

DISEÑO, DOCUMENTACION, IMPLEMENTACION Y MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD DE LA FUNDACION DE NIÑOS ESPECIALES DEL ORIENTE COLOMBIANO, FUNIESCO BASADO EN LA NORMA NTC-ISO 9001:2000 y SUPERVISIÓN DE LA NTC 5326.

SANDRA MILENA GELVES TARAZONA

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS FISICOMECAICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA
2008**

DISEÑO, DOCUMENTACION, IMPLEMENTACION Y MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD DE LA FUNDACION DE NIÑOS ESPECIALES DEL ORIENTE COLOMBIANO, FUNIESCO BASADO EN LA NORMA NTC-ISO 9001:2000 y SUPERVISIÓN DE LA NTC 5326.

SANDRA MILENA GELVES TARAZONA

**Libro de trabajo de grado para optar al
Título de Ingeniera Industrial**

**Director de Proyecto
SONIA AMPARO ESTEBAN
Ingeniera Industrial
ESPECIALISTA EN EVALUACION Y GERENCIA DE PROYECTOS
ASESORA DE SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD
AUDITOR LÍDER CERTIFICADO NO 6081 QUALITY CORP**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS FISICOMECAICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA
2008**

A Dios por ser la razón de mi existir y la luz de mi camino.

A mis padres Pablo y Leonor por ser los principales apoyos de mi vida.

A mis hermanos Uriel y Diana porque me han enseñado a superar los obstáculos.

A Nicolás y a mis familiares porque complementan mi felicidad.

A mis amigos por acompañarme en el proceso de mi grado.

SANDRA GELVES

AGRADECIMIENTOS

Las siguientes personas contribuyeron con su gran ayuda y apoyo en mi proceso de graduación:

- ❖ Doctora Nancy Muñoz, Directora ejecutiva de FUNIESCO, por confiar en mi capacidad para iniciar el proceso de certificación en su empresa.
- ❖ Consultora Linda Mendoza Muñoz, por su valiosa colaboración durante todo el proceso para el desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad.
- ❖ Ingeniera Sonia Amparo Esteban, por compartir su conocimiento y apoyo
- ❖ Personal Administrativo y Operativo de FUNIESCO, por su gran entusiasmo y dedicación para llevar a cabo la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y lograr la certificación.

CONTENIDO

INTRODUCCION	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. IDENTIFICACION	3
1.2. JUSTIFICACION	3
1.3 ALCANCE	5
1.4. OBJETIVOS	5
1.4.1. OBJETIVO GENERAL	6
1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	6
2. MARCO REFERENCIAL	7
2.1 MARCO TEORICO	7
2.1.1 EVOLUCION HISTORICA DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	13
2.1.2 PRINCIPIOS DE LOS SISTEMAS DE GESTION DE LA CALIDAD	15
2.1.3 BENEFICIOS DE LOS SISTEMAS DE LA GESTION DE LA CALIDAD	17
2.1.4 NORMAS ISO 9000	18
2.1.5 NORMA TECNICA COLOMBIANA NTC 5326	21
2.2 MARCO CONCEPTUAL	23
2.2.1. GLOSARIO	23
3. ASPECTOS GENERALES DE FUNIESCO	27
3.1. RESEÑA HISTORICA	27
3.2. DESCRIPCION DE FUNIESCO	28
3.3. MISION	29
3.4 VISION	29
3.5. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	30

<u>4. DIAGNOSTICO DE LA SITUACION INICIAL DEL SGC</u>	<u>33</u>
4.1. OBJETIVO GENERAL DEL DIAGNOSTICO	34
4.2. ESTADO INICIAL DEL PROCESO	34
4.4. ANALISIS DOFA	41
<u>5. PLANEACION Y DOCUMENTACION DEL SGC</u>	<u>43</u>
5.1. ESTABLECIMIENTO DE PLANEACION DEL SGC	47
5.2. POLÍTICA DE CALIDAD	47
5.2.1. CONSOLIDACIÓN DE OBJETIVOS DE CALIDAD	48
5.3. PLANIFICACION DE LA DOCUMENTACION	49
5.3.1. DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	56
<u>6. CAPACITACIÓN</u>	<u>58</u>
6.1. PLANEACIÓN Y EJECUCION DE LAS CAPACITACIONES	58
<u>7. IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO</u>	<u>61</u>
7.1. IMPLEMENTACION DE LAS 5 S´S	62
7.2. IMPLEMENTACION DE LA DOCUMENTACION DEL SISTEMA	67
7.3. ENCUESTA DE SATISFACCION	75
7.4. EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO	78
7.4.1. MEDICION DE INDICADORES DE GESTIÓN	79
7.4.2. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE LA NTC 5326	86
<u>8. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</u>	<u>91</u>
8.1. AUDITORIA INTERNA DEL SISTEMA	91
8.1.1. RESULTADOS DE LA AUDITORIA INTERNA	94
8.2. ACCIONES PREVENTIVAS	95

8.3. ACCIONES CORRECTIVAS	97
8.4. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	100
8.5. SOLICITUD DE AUDITORIA EXTERNA Y CERTIFICACION	101
<u>9. EVALUACIÓN DEL TRABAJO</u>	<u>103</u>
9.1. RESULTADOS Y CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS	103
9.1.1. OBJETIVO GENERAL	103
9.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	103
<u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	<u>106</u>
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	<u>109</u>
<u>ANEXOS</u>	<u>110</u>

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Modelo SGC basado en procesos	20
FIGURA 2: Organigrama FUNIESCO	31
FIGURA 3: Organigrama SGC FUNIESCO	32
FIGURA 4: Mapa de Procesos	52
FIGURA 5: Formato de caracterización	54

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Diagnostico del SGC	38
TABLA 2. Resultado del diagnostico del SGC	38
TABLA 3. Análisis DOFA	42
TABLA 4. Planeación de las capacitaciones	59
TABLA 5. Identificación de zonas	64
TABLA 6: Antes y después de 5 S's	65
TABLA 7: Listado de Documentos	74
TABLA 8: Tabulación encuesta de satisfacción	76
TABLA 9: Satisfacción del cliente	77
TABLA 10: Respuestas negativas	77
TABLA 11: cumplimiento de los numerales de la NTC 5326	87
TABLA 12: Informe de acciones correctivas y preventivas	99

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A: Planeación del SGC	111
ANEXO B: Indicadores de Calidad	115
ANEXO C: Registro de capacitaciones	119
ANEXO D: Cronograma de Limpieza	123
ANEXO E: Lista de Elementos Innecesarios	126
ANEXO F: Encuesta de Satisfacción	128
ANEXO G: Eficacia del Sistema	131
ANEXO H: Planeación de Auditoria Interna	135
ANEXO I: Lista de Verificación Proceso Gestión Estratégica	138
ANEXO J: Hallazgos de la Auditoria Interna	141
ANEXO K: Informe de Auditoria Interna	143
ANEXO L: Revisión por la Dirección	149
ANEXO M: Solicitud de Certificación	150
ANEXO N: Certificado de Otorgamiento	150

RESUMEN

TITULO: DISEÑO, DOCUMENTACION, IMPLEMENTACION Y MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD DE LA FUNDACION DE NIÑOS ESPECIALES DEL ORIENTE COLOMBIANO, FUNIESCO BASADO EN LA NORMA NTC-ISO 9001:2000 Y SUPERVISION DE LA NTC 5326.*

AUTORA: Sandra Milena Gelves Tarazona**

PALABRAS CLAVES: Documentación, implementación, requisitos, Ciclo PHVA, Sistema de Gestión de Calidad, NTC ISO 9001:2000, mejora continua.

DESCRIPCION:

Los Sistemas de Gestión de Calidad han nacido para responder y atender las necesidades de estandarización de los procesos internos de las organizaciones llevando a cabo una serie de actividades y procedimientos encaminados a mejorar las características de los productos o especificaciones de los servicios que ofrecen así como al cumplimiento de los requisitos y expectativas de sus clientes y demás partes interesadas.

Atendiendo esta necesidad y la solicitud del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, en la búsqueda del mejoramiento de su servicio a la sociedad a través del análisis y control de sus proveedores, FUNIESCO decide llevar a cabo la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en su organización para estar a la altura de su cliente satisfaciéndolo en la prestación del servicio.

El presente proyecto se desarrolla teniendo en cuenta la metodología del ciclo P-H-V-A (planear, hacer, verificar y actuar). Inicia con la realización del diagnóstico, la estructuración y priorización en la planificación de actividades a seguir en la implementación del sistema; para dar paso al desarrollo de las actividades de la gestión documental, culminando con la auditoria interna y el tratamiento de los hallazgos a fin de poder solicitar al ente certificador ICONTEC (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación), la ejecución del proceso de auditoria externa.

* Proyecto de Grado

** Facultad de Ingenierías Físico Mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales
Ing. Sonia Amparo Esteban Caicedo

SUMMARY

TITLE: DESIGN, DOCUMENTATION, IMPLEMENTATION AND IMPROVEMENT OF THE QUALITY MANAGEMENT SYSTEM OF THE FOUNDATION OF SPECIAL CHILDREN OF THE COLOMBIAN EAST, FUNIESCO BASED ON THE NORM NTC-ISO 9001:2000 AND SUPERVISION OF THE NTC 5326. *

AUTHORESS: Sandra Milena Gelves Tarazona **

KEY WORDS: Documentation, implementation, requirements, Cycle PDCA, Quality Management System, ISO NTC 9001:2000, improvement continues.

DESCRIPTION:

The Quality Management Systems have been born to respond and meet the needs of standardization of the internal processes of the organizations carrying out a series of activities and procedures to improve the characteristics of the products or specifications of services offered and to compliance with the requirements and expectations of its customers and other stakeholders.

In light of this need and request of the Colombian Institute for Family Welfare-being ICBF, in pursuit of improving their service to society through the analysis and control of its suppliers, FUNIESCO decides to carry out the implementation of the System of Quality Management in your organization to live up to its customer satisfaction service.

This project is developed taking into account the methodology of the PDCA cycle (plan, do, check and act). Begins with the completion of the diagnosis, structuring and prioritization in the planning of activities to follow in the implementation of the system, to make way for the development of document management activities, culminating with the internal audit and treatment of the findings in order you can apply to the certifying body ICONTEC (Colombian Institute of Technical Standards and Certification), implementation of the audit process outsourcing.

* Proyecto de Grado

** Facultad de Ingenierías Físico Mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales
Ing. Sonia Amparo Esteban Caicedo

INTRODUCCION

En los últimos años ha crecido la preocupación por parte de las empresas colombianas de ofrecer productos y servicios de calidad como estrategia para lograr una mayor competitividad y reconocimiento tanto a nivel nacional como internacional. Una de las formas de alcanzar tal objetivo ha sido la adopción de herramientas de gestión que buscan incorporar la calidad en el interior de los procesos adelantados por las organizaciones, las cuales no deben ir en contra de las bases que fundamentan la cultura corporativa con el fin de ser implementadas y mantenidas de manera exitosa.

En una organización, cada uno de sus miembros se dedica a diario a desarrollar una serie de funciones que le han sido encomendadas, convirtiéndose generalmente en un rutinario y rara vez se detiene a preguntarse si esas actividades son las necesarias para que la organización logre su objetivo, cuando alguien trata de sacarlo de su mundo y presentarle una visión mucho más global de la problemática de la organización piensa que ese es problema de otros, casi siempre pierde el enfoque de cual es el objetivo principal de la organización para la cual trabaja o tal vez ingreso a ella y todavía no lo tiene claro.

La importancia de implementar un sistema de gestión de la calidad, radica en el hecho de que sirve de plataforma para desarrollar al interior de la organización, una serie de actividades, procesos y procedimientos, encaminados a lograr que las características del producto o del servicio cumplan con los requisitos del cliente.

El trabajo que se presenta consiste en el diseño, documentación, implementación y mejoramiento del sistema de gestión de la calidad de la fundación; para esto se le dará un nuevo enfoque al cliente, se reforzará el liderazgo y la participación del personal de la empresa a través de la sensibilización, apoyados en capacitaciones relacionadas con el sistema que se quiere implementar, que ayudará a crecer y consolidar a FUNIESCO, en cuanto a su posición para lograr sus metas de una manera mas exitosa.

Para lograr el compromiso propuesto el equipo directivo destina los recursos necesarios, para apoyar todo el proceso de implementación, y mantenimiento del sistema de gestión de calidad basada en la Norma 9001:2000 y supervisión de la Norma NTC 5326.

Para enunciar con mayor énfasis las etapas del proceso de gestión de calidad bajo la norma ISO 9001:2000, se hace la presentación de este informe en el cual cada uno de sus capítulos retoma paso a paso la documentación, implementación y evaluación del trabajo realizado.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. IDENTIFICACION

Los Sistemas de Gestión de la Calidad se han creado motivados por la necesidad que tienen las organizaciones para cumplir con los planes estratégicos, manteniendo su estructura estandarizada en los procesos logrando mayor control y aseguramiento de la empresa.

La implementación del Sistema de Gestión de la Calidad es la herramienta que FUNIESCO considera apropiada para lograr el alcance de sus metas y objetivos como organización, evidenciando su categoría frente a sus clientes y asegurando el mejoramiento continuo de esta.

1.2. JUSTIFICACION

FUNIESCO mantiene su firme compromiso de trabajar en las áreas de protección y rehabilitación integral de niños, niñas y adolescentes con necesidades educativas especiales evidenciando superioridad y calidad en la prestación de sus servicios que promuevan la construcción de sus proyectos de vida personales, al igual que es consciente de la necesidad de mantenerse como proveedor del ICBF; por tal razón ve como una gran oportunidad iniciar el proceso de certificación con el fin de mejorar sus procesos internos y evidenciar sus capacidades frente a su población real y potencial.

Se busca brindar liderazgo y confianza entre sus clientes implementando su Sistema de Gestión de la Calidad, en los Servicios que se ofrece tales como;

Pedagogía, terapias individualizadas y grupales en las área de Psicología, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, nutrición y trabajo social, entre otras que la hacen una de las principales Fundaciones a nivel regional.

Manejar un sistema de Gestión de Calidad permitirá a todos los miembros de FUNIESCO la realización de sus funciones a cabalidad para cumplir con las metas propuestas a través de un ambiente de trabajo confiable en el que se estimula la realización del servicio.

Con la realización de este proyecto se pretende entrar y marcar la pauta en sistemas de gestión de calidad enfocados al Servicio de Aseo y Limpieza Institucional y Administración de Propiedad Horizontal que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la sociedad como aporte de la Universidad Industrial de Santander en nombre de la escuela de Ingeniería Industrial representada por la estudiante en práctica, aspirante a obtener el título de profesional una vez culminado y puesto en marcha el proyecto a realizar.

Este proyecto permite aplicar de la mejor forma los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera, los cuales incrementan la eficacia de una organización a través de la integración de recursos humanos, físicos y económicos en la producción de servicios.

Al desarrollar un Sistema de Gestión de la Calidad la formación teórico-práctica del Ingeniero Industrial, la cual lo convierte en enlace entre todos los elementos productivos y las funciones administrativas le proporciona la competencia para cubrir la planeación y diseño del sistema requerido para el proyecto, generando

los instrumentos mediante los cuales se pueda medir la efectividad del programa a desarrollar y la eficiente administración del talento humano.

Como ingeniero industrial se deben aplicar las habilidades aprendidas y desarrolladas dentro de su formación para mejorar procesos y sistemas con el fin de optimizar la calidad y la productividad.

1.3 ALCANCE

El alcance del presente proyecto comprende el diseño, documentación, implementación y mejoramiento del sistema de gestión de la calidad de la fundación de niños especiales del oriente colombiano, FUNIESCO basado en la Norma NTC ISO 9001:2000.

Este trabajo se desarrollará como proyecto de grado hasta la solicitud ante el ente certificador para la ejecución del proceso correspondiente al Sistema de Gestión de la calidad, bajo los lineamientos de la Norma ISO 9001:2000.

1.4. OBJETIVOS

Los objetivos de este proyecto se dividen en objetivo general y objetivos específicos y se exponen a continuación

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Diseño, documentación, implementación y mejoramiento del sistema de gestión de la calidad de la fundación de niños especiales del oriente colombiano, FUNIESCO basado en la norma NTC-ISO 9001:2000 y supervisión de la NTC 5326

1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✚ Sensibilizar al talento humano de los procesos que integran la institución sobre la importancia de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, con el fin de poner en práctica lo establecido en los documentos.
- ✚ Explorar y actualizar la situación del Sistema de Gestión de la Calidad y de la documentación de los procesos de la institución para que se lleven a cabo bajo condiciones controladas.
- ✚ Implementar el Sistema de Gestión de Calidad bajo los requerimientos de la norma técnica ISO 9001:2000 en la fundación.
- ✚ Hacer auditorías internas y con base en los resultados arrojados por las auditorías, desarrollar las actividades correspondientes que aporten con el objetivo de eliminar las no conformidades.
- ✚ Acompañar el proceso de implementación hasta la solicitud a un ente certificador para someterse a la auditoría externa de certificación.
- ✚ Identificar los requisitos que FUNIESCO cumple de la Norma NTC 5326 gracias a la implementación de la Norma NTC ISO 9001:2000.

2. MARCO REFERENCIAL¹

2.1 MARCO TEORICO

Este numeral tendrá en cuenta los fundamentos teóricos que evidencien la importancia de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en cualquier organización.

La Calidad es una propiedad inherente de cualquier cosa que permite que ésta sea comparada con cualquier otra de su misma especie.

La palabra calidad tiene múltiples significados. Es un conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. La calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades. Por tanto, debe definirse en el contexto que se esté considerando, por ejemplo, la calidad del servicio postal, del servicio dental, del producto, de vida, etc.

La calidad significa llegar a un estándar más alto en lugar de estar satisfecho con alguno que se encuentre por debajo de lo que se espera cumpla con las expectativas. También podría definirse como cualidad innata, característica absoluta y universalmente reconocida, aunque, en pocas palabras calidad es hacer las cosas bien a la primera, es decir, que el producto salga bien al menor costo posible. Es el resultado de una actitud enérgica y comprometida de esfuerzos sinceros de una ejecución talentosa.

¹ Tomado de <http://es.wikipedia.org/wiki/Calidad>

Otras definiciones de organizaciones reconocidas y expertos del mundo de la calidad son:

- **Definición de ISO 9000:**
“Calidad: grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”
- **Real Academia de la Lengua Española:**
“Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”
- **Philip Crosby:**
”Calidad es cumplimiento de requisitos”
- **Joseph Juran:**
“Calidad es adecuación al uso del cliente”.
- **Armand V. Feigenbaum:**
“Satisfacción de las expectativas del cliente”.
- **Genichi Taguchi:**
“Calidad es la menor pérdida posible para la sociedad”.
- **William Edwards Deming:**
“Calidad es satisfacción del cliente”.

Nunca se debe confundir la calidad con lujos o niveles superiores de atributos del producto o servicio, sino con las obtenciones regulares y permanentes de los

atributos del bien ofrecido a los clientes que es el único fin que desean captar todas las empresas.

Factores relacionados con la calidad

Para conseguir una buena calidad en el producto o servicio hay que tener en cuenta tres aspectos importantes (dimensiones básicas de la calidad):

1. Dimensión técnica: engloba los aspectos científicos y tecnológicos que afectan al producto o servicio.
2. Dimensión humana: cuida las buenas relaciones entre clientes y empresas.
3. Dimensión económica: intenta minimizar costes tanto para el cliente como para la empresa

Otros factores relacionados con la calidad son:

- Cantidad justa y deseada de producto que hay que fabricar y que se ofrece.
- Rapidez de distribución de productos o de atención al cliente.
- Precio exacto (según la oferta y la demanda del producto).

Conceptos básicos en la normalización de la calidad

Normas

Una norma se define como una regla que se debe seguir. Cuando se agrupan lo que se denomina normativa o sea un conjunto de normas que se aplican a una actividad. En la propia empresa para uso interno se denomina reglas internas. Las normas poseen características, tales como:

- No son de cumplimiento obligado, menos las incluidas en legislación.
- Elaboradas por las partes interesadas: Fabricantes, Laboratorios.

- Su emisión la realiza: Empresas, Organismos públicos, etc.
- Aprobadas por Organismos de normalización.
- Disponibles al público.

Las clases de normas dependen del organismo quien las haga. Se distinguen:

- Normas nacionales
- Normas regionales
- Normas internacionales.

Objetivos de la normalización

Persigue conseguir los siguientes objetivos:

- Reducir y unificar los productos, procesos y datos.
- Mejorar los aspectos de seguridad.
- Proteger los intereses de los consumidores y generales de la sociedad.
- Abaratar costos generales.

Gestión Interna y Aseguramiento de la Calidad

El aseguramiento de la Calidad se podría definir como aquellas acciones que hacen que un producto o servicio cumpla con unos determinados requisitos de calidad. Si estos requisitos de calidad reflejan completamente las necesidades de los clientes se podrá decir que se cumple el aseguramiento de la calidad.

Aseguramiento de la Calidad

El aseguramiento de la calidad, se puede definir como el esfuerzo total para plantear, organizar, dirigir y controlar la calidad en un sistema de producción con el

objetivo de dar al cliente productos con la calidad adecuada. Es simplemente asegurar que la calidad sea lo que debe ser.

En las industrias manufactureras se crearon y refinaron métodos modernos de aseguramiento de la calidad. La introducción y adopción de programas de aseguramiento de la calidad en servicios, ha quedado a la zaga de la manufactura, quizá tanto como una década.

Los administradores de organizaciones de servicio por costumbre han supuesto que su servicio es aceptable cuando los clientes no se quejan con frecuencia. Sólo en ultimas fechas se han dado cuenta que se puede administrar la calidad del servicio como arma competitiva.

Aseguramiento de la calidad en manufactura. Garantizar la calidad de manufactura esta en el corazón del proceso de la administración de la calidad. Es en este punto, donde se produce un bien o servicio, donde se "ínter construye" o incorpora la calidad

La administración o Serénela general, en las que están los grupos de finanzas y ventas, tiene la responsabilidad general de planear y ejecutar el programa de aseguramiento de la calidad.

Sistema de aseguramiento interno o de gestión interna de la calidad

Las normas que recogen las directrices para implantar sistemas de aseguramiento interno de la calidad son:

- ISO 9000 "Sistemas de la calidad. Normas para la Gestión de la Calidad y el aseguramiento de la Calidad"
- ISO 9004 "Gestión de la Calidad y elemento de un Sistema de la Calidad".

Sistema de aseguramiento externo

Razones para asegurar la calidad externamente:

- Mejoramiento interno.
- Razones comerciales “marketing”.
- Control y desarrollo de proveedores.
- Exigencias legales o de nuestros clientes.
- Como primer paso hacia una Gestión Excelente.

Gestión de la calidad en los servicios

Una de las primeras acciones en la calidad de servicio, es averiguar quiénes son los clientes, qué quieren y esperan de la organización. Solo así se podrán orientar los productos y servicios, así como los procesos, hacia la mejor satisfacción de los mismos.

El servicio de calidad al cliente

Es el conjunto de prestaciones que el cliente espera, además del producto o el servicio básico. Para dar el mejor servicio se debe considerar el conjunto de prestaciones que el cliente quiere:

- El valor añadido al producto.
- El servicio en si.
- La experiencia del negocio.
- La prestación que otorga al cliente.

Las principales necesidades básicas de un cliente son:

- Ser comprendido.
- Sentirse bienvenido.

- Sentirse importante.
- Sentir comodidad.
- Sentir confianza.
- Sentirse escuchado.

La importancia de la calidad en el servicio se puede entender por las siguientes razones:

- Crecimiento de la industria del servicio.
- Crecimiento de la competencia.
- Mejor conocimiento de los clientes.

Para poder realizar una adecuada atención al cliente se debe:

- Identificar quienes son los clientes.
- Agruparlos en distintos tipos.
- Identificar las necesidades de los clientes, así como saber donde y como lo quieren los clientes además del aumento en cuanto a la productividad, es esencial para toda empresa.

2.1.1 EVOLUCION HISTORICA DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD²

Abordar el tema de la calidad desde cualquier ángulo implica siempre serios compromisos que ineludiblemente obligan a referirse a los llamados cinco grandes de la calidad, ellos son William Edwards Deming, Joseph M. Juran, Armand V. Feigenbaum, Kaoru Ishikawa y Philip B. Crosby.

² Tomado de <http://www.gestiopolis.com/administracion-estrategia>

Otros han surgido después y son de reconocimiento mundial, pero los aportes de estas cinco personas fueron los que más impacto ocasionaron.

Deming, desarrolló el Control Estadístico de la Calidad, demostrando en el año 1940, que los controles estadísticos podrían ser utilizados tanto en operaciones de oficina como en las industriales.

En 1949, Ishikawa, se vincula a la UCIJ (Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses) y empezó a estudiar los métodos estadísticos y el control de la calidad.

En 1954, Juran visitó por primera vez el Japón y orientó el Control Estadístico de la Calidad a la necesidad de que se convierta en un instrumento de la alta dirección. A partir de ese entonces hubo un cambio en las actividades del control de calidad en Japón.

Juran señaló que el control estadístico de la calidad tiene un límite y que es necesario que el mismo se convierta en un instrumento de la alta dirección, y dijo que “para obtener calidad es necesario que todos participen desde el principio. Si sólo se hiciera como inspecciones de la calidad, estuviéramos solamente impidiendo que salgan productos defectuosos y no que se produzcan defectos”.

Feigenbaum fue el fundador del concepto de Control Total de la Calidad (CTC) al cual define como “un sistema eficaz para integrar los esfuerzos en materia de desarrollo de calidad, mantenimiento de la calidad, realizados por los diversos grupos de la organización, de modo que sea posible producir bienes y servicios a los niveles más económicos y que sean compatibles con la plena satisfacción de los clientes”

Años más tarde, Ishikawa retoma el término de Feigenbaum de Control Total de la Calidad, pero al estilo japonés y prefiere llamarlo “control de calidad en toda la empresa”, y significa que toda persona de la empresa deberá estudiar, participar y practicar el control de la calidad.

Otro de los grandes, Crosby, desarrolla toda una teoría basado fundamentalmente en que lo que cuesta dinero son las cosas que no tienen calidad, de todas las acciones que resaltan de no hacer las cosas bien desde la primera vez, de ahí su tesis de la prevención.

2.1.2 PRINCIPIOS DE LOS SISTEMAS DE GESTION DE LA CALIDAD³

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

Los principios de la calidad son el pilar de un SGC. Estos principios pueden ser utilizados por la dirección como un marco de referencia para guiar a la organización hacia la consecución de la mejora del desempeño. Una empresa que implemente estos principios está cumpliendo con la norma certificable.

Principio 1: *Organización orientada al cliente*

Las organizaciones dependen de sus clientes, por lo tanto, deben entender sus necesidades actuales y futuras, cumplir con los requisitos y esforzarse para exceder sus expectativas.

³ Tomado de la NTC-ISO 9000. Fundamentos y vocabulario

Principio 2: *Liderazgo*

Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la dirección de la organización. Ellos deben crear y mantener un ambiente en el cual el personal se involucre completamente para lograr los objetivos organizacionales.

Principio 3: *Participación del personal*

El personal a todos los niveles es la esencia de una organización y su total participación permite que sus habilidades sean usadas para el beneficio de esta.

Principio 4: *Enfoque basado en procesos*

Si las actividades y recursos se gestionan eficazmente como un proceso, los resultados obtenidos serán los deseados.

Principio 5: *Enfoque de sistema para la gestión*

Identificar, comprender y administrar un sistema de procesos interrelacionados para un determinado objetivo, mejora la efectividad y eficiencia de la organización.

Principio 6: *Mejora continua*

La mejora continua en el desempeño de la organización debe ser un objetivo permanente.

Principio 7: *Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones*

Las decisiones eficaces tomadas en la organización se basan en el análisis de datos y de información.

Principio 8: *Relación mutuamente beneficiosa con el proveedor*

La relación entre proveedores y organización es interdependiente y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

2.1.3 BENEFICIOS DE LOS SISTEMAS DE LA GESTION DE LA CALIDAD

Vale la pena trabajar en un sistema de gestión de calidad, ya que la empresa desarrollará un sistema estructurado, ordenado y basado en principios universales de la administración moderna. Esto lleva a la empresa a reducir sus costos operativos, a generar un nuevo y competitivo ambiente de trabajo, a poner en práctica dos paradigmas: uno desarrollar la permanente satisfacción de los clientes y segundo, dar las bases para hacer realidad la mejora continua de sus procesos.

Muchos son los beneficios de los Sistemas de Gestión de la Calidad y entre ellos se destacan:

- La organización que implementa un Sistema de Gestión de Calidad en base a la norma ISO 9001:2000 tiene la oportunidad de ordenar, estructurar y simplificar su forma de administrar el negocio.
- También se genera una cultura de evaluación en base a indicadores de las actividades o procesos de la empresa.
- La Alta Dirección de la organización que implementa ISO 9001:2000 tiene la oportunidad de mapear y definir los procesos clave o básicos de su negocio.
- Los involucrados en el proyecto de implementación de ISO 9001:2000 generan un alto sentido de pertenencia hacia la organización, debido a que participan activamente en la revisión y definición de sus propios procesos y actividades.

- Se implementan mejoras en el control y reacción ante situaciones como quejas de clientes, atención a nuevos proyectos, cuantificación de costos de calidad, etc.
- Se acceden a nuevos mercados debido a que la Certificación del Sistema de Gestión de Calidad es para muchos clientes un requisito mandatorio.

2.1.4 NORMAS ISO 9000⁴

ISO (LA organización Internacional de Normalización) es una federación mundial de organismos nacionales de normalización (Organismos miembros de ISO). El trabajo de preparación de las normas internacionales normalmente se realiza a través de comités técnicos de ISO. Cada organismo miembro interesado en una materia para la cual se haya establecido un comité técnico, tiene el derecho a estar representado en dicho comité. Las organizaciones internacionales, públicas y privadas, en coordinación con ISO, también participan en el trabajo. ISO colabora estrechamente con la Comisión Electrotécnica Internacional (CEI) en todas las materias de normalización electrotécnica.

Existen grandes ventajas con la implementación de las normas ISO en las organizaciones, algunas son:

- Optimización de la estructura de la empresa y motivación e integración del personal.
- Análisis de las causas de los problemas de calidad.
- Reducción de rechazos e incidencias en la producción o prestación del servicio.

⁴ Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC. 2000.

- Aumento de la productividad.
- Mayor compromiso con los requisitos del cliente.
- Mejora continua.
- Mejora de la imagen corporativa.

Para verificar que se cumple con los requisitos de la norma, existen unas entidades de certificación que dan sus propios certificados y permiten el sello. Estas entidades están vigiladas por organismos nacionales que les dan su acreditación.

Para la implementación es fundamental contar con el apoyo de la dirección y el compromiso de todos y cada uno de los miembros de la organización ya que se requiere tiempo y dedicación para obtener resultados satisfactorios y duraderos. Además, es muy conveniente que apoye a la organización una empresa de consultoría, que tenga buenas referencias y el conocimiento y experiencia necesarios para guiar el proceso.

La serie ISO 9000 es un conjunto de normas que se refieren a la forma de llevar a cabo la gestión de la calidad estableciendo los correspondientes sistemas de la calidad y mejora continua en una organización. La familia de normas ISO 9000 está compuesta por:

- ISO 9000:2005: Proporciona una introducción y vocabulario sobre los sistemas de Gestión de la Calidad. Reemplaza la norma 8402/94.
- ISO 9001:2000: Especifica requisitos genéricos de un sistema de Gestión de la Calidad para organizaciones que desean inicialmente lograr la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento o superación de los requisitos acordados. Reemplaza las normas ISO 9001, 9002 y 9003.

- ✦ ISO 9004:2000: Brinda una guía general sobre la aplicación de la administración de la calidad y describe los procesos que deberían incluir los sistemas de calidad para lograr el mejoramiento de los procesos. Reemplaza la anterior serie ISO 9004.
- ✦ ISO 19011:2002: Proporciona orientación relativa a las auditorías de sistemas de gestión de la calidad y de gestión ambiental.

MODELO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN PROCESOS⁵

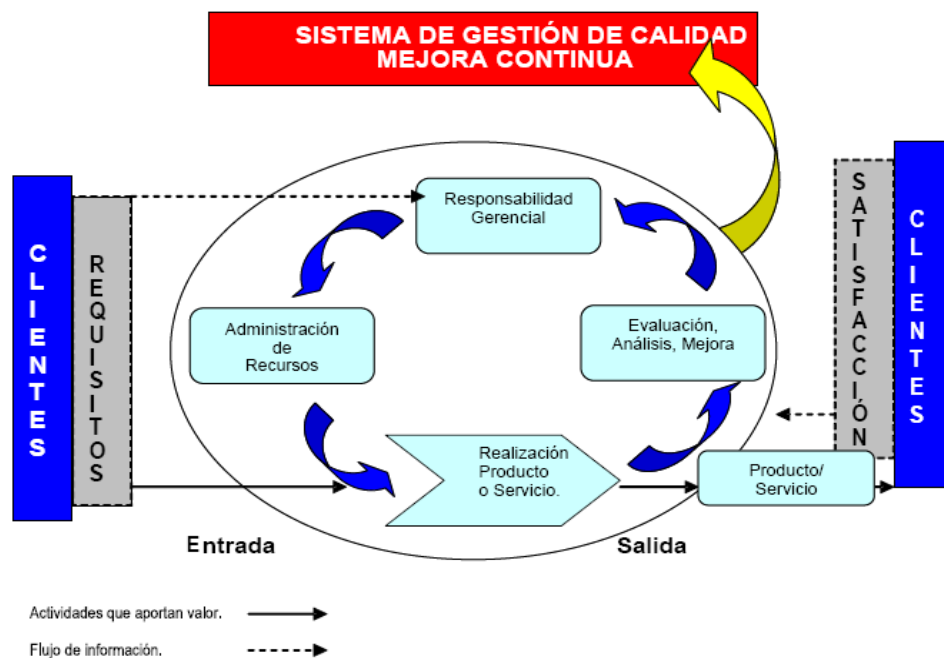


Figura 1: Modelo SGC basado en procesos

Fuente: NORMA ISO 9001:2000.

⁵ NMX-CC-9001-IMNC-200. COPANT/ISO 9001:2000.

El mejoramiento continuo de la calidad representa el mayor reto para las empresas, como condición para garantizar servicios y productos de calidad en el tiempo, por lo que se hace necesario contar con herramientas que permiten evaluar y ofrecer soluciones a las no conformidades que atentan con el cumplimiento de objetivos y metas de calidad trazadas y futuras.

La ruta de la calidad es una de las herramientas que se utiliza para mejorar continuamente la calidad en una organización. Es un procedimiento que consiste en siete pasos, en cada uno de los cuales debe ejecutarse una serie de actividades mediante la utilización de técnicas estadísticas como los histogramas, diagramas causa – efecto, entre otros.

El mejoramiento continuo es uno de los principios que enmarcan la filosofía sobre la cual se fundamentan los sistemas de gestión de calidad representando su valor agregado ya que le permite a la empresa, asegurar su capacidad para satisfacer las necesidades y requerimientos de clientes y usuarios, que surjan en el tiempo, manteniendo su competitividad.

2.1.5 NORMA TECNICA COLOMBIANA NTC 5326

Esta norma se refiere a los servicios de atención a los niños, niñas y adolescentes en programas de protección modalidad medio institucional internado, semi-internado y externado.

Tiene como finalidad proporcionar los criterios legales, administrativos, financieros y técnicos que permitan garantizar la protección integral a niños/niñas y

adolescentes con y sin discapacidad, atendidos en medio institucional en jornadas de internado, semi-internado y externado.

- ✦ Esta norma establece los estándares de estructura para la prestación de servicios de protección integral a niños/ niñas y adolescentes atendidos en medio institucional.
- ✦ Esta norma establece los estándares de proceso en la atención a población infantil y adolescente en servicios de protección integral en medio institucional.
- ✦ Esta norma establece los estándares de resultado esperados en la población atendida.
- ✦ Esta norma suministra orientaciones y consideraciones por tener en cuenta para la implementación de los estándares de estructura, proceso y resultado.

Alcance

Esta norma es aplicable a las organizaciones que prestan los servicios de protección en internado, semi-internado y externado, que hacen parte del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, independientemente de su origen y naturaleza jurídica para la atención de niños/niñas y adolescentes.

2.2 MARCO CONCEPTUAL⁶

2.2.1. GLOSARIO

Los siguientes términos fueron los utilizados por FUNIESCO y en el trabajo de grado:

Calidad

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

Requisito

Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

Satisfacción del cliente

Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.

Sistema de gestión de la calidad (SGC)

Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

Política de la calidad

Intenciones globales y orientación de una organización relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección.

Objetivo de la calidad

Algo ambicionado, o pretendido, relacionado con la calidad.

⁶ NTC ISO 9000 Fundamentos y Vocabulario

Alta dirección

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

Planificación de la calidad

Parte de la gestión de la calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados para cumplir los objetivos de la calidad.

Mejora continua

Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

Eficacia

Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

Organización

Conjunto de personas e instalaciones con una disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones

Cliente

Organización o persona que recibe un producto. Para el caso de FUNIESCO los clientes se nombran como beneficiarios.

Proveedor

Organización o persona que proporciona un producto.

Parte Interesada

Persona o grupo que tenga un interés en el desempeño o éxito de una organización. Las partes interesadas para FUNIESCO son las organizaciones que les ofrecen donaciones.

Proceso

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

Procedimiento

Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

Conformidad

Cumplimiento de un requisito.

No conformidad

Incumplimiento de un requisito.

Acción preventiva

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

Acción correctiva

Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

Documento

Información y su medio de soporte.

Manual de la calidad

Documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una organización. El manual es considerado como confidencial por la fundación, por este motivo no será incluido dentro de este trabajo.

Registro

Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

3. ASPECTOS GENERALES DE FUNIESCO

Para conocer y tener un mayor concepto de la razón de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en FUNIESCO, a continuación se encuentra la descripción y datos fundamentales de la organización.

Nombre de la Institución: **FUNIESCO**

NIT: 829001.192-2

Cámara de Comercio: N. 05 - 504273 - 37 del 14 de marzo del 2002.

Resolución de licencia de funcionamiento del ICBF: N. 0268 de marzo del 2002.

Dirección: Anillo Vial, entrada por la sede de Cotrasur, Vereda Río Frío, Floridablanca.

Modalidad: Internado.

Carácter: Mixto.

3.1. RESEÑA HISTORICA

FUNIESCO, fué creada en Barrancabermeja en el año de 1998 por un grupo de padres de niños, niñas y jóvenes con necesidades educativas especiales bajo el nombre de TANIESBA, ante la ausencia de un programa integral para el tratamiento de sus hijos que llenara sus expectativas.

El 7 de Febrero del año 2002 la Junta Directiva de la Fundación decide trasladar su domicilio a la ciudad de Bucaramanga por concluir que en esta ciudad se

encontrarían mejores recursos para funcionar; así mismo se le otorga el nuevo nombre de Fundación Niños Especiales del Oriente Colombiano, FUNIESCO.

En ese mismo año se une a una de las bellas labores del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR: de proteger, educar y rehabilitar a población declarada en abandono, en la modalidad de internado con necesidades educativas especiales.

3.2. DESCRIPCION DE FUNIESCO

FUNIESCO es una entidad sin ánimo de lucro, sus fundadores son de un grupo de padres de familia con hijos que tienen necesidades educativas especiales, encargando a la Licenciada NANCY MUÑOZ NOVA para liderar y representar legalmente a la fundación.

La fundación de niños especiales del Oriente Colombiano, FUNIESCO, mantiene el firme compromiso de trabajar en las áreas de protección y rehabilitación integral de niños, niñas y adolescentes con necesidades educativas especiales, para lo cual cuenta con un talento humano interdisciplinario, conformado por fisioterapia, fonoaudiología, psicología, trabajo social, terapia ocupacional y nutrición, dispuesto a promover esta población para la construcción de sus proyectos de vida personales.

FUNIESCO ofrece los servicios de: pedagogía, terapias individualizadas y grupales en el área de psicología, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, nutrición y trabajo social; terapias alternativas como: calor y frío, carambolitas programas para el maltrato y abuso sexual, prevención y promoción de la salud.

En su formación pre vocacional y vocacional se realizan convenios con el SENA (con certificación) como panadería, huerta, screen, pantuflas, entre otros. Se brinda el espacio en la formación musical con la banda marcial que tiene la institución. A nivel recreativo y deportivo se ofrecen natación y atletismo para participar en las olimpiadas especiales departamentales, regionales y las iberoamericanas, FIDES.

3.3. MISION

Nuestra fundación es una institución sin animo de lucro, creada para brindar protección y rehabilitación integral a los niñ@s y jóvenes, asumiendo el reto en corresponsabilidad con el estado y la sociedad para ofrecer condiciones y garantías que propicien un desarrollo integral a los mismos, teniendo como propósito la protección, rehabilitación, educación y formación vocacional, primordialmente en los niñ@s y jóvenes con necesidades educativas especiales.

3.4 VISION

Nuestra Institución se propone a través de su programa de protección, prevención y rehabilitación constituirse en un ente comprometido en garantizar los derechos de los niñ@s y jóvenes, especialmente la población con necesidades educativas especiales, contando con un equipo de alta calidez humana que brindará herramientas para facilitar un proyecto de vida integral dentro de su entorno.

FUNIESCO será reconocida en los próximos años como una institución pionera en la garantía de los derechos de los niñ@s particularmente con necesidades educativas especiales, distinguida por su desarrollo humanístico, cultural fortaleciendo con ello el desarrollo social del país. Queremos constructores del bienestar común con principios éticos, morales y religiosos que fortalezcan la justicia, la equidad, la transparencia y la ética en su entorno.

3.5. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La siguiente figura describe la estructura organizacional de la Fundación, elaborada de acuerdo a los cargos que existen y el nivel jerárquico.

De igual forma se expone el organigrama del Sistema de Gestión de Calidad que se estableció para FUNIESCO.

Figura 2: Organigrama FUNIESCO

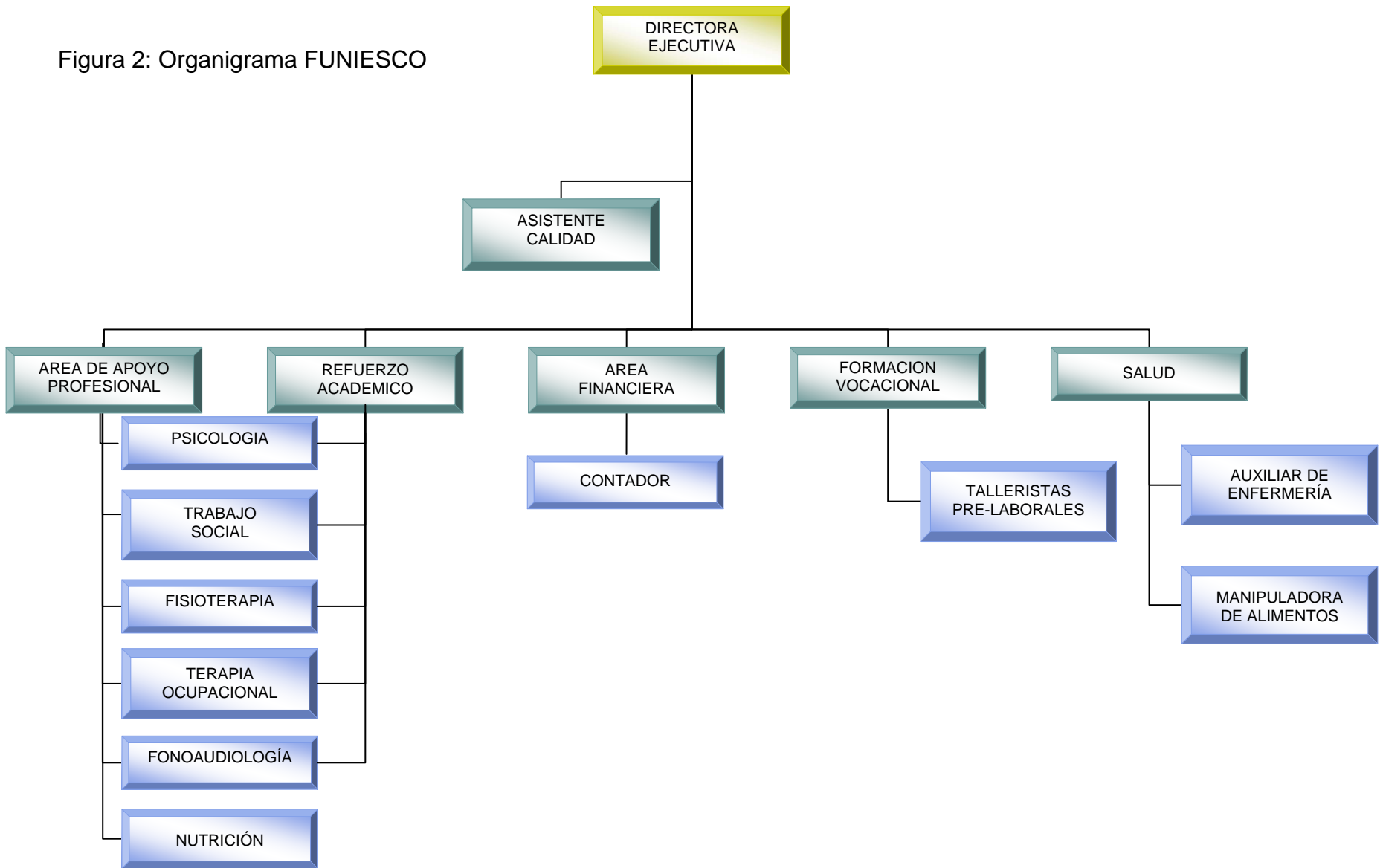
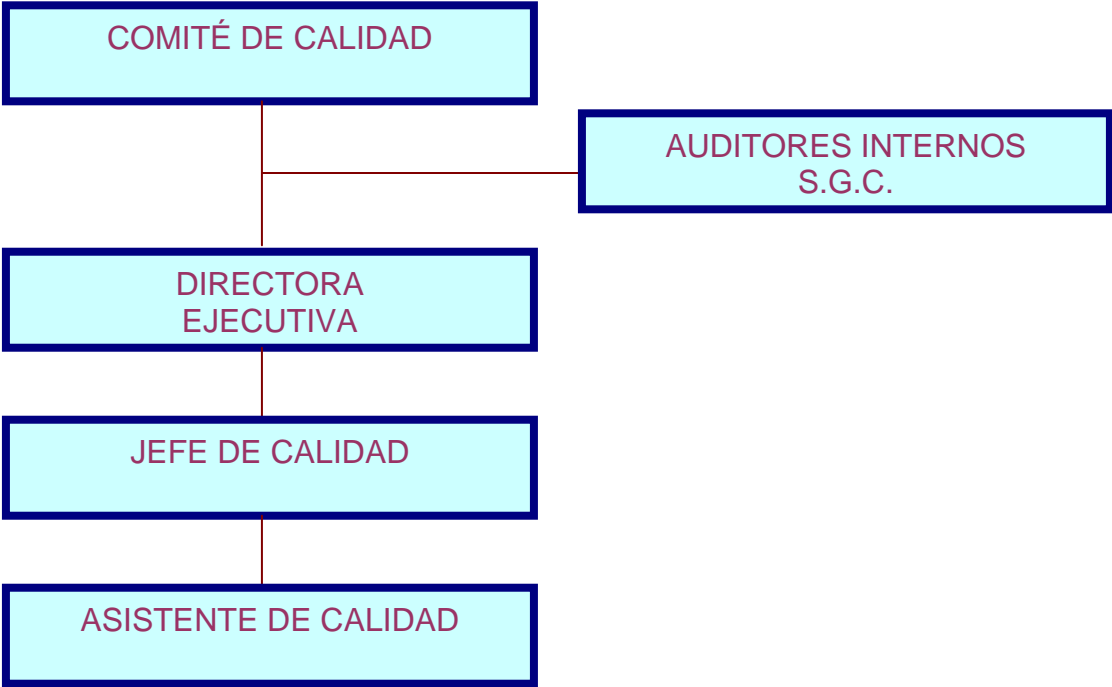


Figura 3: Organigrama SGC FUNIESCO



4. DIAGNOSTICO DE LA SITUACION INICIAL DEL SGC

El diagnóstico del sistema de gestión de la calidad es la fase inicial del proyecto la cual se convierte en la radiografía de la entidad respecto al grado de aplicación de la norma NTC ISO 9001:2000.

Es conveniente aplicar esta fase, por que permite reconocer las diferencias existentes entre lo que tiene la entidad y lo que debería tener frente a los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2000. Se convierte a su vez en el insumo clave para realizar la planeación de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

Se realiza con una evaluación inicial del estado de la Entidad respecto a los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000.

Antes de iniciar el diagnostico, la organización establece que las exclusiones de la Norma NTC ISO 9001:2000 son los numerales:

Numeral 7.3 Diseño y Desarrollo: La Fundación no ejecuta sus actividades sobre proyectos, esto quiere decir que encamina su trabajo por un programa ya elaborado y que no sufre modificaciones, por esto no se incluye este numeral.

Numeral 7.6 Control de los Dispositivos de Seguimiento y de Medición ya que por ser la Fundación prestadora de un servicio, este no se tiene equipos para medir con dispositivos de seguimiento y medición.

4.1. OBJETIVO GENERAL DEL DIAGNOSTICO

El diagnostico se realizó con el propósito de identificar las falencias del Sistema de Gestión de la Calidad y el grado de implementación en el que se encuentra la organización, para pasar a la fase de planeación e implementación.

4.2. ESTADO INICIAL DEL PROCESO

La evaluación aplicada que se muestra a continuación, maneja los siguientes porcentajes de valoración:

1. No se cumple: el requisito es aplicable pero no se esta cumpliendo
Puntaje= 10%

2. Se Cumple insatisfactoriamente: el requisito se esta cumpliendo pero de manera incompleta. Puntaje= 30%

3. Se cumple aceptablemente: El requisito es implementado pero le falta análisis de mejora. Puntaje= 70%

4. Se cumple plenamente: El requisito cumple con todas las expectativas de aplicabilidad. Puntaje= 100%

Este diagnóstico se realizó en presencia de los trabajadores y la Directora para unificar los resultados y para despertar la necesidad de mejorar la realización de las actividades en la Fundación.

La siguiente tabla fue utilizada para realizar el diagnóstico elaborada por la asistente de calidad (practicante), teniendo en cuenta todos los numerales de la norma NTC ISO 9001:2000, excluyendo 7.3 y 7.6 que son los que no aplican para FUNIESCO.

Tabla 1. Diagnóstico del SGC

			REQUISITOS				
			0	1	2	3	4
4			SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD				
4.1			Requisitos Generales				
1	a	Están identificados los procesos que le permiten a la entidad cumplir con el Sistema de Gestión de Calidad.			X		
2	b	Se encuentran caracterizados los procesos al interior de la entidad.		X			
3	c	Se realiza seguimiento y medición a los procesos.		X			
4.2			Gestión documental				
4	a	La política y los objetivos de calidad están documentados, existe un manual de calidad.		X			
5	b	Se han elaborado documentos (manuales, procedimientos, instructivos, guías, registros, producto no conforme, acciones correctivas, acciones preventivas, auditoría).		X			
4.2.3			Control de documentos				
6	a	Existe un procedimiento documentado donde se incluya revisión, actualización, identificación de los cambios, legibilidad, fácil identificación, control de distribución, prevención de obsolescencia.		X			
7	b	Se han identificado he implementado las disposiciones legales que les sean aplicables a la entidad sobre el control de documentos y registros.		X			
4.2.4			Control de registro				
8	a	Los registros proporcionan evidencia de la conformidad y eficacia de Sistema de Gestión de Calidad.			X		
9	b	Existe un procedimiento documentado para la identificación, almacenamiento, recuperación, protección, tiempo de conservación y disposición de los registros.		X			
5			RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN				
5.1			Compromiso de la dirección				
10	a	La dirección comunica a la organización la importancia del SGC para satisfacer los requisitos de los clientes, legales y reglamentarios.		X			
11	b	Existe disponibilidad de recursos para la implementación del SGC.				X	
5.2			Enfoque hacia el cliente				
12	a	Se determinan y cumplen los requisitos del cliente tanto los especificados por ellos como los no especificados, así como los requisitos legales y reglamentarios.				X	

13		b	Se rinde cuentas de manera regular a la comunidad y organismos de control.			X		
	5.3		Política de calidad					
14		a	Es coherente con el propósito de la organización incluye el compromiso de satisfacer los requisitos y de la mejora continua de la eficacia del SGC		X			
	5.4		Planificación					
	5.4.1		Objetivos de la calidad					
15		a	Se han establecido objetivos de calidad para las funciones y perfiles pertinentes, considerado los recursos humanos, financieros y operacionales con los que cuenta la entidad.		X			
	5.4.2		Planificación del sistema de gestión de la calidad					
16		a	Se ha establecido en la planificación de la calidad como mantener la integridad del Sistema de Gestión de la Calidad cuando se planifican e implementan cambios a este.		X			
	5.5		Responsabilidad, autoridad y comunicación.					
			Responsabilidad y autoridad					
17		a	Están definidas y fueron comunicadas dentro de la organización las responsabilidades y la autoridad		X			
	5.5.2		Representante de la dirección					
18		a	Se le han definido responsabilidades y tiene la autoridad para asegurar que funcione el SGC.		X			
	5.5.3		Comunicación interna					
19		a	Se han establecido mecanismos que garanticen la comunicación al interior de la organización considerando la eficacia del SGC		X			
	6		GESTIÓN DE LOS RECURSOS					
	6.2		Talento humano					
	6.2.1		Generalidades					
20		a	Los funcionarios de la organización son competentes con base en la educación, formación, habilidades y experiencia.				X	
	6.2.2		Competencia, toma de conciencia y formación					
21		a	Se determinan las competencias necesarias para los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones que afectan la calidad del producto y/o servicio.			X		
22		b	Se proporciona la formación o se toman acciones para satisfacer esas necesidades		X			
23		c	Se evalúan las acciones tomadas, en términos del impacto en la eficacia del SGC de la entidad.		X			
24		d	Se concientizan a los trabajadores, de la pertinencia e importancia de sus actividades y como ellos contribuyen a la consecución de los objetivos de calidad.		X			
25		e	Se tiene registros de la educación, formación, habilidades y experiencia de los trabajadores que ejercen funciones públicas.		X			
	6.3		Infraestructura					
26		a	Se ha determinado cuál es la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.			X		
27		b	Incluye la infraestructura edificios, espacios de trabajo, servicio asociados, equipos hardware y software, que se requieren para lograr la conformación de los requisitos del producto y/o servicio.				X	
28		c	Se hace mantenimiento a la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.			X		
	6.4		Ambiente de trabajo					

29	a	Se identifican las condiciones del ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.		X		
30	b	Se gestionan las condiciones del ambiente de trabajo necesarias para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.		X		
7		PRESTACIÓN DEL SERVICIO				
7.1		Planificación de la realización del producto o prestación del servicio.				
31	a	Están planificados los procesos necesarios y son consistentes para la prestación del servicio (Procesos Misionales) y a su vez la entidad ha determinado las actividades de verificación, validación, seguimiento e inspección y ensayos específicos para el servicio.	X			
7.2		Procesos relacionados con los clientes				
7.2.1		Determinación de los requisitos relacionados con el producto				
32	a	Se determinan los requisitos especificados por el cliente, los no establecidos, los legales y reglamentarios.		X		
7.2.2		Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio				
33	a	Se revisan y aseguran los requisitos relacionados con el servicio, antes que la entidad se comprometa a proporcionarlos.	X			
34	b	Se conservan registros de los resultados de la revisión de los requisitos relacionados con el servicio y de las acciones que de ésta revisión se originan	X			
7.2.3		Comunicación con el cliente				
35	a	Se determinan mecanismos eficaces para la comunicación con el cliente	X			
7.4		Adquisición de bienes y servicios				
36	a	Se asegura la entidad de que el servicio adquirido cumple los requisitos especificados en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables.	X			
37	b	Están definidos los criterios de selección y la metodología de evaluación de los proveedores o contratistas cumpliendo con los requisitos establecidos por la entidad.	X			
7.5		Producción y prestación de servicios				
7.5.1		Control de producción y prestación de servicios				
38	a	Se planifican las condiciones controladas bajo las cuales se debe prestar el servicio.		X		
39	b	La prestación del servicio se lleva a cabo bajo estas condiciones controladas que han sido planificadas.		X		
7.5.2/ 7.5.3		Validación de los procesos de la prestación del servicio/ identificación y trazabilidad				
40	a	Se validan los procesos de prestación del servicio, demostrando la capacidad de esta, identificándolos y demostrando la trazabilidad.		X		
7.5.4/ 7.5.5		Propiedad del cliente/ preservación del producto				
41	a	Se cuidan los bienes suministrados por el cliente y se informa cuando algún bien de su propiedad se pierde, deteriora o se estime inadecuado para su uso.		X		
42	b	Se preserva la conformidad del producto / servicio durante el proceso interno y entrega al destino previsto			X	
8		MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA				
8.1		Generalidades				
43	a	Están planificados los procesos de medición y seguimiento, análisis y mejora.	X			
44	2	Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora permiten la mejora continua de la eficacia del SGC.	X			
8.2		seguimiento y Medición				
8.2.1		Satisfacción del cliente				

45		a	Se hace seguimiento de la percepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la entidad	X			
	8.2.2		Auditoria Interna				
46		1	En las auditorias internas de calidad se determina si el Sistema de Gestión de la Calidad se ha implementado y se mantiene de manera eficaz.	X			
	8.2.3		Seguimiento y medición de los procesos				
47		a	Se efectúan correcciones y se toman acciones correctivas, según sean convenientes, cuando no se alcanzan los resultados planificados.	X			
	8.3		Control de Servicio no conforme				
48		a	Se hace tratamiento a los servicios no conformes mediante la definición de acciones para eliminar la no conformidad detectada.	X			
	8.4		Análisis de datos				
49		a	Se determina cuales son los datos apropiados para demostrar la conveniencia y eficacia del SGC y para evaluar donde se pueden realizar la mejora continua.	X			
	8.5		Mejora				
	8.5.1		Mejora continua				
50		a	La mejora continua del SGC incluye aspectos tales como: la política de calidad, objetivos de calidad, resultados de auditorias internas de calidad, análisis de datos, sistema de evaluación para seguimiento y medición, acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.	X			
	8.5.2		Acciones correctivas				
51		a	Son apropiadas las acciones, a los efectos de las no conformidades encontradas.	X			
	8.5.3		Acciones preventivas				
52		a	Son apropiadas las acciones preventivas, a los efectos de los problemas potenciales.	X			

Fuente: Asistente de Calidad

4.3. RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO

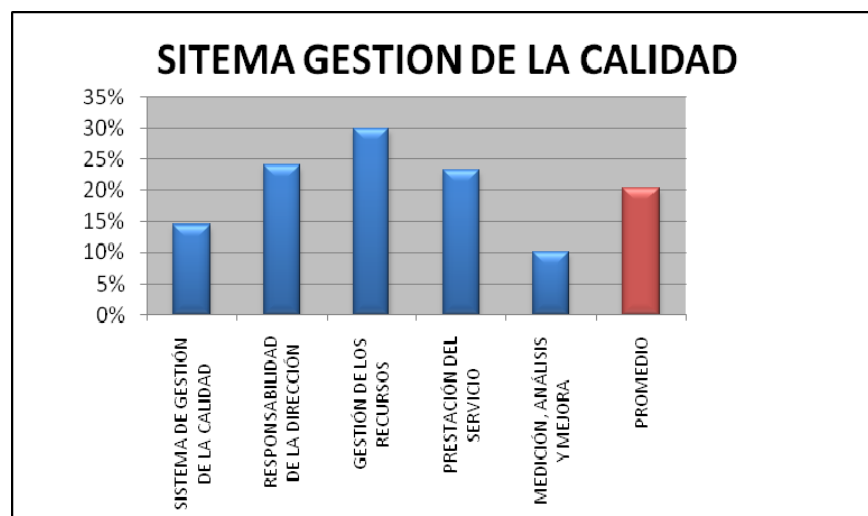


Tabla 2. Resultado del diagnostico del SGC

El siguiente informe refleja los resultados de la encuesta realizada por los directivos, asistente de calidad y equipo interdisciplinario de la organización, para determinar el nivel de cumplimiento de la NTC ISO 9001:2000.

CAPITULO 4 SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

FUNIESCO reconoce los procesos del sistema pero no están claramente identificadas las actividades y la aplicación a través de la organización.

La disponibilidad de recursos esta debidamente definida y gestionada para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

Se requiere definir el alcance de la Institución para determinar los requisitos que se excluyen de la norma NTC ISO 9001:2000 excluidos

Hace falta la documentación de procedimientos, política, manual de calidad y documentos controlados; se emiten registros sin mantener un estándar en el diligenciamiento de estos.

CAPITULO 5 RESPONSABILIDAD POR LA DIRECCION

La Dirección muestra compromiso de iniciar el proceso del SGC con la vinculación del asistente de calidad, pero no están estipulados política, objetivos ni un manual de calidad y tampoco existe comunicación para la organización sobre el SGC.

No existe la planeación del sistema de gestión de la calidad y tampoco se han realizado revisiones por la Dirección.

La organización se preocupa por el cumplimiento de los requisitos del cliente, pero no están determinados para identificarlos fácilmente.

Las responsabilidades y autoridades se encuentran definidas en los perfiles de cargo pero falta la comunicación de estas a los funcionarios de la organización.

CAPITULO 6 GESTION DE LOS RECURSOS

La provisión de los recursos se encuentran determinados y proporcionados para la implementación del sistema de gestión de la calidad.

El personal de FUNIESCO es debidamente capacitado por entidades externas pero no se realizan evaluaciones para asegurarse que es competente.

La infraestructura de la fundación es acorde y necesaria para la realización de sus servicios, pero es necesario organizarla y mantenerla con el uso adecuado.

CAPITULO 7 REALIZACION DEL PRODUCTO

FUNIESCO realiza una planeación de actividades anualmente pero no se evidencian registros de la ejecución de las actividades.

Vale la pena resaltar que la fundación presta un excelente servicio a los beneficiarios, destacándose y recibiendo los mejores puntajes en las visitas de supervisión por parte del ICBF con relación a las demás fundaciones.

CAPITULO 8 MEDICION, ANALISIS Y MEJORA

Como se demostró en la encuesta realizada, este numeral se encuentra sin ningún tipo de implementación, ya que el personal no está familiarizado con el ejercicio de evaluar y medir las actividades que se realizan en la fundación.

4.4. ANALISIS DOFA

Se realizó un análisis sobre las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas de la organización con el fin de proyectar una planeación a nivel institucional seguido de las posibles estrategias a tener en cuenta para el mejoramiento de los servicios que la fundación presta sus beneficiarios.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se tiene un alto nivel de competitividad 2. Contamos con personal altamente calificado 3. Poseemos una planta física campestre, con amplias zonas verdes, áreas recreativas (piscina, sauna) y lugares de esparcimiento. 4. Se ofrece capacitaciones adicionales ofrecidas por Entidades gubernamentales y no gubernamentales. 5. Ofrecemos terapias alternativas: terapia calor y frío, terapia con animales. 6. Reconocimientos a nivel del ICBF y de entidades gubernamentales (reconocimiento 100/100) 7. Se ofrecen más servicios de terapias alternativas que la competencia. 8. Conocemos los requerimientos de los clientes y los cumplimos a cabalidad. 9. Los precios son relativamente menores que la competencia. 10. Se cuenta con muy buen material didáctico para el desarrollo del programa. 11. Experiencia Institucional (6 años) 12. Programamos actividades recreativas y culturales y controlamos su cumplimiento. 13. La Fundación es miembro del portafolio empresarial. 14. Somos miembros de la Red de Infancia y participamos en los programas anexos a esta. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El acceso (vía) para llegar a la Institución 2. El personal no está motivado para la implementación del SGC. 3. Tiempo restringido para realizar intervención con el equipo interdisciplinario (capacitaciones, reuniones) 4. No existe un control sobre la piscina, ni los pasos a seguir para el mantenimiento. 5. Los espacios de oficina para la gestión de la Empresa, son restringidos 6. El almacenamiento de Documentos es estrecho. 7. No hay equipos para realizar capacitaciones. 8. Espacios restringidos para la ubicación de la alacena. 9. Dificultad para transportar a los beneficiarios a actividades fuera de la Fundación 10. Existe poca seguridad en la entrada de la Fundación.

OPORTUNIDADES		AMENAZAS	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitación constante por parte del ICBF a nivel institucional. 2. Convenios y enlaces con Entidades Gubernamentales que ofrecen capacitación a nuestra población 3. Convenios con Instituciones Educativas para el mejoramiento del programa y/o servicio. 4. Brigadas de Salud (optometría, odontología, vacunación, desparasitación que realizan entidades de salud (Clínica Guane) 5. Visitas de otras instituciones educativas que brindan recreación y esparcimiento a nuestra población 6. La certificación en la Norma ISO 9001:2000. 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Prorroga de contratos por parte del ICBF 2. Que un niño deserte de la Institución 3. La situación política del país es inestable. 4. Competencia de instituciones que ofrece nuevos programas adicionales. 5. El nivel sociocultural de la comunidad que esta alrededor de la Fundación. 6. Por la Ubicación de Vereda, el servicio de Internet presenta constantemente fallas en la red. 	
ESTRATEGIAS FO		ESTRATEGIAS DO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reunión de integración, dinámicas y charlas constantes para mejorar el ambiente laboral. 2. Estar atentos a información y capacitaciones sobre atención de niños y adolescentes que están en la modalidad de internado que nos compete a nosotros. 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Mayor gestión con Entidades nacionales e internacionales para la obtención o donación de recursos financieros y físicos 2. Mejorar planta física en cuanto a recreación e infraestructura. 3. Gestionar ante la Alcaldía de Floridablanca, ó unir refuerzos con las instituciones anexas para el arreglo de la vía de acceso a la institución 4. Continuar con la certificación del Sistema de Gestión de Calidad. 	
ESTRATEGIAS FA		ESTRATEGIAS DA	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar con el plan de mejora solicitado por el ICBF y fortalecer nuestro reconocimiento hacia esta Entidad y hacia otras entidades gubernamentales y no gubernamentales 2. Fortalecer el cronograma de actividades educativas y recreativas del programa 3. Pasar propuestas a la alcaldía de Floridablanca y al ICBF, para programas especializados a la población como programas de atención, problemas de aprendizaje, hiperactividad entre otros. 4. Elaboración de una buena propuesta acorde a los requerimientos exigidos por el ICBF, para lograr una buena puntuación en la rejilla 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar cronograma de Mantenimiento para la piscina. 2. Abrir espacios para la interacción y comunicación entre el equipo interdisciplinario. 3. Brindar programas de estimulación para que el niño y adolescente se encuentre a gusto en la institución 	

Tabla 3: Análisis DOFA

5. PLANEACION Y DOCUMENTACION DEL SGC

En esta fase se determinan las actividades a efectuar para subsanar las diferencias entre lo que tiene la entidad y lo que debe tener según la norma NTC ISO 9001:2000.

La organización analiza las expectativas del cliente, determinando las intenciones de la Fundación para su cliente (Política de Calidad) y así mismo, los objetivos de calidad.

Esta etapa consiste en desarrollar las actividades pertinentes para preparar, capacitar, sensibilizar, involucrar e informar al personal respecto de la implementación del sistema de gestión de calidad.

Tiene como propósito lograr el conocimiento y compromiso de los trabajadores mediante la enseñanza y comunicación permanente a todos de la información necesaria para su participación en cada etapa del proyecto.

De igual manera se busca entrenar permanentemente a los funcionarios en el conocimiento y operatividad de los procesos, procedimientos, guías, formatos, registros y sus modificaciones.

Para iniciar esta etapa se realizó una reunión con la parte directiva de la Fundación que está compuesta por la Directora ejecutiva y la jefe administrativa, determinando las responsabilidades y compromisos para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad. Se definió de manera escrita el compromiso de la dirección para la implementación del SGC y de igual manera se estipuló a la Jefe Administrativa la representante de la dirección.

La Alta Dirección de FUNIESCO, consciente de la importancia de la calidad para responder a las exigencias del mercado y fortalecer su posicionamiento; se compromete con respaldo y liderazgo en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y con la mejora continua de su eficacia a:

- Comunicar a la institución la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios.
- Planificar el Sistema de Gestión de la Calidad
- Establecer la Política de Calidad.
- Asegurar que se establecen los objetivos de la Calidad
- Conformar el Comité de Calidad, su estructura y funciones
- Llevar a cabo las revisiones por el Director junto con el Comité de Calidad.
- Definir los responsables de los procesos, estableciendo su responsabilidad y autoridad.
- Designar un representante de la dirección para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.
- Determinar alcance y exclusiones del Sistema de Gestión de Calidad.
- Asegurar la disponibilidad de Recursos Humanos, Técnicos, Administrativos y Financieros requeridos para la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad según los requerimientos de la Norma ISO 9001:2000

El alcance del Sistema de Gestión de la Calidad que se implementa en la Fundación FUNIESCO comprende la prestación de servicios de valoración inicial, refuerzo académico y vocacional, tratamiento terapéutico, salud y nutrición para niños, niñas y jóvenes con necesidades educativas especiales.

La alta dirección decide prever y proveer los recursos humanos, tecnológicos, físicos, económicos y de infraestructura necesarios para la puesta en marcha e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en la entidad.

Los recursos con los que cuenta la Fundación para la Implementación se dividen así:

Recursos Humanos:

Es necesario prever el tiempo del personal designado para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad. Este tiempo se debe considerar como parte de los recursos y costos del proyecto. Principalmente el personal asignado es:

Linda Giesel Mendoza: Jefe de Calidad y auditora interna.

Es la encargada de supervisar y aprobar las actividades de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad. Es también la representante de la Alta Dirección.

Sandra Milena Gelves: Estudiante practicante y Asistente de Calidad.

La estudiante practicante es la encargada de capacitar al personal y llevar a cabo todas las actividades relacionadas con la implementación del SGC con la responsabilidad de liderar el proceso de Mejoramiento Continuo.

Recursos Físicos:

Es necesario prever el espacio físico y los recursos tecnológicos y de logística necesarios para la implementación del proyecto y cumplir los requisitos de la norma ISO 9001:2000.

Se inicia la conformación del **Comité de Calidad** quedando integrado por la directora, Jefe de Calidad, Trabajadora Social y asistente de calidad teniendo como objetivo asegurar que el SGC es establecido, implementado y mantenido de acuerdo a la norma ISO 9001:2000 y verificar el cumplimiento de los objetivos de calidad y políticas de calidad. Todo ello enmarcado en un entendimiento común de las áreas, en la conveniencia del sistema y en actividades que lleven a la institución a la mejora continúa.

Las responsabilidades del comité de calidad se enfatizan en aprobación del manual de calidad, revisión del sistema por la dirección, motivar y supervisar el trabajo y las actividades que lleven a cabo para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en la organización.

Por cuestiones de confidencialidad de la Fundación, el manual de calidad no podrá ser anexado en este libro.

Las actividades que realiza el comité de calidad de FUNIESCO se describen principalmente en:

- Realizar juntas de seguimiento para revisar el estado que guarda el SGC.
- Resolver problemas relacionados con la calidad.
- Realizar el programa para capacitación de la calidad.
- Realizar el programa y planificación de Auditorias Internas.

- Revisar los hallazgos de las auditorias.
- Elaborar acciones correctivas, preventivas y de mejora continua.

5.1. ESTABLECIMIENTO DE PLANEACION DEL SGC

Junto con el comité de calidad en una reunión, se elaboró la planeación de actividades para llevar a cabo la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

Esta planeación responde a todas las actividades necesarias para lograr la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en FUNIESCO.

Cabe mencionar que algunas actividades no se pudieron realizar en la fecha estipulada por la Planeación del SGC, ya que la Fundación debía responder a otras diligencias y compromisos que en su momento fueron inaplazables, sin embargo fueron reprogramadas y se ejecutaron debidamente.

Ver Anexo A: Planeación del SGC

5.2. POLÍTICA DE CALIDAD

Junto con el Comité de calidad en una reunión anteriormente planeada, y sugerencias de los trabajadores se definen las expectativas que el cliente tiene de la organización.

De este análisis se redacta la política de calidad expresada como las intenciones que FUNIESCO tiene para sus clientes:

LA FUNDACION NIÑ@S ESPECIALES DEL ORIENTE COLOMBIANO “FUNIESCO” realiza tratamiento terapéutico, formación académica - vocacional y atención en salud a los niñ@s y adolescentes con necesidades educativas especiales, para mejorar su proyecto de vida fortaleciendo su intervención con el cumplimiento de los lineamientos legales, técnicos y necesidades de sus clientes.

Cuenta con una infraestructura acorde a las necesidades requeridas por la población y con un equipo interdisciplinario de profesionales especializados que se capacita y evalúa permanentemente para mejorar continuamente la ejecución de sus procesos.

5.2.1. CONSOLIDACIÓN DE OBJETIVOS DE CALIDAD

Después de la revisión y aprobación por la alta Dirección de la política de calidad se establecieron los objetivos de calidad siendo los siguientes:

- Realizar Tratamiento Integral a los Beneficiarios que conlleven al desarrollo de habilidades y destrezas
- Cumplir con los lineamientos y requisitos establecidos por el cliente.

- Mantener los recursos necesarios en condiciones adecuadas.
- Promover la mejora continua.

La política de calidad y objetivos de calidad fueron socializados a todos los trabajadores, logrando la comprensión de estos.

De igual manera, como responsabilidad de la Alta Dirección, se elaboraron carteles y afiches en cada oficina y pasillos de la política de calidad y objetivos con el fin de establecer procesos de comunicación dentro de la Fundación.

5.3. PLANIFICACION DE LA DOCUMENTACION

Este proceso es de gran importancia para la organización, ya que en base a la documentación, se logra uno de los objetivos de la Norma ISO 9001, que es animar a las empresas a analizar los requisitos del cliente, definir procesos aceptables para ellos y mantener estos procesos bajo control, lo que contribuye a mejorar su eficacia y la relación con sus clientes.

La documentación del SGC, permite manejar información sobre los propósitos, las acciones, la forma de lograr los objetivos, procesos, métodos, sistemas de medida, responsabilidades y facilitan la toma de decisiones, proporcionando evidencias objetivas.

Estos documentos pueden ser registros, especificaciones, guías, manuales, formularios, mapas de procesos, diagramas, procedimientos, planes entre otros.

Las siguientes son algunas de las ventajas de gestionar la documentación en las organizaciones:

- Sirve como herramienta para la comunicación y la transmisión de la información.
- Aporta evidencia de que lo planificado se ha llevado a cabo realmente. Lo cual sirve como prueba objetiva de que los procedimientos están correctamente definidos brindando confianza a los clientes y a la organización.
- Permite compartir conocimientos y preservar la experiencia de la organización de manera estructurada. Ejemplo, la memoria técnica o especificaciones técnicas que puede utilizarse como base para el diseño y desarrollo de un nuevo producto.
- Proporciona los medios para identificar y resolver problemas
- Proporciona datos para detectar el funcionamiento de sus procesos, mejorarlos y lograr la satisfacción del cliente.

En esta perspectiva podemos indicar que el acto de documentar se compone de dos elementos básicos, “documentos” y “registros”. Es importante señalar que hay una diferencia sustancial entre estos dos elementos. La NTC ISO 9000 establece que documento, se refiere a Información y su medio de soporte y registro es un documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

La documentación de FUNIESCO se fundamentó en los documentos obligatorios que exige la norma ISO 9001.

Inicialmente se documentó la política de calidad, Misión y Visión de la Empresa.

El mapa de procesos de la organización se constituyó de 7 procesos. Se dividieron en tres grupos de procesos.

Procesos Estratégicos: Se refiere a los procesos que guían y proporcionan las directrices para que los demás lleven a cabo dicha planeación.

Procesos Operativos: Son aquellos que se involucran en la realización del servicio y los que proporcionan la salida final de lo que el cliente necesita.

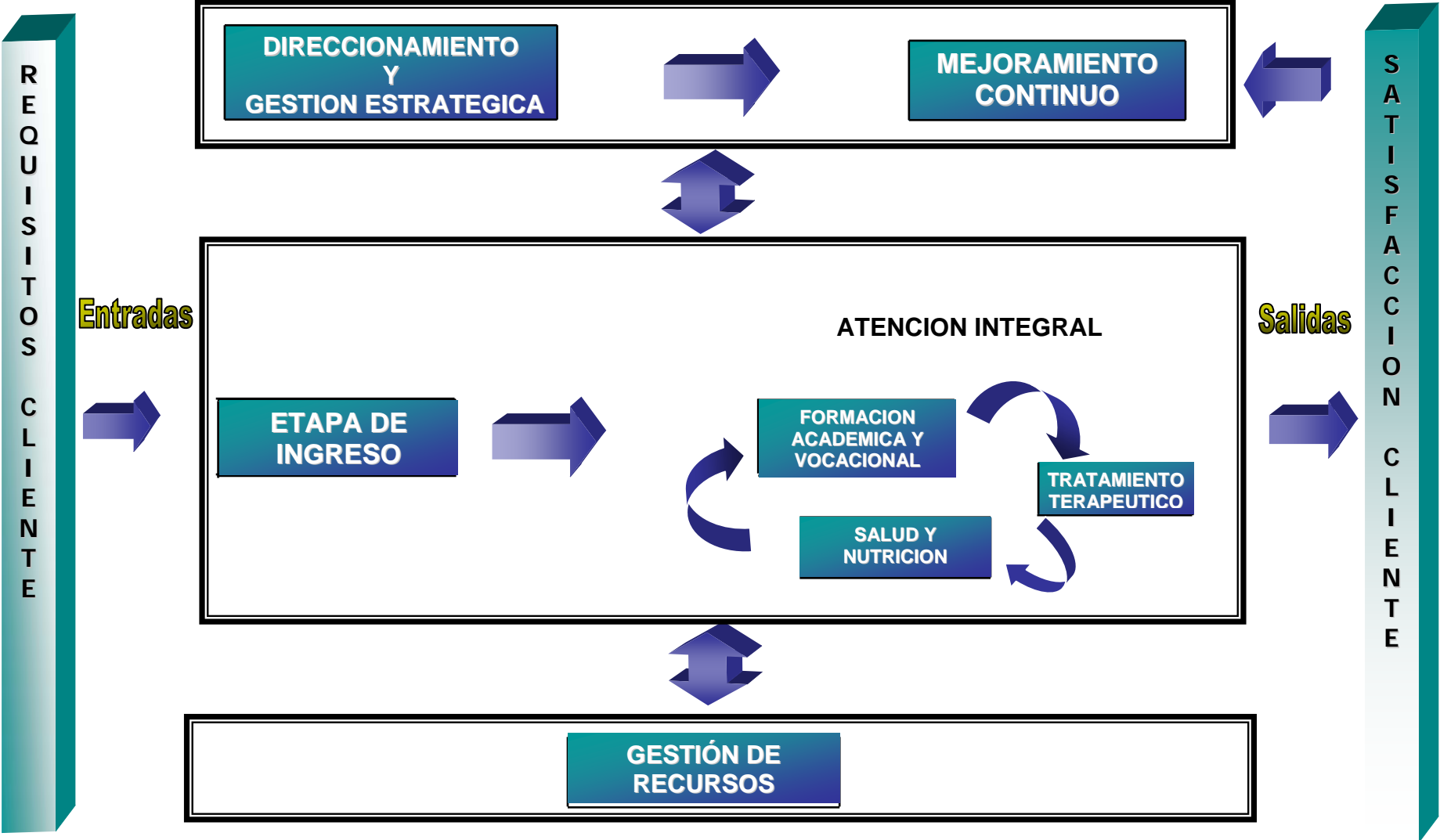
Procesos de Apoyo: Definidos como los que proporcionan los elementos necesarios para que los demás procesos funcionen correctamente y sin dificultades.

FUNIESCO estableció dos procesos estratégicos, cuatro procesos operativos y uno de apoyo

El Mapa de Procesos siendo una manera de iniciar la planificación del Sistema de Gestión de la Calidad, también fue un mecanismo de definir responsabilidades para los líderes de los procesos.

Estos compromisos se basaron en responder por la realización de las actividades asegurándose de la eficacia de estas; de igual manera los líderes de proceso son los encargados de realizar el informe de desempeño con los respectivos indicadores, estipulados como mecanismos de seguimiento para todos los procesos.

FIGURA 4: Mapa de Procesos



La tabla de indicadores de calidad se definió finalmente cuando se hizo el ejercicio de realizar las evaluaciones de desempeño de cada proceso, ya que solo en ese momento se pudo determinar cuales indicadores arrojaban información que aportaran a una evaluación fructuosa de cada proceso.

Los indicadores de Gestión se establecieron en una reunión con los líderes de cada proceso utilizando la metodología de identificar las principales actividades que realizan cada proceso y las que arrojan una salida importante.

Después de concretar esas actividades, se definen los métodos de cálculo y el porcentaje mínimo para satisfacer el indicador. Después de esto, se realizan ejercicios prácticos para validar los indicadores y aprobarlos.

Ver *Anexo B*: Indicadores de Calidad

En el transcurso de la implementación del SGC se determinó y documentó las caracterizaciones de cada proceso describiéndolas en el formato que sigue y teniendo en cuenta el ciclo PHVA para la organización de las actividades, entradas, salidas e interacción entre procesos:



CARACTERIZACION DE PROCESOS

VERSIÓN: 1

FECHA DE VERSIÓN: 14/02/08

PAGINA 1

NOMBRE DEL PROCESO	OBJETIVO:	TIPO DE PROCESO:
		RESPONSABLE:

PROVEEDOR	ENTRADAS DEL PROCESO	ACTIVIDADES	SALIDAS DEL PROCESO	CLIENTE
		P		
		H		
		V		

RECURSOS	Humanos: Infraestructura: Financieros:	REQUISITOS	<i>ISO 9001:2000</i> Ver Matriz Interrelación de requisitos
DOCUMENTOS DE REFERENCIA	Ver listado Maestro de Documentos	PROCESOS RELACIONADOS	

REGISTROS	Ver Listado Maestro de Registros	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	
INDICADORES DEL PROCESO	Ver Indicadores de Gestión		

FIGURA 5: Formato de caracterizacion

Las casillas para diligenciar el anterior formato se refieren a lo siguiente:

Objetivo: Definir el propósito general del documento, haciendo una breve descripción expresando lo que se persigue con el procedimiento

Tipo de Proceso: Indica si el proceso es Estratégico, Operativo o de Apoyo.

Responsable: Se refiere al líder del proceso o persona encargada del funcionamiento del proceso dentro de las condiciones establecidas.

Proveedor: Persona, área o proceso que entrega los elementos o documentos para el desarrollo de las actividades

Entrada: Lo requerido para el desarrollo de las actividades del proceso en estudio.

Actividades: Se describe brevemente cada una de las etapas requeridas para ejecutar el proceso.

Salida: Es el resultado que se obtiene del proceso desarrollado.

Cliente: Se registra el proceso que se beneficia de la salida identificada.

Recursos: Se relaciona los elementos necesarios para el desarrollo de las actividades: Los recursos pueden comprender según el caso, Recurso humano, equipo, maquinaria, materiales, recursos financieros.

Requisitos: Corresponde a las normas, procedimientos y/o instructivos requeridos como guías para el cumplimiento efectivo del proceso. Igualmente se debe incluir los numerales correspondientes a los requisitos aplicables de la norma NTC ISO 9001:2000.

Documentos de Referencia: Representa a todos los documentos que involucren la ejecución de las actividades del proceso.

Procesos Relacionados: Se registra el nombre de los procesos necesarios para el desarrollo del proceso en forma eficaz.

Registros: Se refiere a las evidencias que se demuestran en los formatos diligenciados en cada proceso.

Mecanismos de Seguimiento: Indica las diferentes maneras que cada proceso ejecuta para supervisar la eficacia de este.

Indicadores del proceso: Se determina el indicador que mide cuantitativamente el comportamiento y desempeño del proceso.

Posteriormente se realizó una reunión con cada líder de proceso para definir y estandarizar los formatos, procedimientos y demás documentos necesarios para la realización de los servicios.

Se elaboró el procedimiento Control de Documentos con el fin de estandarizar la elaboración de estos y como requisito de la NTC ISO 9001:2000.

La implementación de documentos será profundizado en un capítulo posterior donde se expondrá los criterios metodología para llevar a cabo esta actividad del Sistema de Gestión de la Calidad.

5.3.1. DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

La documentación de FUNIESCO se inicia con el cumplimiento de los procedimientos exigidos por la norma ISO 9001 que son:

- Control de documentos
- Control de registros
- Auditorias internas
- Control del producto no conforme
- Acciones correctivas
- Acciones preventivas

De igual forma se encuentran documentados los procedimientos requeridos y necesarios para el control y realización adecuada de las actividades en la Fundación:

- Quejas, Reclamos y Sugerencias
- Revisión por la Dirección
- Compras
- Selección de personal
- Contratación de personal
- Desarrollo Inducción
- Inducción Institucional

También se identificaron los documentos y formatos requeridos por la Fundación para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de los procesos.

Para FUNIESCO se estableció una adecuada gestión de los registros con el propósito de proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del sistema de gestión de la calidad. El procedimiento “Control de registros” establece los requisitos mediante los cuales se garantiza que los registros permanecen legibles, fácilmente identificables y recuperables. El mismo procedimiento se elaboró con el propósito de definir los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros.

6. CAPACITACIÓN

Para afianzar la cultura de la calidad entre los funcionarios, procurando evitar resistencias hacia esta norma, es conveniente comenzar con una sensibilización general frente a la filosofía, propósitos, importancia, ventajas, mejoras que se obtienen en la realización de los procesos, cambios en la cultura y clima organizacional y el compromiso que deberán tener todos para alcanzar el éxito en la implementación y puesta en marcha del Sistema de Gestión de la Calidad.

Se realiza una integración con todos los trabajadores de la organización para exponer las intenciones de certificación por parte de la organización y la importancia de que FUNIESCO sea la primera institución de niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales certificada a nivel departamental.

Se expresa la gran importancia que cada uno de los trabajadores tendrá en la fundación para el proceso de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

6.1. PLANEACIÓN Y EJECUCION DE LAS CAPACITACIONES

Finalizada la etapa de sensibilización, se inicia el trabajo de capacitar a todos trabajadores en los conceptos de calidad y en los pasos para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad. Cabe mencionar que los trabajadores con los que cuenta la empresa son de catorce personas resultando ser de mayor efectividad la comprensión de estas capacitaciones.

Se trataron temas introductorios al SGC como definición de ISO, principios de la calidad, terminología, misión, visión, política y objetivos de calidad.

A continuación se describe en un cuadro los temas de las capacitaciones realizadas a los trabajadores.

TEMA	HORAS ESTABLECIDAS
Fundamentos de la NTC ISO 9001:2000	1 hora
Modelo ISO 9001:2000	1 hora
Sistema de Gestión de la Calidad	1 hora
Socialización de la política de calidad	1 hora
Gestión por Procesos	2 horas
Implementación de 5 S's	2 horas
Procedimientos obligatorios de ISO 9001:2000	1 hora
Documentación del Sistema	14 horas
Socialización de los procedimientos obligatorios y necesarios de FUNIESCO	6 horas
Socialización procesos Estratégicos: <ul style="list-style-type: none"> • Direccionamiento y Gestión Estratégica • Mejoramiento Continuo 	4 horas
Socialización Procesos Operativos <ul style="list-style-type: none"> • Etapa de Ingreso • Tratamiento Terapéutico • Formación Académica y Vocacional • Salud y Nutrición 	8 horas

TEMA	HORAS ESTABLECIDAS
Socialización Procesos de Apoyo: Gestión de Recursos	2 horas
Indicadores de Gestión	4 horas
Producto no Conforme	2 horas
Evaluaciones de Desempeño	2 horas
Auditoria Interna	2 horas

Tabla 4: Planeación de Capacitaciones

Se realizan capacitaciones también durante el proceso de implementación ya que es necesario socializar los procesos definidos, caracterizaciones, procedimientos, importancia y planificación de las auditorias y mas temas que posteriormente estarán descritos en la planificación del Sistema de Gestión de la Calidad.

Como evidencia de las capacitaciones quedan los registros de las capacitaciones.

Ver *Anexo C*: Registro de capacitaciones

7. IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO

Ya definida y elaborada la parte de sensibilización, capacitación, planeación y documentación, se sigue a la etapa donde se reflejan los resultados que es en la ejecución del Sistema de Gestión de la Calidad.

Se realiza la divulgación y aplicación del soporte documental elaborado en la fase de diseño.

La implementación del Sistema de Gestión de la Calidad para FUNIESCO, consistió en ejecutar las actividades planificadas en cada caracterización de los procesos y utilizar de manera estandarizada los documentos y formatos, llevando un control riguroso de los registros y aplicando los procedimientos acordados por la fundación.

Para la correcta implementación, se tuvo en cuenta lo siguiente:

Se realizaron constantes capacitaciones con el fin de recordar la metodología de los procedimientos y diligenciamiento de los formatos.

El líder de cada proceso era el responsable que los registros de las actividades se encontraran debidamente archivados para evitar no conformidades futuras.

Igualmente se tuvo en cuenta la adecuada utilización del archivo y de los espacios de la Fundación, realizando jornadas de limpieza e implementando la metodología de las 5 S's.

7.1. IMPLEMENTACION DE LAS 5 S's

MARCO TEORICO⁷

Este método nace de la cultura japonesa con la necesidad de organizar y mantener la organización para mejorar el ambiente de trabajo y librar los espacios de las cosas innecesarias.

Los pasos para implementar este sistema de organización y limpieza son los siguientes:

SEIRI (clasificar): Eliminar del el espacio de trabajo lo que sea inútil.

Se debe identificar los elementos innecesarios para definir un lugar determinado o desecharlos en el caso que no tengan ninguna utilidad para el desarrollo de las actividades que se realizan en el sitio de trabajo.

SEITON (ordenar): Organizar el espacio de trabajo de forma eficaz

Requiere la aplicación de métodos simples y desarrollados por los trabajadores para organizar el sitio, determinando la cotidianidad de uso de los objetos o elementos en el área de trabajo.

SEISO (limpiar): Mejorar los estándares de limpieza de los lugares

⁷Tomado de <http://es.wikipedia.org/wiki/5S>

Se debe seguir una serie de pasos que ayuden a crear el hábito de mantener el sitio de trabajo en correctas condiciones.

SEIKETSU (limpieza estandarizada): Anticipar la aparición de la suciedad y el desorden.

Es la etapa de conservar lo que se ha logrado aplicando estándares a la práctica de las tres primeras "S". Esta cuarta S está fuertemente relacionada con la creación de los hábitos para conservar el lugar de trabajo en perfectas condiciones.

SHITSUKE (disciplina): Fomentar los esfuerzos y la disciplina en este sentido.

La disciplina no es visible y no puede medirse a diferencia de la clasificación, Orden, limpieza y estandarización.

EJECUCIÓN DE LAS 5 S´S

Se realizó una capacitación sobre esta metodología con todo el personal de la fundación, logrando convencer y comprometerlos con la práctica de este sistema.

Para implementar este método en FUNIESCO, se inició dividiendo las instalaciones de la fundación por áreas de la siguiente manera:

IDENTIFICACION DE ZONAS	
ZONA	LUGARES
1	SALONES
2	HABITACIONES BENEFICIARIOS
3	CONSULTORIOS: FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL, ENFERMERIA.
4	OFICINAS: ADMINISTRATIVA, DIRECCION, SALA DE INFORMATTICA
5	SALA DE PROFESORES
6	SEDE SOCIAL Y KIOSKOS
7	AREAS VERDES
8	COCINA
9	BAÑOS Y LAVANDERIA
10	ALMACEN MATERIAL Y DOTACION
11	COMEDORES
12	PISCINA

TABLA 5: Identificación de Zonas

Después de esto se definieron responsabilidades con los trabajadores para garantizar el mantenimiento de cada área identificada, comprometer y sensibilizar al personal de la importancia y utilidad de esta cultura, ya que después de iniciada

la implementación de esta metodología es necesario asegurar el mejoramiento y la correcta utilización de las 5 S's.

Ver anexo D: Cronograma de Limpieza

Una vez realizado este paso se procede a actuar en cada área. Cada responsable se encarga de identificar los elementos innecesarios registrándolos en un formato y definiendo la disposición final de este.

Ver anexo E: Lista de Elementos Innecesarios

Después de estas actividades se realiza la organización de cada área determinando cuales objetos son de uso diario y los que no se usan usualmente para determinar la ubicación definitiva de los elementos que constituyen cada área.

Como resultado final se muestran algunas evidencias del antes y el después de la implementación de las 5 S's en la Fundación.



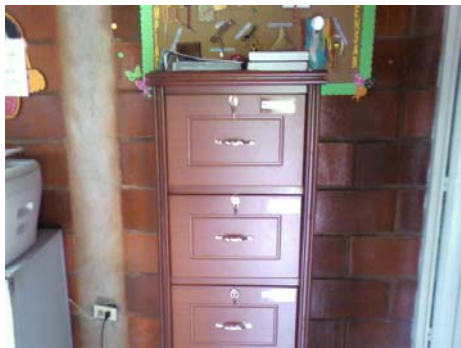




TABLA 6: Antes y después de 5 S's

7.2 IMPLEMENTACION DE LA DOCUMENTACION DEL SISTEMA

La elaboración de documentos se hizo de acuerdo al procedimiento Control de Documentos, siendo comunicado y socializado al personal de la fundación en una reunión donde se dejó la tarea a los líderes de proceso junto con la asistente de calidad, de diseñar los formatos necesarios para la implementación de los procesos.

Se concretaron jornadas de trabajo con la asistente de calidad y cada líder de proceso logrando definir los formatos definitivos para la implementación, teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS

Forma del encabezado de cada documento.

El encabezado de los documentos llevaron las siguientes convenciones y estructura:

	NOMBRE DEL DOCUMENTO		
	VERSION	FECHA DE VERSIÓN: DÍA/MES/AÑO	PAGINA

- ❖ El logotipo de la Fundación.
- ❖ Nombre del documento del S.G.C: centrado, en negrita y en letra Arial 12, de no ser posible, se utilizará el tamaño que se acomode al espacio disponible.
- ❖ Versión: identifica el número de ediciones que ha tenido el documento. Se escribe en Arial 10, negrita y centrado, iniciando siempre en el número 1.
- ❖ Fecha de versión: se escribe el día, mes y el año en el cual fue revisado y aprobado el respectivo documento en letra Arial 10 y centrado.
- ❖ Pagina: identifica el número de páginas que se genere por cada documento.

Contenido de los Procedimientos

Los procedimientos se establecieron teniendo en cuenta la siguiente estructura:

OBJETO	Se define el propósito general del documento, haciendo una breve descripción expresando lo que se persigue con el procedimiento
ALCANCE	Expresa el ámbito o aplicabilidad del procedimiento, teniendo en cuenta la delimitación del mismo, desde una actividad inicial hasta una final.

OBJETO	Se define el propósito general del documento, haciendo una breve descripción expresando lo que se persigue con el procedimiento
RESPONSABLES	Se utiliza para identificar el responsable que debe aplicar el documento o el procedimiento.
DEFINICIONES	Se relacionan los términos que se consideren necesarios para aclarar el desarrollo del documento.

ELABORACION DE DOCUMENTOS

Se describen las actividades que hacen parte del procedimiento documentado. Se realizó a través del siguiente cuadro:

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y REGISTROS
Hace referencia a la actividad en el orden que debe llevar el procedimiento	Se citan los pasos a seguir en el procedimiento a realizar	Persona encargada de realizar este procedimiento	Se relacionan las evidencias: Formatos, registros etc.

CONDICIONES GENERALES

En esta parte se realizaron las aclaraciones necesarias para el desarrollo de las actividades documentadas, relacionadas en el procedimiento, las cuales por su aplicación general son tenidas en cuenta. Cuando no se requiere la utilización de

algunos de los numerales se escribe la frase “No aplica” o se llena el espacio con una línea.

CONTROL DE ELABORACION DE DOCUMENTOS

En todo documento se registra quien **elaboró**, indicando el nombre de la persona que preparó el documento; **revisó** y **aprobó**, siendo la persona autorizada para esta gestión. La revisión y aprobación de todos los documentos la realizó el Jefe de Calidad nombrado anteriormente en el Comité de Calidad.

Se tuvo en cuenta la siguiente estructura:

Elaboró	Revisó	Aprobó
----------------	---------------	---------------

CONTROL DE MODIFICACIONES

En todo documento se registró la razón de su emisión o cambio realizado teniendo en cuenta el siguiente control:

FECHA	VERSIÓN	EMISIÓN O CAMBIO REALIZADO	REVISADO	APROBADO
Fecha del cambio	Nueva Version del Documento	Breve descripción del cambio realizado	Persona encargada de realizar la revisión	Persona encargada de aprobar

DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS

Al final de cada documento se diligenció el siguiente cuadro para su correspondiente control.

FECHA DE DISTRIBUCIÓN	CARGO AL CUAL SE DISTRIBUYO	COPIA CONTROLADA SI/NO	FIRMA DE QUIEN LO RECIBE

En la casilla, cargo al cual se distribuyó, se registraron los cargos principalmente de los líderes de proceso, quienes son los encargados de distribuir el documento a las demás personas que necesiten el registro.

Con el propósito de evitar documentos obsoletos y/o inválidos en el momento de la distribución del documento modificado, se determinó recoger del lugar donde se almacenan y destruir la versión anterior del medio magnético y físico para no volverla a usar.

También se tuvo en cuenta estipular una A-Z para todos los formatos que vaya a usar la Fundación con el fin de evitar el uso de versiones obsoletas, ya q cuando haya la necesidad de cambiar la versión, fácilmente se elimina la anterior del folder y se actualiza con el nuevo formato.

DOCUMENTOS EXTERNOS.

El control de los documentos externos que afectan directamente el servicio suministrado por FUNIESCO, se controlando utilizando el formato Listado de Documentos Externos, el cual presenta la siguiente estructura:

NOMBRE DEL DOCUMENTO	TIPO DE DOCUMENTO	ENTIDAD QUE EMITIÓ EL DOCUMENTO	FECHA DE EXPEDICION	RESPONSABLE DE ACTUALIZACIÓN	LUGAR DE ALMACENAMIENTO
----------------------	-------------------	---------------------------------	---------------------	------------------------------	-------------------------

Los documentos externos corresponden a información soportada en cualquier medio físico o magnético proporcionada por los clientes y las partes interesadas, reglamentación y normatividad que cobije a la organización

Se determinó revisarlos al menos una vez cada seis meses y esta revisión será registrada en una acta en la que serán partícipes la Directora Ejecutiva y la Jefe de Calidad.

REGISTROS

En el Listado Maestro de Registros se controlan todos los registros que cada proceso diligencia, teniendo en cuenta la siguiente estructura de formato:

NOMBRE DEL REGISTRO	RESPONSABLE DEL MANEJO DEL ARCHIVO	LUGAR DE ALMACENAMIENTO	NIVEL DE ACCESO			TIEMPO DE RETENCIÓN EN ARCHIVO DE GESTIÓN	DISPOSICIÓN FINAL
			C	R	G		

La siguiente tabla señala los documentos y formatos creados en FUNIESCO para la implementación del SGC:

Caracterización de los procesos
Descripción Cargos FUNIESCO
Plan de Prevención y atención de desastres
Procedimiento Contratación Personal.
Procedimiento Selección de Personal.
Procedimiento Compras.
Procedimiento Revisión por la Dirección
Procedimiento de Inducción Institucional.
Procedimiento Desarrollo Inducción
Procedimiento De Auditoria Interna.
Procedimiento Control De Documentos.
Procedimiento Control De Registros.
Procedimiento Acciones Preventivas.
Procedimiento Acciones Correctivas.
Procedimiento Producto no Conforme
Procedimiento Quejas Reclamos y/o Sugerencias
Proceso de Inducción
Programa Salud Ocupacional
Programa Social Rescate de Familia.
Portafolio Servicios Terapéuticos
Programa Musicoterapia
Programa Terapia de Calor y Frío.
Programa Carambolitas
Programa de Promoción y Prevención de la Salud.
Programa Acuáticos
Programa Prevención Maltrato Infantil.
Programa de Duelo.
Programa Prevención y Promoción en Abuso Sexual.
Programa Desarrollo Habilidades Sociales.
Reforma Estatutaria

Manual de Calidad.
Indicadores de Gestión
Plan de Atención Individual (PAI)
Propuesta ICBF
Ciclo de Minutas
estandarización de cantidades por tiempos de comidas
Minuta Semanal.
Hoja de vida equipos
Lista de Mercado
Informe Psicosocial
Proyecto Artesanías Manitas Especiales.
Pacto de convivencia Institucional.
Manual de convivencia.
Formato Entrevista Selección Personal.
Formato Cronograma Capacitación Talento Humano
Formato Evaluación de Desempeño.
Formato Información General del Proveedor
Formato Evaluación Proveedores Compras
Formato Evaluación Proveedores Servicios
Formato Selección de Proveedores.
Formato Seguimiento a la recepción de alimentos
Formato Control Mantenimiento Piscina
Formato Mantenimiento de equipos para el servicio.
Formato Listado Maestro de Proveedores
Formato Control Solicitud - Recepción y entrega de Material y/o Producto
Formato Solicitud y Adquisición de Servicios
Formato Cronograma Mantenimiento Infraestructura y Equipos
Formato Instrumento de Supervisión para el servicio de alimentación FUNIESCO

Formato Programador Citas Médicas.
Formato Control y Suministro de Medicamentos.
Formato Actividades Educativas Programa Prevención y Promoción
Formato Notas de Enfermería.
Formato Control Ciclo Menstrual.
Formato Controles Neurológicos.
Formato Nutrición – Seguimiento.
Formato Seguimiento Plan de Atención Individual y Familiar PLATINFA
Formato Seguimiento Terapias Complementarias
Formato Seguimiento Terapéutico.
Formato Ficha Intervención Terapéutica.
Formato Asistencia Terapias Complementarias.
Formato Informe Integral de Egreso
Formato Ficha Social
Formato Cronograma de actividades Recreativas y Culturales
Formato Cronograma de Actividades Educativas
Formato Seguimiento Pedagógico
Formato Planificación de Talleres Preelaborales y Prevocacionales
Formato Asistencia Formación pre-laboral.
Formato Asistencia Formación Pre-vocacional.
Formato Informe Trimestral Pre laboral
Formato Plan de Atención Individual Familiar PLATINFA.
Formato Informe Valoración Inicial
Formato Batería Fonoaudiológica.
Formato Valoración Nutricional inicial.
Formato Valoración Fisioterapia
Formato Valoración Psicológica
Formato Evaluación Terapia ocupacional.
Formato Evaluación de Trabajo Social.
Formato Emisión y Modificación de Documentos
Formato Notas Aclaratorias - Observaciones

Formato Quejas Reclamos y/o Sugerencias
Formato Lista de Verificación Auditoria Interna.
Formato Acciones Correctivas.
Formato Acciones preventivas
Formato Planificación Auditoria Interna.
Formato Hallazgos de la Auditoria Interna.
Formato Informe de Auditoria Interna
Formato Evaluación de Desempeño del Auditor Interno
Formato Producto no Conforme
Formato encuesta de satisfacción (cliente beneficiario).
Formato Informe Desempeño del proceso
Formato Planeación del SGC
Formato Revisión por la Dirección
Formato Planeación de Actividades
Formato Planeación Institucional

Tabla 7: Listado de documentos

7.3. ENCUESTA DE SATISFACCION

Para FUNIESCO es importante identificar el grado de satisfacción que se encuentra el cliente, quienes serian el ICBF, niños, niñas y adolescentes.

El ICBF utiliza una metodología y procedimiento para evaluar la calidad del servicio prestado por la fundación para los beneficiarios. Esta evaluación consiste en una rejilla donde se compara con los requisitos establecidos en el contrato más los demás requisitos legales y reglamentarios que cobija a FUNIESCO como entidad sin ánimo de lucro.

De igual manera el ICBF envía un médico para evaluar el estado físico y emocional de los niños, niñas y adolescentes mensualmente. Cabe resaltar que FUNIESCO ocupa uno de los primeros lugares en obtener las mayores calificaciones superando generalmente el 95%.

De esta manera se evidencia la satisfacción del ICBF en recibir los servicios que la fundación presta a los beneficiarios.

Se diseñó una encuesta de satisfacción que es diligenciada por los beneficiarios con ayuda de los profesionales ya que la capacidad cognitiva de los niños, niñas y adolescentes es limitada.

Ver anexo F: Encuesta de Satisfacción

Se elaboró un informe para la Alta Dirección de los resultados que arrojó la encuesta de satisfacción del periodo Enero a Junio, demostrando la conformidad de los beneficiarios con los servicios que recibe en la fundación. Los siguientes gráficos se refieren a la Tabulación de la encuesta y la satisfacción total obtenida.

TABULACION ENCUESTA DE SATISFACCION

PREG	SALUD								PSICOSOCIAL						EDUCACION						ALIMENTACION					
	1		2		3		4		1		2		3		1		2		3		4		5		6	
BENEF	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1			
2	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1			
3	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
4	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
5	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
6	1		1		1		1		1			1	1		1		1			1	1		1		1	
7	1		1		1		1		1		1		1		1		1			1	1		1			
8	1		1		1		1			1	1			1	1		1		1		1		1			1
9	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
10	1		1		1		1		1		1			1	1		1		1		1		1			1
11	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
12	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
13	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
14	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
15	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
16	1		1		1		1		1		1		1			1	1		1		1			1		1
17	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1			
18		1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1			
19	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1			
20	1		1		1			1	1		1			1	1		1		1		1		1			
21	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	

7.4. EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

El objetivo de ésta fase es evaluar si el SGC ha sido implementado de manera eficaz y cumple los propósitos para el cual fue diseñado.

El seguimiento que se realizó fue a cada proceso por el líder para entregar informe por proceso a la Alta Dirección y se estipuló entregarla cada tres meses, iniciando con la primera para los meses Mayo, Junio y Julio.

Para iniciar con la implementación, la asistente de calidad acompañó en el diligenciamiento del formato a cada líder de proceso para lograr la comprensión y aclarar la importancia de realizar evaluaciones de desempeño.

Antes de la auditoria interna, se realizaron las evaluaciones de desempeño de todos los procesos.

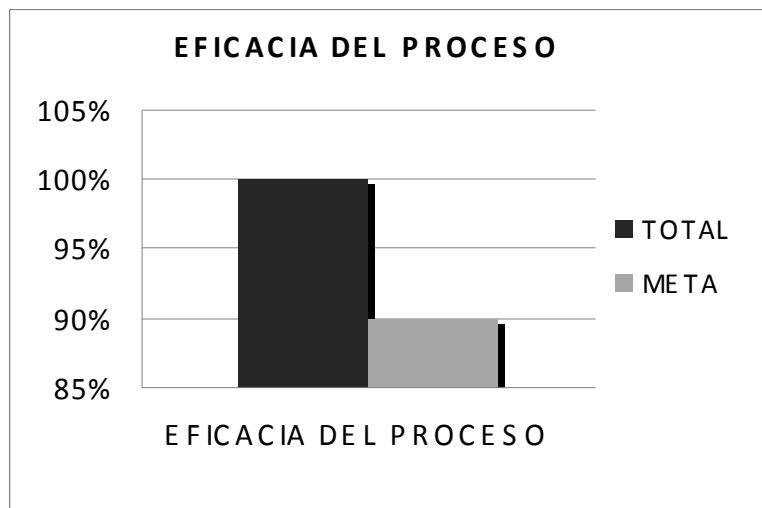
La evaluación de desempeño se fundamentó en realizar el análisis de los indicadores que involucraran a cada proceso, determinando el objetivo y observaciones después de medir los indicadores y también comparando la meta establecida con el porcentaje alcanzado para establecer si es necesario realizar una acción correctiva o preventiva.

De igual forma se analizaron los posibles servicios no conformes, estado de acciones preventivas, correctivas y de mejora, dejando un espacio para que cada líder exprese las dificultades en el desarrollo del proceso, necesidades del proceso y recomendaciones para la mejora.

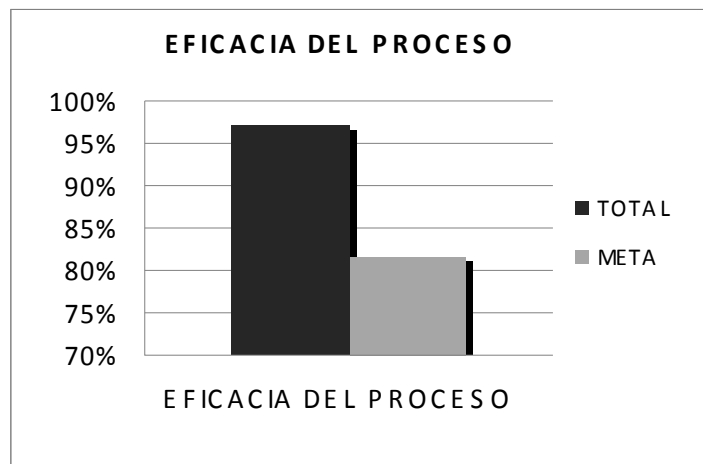
7.4.1. MEDICION DE INDICADORES DE GESTIÓN

El resumen de la evaluación de desempeño de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad de FUNIESCO, arroja los siguientes resultados en el periodo de Mayo a Julio con relación al análisis de indicadores:

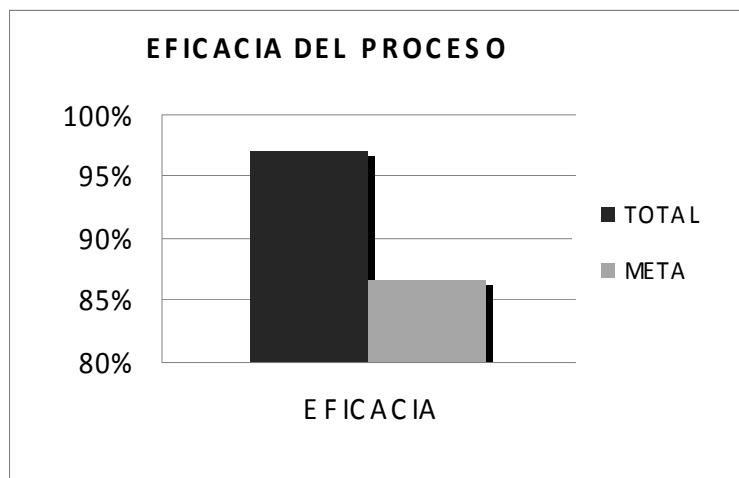
INFORME DE DESEMPEÑO DIRECCIONAMIENTO Y GESTION ESTRATEGICA							
INDICADOR	METODO DE CALCULO	MES	NUM	DENOM	PORCENTAJE	TOTAL	META
Actividades Planeación Institucional	Nº de actividades ejecutadas*100/ Nº de actividades planificas	Abril	–	–	100%	100%	90%
		Mayo	3	3	100%		
		Junio	3	3	100%		
Cumplimiento de Requisitos obligatorios	# visitas con puntuación superior a 90% * 100 / # visitas realizadas	Enero - Junio	1	1	100%	100%	90%
EFICACIA DEL PROCESO						100%	90%



INFORME DE DESEMPEÑO MEJORAMIENTO CONTINUO							
INDICADOR	METODO DE CALCULO	MES	NUM	DENOM	PORCENTAJE	TOTAL	META
Porcentaje de acciones implementadas eficazmente	# acciones implementadas eficazmente*100 / # acciones propuestas	Abril Mayo Junio	5	5	100%	100%	80%
Eficacia de los procesos operativos	Valor Alcanzado de la eficacia de cada proceso *100 / # total procesos operativos	Abril Mayo Junio	3,66	4	91,5%	91,5%	85%
Seguimiento Buzón de Sugerencias	# Sugerencias, quejas y/o reclamos solucionados *100 / # sugerencias, quejas y/o reclamos viables para tener en cuenta	Abril Mayo Junio	9	9	100%	100%	80%
EFICACIA DEL PROCESO						97%	82%



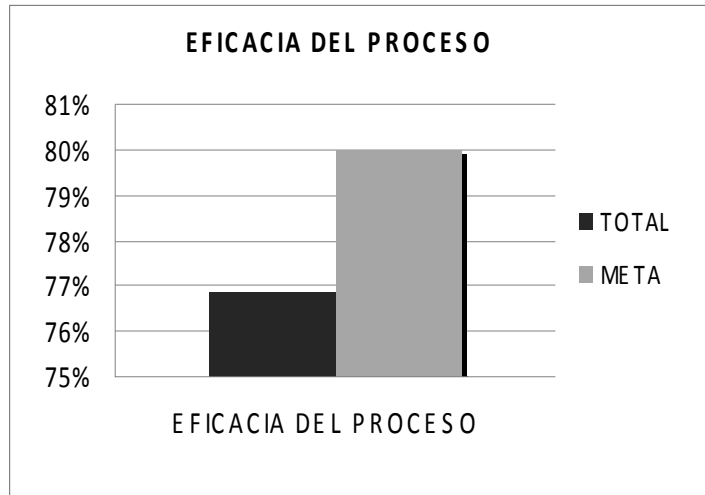
INFORME DE DESEMPEÑO FORMACION ACADEMICA Y VOCACIONAL							
INDICADOR	METODO DE CALCULO	MES	NUM	DENOM	PORCENTAJE	TOTAL	META
Actividades para la prestación del servicio	Nº de actividades ejecutadas*100/ Nº de actividades planificas	Abril	90	120	75%	91%	80%
		Mayo	398	402	99%		
		Junio	404	409	99%		
Refuerzo académico	# niños con Seguimiento Pedagógico actualizado*100 / # total de niños	Abril	35	35	100%	100%	90%
		Mayo	35	35	100%		
		Junio	35	35	100%		
Porcentaje de Adolescentes en proyecto de vida	# de Adolescentes mayores de 14 años con F de eval de hab, act y destr ocup / # total de adolescentes mayores de 14 años	Abril	20	20	100%	100%	90%
		Mayo	20	20	100%		
		Junio	20	20	100%		
EFICACIA DEL PROCESO						97%	87%



INFORME DE DESEMPEÑO TRATAMIENTO TERAPEUTICO

INDICADOR	METODO DE CALCULO	MES	AREA	NUM	DENOM	PORCEN	TOTAL	META				
Actividades para la prestación del servicio	Nº de actividades ejecutadas*100/ Nº de actividades planificas	Abril	Terapia Ocupacional	22	30	73%	81%	80%				
			Fisioterapia	16	27	59%						
			Fonoaudiología	0	0	0%						
			Trabajo Social	22	30	73%						
			Psicología	37	42	88%						
		PROMEDIO	19,4	25,8	75%							
		Mayo	Terapia Ocupacional	16	20	80%						
			Fisioterapia	20	27	74%						
			Fonoaudiología	13	19	68%						
			Trabajo Social	39	46	85%						
			Psicología	48	59	81%						
		PROMEDIO	27,2	34,2	80%							
		Junio	Terapia Ocupacional	24	30	80%						
			Fisioterapia	21	19	111%						
			Fonoaudiología	16	20	80%						
			Trabajo Social	36	36	100%						
			Psicología	14	20	70%						
		PROMEDIO	22,2	25	89%							
		Porcentaje de Terapias Individuales	# terapias individuales realizadas por cada área *100 / # terapias individuales programadas por cada área	Abril	Terapia Ocupacional	35			105	33%	56%	80%
					Fisioterapia	35			131	27%		
Fonoaudiología	0				0	0%						
PROMEDIO	35			118	30%							

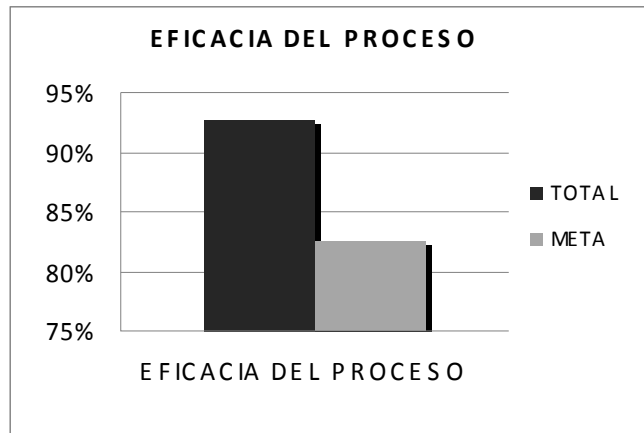
		Mayo	Terapia Ocupacional	35	75	47%						
			Fisioterapia	81	120	68%						
			Fonoaudiología	104	120	87%						
		PROMEDIO		73,333	105	70%						
		Junio	Terapia Ocupacional	70	86	81%						
			Fisioterapia	71	116	61%						
			Fonoaudiología	80	120	67%						
		PROMEDIO		73,667	107,333	69%						
		Programas Liderados por la Fundación	# talleres ejecutados *100 / # talleres programados	Abril	P Y P Abuso Sexual	1			1	100%	93%	80%
					Maltrato Infantil	1			1	100%		
Duelo	0				0	0%						
D Habilidades sociales	1				1	100%						
Familia Inst	1				1	100%						
PROMEDIO				0,8	0,8	100%						
Mayo	P Y P Abuso Sexual			1	1	100%						
	Maltrato Infantil			1	1	100%						
	Duelo			0	0	0%						
	D Habilidades sociales			1	1	100%						
	Familia Inst			1	1	100%						
PROMEDIO				0,8	0,8	100%						
Junio	P Y P Abuso Sexual			1	1	100%						
	Maltrato Infantil			0	1	0%						
	Duelo			0	0	0%						
	D Habilidades sociales			2	2	100%						
	Familia Inst			1	1	100%						
PROMEDIO				0,8	1	80%						
EFICACIA DEL PROCESO						77%	80%					



INFORME DE DESEMPEÑO SALUD Y NUTRICION							
INDICADOR	METODO DE CALCULO	MES	NUM	DENOM	PORCENTAJE	TOTAL	META
Actividades para la prestación del servicio	Nº de actividades ejecutadas*100/ Nº de actividades planificas	Abril Mayo Junio	61	61	100%	100%	80%
Beneficiarios con seguimiento nutricional	# de niños con seguimiento nutricional*100 / # Total de niños	Abril	35	35	100%	100%	100%
		Mayo	35	35	100%		
		Junio	35	35	100%		
Programas Liderados por la Fundación	# Talleres ejecutados*100 / # Talleres programados	Abril Mayo Junio	4	6	67%	67%	80%
Doc personal	Nº de niños con documentación completa y actualizada/total de niños	Abril	35	35	100%	100%	100%
		Mayo	35	35	100%		
		Junio	35	35	100%		
EFICACIA DEL PROCESO						92%	90%



INFORME DE DESEMPEÑO GESTION DE RECURSOS							
INDICADOR	METODO DE CALCULO	MES	NUM	DENOM	PORCEN	TOTAL	META
Actividades programadas para el desarrollo del proceso	Nº de actividades ejecutadas*100/ Nº de actividades planificas	Abril	3	3	100%	100%	80%
		Mayo	5	5	100%		
		Junio	3	3	100%		
Evaluación de desempeño	# de Evaluaciones de Desempeño retroalimentadas *100 / Total personal que cumpla con los requisitos para ser evaluado	Enero a Junio	10	11	91%	91%	90%
Personal competente	# de personal con evaluación satisfactoria* 100 / No. de Personal evaluado	Enero a Junio	8	10	80%	80%	80%
Evaluación de proveedores	# Proveedores con evaluaciones satisfactorias*100 / Total Proveedores identificados	Abril a Junio	6	6	100%	100%	80%
EFICACIA DEL PROCESO						93%	83%



Es importante realizar el informe para la Alta Dirección donde esté definida la eficacia de los procesos, ya que con esta información, la directora hace una estimación del logro de las metas proyectadas anteriormente.

Se realiza un informe donde se entregan los resultados de la eficacia de los procesos, objetivos y de la eficacia total del sistema para que la Alta Dirección realice la Revisión del Sistema de Gestión de la Calidad.

Ver anexo G: Eficacia del Sistema

7.4.2. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE LA NTC 5326

El contenido de este capítulo se basa en identificar los requisitos que la Fundación ha cumplido hasta el momento de la NTC 5326, con el propósito a futuro de solicitar la auditoría externa de otorgamiento en esta norma y logrando ser la segunda institución del departamento certificada junto con la Fundación Teresa Toda quien en este momento cuenta con la certificación de la NTC ISO 9001:2000 y NTC 5326.

La siguiente tabla señala los numerales de la NTC 5326 organizados por los procesos identificados en la Fundación.

Los servicios que FUNIESO ofrece son para la modalidad internado, que se refiere al cuidado y protección de los niños, niñas y/o adolescentes las 24 horas del día y 7 días a la semana.

La escala de cumplimiento se determina de la siguiente manera:

1. No se cumple: el requisito es aplicable pero no se esta cumpliendo
2. Se Cumple insatisfactoriamente: el requisito se esta cumpliendo pero de manera incompleta.
3. Se cumple aceptablemente: El requisito se cumple pero faltan algunas condiciones de cumplimiento.
4. Se cumple plenamente: El requisito cumple con todas las expectativas de aplicabilidad.

REQUISITO NTC 5326	PROCESO	CUMPLIMIE NTO
5. Estándares de Estructura		
5.1 Legales		
5.1.1 Personería Jurídica	Direccionamiento y Gestión Estratégica	4
5.1.2 Representante Legal	Direccionamiento y Gestión Estratégica	4
5.1.3 Licencia de Funcionamiento	Direccionamiento y Gestión Estratégica	4
5.1.4 Licencia de Identificaron Tributaria	Direccionamiento y Gestión Estratégica	4
5.1.5 Registro Único Tributario	Direccionamiento y Gestión Estratégica	4
5.2 Financieros		
5.2.1 Sistema de Presupuesto	Gestión de Recursos	3

5.2.2 Estructura de Costos	Gestión de Recursos	3
5.3 Administrativos		
5.3.1 Instalaciones Físicas	Gestión de Recursos	3
5.3.2 Talento Humano	Gestión de Recursos	4
5.3.3 Dotación Institucional	Gestión de Recursos	3
5.3.4 Dotación Personal	Gestión de Recursos	3
5.4 Técnicos		
5.4.1 Proyecto de Atención Institucional PAI	Direccionamiento y Gestión Estratégica	4
5.4.2 Servicios de Atención Integral	Tratamiento Terapéutico	4
6. ESTANDARES DEL PROCESO		
6.1 Componente legal		
6.1.1 Vigencia de los documentos legales	Direccionamiento y Gestión Estratégica	4
6.1.2 Notificación de cambios	Direccionamiento y Gestión Estratégica	4
6.2 Componente Financiero		
6.2.1 Registro de libros de contabilidad	Gestión de Recursos	2
6.2.2 Sistema Contable	Gestión de Recursos	2
6.3 Componente administrativo		
6.3.1 Condiciones higiénicas de las áreas	Gestión de Recursos	4
6.3.2 Mantenimiento de las áreas	Gestión de Recursos	4
6.3.3 Manejo de basuras	Gestión de Recursos	2
6.3.4 Servicios públicos	Gestión de Recursos	3
6.3.5 Prevención de accidentes y desastres	Gestión de Recursos	3
6.3.6 Cumplimiento de obligaciones laborales	Gestión de Recursos	3
6.3.7 Planes de selección, inducción, capacitación y empalme del personal.	Gestión de Recursos	4
6.3.8 Estrategias para el clima institucional	Gestión de Recursos	2
6.3.9 Programa de salud ocupacional y seguridad industrial	Gestión de Recursos	3
6.3.10 Suministro de materiales e insumos	Gestión de Recursos	4
6.4 Componente Técnico		
6.4.1.1 historia integral	Tratamiento Terapéutico	4
6.4.1.2 Diagnostico integral	Tratamiento Terapéutico	4
6.4.1.3 Plan de atención individual	Tratamiento Terapéutico	4
6.4.1.4 Seguimiento al plan de atención individual	Tratamiento Terapéutico	4

6.4.1.5 protección	Tratamiento Terapéutico	3
6.4.1.6 Valoraciones de Salud	Salud y Nutrición	3
6.4.1.7 Educación y Desarrollo		3
6.4.1.8 Presentación de los acuerdos de convivencia		3
7. ESTÁNDARES DE RESULTADO		
7.1 Protección		
7.1.1 Documentación para identificación personal	Etapa de Ingreso	4
7.1.2 Igualdad de oportunidades	Tratamiento Terapéutico	3
7.1.3 Atención a víctimas de maltrato, abuso y explotación	Tratamiento Terapéutico	4
7.1.4 Condiciones de privacidad	Tratamiento Terapéutico	4
7.1.5 Contacto con familias	Tratamiento Terapéutico	2
7.1.6 Contacto con su entorno	Tratamiento Terapéutico	2
7.1.7 Contacto con la autoridad competente	Tratamiento Terapéutico	4
7.1.8 Religión		3
7.1.9 Reintegro familiar	Tratamiento Terapéutico	2
7.2 Acciones en salud		
7.2.1 Afiliación Sistema General de Seguridad Social en Salud	Etapa de Ingreso	4
7.2.2 Atención en salud	Salud y Nutrición	4
7.2.3 Suministro de alimentos	Salud y Nutrición	4
7.2.4 Hábitos Saludables	Salud y Nutrición	3
7.2.5 Entrega de dotación	Gestión de Recursos	4
7.2.6 Implementos de aseo personal	Gestión de Recursos	4
7.3 Educación y Desarrollo		
7.3.1 Acceso a servicios educativos	Formación Académica y Vocacional	4
7.3.2 Implementos escolares	Gestión de Recursos	4
7.3.3 Proceso Formativo Vocacional	Formación Académica y Vocacional	4
7.3.4 Actividades Artísticas y Culturales	Formación Académica y Vocacional	4
7.3.5 Actividades Deportivas y Recreativas	Formación Académica y Vocacional	4

7.4 Participación y Formación de ciudadanos		
7.4.1 Presentación del programa	Tratamiento Terapéutico	2
7.4.2 Vinculación de la Familia	Tratamiento Terapéutico	3
7.4.3 Participación de la Comunidad Institucional	Formación Académica y Vocacional	3
7.4.4 Acceso a la información sobre la medida de protección.	Formación Académica y Vocacional	3
7.4.5 Acceso a medios de comunicación	Formación Académica y Vocacional	2
7.4.6 Acceso a actividades comunitarias	Formación Académica y Vocacional	2
TOTAL		205
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO		69%

TABLA 11: cumplimiento de los numerales de la NTC 5326

El porcentaje de cumplimiento demuestra que FUNIESCO practica en gran porcentaje con los requisitos de la NTC 5326 y gracias a la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, será más sencillo lograr con la consecución de todos los numerales de la norma para obtener la certificación.

8. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

8.1. AUDITORIA INTERNA DEL SISTEMA

Las Auditorías Internas sirven como mecanismo de retroalimentación ya que le proporciona a la Alta Dirección y a otras partes interesadas (clientes) el aseguramiento de que el sistema cumple los requisitos de la Norma ISO 9001:2000. La forma en que se dirige el proceso de Auditoría Interna, es un factor clave para asegurar la eficacia del SGC de la Institución.

Con la acción de la Auditoría Interna se obtiene, como beneficio derivado, una mejora en el trabajo del personal, de las áreas y de la Institución, permitiendo fortalecer su funcionamiento o efectuar los cambios necesarios (Acciones Correctivas, Acciones Preventivas) para lograr los objetivos previamente fijados.

Es de vital importancia la realización de Auditorías Internas, para poder identificar y eliminar las causas de problemas existentes y los potenciales que se generen, así como para detectar cualquier oportunidad de mejora que garantice el funcionamiento del SGC. Las Auditorías Internas aportan un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos del SGC.

El proceso de auditoría interna inicia con la planeación de auditorías, determinando para FUNIESCO la primera en el mes Julio, evidenciado en la Planeación SGC.

Después de esto se informa a todo el personal con una semana de anticipación, la realización de la primera auditoria Interna presentando la planificación de auditoria de los procesos teniendo en cuenta el objetivo, alcance, criterios, equipo auditor, procesos a auditar, métodos, procedimientos y la programación.

Ver anexo H: Planeación de Auditoria Interna

De acuerdo a lo estipulado en la Planificación de Auditoria Interna, se lleva a cabo la actividad por dos auditores internos, Sandra Gelves como auditor líder y Linda Mendoza como auditor observador.

El equipo auditor escogido pasó por un proceso de selección para cumplir con los requisitos establecidos en el perfil de cargo de auditor interno estipulado por FUNIESCO.

Los auditores tienen el curso aprobado de auditores internos y realizaron el diplomado de la Norma ISO 9001:2000, lo que certifica que son aptos para realizar la auditoria interna de la fundación.

La Auditoria inicia con una reunión de apertura con la participación de los líderes de proceso mas los trabajadores participantes del Sistema de Gestión de la Calidad, exponiendo nuevamente la Planificación de Auditoria enfatizando en el alcance, los objetivos y la metodología a utilizar. De igual manera se expone la programación estipulada y la fecha de la reunión de cierre.

Los auditores se encargan de reunir las evidencias pertinentes, ya sean visuales, verbales o documentadas, para soportar el cumplimiento de los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2000.

Para realizar la auditoria pertinente, el equipo auditor se apoya por medio de una lista de verificación de requisitos elaborada anteriormente con el fin de remitirse a los numerales de la Norma que aplican para cada proceso, teniendo en cuenta que estos requisitos obedecen al ciclo PHVA, sin embargo, el orden de preguntas se redactaron de acuerdo a la Norma. En ella quedan registradas las evidencias detectadas por los auditores para posteriormente exponer los hallazgos en el SGC.

Ver Anexo I: Lista de Verificación Proceso Gestión Estratégica

Las auditorias se realizaron en el periodo de Julio 10 al 20, visitando los lugares donde cada trabajador realiza sus labores y auditando a cada líder de proceso y a las personas involucradas para la realización de las actividades.

Después de cada auditoria se expresan las no conformidades encontradas en forma verbal y posteriormente en la reunión de cierre, el auditor elabora un listado de hallazgos positivos y negativos para exponerlos a todos los trabajadores.

Para finalizar este proceso se realiza la reunión de cierre por parte del auditor líder exponiendo las evidencias encontradas durante la auditoria del Sistema de Gestión de Calidad de FUNIESCO. Cabe mencionar que en la apertura y cierre de auditoria, se dejaron registros de actas evidenciando la realización de estas actividades.

En la reunión de cierre se tuvo en cuenta felicitar al personal por el sentido de pertenencia que demostraron a la fundación por la disposición que tuvieron en el momento de ser auditados y la responsabilidad que expresaron para que cada proceso culminara con buenos resultados.

Ver anexo J: Hallazgos de la Auditoria Interna

8.1.1. RESULTADOS DE LA AUDITORIA INTERNA

Después de realizada la auditoria, el equipo auditor se reunió para realizar el Informe de Auditoria Interna arrojando un resultado de 20 no conformidades siendo el proceso de Mejoramiento Continuo el que presenta mayor numero de estas.

Este informe es entregado a la Alta Dirección para ser aprobado revisado y aprobado por la Directora.

Posteriormente fue comunicado con los trabajadores de FUNIESCO, socializando las fortalezas y debilidades del Sistema de Gestión de calidad y así, poder realizar un plan de acciones para mejorar en las falencias.

El auditor líder se encargó de redactar las no conformidades encontradas en la auditoria y entregarlas a los líderes de los procesos para que inicien el procedimiento de Acciones Correctivas y así logren superar las dificultades.

Ver Anexo K: Informe de Auditoria Interna

8.2. ACCIONES PREVENTIVAS

Identificar las no conformidades potenciales para FUNIESCO, no fue sencillo, ya que la dinámica que llevaban era la de corregir los errores en el momento que se cometían.

Gracias a una sensibilización con los trabajadores y directivos de la Fundación, teniendo en cuenta los siguientes parámetros y documentos, se logró identificar algunas no conformidades potenciales, realizando el respectivo procedimiento de acciones preventivas evitando incurrir a los problemas dándoles solución con anticipación:

- Quejas, reclamos y/o sugerencias
- Análisis de Indicadores de Calidad
- Evaluación satisfacción del cliente
- Hallazgos de Auditoria Interna
- Informes de auditoria interna.
- Revisión por la dirección.
- Resultados del análisis de datos.
- Productos o servicios no conformes

Para iniciar el procedimiento de acciones preventivas se determinó junto a las personas involucradas en el proceso operativo o administrativo las causas de las no conformidades potenciales establecidas con ayuda de la metodología **lluvia de ideas**, después de esto se evaluó la necesidad de adoptar acciones con el fin de asegurarse de la prevención a tiempo de las no conformidades potenciales.

Se estableció y comunicó el Plan de Acción teniendo en cuenta lo siguiente:

- Actividades necesarias para prevenir la ocurrencia de la no conformidad potencial.
- Responsable y fecha de la ejecución.
- Fecha y responsable del seguimiento

Se implementaron las primeras acciones preventivas para eliminar la posible causa de la no conformidad potencial

Finalmente el jefe de calidad o asistente de calidad se encargó de verificar y registrar el cumplimiento del Plan de Acción en cada formato de acción preventiva y si las acciones tomadas fueron eficaces.

LLUVIA DE IDEAS⁸

Esta metodología consiste en que los miembros de un grupo aportan, durante un tiempo previamente establecido, por ejemplo, diez minutos, el mayor número de ideas posibles sobre un tema o problema determinado. Interesa, en primer lugar, la cantidad de ideas; conviene que las aportaciones sean breves, que nadie juzgue ninguna, que se elimine cualquier crítica o autocrítica y que no se produzcan discusiones ni explicaciones.

⁸ Tomado de <http://www.gobiernodecanarias.org/educacion/Brainstorming.htm>

Cuando se ha terminado el tiempo previsto para la lluvia de ideas, colectivamente o por subgrupos se pueden retomar las aportaciones de una en una y escoger aquellas que se consideren más útiles según los objetivos establecidos.

Objetivos:

- Buscar soluciones nuevas a un problema que exige que todos pongan en juego su imaginación y creatividad.
- Poner de relieve todas las alternativas posibles a un problema que se debate para poder estudiarlas posteriormente.

Ventajas:

1. Se desarrolla en un ambiente totalmente informal que permite producir ideas y expresarlas con absoluta libertad y sin inhibiciones.
2. Favorece al máximo la creatividad de todos los miembros del grupo.
3. Facilita que afloren todas las alternativas posibles al problema; posteriormente se podrán estudiar con mayor reflexión y análisis.

8.3. ACCIONES CORRECTIVAS

Gracias a las capacitaciones anteriores y a la toma de conciencia sobre la implementación del SGC, los líderes iniciaron el proceso de identificar acciones correctivas antes de realizar la auditoria interna, ejercicio que resalta el compromiso y responsabilidad del personal operativo con la fundación.

Para FUNIESCO llevar a cabo una acción correctiva es similar al proceso de las acciones preventivas, pero teniendo en cuenta que existe la actividad de realizar correcciones.

De igual manera se inició el procedimiento detectando la existencia de no conformidades por los parámetros o documentos anteriormente mencionados para la acción preventiva.

Después de esto se determinó las causas de la no conformidad con ayuda de la misma metodología utilizada para las acciones preventivas.

Se evaluó la necesidad de adoptar acciones con el fin de asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir.

Se estableció y comunicó el Plan de Acción teniendo en cuenta:

- Actividades necesarias para evitar nuevamente la ocurrencia de la no conformidad.
- Responsable y fecha de la ejecución.
- Fecha y responsable del seguimiento

Luego de esto se Implementaron las acciones correctivas necesarias para eliminar las causas de las no conformidades detectadas.

Finalmente se verificó y se registró el cumplimiento del Plan de Acción y si las acciones tomadas fueron eficaces.

Con el fin de agilizar el análisis en la Revisión por la Dirección se realizó el siguiente informe de Acciones Correctivas y Preventivas:

INFORME DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS				
FECHA:		30 DE JULIO DEL 2008		
PROCESO	ACCIONES PREVENTIVAS	ACCIONES CORRECTIVAS	CERRADAS	ABIERTAS
DIREC Y GESTION ESTRATEGICA	1	2	3	0
MEJORAMIENTO CONTINUO	1	6	6	1
ETAPA DE INGRESO	0	2	2	0
FORMACION ACADEMICA Y VOCACIONAL	0	2	1	1
TRATAMIENTO TERAPEUTICO	0	6	6	0
SALUD Y NUTRICION	2	3	5	0
GESTION DE RECURSOS	1	2	2	1
TOTAL	5	23	25	3
ELABORADO POR:	Sandra Gelves Tarazona			
CARGO:	Asistente de Calidad			

TABLA 12: Informe de acciones correctivas y preventivas

8.4. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Como cierre o fase final de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de FUNIESCO, se realiza la revisión por parte de la directora y en compañía del Comité de Calidad y la asesora externa de la fundación.

La reunión se realiza en una jornada de trabajo iniciando con recopilar la información necesaria y se tuvo en cuenta el análisis de los siguientes factores:

- **Política y Objetivos de Calidad:** Se examina si es necesario replantearlos.
- **Resultados de auditoria:** Se presenta el Informe de Auditoria Interna y se revisa las debilidades y fortalezas encontradas.
- **Retroalimentación del cliente:** Se refiere a analizar la encuesta de satisfacción del cliente, sugerencias, quejas y reclamos para ver en que grado se encuentra la fundación de cumplir con las expectativas del cliente.
- **Desempeño de los procesos y conformidad del producto:** Se analiza cuales procesos tuvieron puntajes aceptables y por debajo de las metas, según lo establecido en los indicadores para tomar acciones. También se analiza los servicios no conformes detectados.
- **Estado de las acciones preventivas y correctivas:** Se revisa cuantas acciones correctivas o preventivas estas abiertas para analizar los casos y que proceso se encuentra con mayor número de no conformidades para tomar acciones.

- **Acciones de seguimiento de revisiones por la Dirección previas:** Siendo esta la primera Revisión por la Dirección, esta solicitud no aplica.
- **Cambios que podrían afectar al Sistema de Gestión de la Calidad:** No se encontraron cambios que afecten al SGC.
- **Recomendaciones para la mejora:** En la evaluación de desempeño de los procesos se encuentran las recomendaciones que cada líder de proceso identifica para la mejora.

Ver anexo L: Revisión por la Dirección.

8.5. SOLICITUD DE AUDITORIA EXTERNA Y CERTIFICACION

Una vez realizada la Revisión por la Dirección, el siguiente paso fue la solicitud de certificación a ICONTEC.

La asesora comercial de ICONTEC visitó a FUNIESCO presentando una carta de la propuesta de Auditoria externa.

Ver anexo M: Solicitud de certificación.

Después de este paso, la Auditoria de otorgamiento se planeo para los días 30 de Septiembre y 1 de Octubre, realizando enseguida la primera fase de Auditoria que consistió en revisar Manual de Calidad, documentación y Revisión por la Dirección, dando un resultado satisfactorio sin ninguna no conformidad, sin embargo hubo algunas recomendaciones.

Los días 30 de septiembre y 1 de octubre, se realizó la Auditoria Externa por parte de ICONTEC en compañía de un técnico experto, a todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad de FUNIESCO, obteniendo el otorgamiento de certificación de la Norma NTC ISO 9001:2000 sin ninguna no conformidad.

Por razones de logística por parte de ICONTEC, el certificado de otorgamiento no se pudo anexar al este libro, sin embargo se anexa una constancia donde evidencia la realización de la auditoria externa y la conformidad de los resultados.

Ver Anexo N: Certificado de Otorgamiento

9. EVALUACIÓN DEL TRABAJO

9.1. RESULTADOS Y CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

Este numeral se enfatiza en describir las actividades realizadas para el cumplimiento de los objetivos del proyecto de grado.

9.1.1. OBJETIVO GENERAL

Diseño, documentación, implementación y mejoramiento del sistema de gestión de la calidad de la fundación de niños especiales del oriente colombiano, FUNIESCO basado en la norma NTC-ISO 9001:2000 y supervisión de la NTC 5326.

Este objetivo se evidencia con el cumplimiento de los objetivos específicos.

9.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sensibilizar al talento humano de los procesos que integran la institución sobre la importancia de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, con el fin de poner en práctica lo establecido en los documentos.

Se encuentra reflejado en el anexo A: Planeación del SGC y el capítulo 6 referente a capacitación.

- Explorar y actualizar la situación del Sistema de Gestión de la Calidad y de la documentación de los procesos de la institución para que se lleven a cabo bajo condiciones controladas.

Este objetivo se evidencia en la realización del Diagnóstico de la fundación en el capítulo 4.

- Implementar el Sistema de Gestión de Calidad bajo los requerimientos de la norma técnica ISO 9001:2000 en la fundación.

El cumplimiento de este objetivo está demostrado en el capítulo 7 de este libro, realizando actividades agregadas como la implementación de las 5 S's.

- Hacer auditorías internas y con base en los resultados arrojados por las auditorías, desarrollar las actividades correspondientes que aporten con el objetivo de eliminar las no conformidades.

El capítulo 8 describe el procedimiento de auditoría interna que se desarrolló en la fundación y el proceso de acciones correctivas para el tratamiento de las no conformidades.

- Acompañar el proceso de implementación hasta la solicitud a un ente certificador para someterse a la auditoria externa de certificación.

La carta que ICONTEC envía a la fundación ofreciendo sus servicios para la certificación evidencia el cumplimiento del objetivo.

Además de la solicitud de certificación, la practicante acompañó a la fundación en la auditoria externa y compartió con ellos el logro del otorgamiento del certificado de calidad en la NTC ISO 9001:2000.

- Identificar los requisitos que FUNIESCO cumple de la Norma NTC 5326 gracias a la implementación de la Norma NTC ISO 9001:2000.

En el numeral 7.4.2, demuestra el análisis realizado del cumplimiento de requisitos de la NTC 5326 y la ayuda que aportó la implementación de la NTC 9001:2000 para lograr el porcentaje de desempeño obtenido.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- La identificación de procesos logró que FUNIESCO actuara en forma sistémica y no como áreas aisladas donde no se trabajaba por objetivos conjuntos.
- Gracias al gran compromiso de los profesionales, el Sistema de Gestión de la Calidad se llevo a cabo de manera satisfactoria, logrando que la implementación de este se acoplara a las necesidades de la fundación.
- El compromiso por parte de la Dirección fue de gran importancia para llevar a término lo planeado, ya que permitió que el tiempo de los trabajadores y los recursos utilizados fueran suministrados para la ejecución de las actividades que llevaron a la certificación.
- La documentación del sistema fue eficaz y se acomodó correctamente a las necesidades de suministrar y registrar la información necesaria para la prestación satisfactoria de los servicios. De igual manera se tuvo en cuenta la reducción de utilización de registros.
- El proceso de Auditoria interna se realizó minuciosamente, logrando la identificación de no conformidades para que las actividades a realizar se enfoquen en el mejoramiento continuo de la fundación.

- El trabajo realizado en una Fundación de niños con necesidades educativas especiales despierta en la sociedad y a cualquiera que trabaje junto a ellos, la necesidad de interactuar y ayudar a estas personitas a que su vida sea gratificante y llena del amor y cariño que los familiares no les dieron.

RECOMENDACIONES

- Realizar la Planeación Institucional con actividades que se refieran más al suministro de metodologías para que los profesionales trabajen con más bases documentadas y productivas con los beneficiarios.
- Incentivar al personal para que realicen las actividades que involucren la implementación del SGC, tomando conciencia de la importancia que tiene para la fundación continuar con la implementación de este sistema.
- Tener en cuenta los cronogramas para que la realización de actividades sean de acuerdo a lo planeado
- Incitar al personal de la fundación a que detecten más acciones preventivas y de mejora, con el propósito de eliminar las no conformidades y no tener que realizar correcciones.
- Debido a la continua rotación del personal es conveniente que exista una continua capacitación y socialización de las actividades que se realizan en el Sistema de Gestión de la Calidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Norma Técnica Colombiana ISO 9000:2000 Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario.
- Memorias “Diplomado en Gestión de la Calidad Basado en la Norma ISO 9001:2000”. Universidad Industrial de Santander, 2007.
- Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2000 Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos.
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Calidad>
- www.gestiopolis.com/administracion-estrategia
- www.gobiernodecanarias.org/educacion/Brainstorming.htm

ANEXOS

ANEXO A:
PLANEACION SGC



PLANEACION SGC

VERSION: 1

FECHA DE VERSION: 05/01/08

PAGINA 1

FECHA: Enero 2008

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
1	Compromiso dirección por la dirección en el SGC	Directora Ejecutiva	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
2	Conformar Comité de Calidad	Dirección	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
3	Designar Jefe de Calidad, responsabilidades y funciones	Dirección	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
4	Diseñar y estructurar el organigrama del SGC	Comité de calidad	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
5	Sensibilización del Personal	Asistente de Calidad Directora Ejecutiva	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
6	Análisis DOFA	Dirección y Equipo interdisciplinario	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
7	Establecer Procesos del SGC	Dirección y Equipo interdisciplinario	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
8	Estructurar y diseñar el mapa de procesos	Asistente de Calidad	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
9	Establecer política, objetivos, alcance y exclusiones del SGC	Dirección y Equipo interdisciplinario	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
10	Indicadores de Gestión	Dirección y Equipo interdisciplinario	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
11	Procedimiento Control de documentos	Asistente de Calidad	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
12	Documentación del SGC	Asistente de Calidad	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
13	Procedimiento Producto No conforme y registros necesarios	Asistente de Calidad	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

14	Caracterización de Procesos	Dirección y Equipo interdisciplinario	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
15	Cronograma de reunión comité de calidad	Comité de calidad	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
16	Procedimiento de Acciones Correctivas	Asistente de Calidad	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
17	Procedimientos Acciones Preventivas	Asistente de Calidad	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
18	Socialización Política de la Calidad	Directora Ejecutiva	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
19	Procedimiento Auditoria Interna	Asistente de Calidad	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
20	Manual de Calidad	Comité de calidad	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
21	Matriz de Requisitos con los procesos	Asistente de Calidad	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
22	Procedimiento Quejas Reclamos y Sugerencias	Asistente de Calidad	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
25	Evaluación Desempeño de los Procesos Abril mayo Junio	Lideres de Proceso	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
27	Capacitación Procesos SGC	Comité de calidad	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
28	Listado Maestro de Registros	Asistente de Calidad	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
29	Listado Maestro de Documentos	Asistente de Calidad	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
30	Auditoria de Procesos	Audidores elegidos	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
31	Informe de Auditoria	Auditor líder	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
32	Revisión por la Dirección	Comité de calidad	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
33	Solicitud Auditoria Externa	Directora Ejecutiva	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
34	Acciones de Mejora	Comité de Calidad	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

ANEXO B:
INDICADORES DE GESTION



INDICADORES DE GESTIÓN

VERSION: 1

FECHA DE VERSION: 05/02/08


PAGINA: 1

DIRECTRIZ	OBJETIVO DE CALIDAD	NOMBRE DEL INDICADOR	INDICADOR		META	MÉTODO DEL CALCULO	FREC	FUENTE DE DATOS	RESPONS	PROCESO
			CALIDAD	PROCESO						
Realiza refuerzo académico, tratamiento terapéutico - vocacional y atención en salud a los niñ@s y adolescentes con necesidades educativas especiales, para mejorar su proyecto de vida.	Realizar Tratamiento Integral a los Beneficiarios que conlleven al desarrollo de habilidades y destrezas (peso 41,6%)	Actividades para la prestación del servicio (peso 6%)	x		80%	# Actividades ejecutadas*100 / # Actividades Planificadas	Trimestral	Planeación de Actividades semanales	Lideres de proceso	Etapa de Ingreso Formación Académica y Vocacional, Tratamiento Terapéutico, Salud y Nutrición
		Porcentaje de Adolescentes en proyecto de vida (peso 5,8%)		x	90%	# de Adolescentes mayores de 14 años con F de eval de hab, act y destr ocup / # total de adolescentes mayores de 14 años	Trimestral	Ficha de evaluación de habilidades, actitudes y destrezas ocupacionales	Terapia Ocupacional	Formación Académica y Vocacional
		Porcentaje de Terapias individuales (peso 5,8%)		x	80%	# de terapias individuales realizadas por cada área*100 / # de terapias individuales programadas por cada área	Trimestral	Seguimiento Terapéutico Cronogramas de Intervención Terapéutica	Líder de Proceso	Tratamiento Terapéutico
		Programas Liderados por la Fundación (peso 6,2%)		x	80%	# Talleres ejecutados*100 / # Talleres programados	Trimestral	Cronograma de Talleres planificados por programa	Trabajo Social Psicología Nutrición y enfermería	Tratamiento Terapéutico Salud y Nutrición

		Refuerzo académico (peso 5,8%)	x	90%	# niños con Seguimiento Pedagógico actualizado*100 / # total de niños	Trimestral	Seguimiento Pedagógico	Fonoaudiolog	Formación académica y Vocacional
		Beneficiarios con Platinfa (peso 6,2%)	x	100%	# niños con Platinfa *100 / # total niños con orden de ingreso	Trimestral	Platinfa	Líder de proceso	Etapa de Ingreso
		Beneficiarios con seguimiento nutricional (peso 5,8%)	x	100%	# de niños con seguimiento nutricional*100 / # Total de niños	Trimestral	Seguimiento Nutrición	Nutricionista	Salud y Nutrición
Fortaleciendo su intervención con el cumplimiento de los lineamientos legales, técnicos y necesidades de sus clientes.	Cumplir con los lineamientos y requisitos establecidos por el cliente (peso 17,4%)	Cumplimiento de Requisitos obligatorios (peso 5,8%)	x	90%	# visitas con puntuación superior a 90% * 100 / # visitas realizadas	Semestral	Instrumento de Supervisión interventoria para Instit de Protec Internado (ICBF)	Directora Ejecutiva	Direcc y Gestión estratégica
		Actividades Institucionales (peso 5,8%)	x	90%	# Actividades ejecutadas*100 / # Actividades Planificadas	Trimestral	Planeación Institucional	Directora Ejecutiva	Direcc y Gestión estratégica
		Documentación personal (peso 5,8%)	x	100%	# Niños con documentación completa y actualizada / total de niños	Trimestral	Fichero de enfermería Carpetas beneficiario	Líder de proceso enfermería	Salud y Nutrición
Cuenta con una infraestructura acorde a las necesidades requeridas por la población y con un equipo interdisciplinario de	Mantener los recursos necesarios en condiciones adecuadas. (peso 23,4%)	Actividades programadas para el desarrollo del proceso (peso 6%)	x	80%	# Actividades ejecutadas*100 / # Actividades Planificadas	Trimestral	Cron Capacitación Talento Humano Cronograma Mantenimiento Infraestructura	Jefe Admin	Gestión de Recursos

profesionales especializados que se capacita y evalúa permanentemente		Evaluación de Desempeño (peso 5,8%)		x	90%	# de Evaluaciones de Desempeño retroalimentadas *100 / Total personal que cumpla con los requisitos para ser evaluado	Trimestral	Evaluación de Desempeño	Jefe Administrativa	Gestión de Recursos
		Evaluación de Proveedores (peso 5,8%)		x	80%	# Proveedores con evaluaciones satisfactorias*100 / Total Proveedores identificados	Trimestral	Evaluación y reevaluación de Proveedores	Jefe Admin	Gestión de Recursos
		Personal competente (peso 5,8%)		x	80%	# de personal con evaluación satisfactoria* 100 / No. de Personal evaluado	Semestral	Evaluación de Desempeño	Jefe Adm	Gestión de Recursos
para mejorar continuamente la ejecución de sus procesos.	Promover la mejora continua (peso 17,6%)	Porcentaje de acciones implementadas eficazmente (peso 6%)	x		80%	# acciones implementadas eficazmente*100 / # acciones propuestas	Trimestral	Acciones Preventivas Acciones Correctivas Acciones de Mejora	Asistente de Calidad	Mejoramiento Continuo
		Eficacia de los procesos operativos (peso 5,8%)		x	85%	Valor Alcanzado de la eficacia de cada proceso *100 / No total procesos operativos	Trimestral	Evaluaciones de Desempeño Procesos operativos	Asistente de Calidad	Mejoramiento Continuo
		Seguimiento quejas y reclamos (peso 5,8%)		x	80%	# Sugerencias, quejas y/o reclamos solucionados *100 / # sugerencias, quejas y/o reclamos viables para tener en cuenta	Trimestral	Quejas, reclamos y/o sugerencias	Asistente de Calidad	Mejoramiento Continuo

ANEXO C:
REGISTRO DE CAPACITACIONES

	ACTA	
	VERSION: 3	FECHA DE VERSION 15/06/07

ACTA No. CC. 013.

FECHA: Abril 4 /08 LUGAR: Instalaciones Funiesco

TEMA: Socialización Política de Calidad, Objetivos de calidad y Mapa de Procesos

HORAS PROGRAMADAS 2 horas HORAS EJECUTADAS 2 horas

DIRIGIDA POR: Asistente de calidad Sandra Belves

OBJETIVO


Comprender y poner en practica las actividades que logren el cumplimiento de estrategias.

TEMAS TRATADOS

- Mediante Dinámicas se socializó la política de calidad y Objetivos
- La Misión y Vision se socializó teniendo en cuenta los aportes del personal.
- El mapa de proceso se dió a conocer ubicando a los trabajadores en cada proceso e iniciando la seleccion de líderes.

ASISTENTES

NOMBRES	CARGO	FIRMA
Nancy Muñoz	Directora	<i>Nancy Muñoz</i>
Linda Mendoza	Jefe Adm.	<i>Linda Mendoza</i>
Sandra Belves	Asist Calidad	<i>Sandra Belves</i>
Gelka Cnacion	Fisioterapeuta	<i>Gelka Cnacion</i>
Shelly Cortea	terap ocup.	<i>Shelly Cortea</i>
Andres Gutierrez	Psicologo	<i>Andres Gutierrez</i>
Elsa Dominguez	Nutricionista	<i>Elsa Dominguez</i>
Jenny Cormita	Enfermera	<i>Jenny Cormita</i>
Blanca Saavedra	Man. Alimentar	<i>Blanca Saavedra</i>
Jorge Baez	Docente	<i>Jorge Baez</i>

	ACTA	
	VERSION 3	FECHA DE VERSION 15/06/07
PAGINA 1		

ACTA No. CAFC 009

FECHA: Abril 17 del 2008 LUGAR: Instalaciones Foriesco

TEMA: Socialización Sistema Gestión de la Calidad

HORAS PROGRAMADAS 3 horas HORAS EJECUTADAS 3 horas

DIRIGIDA POR: Jefe Administrativa - Directora


OBJETIVO
Socializar Procesos Dirección y Estrategia y Gestión de Recursos.

TEMAS TRATADOS

- Se socializó el Proceso Dirección y Gestión estratégica
- Se socializó Proceso Gestión de Recursos
- se capacitó sobre el manejo de los formatos a los funcionarios de la fundación.

ASISTENTES

NOMBRES	CARGO	FIRMA
Claudia Tami	Refuerzo	<i>Claudia Tami</i>
Belka Oracion	Psicoterap	<i>Belka Oracion</i>
Leidy (Gomez) Castro	trab Social	<i>Leidy Castro</i>
Jorge Baez	Refuerzo	<i>Jorge Baez</i>
Jenny Bointha	Enferm.	<i>Jenny Bointha</i>
Andres Gutierrez	Psicologo	<i>Andres Gutierrez</i>
Shelly Correa	teap. Owp.	<i>Shelly Correa</i>
Diana Higuera	fonoaudi.	<i>Diana Higuera</i>
Jorge Baez	Refuerzo	<i>Jorge Baez</i>

	ACTA	
	VERSION: 3	FECHA DE VERSION 15/06/07
PAGINA 1		

ACTA No. C.C008

FECHA: Marzo 19 / 08 LUGAR: Instalaciones funiesco

TEMA: Capacitación del proceso. Etapa de Ingreso

HORAS PROGRAMADAS 3 horas HORAS EJECUTADAS 3 horas

DIRIGIDA POR: Lider de Proceso.

OBJETIVO
Socializar el proceso al personal indicando responsabilidades y analizando indicadores

TEMAS TRATADOS

- Se socializo el proceso Etapa de Ingreso indicando actividades e interaccion con el sistema de Gestion de la Calidad
- Se expuso y se validaron los indicadores del Proceso quedando definidos y comprendidos

ASISTENTES

NOMBRES	CARGO	FIRMA
Geika Craibn	Fisioterapeuta	<i>Geika Craibn</i>
Linda Mendosa	Jefe adm.	<i>Linda Mendosa</i>
Nancy Moroz	Directora	<i>Nancy Moroz</i>
Sandra Belves	Asist calidad	<i>Sandra Belves</i>
Jenny Barmita	enfermera	<i>Jenny Barmita</i>
Elsa Domínguez	Nutricionista	<i>Elsa Domínguez</i>
Andres Gutierrez	Psicologo	<i>Andres Gutierrez</i>
Shelly Correa	terap ocupac	<i>Shelly Correa</i>
Jorge A. Biez	Docente	<i>Jorge Biez</i>

ANEXO D:
CRONOGRAMA DE LIMPIEZA

CRONOGRAMA DE LIMPIEZA

FECHA	ZONA	RESPONSABLE	RECURSOS
Cada semana	SALONES	CLAUDIA TAMI	canecas de basura, traperos, límpido, barsol, escoba, recogedor, trapero, jabón, toallas para limpiar, carteleras
1 vez a la sem	HABITACIONES BENEFICIARIOS	ENFERMERAS JENNY Y PAOLA	traperos, límpido, barsol, escoba, recogedor, trapero, jabón, carteleras
Cada 2 semanas	CONSULTORIOS: FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL, ENFERMERIA.	CADA RESPONSABLE DE SU CONSULTORIO	traperos, límpido, barsol, escoba, recogedor, trapero, jabón, carteleras
Cada 15 días	OFICINAS: ADMINISTRATIVA, DIRECCION, SALA DE INFORMATTICA	CADA RESPONSABLE DE SU OFICINA	traperos, límpido, barsol, escoba, recogedor, trapero, jabón, carteleras
Cada 15 días	SALA DE PROFESORES	JORGE BAEZ	traperos, límpido, barsol, escoba, recogedor, toallas para limpiar, trapero, jabón, carteleras
1 vez al mes	SEDE SOCIAL Y KIOSKOS	GELKA CHACON Y SHELLY CORREA	traperos, límpido, barsol, escoba, recogedor, toallas para limpiar, trapero, jabón, carteleras
Cada 2 meses	AREAS VERDES	NANCY MUÑOZ	traperos, límpido, barsol, escoba, recogedor, toallas para limpiar, trapero, jabón, carteleras
1 vez a la sem	COCINA	BLANCA SAAVEDRA	traperos, límpido, barsol, escoba, recogedor, toallas para limpiar, trapero, jabón, carteleras

CRONOGRAMA DE LIMPIEZA


FECHA	ZONA	RESPONSABLE	RECURSOS
1 vez a la sem	BAÑOS Y LAVANDERIA	JENNY Y PAOLA	traperos, límpido, barsol, escoba, recogedor, toallas para limpiar trapero, jabón, carteleras
1 vez al mes	ALMACEN MATERIAL Y DOTACION	JORGE BAEZ	traperos, límpido, barsol, escoba, recogedor, toallas para limpiar, trapero, jabón, carteleras
1 vez a la sem	COMEDORES	BLANCA SAAVEDRA	traperos, límpido, barsol, escoba, recogedor, toallas para limpiar, trapero, jabón, carteleras
3 veces a la sem	PISCINA	GELKA CHACON	Implementos de limpieza para piscina

ANEXO E:
LISTA DE ELEMENTOS INNECESARIOS

LISTA DE ELEMENTOS INNECESARIOS		
ZONA	ELEMENTO	DISPOSICION FINAL
Almacén Material y Dotación	• Bolsas de sepel para reciclaje	se desecha
	• Bases para cocina y nevera	Ubicarlos en la cocina y utilizarlos.
	• tablas de mesas y pupitres	se desecha.
	• Ropa usada para donar	Regalar la ropa que esté en buen estado y botar la que no sirva.

Responsable: Shelly Correa

ANEXO F:
ENCUESTA DE SATISFACCION

	ENCUESTA DE SATISFACCION	
	VERSION:1	FECHA DE VERSIÓN 09/01/08

Encuestador: Sandra Gelves Supervisor: Linda Mendezca
Nombre del encuestado: Elvira Magallon Edad: 36 Sexo: M F
Nivel de educación del encuestado: Nivel II Nivel III Nivel IV
Fecha: Julio 3/08


Marque con una x en la casilla según corresponda.

Si: En todo momento, siempre se cumple No: En ningún momento, nunca se cumple	SI	NO
SALUD		
1. ¿Cuándo me enfermo, me llevan al doctor o a enfermería?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Me dan las pastillas que el doctor me formula?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Participo de las brigadas de salud que se realizan en la Fundación?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Visito al doctor, odontólogo y especialista para que revisen mi salud?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSICOSOCIAL		
1. ¿ Los adultos (personal que labora en la Fundación) me tratan con igualdad, respeto y consideración como a todos mis compañeros?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿He disfrutado de paseos, actividades recreativas y salidas culturales desde mi llegada a la Fundación?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Recibo ayuda de los adultos (personal que labora en la Fundación) cuando tengo un problema?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EDUCACION		
1. ¿Cuándo no entiendo una tarea, recibo ayuda por parte del profesor?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tengo las materias que necesito para cada clase?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tengo las mismas oportunidades para desarrollar actividades educativas, artísticas, y culturas que todos mis compañeros?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTACION		
1. ¿Recibo una alimentación variada durante la semana?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿La comida en los platos se sirve de manera limpia?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cuando he necesitado dieta, ¿la he recibido por la nutricionista?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTA ACLARATORIA: Esta encuesta aplica para la población que presenta un nivel cognitivo y de comprensión alto.

Elvira Magallon

FIRMA

	ENCUESTA DE SATISFACCION	
	VERSION:1	FECHA DE VERSIÓN 09/01/08
PAGINA 1		

Encuestador: Sandra Gelues Supervisor: Linda Mendoza
Nombre del encuestado: Ludwin Gomez Edad: 8 años Sexo: M F
Nivel de educación del encuestado: Nivel II Nivel III Nivel IV
Fecha: Julio 3/08
Marque con una x en la casilla según corresponda.

Si: En todo momento, siempre se cumple No: En ningún momento, nunca se cumple	SI	NO
SALUD		
1. ¿Cuándo me enfermo, me llevan al doctor o a enfermería?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Me dan las pastillas que el doctor me formula?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Participo de las brigadas de salud que se realizan en la Fundación?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Visito al doctor, odontólogo y especialista para que revisen mi salud?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSICOSOCIAL		
1. ¿ Los adultos (personal que labora en la Fundación) me tratan con igualdad, respeto y consideración como a todos mis compañeros?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿He disfrutado de paseos, actividades recreativas y salidas culturales desde mi llegada a la Fundación?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Recibo ayuda de los adultos (personal que labora en la Fundación) cuando tengo un problema?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EDUCACION		
1. ¿Cuándo no entiendo una tarea, recibo ayuda por parte del profesor?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tengo las materias que necesito para cada clase?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tengo las mismas oportunidades para desarrollar actividades educativas, artísticas, y culturas que todos mis compañeros?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTACION		
1. ¿Recibo una alimentación variada durante la semana?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿La comida en los platos se sirve de manera limpia?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cuando he necesitado dieta, ¿la he recibido por la nutricionista?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTA ACLARATORIA: Esta encuesta aplica para la población que presenta un nivel cognitivo y de comprensión alto.

Ludwin G

FIRMA

ANEXO G:
EFICACIA DEL SISTEMA

EFICACIA DEL SISTEMA							
DIRECTRIZ	OBJETIVO DE CALIDAD	NOMBRE DEL INDICADOR	PORCENTAJE POR INDICADOR	META	MÉTODO DEL CALCULO	VALOR OBTENIDO POR INDICADOR	EFICACIA POR OBJETIVO
Realiza refuerzo académico, tratamiento terapéutico - vocacional y atención en salud a los niños y adolescentes con necesidades educativas especiales, para mejorar su proyecto de vida.	Realizar Tratamiento Integral a los Beneficiarios que conlleven al desarrollo de habilidades y destrezas (peso 41,6%)	Actividades para la prestación del servicio (peso 6%)	6,0%	80%	# Actividades ejecutadas*100 / # Actividades Planificadas	5,6%	37,4%
		Porcentaje de Adolescentes en proyecto de vida (peso 5,8%)	5,8%	90%	# de Adolescentes mayores de 14 años con F de eval de hab, act y destr ocup / # total de adolescentes mayores de 14 años	5,8%	
		Porcentaje de Terapias individuales (peso 5,8%)	5,8%	80%	# de terapias individuales realizadas por cada área*100 / # de terapias individuales programadas por cada área	3,2%	
		Programas Liderados por la Fundación (peso 6,2%)	6,2%	80%	# Talleres ejecutados*100 / # Talleres programados	5,0%	
		Refuerzo académico (peso 5,8%)	5,8%	90%	# niños con Seguimiento Pedagógico actualizado*100 / # total de niños	5,8%	
		Beneficiarios con Platinfa (peso 6,2%)	6,2%	100%	# niños con Platinfa *100 / # total niños con orden de ingreso	6,2%	

		Beneficiarios con seguimiento nutricional (peso 5,8%)	5,8%	100%	# de niños con seguimiento nutricional*100 / # Total de niños	5,8%	
VALOR DEL OBJETIVO			41,6%	89%	META POR OBJETIVO	36,8%	
Fortaleciendo su intervención con el cumplimiento de los lineamientos legales, técnicos y necesidades de sus clientes.	Cumplir con los lineamientos y requisitos establecidos por el cliente (peso 17,4%)	Cumplimiento de Requisitos obligatorios (peso 5,8%)	5,8%	90%	# visitas con puntuación superior a 90% * 100 / # visitas realizadas	5,8%	17,4%
		Actividades Institucionales (peso 5,8%)	5,8%	90%	# Actividades ejecutadas*100 / # Actividades Planificadas	5,8%	
		Documentación personal (peso 5,8%)	5,8%	100%	# Niños con documentación completa y actualizada / total de niños	5,8%	
VALOR DEL OBJETIVO			17,4%	93%	META POR OBJETIVO	16,2%	
Cuenta con una infraestructura acorde a las necesidades requeridas por la población y con un equipo interdisciplinario de profesionales especializados que se capacita y evalúa permanentemente	Mantener los recursos necesarios en condiciones adecuadas. (peso 23,4%)	Actividades programadas para el desarrollo del proceso (peso 6%)	6,0%	80%	# Actividades ejecutadas*100 / # Actividades Planificadas	6,0%	21,7%
		Evaluación de Desempeño (peso 5,8%)	5,8%	90%	# de Evaluaciones de Desempeño retroalimentadas *100 / Total personal que cumpla con los requisitos para ser evaluado	5,3%	
		Evaluación de Proveedores (peso 5,8%)	5,8%	80%	# Proveedores con evaluaciones satisfactorias*100 / Total Proveedores identificados	5,8%	
		Personal competente (peso 5,8%)	5,8%	80%	# de personal con evaluación satisfactoria* 100 / No. de Personal evaluado	4,6%	

VALOR DEL OBJETIVO			23,4%	83%	META POR OBJETIVO	19,3%	
para mejorar continuamente la ejecución de sus procesos.	Promover la mejora continua (peso 17,6%)	Porcentaje de acciones implementadas eficazmente (peso 6%)	6,0%	80%	# acciones implementadas eficazmente*100 / # acciones propuestas	6,0%	17,1%
		Eficacia de los procesos operativos (peso 5,8%)	5,8%	85%	Valor Alcanzado de la eficacia de cada proceso *100 / No total procesos operativos	5,3%	
		Seguimiento Buzón de Sugerencias (peso 5,8%)	5,8%	80%	# Quejas, reclamos y sugerencias solucionados *100 / # Quejas, reclamos y sugerencias presentadas	5,8%	
VALOR DEL OBJETIVO			17,6%	82%	META POR OBJETIVO	14,4%	
META DE LA EFICACIA				86,5%	EFICACIA DEL SISTEMA		93,6%

ANEXO H:
PLANIFICACION DE AUDITORIA



PLANIFICACION AUDITORIA INTERNA

VERSION:1

FECHA DE VERSIÓN: 09/08/07

PAGINA 1

Fecha de elaboración:

Julio 5 del 2008

Auditoria Interna No.

1

1. OBJETIVO

Supervisar y Verificar la adecuada implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

2. ALCANCE

Auditar todos los procesos que conforman el sistema de la Institución.

3. CRITERIOS

Manual de Calidad

Listado Maestro de Documentos

Listado Maestros de Registros

Procedimientos

4. EQUIPO AUDITOR

Sandra Milena Gelves: Asistente de Calidad Auditor Líder

Linda Mendoza: Jefe de Calidad Auditor observador

5. PROCESOS A AUDITAR

Proceso Direccionamiento y Gestión Estratégica

Proceso Mejoramiento Continuo

Proceso Etapa de Ingreso

proceso Formación Académica y Vocacional

proceso Salud y Nutrición

proceso Terapéutico

Proceso Gestión de Recursos

6. METODOS Y PROCEDIMIENTOS

Observación

Comunicación verbal con los Lideres de Proceso

Verificación de Documentos y Registros

6. PROGRAMACION				
FECHA	HORA	PROCESO	AUDITADO	AUDITOR
Julio 10	8:00 a.m. a 12:00 m	Proceso Etapa de Ingreso	Andrés Gutiérrez	Sandra Gelves
		proceso Terapéutico	Gelka Chacón	Sandra Gelves
		Proceso Formación Académica y Vocacional	Shelly Correa	Sandra Gelves
Julio 12	8:00 a.m. a 10:00 a m	Proceso Salud y Nutrición	Elsa Domínguez	Sandra Gelves
Julio 15	8:00 a.m. a 12:00 m	Proceso Direccionamiento y Gestión Estratégica	Nancy Muñoz	Sandra Gelves
		Proceso Mejoramiento Continuo	Sandra Gelves	Linda Mendoza
Julio 20	8:00 a.m. a 12:00 m	Proceso Gestión de Recursos	Linda Mendoza	Sandra Gelves

Sandra Gelves

Elaborado por _____

Cargo: Asistente de Calidad.

ANEXO I:
**LISTA DE VERIFICACION AUDITORIA
INTERNA**



LISTA DE VERIFICACION AUDITORIA INTERNA

VERSION: 1

FECHA DE VERSION: 09/08/07

PAGINA 2

Auditoria No. 1			Líder del Proceso: Nancy Muñoz		
Fecha:			Direccionamiento y Gestión Estratégica		
Día	Mes	Año			
15	07	08			
NUMERAL	PREGUNTAS		EVIDENCIAS REGISTROS O COMENTARIOS		
4,1	Como se establecieron los procesos del SGC				
4,2,1	Política de Calidad, Manual de Calidad, Procedimientos, documentos y registros				
4,2,2	Manual de Calidad, alcance, procedimientos referenciados, interacción de los procesos				
5,1	Compromiso de la Dirección				
5,2	Enfoque al cliente, requisitos del cliente				
5,3	Política de calidad: como de cumplimiento con los req, marco de referencia, comunicada y revisada.				
5,4	Planificación, Objetivos de calidad, medibles y coherentes				
5,5	Responsabilidad autoridad y comunicación				
5,6	Revisión por la dirección				
6,1	Provisión de recursos para imp y mant el SGC				
7,1	Realización del producto				



LISTA DE VERIFICACION AUDITORIA INTERNA

VERSION: 1

FECHA DE VERSION: 09/08/07

PAGINA 2

Auditoria No. 1			Líder del Proceso: Nancy Muñoz		
Fecha:			Direccionamiento y Gestión Estratégica		
Día	Mes	Año			
15	07	08			
7,2,1	Como verifica la satisfacción del cliente				
7,2,2	Sobre que indicadores del proceso es responsable				
7,2,3	Que productos no conformes se han generado en las actividades que desarrollo				
8,1	Qué mecanismos se tienen para mejorar continuamente en la organización				
8,2,3	Seguimiento y medición de procesos				
8,4	Análisis de datos				
8,5,1	mejora continua				

NOTAS:

LÍDER:

ANEXO J:
HALLAZGOS DE LA AUDITORIA INTERNA

FECHA Julio 10 del 2008 **AUDITORIA INTERNA No. 1.**

PROCESO AUDITADO	CONCLUSIONES Y HALLAZGOS	NOMBRE Y CARGO DEL AUDITADO
ATENCION INTEGRAL TRATAMIENTO TERAPEUTICO	<p>Se evidencia conocimiento de la Fundación.</p> <p>No se evidencia legibilidad ni almacenamiento específico en los cronogramas de intervención con los beneficiarios.</p> <p>La carpeta Formación Beneficiarios y carpeta Asistencia de Terapias Complementarias, no tienen un lugar de almacenamiento específico</p> <p>No se diligencian todos los espacios de los registros para formato Asistencia Terapias Complementarias.</p> <p>No están las actas de los 3 últimos meses archivadas en la carpeta formación Beneficiarios.</p> <p>Se encontró la necesidad de elaborar una Ficha de Intervención Terapéutica para registrar el tratamiento que se desarrolla con el niño.</p> <p>Se recomienda mayor familiarización con la norma NTC ISO 9001:2000</p>	FISIOTERAPEUTA GELKA CHACON
OBSERVACIONES La auditoria se realizó exitosamente con la disposición total del líder de proceso.		

ELABORADO POR: SANDRA M. GELVES T.

ANEXO K:
INFORME DE AUDITORIA



INFORME DE AUDITORIA INTERNA

VERSION:1

FECHA DE VERSIÓN: 15/08/07

PAGINA 143

1. INFORMACIÓN GENERAL

REPRESENTANTE DE LA FUNDACION	Nancy Muñoz
OBJETIVO DE LA AUDITORIA	Supervisar y Verificar la adecuada implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.
ALCANCE	Auditar todos los procesos que conforman el Sistema de Gestión de la Calidad de la Fundación.
FECHA Y LUGAR DE REALIZACIÓN	10 al 20 de Julio del 2008
TIEMPO DE AUDITORIA	11 días
PERIODO DE AUDITORIA	Primer Semestre
AUDITOR LÍDER	Sandra M. Gelves Tarazona
AUDITORES	Linda Mendoza
CRITERIOS DE AUDITORIA	Manual de Calidad - Listado Maestro de Documentos Listado Maestros de Registros
FECHA DE ENTREGA INFORME DE AUDITORIA	Julio 25 del 2008

2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Se realizaron las auditorias Internas a todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad de la Fundación:

Proceso Mejoramiento Continuo

Proceso Formación Académica y Vocacional

Proceso Direccionamiento y Gestión Estratégica

Proceso Tratamiento Terapéutico

Proceso Gestión de Recursos

Proceso Etapa de Ingreso

Proceso Salud y Nutrición

De igual manera se identificaron y se socializaron las no conformidades encontradas en la Auditoria Interna.

3. FORTALEZAS DEL SISTEMA DE GE

4. GESTIÓN DE LA CALIDAD

Las principales fortalezas del Sistema de Gestión de Calidad de FUNIESCO son:

- ✦ El compromiso de la alta dirección con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad evidenciado a través de la asignación de recursos, emprendiendo acciones de mejora para los procesos.
- ✦ Buena disposición por parte del personal auditado
- ✦ El compromiso del personal con la toma de conciencia del personal en todos los niveles del cumplimiento de los requisitos del cliente y del objetivo de lograr su satisfacción.
- ✦ Funcionalidad de la documentación establecida.
- ✦ La calificación obtenida en la supervisión que el cliente ICBF realiza a la Fundación manifiesta clara satisfacción en la realización del servicio que se que proporciona.
- ✦ La organización demuestra responsabilidad por mantener la planta física y los recursos necesarios para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.
- ✦ Los líderes de proceso del Sistema de Gestión de la Calidad de la Fundación demuestran conocimiento de la política de la Calidad y sus objetivos, entendiéndola y ubicándose en su campo de acción para el cumplimiento de esta.
- ✦ Se identifican claramente los clientes que maneja la Fundación para la satisfacción de los mismos.

3. DEBILIDADES

De acuerdo a los hallazgos de la auditoria interna los aspectos mas relevantes se clasificaron en observaciones y no conformidades:

OBSERVACIONES

- ✦ No se demuestra una total comprensión de los procedimientos que determinó la Fundación.
- ✦ Los funcionarios de la Fundación manifiestan la falta de familiarización en la Norma NTC ISO 9001:2000.
- ✦ Se evidencia la necesidad de crear mayor hábito por parte de la organización para el diligenciamiento de los registros para el almacenamiento adecuado de los mismos.
- ✦ Se requiere implementar mayor numero de acciones preventivas
- ✦ Falta identificar e implementar el procedimiento de Producto no Conforme

Las no conformidades mostradas en la siguiente tabla describen los hallazgos importantes de cada proceso.

Las no conformidades numero 4 a la 22 pertenecen a las encontradas en la Auditoria Interna.

5. NO CONFORMIDADES		
N°	PROCESO	DESCRIPCIÓN NO CONFORMIDAD (incluir requisito)
4	Formación Académica y Vocacional	No se demostró que en la carpeta Asistencia Formación Pre vocacional de Natación, cumple con proporcionar la evidencia completa del formato Asistencia Formación pre Vocacional ya que no estaban diligenciados todos los espacios. Lo anteriormente mencionado muestra incumplimiento con la norma ISO 9001:2000 elemento 4.2.4
5	Formación Académica y Vocacional	Se evidenció que en el establecimiento donde se almacenan los productos elaborados por los beneficiarios, no cumple con el adecuado mantenimiento del espacio para lograr la conformidad de los requisitos del producto, contraviniendo con el estándar ISO 9001:2000 elemento 6.3a.
6	Etapa de Ingreso	Se evidenció que en la carpeta números 32, 34, 35 y 36 ubicada en el archivo de enfermería, no cumple con los registros necesarios para proporcionar evidencia de la realización de la Valoración Inicial de Nutrición, contraviniendo con el estándar ISO 9001:2000 elemento 7.1d.
7	Etapa de Ingreso	No se evidencia que los registros Batería Fonoaudiológica, Valoración Nutricional Inicial, Valoración Fisioterapia, Evaluación Terapia Ocupacional, Evaluación de Trabajo Social y Valoración Psicológica, cumplieran con lo establecido en el Listado Maestro de Registros, ya que no se encontraban ubicados en las carpetas de los beneficiarios del archivo de enfermería, contraviniendo al estándar ISO 9001:2000 elemento 4.2.4.
8	Tratamiento Terapéutico	No se evidencio que La carpeta Formación Beneficiarios ubicada en el archivo central tratamiento terapéutico, tuviera un lugar de almacenamiento definido, ya que el líder de proceso lo desconoce; de igual forma la carpeta Asistencia Terapias Complementarias no se encuentra almacenada en el lugar que especifica el Listado Maestro de Registros, contraviniendo al estándar ISO 9001:2000 elemento 4.2.4.
9	Tratamiento Terapéutico	Se evidencio que la carpeta de actas Formación Beneficiarios, ubicada en el archivo central Tratamiento Terapéutico, no cumple con la estandarización del documento de actas número FB 003 y FB 008, ya que no se visualiza el encabezado del documento contraviniendo el estándar ISO 9001:2000 elemento 4.2.3.
10	Tratamiento Terapéutico	No se demostró que en la carpeta Asistencia Terapias Complementarias cumple con proporcionar la evidencia completa del formato Asistencia Terapias Complementarias ya que no estaban diligenciados todos los espacios. Lo anteriormente mencionado muestra incumplimiento con la norma ISO 9001:2000 elemento 4.2.4
11	Tratamiento Terapéutico	No se evidencio que en la carpeta Formación Beneficiarios, ubicada en el archivo Tratamiento Terapéutico, cumpliera con los registros necesarios para proporcionar evidencia de la realización de las capacitaciones a Beneficiarios durante los 3 últimos meses, contraviniendo al estándar ISO 9001:2000 elemento 7.1d.
12	Salud y Nutrición	No se evidencio que la carpeta Actividades Educativas Programa Prevención y Promoción, ubicada en el archivo de enfermería, cumpliera con los registros necesarios para proporcionar evidencia de la realización de la actividad del 17 de Abril del 2008, contraviniendo al estándar ISO 9001:2000 elemento 7.1d.

13	Salud y Nutrición	Se evidencio que en los registros de programador de citas médicas, ubicados en el archivo de enfermería, no cumplen con proporcionar legibilidad en la evidencia, ya que contiene tachones y corrector liquido; de igual forma no se demuestra que los registros control y suministro de medicamentos, cumplan con proporcionar la evidencia completa, ya que falta el diligenciamiento de las firmas. Lo anteriormente mencionado muestra incumplimiento con la norma ISO 9001:2000 elemento 4.2.4
14	Direc y Gestión Estratégica	No se evidencia por parte de la Dirección, la aprobación del Comité de Calidad estipulado por la Fundación, compuesto por la directora, trabajadora social, jefe administrativa y asistente de calidad, contraviniendo el estándar ISO 9001:2000 numeral 5.1
15	Direc y Gestión Estratégica	Se evidencia que el registro del informe técnico – financiero que realiza la dirección trimestralmente de los meses Enero Febrero y Marzo no se encuentra archivado en dirección, Direccionamiento y Gestión Estratégica, no cumpliendo con la facilidad de recuperar los registros, contraviniendo el estándar ISO 9001:2000 numeral 4.2.4.
16	Mejoramiento Continuo	El registro de las acciones correctivas realizadas para las no conformidades identificadas en los procesos no cuenta con la respectiva evidencia de que su acción permitió eliminar la no conformidad. Contraviniendo con el numeral de la norma ISO 9001/2000 8.5.2 Acción Correctiva.
17	Mejoramiento Continuo	Los Formatos correspondientes al proceso auditado no cumplen con la respectiva aprobación antes de su emisión por el Jefe de Calidad y no se ha realizado su respectiva distribución al personal pertinente. Los procedimientos correspondientes al proceso no se encuentran almacenados en el lugar establecido para tal fin; contraviniendo el numeral 4.2.3 de la norma ISO 9001/200 control de documentos.
18	Mejoramiento Continuo	La Fundación cuenta con una Encuesta de Satisfacción que se aplicó al cliente pero no existe el respectivo análisis de datos que permita medir la percepción del cliente para posterior seguimiento de la información. Incumpliendo el numeral 8.2.1 Satisfacción del Cliente.
19	Mejoramiento Continuo	Los registros correspondientes a las reuniones del Comité de Calidad para la planeación de las actividades del SGC y Lista de Verificación no se encuentran debidamente diligenciados. Faltando al numeral de la norma ISO 9001/2000 4.2.4 donde se establecen los requisitos para el control de Registros.
20	Mejoramiento Continuo	Existe definido por la Fundación un PROCEDIMIENTO QUEJAS RECLAMO Y/O SUGERENCIAS el cual estipula el manejo de estos aspectos relacionados con el cliente. Se evidencia incumplimiento en los aspectos relacionados con: clasificación por proceso de la Queja, reclamo y/o sugerencias, Socialización del Procedimiento, Viabilidad de la Sugerencia, Reclamo y Queja y retroalimentación al cliente; contraviniendo el numeral 7.2.3 de la Norma ISO 9001 / 2000 Comunicación con el Cliente.
21	Gestión de Recursos	Se evidencia que los registros de control solicitud recepción y entrega de materiales, ubicados en Archivo central, Gestión de Recursos, no cumplen con el total diligenciamiento proporcionando evidencia incompleta de estos, ya que los espacios de observaciones y revisado por, se encuentran vacíos; de igual manera los registros de Seguimiento a la recepción de alimentos, no cumplen con ser legibles, ya que la información se diligencia fuera de los espacios estipulados por este, además que presentan tachones con corrector liquido, contraviniendo al estándar ISO 9001:2000 numeral 4.2.4.
22	Gestión de Recursos	No se evidencia que la organización cumpla con asegurarse del control aplicado al proveedor Mac Pollo ya que no se encuentra la evidencia de los requisitos solicitados por FUNIESCO a sus proveedores; contraviniendo con el estándar ISO 9001:2000 numeral 7.4.1.

6. CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA

La auditoria se desarrollo de acuerdo con el procedimiento de Auditorias Internas de la organización. Para demostrar conformidad con los requisitos de la norma ISO 9001:2000 se deben solucionar las No conformidades documentadas y debilidades encontradas.

El sistema se documenta y mantiene de manera eficaz de acuerdo a lo planificado.

7. RECOMENDACIONES

Según las necesidades para la adecuada implementación del Sistema de Gestión de la Calidad se recomienda:

- ✦ Sensibilizar y capacitar con mayor intensidad al personal de la organización.
- ✦ Implementar todos los procedimientos establecidos por la Fundación y los obligatorios de la norma ISO 9001:2000
- ✦ Identificar acciones preventivas con mayor frecuencia.
- ✦ Reforzar la implementación adecuada de los registros.

Elaborado por: **SANDRA MILENA GELVES TARAZONA.**

Fecha: Julio 25 del 2008.

ANEXO L:
REVISIÓN POR LA DIRECCION



REVISION POR LA DIRECCION

VERSIÓN:1

FECHA DE VERSIÓN: 01/02/08

PAGINA: 149

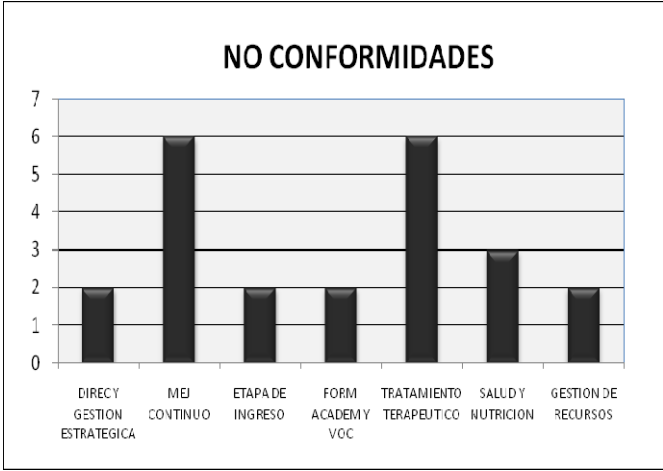
FECHA: Agosto 4 del 2008.

OBJETIVO: Revisar la implementación del SGC en cuanto a su conveniencia, adecuación y eficacia.

ALCANCE: Todos los procesos del SGC.

ASISTENTES: Nancy Muñoz Directora
Linda Mendoza Jefe de Calidad.
Leidy Castro Trabajadora Social.
Sandra Gelves Asistente de Calidad.

POLITICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD				
ELEMENTOS DE REVISION	ANALISIS	ACCIONES / FECHA	RESPONSABLE	RECURSOS
Política de Calidad	<p>Conveniencia: El SGC implementado y estructurado a través de los procesos. Esta estructura está fundamentalmente en coherencia con la Misión o propuesta de la Fundación.</p>	<p>Continuar con la aplicación de los procesos</p> <p>Hacer seguimiento (Noviembre 27 del 2008)</p>	<p>Jefe de calidad y Equipo Interdisciplinario.</p>	<p>No aplica</p>
Objetivos	<p>Adecuación: Las actividades planificadas para la implementación y mantenimiento del SGC cubren los requisitos legales, reglamentarios, técnicos y los establecidos por los clientes y en la política de calidad.</p> <p>Eficacia: El SGC alcanza un 93.6% de eficacia, el cual se considera satisfactorio logrando resultados superiores a lo planeado. Ver anexo Eficacia del Sistema.</p>			

RESULTADOS DE AUDITORIA																				
ELEMENTOS DE REVISION	ANALISIS	ACCIONES / FECHA	RESPON	RECURSO																
Informe Auditoria Interna	<p>Se realizó auditoria Interna de los procesos del 10 al 20 de Julio/08, arrojando 19 no conformidades dadas en auditoria y 4 fuera de la auditoria interna, las cuales se distribuyeron de la siguiente manera:</p>  <table border="1"> <caption>NO CONFORMIDADES</caption> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>Número de No Conformidades</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DIRECTY GESTION ESTRATEGICA</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MEJ CONTINUO</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>ETAPA DE INGRESO</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FORM ACADEMY VOC</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TRATAMIENTO TERAPEUTICO</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>SALUDY NUTRICION</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>GESTION DE RECURSOS</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>Con este grafico se visualiza que en Tratamiento Terapéutico y Mejoramiento Continuo fue donde se obtuvo mayor numero de no conformidades.</p> <p>En cuanto a las observaciones se destaca la falta de familiarización con la terminología utilizada en la Norma ISO 9001:2000.</p>	Categoría	Número de No Conformidades	DIRECTY GESTION ESTRATEGICA	2	MEJ CONTINUO	6	ETAPA DE INGRESO	2	FORM ACADEMY VOC	2	TRATAMIENTO TERAPEUTICO	6	SALUDY NUTRICION	3	GESTION DE RECURSOS	2	<p>Sensibilizar y capacitar con mayor intensidad al personal de la organización</p> <p>Implementar todos los procedimientos establecidos por la Fundación y los obligatorios de la norma ISO 9001:2000</p> <p>Identificar acciones preventivas con mayor frecuencia.</p> <p>Reforzar la implementación adecuada de los registros.</p>	<p>Comité de Calidad</p> <p>Equipo Interdisc.</p>	<p>Talento Humano</p>
Categoría	Número de No Conformidades																			
DIRECTY GESTION ESTRATEGICA	2																			
MEJ CONTINUO	6																			
ETAPA DE INGRESO	2																			
FORM ACADEMY VOC	2																			
TRATAMIENTO TERAPEUTICO	6																			
SALUDY NUTRICION	3																			
GESTION DE RECURSOS	2																			

RETROALIMENTACION DEL USUARIO				
ELEMENTOS DE REVISION	ANALISIS	ACCIONES / FECHA	RESPONSABLE	RECURSOS
Encuesta Satisfacción del cliente beneficiario	<p>Esta encuesta fue realizada el 15 de Julio/08 a los niños, niñas y adolescentes de la Fundación arrojando el 94% del la satisfacción total del beneficiario. Ver informe anexo.</p> <p>Las respuestas negativas mas relevantes fueron:</p> <p>La parte de Alimentación, en la pregunta 3, acerca de las dietas de los niños, señala que 3 beneficiarios están inconformes.</p>	<p>En el momento de intervención con la Nutricionista, sensibilizar al beneficiario para que reconozca en que momentos se hace necesario la implementación de una dieta especifica.</p> <p>Al aplicar la encuesta, solo preguntar a los que reciben este servicio de dietas (Noviembre 2008)</p>	<p>Nutricionista</p> <p>Jefe de Calidad</p>	<p>Talento Humano</p> <p>Beneficiario</p>
	<p>La parte de Psicosocial pregunta 3 relacionada con recibir ayuda de los adultos cuando tienen un problema existen 3 beneficiarios con inconformidad.</p>	<p>En el momento de aplicar la encuesta, saber transmitir la idea de la pregunta al beneficiario. (Nov/08)</p>	<p>Equipo Interdisc.</p>	<p>Talento Humano</p> <p>Beneficiario</p>
	<p>Con relación a Educación, la pregunta tres sobre tener las mismas oportunidades para desarrollar actividades educativas, artísticas y culturales que todos los compañeros, hay 3 beneficiarios no satisfechos.</p>	<p>Trabajar directamente con los niños y lograr una vinculación acorde a la necesidad</p>	<p>Equipo Interdisc.</p>	<p>Talento Humano</p> <p>Beneficiario</p>
Sugerencias , Quejas y Reclamos	<p>Como resultado del análisis de sugerencias, quejas y reclamos, se obtuvo 11 sugerencias, de las cuales 6 son viables y 5 quejas y reclamos, con sus respectivas respuestas. Ver anexo.</p>	<p>Continuar con la implementación del procedimiento</p>	<p>Área Administrativa</p> <p>Fonoaudióloga</p>	<p>No aplica</p>
Resultado Supervisión Entidad Contratante	<p>El día 4 de Marzo del 2008 se hizo la revisión por el equipo de Supervisión CYM, dando como resultado el 99% y solicitando mejoras para la nueva visita de supervisión.</p>	<p>Continuar con la verificación e implementación de dichas acciones de mejora.</p>	<p>Dirección</p>	<p>Talento Humano</p>

DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD DEL PRODUCTO						
ELEMENTOS DE REVISION	ANALISIS			ACCIONES / FECHA	RESPONSABLE	RECURSOS
Informe de Desempeño al proceso	PROCESO	CUMPLIMIENTO	META	<p>Analizar las variables que intervienen en la medición del indicador y presentar propuesta para reestructurar el indicador.</p> <p>(Agosto 13 del 2008)</p>	Comité de Calidad	Talento Humano
	DIREC Y GESTION ESTRA	100%	90%			
	MEJ CONTINUO	97%	82%			
	ETAPA DE INGRESO	100%	90%			
	FORM ACADEM Y VOC	97%	87%			
	TRAT TERAP	77%	80%			
	SALUD Y NUTRICION	92%	90%			
	GESTION DE RECURSO	93%	83%			
	<p>De acuerdo al cuadro anterior, 6 de los 7 procesos alcanzaron las metas establecidas.</p> <p>El proceso Tratamiento Terapéutico obtuvo un 70% de cumplimiento no alcanzando con la meta del 80%. La causa de esto se ve afectado por el indicador porcentaje de terapias individuales el cual solo se logró en un 56%. Se adjunta el Informe de los procesos.</p>					
Conformidad del Producto	En el proceso Salud y Nutrición se identificó un producto no conforme haciendo su tratamiento correspondiente. Ver anexo.			Se realizo el respectivo procedimiento y jornada de evacuación de medicamentos que se encontraban en vencimiento.	Enfermeras	Talento Humano

ESTADO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS				
ELEMENTOS DE REVISION	ANALISIS	ACCIONES / FECHA	RESPONSABLE	RECURSOS
Acciones Correctivas y Preventivas	De las 28 acciones presentadas a la fecha hay 23 cerradas y 3 abiertas. Las acciones que se encuentran abiertas son las número 5, 22 y 23.	Hacer seguimiento y control a las acciones abiertas para evaluar su eficacia.	Jefe de Calidad	No aplica

ACCIONES DE SEGUIMIENTO DE LA REVISION ANTERIOR				
ELEMENTOS DE REVISION	ANALISIS	ACCIONES / FECHA	RESPONSABLE	RECURSOS
Revisión por la Dirección	No aplica ya que la presente revisión es la primera	Tener en cuenta el presente informe para la próxima revisión	Comité de Calidad	No aplica

CAMBIOS QUE PODRIAN AFECTAR AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD				
ELEMENTOS DE REVISION	ANALISIS	ACCIONES/FECHA	RESPONSABLE	RECURSOS
-----	A la fecha no se presenta ningún cambio que afecte el Sistema de Gestión de Calidad Implementado	-----	-----	-----

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA				
ELEMENTOS DE REVISION	ANALISIS	ACCIONES/FECHA	RESPON	RECURSOS
<p>Informes de desempeño</p> <p>Recomendaciones para la mejora</p>	<p>Teniendo en cuenta las mejoras presentadas por cada líder de proceso, se decide implementar las que den valor agregado a la institución.</p>	<p>Continuar con la capacitación y sensibilización de personal en la implementación de procedimientos y actividades del SGC.</p> <p>Asignar una hora de tiempo a los líderes de proceso para que realicen sus informes de Desempeño.</p> <p>Mantener el cumplimiento de las actividades planeadas por cada cronograma estipulado.</p>	<p>Jefe de Calidad</p> <p>Lideres de Proceso</p> <p>Equipo Interdisc.</p>	

CONCLUSIONES
<p>El Sistema de Gestión de Calidad de la Fundación se encuentra en condiciones satisfactorias en todos los procesos implementados de acuerdo al objetivo principal que es la satisfacción de nuestros beneficiarios, siguiendo los pasos de la Política de Calidad.</p> <p>Los aspectos que faltan por mejorar tendrán su adecuado seguimiento para fortalecer el SGC y poder progresar con nuestros objetivos.</p>

Dado por finalizado este reporte se la hará el seguimiento a cada una de las acciones tomadas como responsabilidad de la Gerencia y el coordinador para el Sistema de Gestión de Calidad.

• Directora



• Coordinador de Calidad



ANEXO M:
SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN



155-cd-8887

Bucaramanga, Junio 11 de 2008

Doctora
NANCY MUÑOZ NOVA
Directora
FUNDACIÓN NIÑOS ESPECIALES DEL ORIENTE COLOMBIANO
Anillo Vial Entrada Sede Cotrasur - Vda. Río Frío
Floridablanca

Tenemos el agrado de presentar la propuesta de prestación de nuestro servicio de certificación del sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2000.

La aceptación de su organización de nuestra propuesta será confirmada al devolvernos debidamente firmada la solicitud de certificación, presentada en el anexo.

Adicionalmente, le solicitamos nos confirme la disponibilidad de su organización para efectos de programar la realización de la etapa 1 de la auditoria y remitirnos un Certificado de existencia y representación legal con fecha de expedición no mayor a 30 días.

Reciba un atento saludo y nuestro agradecimiento por la confianza depositada en ICONTEC para la prestación de este servicio y el contar dentro de nuestros clientes con su organización.

Atentamente,

[Handwritten signature]

GLORIA STELLA SARMIENTO GAONA
Directora Regional
ICONTEC

Anexos: (Propuesta, Solicitud de Certificación y Reglamento R-SG-01)



Table with 12 columns listing regional offices: BOGOTÁ, MEDELLÍN, CALI, BARRANQUILLA, NEIVA, BUCARAMANGA, IBAGUÉ, ARMENIA, MANIZALES, PEREIRA, CARTAGENA, ECUADOR, PERÚ, CHILE, PANAMÁ, EL SALVADOR, GUATEMALA, COSTA RICA, REPÚBLICA DOMINICANA, HONDURAS, NICARAGUA. Each entry includes address and contact information.

ANEXO N:
CERTIFICADO DE OTORGAMIENTO



CERTIFICATE

IQNet and
ICONTEC

hereby certify that the organization

FUNDACIÓN NIÑOS ESPECIALES DEL ORIENTE COLOMBIANO - FUNIESCO

Anillo Vial Vereda Río Frío Floridablanca, Santander (Colombia)

for the following field of activities:

**Prestación de servicios de valoración inicial, formación académica
y vocacional, tratamiento terapéutico, salud y nutrición para
niños, niñas y jóvenes con necesidades educativas especiales**

**Provision of services of initial assessment, training academic and
vocational, therapeutic treatment, health and nutrition for boys,
girls and young with educative needs**

has implemented and maintains a

Quality Management System

which fulfills the requirements of the following standard

ISO 9001:2000

Issued on: 2008 10 29

Validity date: 2011 10 28

Registration Number: CO-SC 5676-1



René Wasmer
President of IQNet

Fabio Tobón
Executive Director of ICONTEC



IQNet Partners*:

AENOR Spain AFAQ AFNOR France AIB-Vinçotte International Belgium ANCE Mexico APCER Portugal CISQ Italy CQC China
CQM China CQS Czech Republic Cro Cert Croatia DQS Germany DS Denmark ELOT Greece FCAV Brazil
FONDONORMA Venezuela HKQAA Hong Kong China ICONTEC Colombia IMNC Mexico Inspecta Certification Finland
IRAM Argentina JQA Japan KFQ Korea MSZT Hungary Nemko AS Norway NSAI Ireland PCBC Poland
Quality Austria Austria RR Russia SAI Global Australia SII Israel SIQ Slovenia SIRIM QAS International Malaysia
SQS Switzerland SRAC Romania TEST St Petersburg Russia YUQS Serbia
IQNet is represented in the USA by: AFAQ AFNOR, CISQ, DQS, NSAI Inc. and SAI Global

* The list of IQNet partners is valid at the time of issue of this certificate. Updated information is available under www.iqnet-certification.com



ICONTEC certifica que el Sistema de Gestión de la Calidad de:
 ICONTEC certifies that the Quality Management System of:

FUNDACIÓN NIÑOS ESPECIALES DEL ORIENTE COLOMBIANO - FUNIESCO

Anillo Vial Vereda Río Frio Floridablanca, Santander (Colombia)

ha sido evaluado y aprobado con respecto a los requisitos especificados en:
 has been assessed and approved based on the specified requirements of:

ISO 9001:2000 - NTC-ISO 9001:2000

Este Certificado es aplicable a las siguientes actividades:

This certificate is applicable to the following activities:

Prestación de servicios de valoración inicial, formación académica y vocacional, tratamiento terapéutico, salud y nutrición para niños, niñas y jóvenes con necesidades educativas especiales

Provision of services of initial assessment, training academic and vocational, therapeutic treatment, health and nutrition for boys, girls and young with educative needs

Esta aprobación está sujeta a que el sistema de gestión se mantenga de acuerdo con los requisitos especificados, lo cual será verificado por ICONTEC

This approval is subject to the maintenance of the management system according to the specified requirements, which will be verified by ICONTEC

Certificado SC 5676-1
 Certificate

Fecha de Aprobación: 2008 10 29
 Approval Date:

Fecha Última Modificación:
 Last Modification Date

Fecha de Renovación:
 Renewal Date:

Fecha de Vencimiento: 2011 10 28
 Expiration Date

Director Ejecutivo
 Executive Director

ICONTEC es un organismo de Certificación acreditado por:
 ICONTEC is a certification body accredited by:

