

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD
ESTRATÉGICA DE NEGOCIO DE CRÉDITO Y FOMENTO DE CAJASAN,
BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2008**

LISSETTE TATIANA BUENAHORA GÓMEZ

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

2011

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD ESTRATÉGICA DE
NEGOCIO DE CRÉDITO Y FOMENTO DE CAJASAN, BAJO LOS
LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2008**

LISSETTE TATIANA BUENAHORA GÓMEZ

Trabajo de grado para optar al título de Ingeniera Industrial

**Director
SIOMARA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ
Ingeniera Industrial**

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

2011

DEDICATORIA

*A Dios por darme la oportunidad de
cumplir este sueño de ser Ingeniera Industrial
A mi madre que me impulso para que cumpliera mis metas
A mi papa por enseñarme que siempre se puede intentar algo
A mi hermano que siempre ha sido alegría para mi vida
A mis nonos Hernando y Lola quienes
me han apoyado incondicionalmente durante toda mi vida
A mi nonita Mercedes quien me enseña que siempre hay que luchar
A mi tío Jaime quien me enseñó
que todo lo que se quiera, se puede lograr
A mis demás tíos, primos y familia gracias por su colaboración
A mi novio quien me enseñó a ser una mejor estudiante y
me mostro que se pueden superar las dificultades
Y a todas aquellas personas que me han acompañado
y de quienes he aprendido.*

Lisette Tatiana

AGRADECIMIENTOS

Como autora del proyecto expreso mis agradecimientos a:

Caja Santandereana de Subsidio Familiar Cajasan, por darme la oportunidad de llevar a cabo el proyecto de grado, el cual permitió que obtuviera el título de Ingeniera Industrial.

Ing. Siomara Hernández, Ingeniera Industrial y Directora del proyecto, quien ha dispuesto de su conocimiento y experiencia para la realización del proyecto.

Ing. Norma Yolanda Hernández Vanegas, Gerente de la UDIR Planeación y Control de la Gestión en Cajasan, tutora del trabajo de grado quien ha sido una verdadera guía en el desarrollo y ejecución de las actividades del proyecto.

Fabiola Angélica Pacheco, Profesional UDIR Planeación y Control de la Gestión, por su colaboración y apoyo durante todo el proceso.

Walter Fabián Posada Calderón, Gerente UEN Crédito y Fomento, quien me brindo su apoyo para lograr que las actividades se llevaran a cabo en la UEN y que el personal tuviera mayor compromiso.

A todo el personal de la UEN Crédito y Fomento con quienes trabaje y me dedicaron su tiempo, conocimiento y paciencia para que el proyecto se cumpliera.

A todos muchas gracias por hacer parte de esta meta que empezó unos años atrás y hoy se ve cumplida.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	18
1. ESPECIFICACIONES DEL PROYECTO	19
1.1 TÍTULO DEL PROYECTO	19
1.2 OBJETIVOS.....	19
1.2.1 Objetivo general	19
1.2.2 Objetivos específicos	19
1.3 ALCANCE	20
2. MARCO CONCEPTUAL	22
2.1 CONCEPTO DE CALIDAD.....	22
2.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD	23
2.3 ISO (International Organization for Standardization).....	25
2.4 CICLO P-H-V-A	25
2.5 FAMILIA DE NORMAS ISO	26
2.5.1 NTC ISO 9000:2005	26
2.5.2 NTC ISO 9004:2010	26
2.5.3 NTC ISO 19011:20202	27
2.5.4 NTC ISO 9001:2008	27
2.6 PRINCIPIOS DE LA NTC ISO 9001:2008.....	29
3. GENERALIDADES DE LA EMPRESA	31
3.1 INFORMACIÓN GENERAL	31
3.2 RESEÑA HISTÓRICA.....	32
3.3 OBJETOSOCIAL.....	33
3.4 MISIÓN.....	35
3.5 VISIÓN.....	36
3.6 VALORES CORPORATIVOS.....	36
3.7 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	37
3.8 SERVICIOS OFRECIDOS.....	38

3.8.1 Educación financiera para las familias	38
3.8.2 Crédito a personas naturales con cargo a cuota monetaria	39
3.8.3 Crédito a personas naturales con cargo al Fondo de Crédito	39
3.8.4 Crédito a personas jurídicas con cargo al Fondo Fonede	39
3.8.5 Fomento Empresarial.....	39
4. METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO	41
5. DIAGNÓSTICO FRENTE A LA NORMA ISO 9001:2008	44
5.1 OBJETIVO DEL INFORME DIAGNÓSTICO	44
5.2 RESPONSABLE DEL DIAGNÓSTICO	44
5.3 DESARROLLO	44
5.4 ANÁLISIS DE RESULTADOS	46
6. PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	51
6.1 PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES.....	51
6.2 ALCANCE DEL SGC.....	51
6.3 POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD	52
6.3.1 Diseño de la política de calidad	53
6.3.2 Metodología	53
6.3.3 Desarrollo de la metodología	53
6.4 OBJETIVOS DE CALIDAD	55
6.5 IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS	58
6.5.1 Procesos estratégicos	58
6.5.2 Procesos misionales.....	58
6.5.3 Procesos de apoyo	59
6.6 INDICADORES DE GESTIÓN	61
6.7 CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS	64
6.8 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD	66
6.8.1 Compromiso de la dirección.....	66
6.8.2 Responsabilidad.....	67

6.9 CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE CALIDAD	68
6.10 RECURSOS	69
Fuente: Autora	70
7. SENSIBILIZACIÓN	71
7.1 METODOLOGÍA.....	72
7.2 PROGRAMACIÓN DE LAS CAPACITACIONES	74
7.3 RESPONSABLES.....	78
7.4 EVIDENCIAS, RESULTADOS Y MEDICIÓN.....	78
8. DOCUMENTACIÓN	80
8.1 OBJETIVO	80
8.2 DEFINICIÓN DE LOS DOCUMENTOS EN LA ORGANIZACIÓN	80
8.3 DISEÑO DE LA DOCUMENTACIÓN	82
8.4 ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	83
8.5 DOCUMENTOS EN LOS PROCESOS	84
8.5.1 Documentos obligatorios según la ISO 9001:2008	85
8.5.2 Proceso gestión comercial	87
8.5.3 Proceso de crédito	87
8.5.4 Proceso de cartera	90
8.5.5 Proceso de Fomento Empresarial.....	91
Fuente: Autora	92
8.5.6 Proceso gestión de redes y alianzas	92
8.5.7 Registros no codificados.....	93
Fuente: Autora	93
8.6 DOCUMENTOS EXTERNOS	93
8.7 DIVULGACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN.....	94
9. IMPLEMENTACIÓN	95
9.1 OBJETIVO	95
9.2 METODOLOGÍA.....	95

9.3 IMPLEMENTACIÓN DE DOCUMENTOS	96
9.4 IMPLEMENTACIÓN Y ANÁLISIS DE INDICADORES	98
9.5 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS Y DEL SGC.....	100
9.5.1 Indicador de Satisfacción del Cliente	102
9.5.2 Informe de resultados del indicador de satisfacción.....	103
9.6 MANEJO DE PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS (PQR'S)	104
9.7 CONFORMIDAD DEL SISTEMA	105
9.8 ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS	106
9.8.1 Metodología	107
9.8.2 Resultados	107
9.9 ACTUALIZACIÓN DE LA TABLA DE RETENCIÓN.....	107
10. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	111
10.1 AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	111
10.1.1 Programación	111
10.1.2 Preparación	113
10.1.3 Ejecución de las auditorías internas	114
10.1.4 Análisis del informe de auditoría.....	116
10.1.5 Planes de mejora a las no conformidades detectadas	116
10.1.6 Seguimiento a las no conformidades y observaciones	122
10.1.7 Revisión gerencial.....	122
10.2 NIVEL DE CUMPLIMIENTO FINAL DEL SGC EN LA UEN CRÉDITO Y FOMENTO	123
10.3 DIAGNÓSTICO FINAL.....	124
11. APORTES ADICIONALES.....	129
12. CONCLUSIONES	130
RECOMENDACIONES.....	131
BIBLIOGRAFÍA	132
ANEXOS	135

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Descripción, criterio y valor de los niveles de cumplimiento.....	45
Tabla 2. Resultados por cada criterio de evaluación	46
Tabla 3. Nivel de cumplimiento de la UEN crédito y fomento frente a los requisitos de la Norma .	47
Tabla 4.Elementos de satisfacción del cliente y factores claves de éxito	54
Tabla 5. Indicadores de los objetivos de calidad	62
Tabla 6.Asignación de recursos para el sistema	70
Tabla 7. Capacitaciones del sistema de gestión de la calidad en la UEN Crédito y Fomento.....	75
Tabla 8. Porcentaje de asistentes a las capacitaciones.....	79
Tabla 9. Documentos internos del proceso gestión comercial.....	87
Tabla 10. Documentos internos del proceso de Crédito.....	88
Tabla 11. Registros del proceso de Crédito	90
Tabla 12. Documentos internos del proceso de cartera	91
Tabla 13. Registros del proceso de cartera	91
Tabla 14. Documentos internos del proceso de fomento empresarial	92
Tabla 15. Registros del proceso de fomento empresarial.....	92
Tabla 16. Documentos internos del proceso gestión de redes y alianzas.....	92
Tabla 17. Registros del proceso gestión de redes y alianzas.....	92
Tabla 18. Registros emitidos por el SIACC.....	93
Tabla 19. Seguimiento y medición de indicadores	101
Tabla 20. Elementos del indicador de satisfacción del cliente	102
Tabla 21. Resultados indicador de satisfacción	104
Tabla 22. Registro de acciones correctivas y preventivas	109
Tabla 23. Programación de auditorías internas UEN Crédito y Fomento.	112
Tabla 24. Hallazgos y planes de acción de la auditoría 1.	118
Tabla 25. Hallazgos y planes de acción de la auditoría 2.	120
Tabla 26. Acciones de mejora a partir de las observaciones de la auditoría 1.....	121
Tabla 27. Descripción, nomenclatura y valor de los niveles de cumplimiento.....	123
Tabla 28. Resultados por cada criterio de evaluación para el diagnóstico final.....	124

Tabla 29. Nivel de cumplimiento final de la UEN crédito y fomento frente a los requisitos de la
Norma..... 125

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Evolución de la calidad.....	24
Figura 2. Organigrama por departamentos.....	38
Figura 3. Etapas para la realización del proyecto.	41
Figura 4. Gráfico nivel de cumplimiento de la UEN Crédito	47
Figura 5. Definición de los objetivos de calidad.....	56
Figura 6. Mapa de procesos.....	60
Figura 7. Mapa de procesos actualizado	61
Figura 8. Planilla Caracterización de procesos.....	64
Figura 9. Estructura documental de Cajasan	80
Figura 10. Ingreso a Neogestión	97
Figura 11. Documentación en Neogestión	97
Figura 12. Publicidad para incentivar al Cliente a dar su opinión.....	105
Figura 13. Gráfico nivel final de cumplimiento de la UEN Crédito y Fomento	125

LISTA DE FOTOGRAFÍAS

Fotografía 1. Fotografía parte física exterior de Cajasan.	32
Fotografía 2. Personal de la UEN escogiendo concepto de la capacitación.	72
Fotografía 3. Personal realizando su respectivo dibujo.	73
Fotografía 4. Dibujos realizados por el personal	73
Fotografía 5. Capacitación en Sensibilización y Fundamentos del SGC	75
Fotografía 6. Capacitación de Gestión al Cliente.	76
Fotografía 7. Capacitación Gestión por procesos y documentación	76
Fotografía 8. Repaso de las capacitaciones	77
Fotografía 9. Capacitación en Indicadores de gestión	77
Fotografía 10. Capacitación en Servicio no conforme y Acciones correctivas y preventivas.....	78
Fotografía 11. Cartel con documentos del sistema de gestión de calidad.....	96

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Acta de Reunión del Comité de Calidad de fecha 01 de Diciembre de 2010.....	136
Anexo 2. Acta de calidad No. 001	139
Anexo 3. Lista de verificación diagnóstico inicial S.G.C.....	141
Anexo 4. Plan de trabajo de implementación del SGC.....	157
Anexo 5. Plan detallado de trabajo de la implementación del SGC en la UEN Crédito y Fomento	159
Anexo 6. Matriz de interrelación y ponderación para determinar la política de calidad	161
Anexo 7. Formato de registro para el indicador	163
Anexo 8. Caracterizaciones del Sistema de Gestión de calidad.....	165
Anexo 9. Registros de asistencia a las capacitaciones	171
Anexo 10. Guía y políticas para elaboración de documentos	179
Anexo 11. Procedimientos obligatorios	189
Anexo 12. Procedimiento de Revisión Gerencial.....	214
Anexo 13. Actas de seguimiento al Sistema de Gestión de Calidad	218
Anexo 14. Formatos de las encuestas de satisfacción al Cliente.....	226
Anexo 15. Informe de la primera auditoría	238
Anexo 16. Informe de la segunda auditoría	242
Anexo 17. Actas de socialización de los informes de las auditorías	246
Anexo 18. Formato de acciones correctivas y preventivas	251
Anexo19. Lista de verificación diagnóstico final del S.G.C	253
Anexo20. Registro de capacitación para acción correctiva No. 9.....	276
Anexo21. Registro de capacitación para acción correctiva No. 21	279
Anexo 22. Registro de capacitación para debilidad presentada en auditoría 1	281

RESUMEN

TÍTULO: DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD ESTRATÉGICA DE NEGOCIO DE CRÉDITO Y FOMENTO DE CAJASAN, BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2008*

AUTORA: LISSETTE TATIANA BUENAHORA GÓMEZ**

PALABRAS CLAVE: NTC ISO 9001:2008, SISTEMA, GESTIÓN, CALIDAD, MEJORAMIENTO, AUDITORÍA.

DESCRIPCIÓN

Este documento presenta un marco teórico y la descripción de cada una de las etapas realizadas para Implementar el Sistema de Gestión de Calidad (SGC) en la Unidad Estratégica de Negocio (UEN) de Crédito y Fomento de la Caja Santandereana de Subsidio Familiar (Cajasan). Esta UEN ofrece opciones de acceso a servicios financieros para el trabajador afiliado con tasas de interés ajustadas, pensando en mejorar su calidad de vida y apoyar el desarrollo de su empresa.

El proyecto se lleva a cabo con el fin de: contribuir a reducir las reclamaciones, realizar un proceso más rápido, mejorar las capacidades directivas, aumentar la motivación de los trabajadores y la productividad, mejorando de esta manera el servicio al cliente y lograr la certificación, bajo los lineamientos de la NTC ISO 9001:2008, lo cual brinda reconocimiento y aceptación internacional, obteniendo una mejor posición competitiva la UEN de CRÉDITO Y FOMENTO.

La primera etapa del proyecto fue el diagnóstico, la cual permitió conocer fortalezas y debilidades, la segunda etapa fue la de planificación donde se definió el cronograma, la tercera etapa fue la documentación, allí se identificaron los documentos necesarios para realizar las actividades, la cuarta etapa fue la implementación, en la cual se daban a conocer los documentos actualizados y finalmente la etapa de evaluación y seguimiento, en donde se monitoreaban los indicadores y se realizaron dos auditorías internas identificando la madurez del SGC, a partir de lo cual se levantaron acciones correctivas, preventivas y de mejora.

Durante todas las etapas estuvo presente la capacitación, para dar a conocer los conceptos fundamentales y necesarios.

* Trabajo de grado

** Facultad de Ingenierías Físico-Mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. SIOMARA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ.

ABSTRACT

TITLE: DESIGN, DOCUMENTATION, IMPLEMENTATION AND EVALUATION OF QUALITY MANAGEMENT SYSTEMS IN STRATEGIC BUSINESS UNITY OF CREDIT AND DEVELOPMENT OF CAJASAN UNDER THE GUIDELINES OF THE STANDARD NTC ISO 9001: 2008*

AUTHOR: LISSETTE TATIANA BUENAHORA GÓMEZ**

KEY WORDS: NTC ISO 9001: 2008, SYSTEM, MANAGEMENT, QUALITY, IMPROVEMENT, AUDIT.

This document presents a theoretical framework and a description of each of the steps taken to implement the Quality Management Systems (QMS) in the Strategic Business Unity (SBU) Credit and Development of Caja Santandereana Family Subsidy (Cajasan). The SBU offers access to financial services for workers affiliated with interest rates adjusted, in order to improve quality of life and support the development of the company.

The project was carried out in order to: play a role in reducing claims, quicken process times, improving managerial skills, increase employee motivation and productivity, improve customer service, and achieve certification under the ISO 9001: 2008 NTC guidelines. The ISO 9001:2008 certification provides recognition and international acceptance, while SBU Credit and Development attains a better competitive position.

The first phase of the project was the diagnosis, which allowed us to encounter strengths and weaknesses. The second stage was defining schedule plans. The third stage was documenting - which was essentially, identifying the documents needed to carry out all the activities. Implementation was the fourth stage, which would display updated documents. And finally the phase of evaluation and monitoring, where indicators are monitored and two internal audits were conducted to identify the maturity of the QMS, from which allow to establish corrective / preventive actions and improvement.

Throughout each phase, there was training in necessary and fundamental concepts.

*Degree work

**Faculty of Physics/Mechanical Engineering. School of Industrial and Business Studies. SIOMARA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ.

INTRODUCCIÓN

El entorno actual de las organizaciones esta en constante cambio, lo cual obliga a que las empresas desarrollen estrategias para ser mas competitivas y permanecer en el mercado.

Es por esto que la implementación del Sistema de Gestión de Calidad es crucial para direccionar la empresa hacia la cultura de la excelencia organizacional, mejora continua, competitividad y cumplimiento de los requisitos del Cliente, logrando su fidelidad. De esta manera la alta dirección de Cajasan, decide el día 26 de Julio de 2007, dar inicio a la implementación del Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma NTC ISO 9001:2000(norma vigente en ese momento) y así proyectar mayor organización a sus grupos de interés y desarrollar eficiencia, eficacia y efectividad en sus procesos. Teniendo que en cuenta que en el 2008 se publica la NTC ISO 9001: 2008, Cajasan empieza a realizar los respectivos cambios.

Con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, la empresa pudo comprobar los beneficios en cuanto al orden en documentos y procesos, satisfacción al cliente, autocontrol y mejora continúa, fue por esta razón que se decide avanzar en la implementación del SGC hacia las otras UEN.

En el presente documento se encuentran las actividades que se llevaron a cabo en el diseño, documentación, implementación y evaluación del Sistema de Gestión de Calidad en la UEN Crédito y Fomento de Cajasan bajo los lineamientos establecidos en la NTC ISO 9001:2008, tales actividades se enmarcaron en cinco etapas: Diagnóstico, planificación, capacitación, documentación, implementación y seguimiento y evaluación.

1. ESPECIFICACIONES DEL PROYECTO

1.1 TÍTULO DEL PROYECTO

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD ESTRATÉGICA DE NEGOCIO DE CRÉDITO Y FOMENTO DE CAJASAN, BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2008.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

Diseñar, documentar, implementar y evaluar el Sistema de Gestión de Calidad de la Caja de compensación familiar Cajasan, para la unidad estratégica de negocio (UEN) de Crédito y Fomento, bajo los lineamientos de la norma NTC ISO 9001:2008.

1.2.2 Objetivos específicos

- Conocer el estado actual de la UEN Crédito y Fomento en cuanto a la adopción del sistema de gestión de calidad mediante un diagnóstico tomando los requisitos de la NTC ISO 9001:2008, con la finalidad de identificar fortalezas y debilidades.
- Conocer los procesos misionales de la empresa con el objetivo de lograr una perspectiva general y entender el campo en el que se desenvuelve.

- Planear y proyectar la implementación del sistema de gestión de calidad con el fin de considerar las actividades y recursos para la implementación del mismo.
- Documentar los procesos en caracterizaciones y en tipos de documentos como lo son: procedimiento, instructivo, política, plan, guía, lista. De igual manera codificar y adecuar los formatos utilizados.
- Desarrollar capacitaciones al personal de la UEN con el objetivo de socializar la implementación del SGC, hacer ver la importancia de este y hacer control de cómo se va desarrollando la implementación del sistema.
- Comprobar que se cumplan los requisitos del cliente teniendo en cuenta que estos son un principio de la norma.
- Realizar dos auditorías internas, para determinar el cumplimiento de los requisitos de la norma y lograr el verdadero mejoramiento en los procesos.
- Estudiar los resultados que se derivan de las dos auditorías especialmente lo referente a las no conformidades y otras observaciones, con el objeto de determinar las verdaderas causas de estas y adoptar acciones que aseguren la solución.

1.3 ALCANCE

El alcance del proyecto incluye el diseño, documentación, implementación y evaluación del Sistema de Gestión de la Calidad para la unidad estratégica de negocio (UEN) Crédito y Fomento en la Caja Santandereana de Subsidio Familiar Cajasan, en el cual se incluye la realización de dos auditorías y los respectivos planes de mejoramiento.

Es de aclarar que en Cajasan ocurrieron dos cambios. El primero es que teniendo en cuenta el análisis realizado a partir del levantamiento de la documentación se llega a la conclusión que el proceso de fomento empresarial tiene similitud con el proceso gestión de recursos de cooperación de la unidad responsabilidad social y el segundo cambio es que con la creación de la unidad de alianzas, se estandariza la documentación para todas las unidades de la Caja (Ver Anexo 1). Teniendo en cuenta lo anterior aunque se levanto documentación de los procesos mencionados, al no pertenecer a la UEN Crédito y Fomento, en el momento de la auditoria no se incluyeron.

2. MARCO CONCEPTUAL

La comprensión y aplicación de los conceptos relacionados con la Gestión de la Calidad y lo establecido por las normas ISO en especial lo referente la norma ISO 9001:2008, fue lo que permitió llevar a cabo el desarrollo del proyecto.

2.1 CONCEPTO DE CALIDAD

Grado en el que un conjunto de **características** inherentes cumple con los **requisitos**¹.

Según la norma ISO 9000:2005, el término **característica** hace referencia a un aspecto que logra diferenciar al producto de los demás, así mismo **requisito** es una necesidad que se debe cumplir.

Para Lock D. y Smith D., 1991, calidad es:

*Dar al cliente lo que desea hoy;
A un precio que le agrade pagar;
A un costo que podamos soportar;
Una y otra vez;
y darle algo aún mejor mañana*².

¹ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. Norma Técnica Colombiana ISO 9000:2005. Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario, Bogotá D.C. 2005, 8p.

² LOCK, Dennis y SMITH, David J. Gerenciar la calidad total: estrategias y técnicas. 1 ed. Bogotá D.C.: LEGIS EDITORES, 1991. 4,5p.

En este mismo libro se plantea, que la calidad en palabras sencillas es:

La correspondencia de lo que se desea con lo que se consigue.

La expectativa versus la satisfacción de la necesidad.

Para conocer aun más acerca del concepto de calidad es necesario saber lo que significaba para los siguientes personajes³:

- **Feigenbaum:** la capacidad de cumplir con las necesidades y expectativas del cliente.
- **Taguchy:** la mínima pérdida que un producto o servicio ocasiona a la sociedad desde que es entregado.
- **Juran:** adecuación al uso.
- **Deming:** grado predecible de uniformidad y fiabilidad a bajo costo y adecuado a las necesidades del mercado.

Así, se puede observar que todos apuntan a realizar el trabajo con los mínimos recursos y satisfaciendo las necesidades del cliente.

2.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD

Al conocer el cambio que ha tenido el concepto de calidad, desde una concepción simple, hasta una estructuración que asegura el cumplimiento de especificaciones, se puede obtener una mejor interpretación de la misma en la actualidad, sabiendo que es un concepto dinámico y que la sociedad lo ha ido adaptando a sus necesidades y desarrollo.

³ O'REILLY CRESPO, Giraldo. Definiciones de calidad. Evolución histórica y actualidad. (online) Gestipolis [Bogotá: Colombia] Google, Marzo 2010 [citado Enero 2011] disponible en internet.

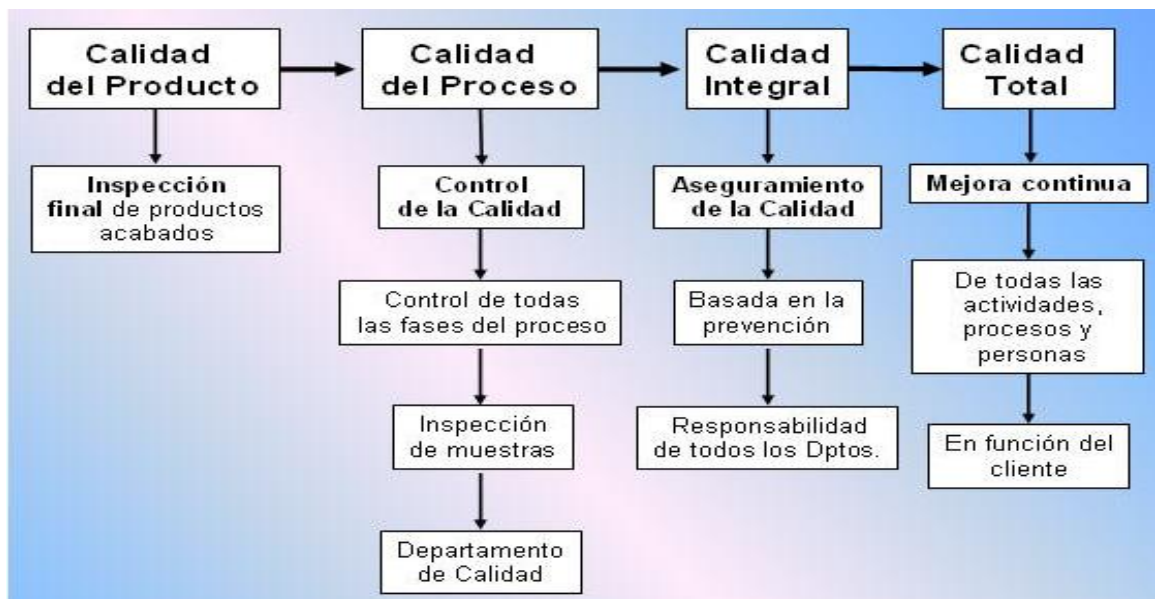
La Calidad empezó a llamar la atención en gran medida debido a que empresas señalaron que su éxito se debía a que la calidad es esencial en sus actividades con los proveedores, clientes, procesos, comercialización y servicios.

En la siguiente figura se muestra el cambio que ha tenido la calidad donde inicialmente se limitaba a la inspección final de los productos, seguidamente se paso a controlar las fases de los procesos, paso a prevenir cualquier incidente que provocara defectos hasta llegar a la etapa actual donde existe la mejora continua y se le da la importancia que merece el cliente.

El surgimiento de una nueva etapa no quiere decir la extinción de la anterior, sino su integración a la nueva etapa, aportando lo mejor.

Antes de la etapa de calidad del producto, se encuentra la calidad artesanal, en donde el artesano era quien realizaba el producto, guiado por su concepción social y cultural y la calidad era juzgada por el mismo y la comunidad donde vivía.

Figura 1. Evolución de la calidad



Fuente: Tomado de <http://www.tuveras.com/calidad/generalidades/generalidades.html>, Enero 2011

<http://www.tuveras.com/calidad/generalidades/generalidades.html>, Enero 2011

2.3 ISO⁴ (International Organization for Standardization)

Es una federación mundial de organismos de normalización establecida en 1947, cuyas siglas significan en español: Organización Internacional de Normalización (ISO); esta integrada por los institutos de estandarización de alrededor 130 países y su oficina principal se encuentra en Ginebra, Suiza.

Tiene como misión promover el desarrollo de la estandarización y las actividades con el fin de facilitar el intercambio de servicios y bienes, promoviendo la cooperación en la esfera de lo intelectual, científico, tecnológico y económico.

Las normas ISO 9000, son un conjunto de normas que según su definición constituyen un modelo para el aseguramiento de la Calidad de la actividad que se desarrolla.

2.4 CICLO P-H-V-A

La norma recomienda la metodología conocida como PLANIFICAR-HACER-VERIFICAR-ACTUAR (PHVA) para evaluar los procesos, esta metodología se describe brevemente así⁵:

- **Planificar:** establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización.
- **Hacer:** implementar los procesos.

⁴ Tomado de <http://www.gestiopolis.com/recursos/experto/catsexp/pagans/ger/49/iso.htm>, Enero 2011

⁵ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2008. Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos, Bogotá D.C. 2008.

- **Verificar:** realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos respecto a la política, los objetivos y los requisitos para el producto, e informar sobre los resultados.
- **Actuar:** tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.

Esta metodología es aplicada a cada uno de los procesos que se llevan a cabo en Cajasan, con el fin de lograr que el sistema más allá de mantenerse mejore continuamente.

2.5 FAMILIA DE NORMAS ISO

La familia de las normas ISO 9000 se puede adoptar por todo tipo de organización. Esta conformada por cuatro normas, diseñadas para ser aplicadas como un paquete con el fin de obtener los máximos beneficios.

2.5.1 NTC ISO 9000:2005

En esta norma se describen los fundamentos y terminología de los sistemas de gestión de calidad.

2.5.2 NTC ISO 9004:2010

Esta norma en comparación con la norma ISO 9001 posee un enfoque más extenso de la gestión de calidad, proporcionándole a la organización herramientas para lograr el éxito mediante la satisfacción de las necesidades y expectativas de

las partes interesadas mejorando el desempeño de la organización. Es de aclarar que esta norma no es certificable.

2.5.3 NTC ISO 19011:20202

Es la norma donde se encuentran las directrices para la auditoría de los sistemas de gestión de calidad y/o ambiental.

2.5.4 NTC ISO 9001:2008

La Norma ISO 9001 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 cliente⁶.

La Norma brinda a la empresa los elementos de administración de calidad con los que debe contar para tener satisfechos cada una de las partes que intervienen en la organización, es así que clientes y proveedores prefieren las empresas que tienen esta acreditación.

El trabajo realizado en la UEN, abono a gran parte del terreno hacia la obtención de la certificación, el resto del trabajo corresponde a la UEN, quien debe mantener y mejorar el sistema de gestión de calidad.

⁶INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2008. Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos, Bogotá D.C. 2008.

Para Gómez E., 1991, certificación es:

Dentro del contexto de la calidad, la certificación corresponde a una etapa final, en razón de la misma esencia del concepto de certificación de la ISO. “Conformidad de un producto o servicio a todos los requerimientos de las normas de especificaciones técnicas determinadas”. Para lograr esa conformidad, es necesario que exista la norma o especificación, y que todo el sistema sea funcional; es decir, que se cuenta con los laboratorios, la asesoría, la capacitación de las personas y la conciencia sobre la calidad⁷.

Lograr la certificación es brindar confiabilidad al cliente al ofrecer un servicio que cumple con las condiciones técnicas definidas y también facilita la comercialización del mismo.

La norma se basa en los siguientes aspectos:

- Cumplir los requisitos del sistema de gestión de calidad: se refiere a la documentación y estructuración del SGC. Para la certificación en ISO 9001 se debe presentar: el manual, la política y objetivos de calidad, así mismo los seis procedimientos y veintiún registros.
- Responsabilidad de la dirección: la parte directiva de la empresa debe participar en el diseño e implementación del sistema, diseñando la política, objetivos de calidad y haciendo revisiones para asegurarse del funcionamiento y uso de los recursos que se requieran para el buen manejo del SGC.
- Gestión de los recursos: la empresa debe asegurar los recursos para mantener y mejorar el SGC. Los recursos incluyen el personal que elabora el producto y

⁷GÓMEZ, Eduardo. el control de calidad total como una estrategia de comercialización. 1 ed. Bogotá D. C.: Legis Editores S.A. 1991. 312p.

sus competencias, el lugar y los equipos necesarios y las condiciones ambientales.

- Realización del producto y servicio: se deben identificar los procesos vitales que intervienen en la realización del producto o servicio con el fin de planearlos y ejecutarlos. Para esto se debe realizar la documentación de una manera adecuada y conveniente.
- Medidas, análisis y mejora: la empresa debe planificar e implementar la manera de hacer seguimiento y mejora al SGC, así mismo el manejo que se le dará a los resultados de las auditorías internas y la forma de conocer la percepción del cliente.

Cajasan, busca al implementar el SGC, organizar la información que circula por toda la empresa, minimizar los retrocesos, darle la importancia que se merece cada parte involucrada en la empresa, buscando siempre el mejoramiento continuo y la satisfacción del cliente.

2.6 PRINCIPIOS DE LA NTC ISO 9001:2008

La norma se basa en ocho principios, los cuales para Cajasan significan:

- **Enfoque al cliente:** las organizaciones dependen de sus clientes y es por esta razón que Cajasan gira en torno a estos, comprendiendo y satisfaciendo sus necesidades actuales y futuras.
- **Liderazgo:** principio necesario para conseguir que el esfuerzo de un grupo de personas se dirija hacia la consecución de un mismo objetivo y en este caso es cumplir con los objetivos de la organización y los que plantea la norma.

La Dirección General, los Gerentes y los líderes de los procesos están comprometidos con el SGC en Cajasan, buscando un ambiente que logre la participación de todo el personal en la consecución de los Objetivos de la Organización.

- **Participación del personal:** todo el personal de Cajasan está comprometido en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, posibilitando que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
- **Enfoque basado en procesos:** el Sistema de Gestión de Calidad permite que el trabajo este en función de los procesos y no de las áreas funcionales y sus divisiones físicas, esto con el fin de lograr un mejor resultado.
- **Enfoque de sistema para la gestión:** en Cajasan los procesos se gestionan de tal manera que se interrelacionen para el logro de los objetivos de la organización.
- **Mejora continua:** mejorar Continuamente el desempeño de Cajasan, es un objetivo permanente y el cual se mide a través de indicadores.
- **Enfoque basado en hechos para la toma de decisión:** las decisiones trascendentales y operativas se fundamentan tanto en el análisis de los datos como de la información y no en intuiciones.
- **Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:** Cajasan busca crear valor para si mismo y para sus proveedores, y esto se logra gracias a las relaciones mutuamente beneficiosas con estos.

3. GENERALIDADES DE LA EMPRESA

3.1 INFORMACIÓN GENERAL

La Caja Santandereana de Subsidio Familiar Cajasan, patrimonio de los Santandereanos es líder en la prestación de servicios y constructor de soluciones para mejorar la calidad de vida de la población trabajadora y sus familias, así como de otros sectores afectados por la pobreza, el desempleo, la violencia o por desastres naturales⁸.

Este liderazgo le permitió en el 2008 activos totales por \$ 73.010 millones, pasivos por \$ 36.504 millones, para una diferencia equivalente al patrimonio de \$ 36.505 millones. Los ingresos operaciones del periodo sumaron \$113.062 millones, obtenidos en su mayor porcentaje, de las ventas en mercadeo, aportes y EPS. Los Egresos por costos y gastos sumaron \$ 112.003 millones, con lo cual se logro un Resultado en el periodo de \$ 3.379 millones, superior al año anterior en un 26%⁹.

En cuanto a la estructura física Cajasan, tiene su sede principal en Bucaramanga en la carrera 27 No. 61-78. Cuenta con 11 supermercados, 11 droguerías, 11 jardines infantiles, 2 colegios, 1 instituto de educación técnico, 2 sedes recreacionales, 2 hoteles y 3 IPS.

⁸ Tomado de <http://www.cajasan.com/infocorp/>, Enero 2011

⁹ Tomado de http://www.cajasan.com/infocorp/inf_financiero/informe_gestion2008.pdf , Enero 2011

Fotografía 1. Fotografía parte física exterior de Cajasan.



Fuente: Tomado de <http://www.cajasan.com/where.aspx?city=1&type=0>, Enero 2011

3.2 RESEÑA HISTÓRICA

Cuando en 1957 surgieron las principales Cajas de Compensación del país, el 10 de septiembre de ese mismo año, en Santander nació la primera Caja del Departamento, como un acto de unión y de fe de gremios y empresas. Con su origen CAJASAN dio inicio a una gestión social basada en la filosofía de compensar la obligación económica de los trabajadores afiliados y sus familias, otorgando un subsidio mensual en dinero por cada una de las personas a cargo del trabajador afiliado, en procura del mejoramiento de su calidad de vida.

Desde entonces, como pionera en el departamento CAJASAN ha sido una importante opción para la empresa Santandereana, que ha encontrado en esta institución, alternativas reales para satisfacer las necesidades de empleadores y empleados a través de servicios como Subsidio, Salud, Educación, Fomento Empresarial, Recreación, Deportes, Hotelería y Turismo, Mercadeo, Crédito y Vivienda, además los Fondos de Destinación Específica contribuyendo de esta manera al desarrollo equilibrado de las organizaciones, los trabajadores y sus familias.

Hoy después de 52¹⁰ años de existencia de las Cajas de Compensación, entidades de derecho privado que cumplen funciones de seguridad social según definición de la Ley 21 de 1982, se puede hablar de una evolución exitosa, cuya tendencia universal es fortalecer el bienestar familiar.

Inicialmente en el país se crearon 66 Cajas. Más tarde algunas se han fusionado y hoy son 44, controladas por el gobierno nacional a través de la Superintendencia del Subsidio Familiar.

3.3 OBJETOSOCIAL

La Caja como persona jurídica de derecho privado sin ánimo de lucro, tiene como objeto social de conformidad con la LEY 21 de 1982 la realización de las siguientes funciones:

- Recaudar, distribuir y pagar los aportes destinados al subsidio familiar y los otros recursos que el estado le encomiende.
- Organizar y administrar las obras y programas que se establezcan para el pago del subsidio familiar en especie o en servicios.
- Ejecutar con otras Cajas o mediante vinculación con organismos y entidades públicas o privadas que desarrollen actividades de seguridad social, programas de servicios, dentro del orden de prioridades consagrado en la ley.

¹⁰ Actualmente 53 años

Adicionalmente y de conformidad con lo establecido por la LEY 789 de 2002, realizará las siguientes funciones en desarrollo de su objeto social:

- Realizar alianzas estratégicas con otras Cajas de Compensación o a través de entidades especializadas públicas o privadas para ejecutar las actividades relacionadas con sus servicios, la protección y la seguridad social, que puede realizar directamente.
- Invertir en los regímenes de salud, riesgos profesionales y pensiones, conforme las reglas y términos del Estatuto Orgánico del Sector Financiero y demás disposiciones que regulen las materias.
- Realizar aseguramiento y prestación de servicios de salud y, en general para desarrollar actividades relacionadas con este campo conforme las disposiciones legales vigentes.
- Participar, asociarse e invertir en el sistema financiero a través de bancos, cooperativas financieras, compañías de financiamiento comercial y organizaciones no gubernamentales cuya actividad principal sea la operación de microcrédito, conforme las normas del Estatuto Orgánico del Sector Financiero y demás normas especiales conforme la clase de entidad.
- Asociarse, invertir o constituir personas jurídicas para la realización de cualquier actividad, que desarrolle su objeto social, en las cuales también podrán vincularse los trabajadores afiliados.
- Administrar, a través de los programas que a la Caja corresponda, las actividades de subsidio en dinero; recreación social, deportes, turismo, centros recreativos y vacacionales; cultura, museos, bibliotecas y teatros; vivienda de interés social; créditos, jardines sociales o programas de atención integral para

niños y niñas de 0 a 6 años; programas de jornada escolar complementaria; educación y capacitación; atención de la tercera edad y programas de nutrición materno-infantil y, en general los programas que estén autorizados por Ley, para lo cual puede continuar operando con el sistema de subsidio a la oferta.

- Administrar jardines sociales de atención integral a niñas y niños de 0 a 6 años a que se refiere el numeral anterior, propiedad de entidades territoriales públicas o privadas, pudiendo atender niños cuyas familias no estén afiliadas a la Caja.
- Administrar directamente o a través de convenios o alianzas estratégicas el programa de microcrédito para la pequeña y mediana empresa y la microempresa, con cargo a los recursos que se prevén en la Ley.
- Realizar actividades de mercadeo, incluyendo la administración de farmacias.
- Invertir en fondos de capital de riesgo, así como cualquier otro instrumento financiero para el emprendimiento de microcrédito, con recursos y bajo la regulación del Gobierno Nacional.

3.4 MISIÓN

En **CAJASAN** construimos soluciones **sostenibles, integrales, accesibles y a la medida** para mejorar la Calidad de Vida de la familia como núcleo básico de la sociedad.

3.5 VISIÓN

CAJASAN será una organización que invierte y desarrolla organizaciones sociales generadoras de calidad de vida.

3.6 VALORES CORPORATIVOS

- **Satisfacción:** en CAJASAN trabajamos para lograr que nuestros clientes y otros grupos de interés perciban siempre una sensación de complacencia por haber encontrado cumplimiento pleno a sus expectativas en todas las relaciones.
- **Sostenibilidad:** asumimos la responsabilidad de mantenernos activos, rentables, compitiendo y produciendo en el mercado, generando nuevas oportunidades de empleo y relaciones gratificantes para la comunidad, nuestros trabajadores, los empresarios.
- **Responsabilidad Social:** formamos parte activa en la construcción de soluciones a las necesidades de las familias, buscando impactar en el desarrollo social y generando calidad de vida con mentalidad abierta al intercambio.
- **Generación de Valor:** todas las partes interesadas con las cuales establecemos relaciones nos reconocen como una organización que siempre procura contribuir significativamente con soluciones superiores a sus necesidades.

- **Desarrollo Humano:** propendemos por el crecimiento integral en las diferentes dimensiones de nuestros colaboradores procurando que su actividad tenga sentido.
- **Transparencia y Confiabilidad:** nuestras relaciones con los grupos de interés se basan en la credibilidad, coherencia, la seguridad y la certeza de que todas nuestras acciones responden consistentemente a nuestras promesas de servicio.

3.7 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Cajasan cuenta con 720 trabajadores y 28 cargos. El representante legal es el ingeniero CÉSAR AUGUSTO GUEVARA BELTRÁN y el NIT de la empresa es 890200106.

En cuanto a la UEN Crédito y Fomento, se encuentran los siguientes cargos: Gerente de la UEN, profesionales de proyectos, secretaria de departamento, secretaria staff, asistente de departamento, apoyo logístico, cobrador, auxiliar del departamento y coordinadores CIS; contando con once personas encargadas de la zona norte (Barranca, Sabana, San Vicente), ocho en la zona sur (San Gil, Barbosa, Socorro y Vélez) y doce personas en la zona centro (Bucaramanga y área metropolitana), para un total de 31 personas que se encuentran laborando en la UEN.

Figura 2. Organigrama por departamentos



Fuente: Tomado en <http://www.cajasan.com/infocorp/calidad.aspx>, Enero 2011

3.8 SERVICIOS OFRECIDOS

En la UEN se ofrece una gama de servicios financieros para el trabajador afiliado con tasas de interés ajustadas, pensando en mejorar la calidad de vida ya sea del hogar o de la empresa del cliente.

3.8.1 Educación financiera para las familias

Tiene como objetivo enseñar conceptos sobre el dinero, administración de las finanzas, toma de decisiones financieras a corto, mediano y largo plazo, mediante charlas, talleres y programas vivenciales.

3.8.2 Crédito a personas naturales con cargo a cuota monetaria

Crédito orientado para los trabajadores afiliados beneficiarios de la cuota monetaria, por ende se está sujeto a recibir como préstamo la cantidad de dinero entregada en el subsidio.

Las líneas de inversión del dinero pueden ser: turismo y recreación, salud, educación, mercadeo, feria escolar y libre inversión.

3.8.3 Crédito a personas naturales con cargo al Fondo de Crédito

Este tipo de crédito ofrece financiación para alternativas de turismo y recreación, salud, educación, mercadeo, libre inversión, inversión vehículos.

3.8.4 Crédito a personas jurídicas con cargo al Fondo Fonede

Crédito dirigido a empresas, con el objetivo de apoyar el desarrollo y/o fortalecimiento de las micro, pequeñas y medianas empresas afiliadas a Cajasan y así promover la creación de empleo adicional, mediante servicios de desarrollo empresarial y operaciones de crédito. Las alternativas de inversión son capital de trabajo, compra de activos fijos e inversión mixta.

3.8.5 Fomento Empresarial

Brinda orientación a través de un proceso de motivación y formación; generando valor al proyecto de vida, que permita identificar oportunidades de negocios viables, rentables y con potencial de crecimiento con el fin de que tenga

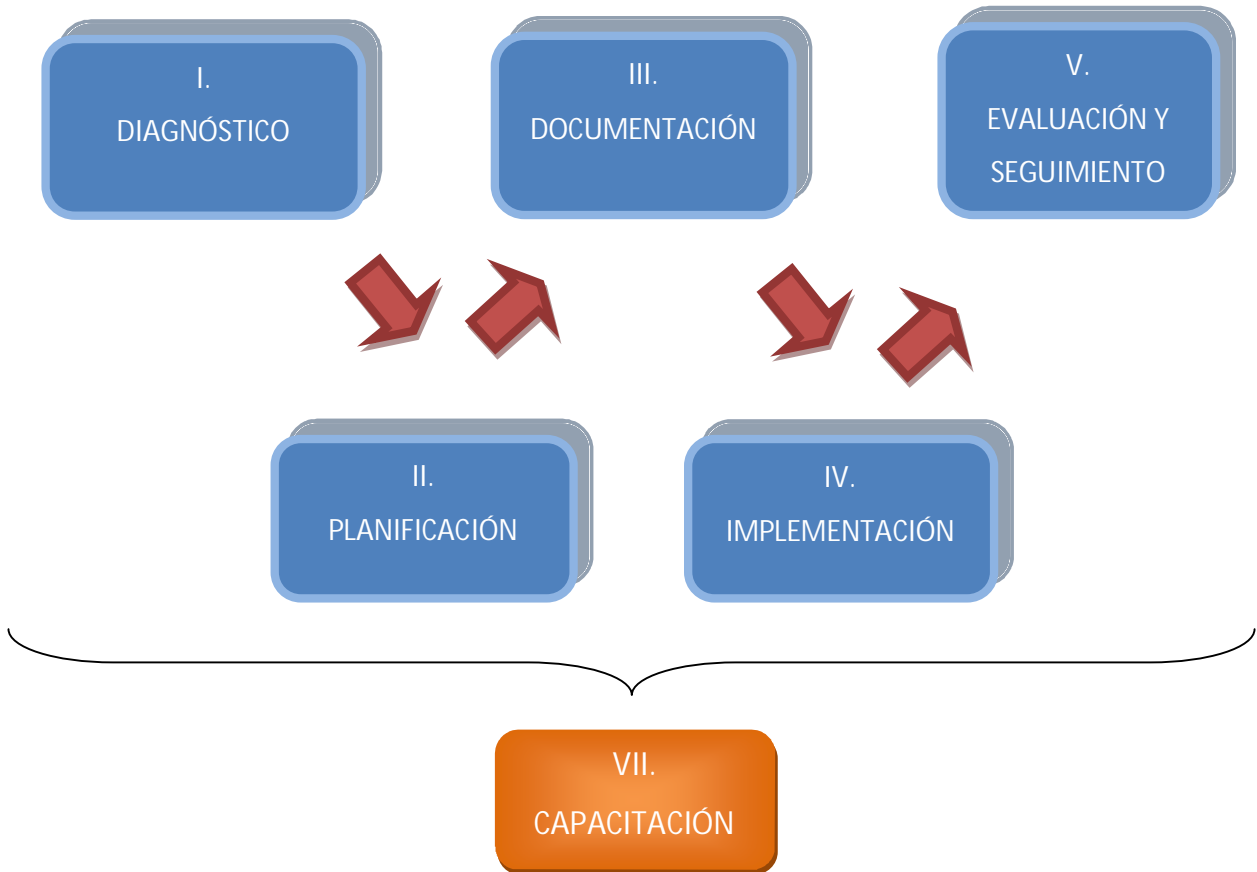
escenarios posibles y los recursos y las herramientas necesarias para proyectarse.

Tipos de talleres que se realizan:

- Fortalecimiento de habilidades emprendedoras.
- Creación y formulación del plan de negocios.
- Creación y puesta en marcha del proyecto productivo.
- Educación financiera para emprendedores.

4. METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

Figura 3. Etapas para la realización del proyecto.



Diagnóstico: en esta etapa se reconoce la situación de la UEN con el fin de hacer un paralelo con la norma y reconocer fortalezas y debilidades.

Planificación: lo que se pretende en esta etapa es definir los pasos y fechas que se seguirán en el camino de la implementación del SGC, mostrando a las personas involucradas cual es su papel e importancia en este proceso.

La planificación incluye:

- Establecimiento del sistema de gestión de calidad.
- Identificación de recursos, secuencias y actores en los procesos.
- Definición de los indicadores que midan la gestión calidad.
- Programación de reuniones de comité de SGC y asignación de responsabilidades al mismo.

Documentación: esta etapa consiste en adecuar los documentos existentes a la norma e implementar los que se requieran. Las actividades a realizar en esta etapa son: Identificar los documentos necesarios a utilizar con el fin que el sistema fluya, en cuanto a mapa de procesos, caracterizaciones, procedimientos, instructivos, entre otros.

Implementación: esta etapa consiste en:

- Dar información de las normas bajo las cuales se trabajara con el SGC.
- Distribución de los documentos actualizados con el fin que se empiece a hacer uso de estos.
- Recoger las versiones anteriores.
- Reuniones con el fin de resolver dudas en cuanto a la implementación.

Evaluación y seguimiento: los objetivos de etapa son:

- Apoyar y asegurar que se lleve a cabo la revisión por parte de la gerencia de la UEN.
- Monitorear los indicadores y a partir de su desempeño establecer las acciones correspondientes.
- Ejecución de las dos auditorías internas.

- Determinar acciones correctivas y preventivas según las no conformidades de la auditoría.

Capacitación: las capacitaciones se realizan con el fin de brindar conocimiento acerca del SGC y aclarar las dudas que se vayan presentando, de esta manera están dirigidas a:

- Lograr que el personal sea consciente de la importancia del SGC.
- Dar los conceptos fundamentales del SGC.
- Implementar los procesos y su documentación.
- Enseñar la forma de cómo tratar una No conformidad y por ende tomar las acciones correctivas y preventivas adecuadas.

Como estrategias se utilizo la realización de reuniones cortas, evaluaciones y elaboración de carteleras.

Conocer los procesos misionales de Cajasan, permitió tener conocimiento del campo en el cual se desenvuelve, saber hacia donde se dirige la empresa y lo que se espera de la UEN Crédito y Fomento.

5. DIAGNÓSTICO FRENTE A LA NORMA ISO 9001:2008

5.1 OBJETIVO DEL INFORME DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se realizó con el fin de conocer el estado de la UEN Crédito y Fomento frente a los requisitos de la NTC ISO 9001:2008 y así elaborar el cronograma de trabajo para implementar el sistema de gestión de calidad en la UEN.

5.2 RESPONSABLE DEL DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se realizó bajo la responsabilidad de la estudiante en práctica y autora del proyecto, quien recolectó la información y posteriormente socializó los resultados del diagnóstico.

5.3 ALCANCE DEL DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se aplicó a los procesos identificados que añaden valor, los cuales interactúan para cumplir el objetivo de la UEN Crédito y Fomento.

5.3 DESARROLLO

La aplicación del diagnóstico para evaluar el cumplimiento de la UEN frente a requisitos planteados en la NTC ISO 9001:2008, se llevó a cabo mediante una lista de verificación que permitió evaluar cada ítem encontrado desde el capítulo

cuarto hasta el octavo. Así se obtiene un porcentaje de cumplimiento en cuanto a documentos, registros, controles y demás requisitos que plantea la norma.

En reunión con el gerente de la UEN Crédito y Fomento, líder de calidad, asesora externa, asesora interna y autora del proyecto se identificaron los procesos de la UEN, sus proveedores, clientes, recursos y la responsabilidad que cada uno debía tener para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad como evidencia esta el Acta de Calidad No. 001 (Ver Anexo 2).

La recopilación de la información se llevo a cabo por observación directa y por entrevistas con el personal de la UEN. Así mismo se evaluaron los documentos utilizados.

En la tabla presentada a continuación se encuentra la descripción, criterio y valor de los niveles de cumplimiento de la NTC ISO 9001:2008.

Tabla 1. Descripción, criterio y valor de los niveles de cumplimiento.

DESCRIPCIÓN	CRITERIO	VALOR
Requisito no definido	N	1
Definido sin documentar	SD	2
Documentado	D	3
Implementado	I	4
En proceso de mejora continua	MC	5

Fuente: Autora.

La lista de verificación diagnóstico de requisitos de la norma se encuentra en el anexo del presente libro (Ver Anexo 3), en esta se especifica el estado actual que en el que se encuentra UEN.

5.4 ANÁLISIS DE RESULTADOS

De la lista de verificación se obtuvieron los siguientes resultados para la evaluación de los 105 aspectos de la norma:

Cada aspecto de la lista de verificación, tenía un puntaje asignado de 1 a 5, siendo 1 (N=No definido) el más bajo y 5 (MC=Mejorado continuamente) el más alto, teniendo en cuenta que de los 105 aspectos de la norma, 16 no aplicaron. De tal manera que el puntaje máximo esta dado por los 89 ítems que si aplican dando un total de 445 (89*5).

Los resultados por cada criterio de evaluación se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 2. Resultados por cada criterio de evaluación

CRITERIO DE EVALUACIÓN	PUNTAJE POR CRITERIO	NUMERALES CALIFICADOS	PUNTAJE OBTENIDO
N: No definido	1	27	27
SD: Definido sin Documentar	2	25	50
D: Documentado	3	21	63
I: Implementado	4	2	8
MC: Mejorado continuamente	5	14	70
TOTAL			218
PUNTAJE MÁXIMO			445
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO			48.99%

Fuente: Autora.

De la lista de verificación se determinó el nivel de cumplimiento general de los numerales 4, 5, 6 7 y 8, esta información se presenta en la siguiente tabla. El nivel de cumplimiento se determinó comparando el puntaje obtenido vs el puntaje posible de cada numeral respectivamente.

Tabla 3. Nivel de cumplimiento de la UEN crédito y fomento frente a los requisitos de la Norma

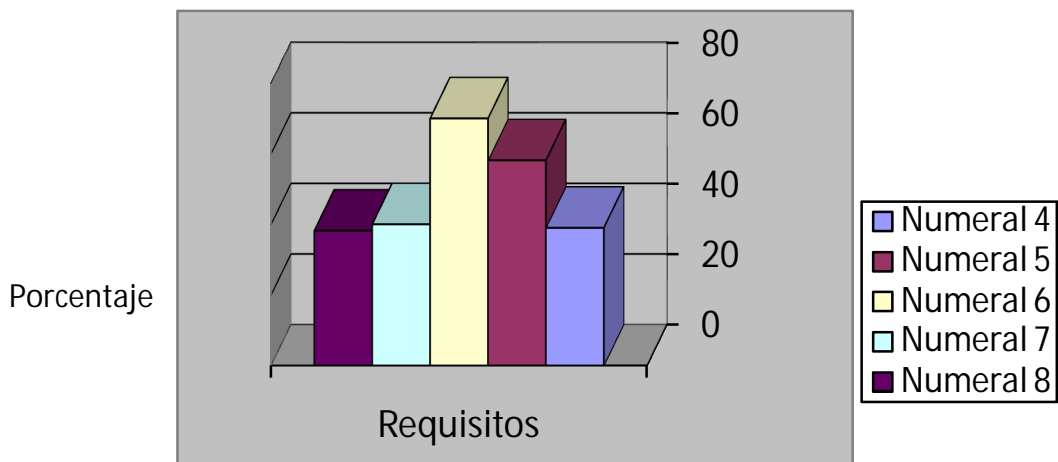
NUMERAL DE LA NORMA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE POSIBLE	% DE CUMPLIMIENTO
Numeral 4	39	100	39
Numeral 5	93	160	58.125
Numeral 6	35	50	70
Numeral 7	30	75	40
Numeral 8	21	55	38.18
TOTAL	218	445	48.99%

Fuente: Autora.

El nivel total de cumplimiento de la UEN crédito y fomento con respecto a los requisitos de la NTC ISO 9001:2008, resulto ser del 48.99%, este porcentaje permitió concluir que aunque en la empresa ya hay un camino recorrido en la implementación del SGC, en la UEN se requiere trabajar.

En la siguiente figura se encuentra el cumplimiento de cada requisito y posteriormente una descripción de lo analizado en cada numeral.

Figura 4. Gráfico nivel de cumplimiento de la UEN Crédito



Fuente: Autora.

NUMERAL 4: Sistema de Gestión de Calidad.

El nivel de cumplimiento es del 39%. Esto debido a la falta de identificación formal de los procesos que componen la UEN y por ende su interacción, así mismo por la carencia de documentos y registros. Se presenta que el personal de la UEN realiza su labor de distintas maneras evidenciándose que no hay estandarización. En cuanto a los indicadores no se analiza el porqué de la información que arrojan estos.

La parte favorable está dada por el avance que tiene Cajasan en cuanto a tener la política, los objetivos, el manual de calidad, el control de documentos y de registros, los cuales aportan la luz en esta etapa de planificación. Pero la debilidad está en la falta de socialización y por ende el desconocimiento en el personal.

NUMERAL 5: Responsabilidad por la Dirección

Se presenta un nivel de cumplimiento de 58.125%, este resultado se da por el compromiso que tiene la dirección en el SGC pero con las otras UEN que están certificadas.

En Cajasan no está definido un proceso de comunicación eficaz a través del cual el personal de la UEN se sienta involucrado con el SGC.

Los responsables de los procesos no están definidos, aunque hay algunos indicadores, es necesarios implementar otros, que permitan realizar seguimiento a los procesos. Es necesario identificar la responsabilidad y autoridad a nivel de la UEN Crédito y Fomento.

NUMERAL 6: Gestión de Recursos

En este requisito de la norma se presenta un nivel de cumplimiento de 70%.

Debido al interés que tiene la organización en la implementación del SGC, esta proporciona los recursos que se requieren para esto.

En cuanto a recursos humanos se cuenta con un manual de funciones y un manual de competencias genérico, requiriéndose que se especifiquen las funciones que pertenecen a cada uno de los puestos de trabajo de la UEN Crédito y Fomento. Así mismo las hojas de vida no se encuentran actualizadas, ni tampoco las labores que se deben hacer para dar cumplimiento con lo establecido por la norma.

En Cajasan la USC Gestión Humana realiza la evaluación de desempeño para asegurarse de que su personal tiene la competencia adecuada para dar un servicio con calidad.

En la UEN Crédito y Fomento, se hace necesario implementar un plan de mantenimiento tanto para el hardware como para el software.

NUMERAL 7: Realización del Producto

El nivel de cumplimiento de la norma se presenta en un 40%.

No existe evidencia alguna de planificación en la prestación del servicio, evidenciándose que el personal con su experiencia ha llegado a realizar sus labores mas no por un estudio que se haya hecho el cual proporciona la mejor forma de hacer esto.

NUMERAL 8: Medición, Análisis y Mejora

Se presenta un nivel de cumplimiento de 38.18%.

Se evidencia la falta de aplicación de métodos para demostrar que se alcanza lo planificado.

Aunque se hace una evaluación de servicio al cliente, es necesario realizar revisiones que permitan identificar si es necesario actualizar la encuesta y otros factores la como cantidad de personas a las cuales se les va a realizar la encuesta.

Una fortaleza es que la organización cuenta con el procedimiento documentado de auditoría interna, control de producto no conforme, acción correctiva y acción preventiva, los cuales se aplican en las UEN que ya se encuentran certificadas.

ANÁLISIS GENERAL

El porcentaje de cumplimiento de los requisitos de la Norma es del 48,99%, por esta razón los procesos de la UEN Crédito y Fomento se deben documentar e implementar para lograr lo establecido por la norma, y de esta manera ser más competitiva, tener un mejor servicio al Cliente y por ende obtener la certificación.

6. PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

6.1 PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

El plan de trabajo es el cronograma de actividades que se realiza para dar inicio a la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, basado en la NTC ISO 9001:2008, con el fin de ejercer control sobre cada una de las fases que llevarán a la madurez del SGC (ver anexo 4), así mismo se elaboró un plan de trabajo detallado (ver Anexo 5).

6.2 METODOLOGÍA

En la planificación del SGC se encuentra la definición del mapa de procesos, de los indicadores de calidad y la asignación de responsabilidades.

En Cajasan el SGC ya estaba implementado en otras UEN, luego la política y los objetivos de calidad ya estaban definidos.

La planeación del SGC se llevó a cabo mediante reuniones quedando como evidencia las actas.

6.2 ALCANCE DEL SGC

El alcance definido por el comité de calidad comprende todos los servicios que la UEN Crédito y Fomento ofrece a los afiliados a Cajasan de la siguiente manera:

“Prestación de servicios financieros con tasas de interés ajustadas, pensando en mejorar la calidad de vida del afiliado, así mismo orientación para identificar oportunidades de negocio viables, rentables y con potencial de crecimiento”.

6.3 POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD

Según la norma ISO 9000:2005, la política de calidad son las intenciones globales y orientación de una organización, relativas a la calidad, tal como se expresan formalmente por la alta dirección.

La política de calidad que existe en la Caja Santandereana de subsidio familiar aplica para todas la unidades estratégicas de negocio y se valida anualmente por la dirección general.

La revisión de la política de la calidad se baso en los siguientes aspectos:

- Expresa las intenciones globales de la empresa.
- Facilita el establecimiento de los objetivos de la calidad.
- Define responsabilidades y autoridades.

Como autora se corroboró que su diseño y metodología para definirla incluyeran los elementos necesarios para cumplir con el requisito de la Norma NTC ISO 9001:2008, siendo coherente con las actividades que se ejecutan y desarrollan en la UEN.

6.3.1 Diseño de la política de calidad

La política de calidad se diseñó en un equipo conformado por las unidades de dirección de Cajasan en cabeza del Director General Ingeniero Cesar Augusto Guevara Beltrán, la Subdirectora, la Gerente de la UDIR Planeación y Control de la Gestión.

6.3.2 Metodología

La herramienta usada para determinar una política de calidad que incluyera los requisitos de los clientes y el propósito por mejorar, fue una matriz de interrelación y ponderación entre los elementos de satisfacción del cliente y los factores clave del éxito para Cajasan (Ver Anexo 6).

6.3.3 Desarrollo de la metodología

Inicialmente se conformaron seis (6) grupos con el total de personas presentes en la reunión.

Se definieron los factores claves del éxito empresarial a partir del direccionamiento estratégico de Cajasan, mientras que los elementos de satisfacción del cliente se obtuvieron a partir de la información de entrada de los requisitos y expectativas de los clientes.

Los factores claves del éxito y elementos de satisfacción del cliente se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 4. Elementos de satisfacción del cliente y factores claves de éxito

ELEMENTOS DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	FACTORES CLAVES DE ÉXITO DE CAJASAN
Transparencia y confiabilidad	Excelencia operacional
Calidez y atención del personal	Sinergia
Accesibilidad	Integralidad
Soluciones superiores	Costo beneficio
Precio	Organización por procesos
	Autocontrol
	Organización inteligente

Fuente: Autora.

Posteriormente, cada grupo califico de 1 a 5 (siendo 5 el valor máximo) los factores claves de éxito de Cajasan.

Seguidamente se tomo la calificación de cada grupo por factor clave para dar un valor promedio.

Se estableció la relación que tiene cada factor clave de éxito sobre cada elemento de satisfacción del cliente calificando de 1 a 5, siendo 5 el valor de mayor influencia sobre el elemento de satisfacción.

Se calcula el promedio de las calificaciones de cada grupo relativa a la influencia del factor sobre los elementos de satisfacción.

Posteriormente se multiplica el promedio de influencia del factor sobre el elemento de satisfacción por el promedio del factor clave de éxito.

Se realiza la sumatoria horizontal y vertical que tiene cada elemento de satisfacción del cliente y factor clave de éxito respectivamente.

Se seleccionan los elementos de satisfacción del cliente y los factores claves de éxito que obtuvieron mayor puntaje.

Finalmente cada grupo de trabajo diseño una política de calidad con los factores clave de éxito y con los elementos de satisfacción del cliente y por votación se selecciono la mejor.

Los resultados del desarrollo de la metodología se presentan en el Anexo 6 del presente documento.

En definitiva la política de Cajasan quedo definida de la siguiente manera:

En **CAJASAN** la transparencia, confiabilidad y el autocontrol son la base de la construcción de soluciones superiores, dignas de una organización inteligente que mejora continuamente.

6.4OBJETIVOS DE CALIDAD

Según la norma ISO 9000:2005, un objetivo de la calidad es algo ambicionado o pretendido, relacionado con la calidad.

Los objetivos de calidad, tienen como finalidad dar cumplimiento a la política de calidad a través de metas medibles.

Las mediciones se realizan mediante indicadores que conllevan a cuantificar la información y evidenciar el cumplimiento de la UEN Crédito y Fomento frente al sistema de gestión de calidad.

6.4.1 Definición de los objetivos de calidad

Los objetivos de calidad se obtienen de realizar un análisis del ambiente en el que opera la Caja. Este análisis arroja los temas claves a los cuales la organización debe responder para obtener éxito. Ver figura 5.

Figura 5. Definición de los objetivos de calidad



Fuente: Autora.

Los objetivos de calidad se revisaron y se llegó a la conclusión que tienen coherencia con la política de calidad y así mismo que si aplican a la UEN Crédito y Fomento.

Los objetivos de calidad se formularon bajo los siguientes elementos que se derivan de la política de calidad:

Transparencia y confiabilidad: las relaciones que tiene la caja con los grupos de interés están basadas en la credibilidad, coherencia, seguridad y certeza en que todas las acciones responden a las promesas de servicio.

Organización inteligente: es el manejo de la información agregándole valor en su uso para lograr la mejora.

Soluciones superiores: es entregar al cliente un producto o servicio que supere sus expectativas, mediante la integralidad de los servicios.

Mejora continua: cada actividad que se realiza en la Caja cumple con el ciclo de planear, hacer, verificar y actuar.

Autocontrol: aplicación de cuestionamientos, seguimientos y asignación de responsabilidades que se realizan personalmente o en cada unidad estratégica de negocio.

De esta manera los objetivos de calidad quedaron definidos de la siguiente manera:

- Aumentar la accesibilidad en cada uno de los servicios de Cajasan.
- Aumentar el nivel de satisfacción de nuestros afiliados y usuarios.
- Generar soluciones integrales que atiendan las necesidades de los grupos de interés.
- Mantener el sistema de gestión de calidad y lograr su evolución.
- Generar una cultura de autocontrol en la organización.

6.5 IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS

Para cumplir con lo establecido en la NTC ISO 9001:2008, se establecieron los procesos necesarios para la prestación de los servicios, teniendo en cuenta las entradas y salidas de información y que su ubicación tuviera un orden lógico, es así que se crea el mapa de procesos.

6.5.1 Procesos estratégicos

Son los procesos que están liderando el direccionamiento del SGC y aquellos que toman las decisiones en cuanto al otorgamiento de recursos, revisiones por la dirección, etc.

Estos procesos son:

- Gestión de direccionamiento
- Gestión de mejoramiento continuo
- Gestión al cliente

6.5.2 Procesos misionales

Procesos que permiten a la UEN llevar a cabo los servicios que ofrece, están conformados por:

- **Gestión comercial**

Proceso que define e implementa las estrategias comerciales para la colocación de los créditos, con el fin de mejorar la calidad de vida tanto del hogar como de la empresa.

- **Gestión de crédito**

Proceso encaminado a ofrecer servicios financieros con el fin apoyar a los afiliados a alcanzar sus metas.

- **Gestión de cartera**

Este proceso es el encargado de mantener el nivel adecuado de la cartera conservando la relación comercial con los clientes.

- **Gestión de fomento empresarial**

En este proceso se brinda orientación para identificar oportunidades de negocio que sean viables, rentables y con potencial de crecimiento. Así como educación financiera para las familias.

Este proceso paso de estar bajo la responsabilidad de la UEN Crédito y Fomento, a la UEN de Responsabilidad.

- **Gestión de redes y alianzas.**

Proceso que busca ampliar y fortalecer el portafolio de productos a través de los aliados y generar rentabilidad para la UEN.

6.5.3 Procesos de apoyo

Son los que aseguran el buen funcionamiento de la empresa debido a que son los procesos soporte para llevar a cabo los procesos estratégicos y misionales.

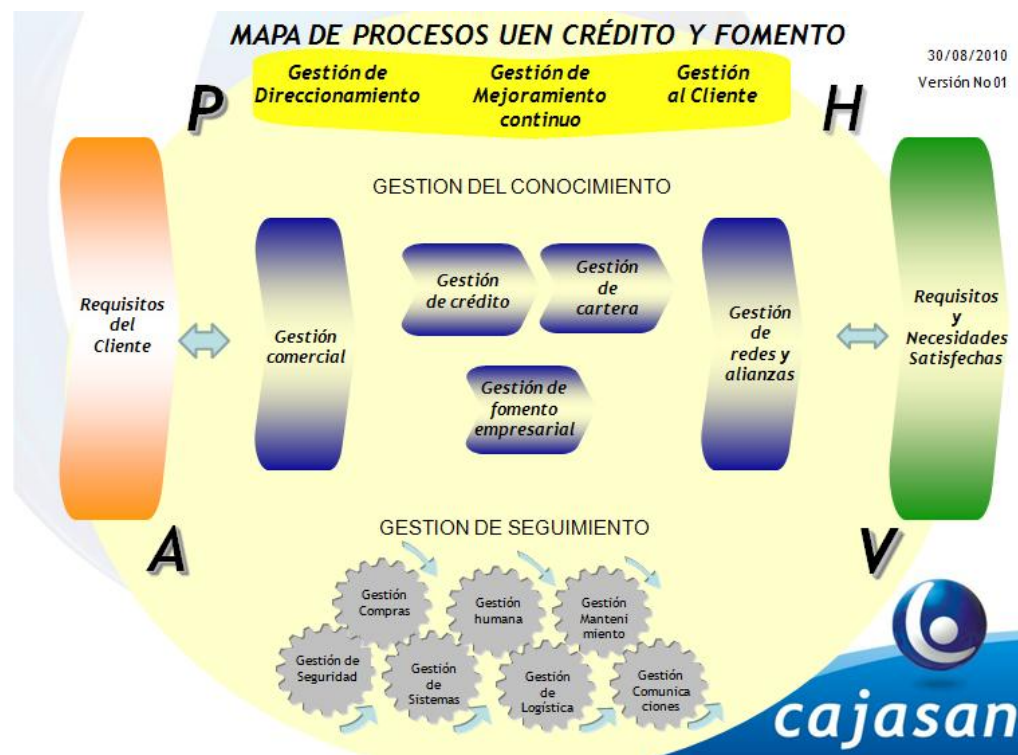
Estos procesos son:

- Gestión de compras
- Gestión humana
- Gestión de mantenimiento

- Gestión de seguridad
- Gestión de sistemas
- Gestión de logística
- Gestión de comunicaciones.

En el mapa de procesos se puede observar la interacción de los procesos de la UEN Crédito y Fomento.

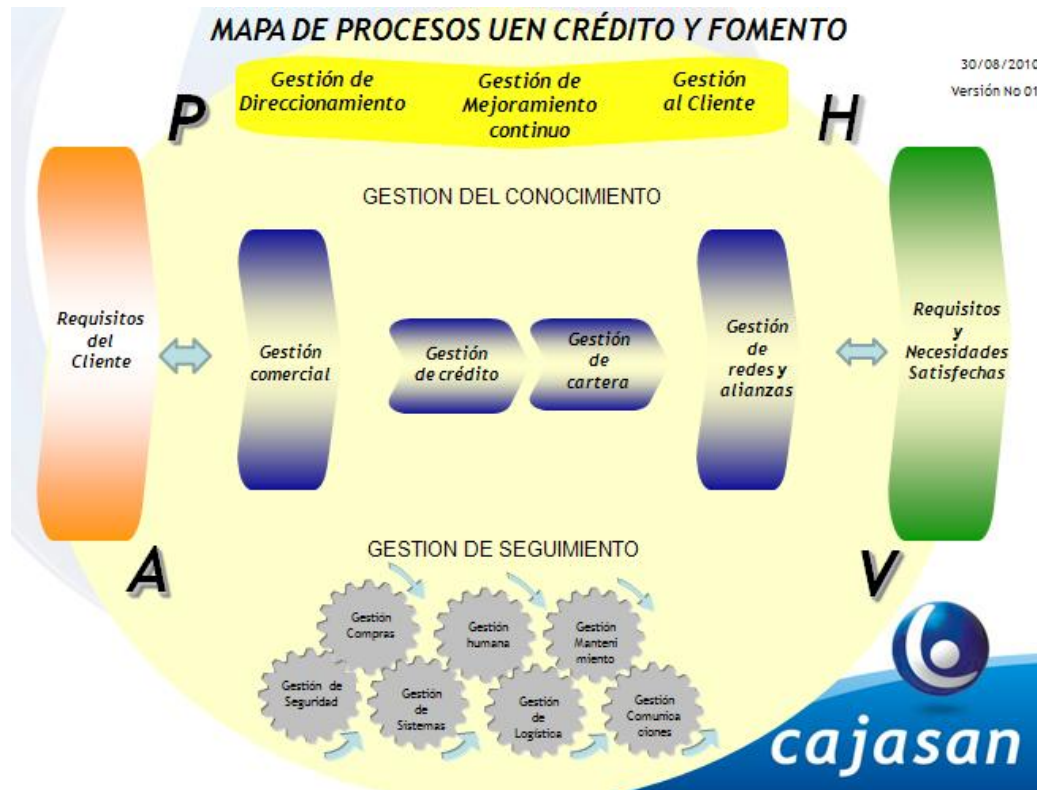
Figura 6. Mapa de procesos



Fuente: Autora

Después de que el proceso de Fomento pasara de la UEN Crédito a la Responsabilidad Social, el nuevo mapa de procesos es el siguiente:

Figura 7. Mapa de procesos actualizado



Fuente: Autora

6.6 INDICADORES DE GESTIÓN

En Cajasan los indicadores determinan el éxito del sistema de gestión de calidad y permiten medir el desempeño que tiene la empresa en el desarrollo de las estrategias de direccionamiento estratégico, táctico y operativo.

Para determinar los indicadores de calidad se tuvo en cuenta que cumplieran con los siguientes criterios:

- **Relevantes:** que tengan que ver con los objetivos estratégicos o de calidad.
- **Claramente definidos:** que aseguren su recopilación correcta y comparación.
- **Fáciles de comprender y usar:** Que se entiendan y se haga el adecuado uso en toda la organización.
- **Comparables:** en la organización a través del tiempo y entre las organizaciones.
- **Verificable y costo-efectivo:** que para obtenerlos no se incurra en costos excesivos.

Los indicadores de gestión son generados por los objetivos de calidad y miden los resultados que Cajasan aspira a lograr a través de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

En la siguiente tabla se muestra el elemento de la política, su objetivo, nombre del indicador y formula de cálculo.

Tabla 5. Indicadores de los objetivos de calidad

Elemento de la política	Objetivo	Nombre del indicador	Calculo
Transparencia y confiabilidad	Aumentar la accesibilidad en cada uno de los servicios de Cajasan	Accesibilidad	$(\# \text{ de usuarios afiliados atendidos} / \# \text{ de afiliados dependientes totales}) * 100$
Autocontrol	Generar una cultura de autocontrol en la organización	Efectividad en cumplimiento de compromisos	$(\# \text{ de compromisos cumplidos} / \# \text{ de compromisos programados}) * 100$
Soluciones superiores	Generar soluciones integrales que atiendan las necesidades de los grupos de interés	Empaquetamiento	Numero de soluciones empaquetadas y en operación.
Organización inteligente	Aumentar el nivel de satisfacción de nuestros afiliados y usuarios	Satisfacción	Porcentaje de satisfacción
Mejora continua	Mantener el sistema de gestión de calidad y lograr su evolución	Mejoramiento	$(\# \text{ de acciones preventivas} / (\text{acciones correctivas} + \text{preventivas}))$

Fuente: Sistema de Gestión de Calidad de Cajasan.

Cada indicador se registra en un formato definido (Ver anexo 7) y este tiene establecido los siguientes parámetros:

Unidad de medición: especifica bajo que unidad se encuentra medido el indicador.

Fórmula de cálculo: indica la operación matemática para obtener la medida del indicador.

Fuente de datos: documento, formato, registro o sistema de datos donde se encuentra la información que requiere cada indicador.

Periodicidad: espacio de tiempo que determina cuando realizar la medición del indicador.

Meta: es el objetivo que se pretende alcanzar teniendo en cuenta comportamientos históricos.

Responsable de generar el indicador: encargado de realizar la medición y analizar el resultado.

Grafica: representación que permite visualizar los datos.

Análisis de datos: consiste en determinar la relación que mantienen los datos entre sí.

Acciones a tomar: es la decisión que se toma frente al resultado que arroja la grafica y el análisis de datos.

Fecha de cálculo: momento en el que se hace la medición del indicador.

6.7 CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS

Cada proceso del Sistema de gestión de calidad posee su propia caracterización con el fin de darlo a conocer fácilmente. Es por esto que en la caracterización se puede observar los proveedores, y que ofrecen, los clientes y que reciben, las actividades del proceso enmarcadas dentro del ciclo P-H-V-A, el objetivo del proceso, el líder del proceso, los recursos necesarios, los criterios de control del proceso, los documentos y registros, los requisitos de la NTC ISO 9001:2008 y los indicadores de gestión.

La caracterización de los procesos se elabora en la plantilla que definió el Sistema de Gestión de Calidad (Véase Figura 8).

Figura 8. Planilla Caracterización de procesos

CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS: NOMBRE DEL PROCESO

PROVEEDORES	Objetivo: Líder del proceso:	CLIENTES		
ENTRADA	P [] ↓ H [] ↓ V [] ↓ { } ↓ A []	SALIDA		
RECURSOS	CRITERIOS DE CONTROL DEL PROCESO	DOCUMENTOS Y REGISTROS	REQUISITOS	INDICADORES DE GESTIÓN
FECHA DE CREACIÓN	ELABORADO POR:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	APROBADO POR	VERSIÓN No

Fuente: Sistema de Gestión de Calidad de Cajasan.

Las caracterizaciones de los procesos se encuentran en el Anexo 8.

A continuación se define, cada una de las partes de la caracterización:

Nombre del proceso: identifica a que proceso pertenece la caracterización.

Objetivo del proceso: es el propósito que busca el proceso.

Líder del proceso: persona responsable de hacer lograr los objetivos del SGC.

Actividades: conjunto de acciones planificadas llevadas a cabo que tienen como finalidad alcanzar el objetivo, siempre enmarcadas dentro del ciclo P-H-V-A.

Proveedores: procesos o personas que suministran los elementos de entrada. Pueden ser internos y externos; los primeros suministran información e insumos para la realización de las labores dentro de los procesos y los segundos son ajenos a la organización y suministran la información para realizar los objetivos planteados en los procesos.

Entrada: son todos aquellos elementos como información, documentos, productos, servicios y demás entregados que permiten llevar a cabo las actividades del proceso, de igual manera pueden ser internos o externos.

Salida: son todos aquellos elementos como información y documentos que son el resultado de llevar a cabo las actividades.

Clientes: procesos o personas que reciben los elementos de salida.

Recursos: elementos necesarios para la realización de las actividades que ocurren dentro del proceso, como los recursos humanos, recursos de infraestructura, tecnológicos, recursos de ambiente y trabajo.

Criterios de control del proceso: son los criterios fundamentales para el buen funcionamiento del proceso y por ende los que requieren mayor atención.

Documentos y registros: indica la lista de documentos internos que sirven para el desarrollo del proceso, la lista de documentos externos que lo rigen y la lista de registros que genera su ejecución.

Requisitos: normatividad aplicable al proceso ya sea interna o externa como la NTC ISO 9001: 2008 u otras leyes.

Indicadores de gestión: permiten medir y controlar el desempeño del proceso.

Elaboración y aprobación: da a conocer las partes de la organización que llevaron a cabo la realización, revisión y aprobación de los documentos.

Las caracterizaciones permiten tener una visión clara y realista para realizar la documentación necesaria de cada proceso.

6.8 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

6.8.1 Compromiso de la dirección

El compromiso de la alta dirección hacia el desarrollo e implementación del sistema de gestión de calidad se evidencia a través de la **circular interna 005 del 26 de Julio de 2007, en la cual el Director oficialmente da inicio a la implementación del Sistema de Gestión de Calidad bajo la Norma NTC ISO 9001:2000.**

En Cajasan, la responsabilidad y autoridad en cuanto al SGC se asigna a la UDIR Planeación y Control de la Gestión, quien lidera, implementa y revisa constantemente el buen funcionamiento del SGC, así mismo tienen

responsabilidad los gerentes de cada UEN, quienes a su vez asignan un representante.

6.8.2 Responsabilidad

A continuación se denotan cada una de las responsabilidades de quienes tienen a su cargo el tema de calidad, en Cajasan:

Gerente UDIR Planeación y Control de la Gestión: Es el responsable de velar por el buen funcionamiento del SGC, cumpliendo con las siguientes funciones y responsabilidades:

- Liderar la implementación del sistema de gestión de calidad en Cajasan.
- Orientar a cada uno de los responsables de los procesos en las unidades de negocio y de soporte para el total cumplimiento e incorporación del sistema de gestión en sus unidades.
- Asegurar que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el sistema de gestión de calidad.
- Informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de calidad y de cualquier necesidad de mejora.
- Asegurar que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización.
- Representar a la Dirección General en la atención de las relaciones con entidades externas.

Profesional UDIR Planeación y control de la Gestión: cargo designado por la gerencia para apoyar la función del gerente y servir de puente de comunicación que entre la Gerencia y quien elabora el SGC.

Asesor externo: persona externa con la cual la empresa cuenta para realizar el acompañamiento desde el inicio de la implementación del SGC y las actividades de planeación, ejecución y retroalimentación de las auditorías internas de calidad.

Líder de calidad: persona que por su grado de conocimiento, participación y compromiso es la indicada para conseguir que los esfuerzos de cada una de las personas se unan para lograr los objetivos que plantea el SGC.

Estudiante de práctica: encargado de llevar a cabo las actividades necesarias para implementar el SGC bajo la dirección de la Gerencia.

Personal de la organización: todo el personal de la UEN Crédito y Fomento, debe ser consciente de la importancia de participar y cumplir con el SGC.

6.9 CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE CALIDAD

El comité primario de calidad en Cajasan se conformó por los líderes de los procesos de Gestión de Direccionamiento y de Mejoramiento Continuo y lo conforman los designados de los siguientes cargos:

- Gerente UDIR Planeación y Control de Gestión como representante de la Dirección al Sistema de Gestión de Calidad.
- Coordinador general del SGC.
- Profesionales UDIR Planeación y Control de Gestión que apoyan al coordinador general del SGC.
- Líderes de las unidades certificadas y en procesos de certificación a las cuales se les hace seguimiento.
- Asesor externo de calidad.

En el caso de la UEN Crédito y Fomento, adicionalmente se incluyó el cargo de la estudiante en práctica.

El comité de calidad dentro de sus funciones conjuntas tiene el establecimiento, realización y verificación de las actividades concernientes a:

- Planificar, controlar y evaluar la implementación del sistema de gestión de calidad en Cajasan.
- Realizar el seguimiento de los indicadores en los procesos que forman parte del sistema de gestión de calidad de Cajasan.
- Proponer las acciones necesarias para hacer proactivo el Sistema de Gestión de Calidad de Cajasan.
- Definir mecanismos de reconocimiento a los logros cuando sea necesario.
- Informar a la Dirección General sobre las actividades, avances y resultados relacionados con el sistema de gestión de calidad.
- Apoyo en la sensibilización del personal hacia el compromiso de la implementación y mejora continua del sistema de gestión de calidad.
- Revisar y mejorar la documentación del sistema de gestión de calidad.
- Definir actividades que contribuyan a los principios de mejoramiento continuo de los procesos y del sistema de gestión de calidad.

6.10 RECURSOS

Para lograr el diseño, documentación, implementación, sensibilización y evaluación del SGC, la gerencia incurrió en los rubros que se encuentran en la siguiente tabla, durante los seis meses que duro este proceso:

Tabla 6. Asignación de recursos para el sistema

Descripción	Valor total
Sueldo del estudiante en practica	\$3.090.000
Empresa de asesoría externa	\$5.000.000
Papelería (resmas, tinta, carpetas)	\$ 200.000
Diplomado en auditorias Diplomado en auditorias de calidad normas ISO 9001:2008 / ISO 19011:2002	\$1.500.000
Curso auditor interno ISO 9001:2008	\$900.000
Auditoria interna de calidad (dos)	\$4.000.000
TOTAL	\$16.690.000

Fuente: Autora.

7. SENSIBILIZACIÓN

Esta etapa, es muy importante ya que es el espacio para ser escuchados por medio de las capacitaciones donde se daban a conocer los conceptos y lineamientos bajo los cuales se empezaría a trabajar y también para escuchar al personal de la UEN y aclarar sus inquietudes.

Como normalmente sucede cuando ocurre un cambio, en este caso la implementación del SGC, se generó desconfianza por parte del personal, a medida que se les preguntaba por sus actividades, esto con el fin de hacer la documentación. También se generó un poco de rechazo con la justificación de que su colaboración les estaba generando retraso en sus labores y que las nuevas responsabilidades eran mayor carga laboral. Teniendo en cuenta que generalmente el personal interpreta el mejoramiento como posible despido. Para afrontar esta situación lo que Cajasan hace es dar a conocer que nadie será despedido por el mejoramiento en la calidad, lo que se hace es reentrenar a las personas para ejercer otro puesto de trabajo de igual o mayor responsabilidad, en el caso que se necesite.

A lo largo de las capacitaciones se fueron tratando y socializando los temas de: beneficios tanto internos como externos del SGC, fundamentos del SGC, gestión por procesos y documentación, indicadores de gestión, servicio no conforme, acciones correctivas y preventivas y demás información necesaria que permitiera conocer y aclarar todo lo relacionado con el SGC.

7.1 METODOLOGÍA

Lo que se pretendía era lograr la atención y el interés del personal, es por esto que las capacitaciones eran apoyadas por juegos, premios, trabajo en equipo y también por evaluaciones, como se muestra en las siguientes fotografías.

La fotografía muestra, una actividad en la que cada quien escogía un concepto trabajado en la capacitación, ver la siguiente fotografía:

Fotografía 2. Personal de la UEN escogiendo concepto de la capacitación.



Fuente: Autora.

La actividad proseguía, a que cada uno dibujara el concepto escogido, lo mostraba a sus compañeros y estos adivinaran.

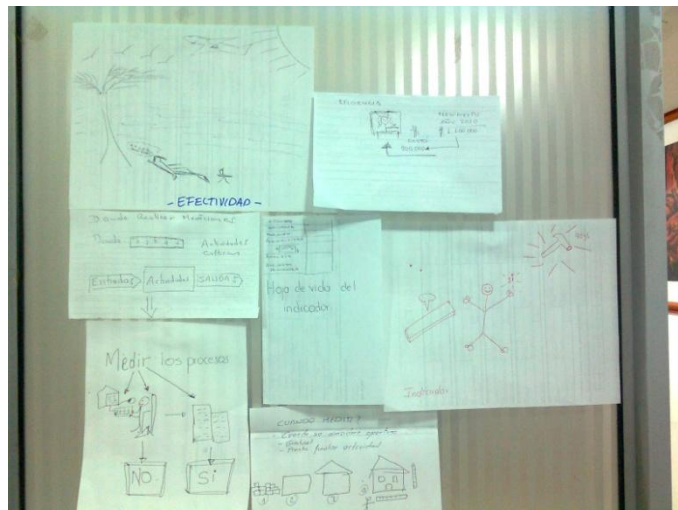
Fotografía 3. Personal realizando su respectivo dibujo.



Fuente: Autora.

En la siguiente fotografía se muestran algunos de los dibujos realizados durante la actividad.

Fotografía 4. Dibujos realizados por el personal



Fuente: Autora.

Queriendo aumentar la participación del personal se crearon estos espacios en la oficina para la calidad en los cuales se información acerca de este tema y también

se ubicaban las actividades realizadas por el personal, como dibujos, conceptos y opiniones alusivos al tema de la capacitación.

Las capacitaciones estaban a cargo de la asesora externa de calidad de la empresa INGCODI Ltda.¹¹, con el apoyo de la estudiante en práctica.

Como practicante se realizaron reuniones con el fin de reforzar los temas tratados en las capacitaciones, aclarar dudas y tener buenas bases de los conceptos, este espacio permitió conocer y tener en cuenta las sugerencias del personal. El apoyo del Gerente de la UEN fue muy importante ya que siempre se mostro interesado, asistió a todas las capacitaciones y reuniones de refuerzo, contaba sus experiencias laborales en las empresas que tenían el SGC y siempre daba animo a seguir hasta llegar a completar la meta.

Al personal se le entrego un folleto con los conceptos principales del SGC, así como también las diapositivas.

7.2 PROGRAMACIÓN DE LAS CAPACITACIONES

Con el fin de dar cumplimiento al objetivo establecido por la autora del proyecto y garantizar la competencia, formación y toma de conciencia como lo plantea el numeral 6.2.2 de la norma NTC ISO 9001:2008, se llevaron a cabo las capacitaciones relacionadas con el sistema de gestión de calidad.

Las temáticas de las capacitaciones anteriormente mencionadas y las reuniones de refuerzo, se presentan a continuación con fecha y objetivo.

¹¹ INGCODI Ltda., es una empresa de consultoría cuyos miembros trabajan como asesores externos en todo lo relacionado con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad de Cajasan.

Tabla 7. Capacitaciones del sistema de gestión de la calidad en la UEN Crédito y Fomento

TEMÁTICA	FECHA	OBJETIVO
Sensibilización y fundamentos del SGC	04-06-10	Dar a conocer la importancia del SGC en las empresas y los conceptos relacionados con este.
Gestión al Cliente	22-06-2010	Socializar el manual de gestión al Cliente
Gestión por procesos y documentación	30-07-2010	Presentar el concepto y esquema de mapa de procesos, los tipos de documentos y control de estos y de los registros.
Repaso de las capacitaciones	07-09-2010	Afianzar los temas tratados en las capacitaciones
Indicadores de gestión	04-10- 2010	Explicar el papel de los indicadores en el control y mejoramiento de los procesos.
Servicio no conforme	12-11-2010	Identificar las causas de las no conformidades con el SGC
Acciones correctivas y preventivas		Indicar el manejo que se debe dar a las AC y AP.

Fuente: Autora.

Fotografía 5. Capacitación en Sensibilización y Fundamentos del SGC



Fuente: Autora.

Fotografía 6. Capacitación de Gestión al Cliente.



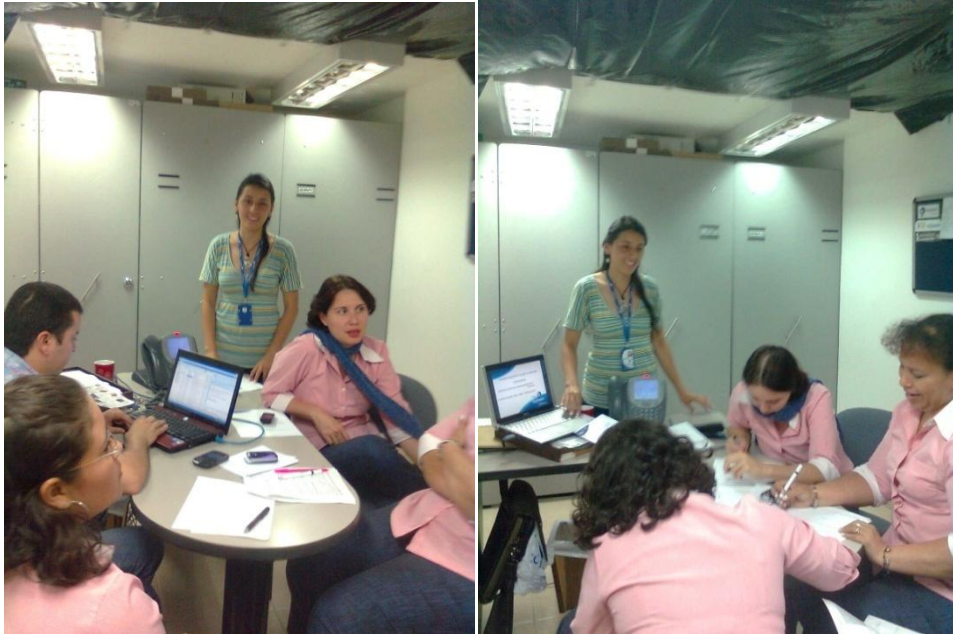
Fuente: Autora.

Fotografía 7. Capacitación Gestión por procesos y documentación



Fuente: Autora.

Fotografía 8. Repaso de las capacitaciones



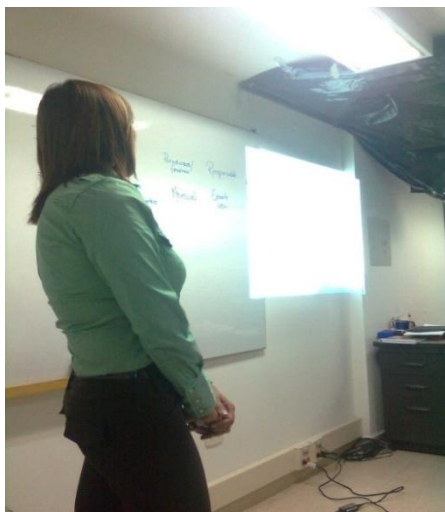
Fuente: Autora.

Fotografía 9. Capacitación en Indicadores de gestión



Fuente: Autora.

Fotografía 10. Capacitación en Servicio no conforme y Acciones correctivas y preventivas



Fuente: Autora.

7.3 RESPONSABLES

La sensibilización y las capacitaciones estuvieron a cargo del asesor externo, con el apoyo de la practicante.

Las actividades de refuerzo y consultas personalizadas fueron realizadas por la practicante UIS.

7.4 EVIDENCIAS, RESULTADOS Y MEDICIÓN

En general el personal mostro interés y participación.

Para el registro de asistencia se utilizo el formato F-GH-06, y los registros de asistencia a las capacitaciones se muestran en el Anexo 9.

Las capacitaciones se programaron para ser realizadas una por mes, recordando por correo electrónico dos días antes la fecha, esto con el fin de que cada uno de los colaboradores pudiera asistir, pero sin embargo la inasistencia se presento.

A continuación se muestra el porcentaje de asistentes a las capacitaciones.

Tabla 8. Porcentaje de asistentes a las capacitaciones.

Temática	Citados	Asistentes	% Asistentes
Sensibilización y fundamentos del SGC	11	7	63,64
Gestión al Cliente	11	8	72,73
Gestión por procesos y documentación	11	8	72,73
Repaso de las capacitaciones	11	8	72,73
Indicadores de gestión	11	9	81,82
Servicio no conforme	11	4	36,36
Acciones correctivas y preventivas			
Promedio			66,67

Fuente: Autora.

El porcentaje de asistencia fue de 66,67%, un porcentaje que se considera conveniente. Con las reuniones de refuerzo se logro que aquellas personas que no habían podido asistir conocieran la temática que se había tratado.

8. DOCUMENTACIÓN

8.1 OBJETIVO

Describir y plasmar en medio físico, las actividades que se realizan en la UEN Crédito y Fomento para el buen funcionamiento del SGC, cumpliendo con lo establecido en la NTC ISO 9001:2008 y garantizando que se cumplan los requisitos pactados con el cliente eliminando diferentes interpretaciones, que cada persona puede tener ante el proceso.

8.2 DEFINICIÓN DE LOS DOCUMENTOS EN LA ORGANIZACIÓN

La estructura documental en Cajasan se muestra a continuación:

Figura 9. Estructura documental de Cajasan



Fuente: Tomado de Sistema de Gestión de Calidad de Cajasan, Enero 2011.

El primer nivel de la pirámide corresponde al direccionamiento estratégico donde se encuentra la misión, visión, principios y valores corporativos.

El segundo nivel corresponde a la política y objetivos de calidad, lo cual se define a partir del primer nivel.

En el tercer nivel se encuentra de la estructura documental, esta el manual de calidad, el mapa de procesos y las caracterizaciones.

Finalmente en el cuarto y quinto nivel se encuentra lo concerniente a los documentos que describen las actividades y lineamientos del sistema de gestión de calidad, a continuación se describen los documentos utilizados¹²:

Procedimiento: documento que describe el conjunto de actividades que interactúan para transformar elementos de entrada en servicios.

Formato: documento utilizado para registrar los resultados obtenidos o la evidencia de actividades desempeñadas. Los formatos son de libre diseño y contienen el logo, código, versión y paginación en el caso que lo requiera.

Instructivo: documento que contiene la descripción detallada de una actividad, en el cual solo interviene un responsable.

Lista: documento que contiene una relación de ítems, tales como documentos, actividades, etc.

Política: lineamiento establecido para la toma de decisiones.

Manual: documento técnico de determinado tema que contiene instrucciones generales.

Plan: documento que especifica que procedimientos y recursos asociados deben aplicarse a un proyecto, proceso, producto o contrato específico.

¹² De acuerdo la guía elaboración de documentos (G-PG-01).

Ficha técnica: descripción sobre un producto u alimento en particular, que incluye a lo menos la composición química y nutricional del producto, los estándares de calidad y las condiciones de almacenamiento que requiere.

Protocolo: descripción de los tratamientos que recibirá un paciente y cuando se administrara a cada uno de ellos.

Guía: documento que indica los aspectos a tener en cuenta para realizar determinada actividad. Para el caso de salud suministra la información de determinada enfermedad, posibles resultados, tratamientos e indicaciones de manejo.

Registros: documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

8.3 DISEÑO DE LA DOCUMENTACIÓN

La elaboración de la documentación tuvo su inicio en una reunión con el Gerente de la UEN, líder de calidad, asesora externa, profesional de la UDIR Planeación y la practicante UIS. En esta reunión se definió el mapa de procesos y la caracterización de los procesos.

La elaboración de los documentos que se desprendió de la caracterización, y estuvo a cargo de la practicante UIS, autora del proyecto, revisando documentos antiguos, en reuniones con el personal y por observación, se conoció la información y las actividades necesarias para llevar a cabo cada proceso.

Después era revisado por el mismo personal, seguidamente pasaba a ser revisado por la gerente de la UDIR Planeación y control de la gestión, por la profesional de esta misma UDIR y por la asesora externa de calidad, de esta manera se tenían

en cuenta las sugerencias y observaciones para seguidamente aprobar y socializar los documentos.

Una vez realizado el bosquejo del documento, para su elaboración formal se tenía en cuenta la guía para elaboración de documentos G-PG-01, en donde se encuentran los lineamientos de encabezado, código, versión, tipo y tamaño de la letra y demás aspectos a tener en cuenta. Así mismo la documentación se elaboro teniendo en cuenta las políticas para elaboración de documentos N-PG-02. Tanto la guía como política para elaboración de documentos se encuentran en el anexo 10.

Una vez implementado e ingresado el documento al Software de Neo-gestión¹³, la solicitud de creación, modificación o anulación de cualquier documento, se realiza por medio del formato F-PG-01, el cual se envía a la unidad de Gestión de Calidad de la UDIR Planeación y Control de la Gestión y también se tiene en cuenta el procedimiento control de documentos P-GH-01. Este procedimiento se encuentra en el Anexo 11.

8.4 ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS

Para obtener formalmente el documento se paso por las etapas de recolección de la información, elaboración, corrección y aprobación del documento.

La etapa de recolección de la información se realizo en el lugar de trabajo del personal donde se acordaba dedicar un determinado tiempo del día. La finalidad de esta etapa era conocer como se llevaba a cabo su labor, así mismo esta etapa permitía preguntar si había una forma mejor de realizar su trabajo, fue así que

¹³ Neo-gestión, es el software en el cual se encuentran todos los documentos y formatos del SGC.

llego a la conclusión que sobraban una de las copias que se enviaban a USC Contabilidad, que debía ocurrir un cambio en el formato de solicitud de crédito, entre otros.

Conocer los formatos y documentos que se utilizaban y saber cuales era necesario elaborar, también formo parte de esta etapa.

En la etapa de elaboración de los documentos se utilizo de programa Microsoft Word, Excel, Visio y desde luego los lineamientos que plantea la guía para elaboración de documentos G-PG-01.

Una vez elaborado el documento el personal lo revisaba y se ponía a prueba, esto permitía verificar que en realidad lo que se encontraba en el documento era lo que se estaba haciendo, después el documento pasaba a ser revisado por el gerente de la UEN Crédito y Fomento, profesional de la UDIR Planeación, asesora externa y finalmente por la Gerente de la UDIR Planeación y control de la gestión quien es la persona encargada de liberar los documentos.

Las actas de reunión, donde se evidencia el seguimiento al Sistema de Gestión de Calidad se muestran en el Anexo 13.

8.5 DOCUMENTOS EN LOS PROCESOS

Debido a que otras UEN de Cajasan, se encuentran certificadas, los 6 procedimientos y 21 registros obligatorios que plantea la norma, se encuentran implementados, luego lo que hizo fue revisarlos para posteriormente socializarlos con el personal y así tuvieran conocimiento de estos, para ser posteriormente aplicados.

Los documentos y los registros de cada uno de los procesos se encuentran en la:

Lista maestra de documentos internos (L-PG-01).

Lista maestra de documentos externos (L-PG-02).

Lista maestra de documentos registros (L-PG-03).

8.5.1 Documentos obligatorios según la ISO 9001:2008

A continuación se da a conocer el objetivo y alcance de los seis procedimientos obligatorios, los cuales se encuentran en el Anexo 11:

- **Procedimiento control de documentos P-PG-01.**

Objetivo: establecer y mantener las acciones necesarias para la creación, modificación, anulación y mantenimiento de la documentación generada en Cajasan dentro del sistema de Gestión de calidad.

Alcance: aplica a documentos de origen interno, es de consulta general de todo el personal de la empresa y es empleado cada vez que se cree, modifique o anule un documento.

- **Procedimiento control de registros P-PG-02.**

Objetivo: definir los controles para identificar, almacenar, proteger y recuperar registros del Sistema de Gestión de Calidad.

Alcance: el control aplica sobre los registros internos del Sistema de Gestión de la calidad generados por la aplicación de los procedimientos y por las actividades propias de cada proceso. Este documento es de consulta general de todo el personal de la empresa.

- **Procedimiento auditorías internas P-PG-03.**

Objetivo: describir las actividades que se llevan a cabo para revisar periódicamente el cumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad, determinando su eficacia, detectar las necesidades de mejora e identificar la conformidad o no conformidad en los diferentes procesos del sistema.

Alcance: aplica a los diferentes procesos del Sistema de Gestión de Calidad.

- **Procedimiento control de servicio no conforme P-PG-04.**

Objetivo: establecer la metodología para el tratamiento del servicio no conforme en Cajasan.

Alcance: este procedimiento aplica cuando se detectan no conformidades, conforme a los requisitos del servicio dentro de los procesos del Sistema de Gestión de calidad en Cajasan. Este documento es de consulta general de todo el personal de la empresa.

- **Procedimiento acciones correctivas y preventivas P-PG-05.**

Objetivo: establecer todas las acciones necesarias para la identificación de sus causa, control y seguimiento adecuado de acciones correctivas y preventivas, de tal manera que permitan eliminar las causas de no conformidades reales o potenciales relacionadas con la calidad de los procesos y servicios, con el objetivo de prevenir que no vuelva a ocurrir.

Alcance: este procedimiento aplica cuando se detectan no conformidades reales o potenciales dentro de los procesos del Sistema de Gestión de calidad de Cajasan, desde la identificación de las no conformidades hasta la eliminación de sus causas a través de acciones correctivas y preventivas. Este documento es de consulta general de todo el personal de Cajasan.

- **Revisión por la Dirección P-PG-07**

Adicionalmente a los procedimientos obligatorios de la Norma ISO 9001:2008, en Cajasan se estableció el procedimiento de revisión gerencial P-PG-07 (Véase Anexo 12), que aplica para la Dirección General, en el cual se presenta la metodología para realizar las revisiones gerenciales del Sistema de Gestión de Calidad a partir de la información generada por los resultados de auditorías internas previas, informe de satisfacción del cliente, informe de indicadores de los

procesos, estado de acciones correctivas y preventivas, las acciones de seguimiento de revisiones previas, los cambios que pueden afectar el SGC, las recomendaciones para la mejora y demás observaciones necesarias.

8.5.2 Proceso gestión comercial

Proceso que define e implementa las estrategias comerciales para la colocación de los créditos, con el fin de mejorar la calidad de vida tanto del hogar como de la empresa.

Tabla 9. Documentos internos del proceso gestión comercial

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	OBJETIVO
Caracterización proceso de gestión comercial	CA-CR-01	Definir e implementar estrategias comerciales para colocación de créditos con el fin de mejorar la calidad de vida tanto del hogar como de la empresa.

Fuente: Autora.

En este proceso no se presentan registros, pero es de aclarar que como evidencia se cuenta con las revistas en las que UEN aparece ofreciendo sus servicios, demás información de publicidad y el plan comercial.

8.5.3 Proceso de crédito

Proceso encaminado a ofrecer servicios financieros con el fin apoyar a los afiliados a alcanzar sus metas.

Tabla 10. Documentos internos del proceso de Crédito

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	OBJETIVO
Procedimiento Solicitud de créditos y recepción de documentos	P-CR-01	Asegurar el cumplimiento de los requisitos establecidos por Cajasan para el otorgamiento de créditos a personas y empresas afiliadas
Procedimiento Análisis y determinación de crédito a personas naturales con cargo a cuota monetaria	P-CR-02	Analizar la información crediticia del cliente y asegurar que el otorgamiento del crédito, cumpla con las condiciones y requisitos establecidos por Cajasan.
Procedimiento Análisis y determinación de crédito a personas naturales con cargo al fondo de crédito	P-CR-03	Analizar la información crediticia del cliente y asegurar que el otorgamiento del crédito, cumpla con las condiciones y requisitos establecidos por Cajasan.
Procedimiento Análisis y determinación de crédito a personas jurídicas con cargo al Fondo FONEDE	P-CR-04	Analizar la información crediticia del cliente y asegurar que el otorgamiento del crédito, cumpla con las condiciones y requisitos establecidos por Cajasan.
Procedimiento Desembolso de crédito para aliado o servicio de la caja	P-CR-05	Asegurar el cumplimiento de requisitos establecidos por Cajasan para realizar el desembolso de crédito para aliado o servicio de la Caja.
Procedimiento Desembolso de crédito para libre inversión	P-CR-06	Asegurar el cumplimiento de requisitos establecidos por Cajasan para realizar el desembolso de crédito para libre inversión.
Procedimiento Desembolso de crédito para compra de moto	P-CR-07	Asegurar el cumplimiento de requisitos establecidos por Cajasan para realizar el desembolso de crédito para compra de moto.
Procedimiento Desembolso de crédito para cruce de cuentas	P-CR-08	Asegurar el cumplimiento de requisitos establecidos por Cajasan, para cubrir obligaciones pendientes con la Caja.
Procedimiento Desembolso de crédito para persona jurídica con recursos FONEDE	P-CR-09	Asegurar el cumplimiento de requisitos para realizar el desembolso de crédito para compra de activos fijos, capital de trabajo e inversión mixta, con recursos FONEDE.
Procedimiento feria escolar	P-CR-12	Asegurar que el otorgamiento del crédito para la línea feria escolar cumpla con los requisitos establecidos por Cajasan.
Procedimiento liquidación de la cuota	P-CR-17	Realizar la gestión de liquidación con el fin de asegurar la cancelación de la cuota del crédito por parte de los clientes.

Instructivo registro o actualización de datos del cliente en el SIACC ¹⁴	I-CR-01	Asegurar el correcto registro o actualización de datos del cliente y del codeudor (en el caso de necesitarse) en el aplicativo SIACC.
Instructivo análisis de crédito a personas naturales con cargo a cuota monetaria	I-CR-02	Asegurar el cumplimiento de los requisitos para la aprobación de créditos solicitados por personas naturales con cargo a cuota monetaria.
Instructivo Creación de la obligación en el SIACC	I-CR-03	Asegurar el correcto registro de los datos para la creación de la obligación en el SIACC
Instructivo Aprobación, rechazo y terminación de la obligación en el SIACC	I-CR-04	Asegurar el correcto estado de la obligación al SIACC.
Instructivo análisis de crédito a personas naturales con cargo al Fondo de Crédito	I-CR-06	Asegurar el cumplimiento de los requisitos establecidos por Cajasan, para la aprobación de créditos solicitados por personas naturales con cargo a fondo de crédito.
Instructivo legalización del crédito en el SIACC	I-CR-08	Asegurar que se ingrese la información que corrobora que el crédito se desembolsara.
Instructivo Generación e impresión de documentos de desembolso en el SIACC	I-CR-09	Asegurar el cumplimiento de los pasos para elaborar el documento de desembolso.
Instructivo Activación del crédito en el SIACC	I-CR-10	Asegurar la correcta activación del crédito en el SIACC
Instructivo Anulación de desembolso en el SIACC	I-CR-11	Asegurar la correcta anulación del desembolso en el SIACC
Instructivo Liquidación de la cuota en el SIACC	I-CR-12	Liquidar en el sistema mensualmente los días 5 y 20 del mes, las cuotas de la obligación pactadas por los clientes
Instructivo Paz y salvo	I-CR-13	Acreditar que el cliente se encuentra al día en materia de pagos en Cajasan
Instructivo Certificado de la deuda	I-CR-14	Certificar que el Cliente tiene un saldo pendiente por pagar a Cajasan.
Instructivo Simulación de pagos en el SIACC	I-CR-15	Asegurar el cálculo correcto del valor de las cuotas del crédito.
Políticas de crédito	N-CR-01	Establecer los diferentes tipos de políticas que intervienen a lo largo del proceso de un crédito.
Manual de crédito afiliados	M-CR-01	Estandarizar los procesos y procedimientos para el otorgamiento y control de créditos a los afiliados de Cajasan en busca del mejoramiento de su calidad de vida y el bienestar de sus familias.
Caracterización proceso de crédito	CA-CR-03	Facilitar el otorgamiento y control de créditos a los afiliados de Cajasan en busca del

¹⁴ SIACC siglas que significan Sistema de Administración de Crédito y Cartera y es el software en el cual se registra todo el movimiento Contable de Cajasan.

		mejoramiento de su calidad de vida y el bienestar de sus familias.
--	--	--

Fuente: Autora.

Tabla 11. Registros del proceso de Crédito

NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO
Libranza sobre cuota monetaria	F-CR-01
Solicitud de crédito persona natural por libranza	F-CR-02
Solicitud de crédito para persona jurídica	F-CR-03
Análisis de crédito cuota monetaria	F-CR-04
Análisis de crédito persona natural por libranza	F-CR-05
Análisis de crédito persona jurídica	F-CR-06
Formato pagare cuota monetaria	F-CR-07
Pagare	F-CR-08
Carta de autorización pagare en blanco	F-CR-09
Prenda abierta sin tenencia	F-CR-10
Carta de instrucciones para vehículo nuevo	F-CR-11
Carta de instrucciones para vehículo usado	F-CR-12
Lista de chequeo cuota monetaria	L-CR-01
Lista de chequeo persona natural por libranza	L-CR-02
Lista de chequeo persona jurídica	L-CR-03
Formato de recibido	F-CR-18
Crédito automático – libranza feria escolar	F-CR-13
Acuerdo de pago	F-CR-14
Carta remisión de documentos-moto	F-CR-17

Fuente: Autora.

8.5.4 Proceso de cartera

Este proceso es el encargado de mantener el nivel adecuado de la cartera conservando la relación comercial con los clientes.

Tabla 12. Documentos internos del proceso de cartera

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	OBJETIVO
Políticas de cartera	N-CR-02	Establecer las políticas que rigen el cobro de los créditos en mora
Procedimiento Gestión de cartera	P-CR-10	Llevar a cabo las políticas que dan los lineamientos para realizar la gestión de cartera y por ende mantener el buen nivel de la misma.
Procedimiento castigo de cartera	P-CR-11	Identificar los créditos cuya recuperación no ha sido posible dentro de la gestión de cobro, para realizar el respectivo castigo de cartera.
Caracterización proceso de cartera	CA-CR-02	Efectuar el cobro de los créditos en mora, en el menor tiempo, manteniendo la visión de la importancia de conservar la relación comercial con los clientes.

Fuente: Autora.

Tabla 13. Registros del proceso de cartera

NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO
Formato informe de abogados	F-CR-21

Fuente: Autora.

8.5.5 Proceso de Fomento Empresarial

En este proceso se brinda orientación para identificar oportunidades de negocio que sean viables, rentables y con potencial de crecimiento. Así como educación financiera para las familias.

Documentación que se adelanto del proceso de gestión de fomento empresarial, se muestra a continuación:

Tabla 14. Documentos internos del proceso de fomento empresarial

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	OBJETIVO
Procedimiento de emprendimiento	P-CR-15	Promover, generar e impulsar la creación de empleo propio en los beneficiarios de FONEDE.
Procedimiento de proyectos		
Procedimiento clases de economía familiar		

Fuente: Autora.

Tabla 15. Registros del proceso de fomento empresarial

NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO
Formato de recibido	F-CR-18

Fuente: Autora.

8.5.6 Proceso gestión de redes y alianzas

Proceso que busca ampliar y fortalecer el portafolio de productos a través de los aliados y generar rentabilidad para la UEN.

La documentación que se adelanto del proceso de redes y alianzas, se muestra a continuación:

Tabla 16. Documentos internos del proceso gestión de redes y alianzas

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	OBJETIVO
Inscripción y selección del aliado		
Evaluación y reevaluación del aliado		

Fuente: Autora.

Tabla 17. Registros del proceso gestión de redes y alianzas

NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO
Formato caracterización de aliados	F-CR-15
Formato lista de aliados	F-CR-20
Carta para aliados	F-CR-16

Fuente: Autora.

8.5.7 Registros no codificados

Hay registros de los procesos que no cuentan con codificación debido a que son emitidos por el Sistema de Información de Crédito y Cartera (SIACC).

Tabla 18. Registros emitidos por el SIACC.

NOMBRE DEL REGISTRO
Egreso
Documento de cierre
Nota de ajuste
Nota crédito
Recibo de caja
Orden de desembolso
Orden de cruce de cuentas
Bono de servicio

Fuente: Autora.

8.6 DOCUMENTOS EXTERNOS

Son los documentos creados por entes externos a Cajasan que afectan la operación de la empresa al crear normas o parámetros a los cuales hay que regirse.

La organización debe identificarlos y estar al tanto de sus actualizaciones, para esto se cuenta con el listado maestro de documentos externos, donde se encuentra toda la normatividad de los ministerios aplicables, leyes entre otros que especialmente se refieren a la parte financiera de la UEN.

Para la UEN Crédito y Fomento, estos documentos son:

- Norma ISO 9001:2008
- Ley 21 de 1982
- Ley 789 de 2002
- Decreto 2340 de 2003

8.7 DIVULGACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

Una vez que la documentación se encontraba aprobada, se ingresaba al Sistema Neogestión para ser socializada con el personal, y se les hacían las siguientes recomendaciones teniendo en cuenta que los registros del SGC se deben controlar:

- Asegurarse que está utilizando la versión vigente comparando los documentos que está utilizando con el que se encuentra cargado en el Sistema Neogestión.
- Evitar realizar cambios a los documentos, es decir eliminar o agregar información sin realizar el trámite correspondiente.
- Recordar que cada vez que se necesite hacer un cambio en un documento se debe diligenciar previamente el formato de solicitud de creación, modificación o anulación de documento F-PG-01 y enviarlo a la unidad de Gestión de Calidad de la UDIR Planeación y Control de la Gestión.
- La nueva versión de la documentación se utilizará solo cuando se encuentre disponible en Neogestión.
- Los cambios de los documentos que involucren otras áreas deben incluir en la solicitud el área involucrada.
- Solicitar la clave de Neogestión si aún no se tiene.

9. IMPLEMENTACIÓN

Una vez se identificó el estado de la UEN Crédito y Fomento mediante el diagnóstico, se analizaron los procesos de la organización, se realizó la documentación, la sensibilización y capacitación, se procedió a iniciar la etapa de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, donde se socializa y se hace seguimiento a los documentos del SGC.

9.1 OBJETIVO

Lograr que el SGC hiciera parte de las actividades diarias de la UEN y que el personal se sintiera comprometido con sus nuevas responsabilidades.

9.2 METODOLOGÍA

La practicante UIS, fue la encargada de dar a conocer, las directrices del Sistema de Gestión de Calidad, como la política y los objetivos de calidad, la documentación, reporte de productos no conforme, reporte de acciones correctivas y preventivas e implementación de planes de mejora, lo cual se difundió en las capacitaciones.

Así mismo se dio a conocer el uso del software Neogestión.

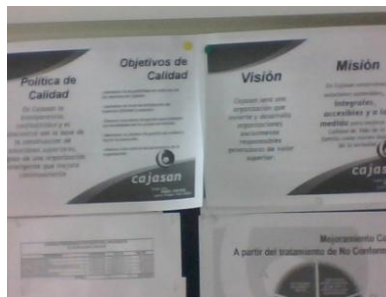
9.3 IMPLEMENTACIÓN DE DOCUMENTOS

Una vez que se dio a conocer la documentación, tanto en las capacitaciones realizadas por asesora externa como la practicante UIS, esta paso a formar parte del software Neogestión.

Se dio a conocer tanto los documentos referentes a la UEN como aquellos que son de direccionamiento estratégico como la misión, la visión, política de calidad, objetivos de calidad, mapa de procesos de Cajasan y de la UEN Crédito y Fomento.

Con el fin de recordar los documentos de direccionamiento, se ubicaron en cartelera en puntos visible de la oficina.

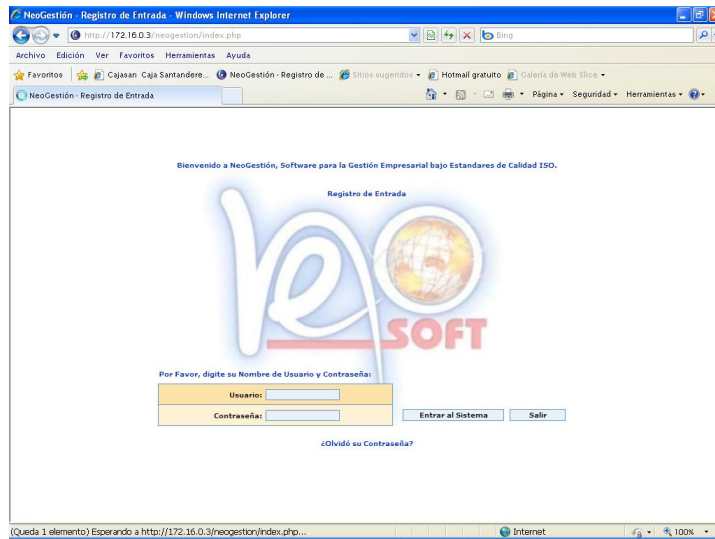
Fotografía 11. Cartel con documentos del sistema de gestión de calidad



Fuente: Autora.

El software Neogestión, es una herramienta que permite consultar los documentos y es una ayuda para el SGC, ya que permite acceder a la información actualizada en cualquier momento.

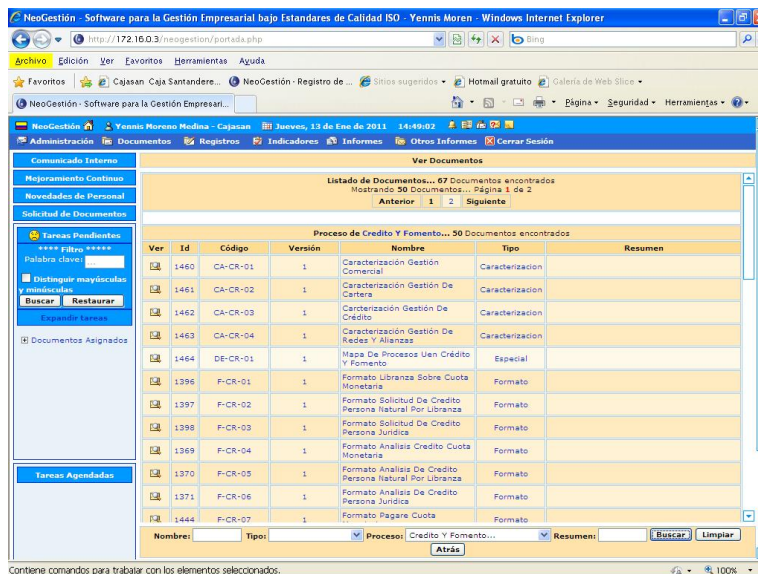
Figura 10. Ingreso a Neogestión



Fuente: Autora.

Este modulo es administrado por la Unidad de Gestión de Calidad de la UDIR Planeación y Control de la Gestión. Cada colaborador de la UEN, tiene un usuario y una contraseña, lo cual le permite acceder al modulo de Neogestión. De esta manera se puede acceder a la documentación de la UEN.

Figura 11. Documentación en Neogestión



Fuente: Autora.

Los documentos como procedimientos, instructivos, manuales, guías y demás, se encuentran en la lista maestra de documentos internos L-PG-01, el objetivo de esta lista es cumplir con el numeral 4.2.3 de la norma ISO 9001:2008 ya que los documentos se encuentran identificados y definidos de forma clara.

Así mismo como parte del cumplimiento del numeral 4.2.4 control de registros, se encuentran las evidencias de las tareas realizadas, en la lista maestra de registros L-PG-02 y para los documentos externos se cuenta con la lista L-PG-03.

9.4 IMPLEMENTACIÓN Y ANÁLISIS DE INDICADORES

Una vez aprobada la documentación se pasaba a la socialización con el personal. Así mismo cuando se definieron los indicadores, se procedió a registrarlos en su hoja de vida respectiva y se empezaron a realizar las mediciones.

Los indicadores que corresponden a los objetivos de calidad están bajo responsabilidad de la UDIR Planeación y Control de Gestión, mientras que los indicadores de la UEN Crédito y Fomento están a cargo de la misma.

La Dirección General junto con los gerentes de cada UEN, se reúnen trimestralmente para realizar revisiones de los indicadores de cada UEN a través del BSC (Balanced Scorecard).

“El Balanced Scorecard o Cuadro de Mando Integral es una herramienta muy útil para la dirección de empresas en el corto y en el largo plazo. En primer lugar, porque al combinar indicadores financieros y no financieros permite adelantar tendencias y realizar una política estratégica proactiva. En segundo lugar, porque ofrece un método estructurado para seleccionar los indicadores guía que implica a la dirección de la empresa.

El BALANCED SCORECARD permite contemplar y proporciona información de la empresa sobre cuatro ángulos diferentes e importantes:

- *Perspectiva del Cliente o Consumidor: ¿qué esperan de la empresa?*

El buen Servicio al cliente es muy importante y es la base para poder permanecer en un mercado competido. Es probable que la Misión destaque sobre este particular. Los clientes esperan productos de óptima calidad, con un costo adecuado, que se entreguen a tiempo y que su rendimiento sea el convenido.

- *Perspectiva Interna: ¿en qué podemos destacarnos?*

¿Qué hacer dentro de la empresas para cumplir con las expectativas de los clientes? Los Procesos de la empresa deben estudiarse y evaluarse para conseguir la satisfacción de los consumidores.

- *Perspectiva de la innovación o aprendizaje: ¿Qué se debe continuar mejorando?*

La competencia es feroz en este nuevo milenio, por ello la empresa debe ser apta para innovar y mejorar. Los productos cumplen su ciclo de vida y es necesario disponer de unos nuevos, con capacidades mayores y atractivas.

- *Perspectiva Financiera: ¿Qué esperan los accionistas?*

Quienes invierten su dinero esperan, en forma legítima un rendimiento adecuado. Si esto no se complace, es probable que inviertan su dinero en una empresa diferente.

El cumplimiento de los cuatro pilares del BALANCED SCORECARD contribuye en mucho a: la motivación de los empleados; mejorar todas las etapas de la cadena de valor; satisfacer las expectativas de los clientes y

*conseguir su lealtad; y por último, a ofrecer mayores rendimientos económicos a los accionistas”.*¹⁵

Los indicadores de proceso son los que se presentan a continuación, con la aclaración que se esta mostrando el comportamiento que ha tenido el indicador desde el tercer trimestre, tiempo en el cual empezó la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

9.5 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS Y DEL SGC

Como parte de la implementación y verificación del Sistema de Gestión de Calidad se realizo el seguimiento a los procesos por medio de la revisión periódica a los indicadores de los procesos y de calidad, con el fin de evaluar el comportamiento del SGC durante el desarrollo del proyecto de la estudiante en práctica.

Los resultados de los indicadores del tercero y cuarto trimestre se muestran en la Tabla 19.

¹⁵ Tomado de

http://www.gerenciaynegocios.com/teorias/balanced_scorecard/02%20%20concepto%20balanced%20score%20card.htm, Enero 2011

Tabla 19. Seguimiento y medición de indicadores

SEGUIMIENTO A INDICADORES									
Proceso al que pertenece el indicador	Nombre del indicador	Definición del indicador	unidad de medición	Meta III Trimestre	Resultado III Trimestre	% cumplimiento	Meta IV Trimestre	Resultado IV Trimestre	% cumplimiento
Gestión comercial	Desarrollo del plan comercial	# Actividades Ejecutadas / # Actividades Programadas	%	100%	49%	49%	100%	100%	100%
	Accesibilidad	# de nuevas personas que acceden al crédito	#	166	84	50,602%	166	150	90.36%
Gestión de crédito	Cobertura	# de créditos otorgados	#	558	309	55,34%	558	450	80.65%
	Excedentes del 55%	Créditos otorgados con 0% de interés en los servicios de la Caja.	#	80	0	0%	240	1	0,4%
Gestión de Cartera	Gestión de cartera	% de créditos con mora mayor a 90 días	%	1%	5.10%	-510%	1%	5,49%	-549%
	Ingresos por recuperación de cartera castigada	Dinero recuperado por tal concepto	\$	\$1.250.000	\$487.689	39,015%	\$1.250.000	\$943.786	75,503%
Gestión de mejoramiento continuo	Eficacia de acciones correctivas	Cumplimiento de las acciones planteadas	%	80%	N.A.	N.A.	80%	100%	125%
	Eficacia de acciones preventivas	Cumplimiento de las acciones planteadas	%	80%	N.A.	N.A.	80%	100%	125%

Fuente: Autora.

9.5.1 Indicador de Satisfacción del Cliente

Para conocer la percepción y aceptación que tienen los Clientes del servicio prestado por la UEN Crédito y Fomento, se mide el indicador de satisfacción del Cliente, el cual se ha destacado por mostrar un excelente resultado.

El indicador de satisfacción es medido bajo la dirección del proceso de Gestión al Cliente de Cajasan, el cual ha definido 4 componentes fundamentales, donde cada uno tiene un peso del 25% del indicador total (ver tabla 20).

Tabla 20. Elementos del indicador de satisfacción del cliente

ELEMENTO DEL INDICADOR	%
Encuestas	25
Grupos foco	25
Quejas	25
Acciones de mejora	25
TOTAL	100%

Fuente: Autora.

A continuación se define cada uno de los elementos del indicador:

Encuestas: el primer elemento que hace parte del indicador de satisfacción del cliente es representado por las encuestas realizadas a los clientes sobre la percepción de los servicios que ofrece la UEN.

En el Anexo 14 se encuentran los formatos bajo los cuales se lleva a cabo la encuesta de satisfacción al Cliente. Hay cuatro formatos, dos para crédito y dos para fomento. En el caso de crédito uno es aplicado a Bucaramanga y su área metropolitana y el otro a las provincias las cuales son: Barbosa, Barranca, Cimitarra, Vélez, San Alberto, Sabana, San Gil, Socorro, San Vicente y Málaga. En el caso de fomento empresarial se aplica una para emprendimiento y la otra para educación financiera.

Las encuestas se realizan tanto por personal de la UEN Crédito y Fomento, como del departamento de gestión al Cliente.

Grupos Foco: el segundo elemento del indicador es una estrategia desarrollada para determinar el nivel de satisfacción de las empresas afiliadas respecto a todos los servicios prestados por Cajasan, incluyendo los prestados por la UEN Crédito y Fomento.

Quejas: este elemento se midió a través de la cantidad de quejas que los diferentes clientes presentaron en cada uno de los CIS.

Acciones de mejora: el cuarto elemento se midió a partir del cumplimiento de los compromisos pactados (acciones de mejora cumplidas / acciones de mejora formuladas) en las revisiones con la Dirección general y planeación para resolver las quejas presentadas y las acciones de mejora de las debilidades encontradas en el informe de satisfacción del trimestre anterior.

9.5.2 Informe de resultados del indicador de satisfacción

Los resultados obtenidos durante los trimestres del año 2010 se presentan en la Tabla 21, en esta tabla se presenta el resultado a nivel general y el detallado obtenido para cada elemento del indicador.

Tabla 21. Resultados indicador de satisfacción

TRIMESTRE	ELEMENTO DEL INDICADOR				META	RESULTADO GENERAL OBTENIDO
	ENCUESTAS	GRUPO FOCO	QUEJAS	ACCIONES DE MEJORA		
1	89%	87%	98%	100%	85%	94%
2	93%	89%	100%	100%	85%	95%
3	95%	77%	99%	100%	85%	93%
4	94%	76%	99%	100%	85%	92%

Fuente: Autora.

9.6 MANEJO DE PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS (PQR´S)

Todas las personas tienen derecho a presentar peticiones respetuosas por motivos de interés general o particular y a obtener pronta solución.

El tratamiento de las PQR´s, (Peticiones, Quejas y Reclamos), es una actividad básica del proceso de servicio al cliente que busca responder a las necesidades del mismo.

La petición es una solicitud verbal o escrita, con el propósito de requerir su intervención en un asunto puntual y concreto. La petición puede ser una solicitud, una información o una sugerencia.

La queja es una inconformidad verbal o escrita que presenta un usuario contra la actuación de determinado funcionario u oficina.

El reclamo es una inconformidad verbal o escrita presentada por un usuario por la no prestación o por la deficiencia de un servicio a cargo de la empresa¹⁶.

¹⁶ Tomado de <http://www.4-72.com.co/pqr>, Enero de 2011

Cajasan tiene una oficina de atención al ciudadano, ubicada en la sede principal de la puerta del sol, cuya función es ayudar en la canalización de las pqr's, para hacerlas llegar a la UEN correspondiente, la cual tiene 2 días hábiles para darle respuesta al cliente. El cliente puede hacer llegar su comentario a través del buzón de sugerencias, la línea telefónica o por correo electrónico.

Figura 12. Publicidad para incentivar al Cliente a dar su opinión.



Fuente: Tomado de <http://www.cajasan.com/contacts.aspx>, Enero 2011

9.7 CONFORMIDAD DEL SISTEMA

Un producto no conforme es el incumplimiento a uno o varios requisitos, afectando al Cliente, mientras que las no conformidades están relacionadas con aquellos incumplimientos que se identifican al interior de la organización y que no han afectado al cliente.

Tanto en el producto no conforme como en la no conformidad, si es necesario se realizan correcciones para solucionar el inconveniente, o se levantan acciones correctivas con el fin de eliminar la causa real.

9.7.1 Metodología

En Cajasan, se encuentra documentado el procedimiento control de servicio no conforme P-PG-04, el cual tiene como objetivo establecer la metodología para el tratamiento del Servicio No Conforme.

Los documentos aplicables son el Formato de Reporte de Servicio No Conforme F-PG-07 y la Lista de Reporte de Servicio No conforme L-PG-06.

En el caso de requerirse una acción correctiva se procede según este procedimiento P-PG-05, cuando no se requiere, se envía el listado de reporte de servicio no conforme al departamento de gestión de calidad.

De esta manera al igual que se socializaron los documentos de la UEN, también se socializaron esta clase de procedimientos que aun siendo externos a la UEN, son utilizados.

9.8 ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

Cumpliendo con dos de los 6 procedimientos obligatorios de la norma, se implemento el procedimiento acciones correctivas y preventivas P-PG-05. De esta manera al levantar una acción correctiva, lo que se pretende es eliminar la causa real del problema presentado, para que este no vuelva a ocurrir. Por otro lado la finalidad de las acciones preventivas, es evitar la no conformidad, eliminando su posible causa.

9.8.1 Metodología

En Cajasan se implemento el procedimiento acciones correctivas y preventivas P-PG-05, con el objetivo de establecer todas las acciones necesarias para la identificación de causas de las no conformidades Reales o Potenciales, realizar control y seguimiento adecuado de los procesos y servicios, con el fin de prevenir que no ocurran o no vuelvan a ocurrir estas no conformidades.

Los documentos aplicables son el Formato de acciones correctivas y preventivas F-PG-06,utilizado para reportar la fuente, la descripción, el tratamiento, el análisis de causas, el plan de acción, seguimiento y fecha de cierre a la no conformidad y el otro documento aplicable es la lista de estado de acciones correctivas y preventivas L-PG-05,la cual se envía a la profesional de la UDIR planeación y control de gestión, para calcular indicadores y realizar seguimiento de la efectividad de las acciones.

9.8.2 Resultados

En la tabal 22, se encuentra el listado de acciones correctivas y preventivas que se presentaron, haciendo una breve descripción de la acción y del plan de acción.

9.9 ACTUALIZACIÓN DE LA TABLA DE RETENCIÓN

Los registros en toda organización deben estar bajo cuidado y control, debido a que se requiere mantener evidencia de los compromisos pactados o de acciones realizadas, en especial en la UEN Crédito y Fomento donde se hace manejo de registros que son propiedad del cliente como pagares, títulos valor, fotocopias de cédulas.

Se trabajo con la persona encargada del archivo, para la actualización de la tabla de retención¹⁷, así mismo se propuso el tiempo de archivo y custodia de los documentos que son propiedad del Cliente, ya que no había control sobre esto. Es así que en la próxima reunión del comité de archivo se concretara la tabla de retención de la UEN.

¹⁷ La tabla de retención es donde se encuentra toda información relacionada con la documentación que tiene cada UEN en Cajasan.

Tabla 22. Registro de acciones correctivas y preventivas



		LISTA DE ESTADO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS				
FECHA	PROCESO	No DE ACCIÓN	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN CORRECTIVA O PREVENTIVA	ESTADO (Abierta o cerrada)	PLAN DE ACCIÓN
01/12/2010	Gestión de Crédito	1	Correctiva	Incumplimiento en la meta del indicador de accesibilidad	Cerrada	Se realiza seguimiento y se llega a la conclusión de que esta acción debe cerrarse y abrirse una nueva en la que se realice un análisis de causas adecuado y por ende un plan de acción conveniente (Ver acción correctiva No. 12).
02/12/2010	Gestión comercial	2	Correctiva	Incumplimiento en la meta del indicador de desarrollo plan comercial	Cerrada	Debido a que no se estaba cumpliendo con las actividades por el tiempo que requería Fomento, se estableció que este proceso hará parte de la UEN Responsabilidad Social
01/12/2010	Gestión de Crédito	3	Correctiva	Incumplimiento en la meta del indicador de cobertura	Cerrada	Se realiza seguimiento y se llega a la conclusión de que esta acción debe cerrarse y abrirse una nueva en la que se realice un análisis de causas adecuado y por ende un plan de acción conveniente (Ver acción correctiva No. 13).
01/12/2010	Gestión de cartera	4	Correctiva	Incumplimiento en la meta del indicador ingresos por recuperación de cartera castigada	Abierta	Realizar gestión de cobro sobre los casos que tiene el abogado. [Periodo de cierre Marzo]
01/12/2010	Gestión de cartera	5	Correctiva	Incumplimiento en el indicador gestión de cartera	Cerrada	Se realiza seguimiento y se llega a la conclusión de que esta acción debe cerrarse y abrirse una nueva en la que se realice un análisis de causas adecuado y por ende un plan de acción conveniente (Ver acción correctiva No. 14).

Tabla 22. (Continuación)

		LISTA DE ESTADO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS				
FECHA	PROCESO	No DE ACCIÓN	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN CORRECTIVA O PREVENTIVA	ESTADO (Abierta o cerrada)	PLAN DE ACCIÓN
11/11/2010	Gestión de Crédito	6	Preventiva	Pagare crédito automático	Cerrada	Debido a que se podría generar el no pago de la obligación por parte del cliente, teniendo en cuenta que la empresa del cliente no estaría respondiendo por la deuda, se debe crear el formato pagare cuota monetaria.
29/12/2010	Gestión de mejoramiento o continuo	12	Correctiva	Incumplimiento en la meta del indicador de accesibilidad (mejorado)	Abierta	Implementar una nueva línea de crédito y realizar un estudio para reactivar el consumo de crédito. [Periodo de cierre Marzo]
29/12/2010	Gestión de mejoramiento o continuo	13	Correctiva	Incumplimiento en el indicador de cobertura (mejorado)	Abierta	En reunión con el comité de crédito se estudiarán las políticas de crédito con referencia al monto máximo sin codeudor y estudiar nuevas formas de realizar publicidad. [Periodo de cierre Marzo]
29/12/2010	Gestión de mejoramiento o continuo	14	Correctiva	Incumplimiento en el indicador gestión de cartera (mejorado)	Abierta	Para hacer seguimiento a esta clase de clientes morosos se contrato un ingeniero de sistemas para crear un programa que permita realizar una gestión de cobro eficaz. [Periodo de cierre Marzo]

Fuente: Autora.

10. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE GESTIÓN DE CALIDAD

En Cajasan el sistema de gestión de calidad tiene como elementos para la evaluación: las auditorías, la revisión por la dirección y las reuniones trimestrales para hacer seguimiento a los indicadores del BSC.

10.1 AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD

Las auditorías internas se realizan con el fin de hacer seguimiento al SGC e identificar la madurez, fortalezas y dificultades de los procesos.

Durante el periodo de implementación se realizaron dos auditorías internas, siguiendo los lineamientos establecidos en la norma ISO 9001:2008 y el procedimiento de Auditorías Internas P-PG-03, (Ver Anexo 11. Procedimientos obligatorios), que tiene como objetivo describir las actividades que se llevan a cabo para revisar periódicamente el cumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad, determinando su eficacia, detectando las necesidades de mejora e identificando la conformidad o no conformidad en los diferentes procesos del sistema.

10.1.1 Programación

La programación de las auditorías internas esta a cargo de la Gerente UDIR Planeación y Control de Gestión, tal como se evidencia en el procedimiento P-PG-03, posteriormente el auditor líder se comunica con la UEN para solicitar la documentación requerida, enviar el plan de la auditoría y llevar a cabo la auditoría.

Un producto obtenido de la programación es el programa anual de auditorías, el cual se envía a todo el personal de la UEN, con el fin de tener presente cada una de estas fechas, esta programación se presenta en la Tabla 24.

Tabla 23. Programación de auditorías internas UEN Crédito y Fomento.

	PROGRAMACIÓN AUDITORÍAS INTERNAS UEN CRÉDITO Y FOMENTO				
	LUGAR	PROCESOS	FECHAS		EQUIPO AUDITOR
			Programada	Ejecutada	
2 piso sede administrativa puerta del sol	Gestión comercial	7 de Octubre de 2010	9 de Diciembre de 2010	Magda Carolina González	
	Gestión de crédito				
	Gestión de cartera				
2 piso sede administrativa puerta del sol	Gestión comercial	7 de Octubre de 2010	7 de Enero de 2011	Fabiola Angélica Pacheco Blanco	
	Gestión de crédito				
	Gestión de cartera				
2 piso sede administrativa puerta del sol	Gestión comercial	15 de Enero de 2011	3 de Junio de 2011	Magda Carolina González	
	Gestión de crédito				
	Gestión de cartera				
2 piso sede administrativa puerta del sol	Gestión comercial	15 de Enero de 2011	6 de Septiembre de 2011	Fabiola Angélica Pacheco Blanco	
	Gestión de crédito				
	Gestión de cartera				
2 piso sede administrativa puerta del sol	Gestión de crédito	15 de Enero de 2011	Octubre de 2011	ICONTEC	
	Gestión de cartera				
	Gestión de crédito				
2 piso sede administrativa puerta del sol	Gestión de crédito	15 de Enero de 2011	5 de Diciembre de 2011	Fabiola Angélica Pacheco Blanco	
	Gestión de cartera				
	Gestión de crédito				

Fuente: Autora.

Por requisito del proyecto se llevaron a cabo las dos primeras auditorías programadas, las demás son para realizarlas en el transcurso del año presente según las fechas estipuladas.

NOTA: Las fechas de ejecución de las auditorias programadas el 15 de enero de 2010 están sujetas a modificación.

10.1.2 Preparación

El auditor líder, solicito la lista maestra de documentos internos, externos y de registros y las caracterizaciones.

Posteriormente sé reviso la documentación, formuló las preguntas, definió aspectos a tener en cuenta y preparo la lista de verificación.

Seguidamente procedió a enviar el plan de auditoría, documento donde se encuentra el auditor líder, los miembros del equipo auditor, el objetivo de la auditoría, el alcance, fecha de ejecución, hora de apertura y cierre y el itinerario. El plan de auditoria se envió por correo electrónico a la líder de calidad y a la practicante UIS con ocho días de anticipación del día de la auditoria.

La primera auditoría estuvo a cargo de la empresa asesora externa de calidad INGCODI y la segunda auditoria estuvo a cargo de la profesional de la UDIR Planeación y Gestión de Control.

Se debe aclarar que para Cajasan, el auditor debe cumplir con las siguientes competencias:

- Ser profesional o técnico en un área relacionada con las actividades desarrolladas por la empresa.
- Tener conocimiento de la empresa a través del desempeño de labores en la misma por lo menos durante seis meses.
- Tener conocimiento de la norma ISO 9001
- Haber tomado el curso de auditores internos de calidad.

10.1.3 Ejecución de las auditorías internas

La ejecución de las auditorías empezó con la reunión de apertura en la cual se convoco a todo el personal.

La reunión de apertura la realizo el auditor líder, en esta se presento el auditor y auditados, se anuncio el itinerario, la metodología, la fecha de presentación de los resultados y se tuvieron en cuenta las sugerencias y se resolvieron preguntas de los auditados.

Las auditorías se llevaron a cabo bajo la metodología de entrevistas, revisión de documentos y registros y observación.

Durante la auditoría el auditor líder, realiza muestreo de la información, registros y documentos y mismo tiempo identifico el grado de compromiso del personal con el SGC.

Al finalizar la auditoría, el equipo auditor junto con el personal se reunió, entrego conclusiones clasificadas en fortalezas, debilidades, no conformidades y observaciones, todo esto consolidado en un informe de auditoria el cual se entregaba a mas tardar a la siguiente semana.

La primera auditoría interna fue realizada por Magda Carolina Gonzales como auditora externa, el día 9 de diciembre, de 7:00 am a 10:00am y el informe se entrego el día 16 de Diciembre de 2010 (Véase anexo 15).

La segunda auditoría interna fue realizada por la auditora Fabiola Angélica Pacheco el día 7 de enero de 2011 de 7:00 am a 10:00 am y el informe se entregó al siguiente día (Véase anexo 16).

Tanto en la primera como en la segunda auditoría se auditaron los procesos de SGC: Gestión comercial, gestión de crédito, gestión de cartera.

Los procesos de gestión de fomento empresarial y gestión de redes y alianzas, no se auditaron, teniendo en cuenta lo siguiente:

El proceso de Fomento no se audito teniendo en cuenta el análisis realizado a partir del levantamiento de la información para la documentación, realizado por la practicante donde se visualiza la similitud de este proceso con lo documentado y ejecutado en la Unidad de Responsabilidad Social en el proceso de Gestión de Recursos de Cooperación, por lo tanto el proceso de fomento no se establecerá dentro del alcance de la UEN de Crédito y Fomento, ya que sus actividades se desarrollaran según lo establecido en la documentación de la Unidad de Responsabilidad social.

Así mismo con la creación de la unidad de Alianzas, se establecerá la documentación estandarizada y aplicada por todas las unidades de negocio de la Caja, de manera que cumplan con los planteamientos de esta Unidad, por lo tanto los procesos que se tengan establecidos o levantados en cada unidad de negocio se eliminarán y deberán adoptar esta nueva directriz, cuya socialización estará a cargo del Gerente de la unidad de Alianzas.

Las razones anteriormente mencionadas se presentan en el acta, la cual se encuentra en el Anexo 1.

10.1.4 Análisis del informe de auditoría

Una vez obtenido el informe de auditoría, donde se detallaron los hallazgos, indicando a que numeral aplicaban si era el caso de una no conformidad, las observaciones, las debilidades y fortalezas tanto del proceso como del sistema, se socializaba con el personal y se procedía a levantar las acciones correctivas por las no conformidades presentadas, y de algunas observaciones, levantar acciones de mejora, así mismo proponía como meta trabajar por las debilidades y el gerente felicitaba por las fortalezas presentadas.

La primera auditoría fue un gran aprendizaje ya que permitió experimentar el hecho de sentirse auditado y desde luego tener en cuenta todo aquello que la auditora evidencio, para mejorar.

Para la segunda auditoría el personal se preparo, teniendo en cuenta la experiencia anterior y fue menos tensión que se sintió.

En el anexo 17 se encuentran las actas de socialización de los dos informes de auditoría.

10.1.5 Planes de mejora a las no conformidades detectadas

Después de realizada tanto la primera como la segunda auditoría al sistema de gestión de calidad de la UEN Crédito y Fomento, se empezó a trabajar para dar solución a los hallazgos no conformes encontrados en cada auditoria, para esto se realizo un plan de mejora por cada proceso que lo necesitaba, haciendo el registro, en el formato de acciones correctivas y preventivas F-PG-06 (Ver Anexo 18), formato en el que se describe la no conformidad, las acciones a tomar, análisis de causas, plan de acción, seguimiento y fecha de cierre de la no conformidad.

De las cinco no conformidades presentadas durante la primera auditoría se levantaron 5 acciones correctivas.

La segunda auditoría dio como resultado 4no conformidades, mostrando mejoramiento en los procesos y el manejo del SGC.

En la tabla 24 y tabla 25, respectivamente se muestran las no conformidades detectadas en cada una de las auditorías, la acción correctiva, el estado y descripción de la misma.

De algunas de las observaciones hechas por el auditor tanto en la auditoria 1, se levantaron acciones mejora, las cuales se muestran en la tabla 26.

Teniendo en cuenta que se presento en la primera auditoría una debilidad del proceso que consistía en que el personal no tenia clara la política de calidad ni como se aplicaba desde su puesto de trabajo, se realizó una capacitación para reforzar este tema (Véase Anexo 22).

Tabla 24. Hallazgos y planes de acción de la auditoría 1.


		LISTA DE ESTADO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS				
FECHA	PROCESO	No DE ACCIÓN	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN CORRECTIVA O PREVENTIVA	ESTADO (Abierta o cerrada)	PLAN DE ACCIÓN
29/12/2010	Gestión de mejoramiento continuo	7	Correctiva	No conformidad al requisito 4.2.2 Manual de calidad: En el manual de calidad de Cajasan no se encuentra la información de la UEN auditada.	Abierta	Realizar la actualización del manual de calidad. [Periodo de cierre Febrero]
29/12/2010	Gestión de mejoramiento continuo	8	Correctiva	No conformidad al requisito 4.2.3. Control de la documentación: En el P-CR-11 Procedimiento de Castigo de Cartera en la descripción 4, el formato perteneciente al acta no coincide con el del sistema. EL P-CR-10 Procedimiento de Gestión de Cartera no se encuentra en NEOGESTIÓN.	Cerrada	Para el P-CR-11, Realizar el cambio del código del formato del acta para que coincida con el del sistema. Incluir el P-CR-10 en Neogestión. Es necesario realizar una revisión detallada de toda la documentación.
29/12/2010	Gestión de mejoramiento continuo	9	Correctiva	No conformidad al requisito 4.2.4. Control de registros: Se evidencio registros en los que se dejan campos sin diligenciar ej. (F-CR-02), teniendo en cuenta que este espacio era para el consecutivo el cual no se lleva. En el proceso de crédito y fomento (P-CR-01) no se encuentra el código del formato de solicitud de crédito.	Cerrada	Realizar capacitación acerca del SGC, donde se refuerce el tema de diligenciamiento de todos los campos en los registros (Ver Anexo 20). Realizar una revisión detallada de toda la documentación.

Tabla 24. (Continuación)




		LISTA DE ESTADO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS				
FECHA	PROCESO	No DE ACCIÓN	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN CORRECTIVA O PREVENTIVA	ESTADO (Abierta o cerrada)	PLAN DE ACCIÓN
29/12/2010	Gestión de mejoramiento continuo	10	Correctiva	No conformidad al requisito 8.2.3 seguimiento: Se evidencio que se tienen establecidos los indicadores que responden al mejoramiento del sistema, pero en cuanto a los indicadores existe alerta, debido a que no se logra alcanzar los resultados planificados y no se realizan correcciones y acciones correctivas, según sea lo conveniente. Además es importante anotar que en general no existe claridad en la manera de la medición y análisis de los indicadores. Además existen indicadores sin medir a la fecha y sin su respectivo análisis.	Cerrada	Realizar capacitación acerca como levantar las acciones correctivas y preventivas. Se cerraron aquellas acciones que no tenían un análisis de causa eficaz y se abrieron unas nuevas con el fin de cubrir esta falencia, especialmente para el caso de los indicadores. (Véase Anexo 21)
29/12/2010	Gestión de mejoramiento continuo	11	Correctiva	No conformidad al requisito 8.5 Mejora: No existe evidencia de la comprobación de la eficacia de las acciones, las acciones no han sido cerradas cuando la fecha de la ejecución de la acción esta vencida y no hay claridad en el seguimiento de las acciones. Acciones correctivas y preventivas no dan coherencia de la acción con las raíces de la causa.	Cerrada	Realizar capacitación acerca como levantar las acciones correctivas y preventivas. Se cerraron aquellas acciones que no tenían un análisis de causa eficaz y se abrieron unas nuevas con el fin de cubrir esta falencia, especialmente para el caso de los indicadores. (Véase Anexo 21)

Tabla 25. Hallazgos y planes de acción de la auditoría 2.

		LISTA DE ESTADO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS				
FECHA	PROCESO	No DE ACCIÓN	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN CORRECTIVA O PREVENTIVA	ESTADO (Abierta o cerrada)	PLAN DE ACCIÓN
11/01/2011	Gestión de mejoramiento continuo	19	Correctiva	Requisito 4.2.3 Control de la Documentación: Existen copias controladas del procedimiento de gestión de cartera en versión 1, cuando el procedimiento se encuentra en la versión 2.	Cerrada	Realizar una revisión de la documentación de las copias controladas para recoger versiones anteriores a la actual.
11/01/2011	Gestión de mejoramiento continuo	20	Correctiva	Requisito 4.2.4 Control de registros: No se encuentra establecido el tiempo de retención de los registros.	Abierta	Se espera reunión del comité de archivo para establecer los tiempos de archivo de los documentos. [Periodo de cierre Febrero]
11/01/2011	Gestión de mejoramiento continuo	21	Correctiva	Requisito 6.2.2. Competencia, formación y toma de conciencia: No se encuentra definida la educación, formación, habilidades y experiencia necesarias para los cargos de Analista de Crédito I y Analista de Crédito II.	Abierta	Pasar la solicitud a la Unidad de Soporte Corporativo (USC) de Gestión Humana, para definir la formación del personal de la UEN y para actualizar la ficha de cursos. [Periodo de cierre Febrero]
11/01/2011	Gestión de mejoramiento continuo	22	Correctiva	Requisito 7.5.4. Propiedad del cliente: La organización no identifica, protege y salvaguarda los documentos que contienen datos personales de los clientes como el pagare	Cerrada	Archivar los documentos en un lugar debidamente custodiado.

Fuente: Autora.

Tabla 26. Acciones de mejora a partir de las observaciones de la auditoria 1.

		LISTA DE ESTADO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS				
FECHA	PROCESO	No DE ACCIÓN	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN CORRECTIVA O PREVENTIVA	ESTADO (Abierta o cerrada)	PLAN DE ACCIÓN
29/12/2010	Gestión comercial	15	Mejora	En el Flujo grama de la caracterización, las acciones correctivas y preventivas no se enlazan con ningún proceso.	Cerrada	Enlazar en el flujo grama de la caracterización las acciones correctivas con el mismo proceso con el fin de dar a entender que a partir de estas, se vuelve a empezar, pero mejorando.
29/12/2010	Gestión de crédito	16	Mejora	Las políticas de acceder a los créditos no se tienen en el de todas las políticas estipuladas y se da por correo electrónico	Cerrada	Se reviso la documentación y se encontró que las políticas para acceder a los créditos, si se encuentran en el documento llamado políticas de crédito (N-CR-01)
29/12/2010	Todos los procesos	17	Mejora	El archivo no se tiene de acuerdo a las políticas de la empresa.	Abierta	Solicitar la agilidad en la actualización de la tabla de retención. [Periodo de cierre Marzo]
29/12/2010	Gestión de crédito	18	Mejora	Estudiar la implementación del formato propiedad del cliente (F-PG-10) teniendo en cuenta que se están manejando documentos de titulo valor como pagare y carta de aceptación.	Abierta	En la próxima reunión del crédito, se tiene estipulado que uno de los puntos a tratar es la viabilidad de implementar este formato de propiedad del cliente. [Periodo de cierre Febrero]

Fuente: Autora.

Para la ejecución de las actividades se tiene planeado cumplirlas antes de finalizar el mes de marzo de 2011, con el fin de lograr madurez en el SGC y de esta forma en la siguiente auditoría programada tener un sistema más fuerte y mejorado, que permita alcanzar la certificación para el mes de Octubre del año en curso.

10.1.6 Seguimiento a las no conformidades y observaciones

La profesional de la UDIR Planeación realizó seguimiento y acompañamiento a las acciones correctivas, preventivas y de mejora, planteadas por la líder de calidad y practicante, así mismo, verifico el cumplimiento de sus respectivos planes de mejora, haciendo inspecciones del estado y procurando que el cierre a la acción sea antes o en la fecha estipulada, comprobando la eficacia de la misma.

10.1.7 Revisión gerencial

La revisión por la dirección en el sistema de gestión de calidad, se realiza bajo el procedimiento revisión gerencial P-PG-07 (ver anexo 13).

En el procedimiento se describe que la dirección general planea la ejecución de la revisión, la cual debe realizarse mínimo una vez año. La revisión del año 2010 se realizó en el primer trimestre del año, tiempo en el cual apenas se estaba empezando la implementación del sistema de gestión de calidad en la UEN.

Sin embargo cada tres meses a través del BSC (Balanced Scorecard) el gerente general de Cajasan, junto con los gerentes de cada UEN realizan revisiones de los informes de desempeño de los indicadores y de los procesos, así como de las acciones de mejora desarrolladas de las revisiones anteriores.

10.2 NIVEL DE CUMPLIMIENTO FINAL DEL SGC EN LA UEN CRÉDITO Y FOMENTO

Así como se realizó un diagnóstico inicial con el fin de tener un conocimiento del grado de avance del Sistema de Gestión de Calidad, igualmente se realizó un diagnóstico final para tener conocimiento de la evolución y cumplimiento que tuvo la implementación del sistema de gestión de calidad por parte de la autora del proyecto.

10.2.1 Desarrollo

La Lista de verificación utilizada para realizar el diagnóstico inicial fue la misma que se utilizó para realizar el diagnóstico final.

El nivel de cumplimiento obtenido fue del 86.1%, los resultados se presentan en el anexo 18.

En la tabla presentada a continuación se encuentra nuevamente la descripción, nomenclatura y valor de los niveles de cumplimiento con la NTC ISO 9001:2008.

Tabla 27. Descripción, nomenclatura y valor de los niveles de cumplimiento.

DESCRIPCIÓN	CRITERIO	VALOR
Requisito no definido	N	1
Definido sin documentar	SD	2
Documentado	D	3
Implementado	I	4
En proceso de mejora continua	MC	5

Fuente: Autora.

En el anexo 19 se encuentra la lista de verificación diagnóstico final de requisitos de la norma, en la cual se especifica el estado actual que presenta la UEN.

10.3DIAGNÓSTICO FINAL

Utilizando la lista de verificación inicial se realizó un diagnóstico final con el fin de conocer el grado de avance de la UEN, en la implementación del SGC.

De la lista de verificación se obtuvieron los siguientes resultados para la evaluación de los 105 aspectos de la norma:

En la lista de verificación se evaluaron 105 aspectos de la norma, en donde cada uno tenía un puntaje asignado de 1 a 5, siendo 1 (N=No definido) el más bajo y 5 (MC=Mejorado continuamente) el más alto, teniendo en cuenta que de los 105 aspectos de la norma, 16 no aplicaron. De tal manera que el puntaje máximo está dado por los 89 ítems que aplican dando un total de 445 (89*5).

Los resultados por cada criterio de evaluación se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 28. Resultados por cada criterio de evaluación para el diagnóstico final

CRITERIO DE EVALUACIÓN	PUNTAJE POR CRITERIO	NUMERALES CALIFICADOS	PUNTAJE OBTENIDO
N: No definido	1	1	1
SD: Definido sin Documentar	2	0	0
D: Documentado	3	7	21
I: Implementado	4	44	176
MC: Mejorado continuamente	5	37	185
TOTAL			383
PUNTAJE MÁXIMO			445
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO			86.1%

Fuente: Autora.

De la lista de verificación también se determinó el nivel de cumplimiento general de los numerales 4, 5, 6 7 y 8, esta información se presenta en la siguiente tabla.

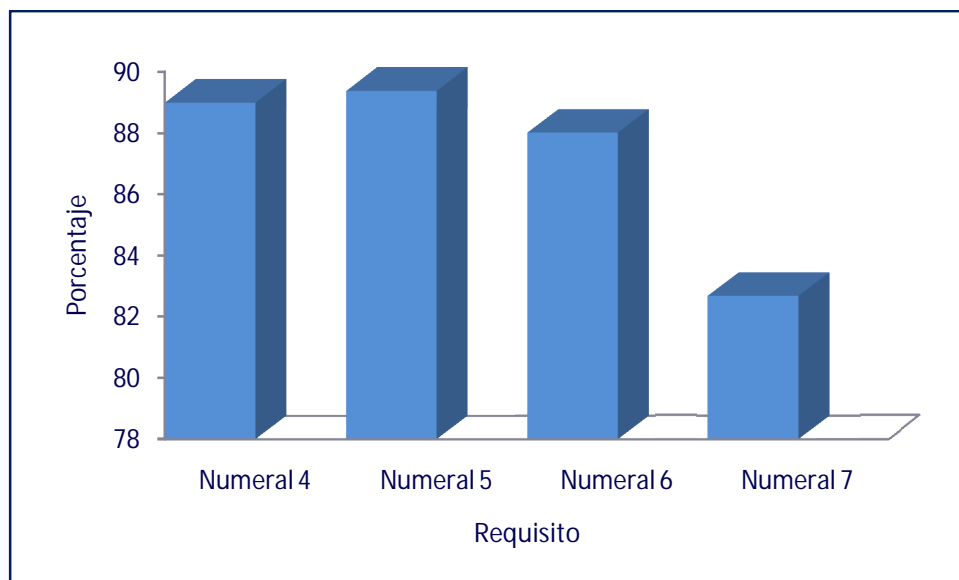
El nivel de cumplimiento se determinó comparando el puntaje obtenido vs el puntaje posible de cada numeral respectivamente.

Tabla 29. Nivel de cumplimiento final de la UEN crédito y fomento frente a los requisitos de la Norma

NUMERAL DE LA NORMA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE POSIBLE	% DE CUMPLIMIENTO
Numeral 4	89	100	89%
Numeral 5	143	160	89.375%
Numeral 6	44	50	88%
Numeral 7	62	75	82.67%
Numeral 8	45	55	81.81%
TOTAL	383	445	86.1%

Fuente: Autora.

Figura 13. Gráfico nivel final de cumplimiento de la UEN Crédito y Fomento



Fuente: Autora.

El nivel total de cumplimiento de la UEN crédito y fomento con respecto a los requisitos de la NTC ISO 9001:2008, resultado ser del 86.1%, este porcentaje permitió concluir que la implementación del SGC en la UEN, fue exitoso y que el trabajo debe continuar hasta lograr el 100% de cumplimiento con la norma.

A continuación se realiza una descripción de lo ocurrido en cada numeral.

NUMERAL 4

El nivel de cumplimiento inicial fue de 39%, y el final fue de 89%. Se puede observar una mejora notable, teniendo en cuenta que los procesos se encuentran formalmente establecidos en el mapa de procesos, se documentaron en su totalidad procedimientos y se codificaron registros.

Se logro la estandarización en los procesos, ya que al realizar los procedimientos el personal aportó su punto de vista y se llego al común a cuerdo. Con respecto a los indicadores, aunque todavía hace falta mejorar, se avanzo notablemente en el análisis de resultados y se implementaron acciones correctivas, preventivas y de mejora.

Por medio de las capacitaciones, el personal de la UEN conoció la política, los objetivos, el manual de calidad, el procedimiento control de documentos y de registros.

NUMERAL 5

Paso de tener un nivel de cumplimiento de 58.125% a 89.375%.

En la próxima revisión por la dirección, la UEN va a tener su espacio.

Se realizaron reuniones para analizar quejas y sugerencias, presentadas por los clientes. Por medio de las capacitaciones se logro involucrar al personal en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

Se definieron los responsables de los procesos. Se establecieron los indicadores necesarios para ejercer control y mejora sobre el SGC.

En reunión programada con la USC de Gestión Humana, se tiene previsto dejar establecido la responsabilidad y autoridad del personal de la UEN.

NUMERAL 6

Inicialmente en este requisito de la norma se presento un nivel de cumplimiento de 70%, al finalizar el proyecto el nivel de cumplimiento fue del 88%.

A lo largo de todo el proyecto, Cajasan proporcionó todos los recursos necesarios para las actividades se llevaron a cabo y se lograra el éxito de la implementación del SGC en la UEN.

En reunión programada con la USC Gestión Humana, así como se espera definir responsabilidad y autoridad, también el manual de funciones y de competencia para cada uno de los puestos de la UEN y la actualización de las hojas de vida.

Junto con el apoyo de la USC Sistemas, se implemento el plan de mantenimiento tanto para el hardware como para el software.

NUMERAL 7

El nivel de cumplimiento de la norma inicialmente se presenta en un 40% y al realizar el diagnóstico final fue de 82.67%.

Al momento de definir los procedimientos, instructivos y demás documentos, sé tuvo en cuenta el apoyo del gerente de la UEN quien es profesional en comercio y de la Gerente de la UDIR Planeación quien es Ingeniera Industrial y desde luego del personal que en conjunto se obtuvo un buen resultado.

NUMERAL 8

Se presento un nivel de cumplimiento de 38.18% al realizar el primer diagnóstico, y un nivel de cumplimiento de 81.81%, al realizar el diagnostico final.

Con la implementación de un mejor análisis de los indicadores y la realización de acciones correctivas y preventivas, se puede evidenciar que en la UEN se alcanza lo planeado.

Se propuso definir el tipo de muestreo estratificado de acuerdo al modelo que tiene la Caja, para clasificar sus afiliados, y así tener la información de una muestra que si represente la población.

La UEN, empezó a hacer uso de los procedimientos de auditoría interna, control de producto no conforme, acción correctiva y acción preventiva.

ANÁLISIS GENERAL

Al terminar el desarrollo del proyecto, el nivel de cumplimiento de la norma resulto ser del 86.1%. Un buen resultado, teniendo en cuenta que se logro la colaboración y el compromiso del personal, para realizar la documentación e implementación de los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2008.

11. APORTES ADICIONALES

Se implementó la planilla de información, esto con el fin de hacer seguimiento a los clientes que se comunicaban con la UEN para solicitar algún servicio.

Se propuso realizar un estudio que permita determinar el número adecuado de personas a las cuales se debe aplicar la encuesta de satisfacción.

Se adelantó el proceso para la acogida de la ley 594 de 2000 para el archivo.

En el sistema de Administración de crédito y cartera (SIACC), se eliminó la etapa de estudio y legalización del crédito, ya que no le proporcionaba valor agregado al proceso y por el contrario causaba demora. Así mismo se pasó la solicitud para la Eliminación de otra etapa.

La implementación de la lista de chequeo permitió tener control sobre los documentos, debido a que en estas se encontraba el responsable y lo que estaba recibiendo.

Se aportó en el cambio del formulario de solicitud de crédito por libranza. Teniendo en cuenta que en el formulario se incluyó el espacio para que la empresa autorizara el descuento por nómina al trabajador y no como se estaba haciendo antes en donde el trabajador pasaba la solicitud del crédito y luego la UEN enviaba una carta a la empresa del trabajador, preguntando si autorizaba el descuento por nómina.

Se llegó a la conclusión que sobraba una de las copias que se enviaban a USC Contabilidad, por tal razón se eliminó y por ende disminuyó el gasto de papel y se contribuyó con el medio ambiente.

12. CONCLUSIONES

El Sistema de Gestión de Calidad está claramente establecido y medido por herramientas como los indicadores, encuesta de satisfacción y las actividades de seguimiento, lo cual permite hacer seguimiento a la eficacia del sistema de gestión implementado.

Durante la etapa de implementación se identificaron hallazgos negativos los cuales pudieron ser corregidos, evitando que estos inconvenientes volvieran a ocurrir.

Tanto las actividades de capacitación como las de sensibilización fueron eficaces, ya que el personal demostró su grado de conocimiento y participación activa en las nuevas responsabilidades generadas por la implementación del sistema de gestión de calidad.

La realización de las auditorías sobre el SGC de la UEN Crédito y Fomento, dio conocer las falencias que se tenían y por ende permitió mejorar y fortalecer el SGC.

La UEN Crédito y Fomento adquirió una cultura de autocontrol, permitiendo esto evaluar y hacer seguimiento a sus acciones con el fin de mejorar, teniendo en cuenta que esto fortaleció la relación con los clientes.

La implementación del SGC en la UEN Crédito y Fomento, permitió que la estudiante en practica UIS, aplicara sus conocimiento de la Norma ISO 9001:2008, administrativos, de talento humano y conceptos estadísticos. La práctica permitió que adquiriera experiencia laboral.

RECOMENDACIONES

Es importante mantener el sistema de gestión de calidad y seguir avanzando sobre la base que ya se construyó para mejorar.

Continuar realizando jornadas de capacitación a todo el personal de la UEN Crédito y Fomento, con el fin de crear un entorno más participativo del personal frente al sistema, logrando afianzar lo visto y aprender más.

Realizar revisiones asegurando que se este usando la documentación vigente, y de la forma correcta, con el fin de mantener informado a todo el personal de los cambios que van surgiendo.

Una vez elaboradas las acciones correctivas y preventivas contar el apoyo del gerente de la UEN, con el fin de tener un punto de vista que ayude a identificar la causa de problema especialmente en el caso de los indicadores.

Implementar la encuesta de satisfacción a los aliados, esto con el fin de conocer el grado de aceptación que tiene la Caja, además de recibir sugerencias que permitirán desarrollar la tarea de una mejor forma.

Escoger algunos de los métodos que permitan realizar un número de encuestas tal que sea representativo de la población.

BIBLIOGRAFÍA

ACEVEDO, Wilmer Gerardo y MORALES, Iván Darío. Diseño, Documentación e implementación del sistema de gestión de la calidad en la unidad estratégica de negocio de mercadeo social de CAJASAN, basado en la norma NTC ISO 9001:2008. Trabajo de grado Ingeniero Industrial. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ingenierías Físico Mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales, 2010

ÁLVAREZ, Elías. Administración por calidad total 14 indicadores del éxito. 1 ed. Medellín: Lito Dos, 1991.

CAJA SANTANDEREANA DE SUBSIDIO FAMILIAR (CAJASAN). Información corporativa [en línea]<http://www.cajasan.com/infocorp>

CAMARGO, Diana Carolina. Diseño, Documentación, Implementación y evaluación del sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2008 para Forpresalud IPS. Trabajo de grado Ingeniera Industrial. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ingenierías Físico Mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales, 2008.

GÓMEZ, Eduardo. El control de calidad total como una estrategia de comercialización. 1 ed. Bogotá D. C.: Legis Editores S.A. 1991. 312p.

HARRINGTON, H. James y HARRINGTON, James S. administración total del mejoramiento continuo, la nueva generación. 1 ed. Bogotá D.C: McGRAW-HILL, 1997.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN
ICONTEC. Norma Técnica Colombiana ISO 9000:2005. Sistemas de Gestión de la
Calidad. Fundamentos y vocabulario, Bogotá D.C. 2005, 8p.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN
ICONTEC. Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2008. Sistemas de Gestión de la
Calidad. Requisitos, Bogotá D.C. 2008.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN
ICONTEC. Norma Técnica Colombiana ISO 19011:2002. Sistemas de Gestión de
la Calidad. Directrices para la auditoria de los sistemas de gestión de la calidad y/o
ambiental, Bogotá D.C., 2002.

LOCK, Dennis y SMITH, David J. Gerenciar la calidad total, estrategias y técnicas.
1 ed. Bogotá D.C.: LEGIS EDITORES, 1991. 4,5p.

PARADA, Pilar Tatiana. Diseño, Documentación e implementación del sistema de
gestión de la calidad según la norma NTC-ISO 9001:2008, para la cooperativa
multiactiva de empleados de Transejes, Ejerser LTDA. Trabajo de grado Ingeniera
Industrial. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. Facultad de
Ingenierías Físico Mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales,
2009.

QUEZADA, Mayerly. Implementación del proceso de auditoria externa a la IPS de
la red prestadora ARS Caja de Compensación Familiar Cajasan. Trabajo de grado
Trabajadora Social. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. Facultad
de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social, 2008.

URIBE, Liliana Marcela. Diseño, Documentación, Implementación y Evaluación del sistema de gestión de calidad para la línea de fabricación, venta y alquiler de unidades móviles de la empresa J's SERVIPETROL LTDA., bajo los lineamientos de la norma NTC ISO 9001:2008. Trabajo de grado Ingeniera Industrial. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ingenierías Físico Mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales, 2010

LINKS DE INTERÉS

<http://normas9000.com/conosenos.html?pmc=ar>

<http://www.gestiopolis.com/recursos/experto/catsexp/pagans/ger/49/iso.htm>

<http://www.gestiopolis.com/recursos/experto/catsexp/pagans/ger/49/iso.htm>

<http://www.4-72.com.co/pqr>

ANEXOS

Anexo 1. Acta de Reunión del Comité de Calidad de fecha 01 de Diciembre de 2010.



FORMATO DE ACTA

CODIGO: F-CM-05

VERSION N ° 2

Tipo de Reunión	Sistema de Gestión de Calidad	Unidad que realiza la citación	Planeación y Control de Gestión
No. Acta	NA	Lugar	Oficina de Planeación
Fecha	1 de Diciembre 2010	Hora de Inicio	2:00 pm
		Hora de Fin	4:00 pm

	Nombre	Cargo
Asistentes	Norma Hernandez Vanegas Fabiola angelica Pacheco Herlinda Gamboa Santa Tatiana Buenahora Gomez	Gerente UDIR Planeación y Control de Gestión Profesional Gestión de calidad Profesional Gestión de calidad Practicante Universitaria
Orden del día	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios del proceso de Fomento • Cambios del Proceso Gestión de Redes y alianzas 	

Temas Tratados

- De acuerdo al análisis realizado a partir del levantamiento de la información para la documentación realizado por la practicante para el proceso de Fomento, se visualiza la similitud del proceso con lo documentado y ejecutado en la Unidad de Responsabilidad Social en el proceso de Gestión de Recursos de Cooperación, por lo tanto no se establecerá dentro del alcance de la UEN de Crédito el proceso de Fomento, ya que sus actividades se desarrollaran según lo establecido en la documentación de la Unidad de Responsabilidad Social.
- Con la creación de la Unidad de Alianzas, se establecerá la documentación estandarizada y aplicada por todas las unidades de negocio de la Caja, de manera que cumplan con los planteamientos de esta Unidad, por lo tanto los procesos que se tengan establecidos o levantados en cada unidad de negocio se eliminaran y deberán adoptar esta nueva directriz, cuya socialización estará a cargo del Gerente de la unidad de Alianzas.

Compromisos

Descripción	Responsable	Fecha

Página de

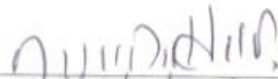
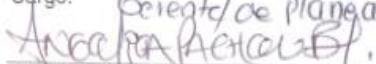



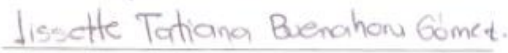
FORMATO DE ACTA

CODIGO: F-CM-05

VERSION N° 2

En constancia Firman:


Nombre: Norma y Hermandez
Cargo: Consejo de Planeación

Nombre: Angelica Pacheco
Cargo: Prof. Planeación


Nombre: Herminia Gomez
Cargo: Profesional Gestión de Calidad

Nombre: Lissette Tattiana Buenahora Gomez
Cargo: participante U.S.

Anexo 2. Acta de calidad No. 001

**FORMATO DE ACTA**

CODIGO: F-CM-05

VERSION N° 2

Tipo de Reunión	Revisión del avance hacia la implementación del SGC	Unidad que realiza la citación	UEN Crédito y Fomento
No. Acta	001	Lugar	Oficina Gerente UEN C&F
Fecha	Mayo 21/2010	Hora de Inicio	9 a.m.
		Hora de Fin	11 a.m.

Asistentes	Nombre	Cargo
	Walter Fabián Posada Calderón	Gerente UEN Crédito y Fomento
	Herlinda Gamboa Santa	Profesional Gestión Mejoramiento Continuo
	Libia Rosa Rangel Arias	Asesora
	Lissette Tatiana Buenahora Gómez	Practicante SGC
Maria Isabel Bayona Mantilla	Asistente Departamento	
Orden del día	✓ Mapa de proceso ✓ Caracterizaciones ✓ Norma ISO 9001-2008	

Temas Tratados

1. Aprobación mapa de procesos
2. Revisión caracterizaciones: inclusión requisitos y aprobación de los indicadores, dentro de los procesos gestión comercial, crédito, cobro, redes y alianzas
3. Explicación de la Norma ISO 9001-2008, específicamente numerales 7 y 8 que aplican para la certificación de la UEN Crédito y Fomento

5. PROXIMOS COMPROMISOS

Descripción	Responsable	Fecha
➤ Identificar procedimientos e instructivos	Tatiana Buenahora Gómez	Mayo 27/2010
➤ Documentar en el software Visio procedimientos avalados	Tatiana Buenahora Gómez	Mayo 27/2010
➤ Capacitación proceso gestión calidad	Ing. Libia Rangel Arias	Mayo 27/2010

En constancia Firman:

Nombre: WALTER FABIAN POSADA CALDERON
Cargo: Gerente UEN crédito y FomentoNombre: HERLINDA GAMBOA SANTA
Cargo: Profesional Gestión Mejoramiento ContinuoNombre: LIBIA ROSA RANGEL ARIAS
Cargo: AsesoraNombre: LISSETTE TATIANA BUENAHORA G.
Cargo: Practicante SGCNombre: MARIA ISABEL BAYONA MANTILLA
Cargo: Asistente Departamento

Anexo 3. Lista de verificación diagnóstico inicial S.G.C

NUM	REQUISITO	CRITERIOS DE EVALUACIÓN					OBSERVACIONES
		N 1	SD 2	D 3	I 4	MC 5	
4	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD						
4.1	REQUISITOS GENERALES	PUNTAJE OBTENIDO: 14					PUNTAJE MÁXIMO: 40
	4.1 ¿En la UEN se establece, documenta implementa y mantiene un sistema de gestión de calidad?	X					Aunque en Cajasan hay negocios certificados, la UEN crédito y fomento Empresarial, es uno de los cinco negocios que están por certificar, es por esto que no se ha realizado nada en cuanto al SGC.
	a) Se encuentran Identificados los procesos?		X				Los procesos en la UEN se tienen identificados informalmente.
	b) ¿Esta definida la interacción de los procesos?		X				Debido a que en la UEN no se encontraba el mapa de procesos, no era fácil visualizar la interacción de los procesos, aunque el personal tenía la idea de interacción.
	c) ¿Se cuenta con métodos para asegurar el funcionamiento eficaz y control de los procesos?		X				Aunque se cuenta con ciertos métodos, no están documentados.
	d) ¿Esta asegurada la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar el funcionamiento y el seguimiento de los procesos?		X				En la UEN se cuenta con la información de data crédito para este proceso, pero aun no esta documentado.
	e) mide, realiza el seguimiento y analiza estos procesos,		X				Hay tres indicadores que se miden, pero hace falta analizar más la información que se obtiene de estos.
	f) implementa las acciones necesarias para alcanzar los resultados previstos y la mejora continua de estos procesos.		X				Se cambiaron ciertos pasos para atender los créditos en pueblos, con el fin de ofrecer un mejor servicio.
	La organización asegura el control sobre los procesos contratados externamente que afectan a la conformidad del producto/servicio con los requisitos,	X					No se hace control sobre procesos externos
4.2	REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN						

4.2.1	Generalidades	PUNTAJE OBTENIDO:8					PUNTAJE MÁXIMO: 20
	La documentación general del sistema de gestión de la calidad incluye:						
	a) declaraciones documentadas de una política de la calidad y de objetivos de la calidad.			X			Existe política y objetivos de calidad que son para el SGC de toda la caja, pero el personal no se sabe estos conceptos.
	b) Un manual de calidad			X			Existe para el SGC de toda la caja.
	c) Los procedimientos documentados y los registros requeridos por la Norma.	X					Aunque los procedimientos que exige la norma se encuentran documentados los que necesita la UEN no.
	d) Los documentos y los registros que la UEN determina son necesarios para la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.	X					Hacen falta incluir registros y documentos.
4.2.2	Manual de Calidad	PUNTAJE OBTENIDO:6					PUNTAJE MÁXIMO: 15
	El manual de la calidad incluye:						
	El alcance o campo de aplicación del sistema de gestión de la calidad, incluyendo detalles y la justificación para cualquier exclusión.			X			En el manual no se encuentra especificado el porque de la exclusión de la UEN crédito y fomento y hasta ahora se esta dando a conocer por el personal.
	Los procedimientos documentados establecidos para el sistema de gestión de la calidad o referencia de los mismos.		X				Como la UEN esté empezando el proceso de certificación no se encuentra en el manual.
	Una descripción de la interacción entre los procesos incluidos en el sistema de gestión de la calidad.	X					Al no contar con mapa de procesos, no estaba definida la interacción de los procesos.
4.2.3	Control de Documentos	PUNTAJE OBTENIDO:7					PUNTAJE MÁXIMO: 15
	Existe un procedimiento documentado para el control de documentos acorde a los requerimientos de la Norma.			X			Si existe un procedimiento documentado el cual se utiliza en todo el SGC de Cajasan, pero que no es conocido por el personal de la UEN.
	Existe una guía para elaborar los documentos requeridos por la norma.			X			En el SGC de Cajasan existe una guía para elaborar documentos,

							pero que no es conocido por el personal de la UEN.
	¿Hay un inventario de la documentación existente y de la faltante?	X					No se cuenta con un listado en donde se encuentre los documentos utilizados en la UEN.
4.2.4	Control de los Registros	PUNTAJE OBTENIDO:4					PUNTAJE MÁXIMO: 10
	Existe un procedimiento documentado para el control de los registros.			X			Existe el procedimiento en la caja pero no se ha implementado en la UEN crédito y fomento. Tampoco esta definido formalmente el tiempo de retención de los documentos.
	Los registros de calidad que presentan evidencia de la operación del SGC permanecen legibles, fácilmente identificables y recuperables	X					No hay registros debido a que hasta ahora se va a implementar el SGC.
5	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	N 1	SD 2	D 3	I 4	MC 5	OBSERVACIONES
5.1	COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN	PUNTAJE OBTENIDO:11					PUNTAJE MÁXIMO: 20
	a) ¿la alta dirección comunica a la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los reglamentarios?		X				La dirección hace la comunicación acerca de la importancia de satisfacer los requisitos de los clientes, como cuando hace capacitaciones acerca de este tema pero no está documentado.
	b) ¿Esta establecida la política de la calidad?			X			La política está claramente definida y aunque ha sido difundida, el personal no le ha dado la importancia que merece.
	c) ¿Están definidos los objetivos de calidad?			X			Están definidos a nivel general del SGC pero no el personal no le da importancia que merece.
	d) ¿Llevan a cabo las revisiones por la dirección y aseguran la disponibilidad de los recursos?			X			Al no tener el SGC, en la UEN no hay revisiones por la gerencia y en cuanto a los recursos si hay disponibilidad para implementar de la mejor manera el SGC.

5.2	ENFOQUE AL CLIENTE	PUNTAJE OBTENIDO:6					PUNTAJE MÁXIMO: 15
	La alta dirección asegura que los requisitos del cliente se determinan y cumplen con el propósito de incrementar la satisfacción del cliente.		X				La UEN realiza encuestas para determinar el nivel de satisfacción del cliente, pero esto aun no se encuentra documentado.
	Se determinan los tipos de clientes.		X				Se sabe qué tipo de clientes hay pero no existe documentación.
	Se evalúa la satisfacción del cliente.		X				Se evalúa por medio de la encuesta de satisfacción pero, se espera implementar los buzones de quejas, reclamos y sugerencias.
5.3	POLITICA DE CALIDAD	PUNTAJE OBTENIDO:21					PUNTAJE MÁXIMO: 25
	Es adecuada al propósito de la organización;			X			La política de calidad es adecuada a la misión de Cajasan, ya que incluye el compromiso de satisfacer al cliente y la mejorara continua, pero no ha sido socializada en la UEN crédito y fomento.
	Incluye el compromiso de satisfacer los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad;					X	
	Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad.					X	
	Se comunica y entiende dentro de la organización;			X			Esta labor no se realiza ya que el personal no se ha concientizado de la aplicabilidad de la política en su puesto de trabajo.
	Se revisa para conseguir que se mantenga adecuada continuamente.					X	
5.4	PLANIFICACIÓN.						
5.4.1	Objetivos de Calidad	PUNTAJE OBTENIDO:10					PUNTAJE MÁXIMO: 10
	Existen objetivos de la calidad establecidos en funciones y niveles pertinentes dentro de la organización.					X	Los objetivos de calidad son establecidos por la alta gerencia y se van adecuando a la misión de la empresa.

	Son medibles y coherentes con la política de calidad.					X	
5.4.2	Planificación del sistema de Gestión de Calidad.	PUNTAJE OBTENIDO:10				PUNTAJE MÁXIMO: 10	
	La planificación del sistema de gestión de la calidad se lleva a cabo con el fin de cumplir los requisitos dados en el apartado 4.1, así como los objetivos de la calidad,					X	La alta gerencia esta muy comprometida con el SGC.
	Se mantiene la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planean e implementan cambios.					X	Cualquier cambio a los documentos se informa a la alta gerencia antes de su emisión.
5.5	RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN						
5.5.1	Responsabilidad y autoridad	PUNTAJE OBTENIDO:4				PUNTAJE MÁXIMO: 10	
	La alta dirección asegura la definición y comunicación de las responsabilidades, autoridades y su interrelación dentro de la organización.			X			Se tienen asignados líderes de calidad pero no esta establecida su responsabilidad frente a la implementación del SGC.
	¿Se tiene organigrama?	X					Aunque la caja cuenta con organigrama, la UEN no lo tiene.
5.5.2	Representante de la dirección:	PUNTAJE OBTENIDO:15				PUNTAJE MÁXIMO: 15	
	a) Existe un representante de la dirección para el SGC que asegura que se establecen, implantan y mantienen los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad.					X	Se ha definido un representante del SGC de calidad.
	b) informa a la alta dirección del funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, incluyendo las necesidades para la mejora.					X	
	c) asegura que se promueve la toma de conciencia de los requisitos de los clientes en todos los niveles de la organización.					X	Esta labor se hace bajo el proceso de direccionamiento estratégico de gestión al cliente y se hacen capacitaciones acerca de esto.
5.5.3	Comunicación interna:	PUNTAJE OBTENIDO:1				PUNTAJE MÁXIMO: 5	

	La alta dirección asegura que se establecen los procesos apropiados de comunicación dentro de la organización y que la comunicación se efectúa considerando la eficacia del sistema de gestión de la calidad.	X					No hay una comunicación efectiva que permita involucrar al personal en el tema de calidad.
5.6	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN.						
5.6.1	Generalidades	PUNTAJE OBTENIDO:3			PUNTAJE MÁXIMO: 5		
	La alta dirección ha establecido un procedimiento para revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados, se llevan los registros de las revisiones para el proceso de mejora continua.			X			Existe un procedimiento definido en el SGC general para hacer la revisión del mismo, pero no se hace planificado
5.6.2	Información de entrada para la Revisión. Esta incluye:	PUNTAJE OBTENIDO:8			PUNTAJE MÁXIMO: 30		
	Los resultados de las auditorias	X					Como el sistema de Gestión de calidad se está implementando aún no se han hecho auditorias.
	Retroalimentación de los clientes.			X			Se puede tener en cuenta ya que se hacen evaluaciones de satisfacción
	Funcionamiento de los procesos y conformidad del producto;	X					No se ha establecido aun el SGC.
	Estado de las acciones correctivas y preventivas.	X					No se ha establecido aun el SGC.
	Seguimiento de las acciones derivadas de las revisiones anteriores de la dirección;	X					No se ha establecido aun el SGC.
	Cambios planeados que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad y recomendaciones para la mejora.	X					No se ha establecido aun el SGC.
5.6.3	Los resultados de la revisión.	PUNTAJE OBTENIDO4:			PUNTAJE MÁXIMO: 15		
	Deben incluir todas las decisiones y acciones relacionadas con:						
	La mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos;	X					Debido a que se esta iniciando el proceso de implementación del SGC, no se tiene mejoras.

	La mejora del producto en relación con los requisitos del cliente;		X				
	Las necesidades de recursos.	X					
6	GESTIÓN DE LOS RECURSOS	N 1	D 2	SD 3	I 4	MC 5	OBSERVACIONES
6.1	PROVISIÓN DE LOS RECURSOS	PUNTAJE OBTENIDO:5					PUNTAJE MÁXIMO: 5
	La organización determina y proporciona los recursos que permitan el correcto funcionamiento del SGC.					X	Cajasan esta comprometido con la implementación del SGC, es así que algunos rubros tienen que ver con la inversión en capacitaciones.
6.2	RECURSOS HUMANOS						
6.2.1	Generalidades	PUNTAJE OBTENIDO:3					PUNTAJE MÁXIMO: 5
	Se han definido requisitos de educación (estudios), formación, habilidades prácticas y experiencia para asegurar la competencia del personal que realiza actividades que afectan a la calidad de los servicios.	X					Cajasan cuenta con un manual de funciones genérico para el personal, requiriéndose uno que especifique las funciones de la UEN crédito y fomento.
6.2.2	Competencia, formación y toma de conciencia.	PUNTAJE OBTENIDO:9					PUNTAJE MÁXIMO: 20
	Se han definido perfiles de cargos para el personal que realiza trabajos que afectan la calidad del servicio, así como también la competencia necesaria para el personal.	X					En Cajasan hay un Manual de competencias el cual es genérico para todo el personal, requiriendo se uno que especifique las competencias propias de la UEN.
	Se proporciona formación y capacitación a los empleados para lograr la competencia necesaria.				X		Se hacen capacitaciones al personal.
	Se evalúa la eficacia de las acciones adoptadas para dotar de la competencia necesaria al personal de la organización que realiza actividades que afectan a la calidad del servicio.	X					No se evalúa la eficacia de ningún tipo de acciones tomadas para que el personal tenga la competencia requerida.
	Se asegura de que el personal es consciente de la importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de calidad y se	X					No se capacitado al personal sobre la importancia de sus actividades hacia la calidad.

	mantiene los registros de educación, formación, habilidades y experiencia.							
6.3	INFRAESTRUCTURA	PUNTAJE OBTENIDO:15					PUNTAJE MÁXIMO: 15	
	La organización determina, proporciona y mantiene las infraestructuras necesarias para lograr la conformidad con los requisitos del producto. Que incluyen por ejemplo:							
	a) edificios, espacio de trabajo e infraestructuras asociadas;					X	Cajasan cuenta con la infraestructura adecuada para lograr satisfacer los requisitos de calidad y del cliente, en cuanto a la UEN no se hace mantenimiento al equipo de cómputo.	
	b) equipos para los procesos, tanto hardware como software,					X		
	c) y servicios de apoyo tales como transporte y comunicación.					X		
6.4	AMBIENTE DE TRABAJO:	PUNTAJE OBTENIDO:3					PUNTAJE MÁXIMO: 5	
	La organización determina y gestiona las condiciones del ambiente de trabajo necesarias para lograr la conformidad con los requisitos del servicio.			X			La organización hace que se establezcan las condiciones adecuadas del ambiente de trabajo.	
7	REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	N 1	SD 2	D 3	I 4	MC 5	OBSERVACIONES	
7.1	PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	PUNTAJE OBTENIDO:7					PUNTAJE MÁXIMO: 25	
	La organización ha planificado y desarrollado los procesos necesarios para la realización del producto o prestación del servicio.	X					No existe evidencia de planificación alguna de los procesos de la prestación de los servicios, muchas veces el personal con su experiencia ha llegado a realizar su trabajo.	
	La planificación de la realización del producto es consistente con los requisitos de otros procesos del sistema de gestión de la calidad.	X						
	En la planificación de la realización del producto que en el caso de la UEN, es el servicio, la organización ha determinado si es necesario, lo siguiente:							
	a) los objetivos de la calidad y los requisitos para el producto.		X				Aunque no se hace la planificación del producto si se cumple con la satisfacción al cliente y	

							con el mejoramiento continuo.
	b) la necesidad de establecer procesos y documentación, y proporcionar recursos específicos para el producto.	X					No se tienen establecidos los procesos necesarios para la realización de los productos
	c) actividades requeridas de verificación, validación; seguimiento, inspección y ensayos específicos para el producto así como los criterios para la aceptación del mismo.						No aplica
	d) los registros que sean necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización y el producto resultante cumplen los requisitos.		X				En el archivo y en sistema se encuentra la evidencia de que se están cumpliendo con los requisitos del cliente, pero hace falta implementar la documentación.
7.2	PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE						
	Determinación de los requisitos relacionados con el producto/servicio	PUNTAJE OBTENIDO:8				PUNTAJE MÁXIMO: 15	
7.2.1	Los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma.				X		Los requisitos del cliente se especifican en el formulario de solicitud del crédito, donde se pactan las condiciones del servicio.
	Los requisitos no especificados por el cliente pero necesarios para la utilización prevista o especificada del producto o servicio.		X				No se encuentran documentados, pero si se cumple con lo que el cliente solicite.
	Los requisitos legales o reglamentarios y los que se consideren necesarios.		X				Se tienen definidos los requisitos legales pero no hay documentación de cómo se actualiza y mantenerla.
7.2.2	Revisión de los requisitos relacionados con el producto.	PUNTAJE OBTENIDO:2				PUNTAJE MÁXIMO: 5	
7.2.2	Se hace la revisión de los requisitos relacionados con el servicio o producto, el diseño o modificación de contratos, aceptación de pedidos y el análisis de la capacidad para cumplir con los requisitos definidos.		X				Se realiza ya que se hacen encuestas de satisfacción.

7.2.3	Comunicación con el cliente	PUNTAJE OBTENIDO:6				PUNTAJE MÁXIMO: 15
	Se han determinado e implantado disposiciones efectivas para la comunicación con los clientes, relativos a:					
	Información del producto		X			Aunque no esta documentado, al cliente se le da toda información referente a los créditos y se aclaran sus dudas y preguntas.
	Tratamiento de preguntas, gestión de contratos y pedidos, incluyendo las modificaciones		X			
	Retroalimentación del cliente, incluyendo sus quejas.		X			Con las evaluaciones de servicios al cliente se da tratamiento a las quejas.
7.3	DISEÑO Y DESARROLLO					
7.3.1	Planificación del diseño y desarrollo.	PUNTAJE MÁXIMO:				
	Durante la planificación del diseño y desarrollo la organización determina, las etapas, la revisión, verificación y validación para cada etapa y las responsabilidades y autoridades para cada etapa del diseño y desarrollo.					NO APLICA
7.3.2	Elementos de entrada para el diseño y desarrollo	PUNTAJE MÁXIMO:				
	Se determinan los requisitos funcionales y de desempeño, los requisitos legales y reglamentarios aplicables, la información proveniente de diseños previos similares (si aplica) y los demás requisitos esenciales para el diseño y desarrollo.					NO APLICA
7.3.3	Resultados del diseño y desarrollo	PUNTAJE MÁXIMO:				
	Los resultados del diseño y desarrollo cumplen con los elementos de entrada para el diseño y desarrollo, proporcionan información apropiada para la compra, producción y la prestación del servicio, hacen referencia a los criterios de aceptación del					NO APLICA

	producto y especifican las características del producto que son esenciales para el uso seguro y correcto.						
7.3.4	Revisión del diseño y desarrollo	PUNTAJE MÁXIMO:					
	Se realizan revisiones sistemáticas y se mantienen registros de la revisión del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado para evaluar con la capacidad de los resultados de diseño y desarrollo para cumplir con los requisitos e identificar cualquier problema para proponer las acciones necesarias.						NO APLICA
7.3.5	Verificación del diseño y desarrollo	PUNTAJE MÁXIMO:					
	Se hace y mantienen registros de los resultados de la verificación del diseño y desarrollo para asegurar que se cumplen los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo.						NO APLICA
7.3.6	Validación del diseño y desarrollo	PUNTAJE MÁXIMO:					
	Se hace y mantienen registros de los resultados de la validación para asegurar que el producto resultante es capaz de satisfacer los requisitos para su aplicación especificada o uso previsto.						NO APLICA
7.3.7	Control de los cambios del diseño y desarrollo	PUNTAJE MÁXIMO:					
	Los cambios se identifican, revisan, verifican, validan y se mantienen los registros, estos incluye la evaluación del efecto de los cambios en las partes constitutivas y en el producto entregado.						NO APLICA
7.4	COMPRAS						
7.4.1	Proceso de compras	PUNTAJE OBTENIDO:5			PUNTAJE MÁXIMO: 15		

	Se encuentra definido un procedimiento que permita evaluar y seleccionar los proveedores.		X				No se encuentra ningún procedimiento documentado para la selección del aliado.	
	Se han definido los criterios para la selección y evaluación periódica de los proveedores		X				Aunque no esta documentado, se conocen criterios para la selección y evaluación.	
	Se registran los resultados de la evaluación y las subsiguientes acciones de seguimiento de los proveedores.	X					No existen los registros de la evaluación y reevaluación de los proveedores.	
7.4.2	Información de las compras	PUNTAJE OBTENIDO:					PUNTAJE MÁXIMO:	
	La información de las compras describe el producto a comprar, incluyendo si es el caso los diferentes requisitos (de aprobación, procedimientos, procesos) que permitan asegurar la calidad.						No aplica	
7.4.3	Verificación de los productos comprados	PUNTAJE OBTENIDO:					PUNTAJE MÁXIMO:	
	La organización ha establecido un procedimiento que permita desarrollar las actividades necesarias para asegurarse que el producto comprado cumple con los requisitos de compra.						No aplica	
7.5	PRODUCCIÓN Y PRESTACION DEL SERVICIO							
7.5.1	Control de la producción y de la prestación del servicio	PUNTAJE OBTENIDO:					PUNTAJE MÁXIMO: 5	
	En la producción y prestación del servicio se llevan condiciones controladas e incluyen cuando aplique: disponibilidad de la información que describa el producto, instrucciones de trabajo, uso de equipo. Seguimiento y medición						No aplica	
7.5.2	Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio	PUNTAJE OBTENIDO:					PUNTAJE MÁXIMO: 5	
	Se valida todo proceso de producción y de prestación del servicio cuando los productos resultantes no pueden verificarse mediante seguimiento o medición posteriores.						No aplica	
7.5.3	Identificación y trazabilidad	PUNTAJE OBTENIDO:					PUNTAJE MÁXIMO: 5	

	Se identifican los productos por medios adecuados a través de toda la realización del producto.						No aplica.
7.5.4	Propiedad del cliente	PUNTAJE OBTENIDO:2					PUNTAJE MÁXIMO: 5
	Se identifican, verifican, protegen y salvaguardan los bienes que son propiedad del cliente		X				Aunque se hay un correcto almacenamiento de los documentos del cliente, no se ha definido un procedimiento o política para la protección de la propiedad del cliente.
7.5.5	Preservación del producto	PUNTAJE OBTENIDO:					PUNTAJE MÁXIMO: 5
	Se preserva el producto durante el proceso interno y la entrega al destino previsto, para mantener la conformidad con los requisitos.						No aplica.
7.6	CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN	PUNTAJE OBTENIDO:					PUNTAJE MÁXIMO: 5
	La organización realiza control y seguimiento de los equipos o dispositivos de seguimiento y medición.						No aplica.
8	MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	N 1	D 2	SD 3	I 4	MC 5	OBSERVACIONES
8.1	GENERALIDADES	PUNTAJE OBTENIDO:2					PUNTAJE MÁXIMO: 5
	La organización planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora para demostrar la conformidad con los requisitos, asegurar la conformidad con el SGC y mejorar continuamente.		X				Lo hace por medio de las evaluaciones de servicio al cliente.
8.2	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN						
8.2.1	Satisfacción del cliente	PUNTAJE OBTENIDO:2					PUNTAJE MÁXIMO: 5
	La organización realiza el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos.		X				El seguimiento se hace mediante la evaluación de servicio al cliente.
8.2.2	Auditoria interna	PUNTAJE OBTENIDO:4					PUNTOS MÁXIMO: 10
	Se llevan a cabo auditorias internas a intervalos planificados para determinar si el SGC es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la Norma y con los del SGC establecidos por la organización.			X			En Cajasan existe un procedimiento para la realización de las auditorias, el cual una vez que la UEN empiece el proceso de implementación de la

							norma, se usara.
	Se planifica un programa de auditorias tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas a auditar.	X					No se ha planificado el programa de las auditorias pues hasta ahora se va a implementar el SGC en la UEN crédito y fomento.
8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos	PUNTAJE OBTENIDO:1				PUNTAJE MÁXIMO: 5	
	Se aplican métodos apropiados para el seguimiento y para demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados.	X					Aunque se tienen indicadores, se deben implementar unos que en realidad hagan el seguimiento de los procesos.
8.2.4	Seguimiento y medición del producto	PUNTAJE OBTENIDO:				PUNTAJE MÁXIMO: 5	
	La organización mide y hace el seguimiento de las características de los servicios, verificando que se cumplan los requisitos de los mismos.						No aplica
8.3	CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME	PUNTAJE OBTENIDO:4				PUNTAJE MÁXIMO: 10	
	Se ha definido claramente un procedimiento para identificar y controlar el servicio o producto no conforme			X			Se tiene un procedimiento pero no se encuentra implementado pues no se cuenta con la norma.
	Existen registros que indican la naturaleza de las no conformidades.	X					No existen registros de ningún tipo acerca de las no conformidades.
8.4	ANÁLISIS DE DATOS	PUNTAJE OBTENIDO:1				PUNTAJE MÁXIMO: 5	
	La organización determina, recopila y analiza 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	X					Aunque se tienen algunos indicadores no se analizan suficientemente para obtener de esta información.
8.5	MEJORA						
8.5.1	Mejora continua	PUNTAJE OBTENIDO:1				PUNTAJE MÁXIMO: 5	
	Se mejora continuamente la eficacia del SGC a través del uso de la política y los objetivos de calidad, los resultados de las auditorias, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la	X					No se efectúa la mejora continua ya que el SGC está en etapa de implementación y aun no se hace el seguimiento correspondiente.

	dirección.						
8.5.2	Acción correctiva	PUNTAJE OBTENIDO:3				PUNTAJE MÁXIMO: 5	
	Se ha establecido un procedimiento que permita tomar las acciones para eliminar la causa de no conformidades con objeto de prevenir que no vuelvan a ocurrir.			X			El procedimiento existe pero aun no se ha socializado ni implementado
8.5.3	Acción preventiva	PUNTAJE OBTENIDO:3				PUNTAJE MÁXIMO: 5	
	Se ha establecido un procedimiento que permita determinar acciones para eliminar las causas de las no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia.			X			El procedimiento existe pero aun no se ha socializado ni implementado

Anexo 4. Plan de trabajo de implementación del SGC



**PLAN DE TRABAJO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SGC EN LA
UEN CRÉDITO Y FOMENTO**

ACTIVIDAD	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero
Diagnostico									
Planificación del SGC									
Documentación									
Capacitación e Implementación									
Seguimiento y evaluación									

Anexo 5. Plan detallado de trabajo de la implementación del SGC en la UEN
Crédito y Fomento



**PLAN DE TRABAJO DE IMPLEMENTACIÓN DETALLADO DEL SGC
EN LA UEN CRÉDITO Y FOMENTO**

MES	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero
Etapas	Diagnostico	Planificación del SGC	Documentación, Capacitación, Implementación y Seguimiento y Evaluación						
Actividades	Diseño y aplicación de la lista de verificación de requisitos de la NTC ISO 9001:2008	Asignación del cargo de líder de calidad y programación de reuniones	Asignación de responsables de cada proceso	Recolección de la información con los líderes de cada proceso, posteriormente la información se ingresaba al formato de los documentos según el tipo (procedimiento, instructivo, norma, manual, etc.). Revisión y aprobación de la información en el siguiente orden: líder del proceso, asesora externa y profesional de la UDIR Planeación y finalmente por parte de la gerente de la UDIR Planeación.					
	Reunión para establecer mapa de procesos y caracterizaciones	Inicio de la documentación	Reunión con cada responsable del proceso	Capacitación en los temas de fundamentos, gestión por procesos, indicadores, acciones correctivas y preventivas. Distribución de los documentos liberados. Interiorización de la política y los objetivos de calidad.					
	Análisis de los resultados de la aplicación de la lista de verificación	Inicio de las capacitaciones	Revisión de los indicadores pertenecientes a cada proceso		Planeación de las auditorías internas	Establecimiento de acciones correctivas para el III trimestre del año		Realización de la primera auditoría interna	Realización de la segunda auditoría interna
							Establecimiento de A.C y A.P	Establecimiento de A.C y A.P	

Anexo 6. Matriz de interrelación y ponderación para determinar la política de calidad

ELEMENTOS SATISFACCION D EL CLIENTE	FACTORES CLAVES DE EXITO	EXCELENCIA OPERACIONAL							SINERGIA							INTEGRALIDAD							AUTOCONTROL										
		C1	C2	C3	C4	C5	C6	PROM	C1	C2	C3	C4	C5	C6	PROM	C1	C2	C3	C4	C5	C6	PROM	C1	C2	C3	C4	C5	C6	PROM				
		4	4	5	3	4	4	4,000	3	5	4	4	4	5	4,166666667	5	5	5	5	5	4	4,83333333	5	5	5	4	5	4	4,66666667				
		C1	C2	C3	C4	C5	C6	PROM	SUM	C1	C2	C3	C4	C5	C6	PROM	SUM	C1	C2	C3	C4	C5	C6	PROM	SUM	C1	C2	C3	C4	C5	C6	PROM	SUM
TRANSPARENCIA Y CONFIABILIDAD		5	5	3	5	5	5	4,7	18,7	4	5	5	4	5	4	4,5	18,8	3	3	4	5	5	3	3,8	18,5	5	4	5	5	5	4	4,7	21,8
CALIDEZ Y ATENCION DEL PERSONAL		5	3	5	4	4	5	4,3	17,3	4	4	4	4	4	2	3,7	15,3	4	4	3	3	3	4	3,5	16,9	4	4	4	5	3	3	3,8	18,5
ACCESIBILIDAD		4	5	3	3	3	3	3,5	14,0	5	5	5	5	5	5	5,0	20,8	5	5	4	5	5	4	4,7	22,6	4	4	3	3	3	3	3,3	16,1
SOLUCIONES SUPERIORES		4	4	4	5	5	5	4,5	18,0	5	5	5	5	5	5	5,0	20,8	5	5	5	4	5	5	4,8	23,4	5	5	3	4	4	4	4,2	20,1
PRECIO		4	4	4	5	4	5	4,3	17,3	5	3	5	4	4	3	4,0	16,7	4	4	3	3	3	5	3,7	17,7	4	3	2	4	3	4	3,3	16,1
TOTALES									85								92													92,7			
ELEMENTOS SATISFACCION D EL CLIENTE	FACTORES CLAVES DE EXITO	COSTO BENEFICIO							ORGANIZACION POR PROCESOS							ORGANIZACION INTELIGENTE							TOTAL										
		C1	C2	C3	C4	C5	C6	PROM	C1	C2	C3	C4	C5	C6	PROM	C1	C2	C3	C4	C5	C6	PROM											
		4	4	3	3	4	3	3,5	3	4	4	5	5	4	4,166666667	4	4	5	5	5	5	4,66666667											
		C1	C2	C3	C4	C5	C6	PROM	SUM	C1	C2	C3	C4	C5	C6	PROM	SUM	C1	C2	C3	C4	C5	C6	PROM	SUM								
TRANSPARENCIA Y CONFIABILIDAD		5	4	3	3	3	4	3,7	12,8	4	4	4	4	5	5	4,3	18,1	4	3	5	5	5	5	4,5	21,0	129,6							
CALIDEZ Y ATENCION		4	4	4	3	3	3	3,5	12,3	5	4	5	5	3	5	4,5	18,8	3	4	4	4	4	5	4,0	18,7	117,7							
ACCESIBILIDAD		5	5	5	4	5	4	4,7	16,3	4	4	3	4	4	4	3,8	16,0	4	5	5	5	5	4	4,7	21,8	127,6							
SOLUCIONES SUPERIORES		4	5	4	4	4	4	4,2	14,6	5	4	5	5	5	5	4,8	20,1	5	5	5	5	5	5	5,0	23,3	140,4							
PRECIO		4	5	5	5	5	5	4,8	16,9	4	3	4	4	3	4	3,7	15,3	3	4	4	3	3	5	3,7	17,1	117,1							
TOTALES									73								88												102				

Anexo 7. Formato de registro para el indicador



FICHA TECNICA DE INDICADORES

CODIGO: F-PG-13

VERSION No 1

REPORTE DE RESULTADOS

NOMBRE		
UNIDAD DE		
FORMULA DE CALCULO		
FUENTE PRIMARIA		
PERIODICIDAD		
RESPONSABLE DE GENERAR EL INDICADOR.		
META		
PERIODO	RESULTADO	META

SEGUIMIENTO Y REPRESENTACION

--

ANALISIS DE DATOS

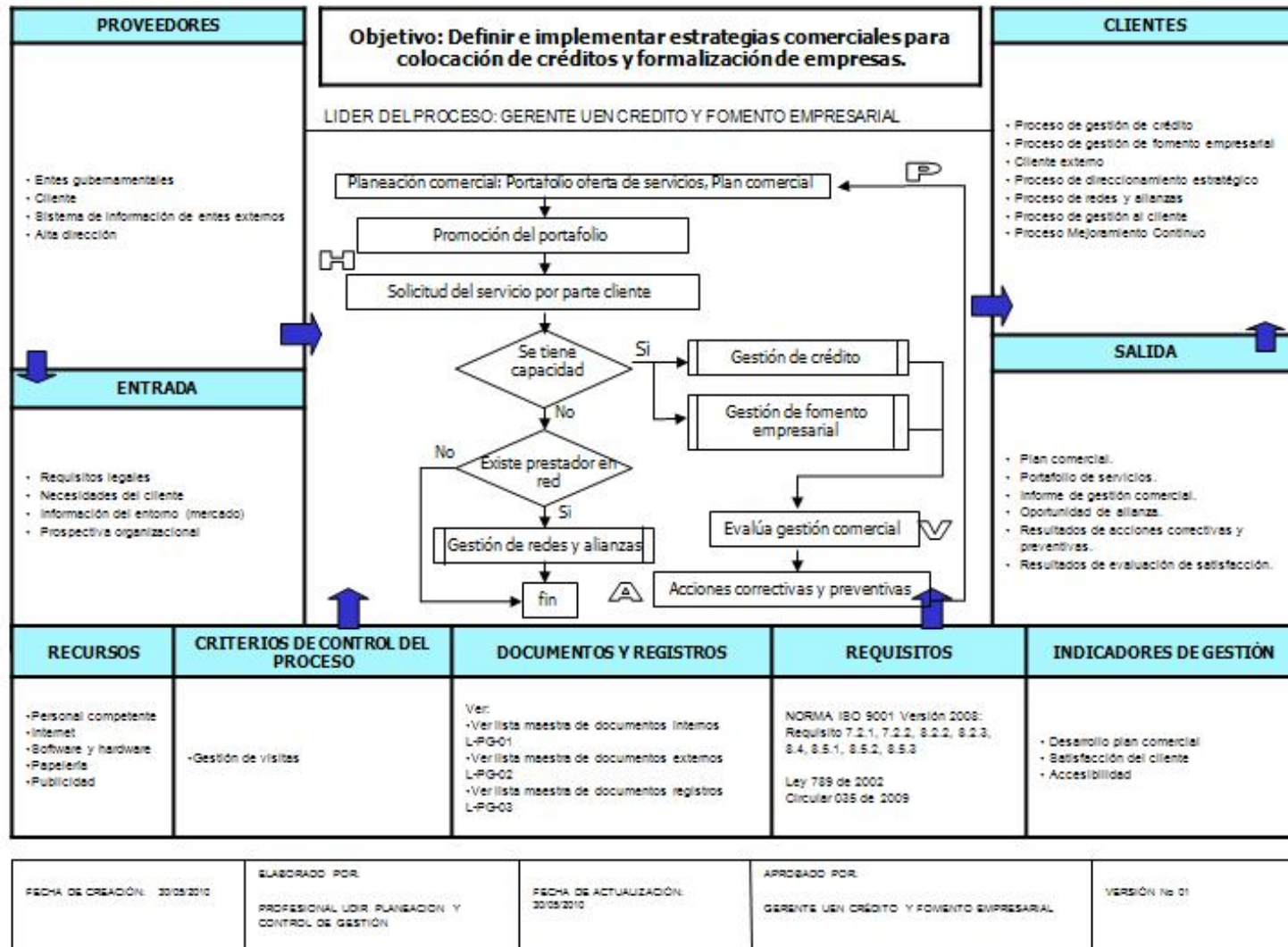
--

ACCIONES A TOMAR

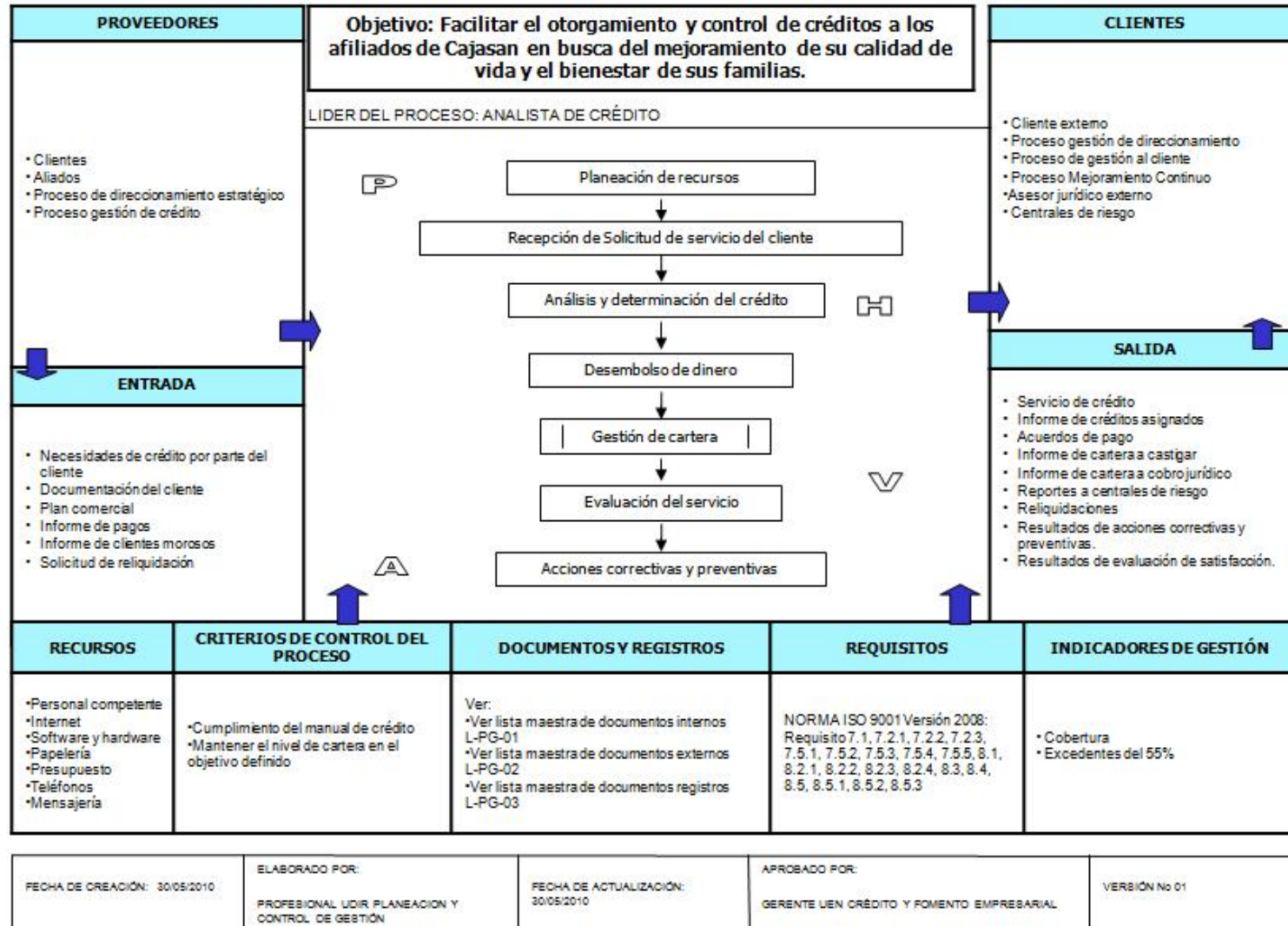
--

Anexo 8. Caracterizaciones del Sistema de Gestión de calidad

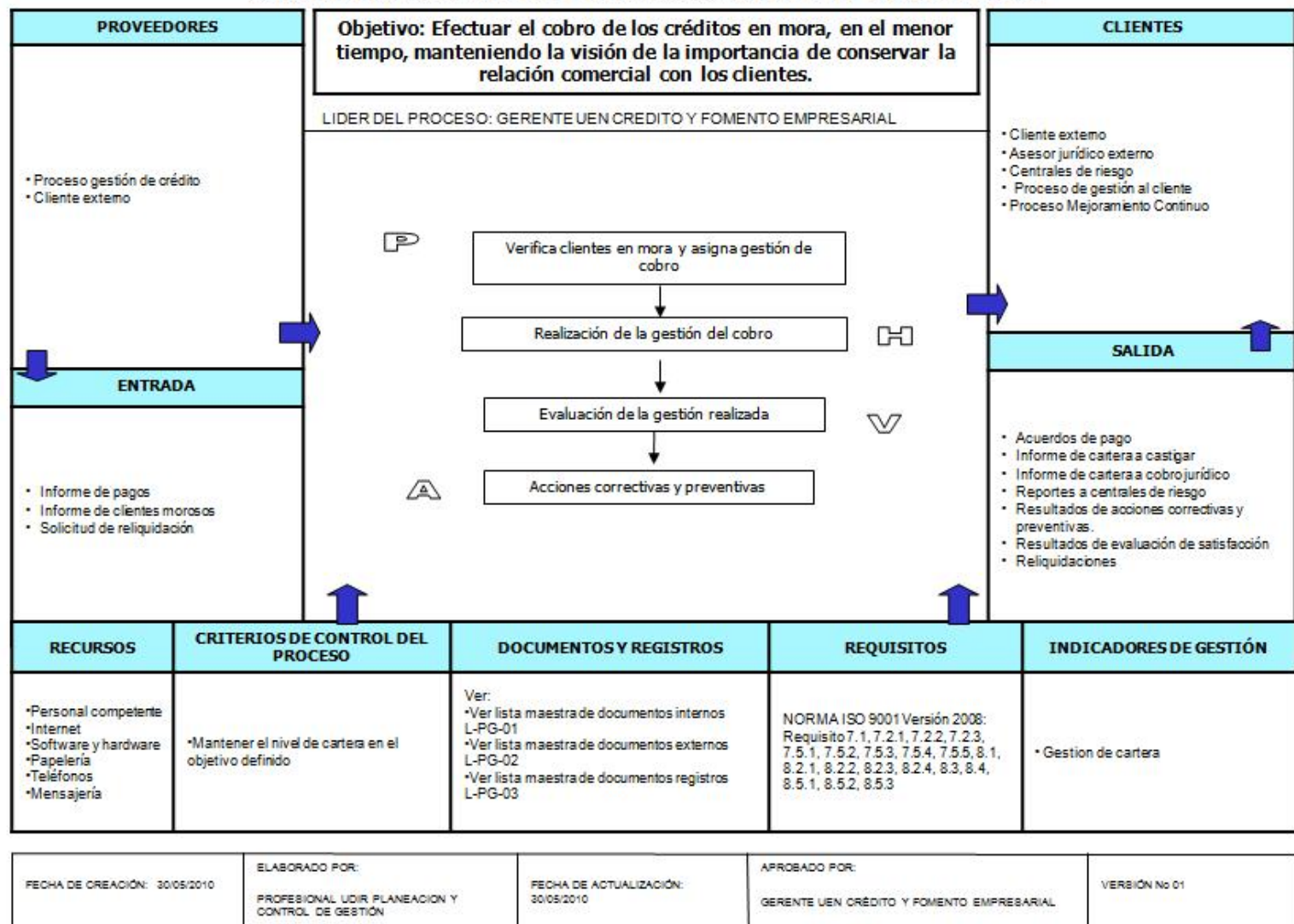
CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS: GESTION COMERCIAL



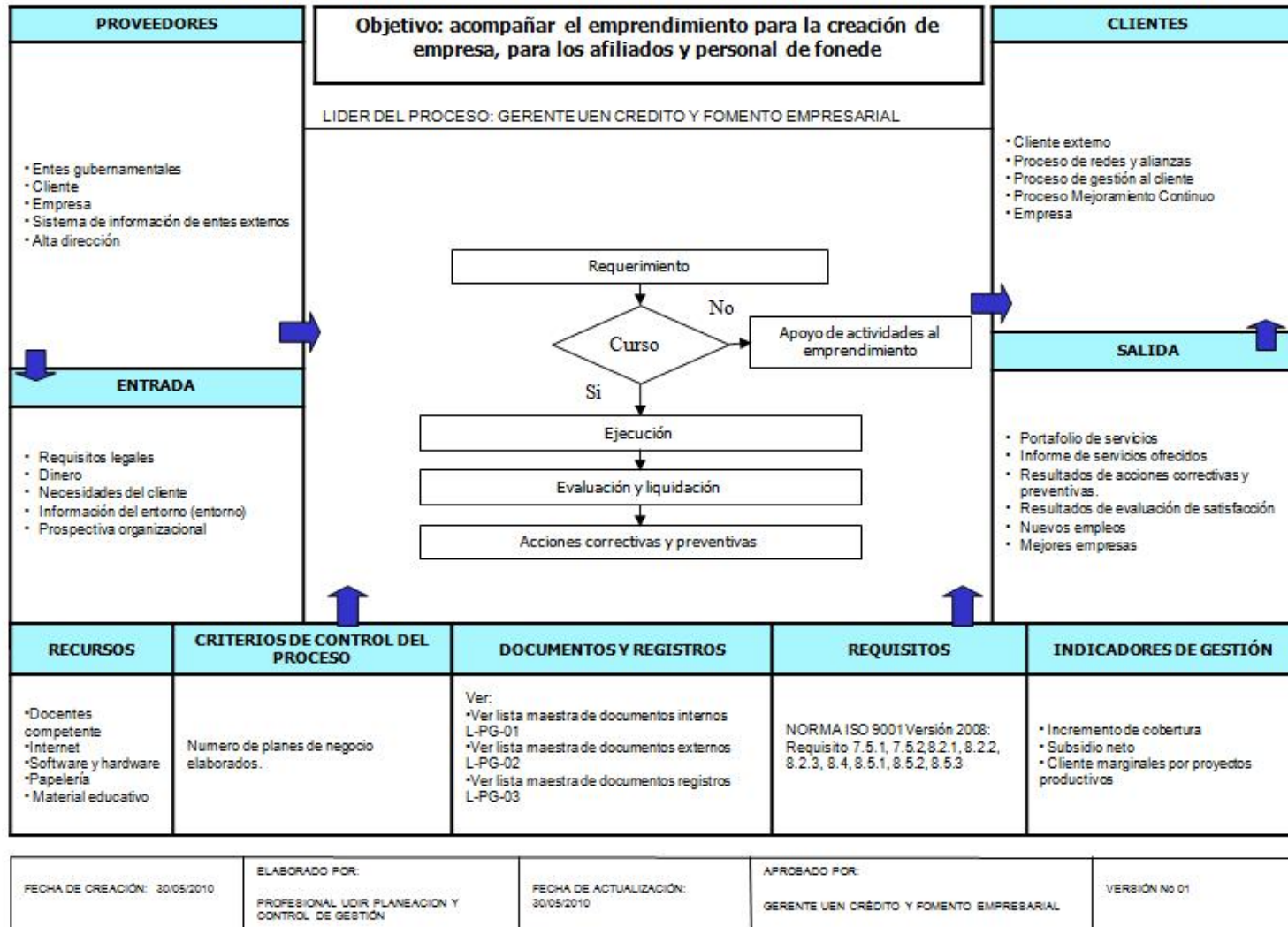
CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS: GESTION DE CRÉDITO



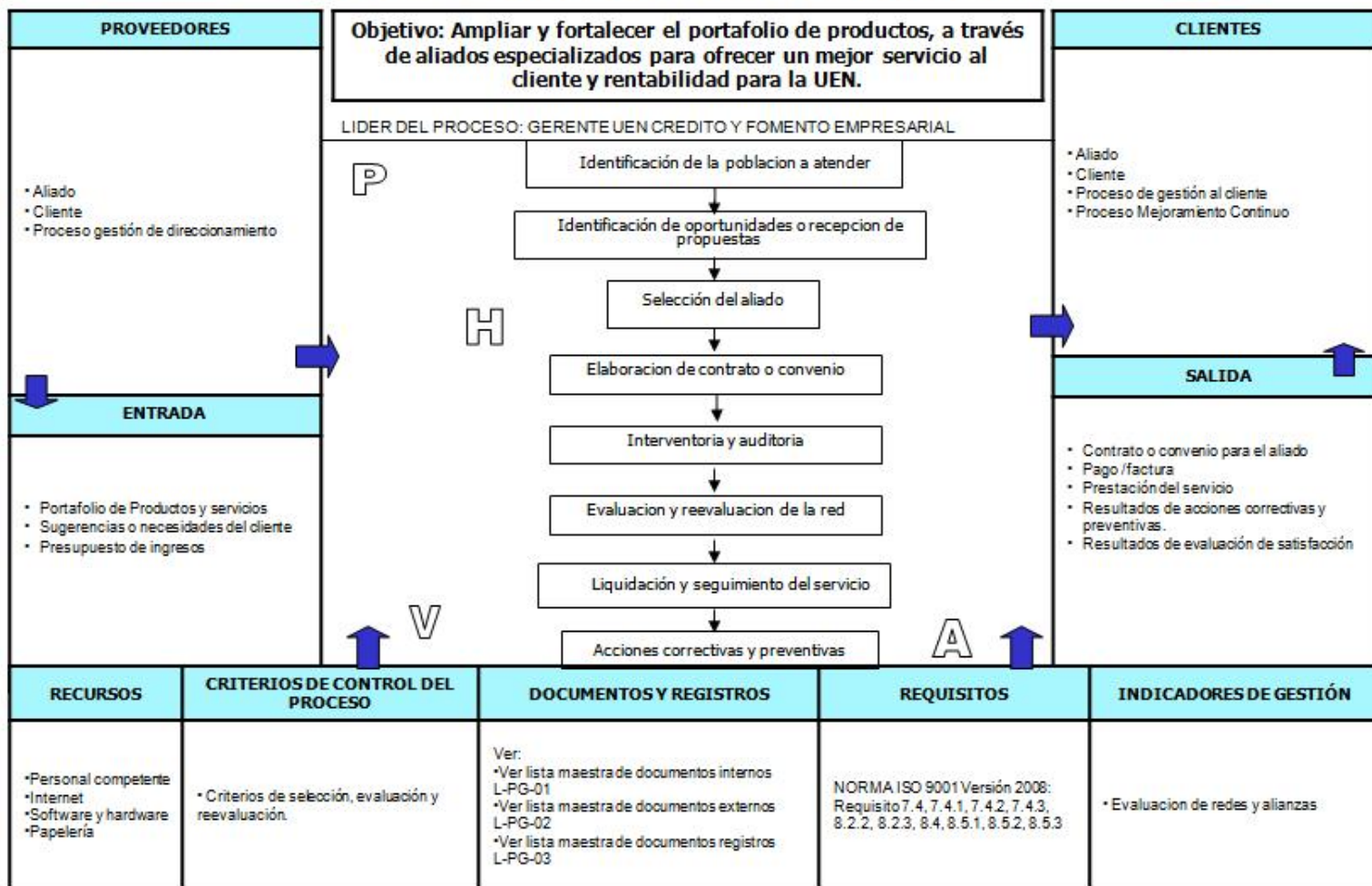
CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS: GESTION DE CARTERA



CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS: GESTION DE FOMENTO EMPRESARIAL



CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS: GESTIÓN DE REDES Y ALIANZAS



FECHA DE CREACIÓN: 30/05/2010	ELABORADO POR: PROFESIONAL UDIR PLANEACION Y CONTROL DE GESTIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 30/05/2010	APROBADO POR: GERENTE UEN CRÉDITO Y FOMENTO EMPRESARIAL
			VERSIÓN No 01

Anexo 9. Registros de asistencia a las capacitaciones

	FORMATO REGISTRO DE CAPACITACIÓN	CODIGO: F-GH-06
		VERSIÓN: 1

UNIDAD QUE REALIZA LA CITACIÓN: <i>Credito y Fomento</i>	FECHA: <i>Abril 4/2010</i>	DURACIÓN: <i>7a y am.</i> <i>2 HORAS</i>
OBJETIVO: <i>Conceptos basicos del S.G.C.</i> <i>Capacitación para sensibilización del personal de la JEN, para la implementación y buen desarrollo del S.G.C.</i>		
FACILITADOR: <i>Ingrid Lilia R. Rangel A.</i>		MATERIAL ENTREGADO:

No.	NOMBRE	CEDULA	UNIDAD	CARGO	FIRMA
1	Yanis Moreno	3725182	Credito y F.	Secretaria	<i>[Signature]</i>
2	CELIA VEGA	63308984	CREDITO Y F.	AUXILIAR II	<i>[Signature]</i>
3	Lissette T. Panchagua	109869202	Credito y F.	Particante	<i>[Signature]</i>
4	Leonor Balletinas	63286833	Credito y F.	Profesional II	<i>[Signature]</i>
5	HENRY BARRERO	91240034	Credito y F.	colector	<i>[Signature]</i>
6	FABIAN POSADA	91159013	CREDITO	GERENTE	<i>[Signature]</i>
7	Yany Nancy Quintan	63444717	credito y fomento	Auxiliar area legal	<i>[Signature]</i>

04 06 2010

	FORMATO REGISTRO DE CAPACITACIÓN	CODIGO: F-GH-06
		VERSIÓN: 1

UNIDAD QUE REALIZA LA CITACIÓN: Planeación	FECHA: 22/06/10	DURACIÓN: 3 horas.
OBJETIVO: Socializar el manual de Gestión al cliente		
FACILITADOR: Mercedes Galeano.	MATERIAL ENTREGADO:	

No.	NOMBRE	CEDULA	UNIDAD	CARGO	FIRMA
	Nancy Quintero				
	Alba R. Partrago				
	Seonor Colleteros				
	Ma. Isabel Rayano				
	Josefite Tatiana Buenhara G.				
	Yenis Moreno				
	Celia Vega				
	Fabian Posada				

22 | 06 | 2010

Se hace este formato para recordar que se hizo esta capacitación, pero el formato lo tiene Mercedes Galeano.

	Seleccionar y Ampliar/Reducir FORMATO REGISTRO DE CAPACITACIÓN	CODIGO: F-GH-06
		VERSIÓN: 1

UNIDAD QUE REALIZA LA CITACIÓN: UEN Crédito y Fomento	FECHA: 30 07 2010	DURACIÓN: 1 hora y 1/2.
OBJETIVO: Capacitación sobre gestión de procesos.		
FACILITADOR: Ing. Libia R. Rangel A.	MATERIAL ENTREGADO:	

No.	NOMBRE	CEDULA	UNIDAD	CARGO	FIRMA
	Maria Nery Quintanilla	63441717	credito y fomento	Asistente Apoyo log	Maria Nery Quintanilla
	Deysany Cordero	63494129	credito y fomento	Asist depto	Deysany Cordero
	Jenny Barboza	91240057	credito y fomento	coordinador	Jenny Barboza
	Leonor Ballasteros	63-286-833	credito y f.	Profesional II	Leonor Ballasteros
	Lisette T. Buenthor	1098639-202	credito y fomento	Practicante	Lisette T. Buenthor
	Maria Isabel Barboza	37839214	credito y f.	Asist depto	Maria Isabel Barboza
	Josue B. Santana	79590893	credito y fomento	Profesional I	Josue B. Santana
	FABIAN POONDA	91159043	CREDITO	GERENTE	FABIAN POONDA



FORMATO REGISTRO DE CAPACITACIÓN

CODIGO: F-GH-06

VERSIÓN: 1

UNIDAD QUE REALIZA LA CITACIÓN: VEN Crédito y Fomento	FECHA: 10 09 2010	DURACIÓN: 2 horas
OBJETIVO: Evaluación de lo visto en la capacitación 1 y 2.		
FACILITADOR: Lissette Tatiana Buenahora Gómez.	MATERIAL ENTREGADO: Diapositivas.	

No.	NOMBRE	CEDULA	UNIDAD	CARGO	FIRMA
1	CEJIA VEGA	63308988	CREDITO	AUXILIAR II	Cejia Vega
2	Despoina Cardenas	63-494120	Credito	Secreta. apto	[Signature]
3	Nelis Moran	3772582	Credito	Secretaria	Nelis Moran
4	M. Josef Bayona	37839214	Credito	Asist. apto	[Signature]
5	FRANCIS BARRON	91240054	credit fu	coordinador	[Signature]
6	FABIAN POSADA	91159043	Credito	GERENTE	[Signature]



FORMATO REGISTRO DE CAPACITACIÓN


CODIGO: F-GH-06

VERSIÓN: 1

UNIDAD QUE REALIZA LA CITACIÓN:	FECHA:	DURACIÓN:
	04 10 2020	2 h , 45 min
OBJETIVO:		
Capacitación sobre indicadores de Gestión		
FACILITADOR:		MATERIAL ENTREGADO:
Ingeniero. Libia Rangel. <i>Libia Rangel</i>		

No.	NOMBRE	CEDULA	UNIDAD	CARGO	FIRMA
1	HENRY BARBUJA	91240034	CREDITO FOMENTO.	colector.	<i>[Signature]</i>
2	Julie Sontara	71390893	CREDITO Y FOMENTO	Profesional	<i>[Signature]</i>
3	Leonor Ballarín	63226838	Credito y Fomento	Profesional	<i>[Signature]</i>
4	Deyanra Cárdenas	63494128	Credito y Fomento	Societario Apto	<i>[Signature]</i>
5	FABIAN PUONDA	91159043	CREDITO Y FOMENTO	Colecta	<i>[Signature]</i>
6	CECILIA UGAS	63308984	CREDITO FOM.	AUXILIAR	<i>[Signature]</i>
7	Yanis Moreno N	87725782	Credito y Fomento	Secretario	<i>[Signature]</i>
8	Ms Isabel Bayona	37839214	Credito	Asist. S/pto	<i>[Signature]</i>
9	Tatiana Buenahora G.	1098639202	Planeación	Practicante	<i>[Signature]</i>

Anexo 10. Guía y políticas para elaboración de documentos

 cajasan	PROCESO GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO GUIA PARA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS		CÓDIGO: G-PG-01	
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/05/2009	VERSIÓN N°	3


OBJETIVO: Estandarizar los aspectos a tener en cuenta para la elaboración de documentos del SGC.

RESPONSABLE: Profesional UDIR Planeación y Control de Gestión.

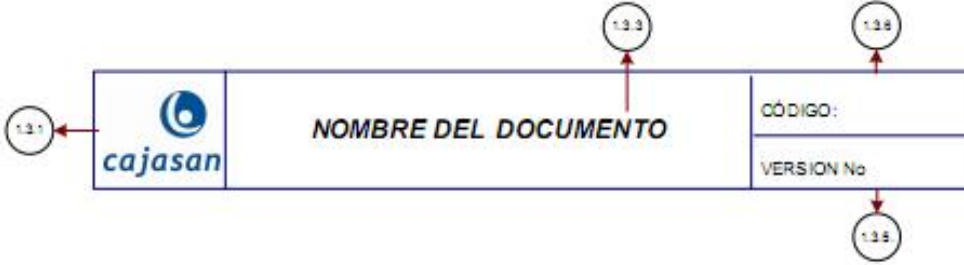
CONTENIDO

1. Encabezado

1.1. Diseño de Encabezado de Documentos del sistema de Gestión de Calidad: Procedimientos, Instructivos, Políticas, Manuales, Planes, Fichas Técnicas, Guías y Protocolos.



1.2. Diseño de Encabezado de Formatos o Listas del Sistema de Gestión de Calidad
 En los formatos o listas el encabezado es de libre diseño o puede no llevarlo, de todas maneras el documento deberá contener el Logo, el Nombre, el código, la versión, y la paginación (esta cuando se considere necesaria). Pueden existir formatos o listas que sólo tengan logo y nombre para identificarlos, éste caso aplica cuando existe papelería preimpresa y se utilizaran de esta manera hasta agotar existencias.





1.3. Contenido del Encabezado

1.3.1. Logo: Corresponde al logotipo oficial de la empresa avalado por la USC Comunicaciones.

1.3.2. Nombre del Proceso: Corresponde al proceso al cual corresponde el documento de acuerdo al listado enunciado por el punto 1.3.6.

1.3.3. Nombre del Documento: Corresponde al Nombre del Procedimiento, Formato, Instructivo, Política, Manual, Plan, Protocolo, Guía, Ficha Técnica o Lista.

	PROCESO GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO GUIA PARA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS		CÓDIGO: G-PG-01																				
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/05/2009	VERSIÓN N° 3	PAGINA 2 DE 8																			
<p>Clases de Documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Procedimiento: Documento que describe el conjunto de actividades que interactúan para transformar elementos de entrada en servicios. <input type="checkbox"/> Formato: Documento utilizado para registrar los resultados obtenidos o la evidencia de actividades desempeñadas. Los formatos son de libre diseño y contienen el logo, código, versión y paginación en el caso que lo requiera. <input type="checkbox"/> Instructivo: Documento que contiene la descripción detallada de una actividad. <input type="checkbox"/> Lista: Documento que contiene una relación de items, tales como documentos, actividades etc. <input type="checkbox"/> Política: Lineamiento establecido para la toma de decisiones. <input type="checkbox"/> Manual: Documento técnico de determinado tema que contiene instrucciones generales. <input type="checkbox"/> Plan: Documento que especifica que procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quien debe aplicarlos y cuando deben aplicarse a un proyecto, proceso, producto o contrab específico. <input type="checkbox"/> Ficha Técnica: Descripción sobre un producto u alimento en particular, que incluye a lo menos la composición química y nutricional del producto, los estándares de calidad y las condiciones de almacenamiento que requiere. <input type="checkbox"/> Protocolo: Descripción de los tratamientos que recibirá un paciente y cuándo se administrará cada uno de ellos exactamente. <input type="checkbox"/> Guía: Documento que indica los aspectos a tener en cuenta para realizar determinada actividad. Para el caso de salud suministra la información de determinada enfermedad, posibles resultados, tratamientos e indicaciones de manejo. 																							
1.3.4. Fecha de Actualización:	Corresponde a la última fecha de actualización del documento. DD/MM/AA.																						
1.3.5. Versión No	Identifica el consecutivo de modificaciones que afectan el documento. La primera versión sale aprobada como número uno (1). Si tiene modificaciones sigue con el consecutivo respectivo.																						
1.3.6. Código:	<p>Corresponde a la codificación determinada por una combinación de letras y números separados por guiones.</p> <p>El primer grupo corresponde al tipo de documento así:</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr><td>Procedimiento:</td><td>P</td></tr> <tr><td>Formato:</td><td>F</td></tr> <tr><td>Instructivo:</td><td>I</td></tr> <tr><td>Políticas/Normas:</td><td>N</td></tr> <tr><td>Manual:</td><td>M</td></tr> <tr><td>Lista:</td><td>L</td></tr> <tr><td>Ficha Técnica:</td><td>R</td></tr> <tr><td>Protocolo:</td><td>T</td></tr> <tr><td>Guías:</td><td>G</td></tr> <tr><td>Plan:</td><td>D</td></tr> </table>			Procedimiento:	P	Formato:	F	Instructivo:	I	Políticas/Normas:	N	Manual:	M	Lista:	L	Ficha Técnica:	R	Protocolo:	T	Guías:	G	Plan:	D
Procedimiento:	P																						
Formato:	F																						
Instructivo:	I																						
Políticas/Normas:	N																						
Manual:	M																						
Lista:	L																						
Ficha Técnica:	R																						
Protocolo:	T																						
Guías:	G																						
Plan:	D																						
GESTIÓN DE CALIDAD																							

	PROCESO GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO GUIA PARA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS		CÓDIGO: G-PG-01																																																				
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/05/2009	VERSIÓN N° 3	PAGINA 3 DE 8																																																			
<p>El segundo grupo de letras corresponden al nombre del proceso al cual pertenece el documento.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Dirreccionamiento Estratégico</td><td style="text-align: right;">DE</td></tr> <tr><td>Mejoramiento Continuo</td><td style="text-align: right;">PG</td></tr> <tr><td>Gestión al Cliente</td><td style="text-align: right;">GS</td></tr> <tr><td>Salud IPS</td><td style="text-align: right;">IP</td></tr> <tr><td>Salud EPS-S</td><td style="text-align: right;">EP</td></tr> <tr><td>Recreación Deportes y Turismo</td><td style="text-align: right;">RE</td></tr> <tr><td>Hótelaría</td><td style="text-align: right;">HO</td></tr> <tr><td>Educación Formal</td><td style="text-align: right;">ED</td></tr> <tr><td>Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano</td><td style="text-align: right;">ET</td></tr> <tr><td>Mercadeo</td><td style="text-align: right;">ME</td></tr> <tr><td>Vivienda</td><td style="text-align: right;">VI</td></tr> <tr><td>Crédito y Fomento</td><td style="text-align: right;">CR</td></tr> <tr><td>Gestión de Marketing</td><td style="text-align: right;">GM</td></tr> <tr><td>Aportes</td><td style="text-align: right;">AP</td></tr> <tr><td>Subsidio</td><td style="text-align: right;">SB</td></tr> <tr><td>Gestión Humana</td><td style="text-align: right;">GH</td></tr> <tr><td>Gestión de Compras</td><td style="text-align: right;">GC</td></tr> <tr><td>Mantenimiento y Obras Civiles</td><td style="text-align: right;">MI</td></tr> <tr><td>Contabilidad</td><td style="text-align: right;">CO</td></tr> <tr><td>Tesorería</td><td style="text-align: right;">TE</td></tr> <tr><td>Jurídica</td><td style="text-align: right;">JU</td></tr> <tr><td>Sistemas</td><td style="text-align: right;">SI</td></tr> <tr><td>Seguridad</td><td style="text-align: right;">SE</td></tr> <tr><td>Logística</td><td style="text-align: right;">LO</td></tr> <tr><td>Comunicaciones</td><td style="text-align: right;">CM</td></tr> <tr><td>Responsabilidad Social</td><td style="text-align: right;">RS</td></tr> </table> <p>El tercer grupo de letras corresponde al número consecutivo del documento.</p> <p>Ejemplo de Codificación: P – PG – 01 P: Este Código corresponde a un procedimiento PG: Hace parte del Proceso Gestión de Mejoramiento Continuo. 01: Corresponde al primer procedimiento del Proceso Gestión de Mejoramiento Continuo.</p> <p>1.3.7. PAGINA __DE__ Se pagina de la siguiente forma, PAGINA X DE Y. Ejm PAGINA 1 DE 2, PAGINA 2 DE 2</p> <p>2. Texto del Documento Todo texto de procedimientos, manuales, instructivos, planes de calidad, formatos, listas, políticas y otros documentos, debe digitarse con las siguientes normas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de letra Arial 10 • Tabulado normal • Títulos en mayúscula y en negrilla. • Se puede utilizar viñetas cuando se desee, como lo muestra el presente texto. • En casos de llevar numeración se utilizará la nomenclatura <ol style="list-style-type: none"> 1. 1.1. 1.1.1. 2. <p>Y así sucesivamente, siempre colocada en el margen izquierdo.</p>				Dirreccionamiento Estratégico	DE	Mejoramiento Continuo	PG	Gestión al Cliente	GS	Salud IPS	IP	Salud EPS-S	EP	Recreación Deportes y Turismo	RE	Hótelaría	HO	Educación Formal	ED	Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano	ET	Mercadeo	ME	Vivienda	VI	Crédito y Fomento	CR	Gestión de Marketing	GM	Aportes	AP	Subsidio	SB	Gestión Humana	GH	Gestión de Compras	GC	Mantenimiento y Obras Civiles	MI	Contabilidad	CO	Tesorería	TE	Jurídica	JU	Sistemas	SI	Seguridad	SE	Logística	LO	Comunicaciones	CM	Responsabilidad Social	RS
Dirreccionamiento Estratégico	DE																																																						
Mejoramiento Continuo	PG																																																						
Gestión al Cliente	GS																																																						
Salud IPS	IP																																																						
Salud EPS-S	EP																																																						
Recreación Deportes y Turismo	RE																																																						
Hótelaría	HO																																																						
Educación Formal	ED																																																						
Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano	ET																																																						
Mercadeo	ME																																																						
Vivienda	VI																																																						
Crédito y Fomento	CR																																																						
Gestión de Marketing	GM																																																						
Aportes	AP																																																						
Subsidio	SB																																																						
Gestión Humana	GH																																																						
Gestión de Compras	GC																																																						
Mantenimiento y Obras Civiles	MI																																																						
Contabilidad	CO																																																						
Tesorería	TE																																																						
Jurídica	JU																																																						
Sistemas	SI																																																						
Seguridad	SE																																																						
Logística	LO																																																						
Comunicaciones	CM																																																						
Responsabilidad Social	RS																																																						
GESTIÓN DE CALIDAD																																																							

3. Portada

Para la elaboración de la portada se utiliza la siguiente plantilla:

RESPONSABLE DEL PROCESO:		<small>Indica el cargo de ejecución o las personas de la empresa asociadas de a adopción del procedimiento. Corresponde General de AQR / UQV / UGC / responsable del Proceso.</small>	
OBJETIVO	Define sin ambigüedad el tema y el propósito del procedimiento. Además sirve para completar la información del título.		
ALCANCE	Su propósito es establecer los límites de aplicabilidad de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad.		
DOCUMENTOS APLICABLES			
Recopilación de documentos y registros nombrados en el desarrollo del procedimiento o que aplican en el procedimiento.			
DOCUMENTOS DE REFERENCIA			
Corresponde a los documentos internos y externos que afectan al procedimiento y por lo tanto deben ser consultados.			
APROBACIONES			
REVISADO POR			
CARGO	PROCESO	NOMBRE Y FIRMA	
<small>Corresponde al cargo (s), nombre (s) de quienes revisa (n) la documentación.</small>			
FECHA DE CREACIÓN:			
<small>Corresponde a la fecha de elaboración del documento.</small>			
ELABORADO POR:		APROBADO POR:	
<small>Corresponde al cargo y firma del funcionario que elabora el documento.</small>		<small>Corresponde al nombre, cargo y firma del funcionario que aprueba el documento.</small>	
GESTIÓN DE CALIDAD			

4. Estructura de los Documentos.

Para realizar el cuerpo de los documentos se tendrá en cuenta la siguiente información, utilizando la siguiente nomenclatura:

√: Aplica x: No aplica +/- : En algunos casos

	MANUALES	PROCEDIMIENTOS	PLANES	PROTOCOLOS	FORMATOS	INSTRUCTIVOS	POLITICAS	LISTAS	GUIAS	FICHAS TÉCNICAS
ENCABEZADO	√	√	√	√	+/-	√	√	√	√	√
PORTADA	√	√	√	√	X	+/-	+/-	X	+/-	+/-
TABLA DE CONTENIDO	√	X	√	√	X	X	X	X	X	X
OBJETIVO	X	X	X	X	X	+/-	+/-	X	X	X
DEFINICIONES	√	+/-	+/-	+/-	X	+/-	+/-	X	+/-	X
FLUJOGRAMA	X	√	X	X	X	X	X	X	X	X
CONT. ESPECIFICO DESCRIPCION	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
INSUMOS	+/-	+/-	+/-	+/-	X	+/-	X	X	+/-	X
HISTORIAL DE CAMBIOS	+/-	+/-	+/-	+/-	X	+/-	X	X	+/-	X
ANEXOS	+/-	+/-	+/-	+/-	X	+/-	X	X	+/-	+/-

5. Documentación de Procedimientos

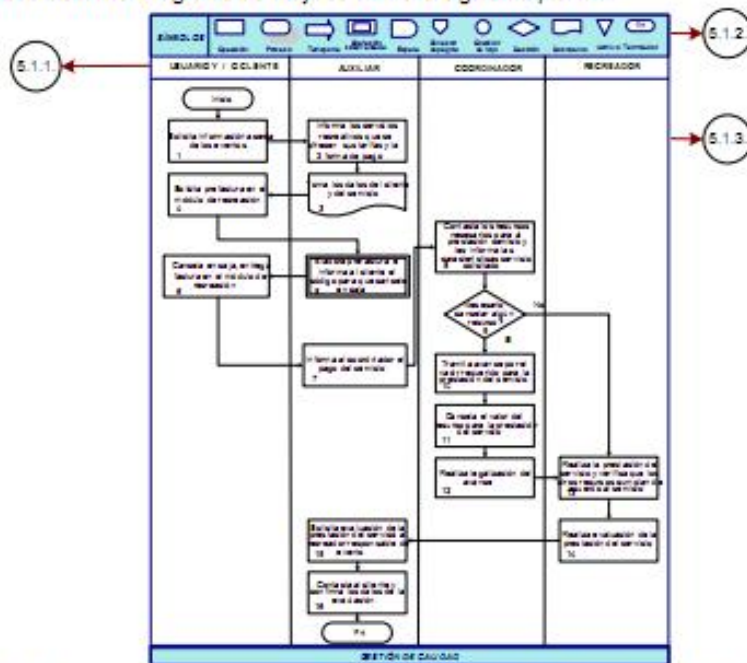
Para la elaboración de los procedimientos se tendrán en cuenta las siguientes aspectos:

- En las columnas de los flujogramas deberán aparecer todos los actores siempre que intervengan en esa página del diagrama de flujo, maxime cuando toman decisiones que autorizan o no el seguimiento del procedimiento.
- No se dejarán descritas actividades muy sencillas, este tipo de actividades deben tratar de unificarse dentro del menor número de símbolos.
- En los diagramas de flujo deberá aparecer el usuario y las actividades que éste realiza.
- Se debe evitar al máximo la utilización de conectores de flujo.
- Cuando dentro de un mismo diagrama de flujo intervienen varias unidades, se escribirán en las columnas el nombre de las respectivas unidades.
- Cuando las actividades del diagrama de flujo sean realizadas dentro de una misma unidad, se identificarán las columnas con nombre del rol. En las descripción en la columna del responsable se escribirán el cargo y el nombre del rol.


La documentación de procedimientos debe contener encabezado, portada, flujograma, descripción y las definiciones en caso que se requiera como se observa en el cuadro visto anteriormente:

5.1. Diagrama de Flujo

Para la elaboración del diagrama de Flujo se utiliza la siguiente plantilla




- 5.1.1. Símbolos: Describe el significado de la simbología utilizada en la realización de diagramas de flujo.
- 5.1.2. Nombre de los cargos que participan en el proceso: Corresponde al rol de los funcionarios que intervienen en el proceso, estos van ubicados en columnas. Adicionalmente, las actividades que realiza el usuario se diagraman en la columna de USUARIO Y/O CLIENTE.
- 5.1.3. Cuerpo diagrama de flujo: Corresponde a la Diagramación del Procedimiento con base en la simbología utilizada.

	PROCESO GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO GUIA PARA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS		CÓDIGO: G-PG-01
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/05/2009	VERSIÓN Nº 3

5.2. Descripción

Para la elaboración de la descripción del procedimiento es utilizada la siguiente plantilla:



No	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1.	Solicita información acerca de los eventos	Usuario y/o cliente
2.	Informa los servicios recreativos que se ofrecen, sus tarifas y la forma de pago	Auxiliar
3.	Toma los datos del cliente y del servicio: Nombre Dirección Teléfono Celular Lugar del evento Hora del evento No. de personas a atender	Auxiliar
4.	Solicita prefectura en el módulo de recreación	Usuario y/o cliente
5.	Elabora prefectura e informa al cliente el código para que cancele en caja	Auxiliar
6.	Cancela en caja y entrega factura en el módulo de recreación	Usuario y/o cliente
7.	Informa al coordinador el pago del servicio	Auxiliar
8.	Contacta los recursos necesarios para la prestación del servicio y les informa las características del servicio solicitado: Recreador Música Refrigerios Decoración	Coordinador
9.	Si es necesario cancelar algún recurso continúa en el punto 10, de lo contrario continúa en el punto 13.	Coordinador
10.	Tramita avance por el valor requerido para la prestación del servicio	Coordinador
11.	Cancela el valor del recurso para la prestación del servicio	Coordinador
12.	Realiza legalización del evento	Coordinador
13.	Realiza la prestación del servicio y verifica que los otros recursos cumplan de acuerdo al servicio	Recreador
14.	Realiza evaluación de la prestación del servicio	Recreador
15.	Solicita evaluación de la prestación del servicio al recreador responsable del evento	Coordinador
16.	Contacta al cliente y confirma los datos de la evaluación	Coordinador

GESTIÓN DE CALIDAD

5.2.1. No.: No de la actividad correspondiente en el flujo.

5.2.2. Descripción: Correspondiente descripción detallada de la actividad diagramada en el flujo.

5.2.3. Responsable: Cargo oficial del funcionario que realiza la actividad.

GESTIÓN DE CALIDAD

6. Documentación de Instructivos


Se realiza instructivo cuando las actividades son realizadas por un solo responsable (o un responsable y el usuario).

En el caso en el cual se deban enunciar los requisitos estos se enunciarán en la parte final del documento.

En los casos en los que el instructivo no este referenciado en otro documento debe llevar portada, cuando va referenciado en otro documento aplica la siguiente plantilla con su contenido

<p>OBJETIVO: Definir las actividades de limpieza de baño de una habitación para cumplir con los estándares.</p> <p>RESPONSABLE: Auxiliar de Habitación</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alista equipos y elementos de aseo y limpieza. Utiliza los elementos de protección personal (guantes, mascarilla, etc.) 2. Recoge corchos, basura, desperdicios de jabón, champú, vacía a papelera y retira las toallas. 3. Retira toallas con el escobillón. 4. Retira la tapa del ánque del inodoro, cepillarlo íntegramente con el chumusco, removiendo la suciedad adherida. Colocar la tapa del tanque. 5. Suelta el agua de la sistema, verificando su funcionamiento. (pita o cordón). Reportar cualquier daño detectado. 6. Brjebona inodoros, aplicando desengrasante en la parte interna del sanitario, en los freones y dejar que el agua para que se pueda remover toda la suciedad que se acumula en este sitio. Cuando el inodoro lo requiera, por su estado de suciedad agregar desincrustante. 7. Aplica desengrasante al bicocho y en especial la parte de los soportes. Cuando el bicocho lo requiera por su estado de suciedad agregar desincrustante. <p>DEFINICIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Desincrustante: Químico líquido utilizado para remover suciedad, grasa y manchas que ya están adheridas permanentemente al piso. <input type="checkbox"/> Desengrasante: Químico líquido espumoso para remover suciedad, manchas y ceras leves. <input type="checkbox"/> Amenities: Son todos los elementos básicos de aseo personal que el Hotel ofrece sin costo a sus huéspedes (jabón, , bolsas para toalla higiénica, etc.) <p>INSUMOS</p> <p>Cepillo de pelo largo, cepillo de pelo corto (chumusco), esponjita (sabra), cepillo pequeño, desincrustante, desengrasante, desinfectante, jabón (industria) ambientador, paños limpios, guantes, mascarilla, cinta esterilizante, bolsas y amenities.</p> <p style="text-align: center;">GESTIÓN DE CALIDAD</p>

- | | | |
|------|--------------|---|
| 6.1. | Objetivo | Define el tema y el propósito del instructivo. |
| 6.2. | Responsable | Indica el cargo de la persona o las personas de la empresa responsables de la aplicación del Instructivo. |
| 6.3. | Actividades | Corresponde a la descripción detallada de cada una de las instrucciones a llevar a cabo. |
| 6.4. | Definiciones | Contiene la lista de términos técnicos con sus definiciones que se consideran convenientes incluir para una mejor interpretación del instructivo. En los casos que aplique. |
| 6.5. | Insumos | Contiene la lista de los insumos que deben ser utilizados en la aplicación del instructivo. En los casos que aplique. |

	PROCESO GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO		CÓDIGO: G-PG-01
	GUIA PARA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS		
FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/05/2009	VERSIÓN N°	3
		PAGINA	8 DE 8

7. Documentación de Políticas

En los casos en los que las políticas no estén referenciadas en otro documento deben llevar portada, cuando van referenciadas en otro documento aplica la siguiente plantilla con su contenido.

OBJETIVO: Definir los lineamientos para realizar la documentación del sistema de gestión de Calidad


RESPONSABLE: Gerente UDIR Planeación y Control de la Gestión

POLITICAS


- 1 Para la revisión de la documentación con los gerentes se tendrán en cuenta las siguientes políticas
 - 1.1 Las últimas versiones revisadas deben ser firmadas por las personas con las que se levante dicha información
 - 1.2 Los documentos expuestos a los gerentes del negocio contendrán tanto las actividades realizadas actualmente como las propuestas de mejora en las actividades que así lo ameriten. Las propuestas de mejora serán enumeradas al final de cada documento haciendo relación a la actividad que corresponde
 - 1.3 Cada Gestor de la UDIR de Planeación y Control de Gestión deberá presentar las listas maestras preliminares de todos los documentos y registros de la Unidad a su cargo que se encuentren documentados
 - 1.4 Habrá una carpeta en la oficina de la Gerente de la UDIR Planeación y Control de Gestión con los documentos que se encuentren listos para las revisiones con los gerentes de tal manera que la Gerente de la UDIR Planeación y Control de Gestión revise personalmente y de e- VoBo. Previo a la revisión con los Gerentes
- 2 Se realiza procedimiento cuando las actividades son ejecutadas por más de un responsable cuando es un solo responsable se realizará un instructivo
- 3 La Lista Maestra de Documentos Internos L-PG-01 y la Lista Maestra de Registros L-PG-03 contendrá los documentos y formatos que hayan sido aprobados y se actualizará en un archivo digital único que debe ser administrado por el Coordinador de Calidad
- 4 Los compromisos y responsabilidades de los Gerentes que se generen como resultados de mejoras en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad deberán ser comunicados vía correo electrónico al Gerente de cada área con copia a la gerente de la UDIR Planeación y Control

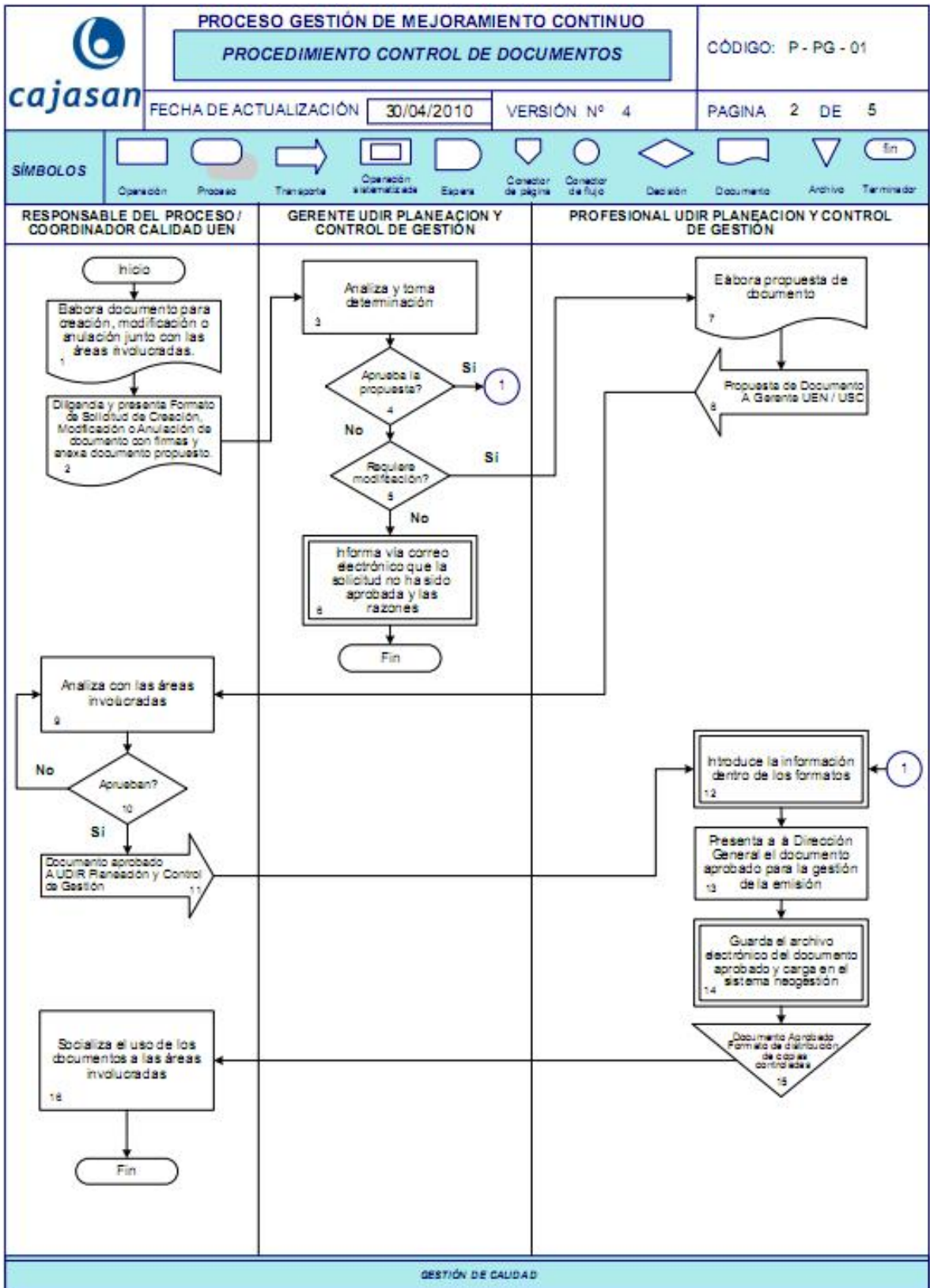
7.1.	Objetivo	Define el tema y el propósito del documento de políticas
7.2.	Responsable	Indica el cargo de la persona o las personas de la empresa responsables de la aplicación de las políticas
7.3.	Políticas	Directrices de obligatorio cumplimiento en la ejecución de los procedimientos, instructivos, protocolos, etc.


GESTIÓN DE CALIDAD


	PROCESO GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO POLITICAS PARA ELABORACION DE DOCUMENTOS		CÓDIGO: N- PG - 02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/05/2009	VERSIÓN N° 2
<p>OBJETIVO: Definir los lineamientos para realizar la documentación del Sistema de Gestión de Calidad.</p> <p>RESPONSABLE: Profesional UDIR Planeación y Control de la Gestión.</p> <p>POLITICAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cada vez que se requiera crear, modificar o anular un documento se debe diligenciar y enviar el formato de Solicitud de Creación, Modificación o Anulación de Documento (F-PG-01) y anexar documento propuesto. 2. Cualquier creación, modificación o anulación a un documento y/o registro en una UEN/UDIR debe ser canalizado por el coordinador de calidad y en todos los casos el Formato debe estar firmado por el Gerente de la UEN/UDIR. 3. Cualquier creación, modificación o anulación a un documento y/o registro en una USC debe ser canalizado por el responsable del proceso y en todos los casos el Formato debe estar firmado por el Subdirector Administrativo y Financiero. 4. Toda creación, modificación o anulación a un documento y/o registro es liberada por Gestión de Calidad de la UDIR de Planeación y Control de Gestión. 5. Todo personal de la caja que posea documentos controlados dentro del Sistema de Gestión de Calidad deben firmar el formato de Distribución de Copias Controladas (F-PG-02). 6. A todos los documentos del Sistema de Gestión de Calidad, que estén en poder de las personas que figuran en el formato de Distribución de Copias Controladas, se le debe colocar un sello de "COPIA CONTROLADA" en todas las páginas del documento, para mantener el control únicamente sobre éstos documentos y garantizar que los documentos se conserven legibles, si se encontrase un documento en mal estado se reemplaza con otro ejemplar de la misma versión y contenido. 7. Los documentos externos son identificados mediante un sello de "DOCUMENTO EXTERNO CONTROLADO" y es responsabilidad del gerente de UDIR/UEN/USC, mantener vigentes los documentos externos aplicables a su unidad y reportar a la UDIR de Planeación y Control de Gestión semestralmente los cambios con el fin de actualizar la Lista Maestra de Documentos Externos (L-PG-02). 8. Los responsables de cada proceso deben realizar revisión periódica de los documentos que apliquen al Sistema de Gestión de Calidad, con el objetivo de evaluar posibles cambios de acuerdo a las necesidades existentes. 9. Cuando un documento y/o registro sea utilizado por más de una unidad de la caja, se requiere validar previamente con los líderes de estas unidades cualquier sugerencia de cambio y/o modificación. 10. Cuando el coordinador de calidad de la UEN o responsable del proceso requiera distribuir un documento al interior de una unidad, debe asegurarse que el documento contenga el sello de "COPIA CONTROLADA" y solicitar firma en el formato de Distribución de Copias Controladas (F-PG-02). 11. Cuando las actividades son ejecutadas por más de un responsable se realiza procedimiento y cuando es un solo responsable se realiza un instructivo. 12. La Lista Maestra de Documentos Internos (L-PG-01) y la Lista Maestra de Registros (L-PG-03) contiene los documentos y formatos que hayan sido aprobados y se actualiza en un archivo digital único que debe ser administrado por el Coordinador de Calidad Corporativo. 13. Los compromisos y responsabilidades de los gerentes que se generen como resultados de las reuniones del Sistema de Gestión de Calidad, deben ser comunicados vía correo electrónico por el profesional de la UDIR Planeación y Control de Gestión al gerente de cada unidad, con copia al gerente de la UDIR Planeación y Control de Gestión. 			
GESTIÓN DE CALIDAD			


Anexo 11. Procedimientos obligatorios


	PROCESO GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS		CÓDIGO: P - PG - 01
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/04/2010	VERSIÓN N° 4
RESPONSABLE DEL PROCESO:		PROFESIONAL UDIR PLANEACION Y CONTROL DE GESTIÓN	
OBJETIVO	Establecer y mantener las acciones necesarias para la creación, modificación, anulación y mantenimiento de la documentación generada en CAJASAN dentro del Sistema de Gestión de la Calidad.		
ALCANCE	Aplica a documentos de origen interno. Este documento es de consulta general de todo el personal de la empresa, y es empleado cada vez que se cree, modifique o anule un documento.		
DOCUMENTOS APLICABLES			
Solicitud de Creación, Modificación o Anulación de Documentos (F-PG-01). Distribución de Copias Controladas (F-PG-02). Guía para la elaboración de documentos (G-PG-01). Políticas para la elaboración de documentos (N-PG-02) Formato Capacitación (F-GH-06)			
DOCUMENTOS DE REFERENCIA			
Norma ISO 9000: 2000. Fundamentos y Vocabulario Norma ISO 9001:2008. Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos			
APROBACIONES			
REVISADO POR			
CARGO	PROCESO	NOMBRE Y FIRMA	
FECHA DE CREACIÓN:			
Diciembre de 2007			
ELABORADO POR:		APROBADO POR:	
HERLINDA GAMBOA SANTA Profesional UDIR Planeación y Control de Gestión		NORMA YOLANDA HERNÁNDEZ VANEGAS Gerente UDIR Planeación y Control de Gestión	
GESTIÓN DE CALIDAD			

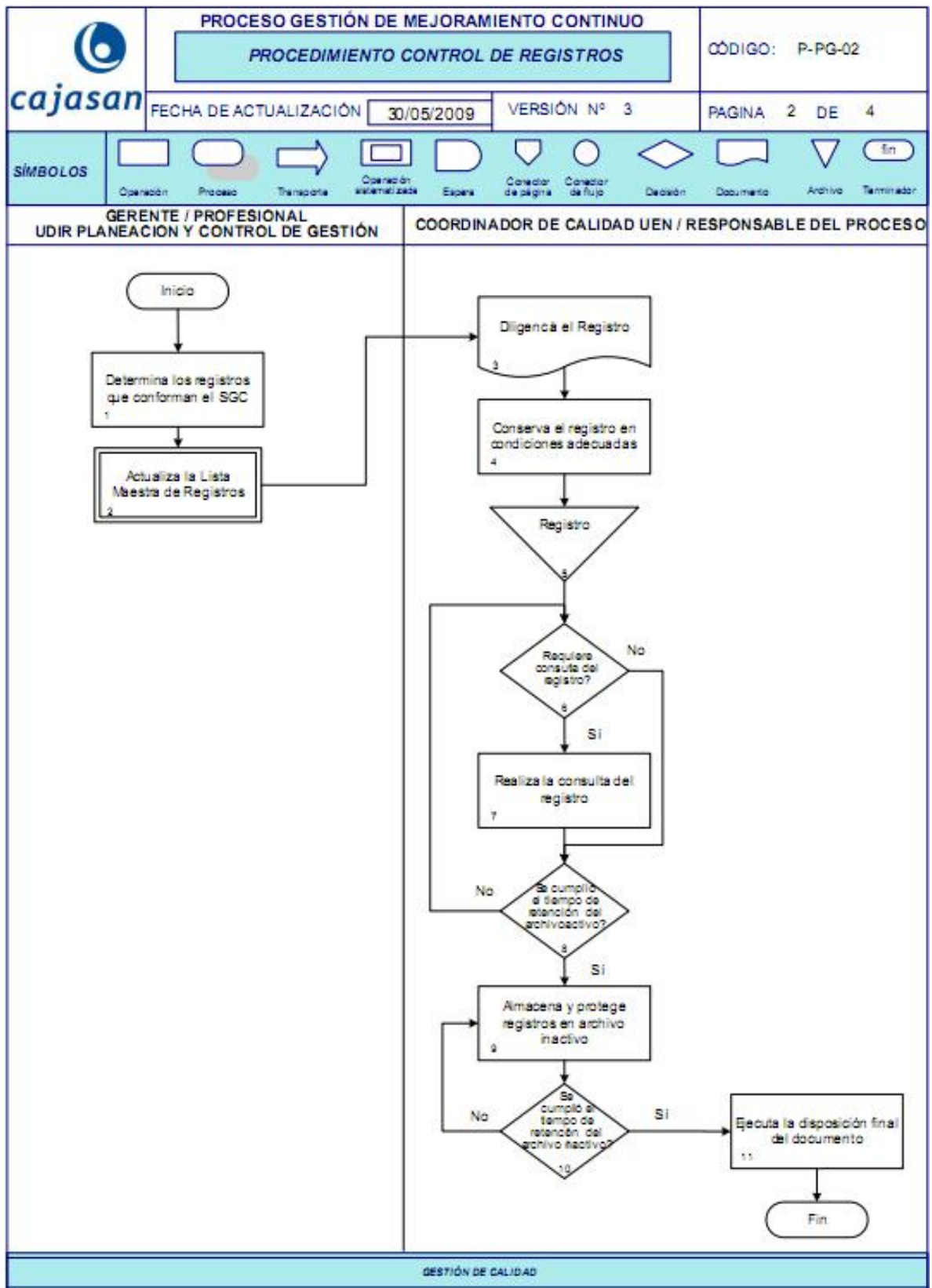



	PROCESO GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO		CÓDIGO: P - PG - 01
	PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS		
FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/04/2010	VERSIÓN N° 4	PAGINA 3 DE 5
DEFINICIONES			
<p>Para el Presente Procedimiento aplican las siguientes definiciones:</p> <p>SGC: Sistema de Gestión de Calidad.</p> <p>Copia Controlada: Copia de un documento del Sistema de Gestión de Calidad interno o externo entregada a una persona específica, la cual debe ser reemplazada por una versión nueva cada vez que ésta se genere. Se identifica por tener un sello de Copia Controlada ubicado en todas las páginas del documento. No aplica para los formatos de registro, pues estos generalmente van anexos a un documento controlado y no se puede controlar el número de copias que puedan emitir cada usuario en su uso.</p> <p>Copia No Controlada: Copia de un documento del Sistema de Gestión de Calidad, entregada a una persona específica sin compromiso de actualización a nuevas versiones.</p> <p>Documento: Información y su medio de soporte.</p> <p>Documento Interno: Todos los documentos del Sistema de Gestión de Calidad que se generan dentro de la empresa.</p> <p>Documento Externo: Documento requerido y utilizado en el Sistema de Gestión de Calidad que son generados por entidades diferentes a la organización.</p> <p>Documento Obsoleto: Documento que no tiene vigencia, o ha sido reemplazado por otro.</p> <p>Manual de Calidad: Documento que especifica el Sistema de Gestión de Calidad de una organización.</p> <p>Plan de Calidad: Documentos que especifica que procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quién debe aplicarlos y cuándo deben aplicarse a un proyecto, proceso, producto o contrato específico.</p> <p>Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.</p> <p>Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.</p> <p>Instructivo: Documento que describe la secuencia de pasos detallada a seguir para realizar una actividad o proceso, en el cual solo interviene un responsable.</p> <p>Protocolo: Descripción de los tratamientos que recibirá un paciente y cuándo se administrará cada uno de ellos exactamente</p> <p>Guía: Documento que da directrices para realizar determinada actividad.</p>			
GESTIÓN DE CALIDAD			


	PROCESO GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS		CÓDIGO: P - PG - 01
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/04/2010	VERSIÓN N° 4
No	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	
1.	Elabora el documento para creación, modificación o anulación de documentos y se reúne con las áreas involucradas.	Responsable del Proceso / Coordinador Calidad UEN	
2.	Diligencia y presenta Formato de Solicitud de Creación, Modificación o Anulación de documento (F-PG-01) y anexa documento propuesto. Esta solicitudes pueden ser presentadas por el coordinador de calidad de la UEN o responsable del proceso y en todos los casos el Formato debe estar firmado por el Gerente de la UEN / USC/ UDIR. Aplica también para los cambios y nuevos formatos emitidos por un software que estén incluidos en los documentos del SGC.	Responsable del Proceso / Coordinador Calidad UEN	
3.	Analiza y toma determinación.Registra en el Formato Solicitud de Creación, Modificación o Anulación de documento (F-PG-01)	Gerente UDIR Planeación y Control de Gestión	
4.	Si aprueba la propuesta, la firma y continua en el punto 12, de lo contrario continua en el punto 5.	Gerente UDIR Planeación y Control de Gestión	
5.	Si requiere modificación continua en el punto 7, de lo contrario continua en el punto 6.	Gerente UDIR Planeación y Control de Gestión	
6.	Informa vía correo electrónico que la solicitud no ha sido aprobada y las razones.	Gerente UDIR Planeación y Control de Gestión	
7.	Elabora propuesta de documento, teniendo en cuenta los siguientes ítems: - Recopilación de la información mediante observación y/o entrevistas. - Recopilación de la documentación existente, - Análisis y organización de la información, proponiendo junto con el Gerente las mejoras al proceso.	Profesional UDIR Planeación y Control de Gestión	
8.	Envía Propuesta de Documento a Gerente UEN / USC.	Profesional UDIR Planeación y Control de Gestión	
9.	Analiza con las áreas involucradas, estableciendo las actividades de interacción que permitan la efectividad del Proceso.	Responsable del Proceso / Coordinador Calidad UEN	
10.	Si aprueban continua en el punto 11, de lo contrario continua en el punto 9.	Responsable del Proceso / Coordinador Calidad UEN	
11.	Envía Documento aprobado a UDIR Planeación y Control de Gestión.	Responsable del Proceso / Coordinador Calidad UEN	
12.	Introduce la información dentro de los formatos, con base en lo establecido en la Guía para elaboración de Documentos (G-PG-01).	Profesional UDIR Planeación y Control de Gestión	
13.	Presenta a la Dirección General el documento aprobado para la gestión de la emisión.	Profesional UDIR Planeación y Control de Gestión	
14.	Guarda el archivo electrónico del documento aprobado y carga en el sistema neogestión. Para el caso de la actualización de un documento incluye los cambios que fueron realizados. De esta manera se mantendrá actualizado y disponible un índice de referencia de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad y las fechas de actualización serán la forma de verificar su control. Se le asigna un código en caso de ser nuevo documento o se modifica la versión cuando el documento ya existe.	Profesional UDIR Planeación y Control de Gestión	
15.	Archiva Documento Original físico aprobado y Formato de Distribución de Copias Controladas (F-PG-02).	Profesional UDIR Planeación y Control de Gestión	
16.	Socializa el uso de los documentos a los procesos involucrados y registra en el Formato de Capacitación (F-GH-08)	Responsable del Proceso / Coordinador Calidad UEN	
GESTIÓN DE CALIDAD			


	PROCESO GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS		CÓDIGO: P-PG-01										
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/04/2010	VERSIÓN Nº 4										
		PAGINA 5 DE 5											
No	DESCRIPCIÓN		RESPONSABLE										
	<p>NOTAS ACLARATORIAS</p> <p>Las copias físicas de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad, solo serán emitidas para el caso de personal operativo que no cuenta con acceso al sistema. Para esta emisión se debe tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Si exista versión anterior recoge las copias obsoletas, identificándolas con una X por el lado de la hoja utilizada, estas copias son utilizadas como papel para reciclaje, y en caso de contener información confidencial de Cajasán, se destruyen. -Solicita firma en el Formato de Distribución de Copias Controladas (F-PG-02). <p>A todos los documentos del SGC, que estén en poder de las personas que figuran en el formato de Distribución de Copias Controladas, se le debe colocar un sello de Copia Controlada en todas las páginas del documento, para mantener el control únicamente sobre éstos documentos.</p> <p>Se garantiza que los documentos se conservan legibles, si se encontrase un documento en mal estado se reemplaza con otro ejemplar de la misma versión y contenido.</p> <p>HISTORIAL DE CAMBIOS</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">VERSION</th> <th>DESCRIPCION DE CAMBIOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td>Versión Inicial</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">02</td> <td>Reemplazo del Instructivo para la elaboración de documentos (I-PG-01) por la guía para la elaboración de documentos (G-PG-01) Adición de especificaciones y políticas (N-PG-02) para la elaboración de los documentos del SGC</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">03</td> <td>Modificación de la portada del documento: Responsable del proceso, cambio del nombre del proceso de Planeación y Control de Gestión por Mejoramiento Continuo, inclusión de documentos de referencia tales como la norma ISO 9000:2000 y norma ISO 9001:2008, redistribución de actividades en el flujograma, entre gerente y profesional de UDIR Planeación y Control de Gestión, actualización de los cargos que participan en el procedimiento.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">04</td> <td>Se actualiza el procedimiento de acuerdo a la implementación del software neogestión para el manejo de la documentación del Sistema de Gestión de calidad. Se elimina la emisión de copias controladas pas el general de los documentos y se incluye una nota aclaratoria para la emisión de copias a personal que no tiene acceso al sistema</td> </tr> </tbody> </table>		VERSION	DESCRIPCION DE CAMBIOS	01	Versión Inicial	02	Reemplazo del Instructivo para la elaboración de documentos (I-PG-01) por la guía para la elaboración de documentos (G-PG-01) Adición de especificaciones y políticas (N-PG-02) para la elaboración de los documentos del SGC	03	Modificación de la portada del documento: Responsable del proceso, cambio del nombre del proceso de Planeación y Control de Gestión por Mejoramiento Continuo, inclusión de documentos de referencia tales como la norma ISO 9000:2000 y norma ISO 9001:2008, redistribución de actividades en el flujograma, entre gerente y profesional de UDIR Planeación y Control de Gestión, actualización de los cargos que participan en el procedimiento.	04	Se actualiza el procedimiento de acuerdo a la implementación del software neogestión para el manejo de la documentación del Sistema de Gestión de calidad. Se elimina la emisión de copias controladas pas el general de los documentos y se incluye una nota aclaratoria para la emisión de copias a personal que no tiene acceso al sistema	
VERSION	DESCRIPCION DE CAMBIOS												
01	Versión Inicial												
02	Reemplazo del Instructivo para la elaboración de documentos (I-PG-01) por la guía para la elaboración de documentos (G-PG-01) Adición de especificaciones y políticas (N-PG-02) para la elaboración de los documentos del SGC												
03	Modificación de la portada del documento: Responsable del proceso, cambio del nombre del proceso de Planeación y Control de Gestión por Mejoramiento Continuo, inclusión de documentos de referencia tales como la norma ISO 9000:2000 y norma ISO 9001:2008, redistribución de actividades en el flujograma, entre gerente y profesional de UDIR Planeación y Control de Gestión, actualización de los cargos que participan en el procedimiento.												
04	Se actualiza el procedimiento de acuerdo a la implementación del software neogestión para el manejo de la documentación del Sistema de Gestión de calidad. Se elimina la emisión de copias controladas pas el general de los documentos y se incluye una nota aclaratoria para la emisión de copias a personal que no tiene acceso al sistema												
GESTIÓN DE CALIDAD													

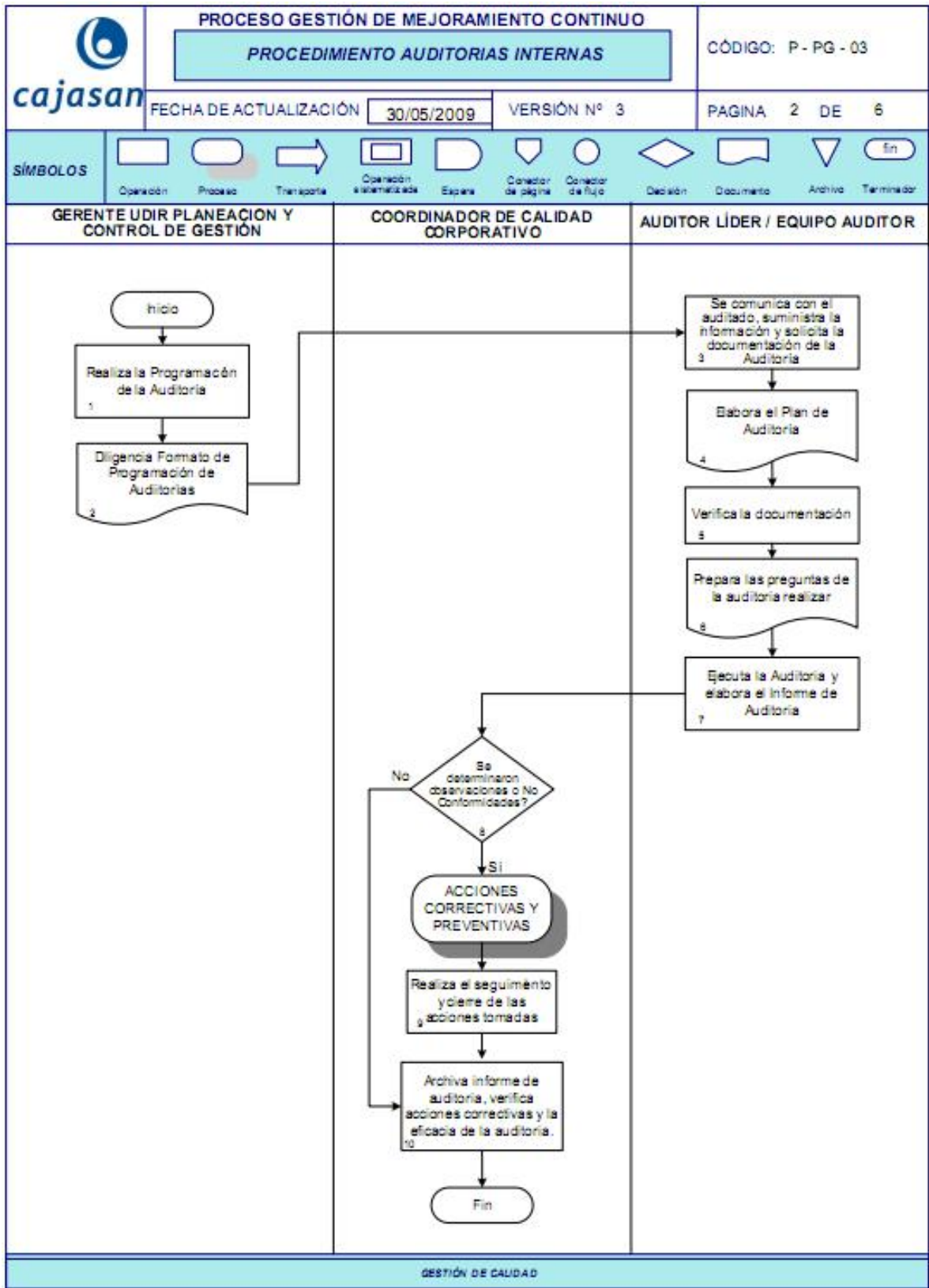
	PROCESO GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO		CÓDIGO: P-PG-02
	PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS		
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/05/2009	VERSIÓN N° 3 PAGINA 1 DE 4
RESPONSABLE DEL PROCESO: PROFESIONAL UDIR PLANEACION Y CONTROL DE GESTIÓN			
OBJETIVO	Definir los controles para identificar, almacenar, proteger y recuperar registros del Sistema de Gestión de la Calidad.		
ALCANCE	El control aplica sobre los registros internos del Sistema de Gestión de la calidad generados por la aplicación de los procedimientos y por las actividades propias de cada proceso. Este documento es de consulta general de todo el personal de la empresa.		
DOCUMENTOS APLICABLES			
Guía para Elaboración de documentos (G-PG-01) Lista Maestra de Registros (L-PG-03).			
DOCUMENTOS DE REFERENCIA			
Norma ISO 9000: 2000. Fundamentos y Vocabulario Norma ISO 9001:2008. Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos			
APROBACIONES			
REVISADO POR			
CARGO	PROCESO	NOMBRE Y FIRMA	
Profesional	Gestión de Mejoramiento Continuo	HERLINDA GAMBOA SANTA	
FECHA DE CREACIÓN:			
Diciembre 27 de 2007			
ELABORADO POR:		APROBADO POR:	
ELIANA LÓPEZ MANCILLA Profesional UDIR Planeación y Control de Gestión		NORMA YOLANDA HERNÁNDEZ VANEGAS Gerente UDIR Planeación y Control de Gestión	
GESTIÓN DE CALIDAD			





	PROCESO GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS		CÓDIGO: P-PG-02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/05/2009	VERSIÓN N° 3
No	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	
1.	Determina los registros que conforman el Sistema de Gestión de Calidad.	Gerente / Profesional UDIR Planeación y control de Gestión	
2.	Actualiza la Lista Maestra de Registros (L-PG-03).	Gerente / Profesional UDIR Planeación y control de Gestión	
3.	Diligencia el registro, garantizando la legibilidad de los registros del Sistema de Gestión de Calidad aplicando las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> - Diligenciar los formatos en su totalidad. - No diligenciar los formatos en lápiz, deben llenarse a tinta. - Evitar tachones y enmendaduras. - Llenar todos los espacios y si no aplica colocar N.A. - Los registros deben usarse en tiempo real. 	Coordinador Calidad UEN / Responsable del Proceso	
4.	Conserva el registro en condiciones adecuadas.	Coordinador Calidad UEN / Responsable del Proceso	
5.	Archiva el registro, el almacenamiento de registros en Archivo Activo se debe realizar teniendo en cuenta: <ul style="list-style-type: none"> - Ubicación: El registro se archiva en la carpeta correspondiente debidamente identificada y en las condiciones adecuadas mientras se encuentra en archivo activo, de acuerdo a lo establecido en la Lista Maestra de Registros (L-PG-03). - Medio de almacenamiento: El medio de almacenamiento puede ser impreso o magnético, de acuerdo a lo establecido en la Lista Maestra de Registros (L-PG-03). - Tiempo de almacenamiento: El tiempo de almacenamiento estipulado para la permanencia en el archivo activo es de acuerdo a lo establecido en la Lista Maestra de Registros (L-PG-03). 	Coordinador Calidad UEN / Responsable del Proceso	
6.	Si se requiere consultar el registro, continúa en el punto 7 de lo contrario, continúa en el punto 8.	Coordinador Calidad UEN / Responsable del Proceso	
7.	Realiza la consulta, según lo establecido en la Lista Maestra de registros (L-PG-03). El acceso para la consulta de estos registros se realiza teniendo en cuenta los siguientes niveles: <ul style="list-style-type: none"> - Confidencial: Sólo área responsable y autoriza consulta - Restringido: Consulta procesos involucrados - General: Sin limitaciones 	Coordinador Calidad UEN / Responsable del Proceso	
8.	Si se cumplió el tiempo de retención del archivo activo, continúa en el punto 9, de lo contrario, continúa en el punto 6.	Coordinador Calidad UEN / Responsable del Proceso	
9.	Almacena y protege registros de Archivo Inactivo en el archivo central, durante el tiempo estipulado para la permanencia en el archivo inactivo de acuerdo a lo establecido en la Lista Maestra de registros (L-PG-03).	Coordinador Calidad UEN / Responsable del Proceso	
10.	Si se cumplió el tiempo de retención del archivo inactivo, continúa en el punto 11, de lo contrario, continúa en el punto 9.	Coordinador Calidad UEN / Responsable del Proceso	
11.	Ejecuta la disposición final del documento. La disposición final de los registros en archivo inactivo, es el siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Digitalizar. - Eliminar. - Conservar totalmente. 	Coordinador Calidad UEN / Responsable del Proceso	
GESTIÓN DE CALIDAD			


 cajasan	PROCESO GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS		CÓDIGO: P-PG-02								
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/05/2009	VERSIÓN Nº 3	PAGINA 4 DE 4							
No	DESCRIPCIÓN		RESPONSABLE								
	<p>NOTAS ACLARATORIAS:</p> <p>La identificación de los registros se realiza por medio de los códigos descritos en la Guía para Elaboración de Documentos (G-PG-01).</p> <p>Todo registro que forme parte del Sistema de Gestión de Calidad debe ser controlado y codificado.</p> <p>Si existen registros que formen parte del sistema de Gestión de Calidad que no estén codificados debe existir un Acta firmada por el Gerente de la UEN/USC/UDIR, en donde autoriza utilizar la documentación hasta agotar existencias.</p> <p>HISTORIAL DE CAMBIOS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>VERSION</th> <th>DESCRIPCION DE CAMBIOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>Versión Inicial</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>Se incluye conservar el registro en condiciones adecuadas antes de archivarlo</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>Modificación de la portada del documento: Responsable del proceso, cambio del nombre del proceso de Planeación y Control de Gestión por Mejoramiento Continuo, inclusión de documentos de referencia tales como la norma ISO 9000:2000 y norma ISO 9001:2008, inclusión del rol profesional de UDIR Planeación y Control de Gestión, inclusión de Notas Aclaratorias, detalle y especificación de los puntos 5, 3 y 11 en la descripción del procedimiento, ajuste de errores de digitación en los puntos 6 y 8.</td> </tr> </tbody> </table>		VERSION	DESCRIPCION DE CAMBIOS	01	Versión Inicial	02	Se incluye conservar el registro en condiciones adecuadas antes de archivarlo	03	Modificación de la portada del documento: Responsable del proceso, cambio del nombre del proceso de Planeación y Control de Gestión por Mejoramiento Continuo, inclusión de documentos de referencia tales como la norma ISO 9000:2000 y norma ISO 9001:2008, inclusión del rol profesional de UDIR Planeación y Control de Gestión, inclusión de Notas Aclaratorias, detalle y especificación de los puntos 5, 3 y 11 en la descripción del procedimiento, ajuste de errores de digitación en los puntos 6 y 8.	
VERSION	DESCRIPCION DE CAMBIOS										
01	Versión Inicial										
02	Se incluye conservar el registro en condiciones adecuadas antes de archivarlo										
03	Modificación de la portada del documento: Responsable del proceso, cambio del nombre del proceso de Planeación y Control de Gestión por Mejoramiento Continuo, inclusión de documentos de referencia tales como la norma ISO 9000:2000 y norma ISO 9001:2008, inclusión del rol profesional de UDIR Planeación y Control de Gestión, inclusión de Notas Aclaratorias, detalle y especificación de los puntos 5, 3 y 11 en la descripción del procedimiento, ajuste de errores de digitación en los puntos 6 y 8.										
GESTIÓN DE CALIDAD											


	PROCESO GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS		CÓDIGO: P - PG - 03
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/05/2009	VERSIÓN Nº 3
RESPONSABLE DEL PROCESO:		GERENTE UDIR PLANEACION Y CONTROL DE GESTIÓN	
OBJETIVO	Describir las actividades que se llevan a cabo para revisar periódicamente el cumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad, determinando su eficacia, detectar las necesidades de mejora e identificar la conformidad o no conformidad en los diferentes procesos del sistema.		
ALCANCE	Aplica a los diferentes procesos del Sistema de Gestión de Calidad.		
DOCUMENTOS APLICABLES			
Programación de Auditorias Internas (F-PG-03) Plan de Auditoria Interna de Calidad (F-PG-04) Informe de Auditoria Interna (F-PG-05) Acciones Correctivas y preventivas (F-PG-06) Estado de Acciones Correctivas y Preventivas (L-PG-05) Procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas (P-PG-05)			
DOCUMENTOS DE REFERENCIA			
Norma ISO 9000: 2000. Fundamentos y Vocabulario Norma ISO 9001:2008. Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos Norma ISO 19011:2002. Directrices para la auditoria de los sistemas de calidad y/o ambiental			
APROBACIONES			
REVISADO POR			
CARGO	PROCESO	NOMBRE Y FIRMA	
Profesional	Gestión de Mejoramiento Continuo	HERLINDA GAMBORA SANTA	
FECHA DE CREACIÓN:			
Diciembre 27 de 2007			
ELABORADO POR:		APROBADO POR:	
ELIANA LÓPEZ MANCILLA Profesional UDIR Planeación y Control de Gestión		NORMA YOLANDA HERNÁNDEZ VANEGAS Gerente UDIR Planeación y Control de Gestión	
GESTIÓN DE CALIDAD			




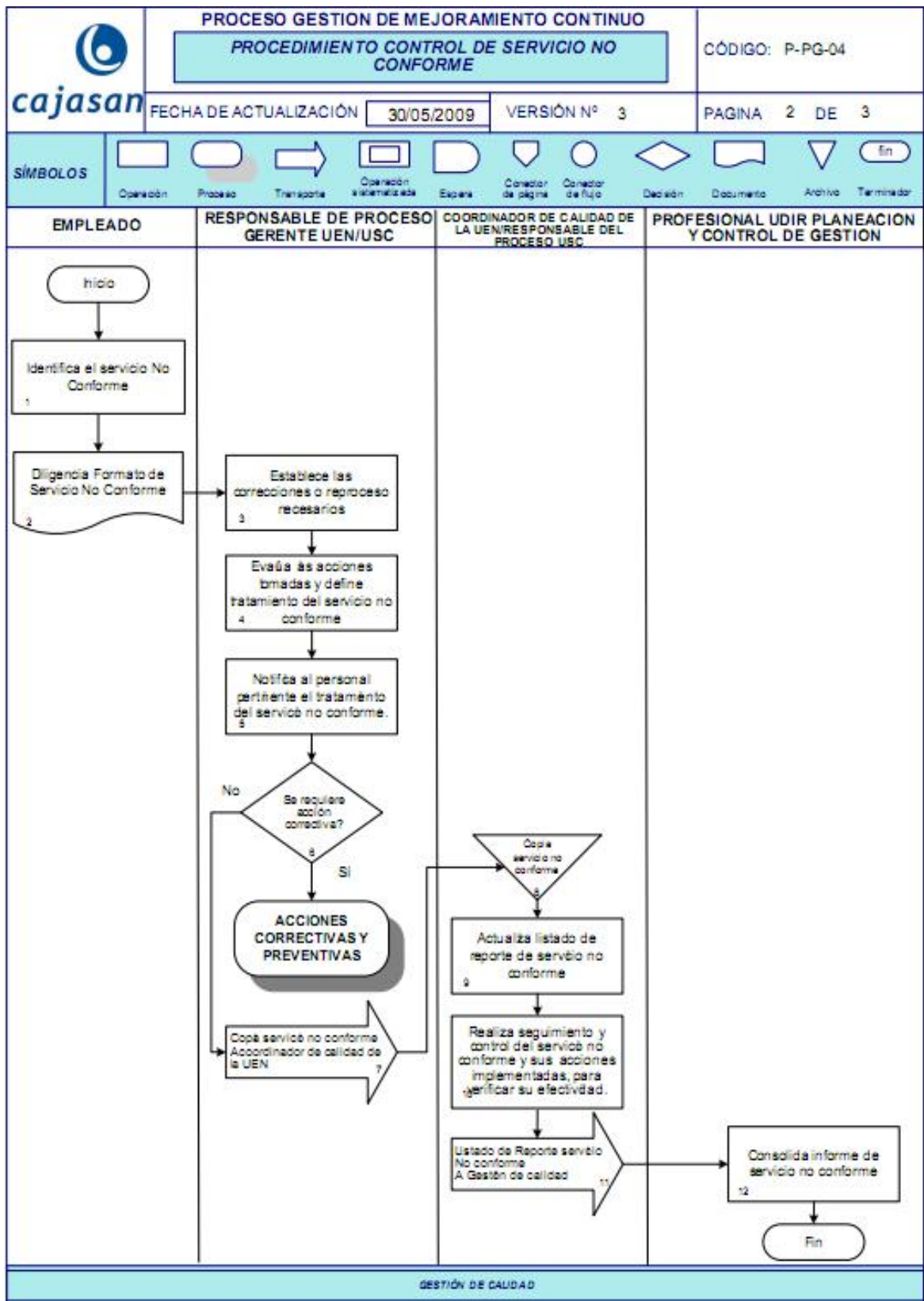
 cajasan	PROCESO GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO		CÓDIGO: P - PG - 03
	PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS		
FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/05/2009	VERSIÓN N° 3	PAGINA 3 DE 6
DEFINICIONES			
<p>Auditoria Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoria y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoria.</p> <p>Auditor Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoria.</p> <p>Auditado Organización que es auditada.</p> <p>Evidencia Objetiva Información cualitativa o cuantitativa, registros o informes de hechos pertinentes a la calidad de un artículo o servicio o de la existencia e implantación de un elemento en un sistema de calidad, el cual esté basado en la observación, medida o prueba y el cual pueda ser verificado.</p> <p>No Conformidad Incumplimiento de un requisito. Puede clasificarse como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor: Incumplimiento o ausencia de un requisito de la norma. Existencia de evidencia objetiva de afectación grave al Sistema de Gestión de la Calidad. • Menor: Existencia de evidencia objetiva de afectación leve o secundaria al Sistema de Gestión de la calidad. <p>Criterios de Auditoria Conjunto de politica de calidad, manual de calidad, procedimientos particulares de cada proceso a auditar y requisitos de la NTC ISO 9001:2008 pertenecientes al proceso a auditar.</p>			
GESTIÓN DE CALIDAD			


	PROCESO GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS		CÓDIGO: P - PG - 03
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/05/2009	VERSIÓN Nº 3
		PAGINA	4 DE 6
No	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	
1.	<p>Realiza la Programación de la Auditoría. La Programación de la Auditoría debe realizarse teniendo en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las prioridades y los propósitos de la organización. - El cumplimiento de los requisitos legales, contractuales y del SGC y sus necesidades. - Cuando se hayan efectuado cambios significativos en las diferentes funciones de la empresa. - Cuando se requiera verificar la aplicación de acciones correctivas. - Cuando por causa de las no conformidades, se considere que la prestación de los diferentes servicios está en peligro o se sospecha que pueden estarlo. <p>Las auditorías internas son programadas dos veces por año y por proceso, teniendo en cuenta el estado y la importancia de los procesos y las unidades a auditar, así como los resultados de anteriores auditorías.</p> <p>El equipo auditor interno está conformado por personal de diferentes procesos de la empresa, con el propósito de que los procesos sean auditados por personal independiente de tienen la responsabilidad de éstos; el Gerente de la UDIR de Planeación y Control de Gestión asigna el Auditor Líder, asegurando la objetividad e imparcialidad de la auditoría.</p> <p>El personal que hace parte del equipo auditor cumple los siguientes requisitos establecidos para su competencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser profesional o técnico en un área relacionada con las actividades desarrolladas por la empresa. - Tener conocimiento de la empresa a través del desempeño de labores en la misma por lo menos durante seis meses. - Tener conocimiento de la Norma ISO 9001 - Haber tomado el curso de Auditores Internos de Calidad. <p>Quando se requiera contratar los servicios de un auditor se tendrá en cuenta las disposiciones para el proceso de compras, determinando su experiencia en consultoría y debe cumplir con los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Curso de auditor interno en Sistemas de Gestión de la Calidad. - Experiencia de más de dos auditorías internas a Sistemas de Gestión de Calidad bajo la norma ISO 9001. 	Gerente UDIR Planeación y Control de Gestión	
2.	Diligencia Formato de Programación de Auditorías Internas (F-PG-03).	Gerente UDIR Planeación y Control de Gestión	
3.	Se comunica con el auditado, suministra la información y solicita la documentación de la Auditoría. Establece el primer contacto con el auditado, le suministra la información general de la auditoría como fecha, duración, equipo auditor y se solicita el acceso a los documentos pertinentes y si aplica, se revisan los informes de las auditorías anteriores y los requisitos legales y contractuales.	Auditor líder/Equipo Auditor	
4.	Elabora la agenda o el Plan de Auditoría Interna de Calidad (F-PG-04). El plan de la auditoría debe suministrar la información necesaria sobre la auditoría y debe facilitar la coordinación de las actividades a realizar. Contiene: Objetivo, Alcance, Criterios y/o documentos de referencia, Auditor líder, Equipo auditor, Fecha de ejecución, tiempo y duración esperados incluyendo la realización de una reunión de apertura y de cierre y un lugar donde se va a realizar la reunión de apertura y de cierre.	Auditor líder/Equipo Auditor	
	El Plan de Auditoría Interna (F-PG-04) debe ser comunicado con mínimo 2 días hábiles de anterioridad a la ejecución de ésta.		
GESTIÓN DE CALIDAD			


	PROCESO GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS		CÓDIGO: P-PG-03
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 30/05/2009	VERSIÓN Nº 3	PAGINA 5 DE 6
No	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	
5.	<p>Verifica la documentación. Verifica que todos los requisitos establecidos en la norma ISO 9001 que correspondan al proceso que se audita, estén documentados, bien sea en el manual de calidad, en los procedimientos o en los formatos pertinentes. Si se encuentra que la documentación es inadecuada, debe informar formalmente al dueño del proceso las deficiencias encontradas.</p>	Auditor líder/Equipo Auditor	
6.	<p>Prepara las preguntas de la auditoría a realizar basada en la información enviada por el auditado, como herramienta fundamental para facilitar y documentar los hallazgos de la auditoría.</p>	Auditor líder/Equipo Auditor	
7.	<p>Ejecuta la auditoría y elabora informe de Auditoría. Durante la Auditoría se desarrollan las siguientes actividades:</p> <p>a. Reunión de apertura: El Auditor Líder revisa el alcance y los objetivos de la auditoría, solicita la participación del personal auditado, explica brevemente la metodología a seguir durante la ejecución de la auditoría, así como la hora y fecha de la reunión de cierre y hace las aclaraciones pertinentes.</p> <p>b. Realización de la auditoría: Los auditores reúnen la evidencia frente a los criterios de la auditoría a través de entrevistas, verificación de la información, observación de las distintas actividades de los diferentes procesos auditados considerando la metodología del PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar). Las observaciones de la auditoría se registran para la posterior elaboración del informe.</p> <p>c. Identificación de evidencias de Auditoría: El auditor escribe los comentarios que le permiten sospechar de una No Conformidad. La confirmación de la existencia de la No Conformidad se realiza posteriormente mediante evaluación de los comentarios con respecto a la Norma en reunión con el Auditor Líder. Las diferentes No Conformidades se registran en forma clara y concisa en el formato Acciones Correctivas y Preventivas F-PG-06, indicando que se trata de un tipo de Acción Correctiva.</p> <p>d. Informe de Auditorías Internas: El equipo Auditor Interno elabora un informe en el Formato de Informe de Auditoría Interna (F-PG-05), con las conclusiones de la auditoría una vez halla considerado los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos y debe ser entregado a las partes interesadas en un tiempo máximo de dos días hábiles después de la reunión de cierre de la auditoría.</p> <p>En este Informe se describe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fecha de realización del informe. ▪ Objetivo y alcance de la auditoría. ▪ Los procesos auditados, fechas y lugar de ejecución de la auditoría. ▪ Equipo auditor. ▪ No conformidades por proceso. ▪ Fortalezas y debilidades encontradas por proceso. ▪ Conclusiones generales obtenidas. ▪ Fortalezas y debilidades del sistema de gestión de calidad. ▪ Lista de distribución (nombre y cargo). ▪ Siempre debe estar firmado. <p>e. Reunión de Cierre: Se divulgan las conclusiones relativas a las No Conformidades encontradas. A esta reunión asisten los mismos integrantes de la reunión de apertura. El auditado firma el registro Acciones Correctivas y Preventivas F-PG-06 si está de acuerdo con las no conformidades.</p>	Auditor líder/Equipo Auditor	
8.	<p>Si se determinaron observaciones o No Conformidades continua en el procedimiento de ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS (P-PG-05), de lo contrario continua en el punto 10.</p>	Coordinador de Calidad Corporativo	
GESTIÓN DE CALIDAD			

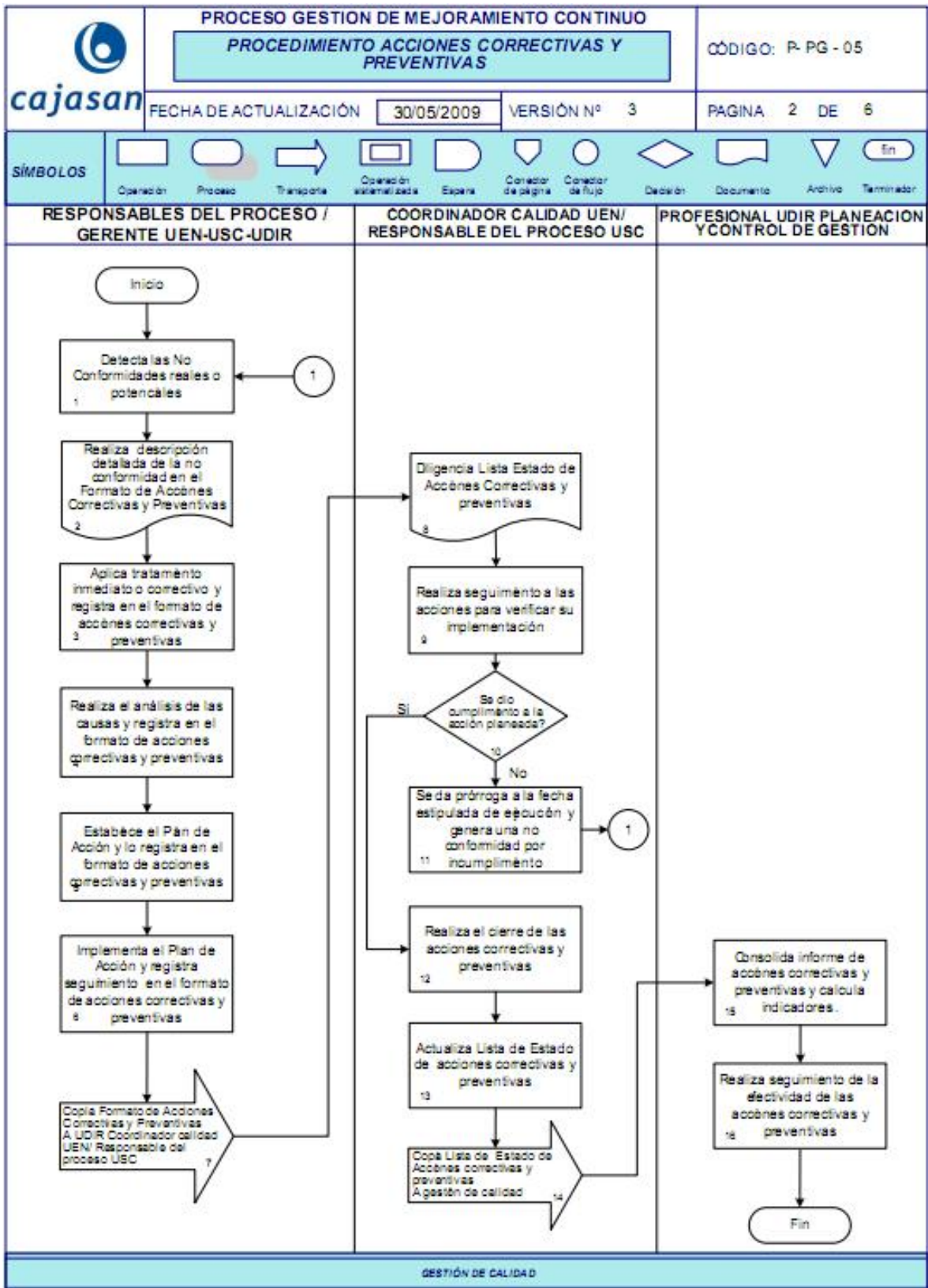
	PROCESO GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS		CÓDIGO: P - PG - 03								
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/05/2009	VERSIÓN Nº 3								
		PAGINA 6 DE 6									
No	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE									
9.	<p>Realiza el seguimiento y cierre de las acciones tomadas:</p> <p>a. Verifica las respuesta a las solicitudes.</p> <p>b. Verifica la eficacia de las acciones tomadas.</p> <p>c. Elabora un programa de seguimiento.</p> <p>Dejando registro en el formato Estado de Acciones Correctivas y Preventivas (L-PG-05) y en el formato Acciones Correctivas y Preventivas (F-PG-06).</p>	Coordinador de Calidad Corporativo									
10.	<p>Archiva adecuadamente los informes de auditoria, con el objeto de poder integrar y evaluar los resultados cuando se requiera, también verifica la aplicación de las acciones correctivas de acuerdo al Estado de Acciones Correctivas y Preventivas (L-PG-05) y la eficacia de las auditorias considerando los hallazgos de las siguientes auditorias.</p> <p>Como mecanismo de verificación se seguirá detenidamente el programa de Auditorias Internas mediante lo establecido en el formato Programación de Auditorias Internas (F-PG-03). Cuando se considere necesario, las auditorias serán reprogramadas en este formato.</p>	Coordinador de Calidad Corporativo									
HISTORIAL DE CAMBIOS											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>VERSION</th> <th>DESCRIPCION DE CAMBIOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>Versión Inicial</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>Se elimina el control de documentos sobre la lista de verificación de auditoria, ya que en su manejo se generan enmendaduras y requiere de transcripción generando doble trabajo</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>Modificación de la portada del documento: Cambio del nombre del proceso de Planeación y Control de Gestión por Gestión de Mejoramiento Continuo, inclusión de documentos de referencia tales como la norma ISO 9000:2000 y sus definiciones, redistribución de actividades en el flujograma, entre Gerente de UDIR Planeación y Control de Gestión y el Coordinador de Calidad Corporativo. Establecer los tiempos límites de entrega del Plan de Auditoria Interna y el Informe de Auditoria Interna.</td> </tr> </tbody> </table>				VERSION	DESCRIPCION DE CAMBIOS	01	Versión Inicial	02	Se elimina el control de documentos sobre la lista de verificación de auditoria, ya que en su manejo se generan enmendaduras y requiere de transcripción generando doble trabajo	03	Modificación de la portada del documento: Cambio del nombre del proceso de Planeación y Control de Gestión por Gestión de Mejoramiento Continuo, inclusión de documentos de referencia tales como la norma ISO 9000:2000 y sus definiciones, redistribución de actividades en el flujograma, entre Gerente de UDIR Planeación y Control de Gestión y el Coordinador de Calidad Corporativo. Establecer los tiempos límites de entrega del Plan de Auditoria Interna y el Informe de Auditoria Interna.
VERSION	DESCRIPCION DE CAMBIOS										
01	Versión Inicial										
02	Se elimina el control de documentos sobre la lista de verificación de auditoria, ya que en su manejo se generan enmendaduras y requiere de transcripción generando doble trabajo										
03	Modificación de la portada del documento: Cambio del nombre del proceso de Planeación y Control de Gestión por Gestión de Mejoramiento Continuo, inclusión de documentos de referencia tales como la norma ISO 9000:2000 y sus definiciones, redistribución de actividades en el flujograma, entre Gerente de UDIR Planeación y Control de Gestión y el Coordinador de Calidad Corporativo. Establecer los tiempos límites de entrega del Plan de Auditoria Interna y el Informe de Auditoria Interna.										
GESTIÓN DE CALIDAD											


	PROCESO GESTION DE MEJORAMIENTO CONTINUO PROCEDIMIENTO CONTROL DE SERVICIO NO CONFORME		CÓDIGO: P-PG-04
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/05/2009	VERSIÓN N° 3
RESPONSABLE DEL PROCESO:		RESPONSABLE DEL PROCESO / COORDINADOR DE CALIDAD UEN	
OBJETIVO	Establecer la metodología para el tratamiento del Servicio No Conforme en Cajasán		
ALCANCE	Este procedimiento aplica cuando se detectan No conformidades, conforme los requisitos del servicio dentro de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad de Cajasán. Este documento es de consulta general de todo el personal de la empresa.		
DOCUMENTOS APLICABLES			
Formato de Reporte de Servicio No Conforme (F-PG-07) Lista Reporte de Servicio No Conforme (L-PG-06)			
DOCUMENTOS DE REFERENCIA			
Norma ISO 9000: 2000. Fundamentos y Vocabulario Norma ISO 9001:2008. Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos			
APROBACIONES			
REVISADO POR			
CARGO	PROCESO	NOMBRE Y FIRMA	
Profesional	Gestión de Mejoramiento Continuo	HERLINDA GARCÍA SANTA	
FECHA DE CREACIÓN:			
Diciembre de 2007			
ELABORADO POR:		APROBADO POR:	
ELIANA LÓPEZ MANCILLA Profesional UDIR Planeación y Control de Gestión		NORMA YOLANDA HERNÁNDEZ VANE GAS Gerente UDIR Planeación y Control de Gestión	
GESTIÓN DE CALIDAD			





	PROCESO GESTION DE MEJORAMIENTO CONTINUO PROCEDIMIENTO CONTROL DE SERVICIO NO CONFORME		CÓDIGO: P-PG-04								
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/05/2009	VERSIÓN N° 3								
			PAGINA 3 DE 3								
No	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE									
1.	Identifica el servicio No Conforme. Puede ser antes, durante o después de la prestación del servicio. Revisa los requisitos de los productos o servicios. Identificando las situaciones que ocasionan un producto no conforme.	Empleado									
2.	Diligencia Formato de Servicio No Conforme (F-PG-07)	Empleado									
3.	Establece las correcciones o reproceso necesarios	Responsable Proceso/ Gerente UEN-USC									
4.	Evalúa las acciones tomadas y define tratamiento del servicio no conforme	Responsable Proceso/ Gerente UEN-USC									
5.	Notifica al personal pertinente el tratamiento del servicio no conforme.	Responsable Proceso/ Gerente UEN-USC									
6.	Si se requiere acción correctiva o preventiva continua en el procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas (P-PG-05), de lo contrario continua en el punto 8. Un servicio no conforme genera acción correctiva: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando se repite tres veces la misma no conformidad. ▪ Cuando la no conformidad presentada es de gran impacto sobre el servicio. 	Responsable Proceso/ Gerente UEN-USC									
7.	Envía copia del servicio no conforme al coordinador de calidad de la UEN	Responsable Proceso/ Gerente UEN-USC									
8.	Archiva copia de servicio no conforme	Coordinador Calidad UEN/ Responsable Proceso USC									
9.	Actualiza Listado de Reporte de servicio no conforme (L-PG-06)	Coordinador Calidad UEN/ Responsable Proceso USC									
10.	Envía Listado de Reporte de servicio no conforme (L-PG-06) de los servicios no conforme generados en la UEN a Gestión de calidad	Coordinador Calidad UEN/ Responsable Proceso USC									
11.	Realiza seguimiento y control del servicio no conforme y sus acciones implementadas, para verificar su efectividad. (esta actividad se realiza en conjunto con coordinación de calidad)	Coordinador Calidad UEN/ Responsable Proceso USC									
12.	Consolida informe de servicio no conforme	Profesional UDIR Planeación y control de Gestión									
NOTAS ACLARATORIAS: En el caso de las unidades de soporte corporativo las actividades realizada por el coordinador de calidad de la UEN las ejecuta el responsable del proceso.											
HISTORIAL DE CAMBIOS											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>VERSION</th> <th>DESCRIPCION DE CAMBIOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>Versión Inicial</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>Se incluye el envío de los servicios no conforme a gestión de calidad para consolidar el informe. Se actualiza el formato incluyendo la casilla verificado por, y su respectiva fecha</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>Ajuste del objetivo y el alcance. Se incluye el rol del empleado el cual identifica el servicio no conforme y diligencia el formato, se incluye el rol del coordinador de calidad de la UEN el cual debe enviar el reporte de los servicios no conforme generados en la UEN A Gestión de calidad y realizar seguimiento y control de este. Se introduce el listado de reporte de servicio no conforme (L-PG-06) para el control y reporte a Gestión de calidad. Se incluyen notas aclaratorias.</td> </tr> </tbody> </table>				VERSION	DESCRIPCION DE CAMBIOS	01	Versión Inicial	02	Se incluye el envío de los servicios no conforme a gestión de calidad para consolidar el informe. Se actualiza el formato incluyendo la casilla verificado por, y su respectiva fecha	03	Ajuste del objetivo y el alcance. Se incluye el rol del empleado el cual identifica el servicio no conforme y diligencia el formato, se incluye el rol del coordinador de calidad de la UEN el cual debe enviar el reporte de los servicios no conforme generados en la UEN A Gestión de calidad y realizar seguimiento y control de este. Se introduce el listado de reporte de servicio no conforme (L-PG-06) para el control y reporte a Gestión de calidad. Se incluyen notas aclaratorias.
VERSION	DESCRIPCION DE CAMBIOS										
01	Versión Inicial										
02	Se incluye el envío de los servicios no conforme a gestión de calidad para consolidar el informe. Se actualiza el formato incluyendo la casilla verificado por, y su respectiva fecha										
03	Ajuste del objetivo y el alcance. Se incluye el rol del empleado el cual identifica el servicio no conforme y diligencia el formato, se incluye el rol del coordinador de calidad de la UEN el cual debe enviar el reporte de los servicios no conforme generados en la UEN A Gestión de calidad y realizar seguimiento y control de este. Se introduce el listado de reporte de servicio no conforme (L-PG-06) para el control y reporte a Gestión de calidad. Se incluyen notas aclaratorias.										
GESTIÓN DE CALIDAD											


	PROCESO GESTION DE MEJORAMIENTO CONTINUO PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS		CÓDIGO: P-PG-05
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/05/2009	VERSIÓN N° 3 PAGINA 1 DE 6
RESPONSABLE DEL PROCESO:		RESPONSABLE DEL PROCESO/COORDINADOR CALIDAD UEN	
OBJETIVO	Establecer todas las acciones necesarias para la identificación de sus causas, control y seguimiento adecuado de acciones correctivas y preventivas, de tal manera que permitan eliminar las causas de No Conformidades Reales o Potenciales relacionados con la calidad de los procesos y servicios, con el objeto de prevenir que no vuelvan a ocurrir.		
ALCANCE	Este procedimiento aplica cuando se detectan No conformidades Reales o Potenciales dentro de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad de Cajasán, desde la identificación de la No Conformidades hasta la eliminación de sus causas a través de Acciones Correctivas y Preventivas. Este documento es de consulta general de todo el personal de Cajasán.		
DOCUMENTOS APLICABLES			
Acciones Correctivas y Preventivas (F-PG-06) Lista de Estado de Acciones Correctivas y Preventivas (L-PG-05)			
DOCUMENTOS DE REFERENCIA			
Norma ISO 9000:2000. Fundamentos y vocabulario. Norma ISO 9001:2008. Sistemas de Gestión de calidad. Requisitos.			
APROBACIONES			
REVISADO POR			
CARGO	PROCESO	NOMBRE Y FIRMA	
Profesional	Gestión de Mejoramiento Continuo	HERLINDA GAMBOA SANTA	
FECHA DE CREACIÓN:			
Diciembre de 2007			
ELABORADO POR:		APROBADO POR:	
ELIANA LÓPEZ MANCILLA Profesional UDIR Planeación y Control de Gestión		NORMA YOLANDA HERNÁNDEZ VANEGAS Gerente UDIR Planeación y Control de Gestión	
GESTIÓN DE CALIDAD			




	PROCESO GESTION DE MEJORAMIENTO CONTINUO PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS		CÓDIGO: P-PG - 05
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/05/2009	VERSIÓN N° 3
			PAGINA 3 DE 6
DEFINICIONES			
<p>No conformidad: Es el no cumplimiento con un requisito.</p> <p>Acción correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.</p> <p>Acción preventiva: Acción para eliminar la causa de una no conformidad potencial o una situación indeseable.</p> <p>Queja: Manifestación de inconformidad de parte del cliente que amerita la toma de acción.</p> <p>Fuente: Corresponde al mecanismo mediante la cual se detecta una no conformidad, entre los cuales pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auditoría No (Auditoría interna o externa) ▪ Durante el proceso ▪ Revisión por la dirección No ▪ Resultado del indicador ▪ PQRS (Peticiónes, quejas, reclamos o sugerencias) <p>Tratamiento Inmediato: Corresponde a las actividades realizadas en el momento que se presentan la no conformidad. Por ejemplo correcciones, respuestas inmediatas al cliente.</p> <p>Corrección: Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada o problema sin garantizar que se presente nuevamente por el mismo motivo. Una corrección puede realizarse junto con una acción correctiva. una corrección puede ser por ejemplo un reproceso o una reclasificación.</p> <p>5 por que: Técnica sistemática de preguntas utilizadas durante la fase de análisis de problema, para buscar posibles causas principales de un problema. La técnica requiere que se pregunte "por que" al menos cinco veces. Una vez sea difícil responder al "por que" la causa más probable ha sido identificada.</p> <p>Causa Efecto (Espina de pescado): Representación de varios elementos (causas) de un sistema que pueden contribuir a un problema (efecto). Es utilizada para identificar las posibles causas de un problema específico.</p> <p>Plan de acción: Descripción de las actividades con su respectiva fecha de cumplimiento y responsable para la eliminar la causa de la no conformidad.</p> <p>Seguimiento: Registro de la verificación realizada a las actividades del plan de acción.</p> <p>Fecha de cierre de la no conformidad: Corresponde a la fecha en la que se de cumplimiento total al plan de acción establecido para eliminar la causa de la no conformidad</p>			
GESTIÓN DE CALIDAD			

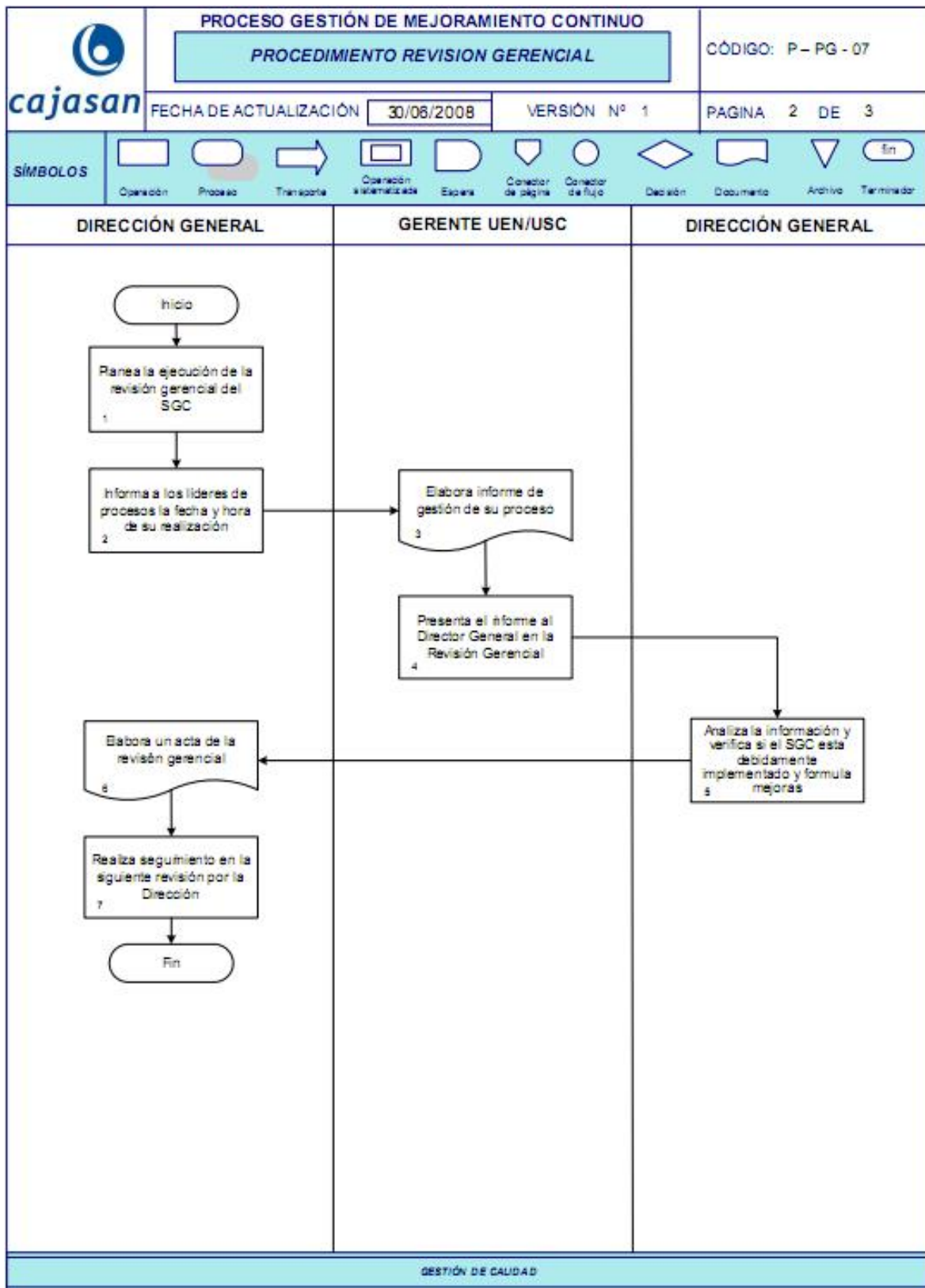
	PROCESO GESTION DE MEJORAMIENTO CONTINUO PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS		CÓDIGO: P-PG -05
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/05/2009	VERSIÓN N° 3
		PAGINA 4 DE 6	
No	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	
1.	<p>Detecta las No Conformidades Reales o Potenciales.</p> <p>Detección de No conformidades Reales Las no conformidades Reales son identificadas teniendo en cuenta fuentes tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ No conformidades en procesos o servicios. ❖ No conformidades en operaciones de trabajo. ❖ No conformidades relacionadas en los informes de auditoria interna o externa. ❖ Quejas de los clientes y reclamos sobre el servicio. ❖ Evaluación de satisfacción de clientes. ❖ Informes de Satisfacción y PQRS de la unidad de Gestión al cliente ❖ Revisión de documentos. ❖ Problemas encontrados con los proveedores. ❖ Reevaluación de proveedores. ❖ Evaluación de indicadores de gestión. ❖ Análisis de los servicios no conformes. ❖ Resultados de revisión por la dirección. ❖ Incumplimiento de compromisos en planes de mejora y prejunta ❖ Revisiones de cumplimiento de metas del BSC ❖ Realización de reuniones de grupos primarios USC/UEN ❖ Acción correctiva y preventiva no eficaz (Se repite la no conformidad) <p>Detección de No conformidades Potenciales Las no conformidades Potenciales son identificadas teniendo en cuenta fuentes tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Planes de mejora en los procesos y servicios. ❖ Sugerencias de los clientes. ❖ Evaluación de satisfacción de clientes. ❖ Informes de Satisfacción y PQRS de la unidad de Gestión al cliente ❖ Resultados de análisis de datos. ❖ Registros del Sistema de Gestión de Calidad. ❖ Resultados de revisión por la dirección. ❖ Adicionalmente se realiza un análisis de tendencias y riesgos. ❖ Resultados de auditoria interna o externa 	Responsable del Proceso/ Gerente UEN-USC-UDIR	
2.	Realiza descripción detallada de la no conformidad de la No conformidad ya sea real o potencial en el Formato de Acciones Correctivas y Preventivas (F-PG-06), y de esta manera inicia su tratamiento, análisis y solución.	Responsable del Proceso/ Gerente UEN-USC-UDIR	
3.	<p>Aplica el Tratamiento Inmediato o Correctivo:</p> <p>Analiza la no conformidad real de acuerdo con la magnitud del problema, evalúa si se requiere la toma de acción inmediata o correctivo sobre el problema real o potencial y registran dicha corrección sobre el tratamiento inmediato en el formato Acciones Correctivas y Preventivas (F-PG-06).</p>	Responsable del Proceso/ Gerente UEN-USC-UDIR	
4.	<p>Realiza el Análisis de Causas y Registra:</p> <p>Utilizando las herramientas de diagrama de árbol (5 por qué), lluvia de ideas o diagrama causa – efecto (espina de pescado).</p> <p>Inicia la investigación de causas de las no conformidades reales o potenciales para lograr una mejor comprensión del proceso que se va a mejorar, por lo cual esta actividad se hace de manera objetiva, considerando datos e información necesaria para el análisis de la situación a mejorar y verificando la consistencia de las causales más factibles, registrando en el formato Acciones Correctivas y Preventivas (F-PG-06). Es posible en algunos casos revisar los procedimientos usados para detectar y eliminar los problemas potenciales.</p>	Responsable del Proceso/ Gerente UEN-USC-UDIR	
5.	Establece el Plan de Acción Correctivo o Preventivo. Determina la acción preventiva o correctiva que elimine la causa o riesgo de ocurrencia o recurrencia de la no conformidad. Estas acciones se relacionan en el formato Acciones Correctivas y Preventivas (F-PG-06), en el que se registran las actividades, fecha	Responsable del Proceso/ Gerente UEN-USC-UDIR	
GESTIÓN DE CALIDAD			


	PROCESO GESTION DE MEJORAMIENTO CONTINUO PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS		CÓDIGO: P-PG - 05
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/05/2009	VERSIÓN N° 3
			PAGINA 5 DE 6
No	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	
	de cumplimiento y responsable de ejecutarlas.		
6.	<p>Implementa el Plan de Acción y registra el seguimiento en el Formato de Acciones Correctivas y Preventivas (F-PG-06). El plan de acción tomado es divulgado al personal involucrado y ejecutado por sus responsables.</p> <p>De acuerdo con las acciones Correctivas y Preventivas tomadas, se pueden presentar cambios permanentes los cuales son evidenciados mediante la modificación y/o elaboración de documentación o entrenamiento y/o capacitación al personal.</p>	Responsable del Proceso/ Gerente UEN-USC-UDIR	
7.	Envía Copias del los Formatos de Acciones Correctivas y Preventivas (F-PG-06), diligenciados a la UDIR Planeación y Control de Gestión para la revisión de la implementación, seguimiento y verificación de la eficacia de las acciones tomadas.	Responsable del Proceso/ Gerente UEN-USC-UDIR	
8.	Diligencia Lista de Estado de acciones correctivas y preventivas (L-PG-05)	Coordinador calidad UEN/ Responsable Proceso USC	
9.	<p>Realiza seguimiento de las Acciones Correctivas y Preventivas para verificar su implementación:</p> <p>Coordina el seguimiento de la implementación de la Acción Planeada, para lo cual tiene en cuenta el formato Estado de Acciones Correctivas y Preventivas (L-PG-05), los resultados del seguimiento a estas acciones se tienen en cuenta en los informes de auditoría interna y externa de calidad y en los informes para revisión por parte de la Dirección.</p>	Coordinador calidad UEN/ Responsable Proceso USC	
10.	Si se dió cumplimiento a la acción planteada, continua en el punto 12, de lo contrario continúa en e punto 11.	Coordinador calidad UEN/ Responsable Proceso USC	
11.	Se da prorroga a la fecha estipulada de ejecución de las acciones y pasa al punto 1, generando de nuevo una acción correctiva por incumplimiento de las fechas programadas.	Coordinador calidad UEN/ Responsable Proceso USC	
12.	<p>Realiza el cierre de las Acciones Correctivas y Preventivas</p> <p>Si las acciones se cumplen se procede al cierre de la no conformidad y se registra en el formato Acciones Correctivas y Preventivas (F-PG-06), en la casilla de Fecha de Cierre de No Conformidad.</p>	Coordinador calidad UEN/ Responsable Proceso USC	
13.	Actualiza Lista de Estado de acciones correctivas y preventivas (L-PG-05).	Coordinador calidad UEN/ Responsable Proceso USC	
14.	Envía copia de la Lista de estado de acciones correctivas y preventivas (L-PG-05) a Gestión de calidad.	Coordinador calidad UEN/ Responsable Proceso USC	
15.	Consolida informe de acciones preventivas y correctivas de las UEN y calcula indicadores.	Profesional UDIR Planeación y Control de Gestión	
16.	Realiza seguimiento de la efectividad de las acciones correctivas y preventivas generadas por las UEN y USC	Profesional UDIR Planeación y Control de Gestión	
<p>NOTAS ACLARATORIAS:</p> <p>El consecutivo de las acciones correctivas y preventivas se realiza por sede y/o por proceso. El responsable del proceso o coordinador de sede es quien lo asigna.</p> <p>El responsable del proceso y el coordinador de calidad de la UEN realizan el seguimiento del cumplimiento de las actividades del plan de acción de las acciones correctivas y preventivas.</p>			
GESTIÓN DE CALIDAD			

	PROCESO GESTION DE MEJORAMIENTO CONTINUO PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS		CÓDIGO: P-PG - 05								
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/05/2009	VERSIÓN N° 3								
			PAGINA 6 DE 6								
No	DESCRIPCIÓN		RESPONSABLE								
<p>HISTORIAL DE CAMBIOS</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">VERSION</th> <th>DESCRIPCION DE CAMBIOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">01</td> <td>Versión Inicial</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">02</td> <td>Se incluye el coordinador de calidad de cada UEN para que realice el seguimiento y cierre de las acciones correctivas y preventivas y en Gestión de calidad se realice el consolidado de todos los negocios</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">03</td> <td>Se incluyen los documentos de referencia. Se cambia el responsable del proceso, se incluyen las notas aclaratorias. Se agregan las definiciones de los items correspondientes al formato de Acciones correctivas y preventivas, se incluye el cálculo de los indicadores y seguimiento a la efectividad de las acciones al profesional de UDIR planeación y control de gestión. Se incluyen otras fuentes para la detección de no conformidades potenciales. Se realiza el cambio de versión de la lista de estado de acciones correctivas y preventivas.</td> </tr> </tbody> </table>				VERSION	DESCRIPCION DE CAMBIOS	01	Versión Inicial	02	Se incluye el coordinador de calidad de cada UEN para que realice el seguimiento y cierre de las acciones correctivas y preventivas y en Gestión de calidad se realice el consolidado de todos los negocios	03	Se incluyen los documentos de referencia. Se cambia el responsable del proceso, se incluyen las notas aclaratorias. Se agregan las definiciones de los items correspondientes al formato de Acciones correctivas y preventivas, se incluye el cálculo de los indicadores y seguimiento a la efectividad de las acciones al profesional de UDIR planeación y control de gestión. Se incluyen otras fuentes para la detección de no conformidades potenciales. Se realiza el cambio de versión de la lista de estado de acciones correctivas y preventivas.
VERSION	DESCRIPCION DE CAMBIOS										
01	Versión Inicial										
02	Se incluye el coordinador de calidad de cada UEN para que realice el seguimiento y cierre de las acciones correctivas y preventivas y en Gestión de calidad se realice el consolidado de todos los negocios										
03	Se incluyen los documentos de referencia. Se cambia el responsable del proceso, se incluyen las notas aclaratorias. Se agregan las definiciones de los items correspondientes al formato de Acciones correctivas y preventivas, se incluye el cálculo de los indicadores y seguimiento a la efectividad de las acciones al profesional de UDIR planeación y control de gestión. Se incluyen otras fuentes para la detección de no conformidades potenciales. Se realiza el cambio de versión de la lista de estado de acciones correctivas y preventivas.										
GESTIÓN DE CALIDAD											

Anexo 12. Procedimiento de Revisión Gerencial

	PROCESO GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO		CÓDIGO: P - PG - 07
	PROCEDIMIENTO REVISIÓN GERENCIAL		
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/06/2008	VERSIÓN N° 1 PAGINA 1 DE 3
RESPONSABLE DEL PROCESO:		GERENTE UDIR PLANEACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN.	
OBJETIVO	Determinar la metodología para realizar revisiones gerenciales del Sistema de Gestión de la Calidad.		
ALCANCE	Aplica para la Dirección General de Cajasán desde la planeación de la revisión Gerencial hasta la realización del seguimiento de la implementación de las acciones que se generen a partir de ésta.		
DOCUMENTOS APLICABLES			
Informe de Revisión por la gerencia Sistema gestión de calidad (F-PG-11).			
DOCUMENTOS DE REFERENCIA			
Norma ISO 9001			
APROBACIONES			
REVISADO POR			
CARGO	PROCESO	NOMBRE Y FIRMA	
Gerente UDIR	Planeación y Control de Gestión	NORMA YOLANDA HERNÁNDEZ VANEAS	
FECHA DE CREACIÓN:			
Junio 30 de 2008			
ELABORADO POR:		APROBADO POR:	
HERLINDA GAMBOA S. Profesional UDIR Planeación y Control de Gestión		NORMA YOLANDA HERNÁNDEZ VANEAS Gerente UDIR Planeación y Control de Gestión	
GESTIÓN DE CALIDAD			



	PROCESO GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO PROCEDIMIENTO REVISION GERENCIAL		CÓDIGO: P - PG - 07								
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	30/08/2008	VERSIÓN N° 1								
			PAGINA 3 DE 3								
No	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE									
1.	<p>Planea la ejecución de la revisión gerencial del SGC. Esta revisión Gerencial debe realizarse mínimo una vez al año.</p> <p>Revisiones de la Dirección: Evaluación formal, por parte de la dirección, del estado y de la adecuación del sistema de calidad en relación con los objetivos y la política de calidad.</p>	Dirección General.									
2.	Informa a los líderes de procesos la fecha y hora de su realización	Dirección General.									
3.	<p>Elabora informe de gestión de su proceso que incluye en el formato Informe de Revisión por la gerencia Sistema gestión de calidad (F-PG-11).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Resultado de las auditorías internas de calidad ▪ Informe de satisfacción del cliente (retroalimentación del cliente) ▪ Informe de indicadores/desempeño de los procesos y conformidad del servicio) ▪ Estado de acciones correctivas y preventivas ▪ Acciones de seguimiento de revisiones previas ▪ Cambios que podrían afectar el sistema de gestión de la calidad ▪ Recomendaciones para la mejora ▪ Demás observaciones que crea necesarias 	Gerente UEN/USC.									
4.	Presenta informe al Director General en la Revisión Gerencial	Gerente UEN/USC.									
5.	Analiza la información y verifica si el SGC esta debidamente implementado, se han logrado los objetivos de calidad y se ha dado cumplimiento a la política de calidad.	Gerente UDIR Planeación y Control de la Gestión.									
6.	Elabora informe de los resultados de la revisión gerencial en donde se detallan las observaciones y las conclusiones de dicha revisión.	Gerente UDIR Planeación y Control de la Gestión.									
7.	Realiza seguimiento en la siguiente revisión por la Dirección.	Gerente UDIR Planeación y Control de la Gestión.									
<p>HISTORIAL DE CAMBIOS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>VERSION</th> <th>DESCRIPCION DE CAMBIOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>Versión Inicial</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				VERSION	DESCRIPCION DE CAMBIOS	01	Versión Inicial				
VERSION	DESCRIPCION DE CAMBIOS										
01	Versión Inicial										
GESTIÓN DE CALIDAD											

Anexo 13. Actas de seguimiento al Sistema de Gestión de Calidad

	FORMATO DE ACTA	CODIGO: F-CM-05
		VERSION N° 2

Tipo de Reunión	Revisión del avance hacia la implementación del SGC	Unidad que realiza la citación	UEN Crédito y Fomento
		Lugar	Oficina Gerente UEN C&F
No. Acta	002	Hora de Inicio	9 a.m.
Fecha	Junio 4/2010	Hora de Fin	10 a.m.

Asistentes	Nombre	Cargo
	Libia Rosa Rangel Arias Lissette Tatiana Buenahora Gómez	Asesora SGC Practicante SGC
Orden del día	<input checked="" type="checkbox"/> Revisión y corrección documentación en Visio <input checked="" type="checkbox"/> Juego "El Jugador"	

Temas Tratados
<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión de la documentación de los procedimientos del proceso de Gestión de Calidad realizado en Visio 2. Corrección de la documentación del proceso de Gestión de Crédito, de acuerdo con lo revisado 3. Realización del juego "El Jugador" con el fin de evaluar de una manera dinámica la capacitación

5. PROXIMOS COMPROMISOS		
Descripción	Responsable	Fecha
➤ Revisar el manual de políticas de crédito	Tatiana Buenahora G. Y María Isabel Bayona M.	Junio 11/2010
➤ Revisión del instructivo de servicio al cliente con la orientación de Mercedes Galeano	Tatiana Buenahora G. Y María Isabel Bayona M.	Junio 11/2010
➤ Realización de la matriz de perfiles y responsabilidades con la orientación de Ma. Del Pilar Rincón	Tatiana Buenahora G. Y María Isabel Bayona M.	Junio 11/2010

En constancia Firman:


 Nombre: LIBIA ROSA RANGEL ARIAS
 Cargo: Asesora SGC


 Nombre: LISSETTE TATIANA BUENAHORA G.
 Cargo: Practicante SGC

Nombre:
Cargo:

Nombre:
Cargo:

Nombre:
Cargo:



FORMATO DE ACTA

CODIGO: F-CM-05

VERSION N° 2

Tipo de Reunión	Definición de matriz de perfiles y responsabilidades SGC	Unidad que realiza la citación	UEN Crédito y Fomento
No. Acta	003	Lugar	Oficina Gerente UEN C&F
Fecha	Junio 9/2010	Hora de Inicio	9 a.m.
		Hora de Fin	11:30 a.m.

	Nombre	Cargo
Asistentes	Walter Fabián Posada Calderón	Gerente UEN Crédito y Fomento
	Celia Vega	Auxiliar II
	Yenis Moreno Medina	Secretaria Administrativa
	Ma. Nancy Quintero Remolina	Auxiliar Apoyo Logístico II
	Henry Barbosa Jaimes	Asistente Departamento
	Lissette T. Buenahora Gómez	Cobrador
	María Isabel Bayona Mantilla	Practicante Asistente Departamento
Orden del día	✓ Matriz de perfiles y responsabilidades SGC	

Temas Tratados

- Se debatió la propuesta de hacer cambios a los procesos implementados en los cruces de subsidio y feria escolar.
- Revisión de la propuesta de hacer cambios en las funciones realizadas por el personal de la UEN de crédito

5. PROXIMOS COMPROMISOS

Descripción	Responsable	Fecha
➤ El personal de la UEN de crédito se comprometió a realizar una descripción detallada de las actividades frente a las funciones que cada uno realiza, con el fin de hacer la matriz de perfiles y responsabilidades	Personal UEN Crédito	Junio 11/2010
➤		
➤		

En constancia Firman:


 Nombre: WALTER FABIAN POSADA CALDERON
 Cargo: Gerente UEN crédito y Fomento


 Nombre: CELIA VEGA
 Cargo: Auxiliar II


 Nombre: YENIS MORENO MEDINA
 Cargo: Secretaria Administrativa


 Nombre: MA. NANCY QUINTERO REMOLINA
 Cargo: Auxiliar Apoyo Logístico II

	FORMATO DE ACTA	CODIGO: F-CM-05
		VERSION N° 2


 Nombre: HENRY BARBOSA JAIMES
 Cargo: Cobrador 91740071


 Nombre: MARIA ISABEL BAYONA MANTILLA
 Cargo: Asistente Departamento


 Nombre: LISSETTE T. BUENAHORA GOMEZ
 Cargo: Practicante SGC

Nombre:
 Cargo:

	FORMATO DE ACTA	CODIGO: F-CM-05
		VERSION N° 2

Tipo de Reunión	Reunión de seguimiento al SGC	Unidad que realiza la citación	UEN crédito y fomento empresarial
		Lugar	Oficina
No. Acta	004	Hora de Inicio	9:30 AM
Fecha	Julio 15 de 2010	Hora de Fin	11:30 AM

Asistentes	Nombre	Cargo
	Libia Rangel A.	Asesora SGC
	Angélica Pacheco	Profesional UDIR Planeación
	Maria Isabel Bayona M.	Asistente Departamento
	Tatiana Buenahora G.	Practicante SGC
Orden del día	1. Revisión procedimiento solicitud, análisis y determinación del crédito 2. aclarar dudas a cerca de la caracterización	

Temas Tratados
<input checked="" type="checkbox"/> Actualización del manual de crédito <input checked="" type="checkbox"/> codificación formatos

5. PROXIMOS COMPROMISOS		
Descripción	Responsable	Fecha
➤ Corregir procedimiento solicitud, análisis y determinación del crédito	Maria Isabel Bayona Tatiana Buenahora	Julio 22/2010
➤ Actualización manual de crédito afiliados	Maria Isabel Bayona	Julio 22/2010
➤ Hablar con Mercedes Galeano para definir el tema de evaluación servicio al cliente	Angélica Pacheco	Julio 22/2010
➤ Revisión procedimiento de desembolso	Maria Isabel Bayona Tatiana Buenahora	Julio/2010

En constancia Firman:


 Nombre: LIBIA RANGEL ARIAS
 Cargo: Asesora SGC


 Nombre: ANGELICA PACHECO
 Cargo: Profesional UDIR Planeación


 Nombre: MARIA ISABEL BAYONA MANTILLA
 Cargo: Asistente Departamento


 Nombre: TATIANA BUENAHORA GÓMEZ
 Cargo: Practicante SGC

Nombre:
Cargo:



FORMATO DE ACTA

CODIGO: F-CM-05

VERSION N° 2

Tipo de Reunión	Seguimiento al SGC	Unidad que realiza la citación	UEN Crédito y Fomento empresarial
No. Acta	005	Lugar	Oficina
Fecha	Julio 22 de 2010	Hora de Inicio	2:00 pm.
		Hora de Fin	4:00 pm.
Asistentes	Nombre		Cargo
	Libia Rangel A.		Asesora SGC
	Angélica Pacheco		Profesional UDIR planeación
	María Isabel Bayona M		Asistente de departamento
	Tatiana Buenahora Gómez		Practicante SGC
Orden del día	1.Revisión procedimiento solicitud, análisis y determinación del crédito		
	2.Revisión de la actualización del manual de crédito afiliados		
	3.Revisión procedimiento desembolso		
	4.Revisión de la forma de llevar a cabo la evaluación de servicio al cliente		

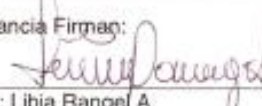
Temas Tratados


- uso del formato de acta de Cajasan, para la visita que hace el gerente en persona jurídica
- Almacenamiento de documentos
- Uso de la planilla de de seguimiento de clientes usada por marketing


5. PROXIMOS COMPROMISOS


Descripción	Responsable	Fecha
➤ Corregir procedimiento de desembolso	María Isabel Bayona Tatiana Buenahora Gómez	Julio 30 de 2010
➤ Levantar políticas de gestión de cartera	María Isabel Bayona Tatiana Buenahora Gómez	Julio 30 de 2010
➤ Realización de la matriz de perfiles y responsabilidades	Libia Rangel, Ma. Del Pilar Rincon y Fabián Posada	Julio 30 de 2010
➤ Realización de la segunda capacitación del SGC, sobre gestión de procesos	Libia Rangel – María Isabel Bayona y Tatiana Buenahora	Julio 30 de 2010

En constancia Firman:


Nombre: Libia Rangel A.
Cargo: Asesora SGC


Nombre: Angélica Pacheco
Cargo: Profesional UDIR planeación


Nombre: María Isabel Bayona M
Cargo: Asistente de departamento


Nombre: Tatiana Buenahora Gómez
Cargo: Practicante SGC



FORMATO DE ACTA

CODIGO: F-CM-05

VERSION N° 2

Tipo de Reunión	Seguimiento al SGC	Unidad que realiza la citación	UEN crédito y fomento empresarial
No. Acta	006	Lugar	Oficina
Fecha	Julio 30 de 2010	Hora de Inicio	8:15 AM
		Hora de Fin	9:15 AM

Asistentes	Nombre	Cargo
	Libia Rangel A Angélica Pacheco Tatiana Buenahora Gómez	Asesora SGC Profesional UDIR planeación Practicante SGC
Orden del día	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión de la corrección del procedimiento de desembolso 2. Revisión del procedimiento Gestión de cartera y castigo de cartera 	

Temas Tratados
<ol style="list-style-type: none"> 1. Caracterización de fomento empresarial 2. Evaluación al cliente

5. PROXIMOS COMPROMISOS		
Descripción	Responsable	Fecha
> Realización de la matriz	Libia Rangel A, Ma. Del Pilar Rincón y Fabián Posada	Agosto 20 de 2010
> Realización de la tercera capacitación del SGC	Libia Rangel A	Septiembre 3 de 2010
> Lista de chequeo para incluir en la carpeta en el momento de archivar	Tatiana Buenahora Gómez	Agosto 5 de 2010
> Revisar procedimiento gestión de cartera y castigo de cartera	Tatiana Buenahora Gómez	Agosto 5 de 2010

En constancia, firman:

Nombre: Libia Rangel A
Cargo: Asesora SGC

Nombre: Angélica Pacheco
Cargo: Profesional UDIR planeación

Nombre: Tatiana Buenahora Gómez
Cargo: Practicante SGC

Nombre:
Cargo:



FORMATO DE ACTA

CODIGO: F-CM-05

VERSION N° 2

Tipo de Reunión	Documentación del Sistema de Gestem de Calidad	Unidad que realiza la citación	Uen Crédito y Fomento
No. Acta	007	Lugar	Oficina
Fecha	Octubre 15 de 2010	Hora de Inicio	8 am
		Hora de Fin	8:30 am

Asistentes	Nombre	Cargo
	Fabián Posada Calderón Angélica Pacheco Tatiana Buenahora Gómez	Gerente uen crédito y fomento Profesional UDIR planeación Practicante
Orden del día	1. Realizar el acta con el fin de establecer que se van a usar los formatos de solicitud de crédito por cuota monetaria hasta que se agoten.	

Temas Tratados

5. PROXIMOS COMPROMISOS		
Descripción	Responsable	Fecha
> Una vez agotada la cantidad de copias del formato de solicitud de crédito por cuota monetaria, empezar a usar el formato codificado.	Lider de calidad	Hasta agotar existencia.
>		
>		

En constancia Firman:

Walter F. Posada C.
Nombre: FABIAN POSADA
Cargo: GERENTE DE CREDITO

Angélica Pacheco B.
Nombre: Angélica Pacheco B.
Cargo: Profesional de Planeación

Lissette Tatiana Buenahora Gómez
Nombre: Lissette Tatiana Buenahora Gómez
Cargo: Practicante UIS

Nombre:
Cargo:

Anexo 14. Formatos de las encuestas de satisfacción al Cliente

EVALUACION SATISFACCIÓN DEL CLIENTE
Crédito / UEN Crédito y Fomento Cajasan



Fecha: _____

Nombre del Usuario :	No. Integrantes de la familia:
Dirección:	Correo electrónico:
Teléfono:	Afiliado : Si ____ No ____

Amigo cliente sus opiniones y sugerencias son importantes para nosotros y nos hacen mejores cada día. Por favor marque con X y evalúe cada una de los siguientes aspectos:

E: EXCELENTE **B:** BUENO **R:** REGULAR **M:** MALO **D:** DEFICIENTE
NS: NO SABE

Respecto al servicio ofrecido por el personal de contacto, su grado de satisfacción es:	E	B	R	M	D	NS
Asesor del Módulo de Crédito y Fomento						
Recepción primer piso						
Vigilante						
Respecto a la actitud ofrecida por el asesor del módulo de crédito y Fomento:	E	B	R	M	D	NS
Presentación personal						
Cortesía – Amabilidad						
Disposición y actitud						
Habilidad para realizar su labor						

<i>Manera de dirigirse al cliente</i>						
<i>Habilidad para resolver problemas</i>						
<i>Orientación clara y entendible</i>						
<i>Asesoría ágil y con información completa</i>						
<i>Genera confianza y respaldo</i>						
Respecto al servicio de crédito y Fomento se tiene:	E	B	R	M	D	NS
<i>Conocimiento de las líneas de crédito</i>						
<i>Tasas de interés</i>						
<i>Agilidad en el trámite</i>						
<i>Tiempo de respuesta de aprobación del crédito</i>						
<i>Tiempo para entrega de cheque y/o bono</i>						
<i>Horario de atención</i>						
<i>Asesoría telefónica</i>						
Respecto a las instalaciones físicas del módulo de crédito y Fomento:	E	B	R	M	D	NS
<i>Módulos de Atención</i>						
<i>Comodidad Sala de Espera</i>						
<i>Ventilación</i>						
<i>Ambientación (ruido)</i>						
<i>Iluminación</i>						
<i>Orden y Limpieza</i>						

5. ¿Cuáles de las siguientes líneas de crédito usted conoce?

Turismo___ Mercadeo___ Capacitación___ Educación___ Libre Inversión___
 Recreación___ Crédito automático___ Ninguna___

6. ¿Cuáles de las siguientes líneas de crédito usted ha utilizado?

Turismo___ Mercadeo___ Capacitación___ Educación___ Libre Inversión___
Recreación___ crédito automático___ Ninguna___

7. ¿Cómo se entera usted de todo lo relacionado con el servicio de Crédito de Cajasan?

a) Revista ___ b) Programador C) pagina WEB___ d) Correo electrónico___
e) Por Teléfono ___ f) Oficinas ___ g) otro: ___

8. ¿Cuál línea de crédito considera que debe ofrecer CAJASAN?_____

9. Qué sugerencias y recomendaciones que nos ayuden a mejorar el servicio:

EVALUACION SATISFACI3N DEL CLIENTE
Crédito Provincia / UEN Crédito y Fomento Cajasan



Fecha: _____

Nombre del Usuario :	No. Integrantes de la familia:
Dirección:	Correo electrónico:
Teléfono:	Afiliado : Si ____ No ____

Amigo cliente sus opiniones y sugerencias son importantes para nosotros y nos hacen mejores cada día. Por favor marque con X y evalúe cada una de los siguientes aspectos:

E: EXCELENTE B: BUENO R: REGULAR M: MALO D: DEFICIENTE
NS: NO SABE

1. Respecto al servicio ofrecido por el personal de contacto, su grado de satisfacción es:	E	B	R	M	D	NS
<i>Asesor de Crédito y Fomento</i>						
2. Respecto a la actitud ofrecida por el asesor del módulo de crédito y Fomento:	E	B	R	M	D	NS
<i>Presentación personal</i>						
<i>Cortesía – Amabilidad</i>						
<i>Disposición y actitud</i>						
<i>Habilidad para realizar su labor</i>						
<i>Manera de dirigirse al cliente</i>						

<i>Habilidad para resolver problemas</i>						
<i>Orientación clara y entendible</i>						
<i>Asesoría ágil y con información completa</i>						
<i>Genera confianza y respaldo</i>						
3. Respecto al servicio de crédito se tiene:	E	B	R	M	D	NS
<i>Conocimiento de las líneas de crédito</i>						
<i>Tasas de interés</i>						
<i>Agilidad en el trámite</i>						
<i>Tiempo de respuesta de aprobación del crédito</i>						
<i>Tiempo para entrega de cheque y/o bono</i>						
<i>Horario de atención</i>						
<i>Asesoría telefónica</i>						
4. Respecto a las instalaciones físicas del módulo de crédito y Fomento:	E	B	R	M	D	NS
<i>Módulos de Atención</i>						
<i>Comodidad Sala de Espera</i>						
<i>Ventilación</i>						
<i>Ambientación (ruido)</i>						
<i>Iluminación</i>						

Orden y Limpieza						
------------------	--	--	--	--	--	--

5. ¿Cuáles de las siguientes líneas de crédito usted conoce?

Turismo___ Mercadeo___ Capacitación___ Educación___ Libre Inversión___
 Recreación___
 Crédito automático___ Ninguna___

6. ¿Cuáles de las siguientes líneas de crédito usted ha utilizado?

Turismo___ Mercadeo___ Capacitación___ Educación___ Libre Inversión___
 Recreación___ crédito automático___ Ninguna___

7. ¿Cómo se entera usted de todo lo relacionado con el servicio de Crédito de Cajasan? :

- a) Revista ___ b) Programador___ c) pagina WEB___ d) Correo electrónico___
- e) Por Teléfono ___ f) Oficinas ___ g) otro: ___

8. ¿Cuál línea de crédito considera que debe ofrecer CAJASAN?_____

9. Qué sugerencias y recomendaciones que nos ayuden a mejorar el servicio:

*EVALUACION SATISFACIÓN DEL CLIENTE Provincia
Educación Financiera / UEN Crédito y Fomento Cajasan*



Fecha: _____

Nombre del Usuario :	No. Integrantes de la familia:
Dirección:	Correo electrónico:
Teléfono:	Afiliado : Si ____ No ____

Amigo cliente sus opiniones y sugerencias son importantes para nosotros y nos hacen mejores cada día. Por favor marque con X y evalúe cada una de los siguientes aspectos:

E: EXCELENTE B: BUENO R: REGULAR M: MALO D: DEFICIENTE
NS: NO SABE

Nombre y Número Sesión de Clase _____

EVALÚE LA ESTRUCTURA DE CONTENIDO:	E	B	R	M	D	NS
Temática						
Metodología utilizada						
EN CUANTO AL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:	E	B	R	M	D	NS
Aplicación para mejorar la calidad de vida (personal, familiar, laboral)						
Cumplió expectativas y niveles de satisfacción						
Cumplimiento del programa o sesiones						
SOBRE EL DESEMPEÑO DEL	E	B	R	M	D	NS

FACILITADOR:						
Nombre el Facilitador: <hr/>						
Material utilizado						
Dominio y preparación de temas						
Captación y atención activa del público						
Habilidad para explicar los temas de dificultad						
Manejo del tiempo						
3. EN TÉRMINOS GENERALES CÓMO EVALÚA LA ACTIVIDAD						

■ Sugerencias y recomendaciones:

¡Gracias por su colaboración!

EVALUACION SATISFACI3N DEL CLIENTE Provincia
Emprendimiento / UEN Cr3dito y Fomento Cajasan



Fecha: _____

Nombre del Usuario :	No. Integrantes de la familia:
Direcci3n:	Correo electr3nico:
Tel3fono:	Afiliado : Si____ No ____

Amigo cliente sus opiniones y sugerencias son importantes para nosotros y nos hacen mejores cada d3a. Por favor marque con X y eval3e cada una de los siguientes aspectos:

E: EXCELENTE B: BUENO R: REGULAR M: MALO D: DEFICIENTE
NS: NO SABE

RESPECTO AL SERVICIO OFRECIDO POR LA PERSONA CONTACTO, SU GRADO DE SATISFACCI3N ES:	E	B	R	M	D	NS
Instructor Nombre el Instructor: _____						
RESPECTO A LA ACTITUD OFRECIDA POR EL CUERPO DOCENTE ES:	E	B	R	M	D	NS
Presentaci3n personal						
Amabilidad						
Confianza						
Dinamismo y creatividad						
Puntualidad						

RESPECTO AL SERVICIO OFRECIDO POR EL DOCENTE:	E	B	R	M	D	NS
Habilidad para transmitir conocimiento						
Utilización del material de clase						
Contenido visto para estructurar el Plan de Negocios o Proyecto Empresarial						
Dominio del tema y capacidad para exponer las ideas						
Equilibrio entre lo teórico y práctico						
Capacidad para motivar y captar la atención del grupo						
Capacidad para responder preguntas, atender inquietudes y solucionar problemas						
Cumplimiento del programa						
Puntualidad en horarios establecidos						
Aplicabilidad del taller						
RESPECTO AL LUGAR DONDE SE DESARROLLA EL PROGRAMA:	E	B	R	M	D	NS
Salones						
Iluminación						
Señalización						

Ventilación						
Condiciones de los baños						
Orden y Limpieza						

¿Cómo se entera usted de todo lo relacionado con el servicio de Emprendimiento Cajasan? :

a) Revista ____ b) pagina WEB _____ c) Correo electrónico ____ d) Por Teléfono ____

e) Directamente en Oficinas____

■ Sugerencias y recomendaciones:

¡Gracias por su colaboración!

Anexo 15. Informe de la primera auditoria



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

CODIGO: F-PG-05

Versión No 1

FECHA: 9 de diciembre de 2010		
OBJETIVO: Revisar que los procesos de Gestión Comercial, Gestión de Crédito, Gestión de Cartera, Gestión de Fomento Empresarial y Gestión de Redes y Alianzas del Sistema de Gestión de Calidad de la UEN CRÉDITO Y FOMENTO de CAJASAN cumplan con los estándares de eficacia, eficiencia y efectividad de acuerdo a la Norma ISO 9001 versión 2008.		
ALCANCE: Proceso de Gestión Comercial, Gestión de Crédito, Gestión de Cartera, Gestión de Fomento Empresarial y Gestión de Redes y Alianzas de Gestión de Fondos.		
PROCESO AUDITADO		
PROCESOS	FECHA	LUGAR
Gestión Comercial	9 de diciembre de 2010	Segundo piso de la sede Administrativa de Puerta del Sol
Gestión de Crédito	9 de diciembre de 2010	Segundo piso de la sede Administrativa de Puerta del Sol
Gestión de Fomento Empresarial	9 de diciembre de 2010	Segundo piso de la sede Administrativa de Puerta del Sol
Gestión de Redes y Alianzas	9 de diciembre de 2010	Segundo piso de la sede Administrativa de Puerta del Sol
Gestión de Cartera	9 de diciembre de 2010	Segundo piso de la sede Administrativa de Puerta del Sol
EQUIPO AUDITOR		
Magda Carolina González		
NO CONFORMIDADES		
<p>1. Requisito 4.2.3 Control de la Documentación En el P-CR-11 Procedimiento de Castigo de Cartera en la descripción 4 elaboración de la acta de reunión el formato no coincide con el del sistema EL P-CR-10 Procedimiento de Gestión de Cartera no se encuentra en NEOGESTIÓN.</p>		
<p>2. Requisito 4.2.4 Control de registros Se evidencian registros en los que se dejan campos sin diligenciar ej. F-CR-02 el consecutivo no se lleva. En el proceso de crédito y fomento P-CR-01 no se encuentra el código del formato de solicitud de crédito.</p>		
<p>3. Requisitos 8.2.3 Seguimiento y Medición de los Procesos Se evidencian que se tienen establecidos los indicadores que responden al mejoramiento del sistema, pero cuando en los indicadores existe alerta, es decir, no se logra alcanzar los resultados planificados no se realizan correcciones y acciones correctivas, según sea lo conveniente. Además es importante anotar que en general no existe claridad en la manera de la medición y análisis de los indicadores. Además existen indicadores sin medir a la fecha y sin su respectivo análisis.</p>		
<p>4. Requisitos 8.5. Mejora No existe evidencia de la comprobación de la eficacia de las acciones, las acciones no han sido cerradas cuando la fecha de la ejecución de la acción está vencida y no hay claridad en el seguimiento de las acciones. Acciones correctivas y preventivas no dan coherencia de la acción con las raíces de la causa.</p>		



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

CODIGO: F-PG-05

Versión No 1

5. Requisitos 4.2.2. Manual de Calidad

En el manual de calidad de la Cajasan no se encuentra la información de la UEN auditada.

➤ **OBSERVACIONES**

En la caracterización del Proceso de Gestión Comercial en el flujograma las acciones correctivas y preventivas no se enlazan con el proceso y con ningún otro proceso.

El proceso de fomento no se audita porque se fusiona con responsabilidad social, lo mismo que el proceso de redes y alianzas que no se audito porque se creara la UEN Redes y alianzas.

Las políticas de acceder a los créditos no se tienen en el de políticas todas las estipuladas y se da por correo electrónico

El archivo no se tiene de acuerdo a las políticas de la empresa.

ANALISIS DE LA AUDITORIA DEL PROCESO

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Como fortaleza se puede evidenciar la actitud frente al sistema por parte de las personas que conforman la UEN.	No todos los trabajadores tienen claro los indicadores, y no se están tomando planes de acción.
Se evidencia el compromiso de los trabajadores en cuanto al conocimiento del Sistema y su divulgación en la UEN.	No existe claridad del manejo de servicio no conforme según lo estipulado por la caja. No tienen clara la política de calidad y cómo se aplica desde su puesto de trabajo.

CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA

La auditoría cumplió con el objetivo y permite tener lineamientos claros para solventar las no conformidades y generar planes de acción, se encontró que el Sistema de la UEN de Crédito y Fomento está implantado, pero no está conforme con los requisitos de la Norma ISO 9001:2008.

FORTALEZAS DEL SISTEMA



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

CÓDIGO: F-PG-05

Versión No 1

La actitud del equipo cuando recibe retroalimentación hacia la mejora, elemento primordial en el mantenimiento de un SGC.

DEBILIDADES DEL SISTEMA

Se sabe que existe una forma de generar y controlar los documentos y registros del sistema pero no tienen claro la existencia del procedimiento de control de documentos y registros del SGC.

La no medición y análisis de indicadores. Y planteamiento a partir de ahí de acciones preventivas, correctivas o de mejora.

El no planteamiento de acciones preventivas y correctivas coherentes con la raíz de la situación presentada.

LISTA DE DISTRIBUCIÓN

NOMBRE	CARGO

FIRMA DE APROBACION

Walter P. ...
Gerente UEH Crédito y Fomento

[Firma]
Jefe de calidad

FIRMA DE AUDITORES

[Firma]
AUDITOR INTERNO

AUDITOR OBSERVADOR

Anexo 16. Informe de la segunda auditoría

	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CODIGO: F-PG-05
		Versión No 1

FECHA: 7 de Enero de 2011		
OBJETIVO: Verificar el mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión de calidad, bajo los lineamientos de la Norma ISO 9001:2008 en los procesos de la UEN de Crédito y Fomento.		
ALCANCE: Proceso de Gestión Comercial, Gestión de Crédito, Gestión de Cartera.		
PROCESO AUDITADO		
PROCESOS	FECHA	LUGAR
Gestión Comercial	7 de Enero de 2011	Segundo piso de la sede Administrativa de Puerta del Sol
Gestión de Crédito	7 de Enero de 2011	Segundo piso de la sede Administrativa de Puerta del Sol
Gestión de Cartera	7 de Enero de 2011	Segundo piso de la sede Administrativa de Puerta del Sol
EQUIPO AUDITOR		
Fabiola Angelic Pacheco Blanco		
NO CONFORMIDADES		
<p>1. Requisito 4.2.3 Control de la Documentación</p> <p>Existen copias controladas del procedimiento de gestión de cartera en versión 1, cuando el procedimiento se encuentra en la versión 2.</p>		
<p>2. Requisito 4.2.4 Control de registros</p> <p>No se encuentra establecido el tiempo de retención de los registros.</p>		
<p>3. Requisito 6.2.2. Competencia, formación y toma de conciencia</p> <p>No se encuentra definida la educación, formación, habilidades y experiencia necesarias para los cargos de Analista de Crédito I y Analista de Crédito II.</p>		
<p>4. Requisitos 7.5.4. Propiedad del cliente</p> <p>La organización no identifica, protege y salvaguarda los documentos que contienen datos personales de los clientes como el Pagaré.</p>		
<p>➤ OBSERVACIONES</p> <p>Mejoró notablemente el análisis de las acciones correctivas, llevando a cabo planes de acción adecuados.</p>		



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

CÓDIGO: F-PG-05

Versión No. 1

ANALISIS DE LA AUDITORIA DEL PROCESO

FORTALEZAS

El manejo del servicio no conforme se empezó a llevar a cabo según lo estipulado por la caja.

El personal tiene claridad de la política de calidad y como se aplica desde su puesto de trabajo.

DEBILIDADES

Deficiencia en análisis de datos para mejorar el resultado de los indicadores de proceso

CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA

La auditoria permitió conocer el avance que ha tenido la UEN frente al cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2008, llegando a la conclusión que el sistema se encuentra conforme con esta norma.

FORTALEZAS DEL SISTEMA

El personal mostro su grado de compromiso para superar las no conformidades presentadas en la primera auditoria y notablemente la mejora en el sistema de gestión de calidad.

DEBILIDADES DEL SISTEMA

Deficiencia en la medición y análisis de los indicadores de cada proceso.

LISTA DE DISTRIBUCIÓN

NOMBRE

CARGO

 cajasan	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	CODIGO: F-PG-05
		Versión No 1

FIRMA DE APROBACION	
<p><i>Walter P. ...</i> Gerente UEN Crédito y Fomento.</p>	<p><i>[Signature]</i> Lider de calidad</p>
FIRMA DE AUDITORES	
<p><i>[Signature]</i> AUDITOR INTERNO</p>	<p>_____ AUDITOR OBSERVADOR</p>

Anexo 17. Actas de socialización de los informes de las auditorías

	FORMATO DE ACTA	CODIGO: F-CM-05
		VERSION N° 2

Tipo de Reunión	Socialización del informe de auditoría	Unidad que realiza la citación	Credito y Fomento
No. Acta		Lugar	Oficina
Fecha	13-12-10	Hora de Inicio	8:00 a.m.
		Hora de Fin	10:00 a.m.

Asistentes	Nombre	Cargo
	Jissette Tatiana Buenahora Gómez.	Practicante UIS
	Yenis Moreno Medina	líder de calidad
Orden del día	Socialización del informe de auditoría.	

Temas Tratados
<p>Se dio a conocer el resultado del informe de auditoría a la líder de calidad ya que el resto del personal se encontraba en sus actividades laborales.</p> <p>Se analizaron las no conformidades, las observaciones, fortalezas y debilidades del proceso, conclusiones de la auditoría, fortalezas y debilidades del sistema.</p>



FORMATO DE ACTA

CODIGO: F-CM-05

VERSION N° 2

Compromisos		
Descripción	Responsable	Fecha
Dar a conocer el informe a todo el personal	Tatiana Buenahora	16/12/10
Realizar reunion para levantar las acciones respectivas	Yenis Moreno	29/12/10
Realizar seguimiento a las acciones	Yenis Moreno	18/01/11

En constancia Firman:

Nombre: Lissette Tatiana Buenahora Gúmez
Cargo: Practicante UIS

Nombre:
Cargo:

Nombre:
Cargo:

Nombre:
Cargo:

Nombre:
Cargo:

Nombre:
Cargo:

Nombre:
Cargo:

Nombre:
Cargo:



FORMATO DE ACTA

CODIGO: F-CM-05

VERSION N° 2

Tipo de Reunión	Socialización del segundo informe de auditoría	Unidad que realiza la citación	Credito y Fomento
No. Acta		Lugar	Oficina
Fecha	11/01/2011	Hora de Inicio	10:00 a.m.
		Hora de Fin	12.00 p.m.

	Nombre	Cargo
Asistentes	Lissette Tatiana Bernabon Gómez.	Practicante UIS
	Yenis Moreno Medina	Líder de calidad
Orden del día	Socialización del segundo informe de auditoría.	

Temas Tratados


Se dio a conocer el resultado del 2^{do} informe de auditoría a la líder de calidad.

Se levantaron las acciones correctivas y de mejora teniendo en cuenta el informe, pero no en su totalidad.

	FORMATO DE ACTA	CODIGO: F-CM-05
		VERSION N° 2

Compromisos		
Descripción	Responsable	Fecha
Dar a conocer el informe a todo el personal	Tatiana Buenahora	14/01/2011
Realizar seguimiento a las acciones	Yenis Moreno	28/01/2011
Terminar de levantar las acciones, según el informe	Yenis Moreno	18/01/2011.

En constancia Firman:


 Nombre: Dissette Tatiana Buenahora
 Cargo: Practicante UIS

Nombre: _____
 Cargo: _____

Nombre: _____
 Cargo: _____

Nombre: _____
 Cargo: _____


 Nombre: Yenis Moreno
 Cargo: Secretaria Administrativa

Nombre: _____
 Cargo: _____

Nombre: _____
 Cargo: _____

Nombre: _____
 Cargo: _____

Anexo 18. Formato de acciones correctivas y preventivas

	ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS	CODIGO: F-PG-06
		VERSION No 1

UEN/USC/UDIR QUE REPORTA:		FECHA:			ACCION No.	
---------------------------	--	--------	--	--	------------	--

FUENTE			
AUDITORIA INTERNA No.		RESULTADO DE INDICADOR:	
DURANTE EL PROCESO:		POR'S o SUGERENCIAS	
REVISION POR LA DIRECCION No.		OTRO ¿CUAL?	

Acción Correctiva <input type="checkbox"/> Acción Preventiva <input type="checkbox"/> DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD

Nombre del Responsable:	Nombre y Firma del solicitante:
-------------------------	---------------------------------

TRATAMIENTO INMEDIATO (Si la respuesta es N.A, debe registrar la acción a implementar)

ANÁLISIS DE CAUSAS	
TÉCNICA APLICADA:	5 por que <input type="checkbox"/> Causa Efecto (Espina de Pescado) <input type="checkbox"/>

PLAN DE ACCION		
ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE

SEGUIMIENTO	
Nombre y Firma del Responsable:	Fecha:
FECHA DE CIERRE DE LA NO CONFORMIDAD:	

Anexo19. Lista de verificación diagnóstico final del S.G.C

NUM	REQUISITO	CRITERIOS DE EVALUACIÓN					OBSERVACIONES
		N	SD	D	I	MC	
4	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	1	2	3	4	5	
4.1	REQUISITOS GENERALES	PUNTAJE OBTENIDO: 36 PUNTAJE MÁXIMO: 40					
	4.1 ¿En la UEN se establece, documenta, implementa y mantiene un sistema de gestión de calidad?					X	Con las labores realizadas por la practicante la UEN tiene implementado un sistema de gestión de calidad que le permitirá la certificación en la norma ISO 9001:2008.
	a) Se encuentran Identificados los procesos?					X	Los procesos de la UEN se encuentran claramente identificados en el mapa de procesos, el cual se va revisando y actualizando de acuerdo las necesidades de la UEN.
	b) ¿Esta definida la interacción de los procesos?					X	Con la implementación del mapa de proceso, es posible visualizar la interacción de los procesos.
	c) ¿Se cuenta con métodos para asegurar el funcionamiento eficaz y control de los procesos?				X		Actualmente el principal método es el BSC.
	d) ¿Esta asegurada la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar el funcionamiento y el seguimiento de los procesos?					X	En la UEN se cuenta con la información de data crédito para este proceso y se esta estudiando la implementación de herramientas que permita

						la información.
	e) mide, realiza el seguimiento y analiza estos procesos,				X	Por medio de la implementación de las acciones correctivas y preventivas se analiza y se realiza seguimiento a los procesos.
	f) implementa las acciones necesarias para alcanzar los resultados previstos y la mejora continua de estos procesos.				X	Con la implementación de de los planes de mejora de las acciones correctivas y preventivas, se va analizando los procesos y desde luego mejorando.
	La organización asegura el control sobre los procesos contratados externamente que afectan a la conformidad del producto/servicio con los requisitos,				X	A partir de la implementación del SGC, se empezó a realizar control sobre aquello que se contrata externamente, como en el caso del abogado externo.
4.2	REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN					
4.2.1	Generalidades	PUNTAJE OBTENIDO:19		PUNTAJE MÁXIMO: 20		
	La documentación general del sistema de gestión de la calidad incluye:					
	a) declaraciones documentadas de una política de la calidad y de objetivos de la calidad.				X	La política y objetivos de calidad, fue aprendida por el personal debido a las capacitaciones realizadas. Así mismo, cada año se esta revisando para

							actualizarla.
	b) Un manual de calidad				X		Existe para el SGC de toda la caja.
	c) Los procedimientos documentados y los registros requeridos por la Norma.					X	Tanto los procedimientos que exige la norma como los que se requieren en la UEN, se encuentran documentados y se están revisando para lograr su mejora.
	d) Los documentos y los registros que la UEN determina son necesarios para la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.					X	Las actividades que se realizan en la UEN se documentaron lo mismo que los registros.
4.2.2	Manual de Calidad	PUNTAJE OBTENIDO:10				PUNTAJE MÁXIMO: 15	
	El manual de la calidad incluye:						
	El alcance o campo de aplicación del sistema de gestión de la calidad, incluyendo detalles y la justificación para cualquier exclusión.			X			El manual de calidad se tiene programado actualizarlo para incluir la UEN crédito y Fomento.
	Los procedimientos documentados establecidos para el sistema de gestión de la calidad o referencia de los mismos.			X			Como la UEN, ya implemento el SGC, se tiene programado incluirla en el manual de calidad.
	Una descripción de la interacción entre los procesos incluidos en el sistema de gestión de la calidad.				X		Al contar con mapa de procesos, se definida la interacción de los procesos.
4.2.3	Control de Documentos	PUNTAJE OBTENIDO:14				PUNTAJE MÁXIMO: 15	

	Existe un procedimiento documentado para el control de documentos acorde a los requerimientos de la Norma.					X	Si existe un procedimiento documentado el cual se utiliza en todo el SGC de Cajasan, y a partir de las capacitaciones se dio a conocer por el personal de la UEN.	
	Existe una guía para elaborar los documentos requeridos por la norma.					X	En el SGC de Cajasan existe una guía para elaborar documentos, la cual se dio a conocer por el personal de la UEN.	
	¿Hay un inventario de la documentación existente y de la faltante?				X		Con la implementación de las listas maestras de documentos, existe inventario de los documentos.	
4.2.4	Control de los Registros	PUNTAJE OBTENIDO:10					PUNTAJE MÁXIMO: 10	
	Existe un procedimiento documentado para el control de los registros.					X	El procedimiento se dio a conocer para el personal de la UEN.	
	Los registros de calidad que presentan evidencia de la operación del SGC permanecen legibles, fácilmente identificables y recuperables					X	Los registros de calidad se encuentran implementados y también identificados ya que se separo la documentación de antes y después de la liberación de la documentación.	
5	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	N	SD	D	I	MC	OBSERVACIONES	
		1	2	3	4	5		
5.1	COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN	PUNTAJE OBTENIDO:18					PUNTAJE MÁXIMO: 20	

	a) ¿la alta dirección comunica a la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los reglamentarios?				X		La dirección hace la comunicación acerca de la importancia de satisfacer los requisitos de los clientes.	
	b) ¿Esta establecida la política de la calidad?					X	La política está claramente definida y cada año se estudia si es necesaria su actualización.	
	c) ¿Están definidos los objetivos de calidad?					X	Se encuentran claramente definidos y su actualización se estudia cada año.	
	d) ¿Llevan a cabo las revisiones por la dirección y aseguran la disponibilidad de los recursos?				X		En la próxima revisión gerencial, la UEN va a estar incluida ya que implemento el SGC. Cajasan cuenta con excelentes recursos para llevar a cabo la implementación del SGC.	
5.2	ENFOQUE AL CLIENTE	PUNTAJE OBTENIDO:12				PUNTAJE MÁXIMO: 15		
	La alta dirección asegura que los requisitos del cliente se determinan y cumplen con el propósito de incrementar la satisfacción del cliente.				X		Con las encuestas, grupo foco, quejas y acciones de mejora, se determina el nivel de cumplimiento de los requisitos.	
	Se determinan los tipos de clientes.				X		De acuerdo al perfil del afiliado, se encuentra definido un tipo de crédito.	
	Se evalúa la satisfacción del cliente.				X		La UEN y Gestión al Cliente, por medio de encuestas, grupo foco,	

							quejas y acciones de mejora, determina el nivel de satisfacción del cliente.
5.3	POLITICA DE CALIDAD	PUNTAJE OBTENIDO:24				PUNTAJE MÁXIMO: 25	
	Es adecuada al propósito de la organización;				X		La política de calidad es adecuada al propósito de la organización ya que incluye elementos tanto de la misión como de la visión.
	Incluye el compromiso de satisfacer los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad;					X	La política de calidad además cumplir con los requisitos, establece brindar soluciones superiores y así mismo mención la mejora continua.
	Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad.					X	La política de calidad, va ligada a los objetivos.
	Se comunica y entiende dentro de la organización;					X	A partir de la implementación del SGC, se dio a conocer la política de Cajasan y su aplicabilidad desde el puesto de trabajo.
	Se revisa para conseguir que se mantenga adecuada continuamente.					X	Cada año existe la revisión de la política y de los objetivos de calidad.
5.4	PLANIFICACIÓN.						
5.4.1	Objetivos de Calidad	PUNTAJE OBTENIDO:10				PUNTAJE MÁXIMO: 10	
	Existen objetivos de la calidad establecidos en funciones y niveles pertinentes dentro de la					X	Los objetivos de calidad son establecidos por la alta gerencia y se van

	organización.						adecuando a la misión de la empresa.
	Son medibles y coherentes con la política de calidad.					X	
5.4.2	Planificación del sistema de Gestión de Calidad.	PUNTAJE OBTENIDO:10				PUNTAJE MÁXIMO: 10	
	La planificación del sistema de gestión de la calidad se lleva a cabo con el fin de cumplir los requisitos dados en el apartado 4.1, así como los objetivos de la calidad,					X	La alta gerencia esta muy comprometida con el SGC.
	Se mantiene la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planean e implementan cambios.					X	Cualquier cambio a los documentos se informa a la alta gerencia antes de su emisión.
5.5	RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN						
5.5.1	Responsabilidad y autoridad	PUNTAJE OBTENIDO:10				PUNTAJE MÁXIMO: 10	
	La alta dirección asegura la definición y comunicación de las responsabilidades, autoridades y su interrelación dentro de la organización.					X	Con la implementación del SGC, cada persona de la UEN, tiene su responsabilidad asignada.
	¿Se tiene organigrama?					X	La caja con organigrama.
5.5.2	Representante de la dirección:	PUNTAJE OBTENIDO:15				PUNTAJE MÁXIMO: 15	
	a) Existe un representante de la dirección para el SGC que asegura que se establecen, implantan y mantienen los procesos necesarios para el					X	La representante es la gerente de la UDIR Planeación y control de la gestión.

	sistema de gestión de la calidad.						
	b) informa a la alta dirección del funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, incluyendo las necesidades para la mejora.					X	En la revisión por la dirección la gerente se encarga de mostrar el estado y avance del SGC.
	c) asegura que se promueve la toma de conciencia de los requisitos de los clientes en todos los niveles de la organización.					X	Esta labor se hace bajo el proceso de direccionamiento estratégico de gestión al cliente y se hacen capacitaciones acerca de esto.
5.5.3	Comunicación interna:	PUNTAJE OBTENIDO:4				PUNTAJE MÁXIMO: 5	
	La alta dirección asegura que se establecen los procesos apropiados de comunicación dentro de la organización y que la comunicación se efectúa considerando la eficacia del sistema de gestión de la calidad.					X	A partir de la implementación del SGC, el personal se involucro en el rol de responder a lo requerido para llevar a cabo esta labor.
5.6	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN.						
5.6.1	Generalidades	PUNTAJE OBTENIDO:5				PUNTAJE MÁXIMO: 5	
	La alta dirección ha establecido un procedimiento para revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados, se llevan los registros de las revisiones para el proceso de mejora continua.					X	Existe un procedimiento definido en el SGC general para hacer la revisión del mismo, donde la UEN ya tiene su espacio.

5.6.2	Información de entrada para la Revisión. Esta incluye:	PUNTAJE OBTENIDO:23					PUNTAJE MÁXIMO: 30
	Los resultados de las auditorias				X		Como el sistema de Gestión de calidad se implemento, por requisito del proyecto se llevaron a cabo dos auditorias internas.
	Retroalimentación de los clientes.				X		Los elementos del indicador de satisfacción al cliente permiten tener la retroalimentación de los clientes.
	Funcionamiento de los procesos y conformidad del producto;				X		El SGC de calidad se implanto en la UEN.
	Estado de las acciones correctivas y preventivas.				X		Según la causa se levantaron acciones correctivas y preventivas.
	Seguimiento de las acciones derivadas de las revisiones anteriores de la dirección;			X			La revisión por la dirección se tiene programada para marzo del año en curso.
	Cambios planeados que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad y recomendaciones para la mejora.				X		El personal de la UEN, en cabeza del Gerente muestra su compromiso en el estudio de mejora para el SGC.
5.6.3	Los resultados de la revisión.	PUNTAJE OBTENIDO: 12					PUNTAJE MÁXIMO: 15
	Deben incluir todas las decisiones y acciones relacionadas con:						
	La mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos;				X		El análisis realizado a los indicadores del SGC, y su posterior acción correctiva

							o preventiva, evidencia la mejora del SGC.
	La mejora del producto en relación con los requisitos del cliente;				X		De los resultados de los elementos del indicador de satisfacción del cliente, se tienen en cuenta lo que piensan los clientes de los requisitos.
	Las necesidades de recursos.				X		Se estudian los recursos y registran en el presupuesto anual.
6	GESTIÓN DE LOS RECURSOS	N 1	D 2	SD 3	I 4	MC 5	OBSERVACIONES
6.1	PROVISIÓN DE LOS RECURSOS	PUNTAJE OBTENIDO:5					PUNTAJE MÁXIMO: 5
	La organización determina y proporciona los recursos que permitan el correcto funcionamiento del SGC.					X	Cajasan esta comprometido con la implementación del SGC, esto se puede evidenciar el presupuesto anual.
6.2	RECURSOS HUMANOS						
6.2.1	Generalidades	PUNTAJE OBTENIDO:3					PUNTAJE MÁXIMO: 5
	Se han definido requisitos de educación (estudios), formación, habilidades prácticas y experiencia para asegurar la competencia del personal que realiza actividades que afectan a la calidad de los servicios.			X			Se tiene programada una reunión para actualizar el manual de funciones de la UEN.
6.2.2	Competencia, formación y toma de conciencia.	PUNTAJE OBTENIDO:16					PUNTAJE MÁXIMO: 20

	Se han definido perfiles de cargos para el personal que realiza trabajos que afectan la calidad del servicio, así como también la competencia necesaria para el personal.						En la próxima reunión con la gerente de la USC Gestión Humana, se tiene programado la definición del perfil de cargos y la actualización de la ficha de matrícula.	
	Se proporciona formación y capacitación a los empleados para lograr la competencia necesaria.					X	Se hacen capacitaciones al personal, frecuentemente.	
	Se evalúa la eficacia de las acciones adoptadas para dotar de la competencia necesaria al personal de la organización que realiza actividades que afectan a la calidad del servicio.						X	Por medio de exposiciones a los compañeros de la UEN, se evalúa el conocimiento recibido en las capacitaciones
	Se asegura que el personal es consciente de la importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de calidad y se mantienen los registros de educación, formación, habilidades y experiencia.						X	En las capacitaciones realizadas, se logró la concientización de la importancia de las actividades del personal.
6.3	INFRAESTRUCTURA	PUNTAJE OBTENIDO:15				PUNTAJE MÁXIMO: 15		
	La organización determina, proporciona y mantiene las infraestructuras necesarias para lograr la conformidad con los requisitos del producto. Que incluyen por ejemplo:							
	a) edificios, espacio de trabajo e infraestructuras asociadas;						X	Cajasan cuenta con la infraestructura adecuada para lograr satisfacer los

	b) equipos para los procesos, tanto hardware como software,					X	requisitos de calidad y del cliente, en cuanto a la UEN no se hace mantenimiento al equipo de cómputo.	
	c) y servicios de apoyo tales como transporte y comunicación.					X		
6.4	AMBIENTE DE TRABAJO:	PUNTAJE OBTENIDO:5					PUNTAJE MÁXIMO: 5	
	La organización determina y gestiona las condiciones del ambiente de trabajo necesarias para lograr la conformidad con los requisitos del servicio.					X	La organización hace que se establezcan las condiciones adecuadas del ambiente de trabajo y de los recursos.	
7	REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	N	SD	D	I	MC	OBSERVACIONES	
		1	2	3	4	5		
7.1	PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	PUNTAJE OBTENIDO:20					PUNTAJE MÁXIMO: 25	
	La organización ha planificado y desarrollado los procesos necesarios para la realización del producto o prestación del servicio.				X		El gerente de la UEN, realiza estudios para la prestación de un mejor servicio.	
	La planificación de la realización del producto es consistente con los requisitos de otros procesos del sistema de gestión de la calidad.				X			
	En la planificación de la realización del producto que en el caso de la UEN, es el servicio, la organización ha determinado si es necesario, lo siguiente:							
	a) los objetivos de la calidad y los requisitos para el producto.				X			Se empezó a realizar la planificación del producto, cumpliendo con la

							satisfacción al cliente y con el mejoramiento continuo.
	b) la necesidad de establecer procesos y documentación, y proporcionar recursos específicos para el producto.				X		Se logro la documentación de las actividades realizadas en la UEN.
	c) actividades requeridas de verificación, validación; seguimiento, inspección y ensayos específicos para el producto así como los criterios para la aceptación del mismo.						No aplica
	d) los registros que sean necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización y el producto resultante cumplen los requisitos.				X		En el archivo y en el sistema se encuentra la evidencia de que se están cumpliendo con los requisitos del cliente, teniendo en cuenta que todos los registros están codificados
7.2	PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE						
	Determinación de los requisitos relacionados con el producto/servicio	PUNTAJE OBTENIDO:14			PUNTAJE MÁXIMO: 15		
7.2.1	Los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma.					X	Los requisitos del cliente se especifican en el formulario de solicitud del crédito, donde se pactan las condiciones del servicio.
	Los requisitos no especificados por el cliente pero necesarios para la utilización prevista o				X		

	especificada del producto o servicio.							
	Los requisitos legales o reglamentarios y los que se consideren necesarios.					X	Se tienen definidos los requisitos legales y constantemente se esta pendiente de su actualización.	
7.2.2	Revisión de los requisitos relacionados con el producto.	PUNTAJE OBTENIDO:5					PUNTAJE MÁXIMO: 5	
7.2.2	Se hace la revisión de los requisitos relacionados con el servicio o producto, el diseño o modificación de contratos, aceptación de pedidos y el análisis de la capacidad para cumplir con los requisitos definidos.					X	Los elementos del indicador de satisfacción del cliente permiten, estudiar y en la medida replantear requisitos que se exigen a los clientes para acceder a los créditos.	
7.2.3	Comunicación con el cliente	PUNTAJE OBTENIDO:12					PUNTAJE MÁXIMO: 15	
	Se han determinado e implantado disposiciones efectivas para la comunicación con los clientes, relativos a:							
	Información del producto				X		Al establecer las políticas de créditos, todo el personal tiene conocimiento de estas y por ende tiene la posibilidad de dar la información al cliente. Así mismo esta información se encuentra volantes y se envía por correo electrónico Aunque no esta	
	Tratamiento de preguntas, gestión de contratos y pedidos, incluyendo las modificaciones				X			

	Retroalimentación del cliente, incluyendo sus quejas.				X		Con las evaluaciones del servicio al cliente se da tratamiento a las quejas.
7.3	DISEÑO Y DESARROLLO						
7.3.1	Planificación del diseño y desarrollo.	PUNTAJE MÁXIMO:					
	Durante la planificación del diseño y desarrollo la organización determina, las etapas, la revisión, verificación y validación para cada etapa y las responsabilidades y autoridades para cada etapa del diseño y desarrollo.						NO APLICA
7.3.2	Elementos de entrada para el diseño y desarrollo	PUNTAJE MÁXIMO:					
	Se determinan los requisitos funcionales y de desempeño, los requisitos legales y reglamentarios aplicables, la información proveniente de diseños previos similares (si aplica) y los demás requisitos esenciales para el diseño y desarrollo.						NO APLICA
7.3.3	Resultados del diseño y desarrollo	PUNTAJE MÁXIMO:					
	Los resultados del diseño y desarrollo cumplen con los elementos de entrada para el diseño y desarrollo, proporcionan información apropiada para la compra, producción y la prestación del servicio, hacen referencia a los						NO APLICA

	<p>critérios de aceptación del producto y especifican las características del producto que son esenciales para el uso seguro y correcto.</p>						
7.3.4	<p>Revisión del diseño y desarrollo</p>	PUNTAJE MÁXIMO:					
	<p>Se realizan revisiones sistemáticas y se mantienen registros de la revisión del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado para evaluar con la capacidad de los resultados de diseño y desarrollo para cumplir con los requisitos e identificar cualquier problema para proponer las acciones necesarias.</p>						NO APLICA
7.3.5	<p>Verificación del diseño y desarrollo</p>	PUNTAJE MÁXIMO:					
	<p>Se hace y mantienen registros de los resultados de la verificación del diseño y desarrollo para asegurar que se cumplen los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo.</p>						NO APLICA
7.3.6	<p>Validación del diseño y desarrollo</p>	PUNTAJE MÁXIMO:					
	<p>Se hace y mantienen registros de los resultados de la validación para asegurar que el producto resultante es capaz de satisfacer los requisitos para su aplicación especificada o</p>						NO APLICA

	uso previsto.						
7.3.7	Control de los cambios del diseño y desarrollo	PUNTAJE MÁXIMO:					
	Los cambios se identifican, revisan, verifican, validan y se mantienen los registros, estos incluye la evaluación del efecto de los cambios en las partes constitutivas y en el producto entregado.						NO APLICA
7.4	COMPRAS						
7.4.1	Proceso de compras	PUNTAJE OBTENIDO:7			PUNTAJE MÁXIMO: 15		
	Se encuentra definido un procedimiento que permita evaluar y seleccionar los proveedores.			X			Con la creación de la UEN de Alianzas se llevara a cabo la implementación de los procedimientos documentados.
	Se han definido los criterios para la selección y evaluación periódica de los proveedores			X			Con la creación de la UEN de Alianzas se llevara a cabo la implementación de los criterios para la selección de los aliados.
	Se registran los resultados de la evaluación y las subsiguientes acciones de seguimiento de los proveedores.	X					No existen los registros de la evaluación y reevaluación de los proveedores, ya que esto se llevara a cabo cuando la UEN de Alianzas empiece su funcionamiento.
7.4.2	Información de las compras	PUNTAJE OBTENIDO:			PUNTAJE MÁXIMO:		

	La información de las compras describe el producto a comprar, incluyendo si es el caso los diferentes requisitos (de aprobación, procedimientos, procesos) que permitan asegurar la calidad.						No aplica	
7.4.3	Verificación de los productos comprados	PUNTAJE OBTENIDO:					PUNTAJE MÁXIMO:	
	La organización ha establecido un procedimiento que permita desarrollar las actividades necesarias para asegurarse que el producto comprado cumple con los requisitos de compra.						No aplica	
7.5	PRODUCCIÓN Y PRESTACION DEL SERVICIO							
7.5.1	Control de la producción y de la prestación del servicio	PUNTAJE OBTENIDO:					PUNTAJE MÁXIMO: 5	
	En la producción y prestación del servicio se llevan condiciones controladas e incluyen cuando aplique: disponibilidad de la información que describa el producto, instrucciones de trabajo, uso de equipo. Seguimiento y medición						No aplica	
7.5.2	Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio	PUNTAJE OBTENIDO:					PUNTAJE MÁXIMO: 5	
	Se valida todo proceso de producción y de prestación del servicio cuando los productos resultantes no pueden						No aplica	

	verificarse mediante seguimiento o medición posteriores.						
7.5.3	Identificación y trazabilidad	PUNTAJE OBTENIDO:					PUNTAJE MÁXIMO: 5
	Se identifican los productos por medios adecuados a través de toda la realización del producto.						No aplica.
7.5.4	Propiedad del cliente	PUNTAJE OBTENIDO:4					PUNTAJE MÁXIMO: 5
	Se identifican, verifican, protegen y salvaguardan los bienes que son propiedad del cliente				X		Se logro que los documentos propiedad volvieron a ser custodiados.
7.5.5	Preservación del producto	PUNTAJE OBTENIDO:					PUNTAJE MÁXIMO: 5
	Se preserva el producto durante el proceso interno y la entrega al destino previsto, para mantener la conformidad con los requisitos.						No aplica.
7.6	CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN	PUNTAJE OBTENIDO:					PUNTAJE MÁXIMO: 5
	La organización realiza control y seguimiento de los equipos o dispositivos de seguimiento y medición.						No aplica.
8	MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	N	D	SD	I	MC	OBSERVACIONES
		1	2	3	4	5	
8.1	GENERALIDADES	PUNTAJE OBTENIDO:4					PUNTAJE MÁXIMO: 5
	La organización planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora para demostrar la conformidad con los requisitos, asegurar la conformidad con el SGC y mejorar continuamente.				X		Se logra a través del adecuado análisis de causas que permita encontrar la raíz del problema y así encontrar la mejor solución.

8.2	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN					
8.2.1	Satisfacción del cliente	PUNTAJE OBTENIDO:5			PUNTAJE MÁXIMO: 5	
	La organización realiza el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos.				X	
8.2.2	Auditoria interna	PUNTAJE OBTENIDO:8			PUNTOS MÁXIMO: 10	
	Se llevan a cabo auditorias internas a intervalos planificados para determinar si el SGC es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la Norma y con los del SGC establecidos por la organización.			X		En Cajasan existe un procedimiento para la realización de las auditorias, el cual se ejecuto para la primera y segunda auditoria.
	Se planifica un programa de auditorias tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas a auditar.			X		Se planifico el programa de las auditorias internas.
8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos	PUNTAJE OBTENIDO:4			PUNTAJE MÁXIMO: 5	
	Se aplican métodos apropiados para el seguimiento y para demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados.			X		Se implementar indicadores que permiten realizar seguimiento a los procesos.
8.2.4	Seguimiento y medición del producto	PUNTAJE OBTENIDO:			PUNTAJE MÁXIMO: 5	
	La organización mide y hace el seguimiento de las características de los servicios, verificando que se cumplan los requisitos de los mismos.					No aplica

8.3	CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME	PUNTAJE OBTENIDO:8					PUNTAJE MÁXIMO: 10
	Se ha definido claramente un procedimiento para identificar y controlar el servicio o producto no conforme				X		El procedimiento se dio a conocer y se implemento en la UEN.
	Existen registros que indican la naturaleza de las no conformidades.				X		La implementación de las acciones correctivas y de mejora es evidencia de acción a las no conformidades.
8.4	ANÁLISIS DE DATOS	PUNTAJE OBTENIDO:4					PUNTAJE MÁXIMO: 5
	La organización determina, recopila y analiza 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				X		Una vez se implementos el SGC, se procedió a levantar acciones correctivas, preventivas y de mejora.
8.5	MEJORA						
8.5.1	Mejora continua	PUNTAJE OBTENIDO:4					PUNTAJE MÁXIMO: 5
	Se mejora continuamente la eficacia del SGC a través del uso de la política y los objetivos de calidad, los resultados de las auditorias, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.				X		Para lograr mejora se han levantado acciones correctivas, preventivas y de mejora y la revisión por la dirección se realizara en el primer trimestre del año en curso
8.5.2	Acción correctiva	PUNTAJE OBTENIDO:4					PUNTAJE MÁXIMO: 5
	Se ha establecido un procedimiento que permita tomar las acciones para eliminar la causa de no conformidades con objeto de				X		Aunque al inicio las acciones correctivas y preventivas no cumplieron con su objetivo, el acompañamiento de la

	prevenir que no vuelvan a ocurrir.						profesional de la UDIR Planeación y Control de la Gestión permitió que estas tuvieran un buen análisis de causas y desde luego un buen plan de acción
8.5.3	Acción preventiva	PUNTAJE OBTENIDO:4				PUNTAJE MÁXIMO: 5	
	Se ha establecido un procedimiento que permita determinar acciones para eliminar las causas de las no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia.				X		En levantamiento de las acciones preventivas ha sido un poco más fácil para el personal de la UEN.

Anexo20. Registro de capacitación para acción correctiva No. 9

Anexo21. Registro de capacitación para acción correctiva No. 21

Anexo 22. Registro de capacitación para debilidad presentada en auditoria 1

