE</b>
<b>RESULTADOS DE ACCIONES TOMADAS</b> (Espacio diligenciado por el(la) coordinador(a) de calidad)		
<b>CONSECUTIVO DE ACCIÓN CORRECTIVA:</b> _____		
<b>FECHA DE CIERRE DE LA NO CONFORMIDAD:</b> _____		

COPIA NO CONTROLADA



**PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC**

Página 1 de 1

Versión: 2

**REGISTRO DE CONFIRMACIÓN**

Código: F-PM-09

Fecha: 31-01-06

**PROCESO Ó PROYECTO AL CUAL PERTENECE LA NO CONFORMIDAD:**

**FECHA DE HALLAZGO:**

**CÓDIGO DEL PROYECTO (Si aplica):**

**DESCRIPCIÓN DE NO CONFORMIDAD:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**COORDINADOR DEL PROCESO Ó PROYECTO / RESPONSABLE:**

Yo, \_\_\_\_\_ admito tener conocimiento de la anterior no conformidad, pero tras haber evaluado la necesidad de adoptar acciones, confirmo que no se emprenderá, por ahora, un plan de acciones correctivas.

**JUSTIFICACIÓN**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FIRMA AUTORIZADA:**


\_\_\_\_\_

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:**

\_\_\_\_\_

COPIA NO CONTROLADA



	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 1 de 3
	<b>PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE ACCIONES PREVENTIVAS</b>	Versión: 2
		Código: P-PM-05

## 1 OBJETIVO

Establecer la metodología para determinar y eliminar las causas detectadas de una NO CONFORMIDAD POTENCIAL (NCP), y prevenir su ocurrencia en los procesos del SGC en PROINAPSA-UIS.

## 2 ALCANCE

Este procedimiento es aplicado por el Coordinador de calidad y todos los funcionarios de PROINAPSA-UIS, de modo que se cumplan los requisitos establecidos dentro del sistema de gestión de Calidad y se logre la mejora continua.

## 3 DOCUMENTOS APLICABLES

F-PM-10 [Formato de Reporte de acciones preventivas](#)

## 4 DEFINICIONES

### 4.1 No Conformidad:

El incumplimiento de un requisito especificado.

### 4.2 Requisito:

Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

### 4.3 Acción preventiva:

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

### 4.4 Verificación:

Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.

## 5 DESCRIPCIÓN

<b>ELABORÓ:</b> Nombre: Alba Y. Rincón Fecha: Febrero 08 de 2006	<b>REVISÓ:</b> Nombre: Alba Y. Rincón Fecha: Febrero 13 de 2006	<b>APROBÓ:</b> Nombre: Blanca P. Mantilla Fecha: Febrero 13 de 2006
--	---	---



**PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC**

Página 2 de 3

**PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE ACCIONES PREVENTIVAS**

Versión: 2

Código: P-PM-05

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
	Funcionarios de PROINAPSA-UIS	Véase <a href="#">F-PM-10</a>
	Coordinador(a) del proceso Coordinador(a) de calidad	Véase <a href="#">F-PM-10</a>
	Coordinador(a) del proceso Coordinador(a) de calidad	Véase <a href="#">F-PM-10</a> Cada acción preventiva a implementar debe ser evaluada en conjunto con el Coordinador de calidad.
	Coordinador(a) del proceso	Al informar a los responsables la ejecución de la acción preventiva, implementan y realizan su seguimiento, sin demora injustificada.
	Coordinador(a) del proceso Responsable de implementar acción preventiva Coordinador(a) de calidad	Véase <a href="#">F-PM-10</a>



**PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC**


Página 3 de 3

**PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE ACCIONES PREVENTIVAS**


Versión: 2

Código: P-PM-05

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
<pre> graph TD     A[A] --&gt; B[Realiza seguimiento a la acción preventiva y registra resultados]     B --&gt; C[Reporte de acción preventiva]     C --&gt; D{¿Se cumplió acción preventiva?}     D -- No --&gt; B     D -- Sí --&gt; E[Realiza el cierre de la acción preventiva]     E --&gt; F([FIN])         </pre>	<p>Coordinador(a) del proceso Responsable de implementar acción correctiva Coordinadora de calidad</p> <hr/> <p>Coordinadora de calidad</p>	<p>Véase <a href="#">F-PM-10</a></p> <hr/> <p>Véase <a href="#">F-PM-10</a></p>

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 1 de 1
		Versión: 1
	<b>REGISTRO DE ACCIONES PREVENTIVAS</b>	Código: F-PM-10
		Fecha: 31-01-06

<b>PROCESO Ó PROYECTO AL QUE PERTENECE LA NO CONFORMIDAD POTENCIAL:</b>		<b>FECHA:</b>
<b>CÓDIGO DEL PROYECTO (Si aplica):</b>		
<b>DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD POTENCIAL</b>		
<b>POSIBLES CAUSAS</b> (Espacio diligenciado por el coordinador del proceso o del proyecto)		
<b>EMPRENDER PLAN DE ACCIÓN PREEVENTIVA:</b> SI <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>		
<b>JUSTIFICACIÓN</b>		
FIRMA DEL RESPONSABLE: _____		
<b>PLAN DE ACCIÓN</b> (Espacio diligenciado por el coordinador del proceso o del proyecto)		
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>FECHA</b>	<b>RESPONSABLE</b>
<b>RESULTADOS DE ACCIONES TOMADAS Y SEGUIMIENTO</b> (Espacio diligenciado por el(la) coordinador(a) de calidad)		
<b>CONSECUTIVO DE ACCIÓN PREVENTIVA:</b> _____		

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 1 de 2
	<b>PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME</b>	Versión: 3
		Código: P-PM-06

## 1 OBJETIVO

Determinar la metodología para asegurar la prevención del uso de producto no conforme con requisitos especificados

## 2 ALCANCE

Este procedimiento es aplicado por todos los funcionarios implicados en los diferentes procesos del SGC.

## 3 DOCUMENTOS APLICABLES

F-PM-12 [Formato para el manejo de productos no conformes](#)

G-MI-04 [Guía plan de calidad](#)

## 4 DEFINICIONES

### 4.1 No Conformidad

El no cumplimiento de un requisito especificado.

### 4.2 Producto no conforme

Incumplimiento de un requisito en los procesos para la realización de material educomunicativo, gestión de proyectos o gestión educativa.

### 4.3 Requisito

Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

### 4.4 Acción correctiva

Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

### 4.5 Acción preventiva

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

### 4.6 Corrección

Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

## 5 DESCRIPCIÓN

<b>ELABORÓ:</b> Nombre: Alba Y. Rincón Fecha: Junio 1 de 2006	<b>REVISÓ:</b> Nombre: Alba Y. Rincón Fecha: Junio 2 de 2006	<b>APROBÓ:</b> Nombre: Blanca P. Mantilla Fecha: Agosto 10 de 2006
---	--	--



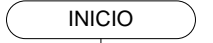
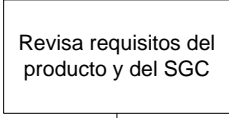
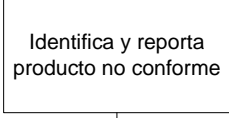
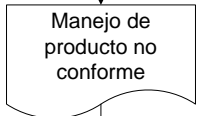
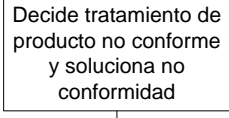
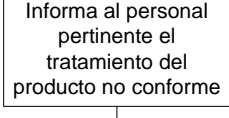
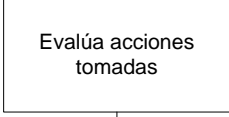
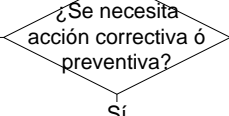
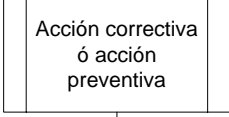
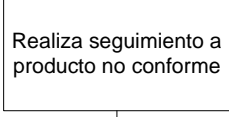
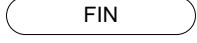
**PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC**


Página 2 de 2

**PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME**

Versión: 3

Código: P-PM-06

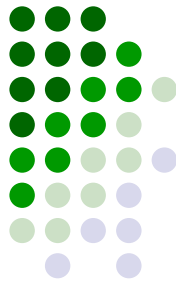
DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
		
	<p>Funcionario de PROINAPSA-UIS</p>	<p>Véase Plan de calidad específico <a href="#">G-MI-04</a></p>
		
	<p>Funcionario de PROINAPSA-UIS</p>	<p>Véase <a href="#">F-PM-12</a></p>
	<p>Coordinador(a) de proceso, programa o proyecto.</p>	
	<p>Coordinador(a) de proceso, programa o proyecto.</p>	
	<p>Coordinador(a) de proceso, programa o proyecto.</p>	
	<p>Coordinador(a) de proceso, programa o proyecto.</p>	
	<p>Coordinador(a) de proceso, programa o proyecto.</p>	<p>Véase <a href="#">P-PM-04</a> <a href="#">P-PM-05</a> <a href="#">F-PM-12</a></p>
	<p>Coordinador(a) de proceso, programa o proyecto.</p>	<p>Véase <a href="#">F-PM-12</a></p>
		

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 1 de 1
		Versión: 2
	<b>MANEJO DE PRODUCTOS NO CONFORMES</b>	Código: F-PM-12
		Fecha: 31-01-06

<b>PROCESO Ó PROYECTO</b>	<b>CÓDIGO DEL PROYECTO (Si aplica)</b>
<b>DESCRIPCION DEL PRODUCTO NO CONFORME</b>	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>REPORTADO POR</b>	<b>FECHA</b>
<b>MANEJO DEL PRODUCTO NO CONFORME</b>	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>RESPONSABLE DE ACCIONES</b>	<b>FECHA</b>
<b>VERIFICADO POR</b>	<b>FECHA</b>
<b>OBSERVACIONES</b>	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	


COPIA NO CONTROLADA

<b>SOLICITUD DE ACCION CORRECTIVA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CONSECUTIVO _____</b>
---



# ANEXO F

GUÍA PLAN DE INDUCCIÓN  
2006

	<b>PROCESO DE GESTIÓN HUMANA</b>	Página 1 de 10
	<b>PLAN DE INDUCCIÓN</b>	Versión: 2
		Código: G-PA-01

## 1 OBJETIVO

Ilustrar a la persona responsable de realizar la inducción en PROINAPSA-UIS, acerca del contenido y la forma de llevarla cabo.

## 2 ALCANCE

Esta guía la aplica la persona responsable de la inducción organizacional al personal que ingrese por primera vez a PROINAPSA-UIS. Este documento también puede ser consultado por cualquier integrante de la organización para recordar el contenido de la inducción.

## 3 DOCUMENTOS APLICABLES

F-PA-02 Registro de inducción  
Presentación inducción actual 100806

## 4 DEFINICIONES:

### 4.1 Guía

Documento que plantea un esquema a seguir para el desarrollo de un propósito particular.

### 4.2 Inducción


Se refiere a la actividad mediante la cual se da a conocer al nuevo integrante de la organización, la información institucional (inducción corporativa) o las responsabilidades del proceso que va a ejecutar (inducción al cargo) o algunos elementos necesarios para el desempeño de sus responsabilidades.

## 5 DESCRIPCIÓN

Nota: La inducción corporativa puede tener una duración entre 2 y 3 horas y se puede realizar en forma individual o grupal, siempre y cuando la fecha de inicio de actividades laborales del nuevo integrante de la organización, no sea mayor de 1 semana al día de la inducción; así mismo, no se debe demorar mas de 3 días entre la inducción corporativa y la del cargo, excepto en casos de fuerza mayor. Es probable que la inducción corporativa o del cargo sea realizada por las coordinadoras de proceso o del proyecto específico para el cual se contrató la persona.

Se acompañará el proceso de inducción, mediante la presentación de PROINAPSA-UIS, (ver Presentación inducción actual 100806).

<b>ELABORÓ:</b> Nombre: Olga C. Prada Fecha: Febrero 07 de 2006	<b>REVISÓ:</b> Nombre: Equipo líder Fecha: Agosto 5 de 2006	<b>APROBÓ:</b> Nombre: Blanca P. Mantilla Fecha: Agosto 10 de 2006
---	---	--

	<b>PROCESO DE GESTIÓN HUMANA</b>	Página 2 de 10
	<b>PLAN DE INDUCCIÓN</b>	Versión: 2
		Código: G-PA-01

## I. INTRODUCCIÓN

Es importante que toda persona que ingrese a formar parte del equipo de trabajo PROINAPSA-UIS, identifique y conozca las generalidades de la organización y sienta que es parte de la misma.

El primer paso para lograrlo, es a través de la inducción, en la cual se espera un primer acercamiento entre el nuevo integrante de la organización y la empresa, donde se conozcan las características esenciales de la empresa tales como el direccionamiento de PROINAPSA-UIS, su portafolio de servicios, principalmente, mostrándola como un organismo que contribuye al desarrollo institucional, político y social de la salud.


## II. BIENVENIDA

Esta bienvenida es para todos aquellos que han sido escogidos por sus competencias y capacidades, en la cual se resalta la oportunidad que tiene la empresa de recibir el valioso trabajo de cada nuevo empleado, pero de igual forma la posibilidad que ofrece PROINAPSA-UIS, de abrazar una gran experiencia de vida a quienes lo sepan aprovechar.

Se recomienda, exponer los siguientes términos asociados con PROINAPSA-UIS, a manera de información.

- Instituto PROINAPSA-UIS: Instituto de programas interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud. (dependencia de la UIS)
- Fundación PROINAPSA-UIS: Fundación para el desarrollo de la salud de la universidad industrial de Santander. (Ente privado sin ánimo de lucro)

Sin embargo, se debe recordar que estas diferencias se presentan durante el trato administrativo y que siempre se va a hablar acerca del equipo de trabajo PROINAPSA-UIS, excepto en aquellos casos en los que se deba hacer la distinción entre instituto o fundación PROINAPSA-UIS.

	<b>PROCESO DE GESTIÓN HUMANA</b>	Página 3 de 10
	<b>PLAN DE INDUCCIÓN</b>	Versión: 2
		Código: G-PA-01

PROINAPSA-UIS surge gracias al apoyo y al respaldo dado por la UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, por lo cual existe un amplio vínculo con la Universidad, se ha adoptado los colores institucionales de la UIS: el verde y blanco.

### **III. GENERALIDADES DE PROINAPSA-UIS**

PROINAPSA – UIS, cuenta con instalaciones locativas ubicadas en la Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander, Carrera 32 No. 29-31 piso 3. Teléfonos: (57) (7) 6327611 - 6327612 - 6450006 - 6344000 extensiones 3167- 3156- 3216 3217 ó 3218, Fax: 57-7-6350472. Apartado aéreo 678. Correo electrónico. proinaps@uis.edu.co


#### **A. NUESTRA HISTORIA**

PROINAPSA – UIS nació en 1985 como un proyecto de Investigación – Acción de carácter interdisciplinario, para trabajar en Atención Primaria de la Salud desde la Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander.

Durante los seis primeros años de labores contó con el apoyo financiero de la Fundación W.K. Kellogg (USA), con la misión de contribuir al mejoramiento del estado de salud de la comunidad, dando prioridad a los estratos socioeconómicos más deprimidos, articulando recursos y esfuerzos con las Instituciones de Salud del Sector Oficial y grupos organizados de la comunidad.

Con base en los éxitos y los desarrollos obtenidos en la etapa de Proyecto (1985-1991), la Universidad Industrial de Santander decide en 1992 institucionalizar a PROINAPSA primero como Centro de Investigaciones y en 1994 como un INSTITUTO dentro de la nueva estructura organizacional de la Universidad.

Para acompañar su trabajo con una oportuna y eficiente gestión de los recursos y tener la agilidad requerida en todos los procesos de contratación, se creó en 1990 la Fundación para el Desarrollo de la Salud de la Universidad Industrial de Santander PROINAPSA-UIS, un

	<b>PROCESO DE GESTIÓN HUMANA</b>	Página 4 de 10
	<b>PLAN DE INDUCCIÓN</b>	Versión: 2
		Código: G-PA-01


ente privado, sin ánimo de lucro, con personería jurídica N° 17052 otorgada por el Ministerio de Salud de Colombia, que se rige en todos sus actos por los estatutos, en armonía con la ley y los reglamentos pertinentes.

Desde el año 2005, PROINAPSA-UIS, ha venido trabajando un Sistema de Gestión de la Calidad basado en la norma NTC ISO 9001:2000, junto con la instauración del COPASO con el fin de brindar satisfacción a los clientes tanto internos como externos de la organización.

Actualmente la organización continúa ofreciendo programas y proyectos dirigidos a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, realizando contactos con gobiernos y entidades de otros países (Gobiernos de España, Cuba, Ecuador, Perú, Brasil, entre otros), para lograr la proyección internacional, con excelentes resultados...

Algunos de los estamentos con los cuales PROINAPSA-UIS ha trabajado son:

- Organización Panamericana de la Salud-OPS/ Organización Mundial de la Salud -OMS
- Fondo de Población de Naciones Unidas UNPHA
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF
- Gobernación Estado Delta Amacuro – Venezuela
- CDC de Puerto Rico
- Centro de Atención Materno Perinatal Cimigen - México
- Fundación niño a niño – Universidad de Londres
- Ministerios de Educación y Protección social (anteriormente de Salud y Trabajo) - Colombia
- Superintendencia Nacional de Salud - Colombia
- OIM- Proyecto Fondo Mundial - Colombia
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF
- Secretarías de salud departamentales: Santander, Meta, Bolívar, Cauca, Guajira, Cesar, Casanare, Nariño, Putumayo, Valle Del Cauca, Quindío, Antioquia, Córdoba.
- Secretarías de Salud Municipal: Bucaramanga y 34 municipios de Santander.
- Fundaciones FES y Antonio Restrepo Barco

	<b>PROCESO DE GESTIÓN HUMANA</b>	Página 5 de 10
	<b>PLAN DE INDUCCIÓN</b>	Versión: 2
		Código: G-PA-01

## **B. RUMBO Y DIRECCIONAMIENTO DE PROINAPSA-UIS**

### **1. NUESTRA MISIÓN**

Contribuir al desarrollo de la salud integral como un bien para la vida de las personas, a través de programas y proyectos de promoción de la salud, investigación y formación, que faciliten a los grupos humanos pensar acerca de lo que piensan, sienten y hacen sobre si mismos y su entorno, aportando así a la proyección de la Universidad Industrial de Santander a la comunidad.


Contamos con la experiencia y los saberes de un equipo humano consolidado y comprometido en la búsqueda permanente por ampliar su conocimiento e innovar su forma de actuar.

### **2. NUESTRA VISIÓN**

“PROINAPSA-UIS en el 2015 será una organización líder en el campo de la salud colectiva a nivel nacional e internacional a través de la innovación permanente de sus servicios y productos, la canalización de recursos de inversión, el uso de tecnología apropiada; manteniendo y mejorando los estándares de calidad establecidos, con el apoyo permanente de un equipo humano altamente cualificado y comprometido”

### **3. NUESTRA POLÍTICA DE CALIDAD**

En PROINAPSA-UIS- el equipo humano calificado, la experiencia, la innovación permanente e integralidad en los productos y servicios, nos permiten ser facilitadores en el desarrollo de acciones, programas y proyectos de promoción de la salud en los entornos familiares, escolares, laborales y comunitarios, garantizando estándares de calidad competitivos a nuestros grupos de interés con un alto sentido de la ética.

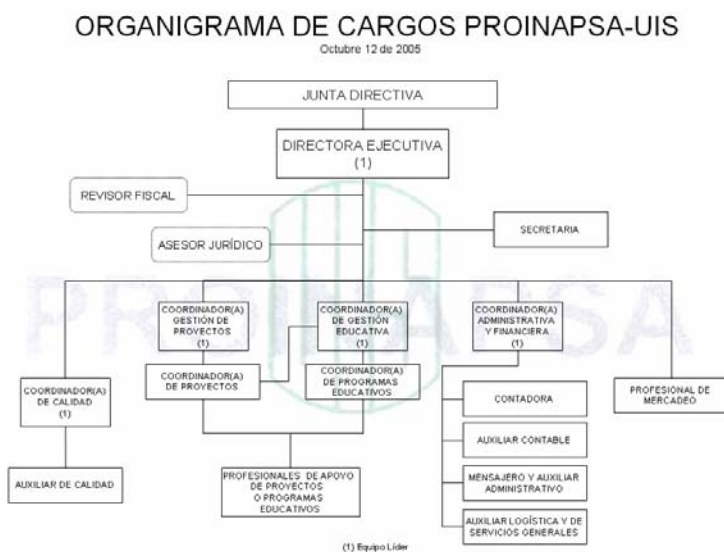
	<b>PROCESO DE GESTIÓN HUMANA</b>	Página 6 de 10
	<b>PLAN DE INDUCCIÓN</b>	Versión: 2
		Código: G-PA-01


#### 4. NUESTROS VALORES

- Creemos en las personas, en lo que saben, sienten y hacen para el desarrollo de su salud y su vida. Las personas son constructoras de su propia salud y de su propia vida.
- Buscamos y promovemos el trabajo en equipos transdisciplinarios donde conjugamos el aporte de diferentes disciplinas para el cumplimiento de nuestra misión.
- Capacidad de aprendizaje. Hacemos de nuestras acciones oportunidades de aprendizaje continuo que nos ayudan a ampliar nuestro conocimiento, innovar nuestra forma de actuar y responder proactivamente a los cambios del entorno.
- Asumimos el trabajo como una experiencia de vida, en donde se amplía la visión de ambientes familiares, laborales y sociales saludables.

#### C. ORGANIGRAMA -Estructura organizacional

A continuación se presenta el cronograma de la Fundación PROINAPSA-UIS, y los componentes de los procesos de la organización.



	<b>PROCESO DE GESTIÓN HUMANA</b>	Página 7 de 10
	<b>PLAN DE INDUCCIÓN</b>	Versión: 2
		Código: G-PA-01

### **1. PROCESO DE GESTIÓN DE PROYECTOS**

Diseña, ejecuta y evalúa programas dirigidos a grupos específicos de población para Promover la Salud, Prevenir la Enfermedad o controlar la ocurrencia de problemas de alta prevalencia en el medio.

- Salud de la Primera Infancia
- Salud del Escolar y del Adolescente
- Salud del Adulto y Adulto Mayor
- Salud de los Trabajadores
- Salud de la mujer

### **2. PROCESO DE GESTIÓN EDUCATIVA**

Diseña, desarrolla y evalúa programas, proyectos y actividades educativas y de comunicación para promover y proteger la salud en busca de un mejor vivir.

COMPONENTES:


- Salud Ocupacional
- Educación Formal
- Educación No Formal
- Diseño, producción y reproducción de materiales educomunicativos.

### **3. PROCESO DE INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN EN SALUD**

Organiza y apoya las actividades investigativas y de gestión, las cuales se desarrollan en paralelo con los programas en ejecución, con el propósito de validar y mejorar los programas haciendo aportes para el desarrollo de la Atención Primaria de la Salud

COMPONENTES:

- Gestión en Salud
- Salud del Escolar y Adolescente
- Estilos de Vida Saludables

	<b>PROCESO DE GESTIÓN HUMANA</b>	Página 8 de 10
	<b>PLAN DE INDUCCIÓN</b>	Versión: 2
		Código: G-PA-01

#### **4. NUESTRO EQUIPO DE TRABAJO**

Para el desarrollo de sus proyectos, contamos con profesionales entre los que se incluyen enfermeras, médicos, nutricionistas, trabajadores sociales, odontólogas profesionales de salud ocupacional, comunicadores sociales, psicólogos, educadores, ingenieros, entre otros. Y profesionales que soportan los procesos de apoyo administrativo. El trabajo de las diferentes disciplinas se conjuga para cumplir un objetivo común en PROINAPSA-UIS.

#### **D. NUESTROS SERVICIOS Y PRODUCTOS**

Cada una de los diferentes procesos misionales de PROINAPSA-UIS, cuenta con componentes que atienden 5 ámbitos identificados: Ámbito gubernamental, ámbito laboral, ámbito servicios de la salud, ámbito de la formación y ámbito escolar. Se recomienda leer el portafolio de servicios de PROINAPSA-UIS a todo el personal.


Algunos de los proyectos que se han desarrollado...

#### **DESDE EL PROCESO DE GESTIÓN DE PROYECTOS**

- Estrategia Escuelas Promotoras de la Salud (denominada en Colombia Estrategia Escuelas Saludables)
- Programas de Prevención dirigidos a escolares
- Complementación Nutricional con Participación Comunitaria
- Producción del Complemento Nutricional – NATURSOY
- Sistema de Vigilancia Nutricional a Escolares -SIVINE

#### **DESDE EL PROCESO DE GESTIÓN EDUCATIVA**

- Especialización en comunicación educativa para la salud y el bienestar.
- Diplomado en Gestión del Plan de Atención Básica –PAB
- Diplomado en comunicación en Salud.
- Diplomados en gestión y desarrollo de la estrategia escuelas Saludables.

	<b>PROCESO DE GESTIÓN HUMANA</b>	Página 9 de 10
	<b>PLAN DE INDUCCIÓN</b>	Versión: 2
		Código: G-PA-01

- Diplomado en Comunicación Educativa para la Salud Sexual y Reproductiva.
- Diplomado en Modelos de prevención de riesgos en el trabajo.
- Curso taller Escuelas Saludables.
- Curso Taller Diseño de Estrategias de información, educación y comunicación para la salud.
- Curso Herramientas para la implementación de la Iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia.
- Curso de Herramientas para la Promoción de la Salud en el Ámbito Escolar.


#### **E. METODOLOGÍA DE TRABAJO:**

En PROINAPSA- UIS, se utiliza un modelo general de intervención, que parte siempre del conocimiento de la realidad y de la escucha activa de nuestros interlocutores acerca de lo que ellos sienten, saben, hacen y les preocupa acerca de la situación que se desea abordar. Se hace especial énfasis en incrementar el auto-conocimiento, la autovaloración, la autoestima y se estimula siempre a las personas para que confíen en su capacidad de logro. Cada persona o grupo establece su plan de compromisos y entra en la ejecución y evaluación del mismo. Se les acompaña en todo el proceso, pero son ellos con nuestro apoyo, quienes pro-activamente buscan las soluciones a la situación.

#### **F. NUESTRO REGLAMENTO**

Dentro de las instalaciones de PROINAPSA-UIS, se encuentra publicado el reglamento de higiene y seguridad en el cual se contemplan algunos lineamientos generales, como medidas de prevención y seguridad, a los cuales se debe dar cumplimiento, se recomienda leer dicho reglamento.

Además, al personal nuevo se le entregará una copia del manual de uso de los equipos de cómputo, en el cual se especifican algunas pautas para el manejo de los equipos, véase la guía relacionada G-PA-02

	<b>PROCESO DE GESTIÓN HUMANA</b>	Página 10 de 10
	<b>PLAN DE INDUCCIÓN</b>	Versión: 2
		Código: G-PA-01

#### **DEBERES EN SALUD OCUPACIONAL PARA LOS TRABAJADORES**

- Procurar el cuidado integral de su salud.
- Suministrar información sobre el estado de su salud.
- Cumplir con las normas, reglamentos e instrucciones de salud ocupacional.
- Participar en las actividades que en materia de promoción de la salud o prevención de los riesgos ocupacionales se establezcan en la empresa.
- Cumplir las obligaciones y responsabilidades suscritas en el Contrato laboral.

#### **DERECHOS EN SALUD OCUPACIONAL PARA LOS TRABAJADORES**

- A la protección de sus salud según lo estipula la legislación vigente.
- A una remuneración justa y oportuna.

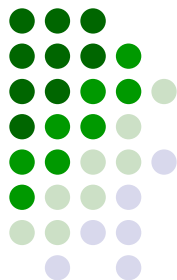
#### **IV. LO QUE PROINAPSA ESPERA DEL PERSONAL**

Es importante que el personal de PROINAPSA-UIS, esté motivado y aplique los aspectos esenciales de una empresa exitosa, como el cumplimiento de sus objetivos, la puntualidad y participación en los encuentros o reuniones programadas; trato humano y correcto con los jefes y compañeros de trabajo; cuidado de las herramientas o equipos de trabajo; organización, precaución y responsabilidad en el trabajo; lealtad y ética con relación a los programas y técnicas privadas de la empresa; capacitación y progreso permanente; producción y rendimiento satisfactorio y una buena presentación personal.

Si usted cumple con estos aspectos, podrá comprobar que PROINAPSA es una empresa organizada, tendrá en cuenta sus méritos y le responderá por sus deberes cumplidos a conciencia con un justo reconocimiento.

#### **V. ESPACIO PARA DUDAS E INQUIETUDES, Y AGRADECIMIENTO AL PERSONAL POR PARTICIPAR EN LA ACTIVIDAD.**

Nota: posterior al desarrollo de esta actividad, se hará un recorrido por las instalaciones físicas de PROINAPSA-UIS, y se dará a conocer el sitio de trabajo y se hará la presentación oficial ante el personal que se encuentre en la organización.



# ANEXO G

FORMATO TOMA DE  
INFORMACIÓN DE CARGOS  
EJEMPLO DE DESCRIPCIÓN DE  
CARGO: COORDINADOR  
DE CALIDAD

**ANEXO G. FORMATO DE TOMA DE INFORMACIÓN DE CARGOS**

A continuación usted encontrará una serie de preguntas referentes al perfil y conocimientos del cargo que usted desempeña en la Organización, por favor contéstelas teniendo en cuenta las necesidades específicas del mismo. Su aporte objetivo es importante para nosotros.

1. ¿Qué conocimientos técnicos especializados adicionales requiere su cargo para desempeñarse adecuadamente? Marque con una x cual es el nivel de conocimiento requerido Ej. Dominio muy alto en leyes laborales, Dominio medio en ley 100 de Seguridad Social, Dominio básico en manejo de software específico...

CONOCIMIENTO TÉCNICO REQUERIDO	NIVEL		
	ALTO	POR ENCIMA DEL ESTANDAR (Medio)	BASICO (Mínimo)

2. Cuando se presenta una situación problema relacionada con las actividades que desarrolla en su cargo, su capacidad para analizarla y solucionarla se enfoca hacia: Marque una opción.
  - a. Realizar un análisis particular para cada caso y desarrollar soluciones totalmente innovadoras con un enfoque no tradicional\_\_\_\_\_
  - b. Realizar un análisis basado en datos, antecedentes e información suministrada por terceros y desarrollar soluciones complejas demostrando gran iniciativa.\_\_\_\_\_
  - c. Realizar un análisis basándose en hechos ocurridos en situaciones anteriores y desarrollando una solución sobre la base de su conocimiento y su experiencia previa.\_\_\_\_\_
  - d. Desarrollando una propuesta puntual y estandarizada frente a la problemática que se presenta, debido a que los problemas siempre son los mismos, están identificados y están estandarizadas las acciones a seguir una vez ocurran.\_\_\_\_\_
  - e. ¿Otra? ¿Cuál?\_\_\_\_\_
  
3. En su cargo, ¿cómo es el proceso de toma de decisiones?, ¿tiene usted libertad absoluta o requiere total o parcialmente la aprobación por parte de sus superiores? Escoja una de las opciones que se plantean a continuación:
  - a. Toma decisiones bajo reglas detalladas o instrucciones específicas. \_\_\_\_\_
  - b. Toma decisiones dentro de procedimientos y precedentes bien definidos.\_\_\_\_\_
  - c. Toma decisiones dentro de políticas generales y objetivos finales de su área o proceso.\_\_\_\_\_
  - d. Toma decisiones dentro de políticas amplias y misión, visión y objetivos generales de la empresa.\_\_\_\_\_
  - e. ¿Otra? ¿Cuál? \_\_\_\_\_

4. En su trabajo que tipo de pensamiento aplica frente a situaciones que suele enfrentar para dar soluciones imaginativas, generar nuevas ideas y encontrar nuevas oportunidades de mejora. Marque una opción.
- a. Generalmente debe aplicar un pensamiento totalmente innovador y radical. Debe presentar siempre soluciones novedosas y originales que no se habían dado antes. \_\_\_\_\_
  - b. Generalmente aplica soluciones de acuerdo con la experiencia que se tiene de otras situaciones similares. \_\_\_\_\_
  - c. Aplica soluciones estándar que el mercado u otros aplicarían para generar ideas o resolver un problema similar. \_\_\_\_\_
  - d. ¿Otro? ¿Cuál? \_\_\_\_\_
5. Marque con una x el nivel de comunicación que requiere su cargo, teniendo en cuenta que comunicación es la capacidad de escuchar, hacer preguntas, expresar conceptos (verbalmente y escritos) e ideas en forma efectiva.
- a. Debe utilizar herramientas y metodologías para diseñar la mejor estrategia de comunicación. \_\_\_\_\_
  - b. Debe tener la suficiente habilidad para ser un interlocutor confiable, comprender diferentes situaciones y manejar reuniones. \_\_\_\_\_
  - c. Por su trabajo debe comunicarse con otras personas o entidades en forma oral y escrita. \_\_\_\_\_
  - d. Por su trabajo tan solo en ocasiones debe emitir respuestas en forma oral o escrita. \_\_\_\_\_
6. ¿Qué nivel de trabajo en equipo requiere el cargo para desempeñar adecuadamente sus labores?
- a. Aplica el trabajo en equipo solamente en la ejecución de las actividades de su área \_\_\_\_\_
  - b. Además de aplicar el trabajo en equipo de su área, requiere interacción permanente con otras áreas de la Empresa \_\_\_\_\_ ¿Cómo es la interacción?  
\_\_\_\_\_
  - c. Lidera equipos de trabajo \_\_\_\_\_ ¿Cuáles?  
\_\_\_\_\_
  - d. Participa en comités \_\_\_\_\_ ¿Cómo participa?  
\_\_\_\_\_
7. Marque con una x cual es el comportamiento rutinario de trabajo en equipo que usted aplica en su desempeño.
- a. Fortalece el espíritu de equipo en toda la organización. Se preocupa por apoyar el desempeño de otras áreas de la empresa, aunque la organización no le de el suficiente apoyo. Es capaz de sacrificar intereses personales o de equipo en beneficio de objetivos organizacionales a largo plazo. \_\_\_\_\_
  - b. Anima y motiva a los demás, Desarrolla el espíritu de equipo. Actúa para desarrollar una ambiente de trabajo amistoso, buen clima y espíritu de cooperación. Resuelve los conflictos que se pueden producir dentro del equipo. \_\_\_\_\_
  - c. Solicita la opinión del resto del equipo. Valora sinceramente las ideas y experiencia de los demás; mantiene una actitud abierta para aprender de los otros. Promueve la colaboración de los distintos equipos, dentro de ellos y entre ellos. \_\_\_\_\_

- d. Cooperera. Participa de buen agrado en el grupo, apoya sus decisiones. Realiza la parte del trabajo que le corresponde. Mantiene informados a los demás y los tiene al corriente de los temas que lo afectan. Comparte información. \_\_\_\_\_
8. Marque con una x el tipo de liderazgo que aplica en sus trabajo y explique el por qué.
- a. Entrenador y consejero en vez de conductor y supervisor con capacidad para desarrollar equipos de trabajo. \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_
- b. Innovador y creador, con mente creativa e intelectual con visión de futuro, con una habilidad para traducir creatividad en realidad. \_\_\_\_\_  
 ¿Por qué? \_\_\_\_\_
- c. Traductor. Recoge ideas de los innovadores y creadores y utilizan su destreza técnica para convertirla en productos o servicios vendibles, debe tener un conocimiento profundo y excepcional para generar credibilidad. \_\_\_\_\_ Porque  
 ¿Por qué? \_\_\_\_\_
- d. Productor o orquestador; es decir; que juega un papel temporáneo, pues es asignado a un proyecto o tarea para su dirección y administración de recursos y una vez termine puede ser asignado en otro. Debe poseer una habilidad para negociar convenios y coordinar esfuerzos de diversos individuos talentosos. \_\_\_\_\_  
 ¿Por qué? \_\_\_\_\_
- e. Agente de cambio. Se encarga de implantar nuevas visiones, nuevas políticas y sistemas de calidad. Capacidad para crear compromiso. \_\_\_\_\_  
 ¿Por qué? \_\_\_\_\_
9. ¿Por qué monto o valor en pesos al año es responsable su cargo de su administración y manejo? Ej. Presupuesto, Ventas, Recaudos, etc. \_\_\_\_\_  
 \$ \_\_\_\_\_
10. ¿Con quién mantiene contactos desde el cargo que ocupa y con qué frecuencia? (continuo, frecuente, etc.) y ¿qué nivel de habilidad en relaciones interpersonales aplica?

FRECUENCIA	CONTINUO	CON FRECUENCIA	EN OCASIONES	METODO (teléfono, email, carta, en persona)
Compañeros de la unidad o de otras unidades de la compañía				
Publico en general				
Agencias del gobierno				
Proveedores				
Otros (especifique)				

MARQUE EL NIVEL DE HABILIDAD EN RELACIONES INTERPESORNALES QUE USTED APLICA	
Solo cortesía y trato normal con las demás personas	
Ejercer una especial influencia sobre otras	

personas para lograr los objetivos del área y de la Organización	
Habilidad especial para motivar, convencer y desarrollar las personas para el logro de los resultados previstos para el cargo, área y organización	

11. La calidad de las acciones y tareas que desarrolla en su cargo, ¿afectan directamente o indirectamente los resultados del servicio y de los objetivos de la Organización? Explique el porque de la respuesta asignada.


Directamente \_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indirectamente \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

“GRACIAS POR SU COLABORACION”


	<b>PROCESO DE GESTIÓN HUMANA</b>	Página 1 de 2
		Versión: 1
	<b>DESCRIPCIÓN DEL CARGO</b>	Código: M-PA-01
		Fecha: 03-03-06

### EJEMPLO DE DESCRIPCIÓN DEL CARGO: COORDINADOR(A) DE CALIDAD

<b>IDENTIFICACIÓN DEL CARGO</b>
NOMBRE DEL CARGO: Coordinador(a) de calidad
PROCESO: Planeación del SGC
CARGO DEL JEFE INMEDIATO: Director(a) ejecutivo(a)
<b>OBJETIVO GENERAL DEL CARGO</b>
Coordinar el proceso de mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad y ser representante de la dirección en el proceso.

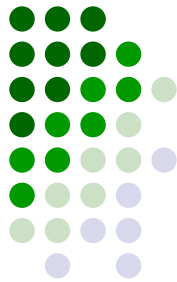
<b>DETALLE DE LAS FUNCIONES, RESPONSABILIDADES Y COMPETENCIAS</b>	
<b>RESPONSABILIDADES PRINCIPALES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Asegurarse de que se establecen, implementan, mantienen y mejoran los procesos necesarios para el sistema de gestión de calidad de PROINAPSA-UIS.</li> <li>▪ Informar a la alta dirección sobre el desempeño del SGC y de cualquier necesidad de mejora.</li> <li>▪ Promover la toma de conciencia de los requisitos del cliente en PROINAPSA-UIS.</li> <li>▪ Dirigir los métodos para identificar áreas para mejorar el desempeño del SGC. Tales como auditorías internas y autoevaluaciones.</li> <li>▪ Liderar los procesos de mejora de la calidad en la organización (acciones preventivas y correctivas, control de producto no conforme, control de documentos y registros, auditorías internas)</li> <li>▪ Desarrollar el programa anual de auditorías y verificar su cumplimiento y el seguimiento a los resultados.</li> <li>▪ Apoyar el proceso de gestión de servicio al cliente, promoviendo el uso de los diferentes documentos para tal fin.</li> <li>▪ Participar activamente en el SGC y proponer acciones de mejora a los procesos de la organización.</li> <li>▪ Y las demás funciones que le asigne el jefe inmediato.</li> </ul>	<b>COMPETENCIAS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actitud de servicio</li> <li>▪ Análisis y solución de problemas</li> <li>▪ Compromiso</li> <li>▪ Comunicación asertiva, efectiva y afectiva</li> <li>▪ Creatividad</li> <li>▪ Disciplina</li> <li>▪ Innovación</li> <li>▪ Liderazgo</li> <li>▪ Motivación</li> <li>▪ Responsabilidad</li> <li>▪ Trabajo en equipo</li> <li>▪ Todas las necesarias para desempeñarse como auditor interno (ver ISO 19011)</li> </ul>

<b>AUTORIDAD PARA TOMAR DECISIONES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Toma decisiones en la medida de su cargo, se tienen en cuenta observaciones, recomendaciones políticas generales y objetivos finales para el manejo del SGC en la fundación proporcionados por la alta dirección y las demás coordinaciones.</li> </ul>

	<b>PROCESO DE GESTIÓN HUMANA</b>	Página 2 de 2
		Versión: 1
	<b>DESCRIPCIÓN DEL CARGO</b>	Código: M-PA-01
		Fecha: 03-03-06

<b>PERFIL DEL CARGO</b>
<b>ESPECIFICACIONES DEL CARGO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Educación:</b> Profesional universitario</li> <li>▪ <b>Experiencia:</b> Mínimo seis (6) meses en cargos similares.</li> <li>▪ <b>Formación:</b> Conocimiento en la NTC ISO 9001:2000. Formación certificada en auditoría interna, según la norma ISO 19011. Conocimiento en manejo de paquete informático Microsoft Office. Conocimiento en servicio al cliente.</li> <li>▪ <b>Entrenamiento:</b> Inducción. Amplio entrenamiento en el portafolio de servicios de la empresa y el SGC.</li> </ul>
<b>RESPONSABILIDADES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Maquinaria y equipo:</b> Equipo de cómputo, software y demás elementos suministrados para el desarrollo de sus labores.</li> <li>▪ <b>Contactos:</b> Directo y continuo con personal de la organización, con clientes y con la alta dirección. Ocasional con público en general.</li> <li>▪ <b>Información:</b> Información importante y documentos requeridos para el desempeño de las labores.</li> <li>▪ <b>Dinero y Valores:</b> Ninguno</li> </ul>
<b>NIVEL DE ESFUERZO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Visual/Mental:</b> Exige un grado normal de concentración en forma constante e igualmente una atención visual normal en forma constante.</li> <li>▪ <b>Físico:</b> Precisa un esfuerzo físico ligero.</li> </ul>
<b>CONDICIONES DE TRABAJO Y RIESGOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Riesgos:</b> Toda situación de trabajo, que encierra una capacidad potencial de producir un accidente de trabajo y/o enfermedad profesional.</li> </ul> <p>El cargo presenta tareas con exposición a riesgos mínimos para la salud o para ocasionar accidentes de trabajo y/o enfermedad profesional. Los riesgos que presenta se relacionan con la radiación no ionizante emitida por el computador constantemente. El uso del computador puede producir agotamiento visual.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Condiciones de trabajo</b></li> </ul> <p>Carga de Trabajo: La jornada habitual exige el cumplimiento del horario asignado. Jornada partida con periodo de descanso.</p> <p>Postura Habitual: Sedente un 80% de la jornada laboral sin inclinación.</p> <p>Atención al cliente: Manejo permanente de emociones y conflictos del público que tiene contacto con el cargo.</p>
<b>OBSERVACIONES</b> Ninguna

<b>Elaboró:</b> Coordinación administrativa y financiera	<b>Revisó:</b> Equipo líder
<b>Aprobó:</b> Directora ejecutiva	<b>Fecha Actualización:</b> Abril de 2006



# ANEXO H

CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO  
PREVENTIVO DE EQUIPOS  
2006



**PROCESO DE GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

Página 1 de 5

Versión: 3

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

Código: F-PA-13

Fecha: 14-03-06

**ANEXO H. PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS**

PROGRAMACIÓN				SEGUIMIENTO			
ITEM No.	DESCRIPCIÓN DETALLADA	FECHA PROG	HORA	CUMPLE		FECHA	OBSERVACIONES
				SI	NO		
1	VISITA DIAGNOSTICA POR INCIO DE NUEVO AÑO	16-ene-06	8:00				
2	CONTINUACION VISITA DIAGNOSTICA CON ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS	17-ene-06	8:00				
3	REALIZACION COPIAS DE SEGURIDAD EQUIPO DE ADMINISTRACION Y EDUCACION	19-ene-06	8:00				
4	FORMATEO E INSTALACION DE SOFTWARE Y CONTROLADORES EQUIPO DE PROYECCION	19-ene-06	8:00				
5	FORMATEO E INSTALACION DE SOFTWARE Y CONTROLADORES EQUIPO PORTATIL COMPAQ	20-ene-06	8:00				
6	ACTUALIZACION ANTIVIRUS DE TODOS LOS COMPUTADORES Y CAMBIO DE MCAFEE POR A.V.G.	24-ene-06	8:00				
7	INSTALACION Y CONFIGURACION DE 2 EQUIPOS NUEVOS DE COMPUTO CON TRASLADO DE LA INFORMACION	27-ene-06	8:00				
8	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	02-feb-06	8:00				
9	ADECUACION EQUIPOS DE COMPUTO OFICINAS DE ADMINISTRACION Y MERCADEO	03-feb-06	8:00				
10	CONTINUACION TRASLADO DE EQUIPOS DE COMPUTO POR ADECUACION DE OFICINAS	06-feb-06	8:00				
11	CONTINUACION TRASLADO DE EQUIPOS DE COMPUTO POR ADECUACION DE OFICINAS	07-feb-06	8:00				
12	CONTINUACION TRASLADO DE EQUIPOS DE COMPUTO POR ADECUACION DE OFICINAS	08-feb-06	8:00				
13	ELABORACION FORMATOS ESTANDAR EN COMPUTADOR (RECIBOS DE CAJA, FACTURAS, ETC.)	10-feb-06	8:00				
14	MANTENIMIENTO FISICO GENERAL EQUIPOS DE COMPUTO DE TODA LA INSTITUCION	11-feb-06	8:00				



**PROCESO DE GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

Página 2 de 5

Versión: 3

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

Código: F-PA-13

Fecha: 14-03-06

PROGRAMACIÓN				SEGUIMIENTO			
				CUMPLE			
15	CONTINUACION ELABORACION FORMATOS ESTANDAR EN COMPUTADOR (RECIBOS DE CAJA, FACTURAS, ETC.)	14-feb-06	8:00				
16	CONFIGURACION DISEÑO FORMATOS CON IMPRESORA DE PUNTO	16-feb-06	8:00				
17	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	21-feb-06	8:00				
18	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	23-feb-06	8:00				
19	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	28-feb-06	8:00				
20	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	02-mar-06	8:00				
21	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	07-mar-06	8:00				
22	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	09-mar-06	8:00				
23	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	14-mar-06	8:00				
24	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	16-mar-06	8:00				
25	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	21-mar-06	8:00				
26	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	23-mar-06	8:00				
27	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	28-mar-06	8:00				
28	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	30-mar-06	8:00				
29	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	04-abr-06	8:00				
30	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	06-abr-06	8:00				
31	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	18-abr-06	8:00				
32	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	21-abr-06	8:00				
33	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	25-abr-06	8:00				
34	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	28-abr-06	8:00				
35	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	02-may-06	8:00				
36	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	04-may-06	8:00				
37	MANTENIMIENTO FISICO GENERAL EQUIPOS DE COMPUTO DE TODA LA INSTITUCION	06-may-06	8:00				
38	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	09-may-06	8:00				
39	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	11-may-06	8:00				
40	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	16-may-06	8:00				



**PROCESO DE GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

Página 3 de 5

Versión: 3

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

Código: F-PA-13

Fecha: 14-03-06

PROGRAMACIÓN				SEGUIMIENTO			
				CUMPLE			
41	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	18-may-06	8:00				
42	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	23-may-06	8:00				
43	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	25-may-06	8:00				
44	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	30-may-06	8:00				
45	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	01-jun-06	8:00				
46	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	06-jun-06	8:00				
47	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	08-jun-06	8:00				
48	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	13-jun-06	8:00				
49	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	15-jun-06	8:00				
50	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	20-jun-06	8:00				
51	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	22-jun-06	8:00				
52	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	27-jun-06	8:00				
53	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	29-jun-06	8:00				
54	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	04-jul-06	8:00				
55	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	06-jul-06	8:00				
56	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	11-jul-06	8:00				
57	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	13-jul-06	8:00				
58	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	18-jul-06	8:00				
59	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	25-jul-06	8:00				
60	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	27-jul-06	8:00				
61	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	01-ago-06	8:00				
62	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	03-ago-06	8:00				
63	MANTENIMIENTO FISICO GENERAL EQUIPOS DE COMPUTO DE TODA LA INSTITUCION	05-ago-06	8:00				
64	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	08-ago-06	8:00				
65	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	10-ago-06	8:00				
66	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	15-ago-06	8:00				
67	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	17-ago-06	8:00				



**PROCESO DE GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

Página 4 de 5

Versión: 3

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

Código: F-PA-13

Fecha: 14-03-06

PROGRAMACIÓN				SEGUIMIENTO		
				CUMPLE		
68	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	22-ago-06	8:00			
69	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	24-ago-06	8:00			
70	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	29-ago-06	8:00			
71	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	31-ago-06	8:00			
72	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	05-sep-06	8:00			
73	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	12-sep-06	8:00			
74	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	14-sep-06	8:00			
75	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	19-sep-06	8:00			
76	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	22-sep-06	8:00			
77	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	26-sep-06	8:00			
78	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	28-sep-00	8:00			
79	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	03-oct-06	8:00			
80	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	05-oct-06	8:00			
81	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	10-oct-06	8:00			
82	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	12-oct-06	8:00			
83	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	17-oct-06	8:00			
84	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	19-oct-06	8:00			
85	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	24-oct-06	8:00			
86	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	26-oct-06	8:00			
87	MANTENIMIENTO FISICO GENERAL EQUIPOS DE COMPUTO DE TODA LA INSTITUCION	04-nov-06				
88	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	07-nov-06	8:00			
89	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	10-nov-06	8:00			
90	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	14-nov-06	8:00			
91	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	16-nov-06	8:00			
92	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	21-nov-06	8:00			
93	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	23-nov-06	8:00			
94	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	28-nov-06	8:00			



**PROCESO DE GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

Página 5 de 5

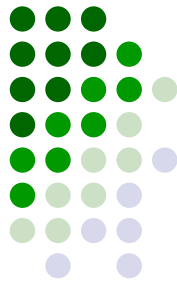
Versión: 3

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

Código: F-PA-13

Fecha: 14-03-06

PROGRAMACIÓN				SEGUIMIENTO			
				CUMPLE			
95	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	30-nov-06	8:00				
96	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	05-dic-06	8:00				
97	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	07-dic-06	8:00				
98	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	12-dic-06	8:00				
99	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	14-dic-06	8:00				
100	VISITA PROGRAMADA (ACTUALIZACION DEL ANTIVIRUS)	19-dic-06	8:00				
101	VISITA PROGRAMADA (DIAGNOSTICO EQUIPOS)	21-dic-06	8:00				



# ANEXO I

MANUAL DE USUARIO  
SOFTWARE CMC

## **ANEXO I. MANUAL DE USUARIO SOFTWARE CMC**

Una vez documentados los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad de PROINAPSA-UIS y establecido el sistema de indicadores que permitirá realizar el seguimiento a los procesos, se evidenció la necesidad de una herramienta para facilitar la administración de los documentos, simplificar el cálculo de los indicadores y el registro histórico de las mediciones. Con este propósito se diseñó el programa CMC. En este anexo se realizará una descripción detallada del programa CMC y su constitución dándole al usuario indicaciones para la correcta navegación por el mismo.

### **CONTENIDO GENERAL Y OBJETIVO DEL MANUAL**

El presente manual, contiene una reseña sobre las generalidades de la herramienta, la información conceptual acerca de las características de CMC, requerimientos de instalación, la presentación del software, la manera como puede acceder al sistema e ingresar la información, y la descripción de cada una de las pantallas de captura.

El objetivo de este manual es presentar al usuario final una guía de uso o manejo para la correcta operación de la herramienta CMC y despejar dudas que surjan en el momento de utilizar la aplicación

### **USUARIOS A QUIEN ESTA DIRIGIDO**

Los analistas de sistemas emplean el término usuario final para referirse a las personas que no son especialistas en sistemas de información pero que utilizan las computadoras para desempeñar sus trabajos. Los usuarios finales son los que interactúan con el sistema, ellos lo alimentan con datos (entradas) ó reciben salidas. Dado que no todos los usuarios finales tienen la misma experiencia, se ha generado este manual con el fin de que cualquier usuario encuentre la ayuda para manejar el sistema, por ello se recomienda leer completamente este manual para conocer la herramienta y comprender sus alcances.

## **PRESENTACION DEL PROGRAMA**

El software se ha denominado con el nombre de CMC28; desarrollado en el lenguaje de Microsoft visual Basic 6.0. y con una base de datos administrada por Microsoft Access; presenta una manera rápida y sencilla para administrar y controlar la documentación vigente del Sistema de Gestión de la Calidad y el estado de los indicadores de gestión de la fundación PROINAPSA-UIS, proporcionando un menú de pantallas que facilita el ingreso de información y consultas.

**CMC** consta de dos pantallas principales: Una pantalla de presentación de la fundación y sus generalidades y una segunda que presenta algunos aspectos del Sistema de Gestión de la Calidad implementado en PROINAPSA-UIS.

## **RECOMENDACIONES**

1. Es necesario que la carpeta en donde se encuentre el CMC.exe, también incluya las bases de datos bd.mdb, bd.udl, ayudas.chm.
2. Es indispensable para el funcionamiento del sistema que el equipo donde fue instalado lleve el nombre "Educación".

## **Cómo Ingresar Al Sistema**

Cuando la aplicación se haya instalado y usted esté lista o listo para trabajar con la herramienta, prosiga con los siguientes pasos para ingresar al sistema:

Dé clic sobre el botón de inicio ubicado en la parte inferior izquierda de la barra, entre al menú Todos los programas (Allí se encuentran los programas instalados en el equipo).

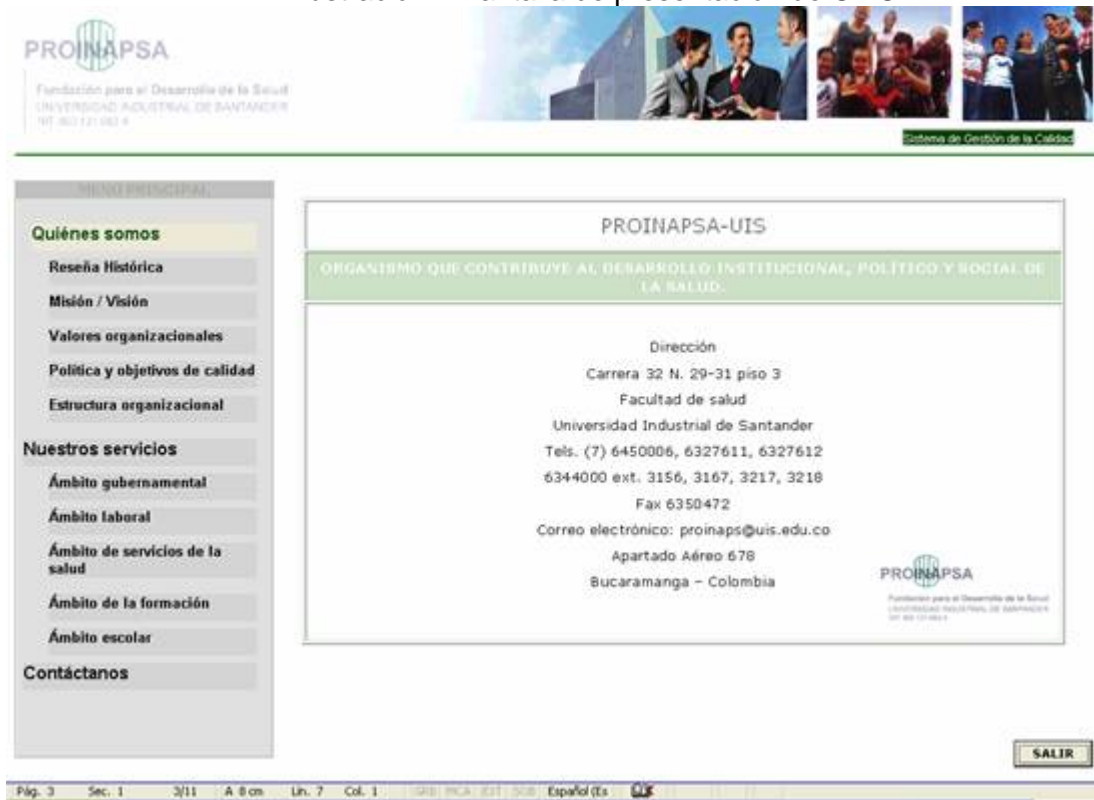
En la pantalla del explorador ubíquese en el ejecutable CMC.EXE después de ejecutar esta opción usted ingresará a la aplicación y aparecerá la pantalla de presentación (Ilustración 1)

## **PANTALLA DE PRESENTACIÓN**

---

<sup>28</sup> CMC: sigla del nombre de la autora del programa

Ilustración 1 Pantalla de presentación de CMC



La presentación de la empresa, revela los datos generales de PROINAPSA-UIS, la reseña histórica y los principales elementos del direccionamiento estratégico como son misión, visión, valores, política, objetivos de calidad, y la estructura organizacional de la empresa.

Se puede apreciar el portafolio de servicios, discriminado de acuerdo a los diferentes ámbitos a los cuales atiende la organización.

Por último, ubicando dando clic sobre el menú contáctenos, aparecerá el directorio del personal vinculado a PROINAPSA-UIS.

Esta primera pantalla se asemeja a una página Web, además permite el ingreso al Sistema de Gestión de la Calidad (haciendo clic sobre el vínculo ubicado en la parte superior derecha), pero también se encuentra el botón Salir en la parte inferior derecha de la pantalla.

## PANTALLA MENÚ DEL SGC

Ilustración 2 Pantalla Menú del SGC



La segunda pantalla (Ilustración 2) contiene diferentes módulos (Ilustración 3), para poder acceder a la información del SGC, en los tres primeros módulos MANUALES, MAPA DE PROCESOS, DOCUMENTOS, se puede acceder a cada uno de los documentos aprobados y actualizados del SGC de la fundación, los siguientes submenús, permiten acceder a la información específica de la cual trata su nombre.

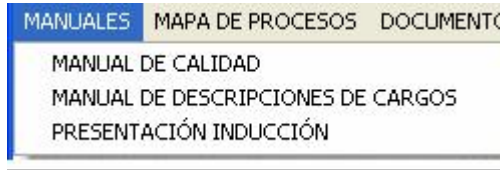
Ilustración 3 Módulos del sistema CMC



### **MANUALES**

En este módulo (Ilustración 4) se pueden ver el manual de calidad, el manual de descripciones de cargos y la presentación de PROINAPSA-UIS para la inducción del personal nuevo.

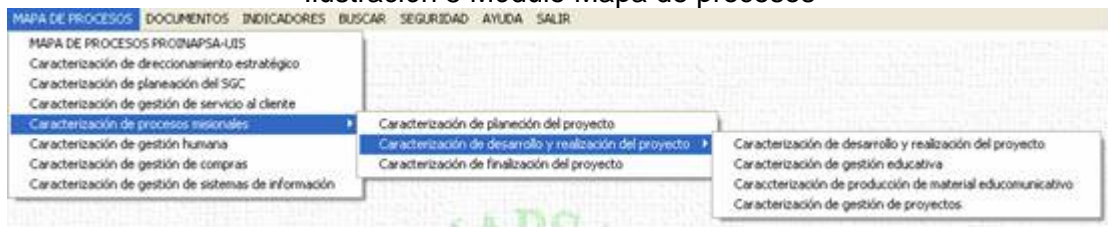
#### Ilustración 4 Módulo Manuales



#### MAPA DE PROCESOS

Al hacer clic sobre este submenú (Ilustración 5), se despliega el mapa de procesos de la organización y las caracterizaciones de los procesos pertenecientes al Sistema de Gestión de la Calidad de PROINAPSA-UIS.

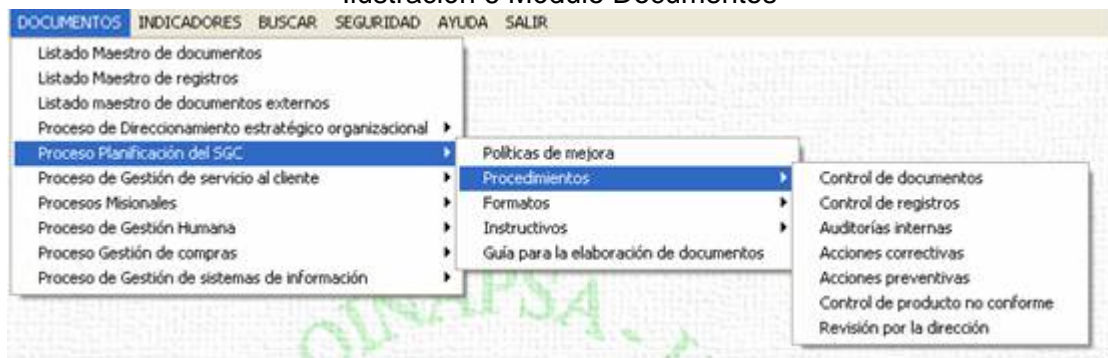
#### Ilustración 5 Módulo Mapa de procesos



#### DOCUMENTOS

Este módulo (Ilustración 6) permite acceder a los demás documentos actualizados del SGC de la organización, ejecutando una ruta de acceso.

#### Ilustración 6 Módulo Documentos



Inicialmente, se extienden los tipos de procesos de la organización; posando el Mouse sobre cada uno de ellos se van mostrando los tipos de documentos existentes (formatos, procedimientos, guías, etc.), hasta especificar el título de cada documento, sobre el cual se hace clic para ver el documento en la pantalla, ya sea en archivo de Microsoft Excel, Microsoft Word ó Microsoft Power

point. Cada documento es administrado por el coordinador de calidad, para uso exclusivo de la empresa, y sólo se autoriza su lectura. Los documentos se encuentran archivados en la carpeta del Sistema de Gestión de la Calidad del equipo de cómputo asignado por PROINAPSA-UIS.

Cuando se presenta algún problema con la apertura de los documentos, se obtiene el mensaje “El proceso requerido falló” (Ilustración 7); Si hay algún problema contacte al administrador del sistema quien verificará si la ruta de acceso es correcta, si la base de datos se encuentra en la misma ubicación del programa CMC, o si el ordenador permite consultar la base de datos, y no la considera riesgosa o peligrosa.

Ilustración 7 Mensaje de error



### **INDICADORES:**

En este módulo (Ilustración 8) se encuentra toda la información referente a los indicadores de gestión de los procesos; de esta opción se desprenden “Listado de indicadores”, “Cálculo de indicadores”, “Estado de indicadores”.

Ilustración 8 Módulo Indicadores



### **Listado De Indicadores**

Al hacer clic en este menú, se despliegan dos títulos,

- a. "Tablero de indicadores", del cual se desprenden las subdivisiones "Tablero resumen de indicadores" (Ilustración 9), en el cual se accede a un cuadro resumen con los indicadores de la empresa; "Indicadores por proceso" (Ilustración 10), el cual exhibe la información de cada uno de los indicadores agrupados según el proceso al que pertenecen;

“Tablero de Indicadores Por Responsables” (Ilustración 11), que muestra la información de cada uno de los indicadores agrupados según el responsable.

Ilustración 9 Tablero de indicadores

PROCESO	INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	ESTÁNDAR	META	FRECUENCIA	RESPONSABLE	FUENTE DE CÁLCULO
Planificación del SGC	EFICACIA DEL SGC	(Número de objetivos de calidad cumplidos / Número Total de objetivos) * 100	30%	MAYOR O IGUAL A 80%	Semestral	Coordinador de calidad	Objetos de calidad (véase manual de calidad)
	PORCENTAJE DE ACCIONES PREVENTIVAS IMPLEMENTADAS	(Número de acciones preventivas implementadas / Número de acciones preventivas propuestas) * 100	80%	90%	Semestral	Coordinador de calidad	Registro de acciones preventivas (Véase F-PM-10)
	% DE ACCIONES CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS	# acciones correctivas implementadas / # acciones correctivas propuestas * 100	80%	90%	Semestral	Coordinador de calidad	Registro de acciones correctiva, seguimiento de acciones correctivas y registro de confirmación (Véase F-PM-07, F-PM-08, F-PM-09)
	PORCENTAJE DE AUDITORÍAS INTERNAS	# de auditorías ejecutadas / # auditorías planeadas * 100	33%	90%	Anual	Coordinador de calidad	Programa de auditorías (Véase F-PM-03) Informe de auditorías (Véase F-PM-05)
	PRODUCTOS CONFORMES	Número de productos no conformes hallados en el periodo	0	0	Semestral	Coordinador de calidad	Manejo de productos no conformes (Véase F-PM-12)
	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	Número de revisiones al SGC realizadas por la dirección en el año.	1	MÍNIMO 1 VEZ POR AÑO	Anual	Coordinador de calidad	Registro de revisión por la dirección (Véase F-PM-11)
	PORCENTAJE DE RECLAMOS O SUGERENCIAS DEL CLIENTE EXTERNO	(Número de reclamos y sugerencias atendidas / Número de sugerencias y reclamos totales) * 100 Calificación obtenida en la encuesta N. 8 de	100%	100%	Semestral	Profesional de Mercadeo	Registros de reclamos o sugerencias (Véase F-PM-14)

Ilustración 10 Formulario de indicadores por proceso

Indique a que proceso corresponde el indicador:  
 PROCESO DE GESTIÓN DE SERVIDO AL CLIENTE

Seleccione el indicador:  
 PORCENTAJE DE RECLAMOS O SUGERENCIAS DEL CLIENTE EXTERNO

Definición: Este indicador pretende medir en qué porcentaje se está dando manejo a las sugerencias o reclamos de los clientes.

Fórmula de cálculo: (Número de reclamos y sugerencias atendidas / Número de sugerencias y reclamos totales) \* 100

Objetivo: Verificar que se esté dando una solución a todos los reclamos o sugerencias que se presenten.

Meta: 100%

Unidad de Medida: Porcentaje

Frecuencia de Medida: Semestral

Fuente de Información: Registros de reclamos o sugerencias (Véase F-PM-14)

Administrador del indicador: PROFESIONAL DE MERCADEO

Observaciones: Un reclamo o sugerencia que no tenga validez se considera atendido. El reclamo o sugerencia del cliente debe solucionarse / atenderse en lo posible antes de 15 días de diligenciado el formato.

Centar

Ilustración 11 Formulario de indicadores por responsable

Seleccione el Administrador del Indicador:  
PROFESIONAL DE MERCADERO

Seleccione el Indicador:  
PORCENTAJE DE RECLAMOS O SUGERENCIAS DEL CUENTE EXTERNO

Definición:  
Este indicador pretende medir en qué porcentaje se está dando manejo a las sugerencias o reclamos de los clientes.

Fórmula de cálculo:  
(Número de reclamos y sugerencias atendidas / Número de sugerencias y reclamos totales)\*100

Objetivo:  
Verificar que se esté dando una solución a todos los reclamos o sugerencias que se presentan.

Meta:  
100%

Unidad de Medida:  
Porcentaje

Fuente de Información:  
Registros de reclamos o sugerencias (Véase FPM-14)

Frecuencia de Medida:  
Semestral

Proceso al que pertenece:  
PROCESO DE GESTION DE SERVICIO AL CLIENTE

Observaciones:  
Un reclamo o sugerencia que no tenga validez se considera atendido.  
El reclamo o sugerencia del cliente debe solucionarse / atenderse en lo posible antes de 15 días de diligenciado el formato.

Centar

- b. "Fichas técnicas de los indicadores" (Ilustración 12), que permite abrir directamente al documento en Microsoft Word, con la información de las fichas técnicas de los indicadores de gestión.

Ilustración 12 Fichas técnicas de indicadores

Indicadores FICHAS TÉCNICAS ver 2 - Microsoft Word

Archivo Edición Ver Insertar Formato Herramientas Tabla Ventana ? Escribe una pregunta

Título 3 + Izquier Arial 10

Página 7 de 31  
Versión: 2  
Código: F-PM-19  
Fecha: 20-06-06

PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC  
FICHA TÉCNICA DE INDICADORES DE GESTIÓN

PROCESO  
PLANIFICACIÓN DEL SGC

NOMBRE DEL INDICADOR:  
PORCENTAJE DE AUDITORÍAS INTERNAS

DEFINICIÓN DEL INDICADOR:  
Mide la relación entre el número de auditorías ejecutadas y el de auditorías programadas

FÓRMULA DE CÁLCULO:  
(Número de auditorías ejecutadas/Número de auditorías planeadas)\*100

OBJETIVO:  
Verificar que se está dando cumplimiento al programa de auditorías y a su vez que se programan adecuadamente estas actividades.

META: 90%

UNIDAD DE MEDIDA:  
Porcentaje

FUENTE DE INFORMACIÓN:  
Registro de Programa de auditorías (F-PM-03)  
Registros de Informe de auditoría (F-PM-05)

FRECUENCIA DE MEDIDA:  
Anual

ADMINISTRADOR DEL INDICADOR:  
Coordinador de calidad

OBSERVACIONES:  
Este indicador no debe tener en cuenta las auditorías internas de los proyectos.

Pág. 7 Sec. 2 7/31 A Ln. Col. | GRB | MCA | EXT | SOB Español (Es)

### Cálculo De Indicadores

Este formulario (Ilustración 13) permite al usuario calcular los valores para cada uno de los indicadores; en la lista de procesos se debe seleccionar el nombre del proceso al cual pertenece el indicador que se desea calcular, luego se escoge el nombre del indicador y su responsable.

Ilustración 13 Pantalla Cálculo de indicadores

Calculo de Indicadores

Indique el proceso al cual pertenece el Indicador  
PROCESO DE PLANIFICACION DEL SGC

Seleccione el indicador a calcular  
PORCENTAJE DE ACCIONES CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS

Responsable:  
COORDINADOR(A) DE CALIDAD

20 Número de acciones correctivas implementadas

26 Número de acciones correctivas propuestas

Calcular Limpiar

Datos del Registro

Resultado: 76.9230769230769 Porcentaje

Frecuencia de Medida: Semestral

Meta: 90%

Fecha de Registro  
Día Mes Año  
29 7 2006

Guardar Registro

Salir

En las cajas de texto habilitadas se digitará la información necesaria para calcular el indicador; operación que se ejecuta cuando el usuario presiona el botón Calcular, seguidamente podrá visualizar en el área Datos del Registro, el resultado de la acción efectuada, junto con alguna información como la frecuencia de medida y la meta esperada para el indicador.

Para guardar el registro del cálculo realizado, el usuario indicará la fecha del registro (por defecto aparece la fecha almacenada en el ordenador), y deberá presionar el botón Guardar Registro para almacenar el valor en la base de datos. Cada vez que un indicador es guardado, aparece el mensaje “el registro ha sido guardado” (Ilustración 14), el resultado arrojado y la fecha son

almacenados por el programa, de tal manera que se puedan consultar cuando sea necesario mediante la opción “Estado de Indicadores”

Ilustración 14 Mensaje de Registro guardado



Otras funciones:

El botón limpiar, funciona para borrar los valores introducidos en los diferentes campos; si anteriormente no se ha dado la opción de guardar registro, estos valores no se incluirán en la base de datos.

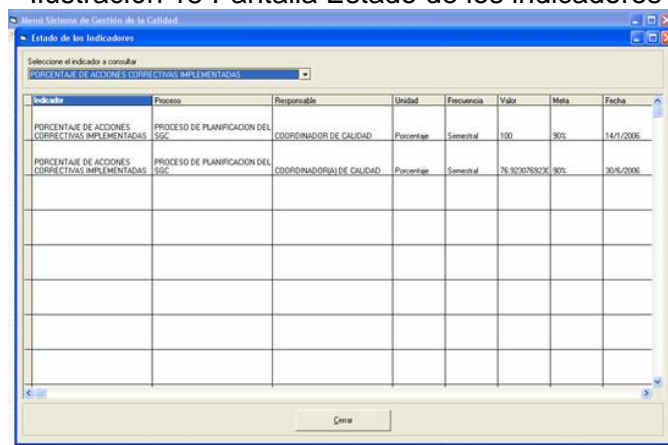
El botón salir cierra el formulario Calcular indicador

### Estado De Indicadores

El tercer submenú corresponde al “Estado de los Indicadores” (Ilustración 15). Al ingresar mediante esta opción, el usuario puede consultar el comportamiento histórico de cualquiera de los indicadores calculados por el software y definidos en el Sistema, este listado se encuentra ordenado cronológicamente.

Para observar dichos valores el usuario deberá seleccionar el nombre del indicador cuya información apreciará en la cuadrícula inferior del formulario.

Ilustración 15 Pantalla Estado de los indicadores

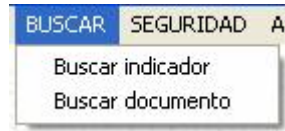


Con el botón cerrar se cierra el formulario estado de los Indicadores.

## BUSCAR

En este menú (Ilustración 16) se puede abrir los documentos directamente a través del submenú "Buscar documento", ó se puede consultar directamente un indicador calculado según el submenú "Buscar indicador".

Ilustración 16 Módulo Buscar

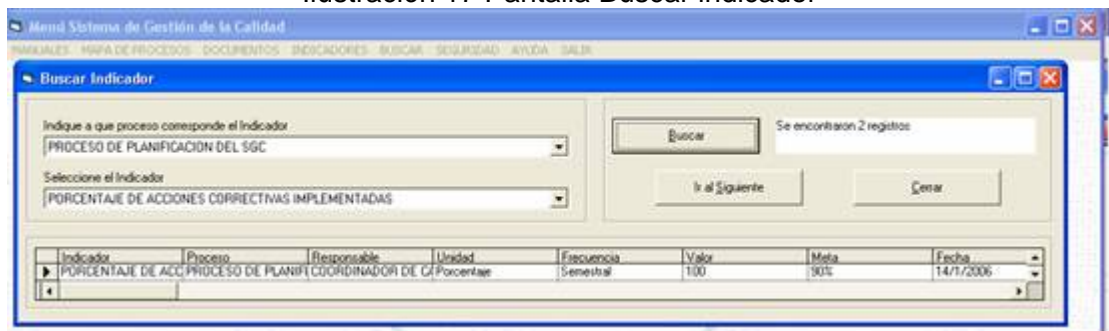


## Buscar Indicador

Este formulario (Ilustración 17) resalta la información del indicador que se ha seleccionado, en el tablero de indicadores.

Para buscar un indicador, el usuario deberá seleccionar el proceso al que este pertenece, después de esto en el listado de indicadores seleccionará el que busca, luego deberá presionar el botón Buscar.

Ilustración 17 Pantalla Buscar indicador

A screenshot of a web application window titled 'Módulo Sistema de Gestión de la Calidad'. The main menu includes 'MANUALES', 'MAPA DE PROCESOS', 'DOCUMENTOS', 'INDICADORES', 'BUSCAR', 'SEGURIDAD', 'AYUDA', and 'SALIR'. The 'Buscar Indicador' form is open, showing two dropdown menus: 'Indique a que proceso corresponde el indicador' (set to 'PROCESO DE PLANIFICACION DEL SGC') and 'Seleccione el indicador' (set to 'PORCENTAJE DE ACCIONES CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS'). There is a 'Buscar' button and a text box showing 'Se encontraron 2 registros'. Below the search area are buttons for 'Ir al siguiente' and 'Cerrar'. At the bottom, there is a table with the following data:

Indicador	Proceso	Responsable	Unidad	Frecuencia	Valor	Meta	Fecha
PORCENTAJE DE ACCIONES CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS	PROCESO DE PLANIFICACION DEL SGC	COORDINADOR DE CI	Porcentaje	Semestral	100	90%	14/7/2006

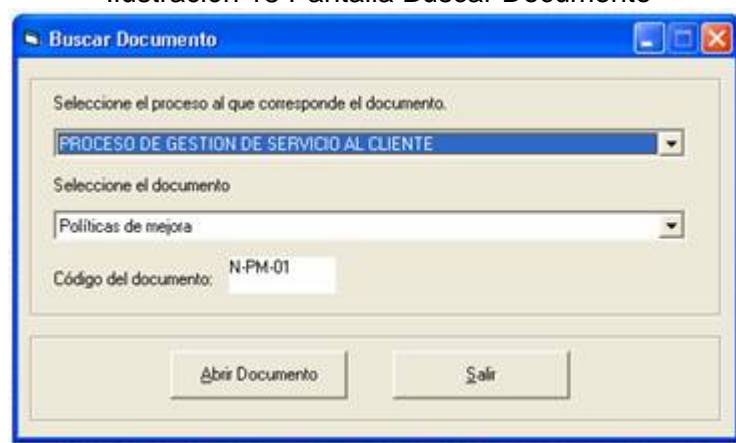
En la caja de texto se informará cuántos indicadores con ese nombre fueron encontrados, si son mas de uno, el botón Ir al siguiente se habilitará, para permitir ver cada uno de los indicadores encontrados. Estos indicadores se pueden visualizar en la cuadrícula de la parte inferior del formulario.

El botón Cerrar cierra el formulario Buscar Indicador

## Buscar Documento

Al hacer clic en esta opción (Ilustración 18), se puede abrir el documento que se desea, para ello, el usuario debe elegir el proceso al que pertenece y en la lista inferior seleccionar el nombre del documento (a lo cual se mostrará el código que lo identifica). Para ver su contenido, el usuario debe presionar el botón abrir documento.

Ilustración 18 Pantalla Buscar Documento

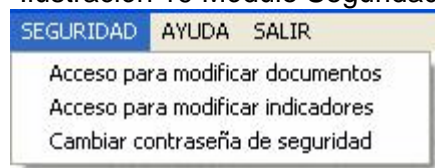


El botón salir cierra el formulario Buscar Documento

## **SEGURIDAD**

En este menú (Ilustración 19), se pueden acceder a las opciones para la gestión de la seguridad del software, de este menú se desprenden las opciones de "Acceso para modificar documentos", "Acceso para modificar indicadores" y "Cambiar contraseña de seguridad", los cuales posibilitan incluir nuevos documentos o indicadores en la base de datos del software.

Ilustración 19 Módulo Seguridad



### **Acceso Para Modificar Documentos:**

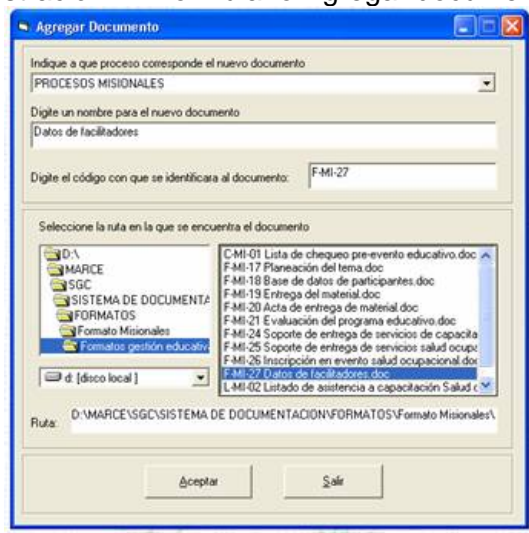
Este formulario (Ilustración 20) permite al usuario agregar o eliminar nuevos documentos y modificar las rutas, nombres, o códigos de los documentos. Para esto el usuario deberá conocer la contraseña.

Ilustración 20 Pantalla Acceso para modificar documentos



- a. Agregar Nuevos Documentos (Ilustración 21): Para agregar un nuevo documento, el usuario indicará el proceso, el nombre y código del nuevo documento; y podrá seccionar la ruta haciendo doble clic sobre las carpetas, hasta encontrar el documento, mientras en la casilla Ruta, aparece la dirección del documento, si los datos son correctos, presione aceptar.

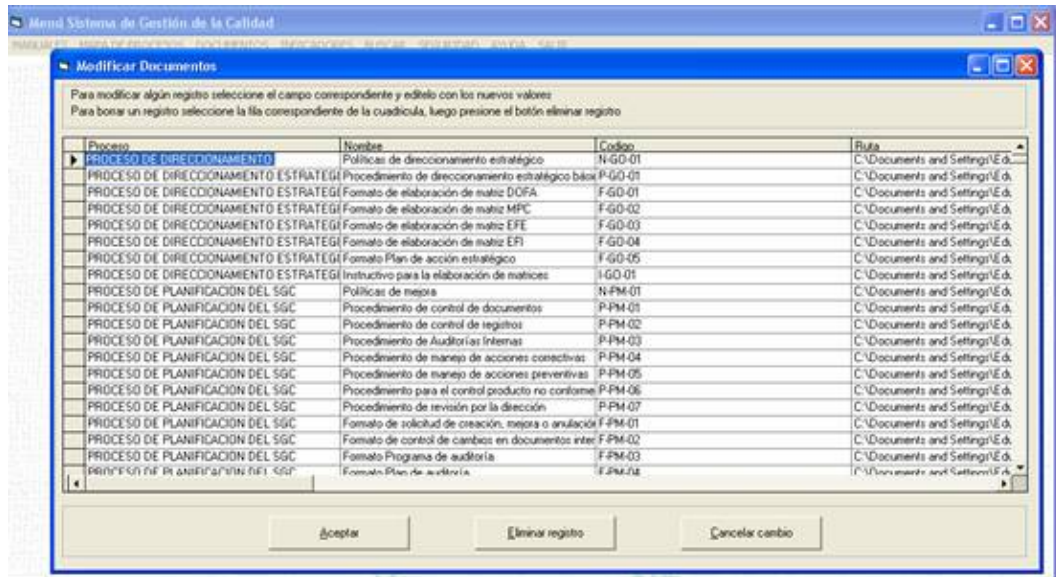
Ilustración 21 Formulario Agregar documentos



Para cerrar el formulario presione el botón Salir.

- b. Modificar Documentos (Ilustración 22): Si el usuario cuenta con los permisos (contraseña válida), podrá modificar la información del listado de documentos en la base de datos; para hacerlo, deberá seleccionar y editar el campo correspondiente; para borrar un registro deberá seleccionar la fila correspondiente en la cuadrícula y luego presionar el botón eliminar registro.

Ilustración 22 Formulario Modificar documentos

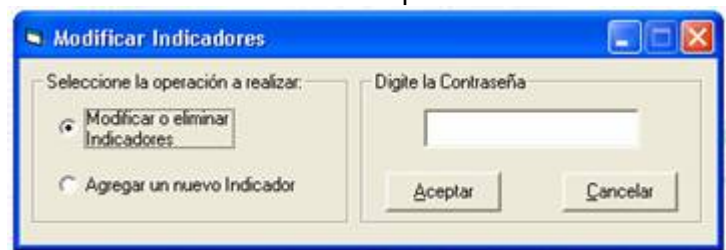


Con el botón Cancelar cambio podrá deshacer la última modificación de un campo del registro.

### Acceso Para Modificar Indicadores

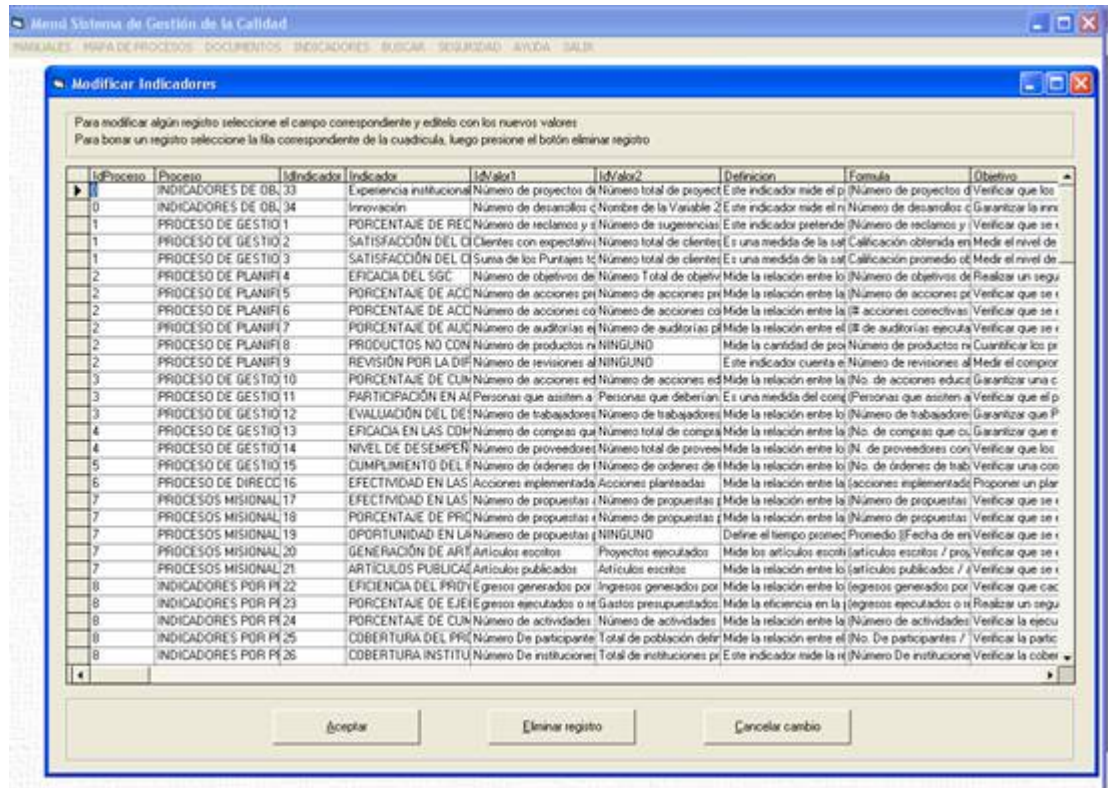
Este formulario (Ilustración 23), permite al usuario crear o eliminar indicadores, modificar los campos o atributos de cada indicador. Para esto el usuario deberá conocer la contraseña.

Ilustración 23 Pantalla Acceso para modificar indicadores



- Modificar Indicadores (Ilustración 24): Si el usuario cuenta con los permisos (contraseña válida), mediante este formulario podrá modificar la información de la tabla de indicadores en la base de datos; para modificar algún indicador deberá seleccionar el campo correspondiente y editarlo con los nuevos valores. Para borrar un indicador deberá seleccionar la fila correspondiente en la cuadrícula y luego presionar el botón eliminar registro.

Ilustración 24 Formulario Modificar Indicadores



Con el botón Cancelar cambio podrá deshacer la ultima modificación hecha a un campo del registro.

- b. Crear Indicadores (Ilustración 25): Para crear uno nuevo, el usuario debe seleccionar el proceso al que corresponde, completar la información solicitada en las casillas del formulario (Nombre, definición, fórmula de cálculo, variables utilizadas para el cálculo, objetivo, meta, unidad y frecuencia de medida, fuente de información, Administradores y observaciones), al haber completado los espacios con la información requerida deberá presionar el botón aceptar.

Ilustración 25 Formulario Crear indicador

Crear un Nuevo Indicador

Nombre del Proceso al cual pertenece el nuevo indicador:

Nombre del Nuevo Indicador:

Por favor llene los siguientes campos con la información del indicador a crear

Definición: Definición clara del nuevo indicador

Fórmula de cálculo: Ejemplo: (Variable 1/Variable 2)\*100

Variable 1: Nombre de la variable 1

Variable 2: Nombre de la Variable 2, si no existe por defecto es NINGUNO

Objetivo: Objetivo del indicador

Meta: Meta esperada del indicador

Unidad de Medida: Porcentaje

Fuente de Información: NINGUNA

Frecuencia de Medida: Cada cuanto se realiza el cálculo

Administradores del indicador: ADMINISTRADOR 1

Observaciones: NINGUNA

Aceptar Cerrar

Para cerrar el formulario presione el botón Cerrar

### Cambiar Contraseña De Seguridad

Desde este formulario (Ilustración 26), el usuario podrá cambiar la contraseña del programa, digitando la contraseña actual, luego la nueva contraseña y su confirmación, al presionar el botón aceptar, Se actualizará el valor de la contraseña.

Ilustración 26 Formulario Cambio de contraseña

Cambio de Contraseña

Digite la contraseña actual:

Digite la nueva contraseña:

Confirme la nueva contraseña:

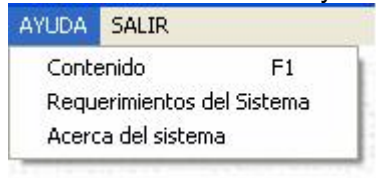
Aceptar Cancelar

Con el botón Cancelar se cierra el formulario Cambiar Contraseña

### AYUDA

En este menú (Ilustración 27), está consignado el archivo de ayuda que servirá de guía al usuario para el manejo del software. Este menú a su vez esta subdividido en "Contenido", "Requerimientos del sistema", y "Acerca del Sistema.

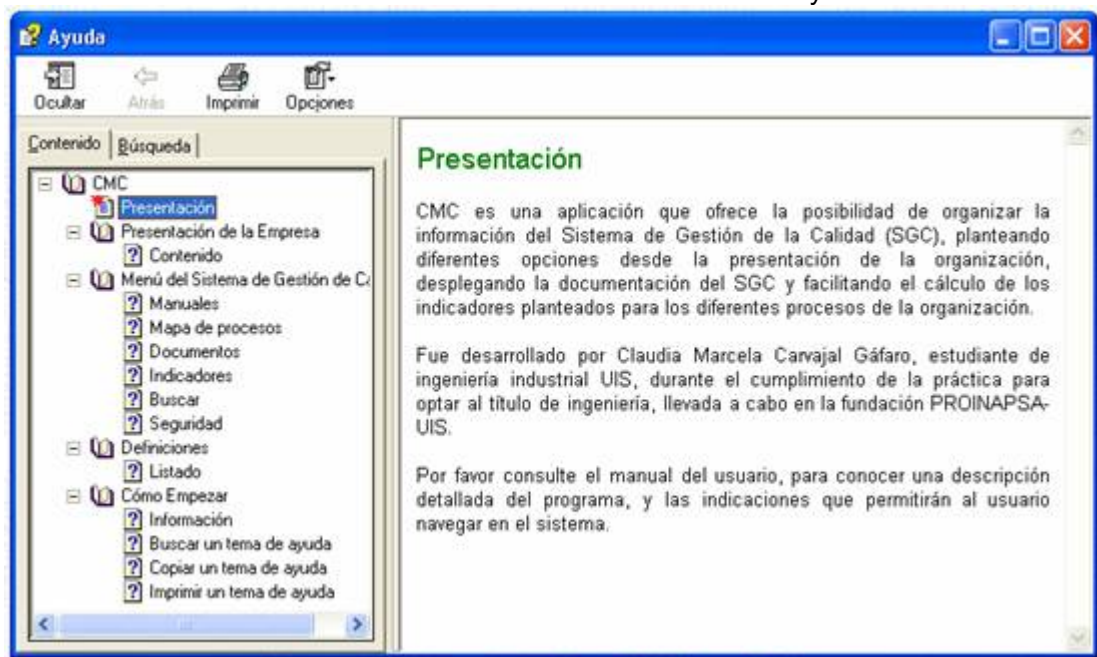
Ilustración 27 Módulo Ayuda



### Contenido.

Se presenta el contenido de las ayudas (Ilustración 28).

Ilustración 28 Pantalla Contenido de ayuda



### Requerimientos Del Sistema

Esta pantalla (Ilustración 29) Muestra los requerimientos mínimos de software y hardware para poder ejecutar el sistema de información sin inconvenientes.

Ilustración 29 Pantalla Requerimientos del sistema



### Acerca Del Sistema.

Esta pantalla (Ilustración 30), Informa algunos datos como la versión del programa, el nombre del autor y la autorización de uso.

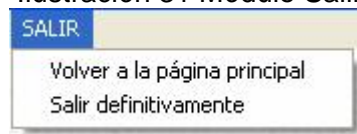
Ilustración 30 Pantalla Acerca del Sistema




### SALIR

La opción salir (Ilustración 31), permite volver a la primera pantalla (Volver al menú principal), ó salir definitivamente del programa (Salir definitivamente).

Ilustración 31 Módulo Salir



En caso de haber presionado el botón  ,ubicado en la parte superior derecha de la pantalla, el programa se cerrará, pero no finalizará la aplicación, se recomienda pulsar al mismo tiempo las teclas ctrl.+Alt.+supr. en el teclado, a lo cual aparecerá el menú “Administrador de tareas de Windows”, en el módulo “Aplicaciones” presionar sobre el programa CMC y hacer clic sobre el botón “Finalizar tarea”

## INSTALACIÓN DEL SOFTWARE

Dentro de una carpeta llamada INSTALADOR encontramos los archivos correspondientes a la instalación del sistema de información los cuales son:

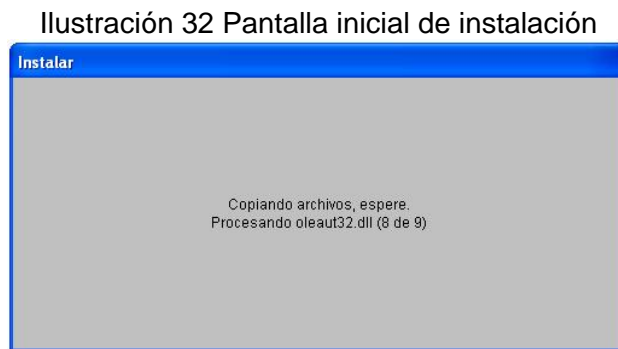
Support (carpeta)

Setup.exe

Setup.lst

CMC.CAB

Una vez hallamos abierto esta carpeta encontramos el archivo Setup.exe, debemos acceder a él dando doble clic. Aparecerá una pantalla como la de la Ilustración 32, que nos indicará el siguiente mensaje:



Una vez haya terminado de copiar los archivos de CMC.CAB aparecerá la siguiente pantalla (Ilustración 33):

Ilustración 33 Pantalla de bienvenida de instalación



Notamos que nos da una breve Bienvenida y nos muestra el nombre del sistema de información. Damos clic en Aceptar, y encontramos la siguiente pantalla (Ilustración 34):

Ilustración 34 Pantalla de inicio de instalación



Se inicia la instalación del sistema, para ello hacemos clic en el botón instalar que es el que aparece con el icono de un computador, o de lo contrario salir para terminar la instalación. Una vez hemos dado clic aparece la siguiente pantalla (Ilustración 35):

Ilustración 35 Grupo de programas de instalación



Esta pantalla indica que agregará los elementos al grupo mostrado en el cuadro Grupo de programa. Podemos seleccionar un grupo o seleccionar uno de la lista Grupos existentes. Damos clic en continuar. Empezamos a instalar el sistema (Ilustración 36).

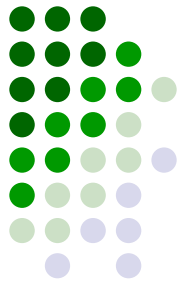
Ilustración 36 Instalación de CMC



Y por último aparece un mensaje de información que aclara que la instalación de Sistema CMC ha finalizado satisfactoriamente (Ilustración 37).


Ilustración 37 Mensaje de finalización de la instalación





# ANEXO J

TABLERO DE INDICADORES  
2006

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	Página 1 de 6
		Versión: 2
	<b>TABLERO DE INDICADORES DE GESTIÓN</b>	Código: L-PM-04
		Fecha:20-06-06

**ANEXO J. TABLERO DE INDICADORES DE GESTIÓN DE PROCESOS Y PROYECTOS**

PROCESO	INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	ESTÁND.	MET.	FRECUEN.	RESPONSABL.	FUENTE DE CÁLCULO
<b>PROCESO DE DIREC. ESTRATÉGICO</b>							
Direcciona. estratégico	EFFECTIVIDAD EN LAS ACCIONES PLANEADAS	(acciones implementadas según el tiempo establecido /acciones planteadas)*100	30%	80%	Trimestral	Profesional de mercadeo	Plan de acción estratégico F-GO-05
<b>PROCESOS MISIONAL</b>							
Planeación del proyecto	EFFECTIVIDAD EN LAS PROPUESTAS	(Número de propuestas legalizadas / Número de propuestas presentadas)*100	40%	60%	Semestral	Coordinadores(as) de proceso misional	Términos de referencia ó Solicitud de servicio F-MI-01 Propuesta, Contrato u orden de prestación de servicios, Acta de inicio, Formato de seguimiento de propuestas F-MI-02
	PORCENTAJE DE PROPUESTAS EN EJECUCIÓN	(Número de propuestas en ejecución / Número de propuestas legalizadas)*100	80%	100%	Semestral	Coordinadores(as) de proceso misional	Contrato u orden de prestación de servicios, Acta de inicio, Base de datos de los contratos
	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA	Promedio ((Fecha de envío de la propuesta - Fecha de solicitud de la propuesta)	15 días hábiles	12 DÍAS HÁBILES	Semestral	Coordinadores(as) de proceso misional	Solicitud de propuesta Véase F-MI-0,1 Propuesta



**PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC**

Página 2 de 6

Versión: 2

**TABLERO DE INDICADORES DE GESTIÓN**

Código: L-PM-04

Fecha:20-06-06

PROCESO	INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	ESTÁND.	MET.	FRECUEN.	RESPONSABL.	FUENTE DE CÁLCULO
Indicadores por proyecto (Desarrollo y realización del proyecto)	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO POR RUBROS GENERALES	(egresos ejecutados o reales por proyecto/ gastos presupuestados por proyecto)*100	Menor o igual al 95%	MENOR O IGUAL AL 90%	Mensual	Coordinador(a) administrativo(a) y financiero(a)	Flujo de caja institucional, ejecución presupuestal del proyecto
	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO	(Número de actividades ejecutadas por proyecto / Número de actividades planeadas por proyecto)*100	90%	100%	Mensual	Coordinador(a) del proyecto	Informe del proyecto, plan de trabajo del proyecto F-MI-05
	COBERTURA DEL PROYECTO	(No. De participantes / Total de población definida ó beneficiarios)*100	80%	100%	Al finalizar el proyecto	Coordinador(a) del proyecto	Propuesta, Plan de trabajo del proyecto (f-MI-05)
	COBERTURA INSTITUCIONAL DEL PROYECTO	(Número De instituciones participantes / Total de instituciones proyectadas)	80%	100%	Al finalizar el proyecto	Coordinador(a) del proyecto	Propuesta, Informe del proyecto
Finalización del proyecto	EVALUACIÓN DEL SERVICIO *	(Clientes con expectativas satisfechas / Número total de clientes que responden la evaluación del servicio)	80%	90%	Semestral	Coordinador(a) de proceso misional	Evaluación del servicio (F-MI-12) Formato de soporte de entrega de servicios educativos ()



**PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC**

Página 3 de 6

Versión: 2

**TABLERO DE INDICADORES DE GESTIÓN**

Código: L-PM-04

Fecha:20-06-06

PROCESO	INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	ESTÁND.	MET.	FRECUEN.	RESPONSABL.	FUENTE DE CÁLCULO
	PORCENTAJE DE PROYECTOS Y PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD *	(Número de proyectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad realizados en el año / Número total de proyectos realizados en el año)*100	100%	100%	Anual	Directora ejecutiva	Base de datos de contratos
	INNOVACIÓN DE LOS PROYECTOS *	Número de desarrollos o renovaciones de enfoques y metodologías	5	5	Anual	Coordinadores(as) de proceso misional	
	EFICIENCIA GENERAL DE PROYECTOS	(egresos generados por los proyectos/ ingresos generados por los proyectos)*100	Menor o igual al 95%	MENOR O IGUAL AL 90%	Semestral	Coordinador(a) administrativo(a) y financiero(a)	Flujo de caja institucional
	PROGRAMAS EDUCATIVOS	(Número de programas educativos con calificación entre buena y excelente / Número total de programas educativos ofrecidos en el período)*100	80%	90%	Semestral	Coordinador(a) del evento Coordinador(a) de gestión educativa	Resumen de evaluaciones de programas educativos (F-MI-21)
	DOCUMENTOS PUBLICADOS	(Documentos publicados / Número de proyectos realizados)*100	10%	30%	Anual	Coordinadores(as) de proceso misional	Documentos publicados
<b>PROCESOS DE APOYO</b>							



**PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC**

Página 4 de 6

Versión: 2

**TABLERO DE INDICADORES DE GESTIÓN**

Código: L-PM-04

Fecha:20-06-06

PROCESO	INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	ESTÁND.	MET.	FRECUEN.	RESPONSABL.	FUENTE DE CÁLCULO
Gestión Humana	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIONES EDUCATIVAS	(No. de acciones educativas ejecutadas / No. de acciones educativas programadas)*100	70%	90%	Trimestral	Coordinador(a) administrativo(a) y financiero(a)	Plan de acción educativa véase F-PA-06, y asistencia a evento F-PA-07
	PARTICIPACIÓN EN ACCIONES EDUCATIVAS	(Personas que asisten a las acciones educativas / personas que deberían asistir)*100	85%	95%	Trimestral	Coordinador(a) administrativo(a) y financiero(a)	Plan de acción educativa véase F-PA-06, asistencia a evento F-PA-07 y evaluación de acción educativa F-PA-08
	EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO *	(Número de trabajadores competentes /No. de trabajadores totales)*100	50%	80%	Anual	Coordinador(a) administrativo(a) y financiero(a)	Véanse registros de evaluación de desempeño (F-PA-15)
Gestión de sistemas de información	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	(No. de órdenes de trabajo ejecutadas /No. de ordenes de trabajo programadas)* 100	50%	80%	Semestral	Coordinador(a) administrativo(a) y financiero(a)	Plan de mantenimiento F-PA-13, Registro de mantenimiento F-PA-14
Gestión de compras	EFICACIA EN LAS COMPRAS	(No. de compras que cumplen con los días estipulados / No. total de compras)* 100	70%	100%	Mensual	Coordinador(a) administrativo(a) y financiero(a)	Solicitud de compra (véase F-PA-10) Orden de compra al proveedor, Factura
	NIVEL DE DESEMPEÑO DE PROVEEDORES. (REEVALUACIÓN)	(N. de proveedores con reevaluación mayor a 80 puntos/ N. total de proveedores)*100	60%	100%	Semestral	Coordinador(a) administrativo(a) y financiero(a) Coordinador de proyecto	Registros de evaluación y reevaluación de proveedores Véase F-PA-12



**PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC**

Página 5 de 6

Versión: 2

**TABLERO DE INDICADORES DE GESTIÓN**

Código: L-PM-04

Fecha:20-06-06

PROCESO	INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	ESTÁND.	MET.	FRECUEN.	RESPONSABL.	FUENTE DE CÁLCULO
PROCESOS DE MEJORA							
Planificación del SGC	EFICACIA DEL SGC	(Número de objetivos de calidad cumplidos/ Número Total de objetivos)*100	75%	MAYOR O IGUAL A 80%	Semestral	Coordinador de calidad	Cumplimiento en los indicadores generales del SGC
	PORCENTAJE DE ACCIONES PREVENTIVAS IMPLEMENTADAS	(Número de acciones preventivas implementadas / Número de acciones preventivas propuestas)*100	50%	90%	Semestral	Coordinador de calidad	Registro de acciones preventivas (Véase F-PM-10)
	% DE ACCIONES CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS	(# acciones correctivas implementadas/# acciones correctivas propuestas)*100	75%	90%	Semestral	Coordinador de calidad	Registro de acciones correctiva, seguimiento de acciones correctivas y registro de confirmación (Véase F-PM-07, F-PM-08, F-PM-09)
	PORCENTAJE DE AUDITORÍAS INTERNAS	(# de auditorías ejecutadas/# auditorías planeadas)*100	33%	90%	Anual	Coordinador de calidad	Programa de auditorías (Véase F-PM-03) Informe de auditorías (Véase F-PM-05)
	PRODUCTOS NO CONFORMES	Número de productos no conformes hallados en el período	0	0	Semestral	Coordinador de calidad	Manejo de productos no conformes (Véase F-PM-12)
	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	Número de revisiones al SGC realizados por la dirección en el año.	0	MÍNIMO 1 VEZ POR AÑO	Anual	Coordinador de calidad	Registro de revisión por la dirección (Véase F-PM-11)



**PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC**

Página 6 de 6

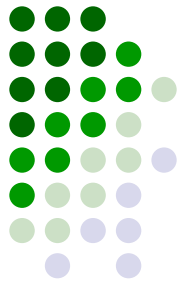
Versión: 2

**TABLERO DE INDICADORES DE GESTIÓN**

Código: L-PM-04

Fecha:20-06-06

PROCESO	INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	ESTÁND.	MET.	FRECUEN.	RESPONSABL.	FUENTE DE CÁLCULO
Gestión de servicio al cliente	PORCENTAJE DE RECLAMOS O SUGERENCIAS DEL CLIENTE EXTERNO	(Número de reclamos y sugerencias atendidas / Número de sugerencias y reclamos totales)*100	100%	100%	Semestral	Profesional de Mercadeo	Registros de reclamos o sugerencias (Véase F-PM-14)
	SATISFACCIÓN DEL CLIENTE EXTERNO *	Calificación promedio de las preguntas 2 y 8 de la encuesta(Clientes con expectativas satisfechas / Número total de clientes que responden la encuesta de satisfacción)*100	85%	90%	Anual	Profesional de mercadeo	Encuesta de satisfacción de cliente externo (F-PM-15)
	SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO	Calificación promedio obtenida en la evaluación de la satisfacción del cliente interno.(Suma de los Puntajes totales de cada encuesta / Número total de clientes internos que responden la encuesta de satisfacción)	3,5 puntos	4 PUNTOS O MAS	Anual	Profesional de Mercadeo	Encuesta de satisfacción de cliente interno (F-PM-16)
Nota: los indicadores con asterisco, representan los indicadores generales del SGC.							



# ANEXO K

TABLA DE SEGUIMIENTO DE  
ACCIONES CORRECTIVAS  
2006



**PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC**

Página 1 de 9

Versión: 2

**SEGUIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS**

Código: F-PM-08

Fecha: 31-01-06

<i>PROCESO O PROYECTO</i>	<i>No.</i>	<i>ACCIÓN CORRECTIVA</i>	<i>ACTIVIDADES</i>	<i>RESPONSABLE</i>	<i>OBSERVACIONES</i>	<i>FECHA</i>	<i>FECHA CIERRE</i>
Gestión humana	4	Uso de una versión obsoleta del formato.	Revisar que no existan copias físicas sin diligenciar de formatos obsoletos en los procesos de apoyo.	Coordinación de calidad	-	050306	050306
			Eliminar los posibles formatos obsoletos sin diligenciar.	Coordinación de calidad	-	050306	050306
			Informar al personal de la existencia de la nueva versión de los formatos.	Coordinación de calidad	-	050306	100306
Gestión humana	5	Realización del plan de auditorías	Presentar una propuesta de plan de acciones educativas, con base en la información recopilada en los formatos F-PA-03, en reunión de coordinadoras.	Coordinadora administrativa y financiera	-	Fecha máxima 300506	300506
			Revisar el formato, verificar que es la versión aprobada y que no deben realizarse mejoras al plan.	Coordinación de calidad Coordinadora administrativa y financiera	-	300506	260506
Procesos de apoyo (Gestión humana, gestión de compras y gestión de sistemas de información)	6	Cálculo de indicadores de gestión	Realizar el cálculo de los indicadores de gestión.	Coordinadora administrativa y financiera	-	Julio de 2006	100706
			Presentar los resultados del cálculo de los indicadores de gestión en la evaluación de PROINAPSA-UIS	Coordinadora administrativa y financiera	-	Julio de 2006	100706



**PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC**

Página 2 de 9

Versión: 2

**SEGUIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS**

Código: F-PM-08

Fecha: 31-01-06

<i>PROCESO Ó PROYECTO</i>	<i>No.</i>	<i>ACCIÓN CORRECTIVA</i>	<i>ACTIVIDADES</i>	<i>RESPONSABLE</i>	<i>OBSERVACIONES</i>	<i>FECHA</i>	<i>FECHA CIERRE</i>
			Enviar periódicamente recordatorio del cálculo de indicadores de gestión, a las coordinadoras de los procesos.	Coordinadora de calidad	-	Marzo de 2006	Junio 5 y 7 de 2006
Gestión de compras	7	Registro de inspección de los productos	Generar la solicitud de mejora al formato F-PA-10 Solicitud de compras y agregar campos para registrar la inspección.	Coordinadora administrativa y financiera	-	1403006	1403006
			Recordar a la responsable (secretaria), que se debe realizar y registrar la inspección de los productos comprados.	Coordinadora administrativa y financiera	-	140306	140306
Gestión de sistemas de información	8	Diligenciamiento de formatos aprobados de mantenimiento	Solicitar la modificación del formato de plan de mantenimiento y reemplazarlo por el de cronograma de mantenimiento presentado por el ingeniero de sistemas.	Coordinadora administrativa y financiera	-	140306	140306
			Informar al ingeniero la necesidad de diligenciar el registro de mantenimiento.	Coordinadora administrativa y financiera	-	030306	030306
			Sociabilizar el nuevo formato de cronograma de mantenimiento.	Coordinadora administrativa y financiera	-	Cuando se apruebe el formato	120506
Gestión de compras	9	Cambiar Proveedores de fotocopias	Establecer e informar a los proveedores las especificaciones técnicas en cuanto a calidad de los productos	Coordinadora administrativa y financiera	-	Junio de 2006	Pendiente
			Cambiar al proveedor de fotocopias	Coordinadora administrativa y financiera	El proveedor renunció	Junio de 2006	Junio de 2006



**PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC**

Página 3 de 9


Versión: 2

**SEGUIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS**


Código: F-PM-08

Fecha: 31-01-06


<i>PROCESO Ó PROYECTO</i>	<i>No.</i>	<i>ACCIÓN CORRECTIVA</i>	<i>ACTIVIDADES</i>	<i>RESPONSABLE</i>	<i>OBSERVACIONES</i>	<i>FECHA</i>	<i>FECHA CIERRE</i>
Gestión de compras	10	Estudiar adquisición de Fotocopiadora	Estudiar si se puede realizar adquisición de fotocopiadora y políticas asociadas	Directora ejecutiva Coordinadora administrativa y financiera	La opción se estudió, pero no hay disponibilidad presupuestal	Reunión de coordinadoras Agosto de 2006	Julio de 2006
Planificación del SGC	11	Actualizar Código y contenido de la ficha técnica de los indicadores de gestión	Recoger las copias distribuidas de los indicadores de gestión	Coordinador de calidad	-	Agosto 20 de 2006	Pendiente
			Revisar el contenido de las fichas técnicas de indicadores de gestión	Coordinador de calidad	-	17 de Junio de 2006	170606
			Pasar la solicitud de mejora de los documentos, indicando el cambio de código y las posibles mejoras a la ficha técnica.	Claudia Marcela Carvajal	-	17 de Junio de 2006	170606
			Ejecutar el proceso de control de documentos y verificar los códigos de todos los documentos.	Coordinadora de calidad	-	20 de Junio de 2006	200606
			Reasignar código a la ficha técnica de indicadores de gestión.	Coordinadora de calidad	-	20 de Junio de 2006	200606
Procesos misionales programa educativo GE-001-06	12	Actualizar Código del proyecto consistente con las políticas	Revisar la codificación de todos los proyectos y sacar listado.	Marcela Carvajal – Nancy Liliana López	Se actualizaron las políticas de codificación el 1 de Agosto de 2006 ver acta 43	12 de Julio de 2006	200706
			Revisar las políticas de codificación y establecerlas más claramente.	Alba Yaneth Rincón	-	30 de Junio de 2006	010806

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>		Página 4 de 9
			Versión: 2
	<b>SEGUIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS</b>		Código: F-PM-08
			Fecha: 31-01-06


<i>PROCESO O PROYECTO</i>	<i>No.</i>	<i>ACCIÓN CORRECTIVA</i>	<i>ACTIVIDADES</i>	<i>RESPONSABLE</i>	<i>OBSERVACIONES</i>	<i>FECHA</i>	<i>FECHA CIERRE</i>
Procesos misionales programa educativo GE-001-06	13	Encontrar Formato de entrega del material	Revisar si existe este formato diligenciado.	Nieves Zoraida Flórez	No se encontró el formato	4 de Julio 2006	040706
			Socializar al personal las recomendaciones para el diligenciamiento de los formatos y que deben ser entregados a la coordinadora del programa educativo.	Coordinación de calidad Coordinadoras de los procesos misionales.	Se publicó en cartelera de calidad	4 de Julio de 2006	040706
Procesos misionales programa educativo GE-001-06	14	Corregir el alcance de la guía plan de gestión del proyecto, no aplica para programas educativos inferiores a 60 horas.	Revisar el plan de gestión del proyecto, y actualizar en el alcance que este no aplica para programas educativos menores de 60 horas.	Claudia Marcela Carvajal	Se reajustó según reunión el 10 de agosto de 2006	26 de Junio de 2006	260606
			Generar la solicitud del cambio del plan de gestión.	Nieves Zoraida Flórez García.	Se reajustó según reunión el 10 de agosto de 2006	23 de junio de 2006	230606
			Socializar la guía aprobada resaltando los momentos de utilización de la misma.	Coordinación de Calidad.	Se reajustó según reunión el 10 de agosto de 2006	Agosto de 2006	Pendiente
Planificación del SGC	15	Actualizar el Listado de documentos externos	Realizar un listado de los documentos externos utilizados en cada proceso.	Coordinadoras de los procesos	-	Agosto 1 de 2006	Agosto 1 de 2006
			Recopilar el listado de estos documentos y transcribir la información pertinente en el listado de documentos externos L-PM-02	Claudia Marcela Carvajal G	-	Agosto 8 de 2006	Pendiente
Planificación del SGC	16	Reportar el Cálculo de indicadores de gestión generales del SGC	Revisar la definición de los indicadores generales del SGC y replantear los que sean necesarios	Coordinación de calidad	-	Julio 21 de 2006	210706

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>		Página 5 de 9
			Versión: 2
	<b>SEGUIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS</b>		Código: F-PM-08
			Fecha: 31-01-06


<i>PROCESO Ó PROYECTO</i>	<i>No.</i>	<i>ACCIÓN CORRECTIVA</i>	<i>ACTIVIDADES</i>	<i>RESPONSABLE</i>	<i>OBSERVACIONES</i>	<i>FECHA</i>	<i>FECHA CIERRE</i>
			Revisar los indicadores de gestión generales	Equipo líder	-	Agosto 1 de 2006	100806
			Generar las fichas técnicas de los indicadores de gestión generales del SGC.	Claudia Marcela Carvajal	Se revisaron las fichas el 10 e Agosto de 2006	Agosto 2 de 2006	020806
			Aprobar los nuevos indicadores de gestión.	Blanca Patricia Mantilla	-	Agosto de 2006	Pendiente
			Recordar a las coordinadoras acerca del cálculo de los indicadores de los procesos mensualmente	Coordinación de calidad	-	Agosto 10 de 2006	100806
Planificación del SGC	17	Elaborar Planeación de actividades del segundo semestre de 2006	Elaborar el cronograma de las actividades a desarrollar en el segundo semestre de 2006	Coordinación de calidad – Asesora del SGC	-	18 de Julio de 2006	170706
			Generar una planeación mas detallada de las actividades a desarrollar desde coordinación de calidad	Coordinación de calidad	-	21 de Julio de 2006	210706
			Retomar el desarrollo de las HORAS ISO	Coordinación de calidad	-	17 de Julio de 2006	170706
Planificación del SGC	18	Recoger documentos no aprobados ni controlados del SGC	Revisar los documentos del SGC que posee el personal y recoger las copias no aprobadas ni controladas del SGC	Coordinación de calidad	-	Agosto 1 de 2006	Pendiente
			Agilizar la aprobación de los documentos pendientes del SGC	Coordinación de calidad	-	Agosto de 2006	100806
			Informar al personal, a través de la cartelera de calidad, que no se pueden imprimir documentos del SGC sin haber solicitado aprobación a la coordinación de calidad, excepto los formatos aprobados y de libre circulación	Coordinación de calidad	Se informó a las coordinadoras, y ellas son responsables de duplicar la información	Agosto 1 de 2006	100806

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>		Página 6 de 9
			Versión: 2
	<b>SEGUIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS</b>		Código: F-PM-08
			Fecha: 31-01-06


<i>PROCESO Ó PROYECTO</i>	<i>No.</i>	<i>ACCIÓN CORRECTIVA</i>	<i>ACTIVIDADES</i>	<i>RESPONSABLE</i>	<i>OBSERVACIONES</i>	<i>FECHA</i>	<i>FECHA CIERRE</i>
Procesos misionales Gestión de proyectos GE-001-06	19	Actualizar y alinear Cargos de la estructura organizacional y del proyecto	Corregir los formatos de responsabilidades del personal agregando profesionales de apoyo.	Laura Isabel Rodríguez Alba Milena Orduz Tarazona		05-07-06	05-07-06
			Socializar al personal que el cargo debe corresponder con la estructura organizacional.	Coordinación de calidad.	Se va a revisar la estructura organizacional previamente	Hora ISO	Pendiente
Procesos misionales Gestión de proyectos GE-001-06	20	Diligenciar formatos completos (formato se manejo de producto suministrado por el cliente)	Socializar al personal la importancia de diligenciar los formatos completos, agregar que si no se puede conseguir la firma del cliente se debe tener el soporte del producto enviado por el cliente.	Laura Isabel Rodríguez Alba Milena Orduz Tarazona	-	05-07-06	04-07-06
			Agregar en las observaciones del formato que es enviado por mail y que el cliente no lo firmó.	Laura Isabel Rodríguez Alba Milena Orduz Tarazona	-	05-07-06	05-07-06
Procesos misionales Gestión de proyectos GE-001-06	21	Diligenciar formatos completos (listas de asistencia a evento)	Socializar al personal del proyecto la importancia de diligenciar los formatos completos.	Laura Isabel Rodríguez Alba Milena Orduz Tarazona	Se socializó el día anterior a la auditoría, a través de cartelera de calidad	05-07-06	04-07-06
			Revisar que todos los formatos del proyecto estén debidamente diligenciados, que no debe haber espacios en blanco, colocar no aplica en el caso de que no lo haga.	Laura Isabel Rodríguez Alba Milena Orduz Tarazona	-	05-07-06	05-07-06

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>		Página 7 de 9
			Versión: 2
	<b>SEGUIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS</b>		Código: F-PM-08
			Fecha: 31-01-06

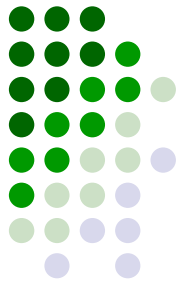
<i>PROCESO O PROYECTO</i>	<i>No.</i>	<i>ACCIÓN CORRECTIVA</i>	<i>ACTIVIDADES</i>	<i>RESPONSABLE</i>	<i>OBSERVACIONES</i>	<i>FECHA</i>	<i>FECHA CIERRE</i>
Procesos misionales Gestión de proyectos GE-001-06	22	Diligenciar Listado maestro de documentos del proyecto	Diligenciar el formato de listado maestro de documentos del proyecto.	Laura Isabel Rodríguez Alba Milena Orduz Tarazona.	Se revisó la adecuación del formato el 10 de agosto de 2006	05-07-06	05-07-06
			Socializar al personal que existe un documento para tal fin.	Laura Isabel Rodríguez Alba Milena Orduz Tarazona	-	Próxima hora ISO	Pendiente
			Revisar que el formato sea diligenciado en todos los proyectos que se encuentren bajo el SGC.	Coordinación de calidad	-	Agosto 15 de 2006	Pendiente
Gestión de servicio al cliente	23	Mejorar Formato de reclamos y o sugerencias (no se tiene claro cuándo se diligencia acción correctiva asociada)	Socializar mejor cuándo se coloca acción correctiva o preventiva en el formato de reclamos y o sugerencias e informar el procedimiento asociado a las acciones correctivas o preventivas.	Profesional de mercadeo	-	Hora ISO	Pendiente
			Llevar a cabo la capacitación en auditorías internas, acciones correctivas y preventivas.	Asesora SGC	-	Octubre de 2006	Pendiente
Gestión de servicio al cliente	24	Generar Informes de satisfacción de clientes internos y externos Informe de reclamos y/o sugerencias	Elaborar los informes de satisfacción de clientes internos y externos y reclamos y sugerencias, así no sea en los formatos establecidos por no estar aprobados	Profesional de mercadeo	Se elaboraron los informes y se presentaron el 10 07 06	Antes del 10 de Julio de 2006	100706
			Presentar los resultados de los informes en la evaluación semestral de PROINAPSA-UIS	Profesional de mercadeo	-	10 de Julio de 2006	100706
			Presentar los informes elaborados en la revisión por la dirección.	Coordinación de calidad	-	19 de Julio de 2006	190706

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>		Página 8 de 9
			Versión: 2
	<b>SEGUIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS</b>		Código: F-PM-08
			Fecha: 31-01-06

<i>PROCESO Ó PROYECTO</i>	<i>No.</i>	<i>ACCIÓN CORRECTIVA</i>	<i>ACTIVIDADES</i>	<i>RESPONSABLE</i>	<i>OBSERVACIONES</i>	<i>FECHA</i>	<i>FECHA CIERRE</i>
Planificación del SGC	25	Aprobar documentos pendientes	Actualizar los documentos que hacen falta por aprobar y enviarlos a la dirección, sin importar que no sean todos los documentos	Coordinación de calidad	-	Julio de 2006	220706
			Dar trámite a todos los documentos pendientes para poder enviarlos a aprobación	Coordinación de calidad	Surgieron algunas mejoras el 10 de agosto de 2006	Agosto de 2006	100806
			Distribuir los documentos aprobados a los responsables de los procesos (posterior a la aprobación)	Coordinación de calidad	-	Agosto de 2006 (depende de fecha de aprobación)	Pendiente
			Generar el informe de satisfacción de clientes internos en el formato que se apruebe	Profesional de mercadeo	-	Agosto 30 de 2006 (depende de fecha de aprobación)	Pendiente
Gestión de servicio al cliente	26	Diligenciar Fechas de diligenciamiento de encuestas	Corregir las fechas de diligenciamiento de las encuestas, de acuerdo con las fechas que figuran en los correos.	Profesional de mercadeo	-	Julio 30 de 2006	100706
Procesos misionales	27	Generar política respecto a la versión y fecha en los documentos de los proyectos	Generar política misional de que todos los documentos deben tener versión y fecha como pie de página.	Claudia Marcela Carvajal	-	Agosto 15 de 2006	150806
			Revisar y aprobar políticas misionales.	Blanca Patricia Mantilla	-	Agosto 30 de 2006	Pendiente
			Comunicar al personal las políticas, una vez sean aprobadas.	Coordinadoras de procesos misionales	-	Pendiente por asignar	Pendiente
Proyecto GP-02/06	28	El título de proyecto ha cambiado 3 veces, y no se ha comunicado el cambio a usuarios.	Establecer definitivamente mediante registro (acta de reunión), cuál será el título del proyecto, y las razones del cambio.	Coordinadora del proyecto	-	Septiembre 10/06	Pendiente

	<b>PROCESO DE PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>		Página 9 de 9
			Versión: 2
	<b>SEGUIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS</b>		Código: F-PM-08
			Fecha: 31-01-06

<i>PROCESO Ó PROYECTO</i>	<i>No.</i>	<i>ACCIÓN CORRECTIVA</i>	<i>ACTIVIDADES</i>	<i>RESPONSABLE</i>	<i>OBSERVACIONES</i>	<i>FECHA</i>	<i>FECHA CIERRE</i>
			Previamente, durante la planeación de los proyectos se revisará y aprobará el título, conforme con la propuesta y los términos de referencia.	Coordinador del proyecto	-	Durante la planeación de los proyectos	Pendiente
			Comunicar a todo el equipo del proyecto y a los usuarios o beneficiarios el nombre aprobado de la propuesta.	Coordinador del proyecto	-	Posterior a la reunión del 10 de Septiembre	Pendiente



# ANEXO L

PLAN DE ACCIONES  
EDUCATIVAS  
2006



**PROCESO DE GESTIÓN HUMANA**

Página 1 de 4

Versión: 3

**PLAN DE ACCIÓN EDUCATIVA**

Código: F-PA-06

Fecha: 26-05-06

PROYECTO: No aplica

CÓDIGO: No aplica

PERÍODO: Enero 1 a Diciembre 31 de 2006

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: Mayo 22 y 30 de 2006

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DIRIGIDO A	FECHA	LUGAR	DURACIÓN	RECURSOS NECESARIOS	RESPONSABLE	FACILITADOR
Planeación y administración del tiempo	Brindar herramientas para administrar mejor el tiempo	Personal De procesos misionales y de apoyo	27-02-06	PROINAPSA-UIS	2 horas, de 8:00 a.m. a 10 a.m.	Video beam, hojas de trabajo, documentación SGC misional aprobada	Alba Yaneth Rincón Siomara Hernández	Siomara Hernández
Comunicación afectiva, efectiva y asertiva	Saber comunicarnos asertivamente frente al otro	Personal De procesos misionales y de apoyo	21-03-06	Hotel el Pilar	8 horas. De 8 a.m. a 1 p.m. y de 2 p.m. a 6 p.m.	Vídeo Beam, TV, VH	Equipo líder del SGC	Leonardo Mantilla
Curso básico o actualización de informática: Microsoft Office (Word e Internet)	Conocer y desarrollar habilidades en el manejo de programas de Word y dinamizar el acceso a Internet	Personal De procesos misionales y de apoyo	02 y 03 -06 - 06	PROINAPSA-UIS	6 horas. Viernes 2 de junio de 9 a.m. a 11 a.m. y de 11 a.m. a 1 p.m. Sábado 10 de Junio de 8 am a 12 m	Equipos de cómputo del centro de informática	Equipo de procesos de apoyo	Ing. Oscar Jaimes
Manejo de Extintores	Conocer y recordar el uso adecuado de extintores	Personal De procesos misionales y de apoyo	05-06-06	Facultad de Salud-UIS	1 hora. En la hora ISO	Tiempo del personal Espacio en cancha de la facultad	COPASO	Facilitador del Centsert
Curso básico o actualización de informática: Microsoft Office (Power point)	Conocer y desarrollar habilidades en el manejo de programas de Power point	Personal De procesos misionales y de apoyo	09 y 10 -06- 06	PROINAPSA-UIS	6 horas. Viernes 9 de junio de 9 a.m. a 11 a.m. y de 11 a.m. a 1 p.m. Sábado 3 de Junio de 8	Equipos de cómputo del centro de informática	Equipo de procesos de apoyo	Ing. Oscar Jaime



**PROCESO DE GESTIÓN HUMANA**

Página 2 de 4


Versión: 3

**PLAN DE ACCIÓN EDUCATIVA**


Código: F-PA-06

Fecha: 26-05-06

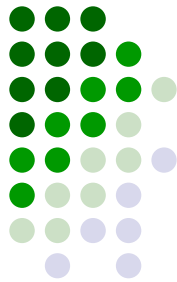
ACTIVIDAD	OBJETIVO	DIRIGIDO A	FECHA	LUGAR	DURACIÓN	RECURSOS NECESARIOS	RESPONSABLE	FACILITADOR
					am a 12 m			
Conceptos básicos de salud ocupacional	Comprender qué es S.O. y los deberes y derechos del empleado y el empleador en el contexto de PROINAPSA-UIS	Personal De procesos misionales y de apoyo	12-06-06	PROINAPSA-UIS	1 hora. En la hora ISO	Tiempo del personal Sala de reuniones y equipos audiovisuales	COPASO	Laura Rodríguez
Curso básico o actualización de informática: Microsoft Office (Excel)	Conocer y desarrollar habilidades en el manejo de programas de Excel	Personal De procesos misionales y de apoyo	7,8 y 14 -07-06	PROINAPSA-UIS	8 horas. Viernes 7 de julio de 9 a.m. a 11 a.m. y de 11 a.m. a 1 p.m. Sábado 8 de Julio de 8 am a 12 m	Equipos de cómputo del centro de informática	Equipo de procesos de apoyo	
Plan de Emergencias (primera parte, teoría)	Conocer cómo responder ante situaciones de emergencia y desastre	Personal De procesos misionales y de apoyo	10-07-06	PROINAPSA-UIS	1 hora. En la hora ISO	Tiempo del personal Sala de reuniones y equipos audiovisuales	COPASO	Laura Rodríguez
Riesgo psicosocial	Identificar cómo debemos responder ante situaciones de estrés	Personal De procesos misionales y de apoyo	17-07-06	PROINAPSA-UIS	1 hora. En la hora ISO	Tiempo del personal Sala de reuniones y equipos audiovisuales	COPASO	Psicólogo

	<b>PROCESO DE GESTIÓN HUMANA</b>	Página 3 de 4
		Versión: 3
	<b>PLAN DE ACCIÓN EDUCATIVA</b>	Código: F-PA-06
		Fecha: 26-05-06

ACTIVIDAD	OBJETIVO	DIRIGIDO A	FECHA	LUGAR	DURACIÓN	RECURSOS NECESARIOS	RESPONSABLE	FACILITADOR
Riesgo ergonómico	Conocer e identificar los factores de riesgo que desde el punto de vista ergonómico, pueden generar enfermedades osteomusculares	Personal De procesos misionales y de apoyo	24-07-06	PROINAPSA-UIS	1 hora. En la hora ISO	Tiempo del personal Sala de reuniones y equipos audiovisuales	COPASO	Fisioterapeuta
Plan de emergencias (segunda parte práctica)	Simulacro para responder ante situaciones de emergencia	Personal De procesos misionales y de apoyo	31-07-06	PROINAPSA-UIS	3 horas. De 7 a.m. a 10 a.m. (incluye la hora ISO)	Instalaciones de PROINAPSA-UIS	COPASO	Armando Argüello (Brigadista)
Taller de habilidades comunicativas (Escritura de textos académicos)	Actualizar y recordar normas técnicas para la escritura de textos académicos	Personal De procesos misionales y de apoyo	Julio	Fuera de PROINAPSA-UIS	20 horas	Equipos audiovisuales, salón, refrigerios	Equipo líder del SGC	Docente de maestría
Promoción de la Salud	Reconocer los derechos sexuales y reproductivos de las personas	Personal De procesos misionales y de apoyo	14-08-06	PROINAPSA-UIS	1 hora. En la hora ISO	Tiempo del personal Sala de reuniones y equipos audiovisuales	Equipo líder del SGC	Blanca Patricia mantilla Uribe
Derechos sexuales y reproductivos	Conocer y desarrollar habilidades básicas para la elaboración de proyectos con la metodología de	Personal De procesos misionales	28-08-06	PROINAPSA-UIS	1 hora. En la hora ISO	Tiempo del personal Sala de reuniones y equipos audiovisuales	Equipo líder del SGC	María Constanza Hakspiel Plata

	<b>PROCESO DE GESTIÓN HUMANA</b>		Página 4 de 4
			Versión: 3
	<b>PLAN DE ACCIÓN EDUCATIVA</b>		Código: F-PA-06
			Fecha: 26-05-06

<i>ACTIVIDAD</i>	<i>OBJETIVO</i>	<i>DIRIGIDO A</i>	<i>FECHA</i>	<i>LUGAR</i>	<i>DURACIÓN</i>	<i>RECURSOS NECESARIOS</i>	<i>RESPONSABLE</i>	<i>FACILITADOR</i>
	marco lógico							
Taller sobre planeación de proyectos (Metodologías para la elaboración y desarrollo de proyectos)	Conocer los derechos como usuarios del SGSSS	Personal De procesos misionales y de apoyo	Septiembre	Fuera de PROINAPSA-UIS	16 horas	Equipos audiovisuales, salón, refrigerios	Equipo líder del SGC	Jorge Victoria
Derechos y deberes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud	Normas para mantener organizados y limpios los puestos de trabajo	Quienes lo necesiten según panorama de riesgos	04-09-06	PROINAPSA-UIS	1 hora. En la hora ISO	Tiempo del personal Sala de reuniones y equipos audiovisuales	Equipo líder del SGC	Nieves Flórez o Enf. Abogada
Organización del lugar de trabajo	Identificar la aplicación del enfoque de investigación cualitativa en los proyectos que desarrolla PROINAPSA-UIS	Personal De procesos misionales	De acuerdo con la programación de Suratep	SURATEP	2 Horas	Disponibilidad de tiempo	COPASO	Facilitador de SURATEP
Investigación cualitativa			Del 16 al 16 de Octubre	Fuera de PROINAPSA-UIS	32 Horas	Equipos audiovisuales, salón, refrigerios	Equipo líder del SGC	Carlos Sandoval



# ANEXO M

FORMULARIO SOLICITUD  
DE CERTIFICACIÓN  
SGS



**CERTIFICACION DE SISTEMAS DE GESTION  
DE LA CALIDAD ISO9001: 2000  
CUESTIONARIO (QU1)**

Gracias por interesarse en los servicios de Certificación de SGS, le agradeceremos tomarse un tiempo y completar en detalle el siguiente cuestionario para que podamos elaborar una propuesta y cotización adecuada para el proceso de certificación.

**1. DATOS DE LA EMPRESA**

Razón Social : Fundación para el cuidado de la salud de la UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER PROINAPSA-UIS

NIT: 800.121.682-4

Dirección: Carrera 32 N. 29-31 piso 3 Facultad de salud Universidad Industrial de Santander Barrio La Aurora Bucaramanga-Colombia

Teléfono No: (7) 6450006, 6327611 Fax No: 6350472 Web Site: \_\_\_\_\_

(Contacto): Alba Yaneth Rincón Méndez

Cargo: Coordinadora de calidad

Nombre del Gerente General y/o Representante Legal: Blanca Patricia Mantilla Uribe

E-mail: proinaps@uis.edu.co – bpmantil@uis.edu.co

Total de empleados: Fijos 31, Contratados por el proyecto 18

**2. TIPO DE SOLICITUD**

Certificación Inicial  Extensión de alcance \_\_\_\_\_ Cambio Razón Social \_\_\_\_\_

Migración \_\_\_\_\_ Renovación: \_\_\_\_\_ Transferencia de certificador \_\_\_\_\_

**3. INFORMACION PARA LA AUDITORIA**

3.1. Si su compañía ya esta certificada con SGS y usted esta solicitando una extensión de alcance, por favor señale el Número de su Certificado actual.

Certificado Número:

3.2. En que fecha planea realizar:

Pre- Auditoria (opcional): Octubre 27 de 2006 Auditoria de Certificación: 15 de Diciembre de 2006

3.3. Alcance propuesto de su Sistema de Gestión de la Calidad:

Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad basado en la norma NTC ISO 9001:2000, para los procesos misionales de Gestión educativa (la gestión educativa se refiere a cursos de educación no formal, exceptuando los diplomados y especializaciones), Gestión de proyectos, Producción de material educacional.

3.4 Si Existe algún requisito de la norma excluido de su sistema de Gestión de Calidad, méncionelo (solamente de la sección 7 de ISO 9001:2000) :

Capítulo 7.6 Dispositivos de seguimiento y medición

**4. INFORMACION SOBRE EL SISTEMA DE CALIDAD**

4.1 ¿Trabajan por turnos? SI: \_\_\_\_\_ cuantos turnos: \_\_\_\_\_, NO:

4.2 N° de trabajadores en cada turno: 1°: \_\_\_\_\_, 2°: \_\_\_\_\_, 3°: \_\_\_\_\_, 4°: \_\_\_\_\_



**CERTIFICACION DE SISTEMAS DE GESTION  
DE LA CALIDAD ISO9001: 2000  
CUESTIONARIO (QU1)**

4.3 Indique los procesos que ha identificado en su sistema de gestión de calidad, en especial los procesos operativos que tienen influencia en el alcance a certificar. Si requiere más espacio, por favor anéxeles en una hoja adicional:

Proceso /actividad /departamento	No de personas	Ciudad
Proceso de gestión de proyectos	22	Bucaramanga
Proceso de gestión educativa	3	Bucaramanga
Proceso de producción de material educomunicativo	1	Bucaramanga
Proceso de gestión humana (Apoyo)	1	Bucaramanga
Proceso de gestión de compras (Apoyo)	2	Bucaramanga
Proceso de gestión de sistemas de información (Apoyo)	2	Bucaramanga
Proceso de planificación del SGC (Mejora)	1	Bucaramanga
Proceso de gestión de servicio al cliente (Mejora)	1	Bucaramanga

4.4 N° total de empleados que intervienen en el alcance a certificar: 31

4.5 Si tiene procesos Sub-contratados, méncionelos: Se subcontrata el mantenimiento de los equipos

4.6 Si la organización tiene sucursales o agencias por favor indique el número de empleados en cada uno de ellos (dentro del alcance de la certificación)

Ciudad	Procesos o actividades ejecutadas	N° de personas	Dirección

4.5 Si en los procesos operativos del alcance a certificar existen personas que realicen una misma operación u ocupan un mismo cargo, por favor regístrelo en el siguiente cuadro:

Actividad u cargo	Ciudad	Turno	N° de personas
Coordinador de proyecto	Bucaramanga	-----	6



**CERTIFICACION DE SISTEMAS DE GESTION  
DE LA CALIDAD ISO9001: 2000  
CUESTIONARIO (QU1)**

--	--	--	--

4.6 Aproximadamente cuántas páginas tienen los siguientes documentos de su sistema de la calidad:  
Manual de Calidad 40, Procedimientos 3, (son 17 procedimientos), Instrucciones Operativas 2  
Aproximadamente cuántos formatos están en uso actualmente? 70

4.7 Favor indicar si existen algunas regulaciones aplicables para el desarrollo de sus productos incluidos en el alcance a certificar (como normas técnicas, regulaciones legales u otras) indicar título y número de referencia  
Ley 80 de contratación pública

**5 INFORMACION GENERAL**

5.7 ¿Cómo se enteró de los servicios de SGS de Certificación de Sistemas de Calidad?:  
Empresas Consultoras  Internet  Clientes  Otros: \_\_\_\_\_

5.8 Si su empresa contó con los servicios de alguna empresa de consultoría de Sistemas de Calidad, por favor indicar cuál: INGCODI LTDA

5.9 Su empresa cuenta con algún tipo de patrocinio para la auditoria de certificación: Si No: X  
 PNAC  CDE  FENALCO  CNP  OTRA: \_\_\_\_\_

5.10 ¿Está interesado en solicitar la evaluación de otros sistemas de gestión, tales como?:  
ISO 14001: \_\_\_\_\_, OHSAS 18001: \_\_\_\_\_, SA8000 \_\_\_\_\_ HACCP \_\_\_\_\_  
GMP \_\_\_\_\_ ISO TS 16949 \_\_\_\_\_

<b>Espacio reservado para SGS</b>	
JUSTIFICACION FRENTE A LA GUIA 62 Y AL GPPS	
COMENTARIOS ADICIONALES EN REDUCCIONES	
ESQUEMA ACREDITADO S / N	
SE REQUIERE EXPERTO TECNICO CD.	

Firmado por:

Nombre Blanca Patricia Mantilla Uribe

Firma \_\_\_\_\_

Cargo Directora Ejecutiva

Fecha 11 de Agosto de 2006

Favor devolver este cuestionario por vía electrónica al e-mail:

Telefonos : 6432777 - 6437397 Celular . 315-8783129

O enviar por fax

Email: [carolina.martinez@sgs.com](mailto:carolina.martinez@sgs.com)

---

**De:** "Martinez, Carolina (Bucaramanga)" <Carolina.Martinez@sgs.com>  
**Para:** "Instituto Proinapsa" <proinaps@uis.edu.co>  
**Enviado:** viernes, 11 de agosto de 2006 16:43  
**Asunto:** RE: Solicitud Inicial certificación PROINAPSA-UIS

Buenos dias

He recibido a conformidad el formulario, lo esta verificando en el transcurso del día,, y me estare comunicando con la organizacion si encuentro algun punto no entendible

Gracias

**Ing. Carolina Martinez Olave**  
**Rep Comercial para los Santanderes**  
**Carrera 34 No 52-78 Cabecera**  
**Directo 6437397**  
**PBX: 6432777**  
**Celular : 315-8783129**

---

**De:** Instituto Proinapsa [mailto:proinaps@uis.edu.co]  
**Enviado el:** Viernes, 11 de Agosto de 2006 09:37 a.m.  
**Para:** Martinez, Carolina (Bucaramanga)  
**CC:** proinapsasgc@yahoo.es  
**Asunto:** Solicitud Inicial certificación PROINAPSA-UIS

Buen día Carolina

Adjunto envío el archivo diligenciado del formulario para la solicitud de certificación de PROINAPSA-UIS. (Se está solicitando una preauditoría finalizando octubre y la auditoría de certificación hacia mediados de Diciembre).

PROINAPSA-UIS, busca favorecer el desarrollo las condiciones de salud integral, mediante programas, proyectos y servicios orientados a la promoción de la salud, prevención de enfermedades, formación y atención en el nivel primario de cuidados a las poblaciones menos favorecidas, como una proyección de la academia hacia la comunidad. (proyectos de inversión social)

Tenemos dudas en cuanto al diligenciamiento del formato, especialmente cuando se refiere al número de páginas de los documentos, y las personas que desempeñan un mismo cargo, pues en PROINAPSA-UIS, existen coordinadores de proyectos (actualmente 6) y profesionales de apoyo a los proyectos(equipo de trabajo), pues no necesariamente tienen las mismas responsabilidades dentro de sus proyectos; por otra parte algunas de las personas que pertenecen al proceso de gestión de proyectos, también participan en los programas educativos y viceversa.

Agradezco su atención y espero respuesta inicial del SGS, respondiendo al correo, con copia a: [proinapsasgc@yahoo.es](mailto:proinapsasgc@yahoo.es).

Blanca Patricia Mantilla Uribe  
Directora Ejecutiva

 Upgrade Your Email - Click here!