

**DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE
CALIDAD BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA TÉCNICA DE LA
CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA NTCGP 1000:2009 EN EL INSTITUTO
MADRE DEL BUEN CONSEJO – SEDE A**

LAURA JOHANNA VÁSQUEZ OTERO

ID: 000068485

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE INGENIERÍA Y ADMINISTRACIÓN
FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
FLORIDABLANCA**

2011

**DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE
CALIDAD BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA TÉCNICA DE LA
CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA NTCGP 1000:2009 EN EL INSTITUTO
MADRE DEL BUEN CONSEJO – SEDE A**

LAURA JOHANNA VÁSQUEZ OTERO

ID: 000068485

**Proyecto de grado presentado como requisito para optar al título de
INGENIERA INDUSTRIAL**

Directora

ING. LIBIA ROSA RANGEL

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE INGENIERÍA Y ADMINISTRACIÓN
FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
FLORIDABLANCA**

2011

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
OBJETIVOS	13
OBJETIVO GENERAL	13
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
JUSTIFICACIÓN	14
1. MARCO TEÓRICO	16
1.1 SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD	16
1.2 PRINCIPIOS DE GESTIÓN DE CALIDAD	17
1.3 NORMA TECNICA DE CALIDAD EN LA GESTION PÚBLICA GP 1000:2009.	18
1.3.1 Principios de Gestión de Calidad en la NTC-GP 1000:2009	19
1.4 GENERALIDADES PARA ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS	21
1.4.1 Enfoque basado en procesos para establecimientos educativos	22
1.5 TÉRMINOS Y DEFINICIONES ENFOCADOS EN EL SECTOR EDUCATIVO	23
2. METODOLOGÍA PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO	25
2.1 DIAGNÓSTICO	26
2.2 DISEÑO	27
2.3 IMPLEMENTACIÓN	29
2.4 EVALUACIÓN	30
3. DESARROLLO DEL S.G.C. PARA LA INSTITUCIÓN MADRE DEL BUEN CONSEJO SEDE A.	32
3.1 FASE DE DIAGNÓSTICO	32
3.1.1 Generalidades del Instituto Madre Del Buen Consejo – Sede A (MDBC-A)	32
3.1.2 Antecedentes	35
3.1.3 Diagnóstico del S.G.C. Para el instituto Madre del Buen Consejo –Sede A.	36
3.1.4 Graficas Por Numerales	40

4. FASE DE DISEÑO	47
4.1 IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DE GESTIÓN	47
4.1.1 Procesos Estratégicos	48
4.1.2 Procesos Misionales	48
4.1.3 Procesos de Apoyo	48
4.1.4 Procesos de Evaluación, Análisis y Mejora.	48
4.1.5 Planificación Estratégica de Calidad para MDBC-A.	48
4.2 CARACTERIZACIONES	49
4.3 ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	50
4.3.1 Documentación exigida por la Norma	51
4.3.2 Documentación exigida por la ley.	53
4.3.3 Documentación necesaria para la Institución	54
4.4 CODIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN	55
4.5 DESARROLLO DE LA DOCUMENTACIÓN:	57
4.6 POLÍTICA DE CALIDAD	58
4.6.1 Formulación De La Política De Calidad	60
4.6.2 Despliegue De La Política De Calidad	61
4.7 CONFORMACIÓN EQUIPO Y COMITÉ DE CALIDAD	65
5. FASE DE IMPLEMENTACIÓN	66
6. FASE DE EVALUACIÓN	67
6.1 AUDITORIA INTERNA	67
6.2 PLANEACIÓN DE LA AUDITORÍA INTERNA	67
6.3 PREPARACION DE AUDITORES	69
6.4 EJECUCIÓN AUDITORIA	71
6.4.1 Resultados de la auditoría interna	71
6.4.2 Cierre	73
6.5 ACCIONES DE MEJORA	74
6.6 DIAGNOSTICO FINAL	75
7. CONCLUSIONES	83
8. RECOMENDACIONES	85

BIBLIOGRAFIA

86

ANEXOS

88

TABLA DE ILUSTRACIONES

	Pág.
Ilustración 1 Modelo de un Sistema de Gestión de Calidad basado en Procesos	19
Ilustración 2 Fases del Proyecto	25
Ilustración 3 Ciclo PHVA	28
Ilustración 4 Estructura Organizacional Instituto Madre del Buen Consejo Sede A	33
Ilustración 5 Nivel de cumplimiento de Numerales de la NTCGP 1000:2009	39
Ilustración 6 Nivel de Cumplimiento Numeral 4	40
Ilustración 7 Nivel de Cumplimiento Numeral 5	41
Ilustración 8 Nivel de Cumplimiento Numeral 6	42
Ilustración 9 Nivel de Cumplimiento Numeral 7	43
Ilustración 10 Nivel de Cumplimiento Numeral 8	44
Ilustración 11 Mapa de Procesos MDBC-A	47
Ilustración 12 Nivel de Cumplimiento final Numeral 4	77
Ilustración 13 Nivel de cumplimiento final numeral 5	78
Ilustración 14 Nivel de cumplimiento final numeral 6.	79
Ilustración 15 Nivel de cumplimiento final numeral 7	80
Ilustración 16 Nivel de cumplimiento final numeral 8	81
Ilustración 17 Nivel de cumplimiento total final numerales norma NTCGP10002009	82

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Escala de Valoración Lista de Chequeo	36
Tabla 2 Ponderación Lista de Chequeo	37
Tabla 3 Promedios por Numeral de la NTCGP 1000:2009	37
Tabla 4 Resumen Promedios Ponderados de los Numerales de la NTCGP 1000:2009	39
Tabla 5 Matriz de Expectativas para la Formulación de la Política de Calidad	59
Tabla 6 Despliegue de la Política de Calidad	61
Tabla 7 Planeación de la Auditoría Interna IMDBCS-A	68
Tabla 8 Programa de auditoria	69
Tabla 9 Plan de Auditoría del Instituto Madre del Buen Consejo Sede A	70
Tabla 10 Informe de Auditoria	73

LISTADO DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1 LISTA DE CHEQUEO INICIAL	89
ANEXO 2 FORMATO DE CARACTERIZACIONES	104
ANEXO 3 PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS	105
ANEXO 4 PROCESO CONTROL DE REGISTROS	110
ANEXO 5 PROCEDIMIENTO SERVICIO NO CONFORME	113
ANEXO 6 PROCEDIMIENTO ACCIONES PREVENTIVAS	117
ANEXO 7 PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS	120
ANEXO 8 PROCEDIMIENTO AUDITORÍA INTERNA	123
ANEXO 9 GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	128
ANEXO 10 FORMATO PARA ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS	134
ANEXO 11 MANUAL DE CALIDAD	136
ANEXO 12 CARTA CONFORMACIÓN EQUIPO DE CALIDAD	151
ANEXO 13 LISTADO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	152
ANEXO 14 LISTA DE CHEQUEO FINAL	181
ANEXO 15 FORMATO DE ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA	188

RESUMEN

TITULO: DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA TÉCNICA DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA NTCGP 1000:2009 EN EL INSTITUTO MADRE DEL BUEN CONSEJO – SEDE A

AUTOR(ES): LAURA JOHANNA VÁSQUEZ OTERO

FACULTAD: Facultad de Ingeniera Industrial

DIRECTOR(A): ING. LIBIA ROSA RANGEL

RESUMEN

La implementación de la Norma Técnica Colombiana de la Gestión Pública 1000:2009, tiene como propósito mejorar el desempeño y la capacidad de proporcionar productos y/o servicios, que respondan a las necesidades y expectativas de los clientes en el Institución Madre del Buen Consejo sede A. Para llevar a cabo este propósito se realiza una serie de actividades destinadas al diseño, documentación e implementación de todos los procesos con el fin de conseguir la eficiencia, eficacia y efectividad del desarrollo diario de sus procesos.

Teniendo claro cual es nuestro fin se procede a evaluar el instituto elaborando y aplicando una lista de chequeo inicial que permite ver el nivel de cumplimiento del instituto con respecto a los requisitos exigidos por la NTC GP1000:2009, de la cual se obtuvo un 33.22% de cumplimiento, lo que indica que la presencia de un sistema de gestión de calidad en el instituto es mínimo o casi nulo. Ya teniendo los resultados del diagnostico se procede a planear los mecanismos de documentación e implementación para dar cumplimiento a los requisitos, en primer lugar se identificaron los procesos pilares de el instituto y de un Sistema de Gestión de Calidad teniendo como resultado la estructura organizacional, el mapa de procesos, la política de calidad, objetivos de la calidad y sus respectivos indicadores de gestión, de esta manera se realizan las actividades de socialización, capacitaciones y talleres por cada área de la institución brindando los conocimientos necesarios que llevan al buen manejo y aplicación de un SGC. Después de documentado e implementado el sistema se realiza una evaluación final para determinar el grado de cumplimiento en el cual se encuentra el instituto respecto a los requisitos de la norma de la cual se obtuvo un 100% de cumplimiento.

PALABRAS CLAVES: Implementación, sistemas de gestión, eficiencia, eficacia y efectividad, calidad

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

SUMMARY

TITLE: DOCUMENTATION AND IMPLEMENTATION OF QUALITY MANAGEMENT SYSTEM UNDER THE GUIDELINES OF THE STANDARD TECHNICAL QUALITY MANAGEMENT IN THE PUBLIC NTCGP 1000:2009 INSTITUTE OF GOOD MOTHER BOARD - SEAT A

AUTHOR(S): LAURA JOHANNA VÁSQUEZ OTERO

FACULTY: Facultad de Ingeniera Industrial

DIRECTOR: ING. LIBIA ROSA RANGEL

ABSTRACT

The implementation of the Colombian Technical Standard 1000:2009 Public Management (Norma Técnica Colombiana GP 1000:2009), aims to improve the performance and the ability to provide products and / or services that meet the needs and expectations of customers in the Institución Madre del Buen Consejo – Sede ATo accomplish this purpose is carried out a series of activities for the design, documentation and implementation all processes to achieve efficiency, effectiveness and development effectiveness of its processes daily.

Knowing clearly what our purpose we proceed to evaluate the institute to develop and implement an initial checklist that looks at the high school level of compliance with respect to the requirements of the NTC GP1000: 2009, of which 33.22% was obtained compliance, indicating that the presence of a quality management system in the institute is minimal or nil. Already having the results of the diagnosis is necessary to plan the documentation and implementation mechanisms to comply with the requirements, first identified the pillars of the institute processes and a Quality Management System resulting in the organizational structure, process map, the quality policy, quality objectives and their performance indicators, so the activities are socialization, training and workshops for each area of the Institution providing the skills that lead to good management and application of a QMS. After documented and implemented the system performs a final evaluation to determine the degree of compliance which is the Institute regarding the requirements of the rule which obtained 100% compliance.

KEYWORDS: implementacion, management systems, efficiency, effectiveness, effective and quality

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

INTRODUCCIÓN

La evaluación se ha posicionado a nivel internacional como una herramienta útil para el mejoramiento de la calidad educativa, ya que al aproximarse con ella al estado actual de la educación en determinada región o país, proporciona información que permite establecer fortalezas y debilidades que orientan el diseño de políticas y la definición de programas por parte de los organismos rectores del sector, así como también, la elaboración de planes de mejoramiento por parte de las mismas instituciones escolares; sin contar con que es fuente importante para la realización de investigaciones educativas e innovaciones pedagógicas.

En otras palabras, la finalidad de estas evaluaciones es obtener información confiable que permita tomar decisiones hacia un mejoramiento continuo y progresivo de la calidad de la educación. En varios países se han implementado programas focalizados que han permitido mejorar la calidad de los procesos de aprendizaje de los estudiantes; así como también, acciones dirigidas a retroalimentar y enriquecer el trabajo de los docentes.

La aplicación de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTC GP 1000:2009 en el Instituto Educativo Madre del Buen Consejo en su sede A, ubicado en el municipio de Floridablanca, Santander; es el tema a tratar en el presente proyecto de grado. Esta norma es aplicable a la Rama Ejecutiva del poder público y a otras entidades prestadoras de servicios, y tiene como propósito mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes. La orientación de esta norma promueve la adopción de un enfoque basado en procesos, el cual consiste en identificar y gestionar, de manera eficaz, numerosas actividades relacionadas entre sí.

A través del desarrollo de la norma GP 1000:2009 en sus diferentes etapas como el diagnóstico, el diseño y la implementación, se logra que la Institución acceda no solo a los beneficios internos de la norma, sino a los de tipo gubernamental, así como a las mejoras continuas integrales donde el mayor beneficiario es la comunidad educativa.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Diseñar, documentar e implementar el Sistema de Gestión de la Calidad dando cumplimiento a los requisitos y lineamientos dados por la NTC - GP – 1000:2009, en la sede A del Instituto Madre del Buen Consejo (MBC-A) en el Municipio de Floridablanca, Santander.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Detectar y corregir oportunamente y en su totalidad las desviaciones de los procesos que puedan afectar negativamente el cumplimiento de sus requisitos y el nivel de satisfacción de los usuarios, destinatarios o beneficiarios.
- Ajustar los procedimientos, metodologías y requisitos a los exigidos por normas técnicas internacionales sobre gestión de la calidad.
- Controlar los procesos para disminuir la duplicidad de funciones, las peticiones por incumplimiento, las quejas, reclamos, denuncias y demandas.
- Registrar de forma ordenada y precisa las estadísticas de las desviaciones detectadas y de las acciones correctivas adoptadas.

JUSTIFICACIÓN

Las directivas de la institución son conscientes que para un mundo empresarial tan competitivo y una sociedad tan exigente se necesita preparar, adquirir y generar estrategias que les permita brindar a los estudiantes una educación apta para salir a competir en el medio.

La Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, NTCGP 1000:2009, la cual fue actualizada el 18 de noviembre del 2009 por medio del decreto 4485, esta diseñada para ser aplicada en los organismos, entidades y agentes obligados conforme al artículo 2o de la Ley 872 de 2003. Así mismo, esta norma se aplica con el propósito de mejorar el desempeño y la capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes¹.

Esta norma es de aplicación genérica y no es su propósito establecer uniformidad en la estructura y documentación del Sistema de Gestión de la Calidad de las entidades, puesto que reconoce que estas están influenciadas por diferentes marcos legales, objetivos, estructuras, tamaños, necesidades, procesos y productos y/o servicios que suministran.

Así mismo, se hace énfasis especial en la importancia de que el aumento de la satisfacción de los clientes y la mejora en el desempeño de las entidades debe ser la motivación para la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad, y no simplemente la certificación con norma internacional, la cual debe verse como un reconocimiento pero nunca como un fin.

¹ COLOMBIA, Presidencia de la República, Departamento Administrativo de la Función Pública. Decreto 4110/04. Bogotá, Colombia. Diciembre de 2004.

Para suplir estas necesidades la Institución Educativa Madre del Buen Consejo en su Sede A, requiere implantar mecanismos que mejoren todos los procesos internos, diseñando, documentando e implementando un Sistema de Gestión de Calidad, el cual le va permitir a la institución planear, hacer, verificar, actuar y evaluar; generando sentido de pertenencia, compromiso por parte de sus miembros, fidelidad entre sus clientes y crear métodos de mejora continua.

Se persigue con la realización de este proyecto, solidificar la institución educativa, permitiéndole mejorar sus procesos para que brinde a la comunidad educativa nuevos beneficios y recursos con la realización de convenios con instituciones del sector público y privado a las cuales el Institución Madre del Buen Consejo puede acceder más fácilmente al tener un Sistema de Gestión de la Calidad.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD

Un Sistema de Gestión de la Calidad (S.G.C.) según la norma ISO 9000:2008¹ se define como el sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad. Comprende un conjunto de manuales, instrucciones técnicas, procedimientos, registros y sistemas de información, que brindan el mecanismo por el cual la organización puede administrar y organizar sus recursos para lograr mantener y mejorar la calidad obteniendo así, ciertos objetivos establecidos. Este Sistema de Gestión armoniza los esfuerzos de todos los grupos en la organización para que se enfoquen en la calidad del servicio que se presta y se identifiquen qué factores pueden impedir que se satisfaga al cliente.

El Sistema de Gestión de la Calidad (S.G.C.) se fundamenta básicamente en establecer, documentar, implementar, mantener y mejorar continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional. La organización debe como primera medida, identificar los procesos necesarios para aplicar el S.G.C., determinar la secuencia e interacción de estos procesos, determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de qué tan eficaces pueden ser estos, asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarias, para apoyar y realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos y por último implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua².

¹ ICONTEC, Norma Técnica Colombiana ISO 9000:2008, Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario, páginas 1 a 3.

² ICONTEC. Norma Técnica de la Calidad en la Gestión Pública GP 1000:2009. Sistema de Gestión de la Calidad para la Rama Ejecutiva del Poder Público y otras entidades prestadoras de servicios. Requisitos, página 2 a 3.

1.2 PRINCIPIOS DE GESTIÓN DE CALIDAD

Los Sistemas de Gestión de la Calidad tiene unos principios básicos y fundamentales que son: **enfoque al cliente**, que es la razón por la cual la organización debe comprender las necesidades actuales y futuras de sus clientes, satisfacer sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas; **liderazgo**, se da porque los líderes establecen la unidad de propósito, la dirección y el ambiente interno de la organización. Ellos crean el ambiente en el cual el personal puede llegar a estar totalmente involucrado en el logro de los objetivos de la organización; **participación del personal**, el personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización; **enfoque basado en procesos**, en el cual se dice que un resultado deseado se alcanza eficientemente cuando los recursos y las actividades relacionadas se gestionan como un proceso; **enfoque del sistema para la gestión**, es identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de los objetivos. En éste principio, la organización debe establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad y mejorar continuamente su eficacia; mejora continua (Kaizen), y también debe ser el objetivo permanente de la organización; **enfoque basado en hechos para la toma de decisiones**, las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información; **relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor**, en donde la organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor¹.

¹ ICONTEC. NTC ISO 9000:2008. Normas fundamentales sobre la Gestión de la Calidad y documentos de orientación para su aplicación. numeral 0.2.

1.3 NORMA TÉCNICA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA GP 1000:2009.

La norma GP 1000:2009 nace en las entidades públicas de la Rama Ejecutiva el 30 de diciembre de 2003, cuando el Congreso de la República expidió la ley 872. Esta ley establece en su artículo sexto la obligatoriedad para el Gobierno Nacional de reglamentarla mediante la expedición de una Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.

Dicha ley, se actualiza mediante el Decreto 4110 del 9 de diciembre de 2004, donde se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 (Actualmente versión 2009), la cual debe ser implementada por las entidades en un plazo máximo de cuatro años, contados a partir de la fecha de expedición del decreto, igualmente se considero necesario integrar a la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009 con el Sistema de Control Interno con el fin de armonizarlos en cada uno de sus elementos según lo expuesto en el Decreto 4485 del 18 de noviembre de 2009.

Tanto la ley 872 de 2003 como el Decreto 4110 de 2004 son coherentes con el Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno Nacional, el cual tiene entre sus objetivos fundamentales la Renovación de la Administración Pública, cuyo propósito esencial es la construcción de un Estado comunitario, basado entre otros aspectos, en una nueva cultura de la Gestión de lo Público¹.

La orientación de esta norma promueve la adopción de un enfoque basado en procesos, el cual consiste en determinar y gestionar, de manera eficaz, una serie de actividades relacionadas entre sí. Además permite mejorar la satisfacción del cliente y el desempeño de las entidades. Permite dirigir y evaluar el desempeño

¹COLOMBIA. Departamento Administrativo de la Función Pública Red Universitaria de Extensión en Calidad. Guía de Diagnóstico para Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad bajo la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004. Bogotá. Página 7.

institucional en términos de calidad y satisfacción social, con el suministro de productos y/o con la prestación de servicios a cargo de las entidades.

El seguimiento de la satisfacción del cliente requiere la evaluación de la información relativa a la percepción del cliente acerca del cumplimiento de la entidad, respecto a sus requisitos. **Ver Ilustración 1.** Todos los requisitos de esta norma deben ser aplicados en conjunto con las disposiciones legales propias de la naturaleza de cada entidad. Así mismo, son requisitos genéricos y se busca que sean aplicables a todas las entidades sin importar su tipo, tamaño, producto o servicio suministrado¹.

Ilustración 1 Modelo de un Sistema de Gestión de Calidad basado en Procesos



Fuente: Autor

1.3.1 Principios de Gestión de Calidad en la NTC-GP 1000:2009. Se han identificado los siguientes principios de gestión de la calidad, que pueden ser

¹ Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009

utilizados por la alta dirección, con el fin de conducir a la Institución hacia una mejora en su desempeño:

a) Enfoque hacia el cliente: la razón de ser de las entidades es prestar un servicio dirigido a satisfacer a sus clientes; por lo tanto, es fundamental que las Instituciones comprendan cuáles son las necesidades actuales y futuras de los clientes, que cumpla con sus requisitos y que se esfuercen por exceder sus expectativas.

b) Liderazgo: desarrollar una conciencia hacia la calidad implica que la alta dirección de cada Institución es capaz de lograr la unidad de propósito dentro de ésta, generando y manteniendo un ambiente interno favorable, en el cual los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas puedan llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la entidad.

c) Participación activa de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas: es el compromiso de los servidores públicos y/o de los particulares que ejercen funciones públicas, en todos los niveles, el cual permite el logro de los objetivos de la Institución.

d) Enfoque basado en procesos: en las Instituciones existe una red de procesos, la cual, al trabajar articuladamente, permite generar valor. Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

e) Enfoque del sistema para la gestión: el hecho de identificar, entender, mantener, mejorar y, en general, gestionar los procesos y sus interrelaciones como un sistema contribuye a la eficacia, eficiencia y efectividad de las Instituciones en el logro de sus objetivos.

f) Mejora continua: siempre es posible implementar maneras más prácticas y mejores para entregar los productos o prestar servicios en las Instituciones. Es fundamental que la mejora continua del desempeño global de las entidades sea un objetivo permanente para aumentar su eficacia, eficiencia y efectividad.

g) Enfoque basado en hechos y datos para la toma de decisiones: en todos los niveles de las Instituciones las decisiones eficaces, se basan en el análisis de los datos y la información, y no simplemente en la intuición.

h) Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores de bienes o servicios: las Instituciones y sus proveedores son interdependiente. Una relación beneficiosa, basada en el equilibrio contractual aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

i) Coordinación, cooperación y articulación: el trabajo en equipo, en y entre Instituciones es importante para el desarrollo de relaciones que beneficien a sus clientes y que permitan emplear de una manera racional los recursos disponibles.

j) Transparencia: la gestión de los procesos se fundamenta en las actuaciones y las decisiones claras; por tanto, es importante que las Instituciones garanticen el acceso a la información pertinente de sus procesos para facilitar así el control social¹.

1.4 GENERALIDADES PARA ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS

El Sistema de Gestión de la Calidad (S.G.C.) está influenciado por los diferentes objetivos educativos, por las definiciones del Proyecto Educativo Institucional o su equivalente, por los diversos métodos de enseñanza, por la participación de la comunidad educativa y por prácticas administrativas y financieras específicas en

¹ Norma NTCGP 1000

cada establecimiento, estas diferencias según el carácter privado u oficial del mismo.

En la aplicación del ciclo PHVA al proceso de prestación del servicio educativo pueden establecerse las siguientes equivalencias: 1). Planificar o planear: definir lo que se espera que los estudiantes alcancen. Para el caso de la educación formal en los niveles de preescolar, básica y media, existen lineamientos y estándares nacionales que se incorporan al plan de estudios de cada establecimiento educativo (Ley 115 del 8 de febrero de 1994); 2). Hacer: prestar el servicio educativo; 3). Verificar: evaluar los resultados de la acción educativa en los estudiantes y evaluar los recursos y procesos del establecimiento educativo; y 4). Actuar: definir acciones para mejorar los resultados de la evaluación diseñadas y ejecutadas en un plan de mejoramiento.

1.4.1 Enfoque basado en procesos para establecimientos educativos. Estos procesos son generalmente multidisciplinarios, incluyen procesos administrativos y de apoyo, así como aquellos concernientes a la prestación del servicio, tales como pedagógicos y curriculares. Algunos procesos que podrían existir en un establecimiento educativo son:

- Proceso para la gestión directiva en los que se determina el papel en el entorno socio-económico.
- Procesos para la gestión académica en los que se definen los procesos pedagógicos y curriculares que orientan los planes de estudio.
- Procesos para la gestión administrativa y financiera en los que se definen normas y procedimientos para la utilización de los recursos físicos, humanos y financieros; y para la prestación de servicios complementarios para la comunidad.

- Procesos para la gestión de la comunidad en los que definen los mecanismos de participación con los actores de la comunidad educativa para la promoción de la convivencia y la vinculación de su entorno.

1.5 TÉRMINOS Y DEFINICIONES ENFOCADOS EN EL SECTOR EDUCATIVO

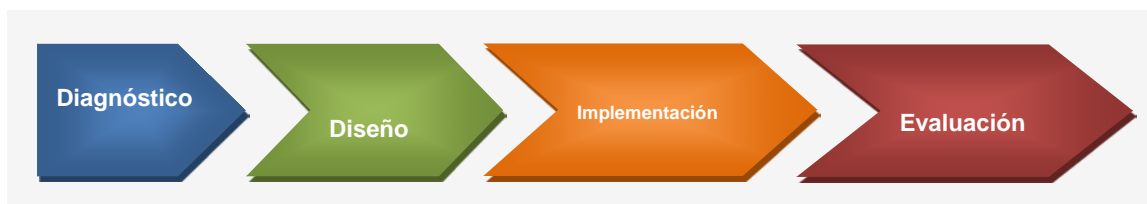
- **Cliente:** Puede ser una organización o individuo que recibe un producto. En el caso de los establecimientos educativos los clientes pueden ser estudiantes, padres de familia o acudientes, organizaciones de control, empleadores, establecimientos receptores de un nivel educativo diferente.
- **Parte interesada:** Persona o grupo que tiene interés en el desempeño o éxito de una organización.
- **Proceso educativo:** Conjunto de actividades interrelacionadas que tiene como objetivo la formación en los estudiantes de las competencias básicas, ciudadanas o labores que permitan un desarrollo personal, cultural, social y productivo.
- **Producto educativo:** Resultado del proceso educativo, definido en el proyecto educativo institucional o equivalente.
- **Establecimiento educativo:** Conjunto de personas y bienes promovidos por autoridades públicas o por particulares, cuya finalidad es prestar el servicio de educación.
- **Docente:** Persona que planifica, desarrolla y evalúa el servicio educativo.
- **Alta dirección:** Persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel una organización.

- **Proyecto Educativo Institucional (P.E.I.) o su equivalente:** Es un documento que contiene la propuesta de educación de un establecimiento educativo, en el que se plasman los objetivos, el enfoque pedagógico, metodológico y curricular; los elementos que lo caracterizan y diferencias de otros; define las competencias a desarrollar a través de la formación y las estrategias para lograrlo.
- **Calidad:** Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos, es decir, con las necesidades o expectativas de los clientes.

2. METODOLOGÍA PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO

Para el desarrollo de este proyecto, en el que se busca la implementación de la norma NTCGP 1000:2009, se identificaron varias fases que se deben desarrollar de manera secuencial y sistemática para lograr los objetivos propuestos. **Ver Ilustración 2.**

Ilustración 2 Fases del Proyecto



Fuente: Autor

Pero antes de desarrollar las fases anteriormente descritas, es necesario tener en cuenta algunas directrices iniciales para asegurar el éxito de la incorporación del Sistema de Gestión de Calidad (S.G.C.) en la institución:

- **Compromiso y respaldo de la alta dirección:** Conforme a la Ley 872 de 2003 y el Decreto 4110 de 2004 la máxima autoridad de cada entidad pública tendrá la responsabilidad de desarrollar, mantener, revisar y perfeccionar el S.G.C. El incumplimiento se tipifica como causal de mala conducta.
- **Designación del representante de la dirección:** El representante legal de la entidad designará, mediante acto administrativo interno, a un funcionario de nivel directivo, como representante de la dirección para que adelante el diseño e implementación del S.G.C. en la entidad.
- **Conformación del equipo de calidad:** El representante legal mediante acto administrativo interno conformará el equipo de calidad. Este equipo estará

bajo la coordinación del representante de la dirección y será el dinamizador y colaborador en la implementación del S.G.C. en la entidad.

2.1 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del S.G.C. es la fase inicial del proyecto la cual se convierte en la radiografía de la entidad respecto al grado de aplicación de la norma NTCGP 1000:2009. Corresponde a la realización de una lista de chequeo acerca del estado actual del S.G.C. en la entidad.

Es conveniente aplicar esta fase porque permite reconocer las diferencias existentes entre lo que tiene la entidad y lo que debería tener frente a los requisitos de la norma NTCGP 1000:2009. Se convierte a su vez en el insumo clave para la planeación y el diseño del S.G.C. Identifica y facilita la priorización de las oportunidades para la mejora.

El diagnóstico mide cualitativamente qué tan lejos está la organización de alcanzar los requisitos exigidos por la norma, evaluando tanto su nivel de documentación como de implementación y mejoramiento.

Como parte de este diagnóstico se deben definir ciertos aspectos claves del proyecto:

- Actividad que desarrolla la Organización.
- Misión, visión, objetivos.
- Líneas de prestación de servicios.
- Ubicación de las diferentes sedes de la Entidad.

- Marco legal aplicable.
- Estructura administrativa y planta de cargos.

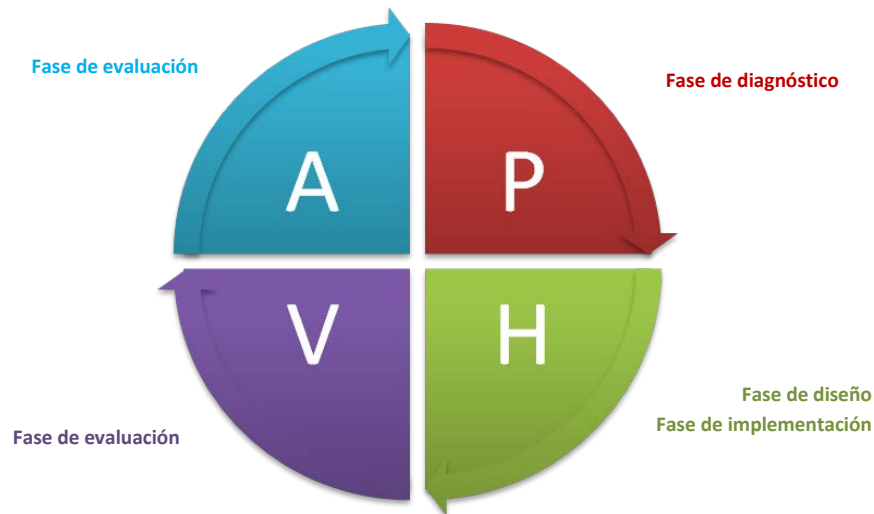
2.2 DISEÑO

Corresponde a la definición de soluciones y puesta en marcha de metodologías para implementar un S.G.C. coherente con el estándar nacional NTC-GP 1000:2009 y garantizar el cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios propios de las entidades del Estado. En esta fase se realiza la definición y caracterización de los procesos que harán parte del S.G.C., se elabora el soporte documental (manuales, procedimientos, instructivos, formatos, entre otros) requerido para la adecuada y efectiva operación de estos procesos, se determinan los instrumentos para la gestión de su medición y seguimiento (indicadores de eficacia, eficiencia y efectividad), y se identifican los riesgos inherentes a la prestación del servicio con el fin de planear y realizar el control específico.

Las actividades de diseño y documentación del S.G.C. permiten que los ejecutores de los procesos describan la manera en que los realizan, identificando si los mismos se ajustan a los requerimientos específicos de la Norma. La norma NTC-GP 1000:2009 establece unos requisitos mínimos tanto en la definición de los procesos como en la documentación, pero es la entidad la que define efectivamente qué actividades documenta y hasta dónde se extiende, tomando en consideración la complejidad de sus procesos y la competencia de las personas que los realizan.

Esta fase constituye un componente fundamental en la implementación del S.G.C., ya que permite a las entidades esquematizar lo que será su propio modelo, de acuerdo con las exigencias de la norma NTCGP 1000:2009 y bajo el ciclo PHVA (Planificar– Hacer– Verificar-Actuar). Ver Ilustración 3.

Ilustración 3 Ciclo PHVA



Fuente: William Edwards Deming

En este sentido, la fase de Diseño da respuesta a la Planificación del S.G.C., en lo relativo a “establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la Entidad”.

Es necesario identificar los procesos que le permiten a cada entidad cumplir la misión asignada, determinando su secuencia e interacción; así mismo se debe establecer la documentación requerida, que incluya la política de calidad, los objetivos de calidad, el manual de calidad, los procedimientos, instructivos y formatos.

Actividades de la fase de diseño:

- Identificación de los procesos del S.G.C. (Estratégicos, misionales, de apoyo)
- Descripción (Caracterización) de los procesos del S.G.C.

- Planificación de la estrategia de calidad (Política y objetivos de calidad)
- Planificación de la realización del producto o servicio (Planes de calidad)
- Documentación de los procesos (Manual de calidad, procedimientos, instructivos, formatos.)
- Definición de los Indicadores de Gestión.

2.3 IMPLEMENTACIÓN

La fase de implementación, corresponde a la ejecución de todo lo planeado en la fase de diseño. en esta se realiza la divulgación y aplicación del soporte documental elaborado y se diligencian y conservan los registros que sirven como mecanismos de control y evidencia de ejecución de las actividades del proceso. Para ejecutar esta etapa se deben tener en cuenta las características propias de la Entidad y los recursos existentes.

La Fase de Implementación se realiza llevando a cabo los siguientes pasos:

- Ejecutar estrategias de sensibilización, comunicación y divulgación.
- Aplicar las disposiciones planificadas por la entidad dentro de su S.G.C. (manuales, procedimientos, instructivos, formatos, cálculo de indicadores, administración de riesgos, entre otras).
- Controlar adecuadamente los documentos y registros.

2.4 EVALUACIÓN

Esta fase permite conocer con exactitud como estamos frente al cumplimiento de cada requisito, en esta se verifica si se ha dado cumplimiento a los objetivos institucionales y de calidad, así como también a la medición que se realice a los factores claves del éxito en los proceso y características de los productos y/o servicios, requisitos legales, del cliente y de la entidad tomando como insumo los diferentes informes generados por los mecanismos adoptado, tales como: revisiones por la dirección auditorías, entre otros.

En esta etapa se contrastan los resultados en relación con los objetivos, se comienzan las actividades con el fin de que las inconsistencias, quejas y reclamos de los usuarios y partes interesadas se soluciones; también permite valorar las acciones ejecutadas y la eficiencia, efectividad y eficiencia de los puntos de control los cuales son:

- Los procesos, su implementación y el valor agregado que estén generando respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos establecidos para el producto y/o prestación del servicio.
- Los riesgos de mayor incidencia de ocurrencia o que generan impacto considerable en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes, usuarios y/o beneficiarios

Esta fase se lleva a cabo mediante los siguientes aspectos:

- Efectuar medición y seguimiento de la satisfacción del cliente, de los procesos, del producto y/o servicio y la realización periódica de auditorías internas.
- Realizar control del producto no conforme.

- Ejecutar acciones de mejora, que incluyen la acción correctiva, la acción preventiva y la mejora continua.
- Realizar la revisión por la dirección según la periodicidad establecida por la entidad.

3. DESARROLLO DEL S.G.C. PARA LA INSTITUCIÓN MADRE DEL BUEN CONSEJO SEDE A.

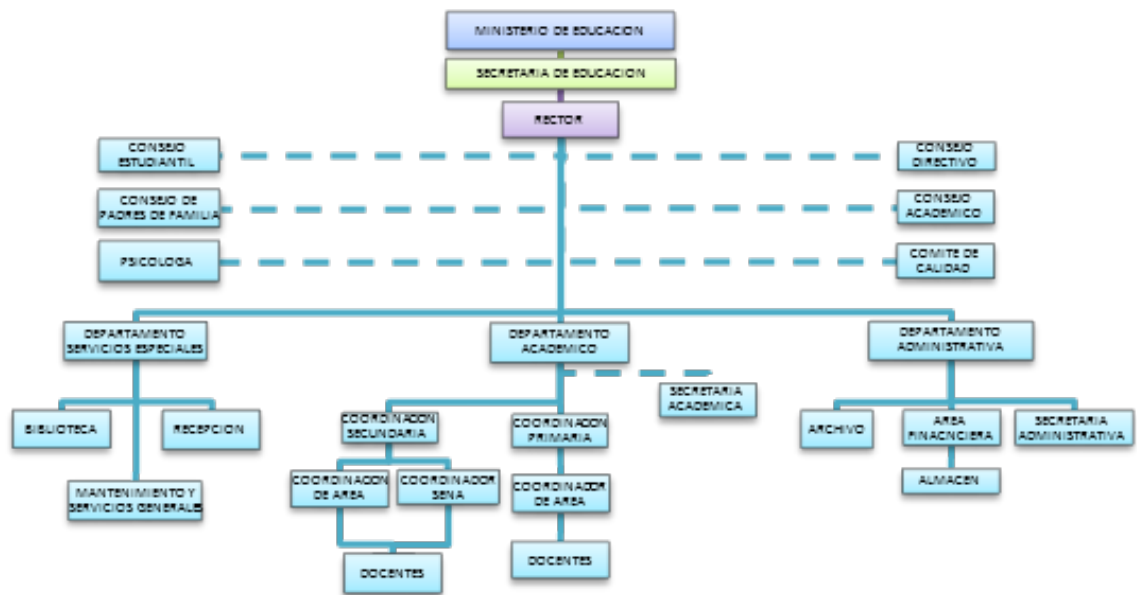
3.1 FASE DE DIAGNÓSTICO

En esta fase se realizó un reconocimiento del Instituto MDBC-A, acerca de sus generalidades, su historia, organización y demás detalles de su funcionamiento. Posteriormente, se realizó el diagnóstico en la Institución para determinar si existía algún tipo de Sistema de Control o de Gestión que soporte las actividades diarias, así como el tipo de documentación que en la actualidad se venía utilizando.

3.1.1 Generalidades del Instituto Madre Del Buen Consejo – Sede A (MDBC-A). Las generalidades corresponden a la información básica del Instituto Madre del Buen Consejo – Sede A., en donde se aplicó el proyecto:

- **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:** Instituto Madre del Buen Consejo – Sede A.
- **ACTIVIDAD ECONÓMICA / PRODUCTOS Y SERVICIOS:** Educativa de carácter oficial
- **NÚMERO DE EMPLEADOS:** 53 Empleados (Directos e Indirectos)
- **DIRECCIÓN:** Sede A INSTITUTO MADRE DEL BUEN CONSEJO.
- Calle 19 No. 14-09 Barrio Ciudad Valencia (Código DANE: 168276000096)
Teléfono: 6387015 Fax: 6819841
- **ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**

Ilustración 4 Estructura Organizacional Instituto Madre del Buen Consejo Sede A



Fuente: Autor

- RESEÑA HISTÓRICA:** La Ciudadela Educativa Madre del Buen Consejo, inició sus labores con el nombre de Concentración Escolar Madre del Buen Consejo, en el año 1972, en las instalaciones cedidas por el Instituto de Crédito Territorial, una vez terminado el barrio Ciudad Valencia. Su fundadora, la religiosa de la comunidad Hijas de Jesús, Madre Verónica Tejedor, en colaboración con los Padres de Familia del Colegio Reina de la Paz y con la donación de pupitres por parte del ICETEX y la realización de diversas actividades, fue equipando la institución, al mismo tiempo que se posicionaba entre las mejores entidades educativas de Floridablanca.

En 1991, se inició el preescolar, ampliando los servicios educativos progresivamente. Fue en 1993, cuando la Comunidad de Religiosas de las Colosancias, asume la dirección del establecimiento y posteriormente fue nombrada la docente Nohora González de Niño como su directora, quien gestionaría y ejecutaría proyectos de ampliación y dotación de recursos.

Progresivamente, el Instituto ha venido implementando sus niveles de formación, es así como en 1996, se implementó el bachillerato hasta el grado noveno, entregándose la primera promoción de Educación Básica Secundaria (novenno grado) en 1999. El 28 de octubre de 2002, según Resolución No. 12458 se establece la integración de las plantas físicas:

Sede A: Instituto Madre del Buen Consejo

Sede B: Instituto Domingo Sabio

Sede C: Instituto Josefa del Castillo

Sede D: Instituto El Progreso

En el año 2003, asume la dirección de la Ciudadela Educativa, la Lic. Benilda Correa Rodríguez. En el año 2004 se asigna como Rector encargado Luís Francisco Ríos Pérez y en julio de 2005 a la fecha es nombrado para el cargo, oficialmente el Doctor Cesar Enrique Monsalve Jiménez.

La Ciudadela Educativa Madre del Buen Consejo ofrece el servicio educativo en el nivel preescolar, educación básica (1° a 9°), educación media (10° y 11°), en las jornadas mañana y tarde. Su Modalidad es Bachillerato Técnico Comercial con especialidad en Mercadeo: “Negociación y Venta de Productos y Servicios”.

- **DESCRIPCIÓN DEL ÁREA ESPECÍFICA DE TRABAJO:** El Instituto Madre del Buen Consejo se encuentra ubicado en el municipio de Floridablanca Santander; la sede principal (Sede A) se encuentra en el barrio Ciudad Valencia funcionando desde el año 1972. En el municipio antes mencionado se encuentran también las otras 3 sedes de la institución, sus plantas físicas fueron integradas a dicha institución por medio de la Resolución No. 12458 en octubre de 2002, son: la

sede B (INSTITUTO DOMINGO SABIO), la sede C (INSTITUTO JOSEFA DEL CASTILLO) ubicadas en el Barrio Villabel y la sede D (INSTITUTO EL PROGRESO) se localiza en el barrio el Progreso.

- **NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR:** Sr. Cesar Enrique Monsalve Jiménez, Rector del Instituto Madre del Buen Consejo.

3.1.2 Antecedentes. La inquietud de la Institución Madre del Buen Consejo – Sede A-, por los Sistemas Integrados de Gestión parte del comunicado verbal que les hace la Secretaría de Educación del Municipio de Floridablanca Santander a finales del año 2008, a todos los directivos de las instituciones educativas del Sector Público, en la cual les informan que para el año 2011 todas las instituciones educativas del sector público deberán estar certificadas o en el proceso de certificación.

Varios de los colegios del Sector Privado cuentan ya con esta certificación, permitiéndoles hacer más ágiles sus procesos, obtener con mayor facilidad convenios, beneficios y recursos con instituciones del Sector Público y Privado.

En el Sector Público educativo, se tiene conocimiento que las Instituciones Rafael Pombo y el Colegio Metropolitano de Floridablanca Santander, se encuentran adelantando procesos para lograr la implementación del S.G.C. Por dicho motivo la institución Madre del Buen Consejo – Sede A-, ha decidió comenzar a diseñar, documentar e implementar el S.G.C. con base en la NTC GP – 1000:2009, la cual fue diseñada para todas las entidades del sector centralizado y descentralizado de la Rama Ejecutiva del Poder Público en el orden nacional; hasta la fecha no se han ejecutado trabajos anteriores relacionados con el tema, siendo este diagnóstico el primero, se espera que sea modelo para las otras instituciones educativas.

3.1.3 Diagnóstico del S.G.C. Para el instituto Madre del Buen Consejo –Sede

A. El Instituto MBC-A, no cuenta con un Sistema de Gestión de Calidad (S.G.C.), sin embargo, las directivas del Instituto desde finales del 2008 manifestaron gran interés en empezar un proceso de diseñar, documentación e implementación del S.G.C. basado en la NTC- GP 1000:2009, tener documentado cada uno de sus procesos, ya que en la actualidad el ente educativo presenta inconvenientes en la realización de sus procesos, generándose así, pérdidas de tiempo y problemas de identificación de responsables y sus funciones. Falta además, crear sentido de pertenencia y compromiso por parte de sus miembros.

Para comenzar la primera fase del proceso para la construcción y documentación del S.G.C., en el instituto MBC-A, se empezó con la lista de chequeo basada en los requisitos de la norma NTC- GP 1000:2009, la cual reflejó el grado de cumplimiento en el que se encontraba la institución con respecto a los requisitos de la norma.

Se diseñó la lista de chequeo (ver Anexo 1) acorde a la necesidad de obtener de manera clara y concisa el nivel de implementación y documentación del sistema de gestión de calidad que presenta el Institución Madre del Buen Consejo sede A.

Para llevar a cabo la evaluación a la Institución y generar un diagnostico con la evidencia encontrada se empleó la siguiente escala de valoración(ver tabla 1):

Tabla 1 Escala de Valoración Lista de Chequeo

NA: La pregunta no aplica para la institución.
Valor 1: El requisito no se encuentra documentado y no se cumple
Valor 2: El requisito se encuentra documentado y no se cumple
Valor 3: El requisito se cumple y no se encuentra documentado
Valor 4: El requisito se cumple y se encuentra documentado.

Fuente: Autor

A continuación se presenta los resultados obtenidos después de la aplicación de la lista de chequeo (ver tabla 2)

Nivel de cumplimiento de los requisitos de la norma:

Tabla 2 Ponderación Lista de Chequeo

Porcentaje	Número	Valoración
0%	1	El requisito no se encuentra documentado y no se cumple.
50%	2	El requisito se encuentra documentado y no se cumple.
75%	3	El requisito se cumple y no se encuentra documentado.
100%	4	El requisito se cumple y se encuentra documentado
N/A	N/A	La pregunta no aplica para la institución

Fuente: Autor

Luego de emplear la ponderación a los datos obtenidos en la lista de chequeo se hallaron los siguientes promedios que representan el nivel de cumplimiento de la NTCGP 1000:2009 (ver tabla 3 y 4):

Tabla 3 Promedios por Numeral de la NTCGP 1000:2009

Numeral	Promedio por numeral
4	25,63%
4.1.	40%
4.2.	11,25%
4.2.1.	0%
4.2.2.	0%
4.2.3.	45%
4.2.4.	0%
5	26,38%
5.1.	100%
5.2.	25%
5.3.	0%
5.4.	0%
5.4.1.	0%
5.4.2.	0%
5.5.	33,3%
5.5.1	100%
5.5.2.	0%
5.5.3.	0%
5.6.	0%
5.6.1.	0%
5.6.2.	0%

Numeral	Promedio por numeral
5.6.3.	0%
6	75%
6.1.	75%
6.2.	75%
6.2.1.	75%
6.2.2.	37,5%
6.3.	75%
6.4.	75%
7.	24,1%
7.1.	30%
7.2.	31,25%
7.2.1.	75%
7.2.2.	18,75%
7.2.3.	0%
7.3.	6,25%
7.3.1.	37,5%
7.3.2.	0%
7.3.3.	0%
7.3.4.	0%
7.3.5.	0%
7.3.7.	0%
7.4.	50%
7.4.1.	50%
7.4.2.	50%
7.4.3.	50%
7.5.	3%
7.5.1	0%
7.5.2.	0%
7.5.3.	0%
7.5.4.	0%
7.5.5.	15%
8.	0%
8.1.	0%
8.2.	0%
8.2.1.	0%
8.2.2.	0%
8.2.3.	0%
8.2.4.	0%
8.3.	0%
8.4.	0%
8.5.	0%
8.5.1.	0%
8.5.2.	0%
8.5.3.	0%

Fuente: Autor

Tabla 4 Resumen Promedios Ponderados de los Numerales de la NTCGP 1000:2009

Numeral	Porcentaje
Numeral 4	25,63%
Numeral 5	26,38%
Numeral 6	74%
Numeral 7	24,10%
Numeral 8	0%
Promedio total de cumplimiento	33,22%

Fuente: Autor

Ilustración 5 Nivel de cumplimiento de Numerales de la NTCGP 1000:2009

▣

Fuente: Autor

Realizando una ponderación acerca de los numerales de la norma NTC GP 1000:2009, y sus requisitos aplicados a la Institución Madre del Buen Consejo en su sede A, se encuentra que se está dando un cumplimiento total del 33,22%, el cual es un porcentaje muy bajo lo que indica que la presencia de un Sistema de Gestión en la Institución es mínimo o casi nulo.

3.1.4 Gráficas Por Numerales

NUMERAL 4: Sistema de Gestión de Calidad

Ilustración 6 Nivel de Cumplimiento Numeral 4

▮

Fuente: Autor

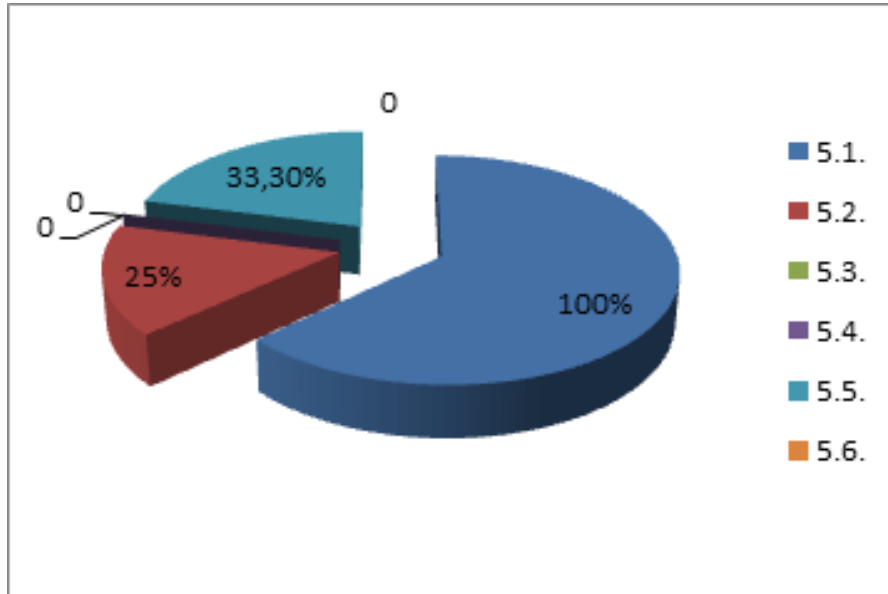
4.1 Requisitos generales

4.2 Gestión Documental

Esta grafica refleja el grado de cumplimiento que se evidencia en la institución en lo que refiere al planteamiento de los requisitos generales de la norma, presentando un grado de cumplimiento del 40% y en cuanto a la gestión documental el cumplimiento es tan solo del 11,25% lo cual evidencia que en la institución no se está gestionando procesos de manera adecuada de acuerdo a los requisito de la norma.

NUMERAL 5: Responsabilidad de la Dirección

Ilustración 7 Nivel de Cumplimiento Numeral 5



Fuente: Autor

5.1. Compromiso de la Dirección

5.2. Enfoque al Cliente

5.3. Política de Calidad

5.4. Planificación

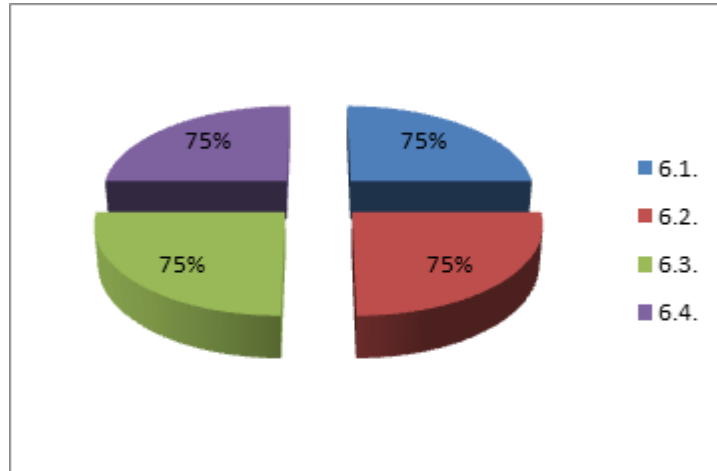
5.5. Responsabilidad, autoridad y comunicación.

5.6. Revisión por la Dirección

En esta grafica se aprecia que el compromiso por parte de la dirección es significativamente alto evidenciado con un 100% de disposición para efectuar y llevar a cabo un sistema de gestión de calidad con eficacia, eficiencia y efectividad

NUMERAL 6: Gestión de Recursos Humanos

Ilustración 8 Nivel de Cumplimiento Numeral 6



Fuente: Autor

6.1 Provisión de Recursos

6.2 Talento Humano

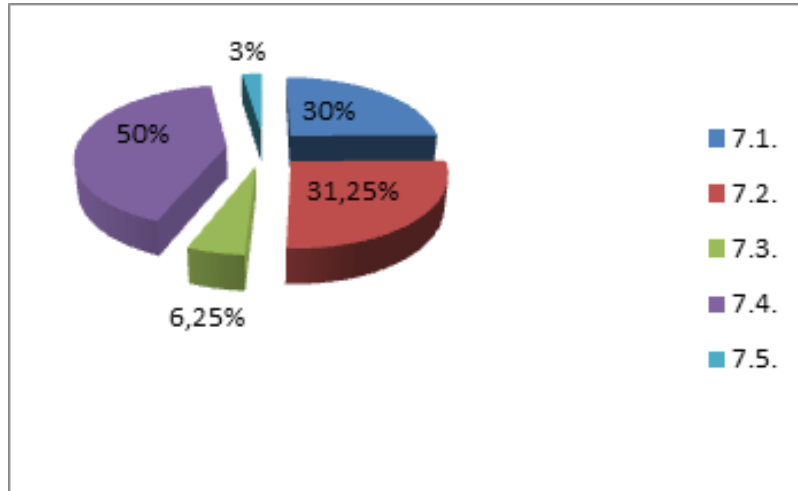
6.3 Infraestructura

6.4 Ambiente de Trabajo

En la institución Educativa se cumple en un 75% con la gestión de los recursos, muestra que proporciona recursos humanos competentes e infraestructura y el ambiente de trabajo necesario para implementar y mantener un S.G.C. en conformidad de los requisitos del servicio dispuestos por la norma.

NUMERAL 7: Realización del producto o Prestación del Servicio

Ilustración 9 Nivel de Cumplimiento Numeral 7



Fuente: Autor

7.1 Planificación de la realización del producto o prestación del servicio.

7.2 Procesos relacionados con el cliente.

7.3 Diseño y desarrollo.

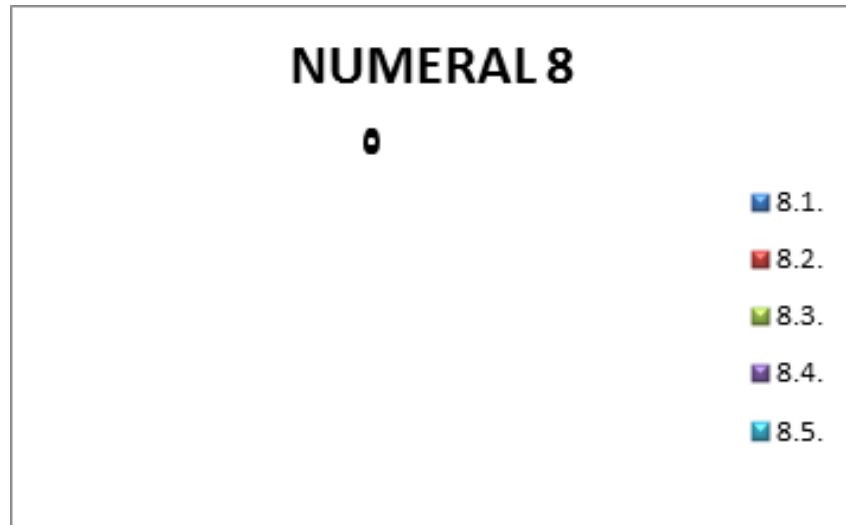
7.4 Adquisición de bienes y servicios.

7.5 Producción y prestación del servicio.

La grafica muestra que en la institución no se está llevando la planificación ni el desarrollo para la realización de la prestación del servicio evidenciado en un 3% y aunque se trata de prestar un servicio conforme a las necesidades del cliente falta mejorar pues solo se cumple con un 31,25%; en cuanto a la adquisición de bienes y servicios la institución muestra un 50% de cumplimiento lo que permite decir que en la Institución lleva cierto proceso para verificar el estado de los productos adquiridos y el cumplimiento con las condiciones pactadas con los proveedores.

NUMERAL 8: Medición Análisis y Mejora

Ilustración 10 Nivel de Cumplimiento Numeral 8



Fuente: Autor

8.1 Generalidades

8.2 Seguimiento y medición

8.3 Control del producto y/o servicio No Conforme

8.4 Análisis de datos

8.5 Mejora

Se aprecia un déficit de seguimiento, medición y análisis al S.G.C. como muestra la gráfica el cumplimiento en este numeral de la norma es un 0%, la auditoría, el seguimiento y los análisis necesarios para controlar y prestar un mejor servicio son nulos en la Institución educativa.

Además se puede concluir que:

- No existe cumplimiento total de los requisitos exigidos por la norma NTC-GP 1000:2009 aunque algunos requisitos se desarrollaban dentro de las actividades de la institución de manera parcial, pero no se tienen los registros que evidencien los mismos.
- El instituto no cuenta con la documentación adecuada al S.G.C., como manual de calidad, política de calidad, objetivos de calidad, y reglamentaciones aplicables.
- Falta documentación en lo referente al control de los documentos aunque se tiene claro algunos criterios de almacenamiento y actualización, por lo cual es conveniente estandarizar la información que permitirá que los documentos tengan un manejo similar en cada dependencia y un mayor control de los mismos.
- En cuanto al control de los registros se tienen claro algunos de los requisitos exigidos por la norma como el manejo de su almacenamiento, pero gran parte de los requisitos exigidos por la norma no se encuentran establecidos, en la mayoría de los casos porque el procedimiento no se ha determinado formalmente o se desconoce. La institución cumple de manera básica con los requisitos establecidos en la ley 594 del 14 de Julio del 2000, por medio de la cual se dicta la ley general de archivos y la regulación del inventario Único Nacional de la misma ley
- En la actualidad no se llevan a cabo los procesos de auditoría interna, acciones correctivas y preventivas.

El diagnóstico permitió identificar que documentos se debían construir en la etapa de documentación para implementar la NTC-GP 1000:2009. (Ver Anexo 1 Lista de chequeo inicial).

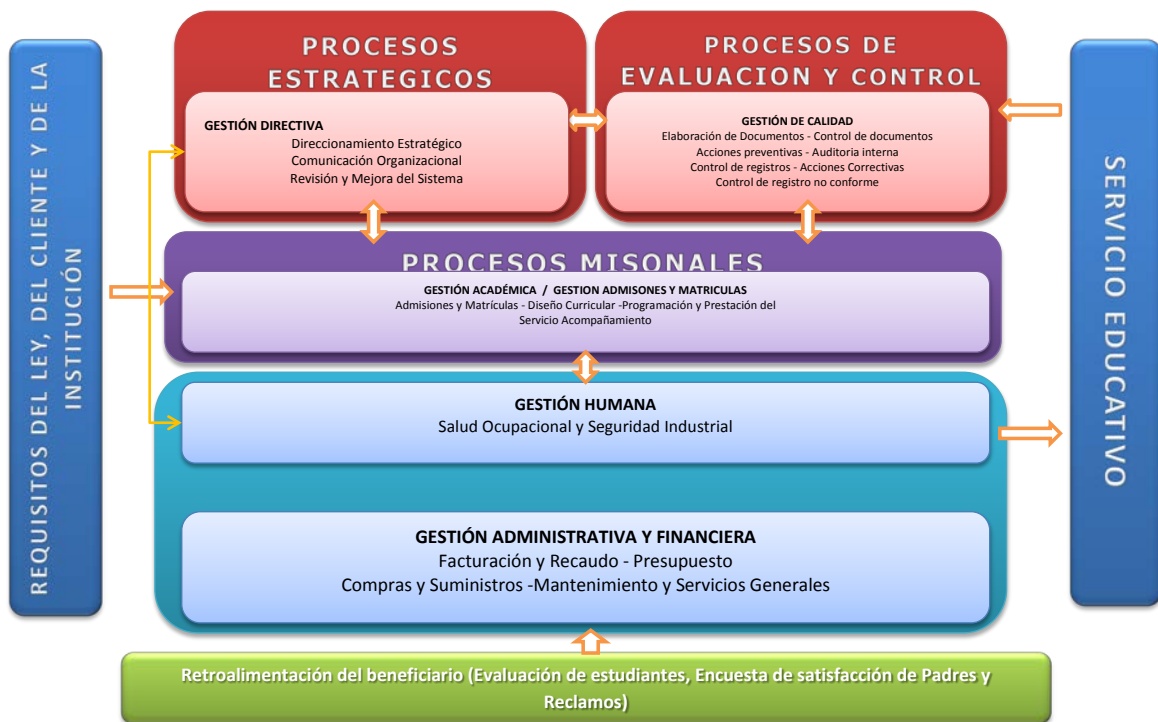
4. FASE DE DISEÑO

Dados los resultados obtenidos en la fase de diagnóstico, se procedió a establecer los requisitos exigidos por la norma que aplican según los procesos diseñados, así como la elaboración de toda la documentación requerida. Todo acorde a las necesidades del Instituto y enfocados en sus clientes (Comunidad Educativa).

4.1 IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DE GESTIÓN

Para el caso específico del Instituto Madre del Buen Consejo-Sede A (MDBC-A), se identificaron 6 procesos dentro del marco de S.G.C. Estos procesos se clasificaron en 4 categorías que permiten definir el rol que desempeñan. (Ver Ilustración 11. Mapa de procesos MDBC-A.)

Ilustración 11 Mapa de Procesos MDBC-A



Fuente: Autor

4.1.1 Procesos Estratégicos. Para esta categoría se definió el Proceso de Gestión Directiva, que va encabezado por el Rector. Como su nombre lo indica, se encarga de la definición del horizonte institucional, sus estrategias, objetivos, el aseguramiento de los recursos, la revisión por la dirección, entre otros.

4.1.2 Procesos Misionales. Se identificaron los procesos de Gestión Académica y Gestión Admisión y Matricula, como ejes esenciales para la prestación del servicio educativo. La Gestión Académica proporciona a la comunidad la realización del objetivo central de la Institución, que es la educación integral de los educandos.

4.1.3 Procesos de Apoyo. Incluye los procesos de soporte para el desarrollo normal de las actividades de los procesos estratégicos, misionales y de evaluación. Para la Institución se establecieron los procesos de Gestión Administrativa y Financiera, y Gestión Humana.

4.1.4 Procesos de Evaluación, Análisis y Mejora. El proceso de Gestión de Calidad es la base que permite la mejora continua del S.G.C., realizando la medición del desempeño de los procesos, su eficacia y eficiencia.

4.1.5 Planificación Estratégica de Calidad para MDBC-A. En esta fase se realizó la identificación de los clientes (internos y externos) y partes interesadas (organismos de control, entidades gubernamentales, sociedad, proveedores, etc.), así como las necesidades y expectativas de los mismos. La incorporación de estos elementos permite determinar las directrices de calidad que se establecerán en la Institución.

Para el caso específico de la Institución MDBC-A, los clientes internos se identificaron como estudiantes, educadores, personal administrativo y de servicios, y Padres de Familia. Los clientes externos relacionados a la actividad educativa

van desde el Ministerio de Educación Nacional, la Secretaria de Educación Municipal, los proveedores, la sociedad en general, entre otros.

4.2 CARACTERIZACIONES

Después de identificar los procesos se procede hacer la descripción detallada de cada uno de estos, por medio de una caracterización, la cual permite ver cada proceso detalle a detalle en sus elementos más importantes.

Las caracterizaciones son una herramienta que busca describir de manera explícita cada uno de los procesos.

El esquema de las caracterizaciones es la siguiente (ver Anexo N° 2 Formato de caracterización):

- **Nombre del proceso.** Presenta la identificación brevemente de lo que este hace dentro de la Institución.
- **Objetivo del proceso.** Describe de manera detallada el logro específico que se espera alcanzar en la ejecución del proceso.
- **Alcance del proceso.** Indica el grado de aplicación del procedimiento de acuerdo al proceso específico.
- **Responsable del proceso.** Define e identifica los cargos de lo(s) funcionario(s) sobre los cuales recae la responsabilidad del proceso.
- **Actividades.** Define el conjunto de tareas propias que se deben realizar dentro del proceso.

- **Proveedores.** Hace referencia a quienes alimentan el proceso.
- **Entradas.** Se refiere a los insumos, materias primas y/o información que se requiere para llevar a cabo el proceso.
- **Salidas.** Son los resultado que se obtenidos al ejecutar las actividades del proceso.
- **Clientes.** Son los receptores del producto obtenido al final del ejercicio.
- **Documentación.** Refiere los documentos que se requieren para llevar a cabo el proceso.
- **Recursos.** Son aquellos elementos que son necesarios para llevar a cabo el procedimiento.
- **Seguimiento y medición.** Establece los parámetros de control del proceso.
- **Requisitos.** Refiere aquellas disposiciones establecidas por el cliente, por la ley, por la Institución y las requeridas por la NTCGP 1000:2009.
- **Indicadores.** Son la herramienta que permite medir el cumplimiento de las metas propuestas y mantener la mejora continua.

4.3 ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS

Después de establecer los procesos de gestión se analizaron cada uno de estos donde se determinó que para dar cumplimiento a la NTCGP-1000:2009 en lo referente a la documentación se requiere agrupar la estructura documental por

grado de exigencia e importancia con el fin de contemplar todo lo concerniente al funcionamiento de la institución, de tal manera se identificaron tres grupos:

- a) Documentación exigida por la Norma
- b) Documentación exigida por la ley
- c) Documentación necesaria para la Institución

4.3.1 Documentación exigida por la Norma. La documentación puede ser dispuesta al parecer de la institución conforme a las necesidades de esta, pero para cumplimiento con los estándares y requisitos mínimos de documentación de la NTCGP-1000:2009 se deben analizar cada uno de los numerales de la norma para hallar los documentos que la norma exige y que son aplicables al IMDBC-A.

De tal manera el equipo de calidad analizó y evaluó cada numeral de la norma donde se encontró seis procedimientos exigidos por la norma, los cuales, permiten operar con planificación y control eficaz de los procesos de la institución, los procedimientos exigidos o mandatorio por la Norma son:

- Control de Documentos (ver Anexo N° 3)
- Control de registros (ver Anexo N° 4)
- Control de servicio no conforme (ver Anexo N° 5)
- Implementación de acciones preventivas (ver Anexo N° 6)
- Implementación de acciones correctivas (ver Anexo N° 7)

- Auditoría interna (ver Anexo N° 8)

Aunque la Norma no plantea el paso a paso de la forma en que se elabora un procedimiento, documento y formato, estos se elaboraron de acuerdo a la guía para la elaboración de los documentos (ver Anexo N° 9 Guía elaboración de documentos) que se creó en la institución, esta guía describe el contenido y la estructura que llevan los procedimientos y demás documentos que hacen parte del sistema.

A continuación se denota la estructura que se diseñó para la formulación de los procedimientos en concordancia con cada proceso del Instituto (ver Anexo N° 10 Formato de los procedimientos):

- **Objetivo.** Describe el propósito que se espera al desarrollar el procedimiento en particular
- **Alcance.** Indica el grado de aplicación del procedimiento de acuerdo al proceso específico.
- **Responsables.** Se definen lo(s) funcionarios(s) que deben garantizar la ejecución total de las actividades descritas en el procedimiento.
- **Definiciones.** Palabras o conceptos específicos que serán referenciados en la descripción del procedimiento.
- **Documentos de referencia.** Documentos de soporte o de referencia asociados. Se enuncian los documentos internos o externos.

- **Contenido o desarrollo del procedimiento.** Se enumera la secuencia de las actividades a realizar, respondiendo al que, al cómo, al dónde, al quién, al con qué y al cuándo.
- **Registros.** Se hace una relación de los registros que resultan de la ejecución del procedimiento.
- **Control de cambios al documento.** En esta parte se hace relación a las actualizaciones que se realicen a los procedimientos

4.3.2 Documentación exigida por la ley. Toda entidad del sector público o privado debe cumplir con los lineamientos dispuestos en el marco legal para su funcionamiento y operatividad.

Las instituciones educativas como toda entidad que presta un servicio debe cumplir con los estatutos mínimos legales de funcionamiento y en este caso en específico las instituciones educativas deben someterse a las disposiciones que plantea para su buen funcionamiento el Ministerio de Educación Nacional (MEN) de tal manera que para constatar cuales documentos exige el MEN, se tuvo la colaboración del rector, coordinadores, personal administrativo y docentes del Instituto Madre del Buen Consejo Sede A los cuales aportaron todo su conocimiento y experiencia en el sector para determinar cuáles son los documentos exigidos por la ley para las instituciones educativas.

De esta manera se pudo determinar que los documentos exigidos, que se deben mantener en el Instituto Madre del Buen Consejo Sede A son:

- Proyecto Educativo Institucional (P.E.I.)
- Pacto de convivencia o Manual de Convivencia

- Reglamento Institucional
- Libros de Actas
- Plan de desarrollo Institucional

4.3.3 Documentación necesaria para la Institución. Para identificar la documentación requerida por la institución para su funcionamiento diario, se realizó un trabajo conjunto con los integrantes de cada una de las dependencias

El análisis de los documentos se realizó de forma detallada con el fin de prevenir que se elaboraran documentos innecesarios o que se presentara duplicidad en los mismos.

Los documentos más importantes para el Instituto Madre del Buen Consejo Sede A son:

- Manuales
 - Manual de funciones
- Procedimientos
 - Procedimientos gestión académica
 - Procedimientos gestión directiva
 - Procedimientos gestión admisión y matriculas
 - Procedimientos gestión administrativa y financiera

- Procedimientos gestión humana

4.4 CODIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

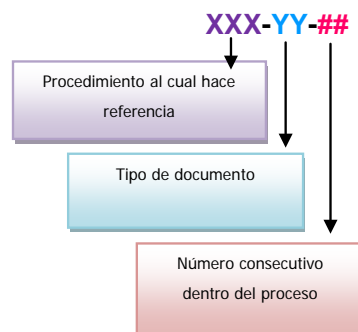
En el Instituto Madre del Buen Consejo sede A, para llevar a cabo la codificación de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad se diseñó y elaboró la guía para la elaboración de documentos (ver Anexo N° 9) en la cual se establecieron los parámetros y forma que llevan los documentos del S.G.C.

Para dar comienzo a la codificación se dividieron los departamentos de la estructura organizacional de acuerdo a los procesos pilares que establece la norma, luego se establecieron los tipos de documentos requeridos en cada pilar los cuales son:

- Documento externo: Información que ha sido desarrollada por otras instituciones y es usado por el instituto MDBC-A.
- Formato: Conjunto de características específicas de presentación de un documento.
- Instructivo: Descripción escrita y detallada sobre cómo efectuar las actividades y procesos de manera coherente, llegando a un nivel de detalle amplio.
- Manual: Instrumento administrativo que contiene en forma explícita, ordenada y sistemática información sobre objetivos, políticas, atribuciones, organización y procedimientos de los departamentos de la institución educativa; así como las instrucciones o acuerdos que se consideren necesarios para la ejecución del trabajo asignado al personal, teniendo como marco de referencia los objetivos institucionales.

- Manual de Gestión de Calidad: Documento que enuncia la Política de Calidad y describe el Sistema de Calidad del Instituto.
- Procedimiento: Forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso.
- Proyecto: Conjunto de actividades relacionadas entre sí que derivan de un programa y se caracteriza por tener un periodo límite de ejecución, un presupuesto y un resultado esperado el cual busca alcanzar los objetivos propuestos al comienzo.
- Plan: Documento que contempla en forma ordenada y coherente las metas, estrategias, políticas, directrices y tácticas en tiempo y espacio, así como los instructivos, mecanismos y acciones que se utilizarán para llegar a los fines deseados. Es un instrumento dinámico sujeto a modificaciones en sus componentes en función de la evaluación periódica de sus resultados.
- Reglamento: Es el conjunto de reglas, conceptos establecidos por la alta dirección a fin de establecer parámetros de dependencia para realizar una tarea en específico.

El resultado de la codificación se denota de la siguiente manera:



4.5 DESARROLLO DE LA DOCUMENTACIÓN:

Para el desarrollo de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad se contó con el apoyo de todo el personal de la Institución educativa de la mano con el equipo de calidad quien se aseguró de la efectividad del control, la planificación y operación del desarrollo de la documentación con el propósito de cumplir con los requisitos de la NTCGP 1000:2009.

En la ejecución se resaltaron las siguientes etapas:

- Se definió la estructura documental del Sistema del Instituto Madre del Buen Consejo dentro del cual se diseñaron los documentos tales como: manual de funciones, manual de calidad, procedimientos, formatos y registros necesarios para el buen funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad.
- Con el fin de estandarizar y llevar una secuencia lógica de los documentos, se diseñó y elaboró el procedimiento de control de documentos en el cual se especifica y se dan los lineamientos necesarios para la formulación y funcionamiento de los documentos.
- Para iniciar con la elaboración de la documentación, se realizaron capacitaciones por parte del equipo de calidad donde se les dieron los conocimientos básicos de los documentos exigidos para el funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad.
- La elaboración de las caracterizaciones permitió centrar la elaboración de la documentación de los procesos, pues en el se denotan los aspectos más importantes de cada proceso.

- En cada proceso se elaboraron todos los formatos requeridos por la norma contando con la información brindada por cada coordinador de los procesos lo que permitió construir de una manera rápida y ordenada cada proceso, quedando así estandarizado los procesos de manera que el sistema funcionen de la manera más idónea.
- Para la aprobación de los documentos se llevó a cabo una revisión detallada por parte de los coordinadores de cada proceso y el rector de la institución del cual surgieron ajustes que debía realizarse, estos ajustes se ejecutaran por parte de cada coordinador de cada proceso para luego solicitaran la aprobación de los documentos.
- Se llevó a cabo la aprobación de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad del Instituto, por parte del rector y el equipo de calidad, asignando los códigos y relacionándolos en el listado maestro de documentos.
- Se realizó la entrega en medio magnético a cada dependencia de la institución la documentación requerida por esta, socializando la nueva documentación con el personal directamente responsable del manejo y manipula cada documento.

La fase de documentación culmino con el diseño y elaboración del manual de calidad (ver Anexo N° 11) en el cual se describe el Sistema de Gestión de Calidad del Instituto Madre del Buen Consejo.

4.6 POLÍTICA DE CALIDAD

La construcción de la política de calidad esta alineada a la misión y visión de la institución educativa con el compromiso de proporcionar a la comunidad la mejora continua, la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema a implementar.

Clientes: Padres de Familia, Estudiantes, Comunidad Educativa en general.

Tabla 5 Matriz de Expectativas para la Formulación de la Política de Calidad

		EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES						
	DIRECTRICES	Formación académica y en valores	Infraestructura Adecuada	Docentes y personal competente	Desarrollar la orientación vocacional	Actividades extra curriculares	Atención a necesidades sociales	TOTALES
EXPECTATIVAS DE LA INSTITUCIÓN	Cumplimiento de requisitos legales	2	2	3	1	2	2	12
	Desarrollo de competencias personales	3	2	3	3	3	3	17
	P.E.I. acorde a la filosofía institucional	3	2	3	3	3	3	17
	Ambiente educativo y pedagógico	3	2	3	2	1	2	13
	Promoción de la investigación	2	2	3	2	1	1	11
	Mejora continua	3	2	3	2	2	2	14
	TOTALES	16	12	18	13	12	13	

Fuente: Autor

- 1: Relación baja
- 2: Relación media
- 3: Relación alta

De acuerdo a la matriz anterior se escogieron a criterio del autor, 4 directrices de expectativas del cliente que harán parte de la Política de Calidad son:

1. Docentes y personal competente
2. Formación académica en Valores
3. Desarrollar la orientación vocacional
4. Atención a necesidades sociales

Igualmente, las directrices que harán parte de la Política de Calidad a criterio del autor y según el puntaje obtenido son:

1. P.E.I. acorde a la filosofía institucional
2. Desarrollo de competencias personales
3. Mejora continua
4. Ambiente educativo y pedagógico adecuado

4.6.1 Formulación De La Política De Calidad. El instituto Madre del Buen Consejo – Sede A, está comprometida con la comunidad educativa en brindar una educación integral que contribuya a la formación académica en valores para desarrollar en el estudiante sus competencias personales y su orientación vocacional en un ambiente pedagógico y educativo adecuado, todo esto enmarcado en un Proyecto Educativo acorde a la filosofía de la institución, la cual cuenta para ello con docentes y personal competente para así también atender a las necesidades sociales actuales, con miras a la mejora continua de nuestros procesos.

4.6.2 Despliegue De La Política De Calidad

Tabla 6 Despliegue de la Política de Calidad

DIRECTRICES	OBJETIVOS	INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	SENTIDO	META	RESPONSABLE ANÁLISIS DE DATOS	FRECUENCIA DE MEDICIÓN
Formación académica en Valores	Fomenta e incrementar los valores en la formación integral que se brinda a los estudiantes permitiendo que asuman con responsabilidad sus necesidades y expectativas en el entorno.	Eficacia de los programas de formación	(Número de evaluaciones satisfactorias / Número de estudiantes evaluados) * 100	Positivo	80%	coordinadores	Semestral
Desarrollo de competencias personales	Crear mecanismos que permitan a los estudiantes desarrollar habilidades y competencias interpersonales fortaleciendo su crecimiento	Eficacia de los programas extracurriculares	(Número de evaluaciones de programas satisfactorias/ Número de estudiantes evaluados por programa)	positivo	80%	coordinadores	Semestral

DIRECTRICES	OBJETIVOS	INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	SENTIDO	META	RESPONSABLE ANÁLISIS DE DATOS	FRECUENCIA DE MEDICIÓN
	personal y espiritual con miras a la construcción de un mejor país.						
Desarrollar la orientación vocacional	Descubrir en el estudiante sus capacidades cognitivas y técnicas desarrollando habilidades, actitudes y valores que le permitan al estudiante asumir con responsabilidad y autonomía sus derechos y deberes.	Efectividad de los exámenes de vocación profesional – alumnos de undécimo.	Número de aciertos en escogencia de Carrera vocacional, de acuerdo a las pruebas presentadas.	Positivo	≥ 30	Jefe de Área	Anual
Ambiente educativo y pedagógico adecuado	Propiciar espacios para la investigación y el aprendizaje, permitiendo a los estudiantes ser creativos, analíticos y	Medición de la percepción de ambientes adecuados.	Resultado de la Encuesta de satisfacción por encima del 60%.	Positivo	60%	Jefe de Área	Anual

DIRECTRICES	OBJETIVOS	INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	SENTIDO	META	RESPONSABLE ANÁLISIS DE DATOS	FRECUENCIA DE MEDICIÓN
	críticos de su propia realidad.						
P.E.I. acorde a la filosofía institucional	Garantizar que el PEI mantenga la filosofía institucional	Medición de la percepción de la filosofía del institucional con respecto al P.E.I	Encuesta para medir la conformidad por encima del 60%, entre la filosofía institucional y el P.E.I. (Personal docente, Administrativo y Padres de Familia)	Positivo	60%	Rector	Anual
Docentes y personal competente	Asignar y distribuir los docentes y el personal de acuerdo a su especialidad y experiencia garantizando un mejor servicio	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Capacitación	N° de capacitaciones realizadas / N° de capacitaciones planificadas	positivo	60%	Rector	Semestral
Atención a necesidades sociales	Preparar a los estudiantes en el desarrollo de sus habilidades, intelectuales, analíticas, críticas y en la	Encuesta a la comunidad con nivel de percepción positivo	≥ 80%	positivo	≥ 80%	Rector	Semestral

DIRECTRICES	OBJETIVOS	INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	SENTIDO	META	RESPONSABLE ANÁLISIS DE DATOS	FRECUENCIA DE MEDICIÓN
	integración de sus conocimientos, para encontrar alternativas de solución a las necesidades de la comunidad.						
Mejora continua	Mejorar continuamente el sistema de gestión de calidad dentro de la institución.	Eficacia de las acciones correctivas y preventivas.	Número de acciones correctivas cerradas a tiempo / (sumatoria de acciones correctivas planteadas). Número de acciones preventivas cerradas a tiempo / (sumatoria de acciones preventivas planteadas).	Positivo	80%	Líder de Calidad	Trimestral

Fuente: Autor

4.7 CONFORMACIÓN EQUIPO Y COMITÉ DE CALIDAD

Este se conforma mediante la orden dictada por la alta dirección de la institución el día 25 de Enero de 2011 (ver Anexo N° 12) el cual da cumplimiento a los requisitos de la NTCGP 1000:2009, nombrando el equipo de calidad de la siguiente manera:

- Coordinado de Auditoria: Alberto Barrera
- Auditor interno: Cesar Enrique Monsalve Jiménez
- Líder de calidad y coordinadora de Gestión Humana : Martha lucia Mendoza Alba
- Coordinador de Gestión Directiva: Cesar Enrique Monsalve Jiménez
- Coordinador de Gestión de Calidad: Alberto Barrera
- Coordinador de Gestión Administrativa y Financiera: Ivonne Benítez Tarazona.
- Coordinador de Gestión Admisiones y Matriculas: Marie Victoria Rueda Castro.
- Coordinador Gestión Académica: Clara Odilia Prada de Gómez.

5. FASE DE IMPLEMENTACIÓN

La implementación del Sistema de Gestión de Calidad que se diseñó para el Instituto Madre del Buen Consejo Sede A, consiste en aplicar lo que está documentando en la medida que va siendo aprobado para efectuar retroalimentaciones y ajustar el sistema.

El objetivo principal de la implementación es llevar a la práctica los documentos tales como el manual de calidad, las caracterizaciones, procedimientos, instructivos, etc.

Así mismo, se realizó la sensibilización al personal mediante la capacitación en el S.G.C. (ver Anexo 13) y la divulgación del mismo, dando a conocer toda la documentación diseñada, permitiendo reconocer la importancia del tener y mantener un S.G.C. de manera eficiente, eficaz y efectiva.

La sensibilización se ejecutó mediante charlas y conferencias donde el personal administrativo participo activamente involucrándolo y haciéndolo participe del diseño y formulación de los documentos dispuestos para cada una de las áreas de la institución lo que facilito la puesta en marcha del Sistema de Gestión de Calidad en el Instituto MDBC-A.

6. FASE DE EVALUACIÓN

Dado que las fases de diagnóstico, diseño e implementación ya se llevaron a cabo lo que sigue a continuación es la evaluación de lo ejecutado, lo que quiere decir que estamos terminando el ciclo PHVA, esta fase corresponde al verificar y actuar, con el propósito de llevar un seguimiento a los resultados y desarrollar acciones de retroalimentación y así mantener la mejora continua en el Instituto Madre del Buen Consejo Sede A.

Para la ejecución de la auditoría se siguieron los lineamientos propuestos en el Procedimiento de Auditoría Interna CAL-PR-01.

6.1 AUDITORÍA INTERNA

Esta nace de la necesidad de llevar un control interno sobre el Sistema de Gestión de Calidad que le permita determinar si este es conforme con lo planificado, con los requisitos de la norma y con los requisitos establecidos por el Instituto, además permite verificar que lo implementado se mantenga de manera eficaz, eficiente y efectivamente. La auditoría interna como su nombre lo indica se ocupa de control interno del sistema, lo que quiere decir, que se encarga del conjunto de medidas, políticas y procedimientos establecidos por el Instituto.

6.2 PLANEACIÓN DE LA AUDITORÍA INTERNA

En esta etapa se inicia con la ejecución de la programación de la auditoría realizado por el coordinador de este proceso y culmina con la toma de acciones de mejora, que incluyen las acciones preventivas y correctivas.


Tabla 7 Planeación de la Auditoría Interna IMDBCS-A

FASE	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
1.	Programación de Auditorías Internas Anualmente esto sujeto a ajustes según el impacto de los procesos	Coordinador de auditoria	Programación de auditorias CAL-FO-02
2.	Aprobación de auditorias	Dirección general	Acta de aprobación
3.	Si se aprueba el programa de auditorías continua en el numeral 4, si no se devuelve a la fase 1		
4	Se definen el equipo de calidad y auditor líder.	Coordinador de auditoria	Comunicado interno
5.	Planificación de la auditoria: 1. Análisis de la documentación 2. Construcción del plan de auditoria 3. Ejecución de la auditoria	Auditor líder	Plan de auditoria CAL-FO-03 Lista de chequeo
6.	Aprobación del plan de auditoria	Auditor líder y auditado	Plan de auditoria CAL-FO-03
7.	Realización de la Auditoria • Apertura • Toma de información • Análisis de hallazgos • Conclusiones • Cierre	Auditor líder Equipo de auditoria	Lista de chequeo
8.	Desarrollo del informe de auditoria	Auditor líder	Informe de auditoria
9.	Tomar acciones de mejora (acciones correctivas y preventivas)	Coordinador de cada proceso	Formato acciones preventivas, correctivas y de mejoras CAL-FO-04

Fuente: Instituto Madre del Buen Consejo

Siguiendo las fases de la planeación el paso a seguir es la programación de la auditoria (tabla N° 8) donde se establecen los objetivos y el alcance de la auditoria, el grupo auditor y la fecha de ejecución de la auditoria, después de tener el programa listo, se aprueba la auditoria.

Tabla 8 Programa de auditoría

		PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS			CÓDIGO: CAL-FO-02 VERSIÓN: 001 FECHA: Marzo 2011 PÁGINA: 1	
Nº	FECHA	PROCESO A AUDITAR	OBJETIVO	ALCANCE	EQUIPO AUDITOR	
1	Agosto 7 de 2011	Todos los procesos establecidos para el Sistema de Gestión de Calidad de la Institución	Establecer el grado de concordancia del Sistema de Gestión de Calidad implementado en IMDBCS-A con respecto a los requisitos de la Norma NTCGP-1000:2009, los legales y reglamentarios en el Instituto.	Evaluar todos y cada uno de los componentes del Sistema de Gestión de Calidad.	Cesar Enrique Monsalve Jiménez (auditor líder) Laura Johanna Vásquez Otero	

Fuente: Autora

6.3 PREPARACIÓN DE AUDITORES

En el Instituto Madre del Buen Consejo Sede A, la preparación se realizó con la colaboración del Sr. Cesar Enrique Monsalve Jiménez quien en su interés de implementar y mantener un S.G.C. ya se había preparado con anterioridad y al llegar a esta etapa el ya contaba con los conocimientos básicos referentes a los requisitos exigidos por la norma y normas aplicadas a las auditorias; lo cual facilito y permitió no realizar formación a los auditores.

A continuación se citan los requisitos establecidos para garantizar la competencia del auditor interno con el fin de garantizar la eficacia en las auditorias:

- a. Adquirir capacitación en auditoria interna para obtener la certificación como Auditor Interno.

b. Conocer ampliamente el tema de Gestión de Calidad enfatizada en la educación del Sector Público y la norma que lo rige la NTCGP-1000:2009.


c. Tener criterio, objetividad y ser imparcial en el momento de hacer la evaluación de los acontecimientos que se presenten en la ejecución de las auditorías.

Siguiendo la secuencia de la fase de la evaluación procedemos a llevar a cabo la planificación de la auditoría en la cual se establece el estudio a la documentación y la elaboración del plan de auditorías.

Se escogió la metodología de entrevista directa de la mano con la revisión y observación de la documentación a cada proceso que se ejecute en las diferentes dependencias del Instituto, para llevar a cabo la auditoría.

Después de que el equipo auditor definió el plan de auditoría (ver tabla N° 9) para cada dependencia del Instituto y estar listo para ejecutar la auditoría, se prosigue con la revisión de la documentación establecida.

Tabla 9 Plan de Auditoría del Instituto Madre del Buen Consejo Sede A

		CÓDIGO: CAL-FO-03 VERSIÓN: 001 FECHA: Marzo 2011
PLAN DE AUDITORIAS		PÁGINA: 1
AUDITORIA No.		001
OBJETIVO DE LA AUDITORÍA	Todos y cada uno de los componentes del Sistema de Gestión de Calidad aplicables a las dependencias del IMDBC-A..	
ALCANCE DE LA AUDITORÍA	Identificar el nivel de cumplimiento del S.G.C. en el Instituto Madre del Buen Consejo Sede A de acuerdo a los requisitos de la norma en todos los procesos del IMDBC-A	
CRITERIO DE LA AUDITORÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de calidad, procedimientos y manual de funciones. • Procedimientos y reglamentos institucionales. • Políticas, objetivos y guía de elaboración de 	



PLAN DE AUDITORIAS

CÓDIGO: CAL-FO-03

VERSIÓN: 001

FECHA: Marzo 2011

PÁGINA: 1

documentos.

- Control de registros y control de documentos.
- Nivel de cumplimiento de la norma NTCGP-1000:2009.

AUDITOR LÍDER

AUDITORES DE SOPORTE

Sr. Cesar Enrique Monsalve Jiménez

Laura Johanna Vásquez Otero

REUNIÓN DE APERTURA	DÍA	MES	AÑO	REUNIÓN DE CIERRE	DÍA	MES	AÑO
	7	08	2011				
	HORA		9:00 am		HORA		

Fuente: Instituto Madre del Buen Consejo Sede A

6.4 EJECUCIÓN AUDITORÍA

En la ejecución de la auditoría se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Presentación del equipo auditor a cada una de las dependencias auditar
- Revelación del programa de Auditoría
- Se puso a conocimiento de todo el personal de las dependencias el objetivo y alcance de la auditoría.
- Descripción de tallada de la metodología a implementar para la realización de la auditoría.

Del Manual de Calidad y la lista de chequeo final (ver Anexo N° 14) se apoyó el quipo auditor para desarrollar la auditoria.

6.4.1 Resultados de la auditoría interna. A continuación se presentan los resultados obtenidos en la auditoria

FORTALEZAS

- El compromiso de la alta dirección constituido por el rector y los coordinadores del Instituto Madre del Buen Consejo sede A, lo que incentiva a todos los integrantes del instituto a la participación activa del S.G.C.
- Los lineamientos establecidos a nivel de la comunidad educativa, los cuales precisan el sentido de la Institución.
- La creación del procedimiento de comunicación organizacional el cual no se tenía establecido lo que permitió mejorar la comunicación tanto interna como externa de la institución.

OBSERVACIONES ENCONTRADAS O INCONFORMIDADES

- En el área de archivo se encontraron formatos que no se encuentran documentados en el control de documentos de manera que no se les lleva el debido seguimiento.
- En el área de personal se evidenció que las carpetas con la información de los docentes y parte del personal administrativo se encuentran obsoletas.
- No se está comunicando oportunamente de las capacitaciones del Sistema de Gestión de Calidad.
- No se cuenta en la Institución con personal idóneo para el desarrollo de las auditorías internas.


- No se está evidenciando los recursos necesarios que se brindan para el buen funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad dentro del presupuesto del Instituto.
- Falta llevar seguimiento al buzón de sugerencias en donde los clientes informan sus inquietud, reclamos o ideas de mejora.

6.4.2 Cierre. Al culminar la auditoria, se realizó una reunión de cierre en la cual se trataron los siguientes puntos:

- Alcance de la auditoría externa
- Presentación y discusión de las no conformidades encontradas en el sistema.

Esta reunión contó con la presencia del equipo auditor y se desarrollo de acuerdo a la informacion contenida en la tabla que se muestra a continuación:

Tabla 10 Informe de Auditoria

		INFORME DE AUDITORIA	
		CÓDIGO: CAL-FO-05	
		VERSIÓN: 001	
		FECHA: Marzo de 2011	
		PÁGINA:73	
FECHA AUDITORIA: 8 de agosto de 2011	AUDITORIA N°	001	
	Auditoria Interna <input checked="" type="checkbox"/>	Revisión Interna <input type="checkbox"/>	Auditoría servicio <input type="checkbox"/>
DEPENDENCIAS AUDITADAS	Departamento académico		
	Departamento administrativo		
	Departamento de dirección		
DESCRIPCIÓN DETALLADA DE HALLAZGOS			
Descripción		Requisito	
Registros no identificados		4.2.4	
No se utilizan de manera adecuada las herramientas con que cuenta el Instituto Madre del Buen Consejo sede A para la comunicación interna.		5.5.3	
Provisión de los recursos para el S.G.C.		6.1	
No se esta realizando la debida retroalimentación del cliente, incluyendo sus quejas y sugerencias para la mejora continua.		7.2.3	

Fuente: Instituto Madre Del Buen Consejo sede A

6.5 ACCIONES DE MEJORA

Una vez terminada la auditoría interna la cual dió como resultado el nivel de cumplimiento del S.G.C. implementado en el Instituto Madre del Buen Consejo sede A con base en los lineamientos dados por la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública 1000:2009 se da continuación al plantamiento de propuestas de acciones de mejora que permitan corregir las inconformidades encontradas.

Para llevar a cabo esta actividad se realizó una reunión con el equipo de calidad en la que se analizaron las no conformidades encontradas, dando inicio al procedimiento de acciones preventivas y correctivas **CAL-PR-05 y CAL-PR-06**

Para dar el tratamiento necesario a las no conformidades detectadas y llevar un control tomaron acciones correctivas y preventivas por medio del desarrollo del formato de acciones preventivas, correctivas y de mejora **CAL-FO-04** (ver Anexo 15)

Las actividades planteadas para corregir y solucionar las no conformidades detectadas se describen a continuación.

- Brindar la capacitación necesaria al personal de la Institución Educativa en relación al procedimiento de control de registros, para así mitigar la elaboración de formatos innecesarios.
- Promover y brindar el espacio y tiempo para la capacitación del personal del Instituto en temas de Gestión de Calidad específicamente en auditoría interna con el fin de obtener la certificación y facilitar los procesos de auditorías externas.

- Establecer con la alta dirección los recursos que se destinan al S.G.C. con el fin de generar un soporte para que se proporcionen los recursos necesarios dentro del presupuesto del IMDBC-A.

- Realizar el debido seguimiento al buzón de sugerencias para que los clientes puedan dar a conocer sus inquietudes, reclamos o ideas de mejora.

Las actividades anteriormente mencionadas se les designó un plazo prudente para su realización, donde la responsabilidad directa de que estas se lleven a cabo efectivamente recae directamente sobre el equipo de calidad ya que esta es una de sus funciones principales.

6.6 DIAGNÓSTICO FINAL

A continuación se presentan los resultados obtenidos después de llevar a cabo el análisis a todo el S.G.C. con el fin de determinar el nivel de cumplimiento del Sistema de Gestión de Calidad implementado en el Instituto Madre del Buen Consejo sede A con respecto a los requisitos de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP-1000:2009.

Los resultados evidencian la mejora organizativa del Instituto y el cumplimiento de los requisitos de la norma:

Nivel de cumplimiento de los requisitos de la norma:

Ponderación

PORCENTAJE	NÚMERO	VALORACIÓN
0%	1	El requisito no se encuentra documentado y no se cumple.
50%	2	El requisito se encuentra documentado y no se cumple.
75%	3	El requisito se cumple y no se encuentra documentado.
100%	4	El requisito se cumple y se encuentra documentado
N/A	N/A	La pregunta no aplica para la institución

NUMERAL	PROMEDIO POR NUMERAL
4	100%
4.1.	100%
4.2.	100%
4.2.1.	100%
4.2.2.	100%
4.2.3.	100%
4.2.4.	100%
5	100%
5.1.	100%
5.2.	100%
5.3.	100%
5.4.	100%
5.4.1.	100%
5.4.2.	100%
5.5.	100%
5.5.1	100%
5.5.2.	100%
5.5.3.	100%
5.6.	100%
5.6.1.	100%
5.6.2.	100%
5.6.3.	100%
6	100%
6.1.	100%
6.2.	100%
6.2.1.	100%
6.2.2.	100%
6.3.	100%
6.4.	100%
7.	100%
7.1.	100%
7.2.	100%
7.2.1.	100%
7.2.2.	100%
7.2.3.	100%
7.3.	100%
7.3.1.	100%
7.3.2.	100%
7.3.3.	100%
7.3.4.	100%
7.3.5.	100%
7.3.7.	100%
7.4.	100%
7.4.1.	100%
7.4.2.	100%
7.4.3.	100%
7.5.	100%
7.5.1	100%

NUMERAL	PROMEDIO POR NUMERAL
7.5.2.	100%
7.5.3.	100%
7.5.4.	100%
7.5.5.	100%
8.	100%
8.1.	100%
Numeral	Porcentaje
Numeral 4	100%
Numeral 5	100%
Numeral 6	100%
Numeral 7	100%
Numeral 8	100%
Promedio total de cumplimiento	100%

A continuación las gráficas que relaciona los datos obtenidos:

Numeral 4

4.1 Requisitos generales

4.2 Gestión Documental

Ilustración 12 Nivel de Cumplimiento final Numeral 4



Fuente: Autor

Numeral 5

5.1 Compromiso de la Dirección

5.2 Enfoque al Cliente

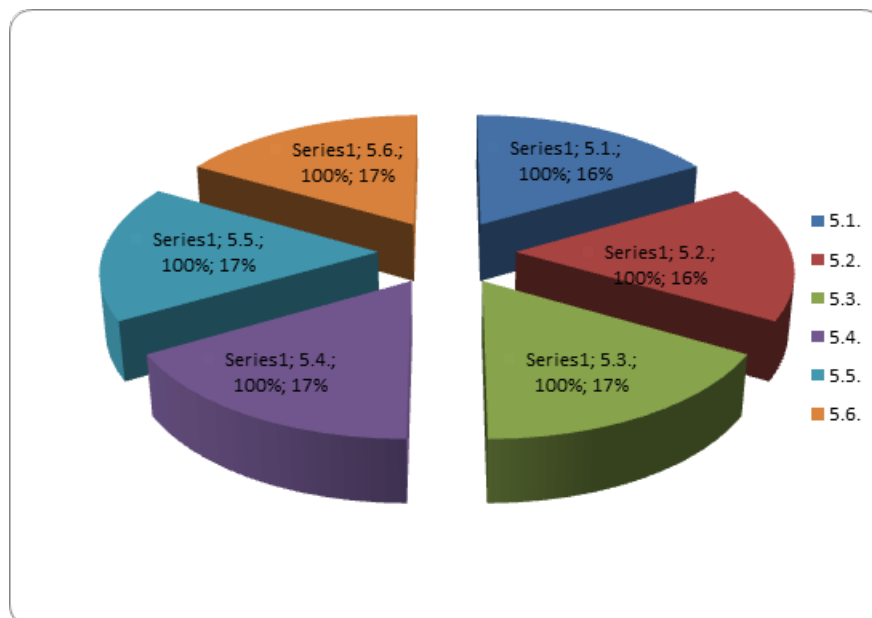
5.3 Política de Calidad

5.4 Planificación

5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación.

5.6 Revisión por la Dirección

Ilustración 13 Nivel de cumplimiento final numeral 5



Fuente: Autor

Numeral 6

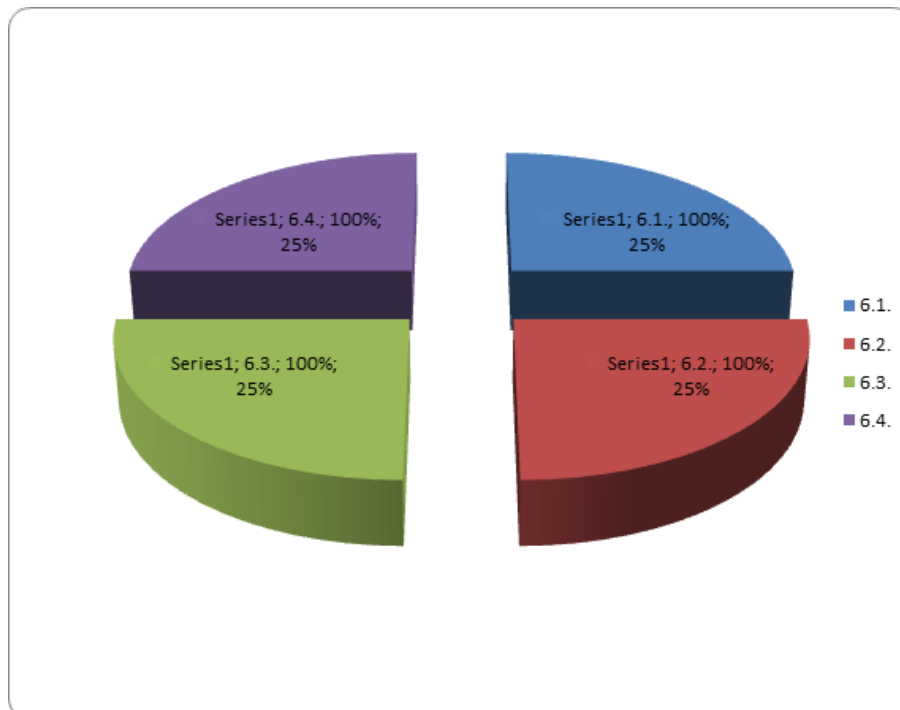
6.1 Provisión de Recursos

6.2 Talento Humano

6.3 Infraestructura

6.4 Ambiente de Trabajo

Ilustración 14 Nivel de cumplimiento final numeral 6.



Fuente: Autor

Numeral 7

7.1 Planificación de la realización del producto o prestación del servicio.

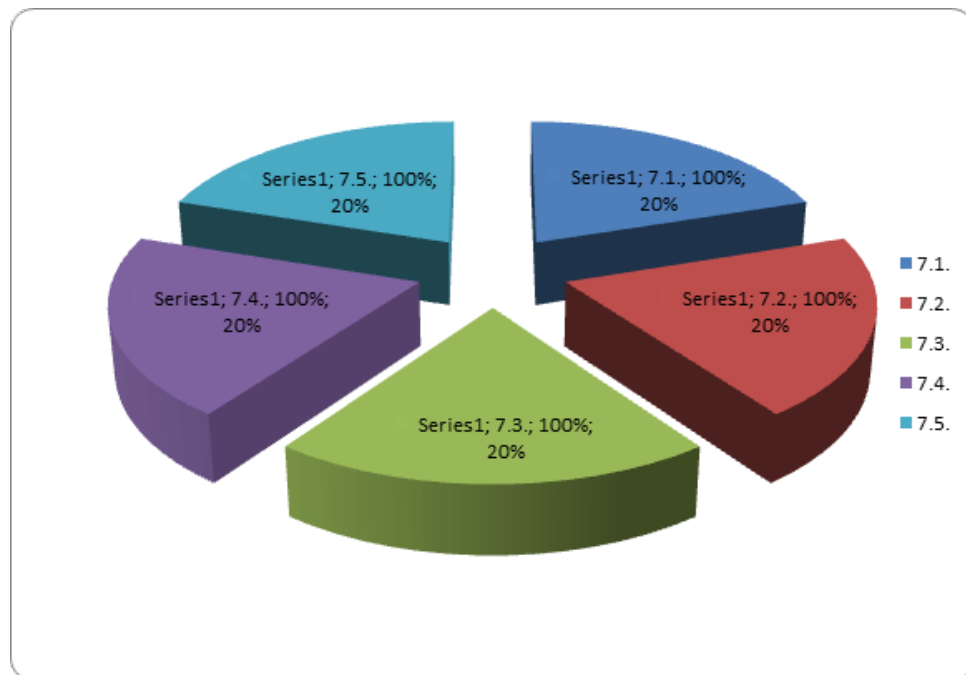
7.2 Procesos relacionados con el cliente.

7.3 Diseño y desarrollo.

7.4 Adquisición de bienes y servicios.

7.5 Producción y prestación del servicio.

Ilustración 15 Nivel de cumplimiento final numeral 7

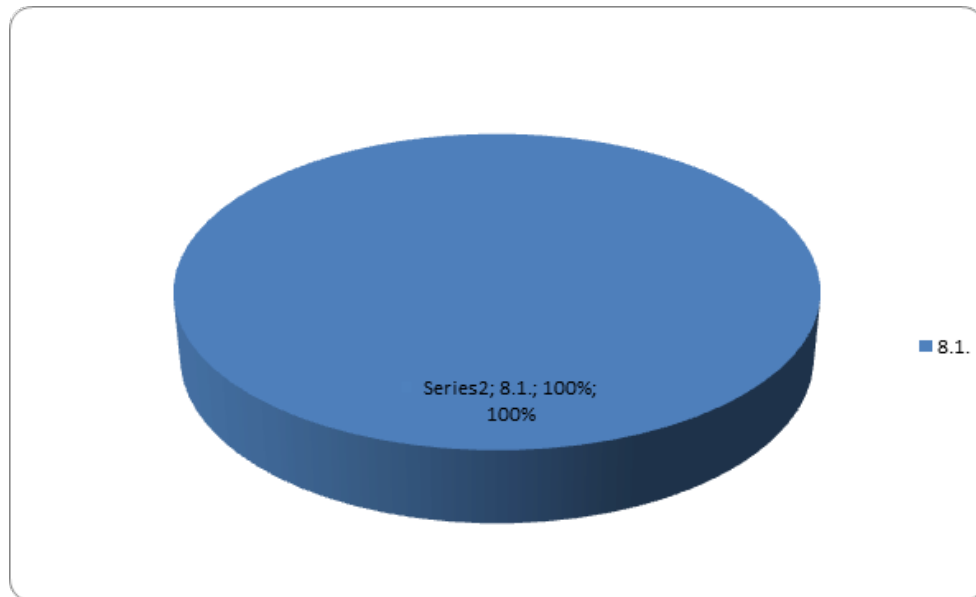


Fuente: Autor

Numeral 8

8.1 Generalidades

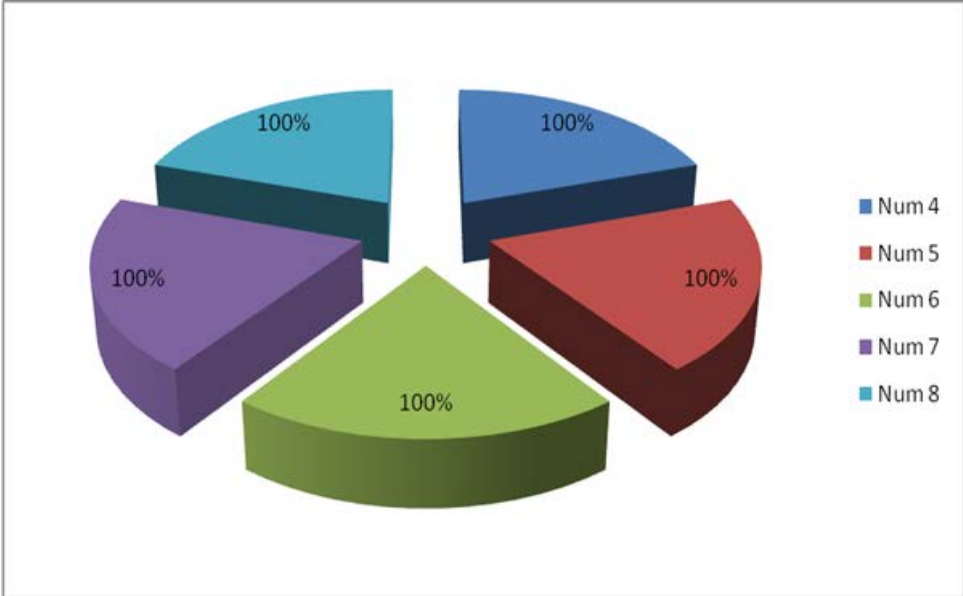
Ilustración 16 Nivel de cumplimiento final numeral 8



Fuente: Autor

El nivel de cumplimiento total de los numerales de la norma se aprecia en la ilustración No. 17, donde el cumplimiento es del 100%.

Ilustración 17 Nivel de cumplimiento total final numerales norma NTCGP10002009



Fuente: Autor

7. CONCLUSIONES

Con la ejecución del diagnóstico inicial se estableció el nivel de cumplimiento de la NTCGP-1000:2009 lo que permitió determinar en qué posición se encontraba la institución y como elaborar la estrategia para el desarrollo y ejecución del sistema.

La documentación y diseño de los documentos, se elaboró con rigurosidad y controlando que no se presentara la duplicidad de funciones y la elaboración de documentos innecesarios, permitiendo controlar los procesos en pro del mejoramiento continuo y el alcance de la certificación y calificación de la calidad.

El Sistema de Gestión de Calidad se implementó eficientemente con la colaboración y participación activa de todos los integrantes del Instituto quienes mostraron su interés por aprender y aplicar un S.G.C. de la mejor manera aportando todo su conocimiento y experiencia para la ejecución del mismo.

El instituto debe seguir implementando los procesos para lograr una mejor organización que se evidencie en el logro de la certificación.

El equipo de calidad que se conformó debe estar atento a todas las actualizaciones y cambios de la norma para no perder la vigencia.

Se determinó que la norma NTCGP 1000:2009 es aplicable a cualquier entidad educativa del sector público pues todos sus lineamientos se pueden acoplar a los procesos de una institución educativa.

En el desarrollo del proyecto se empleó la metodología de acuerdo al ciclo Deming PHVA,(planear, hacer, verificar, actuar) el cual plantea una forma ordenada y clara de la ejecución de un S.G.C.

Al implementar el sistema de gestión de la calidad dando cumplimiento a los requisitos y lineamientos dados por la NTC - GP – 1000:2009, en la sede A del Instituto Madre del Buen Consejo en el Municipio de Floridablanca, se persigue mejorar continuamente la calidad educativa como actividad pedagógica dentro y fuera del aula, en el entorno escolar, que convoca y moviliza a las instituciones para cumplir con la visión y la misión de su Proyecto Educativo Institucional, mediante el análisis de los resultados de las pruebas frente a los estándares nacionales de competencias y a la luz de las estrategias pedagógica, administrativa y comunitaria, las comunidades educativas proyectan las acciones con las que alcanzarán cada vez un mejor rendimiento de sus estudiantes.

8. RECOMENDACIONES

Para la total adaptación del S.G.C. debe darse una etapa de maduración con el seguimiento y ejecución de auditorías internas que permitan obtener la certificación y mantener la cultura de mejoramiento continuo.

Es importante que la institución mantenga los procesos y continúe evaluándolos periódicamente permitiendo así el buen funcionamiento de la Institución Educativa brindando a sus clientes mayor confiabilidad y seguridad en la prestación del servicio.

Se debe adoptar la cultura analítica y de autoevaluación que de cumplimiento con los indicadores de gestión promoviendo el planteamiento de acciones preventivas y correctivas fundadas en las auditorias y seguimientos a los procesos de la Institución.

El buen funcionamiento de un S.G.C. se basa en el control, revisión continua y el seguimiento a las acciones preventivas y correctivas, que deben llevar acabo periódicamente la dirección y el equipo de calidad.

Se recomienda seguir fortaleciendo el Sistema Gestión de Calidad del Instituto por medio de la MECI ya que proporciona una estructura para el control de la estrategia, la gestión y la evaluación en las entidades publicas con el fin de orientarlas hacia el cumplimiento de los objetivos institucionales y la contribución de estos a los fines esenciales del estado.

BIBLIOGRAFÍA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 872 de 2003 Art. 5.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA – PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Decreto 4110/04. Bogotá, Diciembre/04.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Red universitaria de extensión de calidad. Guía de diseño para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad bajo la Norma Técnica de Calidad para la Gestión Pública NTCGP 1000:2004. Bogotá D.C., 2007.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Red universitaria de extensión de calidad. Guía de planeación para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad bajo la Norma Técnica de Calidad para la Gestión Pública NTCGP 1000:2004. Bogotá D.C., 2007.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Red universitaria de extensión de calidad. Guía de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad bajo la Norma Técnica de Calidad para la Gestión Pública NTCGP 1000:2004. Bogotá D.C., 2008.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Red universitaria de extensión de calidad. Guía de evaluación para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad bajo la Norma Técnica de Calidad para la Gestión Pública NTCGP 1000:2004. Bogotá D.C., 2008.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Dirección de control interno y racionalización de trámites. Diapositivas Sistema de Gestión de la Calidad, Ley 872 de 2003. Bogotá D.C., 2003

ICONTEC. Guía Técnica Colombiana. Guía para la implementación de la norma ISO 9001 en establecimientos de educación formal en los niveles de preescolar, básica, media y establecimientos de educación formal. Bogotá D.C., 2005.

ICONTEC. Normas fundamentales sobre Gestión de la Calidad y documentos de orientación para su aplicación.

ICONTEC. Normas fundamentales sobre la gestión de la calidad y documentos de orientación para su aplicación, (NTC – ISO 9000:2000).

MENDEZ A, Carlos E. Metodología, Diseño y desarrollo del proceso de investigación. Bogotá D. C, Editorial McGraw - Hill, 3ª. Ed, 2004

Norma Técnica de la Calidad en la Gestión Pública. Sistema de Gestión de la calidad para la Rama Ejecutiva del Poder Público y otras entidades prestadoras de servicios (NTCGP 1000:2009).

ANEXOS

ANEXO 1 LISTA DE CHEQUEO INICIAL



LISTA DE CHEQUEO INICIAL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD NTC-GP 1000:2009

INSTRUCCIONES	Indique con una X en la celda correspondiente al número de la valoración que corresponda según el grado de cumplimiento.
ESCALA DE VALORACIÓN	<p>El rango de valoración va desde NA (No aplica) hasta el valor cuatro(4) siendo (4) el valor de mayor cumplimiento, a continuación se describe cada valor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NA: La pregunta no aplica para la institución. • Valor 1: El requisito no se encuentra documentado y no se cumple. • Valor 2: El requisito se encuentra documentado y no se cumple. • Valor 3: El requisito se cumple y no se encuentra documentado. • Valor 4: El requisito se cumple y se encuentra documentado.

NUMERAL	REQUISITO NORMA	VALORACIÓN					
		NA	1	2	3	4	
4.	SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD						
4.1	Requisitos generales	¿Tiene definido la misión?					X
		¿Tiene definido la visión?					X
		¿Tiene los procesos de la entidad definidos?		X			
		¿Demuestran su interacción?		X			
		¿Tienen los procesos de la entidad caracterizados?		X			
4.2	Gestión Documental						
4.2.1	Generalidades	¿Cuenta con un manual de calidad?		X			
		¿Posee definidos los objetivos de calidad?		X			
		¿Posee una política de		X			

NUMERAL	REQUISITO NORMA	VALORACIÓN				
		NA	1	2	3	4
	calidad?					
	¿Posee los procedimientos requeridos por esta norma documentados?		X			
	¿Pose los procedimientos institucionales para el cumplimiento de sus objetivos, misión y visión que le permitan asegurarse de la eficaz planificación operación y control de sus procesos?		X			
4.2.2	Manual de calidad		X			
	¿Cuenta con un manual de calidad que refleje el que hacer de la empresa y como está definido y estructurado el sistema de gestión de calidad de la entidad?		X			
	¿Cuenta con un procedimiento documentado para el control de documentos?		X			
	¿Los documentos son revisados periódicamente en cuanto a su actualización?				X	
4.2.3	Control de documentos				X	
	¿Los documentos son legibles y fácilmente identificables?				X	
	¿Los documentos de origen externo se identifican como tal?				X	
	¿Los documentos obsoletos se encuentran debidamente identificados?		X			
4.2.4	Control de registros		X			
5	Responsabilidad de la Dirección					
5.1	Compromiso de la dirección					X
	¿Tiene la dirección conciencia de la responsabilidad que conlleva la implementación de un					X

NUMERAL	REQUISITO NORMA	VALORACIÓN				
		NA	1	2	3	4
	sistema de gestión de calidad?					
5.2	Enfoque al cliente	¿Tienen determinados los requisitos de los usuarios con el fin de aumentar su satisfacción y mostrar más atractivo el servicio prestado?			X	
		¿Se cumplen los requisitos de los usuarios con el fin de aumentar su satisfacción y mostrar más atractivo el servicio prestado?		X		
5.3	Política de la calidad	¿Posee una política de calidad establecida y acorde con la misión de la institución?		X		
		¿Incluye el compromiso de cumplir con los requisitos del cliente, de la mejora continua en cuanto a la eficacia y la eficiencia del sistema de gestión de la calidad enmarcada en la misión, de contribuir al logro de los fines esenciales del estado?		X		
		¿Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad?		X		
		¿Es comunicada a los trabajadores y usuarios del servicio?		X		
		¿Se revisa periódicamente para su adecuación continua?		X		
5.4.	Planificación					
5.4.1	Objetivos de calidad	¿Los objetivos del sistema de gestión de la calidad son medibles?		X		
		¿Se cuentan con indicadores para determinar el grado de cumplimiento de los objetivos?		X		

NUMERAL	REQUISITO NORMA	VALORACIÓN				
		NA	1	2	3	4
	¿Los objetivos de calidad definidos tienen en cuenta el marco legal y los recursos financieros, humanos y operaciones con los que cuenta la entidad?		X			
5.4.2	Planificación del sistema de gestión de la calidad	¿La institución tiene definido y establecido como cumple con los requisitos del sistema de gestión de la calidad?		X		
		¿Se tiene definido y estructurado como se da cumplimiento y a los objetivos de calidad?		X		
		¿La institución tiene definido como se enfrentan cambios que en algún momento pueden afectar el sistema de gestión de la calidad?		X		
		¿Se tiene definido y documentado quienes son los responsables de la integridad del sistema de gestión de la calidad?		X		
5.5.	Responsabilidad, autoridad y comunicación					
5.5.1	Responsabilidad y autoridad	¿Están definidas y documentadas las responsabilidades y autoridades del personal de la institución?				X
		¿Estas responsabilidades y autoridades son conocidas y comunicadas al interior de la entidad?				X
5.5.2	Representante de la dirección	¿Existe un representante del grupo directivo de la institución que se asegure de que se llevan a cabo los procesos necesarios para la implementación del sistema de gestión de la calidad?		X		

NUMERAL	REQUISITO NORMA	VALORACIÓN				
		NA	1	2	3	4
	¿Este representante informa a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y las necesidades de mejora?		X			
	¿El representante se asegura de que en todos los niveles de la institución se tenga la conciencia de los requisitos del cliente?		X			
5.5.3	Comunicación Interna ¿Están establecidos los canales de comunicación adecuados para garantizar la eficacia de los procesos?		X			
5.6.	Revisión por la dirección					
5.6.1	Generalidades ¿Existe un procedimiento para realizar la revisión del sistema de gestión de la calidad por la dirección?		X			
	¿Con que periodicidad se realiza la revisión por la dirección?		X			
5.6.2	Información para la revisión ¿Existe la siguiente información para efectuar la revisión? Resultados de auditorías internas, retroalimentación del cliente, desempeño de los procesos, conformidad del servicio, resultado de acciones preventivas y correctivas, cumplimiento de las tareas asignadas en la revisión anterior, Cambios que pueden afectar el sistema de gestión de la calidad, Sugerencias para mejorar, Riesgos identificados para la entidad.		X			
5.6.3	Resultados de la ¿Después de realizar la		X			

NUMERAL	REQUISITO NORMA	VALORACIÓN				
		NA	1	2	3	4
	<i>revisión</i>					
	revisión se toman decisiones y acciones con respecto a: Mejorar el sistema, mejorar el servicio, asignar recursos para implementar las acciones?					
6	Gestión de los Recursos					
6.1	Provisión de los recursos					X
	¿La institución proporciona los recursos necesarios para la implementación, mantenimiento y mejoramiento continuo del sistema de gestión de la calidad?					X
6.2.	Talento Humano					
6.2.1	Generalidades					X
	¿El personal de la entidad cumple con las competencias con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas?					X
6.2.2	Competencia, formación y toma de conciencia					X
	¿El establecimiento tiene definidos los perfiles de los cargo requeridos para el desempeño de las actividades que afectan la calidad del servicio?					X
	¿Se brinda formación a los funcionarios en temas relacionados con su desempeño?					X
	¿Se asegura que todos los funcionarios son conscientes de la importancia de sus actividades para el logro de los objetivos de calidad?		X			
	¿Se mantienen los registros apropiados sobre la educación, formación, habilidades y experiencias de los funcionarios?		X			
6.3	Infraestructura					X
	¿El instituto mantiene la infraestructura necesaria					X

NUMERAL	REQUISITO NORMA	VALORACIÓN				
		NA	1	2	3	4
	para lograr la conformidad del producto?					
6.4	Ambiente de trabajo ¿Están definidas y se cumplen las características requeridas en el sitio de trabajo para lograr la conformidad o prestación del servicio?				X	
7	Realización del producto o prestación del servicio					
	¿Se encuentra documentada la forma de prestar el servicio teniendo en cuenta los objetivos de la calidad y los requisitos de éste?		X			
	¿Se determinan los recursos para el servicio?				X	
7.1.	Planificación de la realización del producto o prestación del servicio ¿Se establecen los puntos de verificación, en modo de validación y los criterios de aceptación del servicio?				X	
	¿Se definen los registros necesarios para proporcionar la evidencia de que se cumplen los requisitos?		X			
	¿Se tiene un formato para la presentación de los resultados de la planificación?		X			
7.2.	Procesos relacionados con el cliente					
	¿La entidad determina cuales son los requisitos especificados por el cliente?				X	
7.2.1	Determina cuales son los requisitos específicos por el cliente y/o servicio ¿Se identifican otros requisitos del servicio como los legales y reglamentarios, los necesarios para el uso y otros adicionales determinados por el instituto?				X	
7.2.2.	¿El instituto revisa los requisitos que se				X	

NUMERAL	REQUISITO NORMA	VALORACIÓN				
		NA	1	2	3	4
	Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicios	determinan en el numeral anterior antes de proporcionar el servicio?				
		¿Se cerciora de que se entienden los requisitos del cliente y que se tiene la capacidad del cumplir con estos requisitos?				X
		¿Se tienen registros con los resultados de estas revisiones?	X			
		¿Si se presenta algún cambio en los requisitos, éste se documenta y se comunica a todos los funcionarios?	X			
7.2.3	Comunicación con el cliente	¿Existen mecanismos apropiados para suminístrale información a los clientes acerca de los productos o servicios y para recibir de ellos retroalimentación sobre su satisfacción, sus necesidades o requerimientos?	X			
7.3.	Diseño y desarrollo					
7.3.1	Planificación del diseño y desarrollo	¿La institución programa todas las etapas para el diseño y desarrollo de los productos y/o servicios?				X
		¿Se determina los métodos para la revisión, verificación y validación en cada etapa del diseño y desarrollo?	X			
7.3.2	Elementos de entrada para el diseño y desarrollo	¿Se tienen en cuenta los siguientes elementos de entrada relacionados con los requisitos del producto y/o servicios: Los requisitos de funcionales y de desempeño, requisitos legales y contractuales, diseños previos similares, otros	X			

NUMERAL	REQUISITO NORMA	VALORACIÓN				
		NA	1	2	3	4
	requisitos esenciales para el diseño y desarrollo					
7.3.3	Resultados del diseño y desarrollo	¿Los resultado del diseño y desarrollo se pueden verificar con respecto a los elementos de entrada?		X		
		¿Estos resultados se aprueban antes de ser aceptados?		X		
7.3.4	Revisión del diseño y desarrollo	¿Se hacen revisiones en cada etapa del diseño y desarrollo para comprobar su eficacia?		X		
		¿Se llevan registros de las revisiones que se hacen?		X		
7.3.5	Verificación del diseño y desarrollo	¿Se verifica que los resultados del diseño y desarrollo cumplen con los requisitos definidos en los elementos de entrada?		X		
		¿Se mantienen registros de los resultados de la verificación y de las acciones tomadas?		X		
7.3.6	Validación del diseño y desarrollo	¿Existen registros que permitan controlar los cambios del diseño y desarrollo?		X		
7.3.7	Control de los cambios del diseño y desarrollo	¿Los cambios se revisan, se verifican y se validan?		X		
		¿Se realiza una evaluación de los efectos ocasionados por los cambios?		X		
7.4.	Adquisición de bienes y servicios					
7.4.1	Proceso de adquisición de bienes y servicios	¿Cuándo la entidad adquiere bienes y servicios, se controla que estos cumplan con los requisitos especificados en los pliegos de peticiones, términos de referencia y otras disposiciones?			X	
		¿Los proveedores son				X

NUMERAL	REQUISITO NORMA	VALORACIÓN				
		NA	1	2	3	4
	evaluados y seleccionados objetivamente de acuerdo a criterios establecidos y se tienen registros de estas evaluaciones?					
7.4.2	Información para la adquisición de bienes y servicios			X		
	¿La entidad asegura de que estos requisitos son adecuados antes de comunicárselos al proveedor?			X		
7.4.3	Verificación de los productos y/o servicios adquiridos			X		
7.5.	Producción y prestación del servicio					
7.5.1	Control de la producción y de la prestación del servicio		X			
	¿La entidad cuenta con los siguientes elementos que ayudan a controlar los procesos de producción y prestación del servicio?: Información sobre las características del servicio, instrucciones de trabajo, equipos apropiados, disponibilidad y uso de dispositivos de seguimiento y medición, implementación de actividades de aceptación entrega y posteriores a la entrega. Riesgo de mayor		X			

NUMERAL	REQUISITO NORMA	VALORACIÓN				
		NA	1	2	3	4
						probabilidad.
7.5.2	Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio		X			¿La entidad realiza la validación de estos procesos teniendo en cuenta?: Los criterios definidos para la revisión y a probación de los procesos, la aprobación de los equipos utilizados en los procesos, la calificación de los servidores públicos
7.5.3	Identificación y trazabilidad		X			¿La entidad identifica el servicio prestado a través del registro de las actividades realizadas para hacerle un seguimiento desde que se inicia hasta que termina?
7.5.4	Propiedad del cliente		X			¿Cuándo el cliente suministra bienes para la utilización dentro de la prestación del servicio, éstos se identifican y se protegen adecuadamente?
7.5.5	Preservación del producto y/o servicio					X
			X			¿La entidad se asegura de que tanto los productos en proceso como los productos terminados y los comprados se manipulan y se almacena bajo condiciones de seguridad y protección en todos los momentos hasta la entrega al cliente?
			X			¿Están determinadas las actividades de seguimiento y medición así como los dispositivos necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del servicio?
7.6			X			¿Están definidos los


NUMERAL	REQUISITO NORMA	VALORACIÓN				
		NA	1	2	3	4
	Control de los equipos de seguimiento y medición					
	requisitos para hacer las actividades de seguimiento y medición y la entidad se asegura de que cumplan estos requisitos?					
	¿Los equipos de mediciones se calibran, se verifican o se ajustan periódicamente o antes de su utilización comparándose con patrones establecidos?		X			
	¿Se registran los resultados de la calibración y verificación y se toman las acciones necesarias sobre el equipo o servicio afectado?		X			
8	Medición, análisis y mejora					
8.1.	Generalidades		X			
	¿En la Institución se planifican y se implementan procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora que permitan: Determinar la conformidad de los servicios, demostrar la capacidad del sistema de gestión de la calidad para generar esos servicios conformes, mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad?		X			
	¿Para ello se utilizan métodos y técnicas estadísticas al alcance de la entidad?		X			
8.2.	Seguimiento y medición					
8.2.1	Satisfacción del cliente		X			
	¿La entidad lleva a cabo auditorías internas para saber si el sistema de gestión de la calidad cumple con los requisitos de esta norma y si funciona de manera		X			

NUMERAL	REQUISITO NORMA	VALORACIÓN				
		NA	1	2	3	4
	eficaz, deficiente y efectiva?					
8.2.2	Auditoría interna	¿La entidad lleva a cabo auditorías internas para saber si el sistema de gestión de la calidad cumple con los requisitos de esta norma y si funciona de manera eficaz, eficiente y efectiva?		X		
		¿Las auditorías internas se realizan con base en una programación y unos criterios establecidos?		X		
		¿Se garantiza la objetividad e imparcialidad de las auditorías y de los auditores?		X		
		¿Existe un procedimiento documentado donde se definan las responsabilidades y los requisitos para la planificación y la realización de las auditorías internas, para informar acerca de los resultados y para mantener los registros?		X		
		¿Se verifica que se hayan realizado las acciones generadas raíz de los resultados de las auditorías?		X		
		¿Se hace un informe con los resultados de la verificación?		X		
		¿Existen sistemas o método para hacer el seguimiento y la medición de los procesos que permita evaluar su eficacia, eficiencia y efectividad?		X		
8.2.3.	Seguimiento y medición de los procesos	¿Este sistema de evaluación es accesible a los clientes y partes		X		

NUMERAL	REQUISITO NORMA	VALORACIÓN				
		NA	1	2	3	4
		interesadas y sus resultados difundidos?				
8.2.4	Seguimiento y medición del producto y/o servicio	¿Las características del servicio se miden y se les hace seguimiento en diferentes etapas del proceso de prestación para verificar que se cumplen las especificaciones?				
			X			
		¿Se llevan registros de la evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación y se indica la persona que autoriza la prestación del servicio?				
			X			
8.3	Control del producto y/o servicio no conforme	¿La entidad puede detectar y controlar fácilmente los servicios que no son conformes con los requisitos?				
			X			
		¿Existen procedimientos documentos donde estén definidos los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del servicio no conforme?				
			X			
		¿Se mantienen registros de las no conformidades y de las acciones tomadas?				
			X			
		¿Una vez corregido el servicio no conforme se somete a una nueva verificación?				
			X			
8.4	Análisis de datos	¿En la entidad se determinan, se recopilan, se procesan y se analizan los datos apropiados que permitan demostrar la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad, y que ayuden a detectar dónde se puede realizar la mejora continua?				
			X			

NUMERAL	REQUISITO NORMA	VALORACIÓN				
		NA	1	2	3	4
	¿En análisis de datos se obtiene información sobre: La satisfacción del cliente, la conformidad con requisitos del servicio, las características y tendencias de los procesos, los proveedores		X			
8.5.	Mejora					
8.5.1	Mejora continua		X			
8.5.2	Acción correctiva		X			
8.5.3	Acción preventiva		X			

ANEXO 2 FORMATO DE CARACTERIZACIONES

	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN ACADÉMICA INSTITUTO MADRE DEL BUEN CONSEJO		CODIGO: CAL- MA-02 VERSIÓN: 001 PAGINA: 104 FECHA: Enero de 2011	
	NOMBRE DEL PROCESO	RESPONSABLE		
		PARTICIPANTES		
	OBJETIVO DEL PROCESO			
ALCANCE DEL PROCESO				
PROVEEDORES	ACTIVIDADES		CLIENTES	
	PLANEAR	HACER		
•	•		•	
ENTRADAS	ACTUAR	VERIFICAR	SALIDAS	
•	•			
DOCUMENTACIÓN	RECURSOS	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	REQUISITOS	
INDICADORES:				
•				

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA ELABORACIÓN:
_____ Laura J. Vásquez O. Estudiante Ing. Industrial UPB	_____ Coordinador del proceso.	_____ Cesar E. Monsalve G. Rector IMBC	

ANEXO 3 PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS

	PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS	CÓDIGO: CAL-PR-03
		VERSIÓN: 001
		FECHA: Marzo 2011
		PÁGINA: 105

OBJETIVO

Definir los documentos que afectan el Sistema de Gestión de Calidad (S.G.C.) del Instituto Madre del Buen Consejo – Sede A- (MDBC-A), en cuanto a la calidad del servicio educativo prestado, enfocándose en su creación, modificación y/o eliminación.

ALCANCE

Aplica a todos los documentos originados en el S.G.C., y a la documentación externa utilizada por la Institución.

RESPONSABLES

Todos los líderes de los procesos del S.G.C.

DEFINICIONES

Procedimiento: Forma específica para llevar a cabo una actividad o proceso.

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Gestión documental: Conjunto de actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las entidades, desde su origen hasta su destino final, con el objetivo de facilitar su utilización y conservación.

Documento: Información y su medio de soporte

Documentos Interno: Son los documentos creados por el Instituto MDBC-A, para la prestación del servicio.

Documento Externo: Son los documentos creados por otras organizaciones y que deben ser utilizados por el Instituto MDBC-A.

Documento Obsoleto: Son los documentos no han sido reemplazados por otros o que ya no tienen vigencia dentro del S.G.C.

Copia Controlada: Son todos los documentos que una vez entregados para su uso, están sujetos a control de su tenencia una vez aprobados. Se identifica con la marcación "Copia Controlada".

Copia No Controlada: Son aquellos documentos que se emiten sin la responsabilidad de su actualización a nuevas versiones. No lleva ningún tipo de marcación.

Manual de Calidad: Documento que describe y especifica el S.G.C. de la Calidad de una entidad.

Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades ejecutadas.

Formato: Publicación que cumple ciertas características para ser diligenciado.

Instructivo: Documento que describe la secuencia de un proceso.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Se consideran los siguientes documentos

- NTC GP 1000:2009
- Manual de Calidad
- Caracterizaciones de procesos
- Guía para la elaboración de documentos

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

NO.	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y REGISTROS
1	Identificación del documento requerido	El líder del proceso puede identificar la necesidad de crear, modificar o eliminar cualquier clase de documento del S.G.C.	Líder de cada proceso/Responsable de elaborar el documento.	No aplica
2	Diligenciar Solicitud	El responsable de crear el documento, debe diligenciar el formato de Solicitud para crear, modificar o eliminar un documento, según su necesidad y entregarlo al Coordinador de Calidad.	Líder de cada proceso/Responsable de elaborar el documento	CAL-FO-01 Solicitud de creación, modificación y/o eliminación de documentos.
3	Aprobación de la solicitud	El Coordinador de Calidad debe aprobar o rechazar la solicitud	Director del Instituto/ Coordinador de Calidad	CAL-FO-01 Solicitud de creación,

NO.	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y REGISTROS
		emitida		modificación y/o eliminación de documentos.
4	Crear, modificar o eliminar un documento	Si la solicitud es aprobada, la persona responsable elabora el documento teniendo en cuenta la Guía para la elaboración de documentos, o según sea el caso, modifica o elimina el documento. Si se aprueba eliminar un documento se pasa a la actividad # 2 Una vez realizada la actividad debe proceder a la revisión	Responsable elaborar documento	de el Documento requerido
5	Revisión documento del	Consiste en realizar una revisión acerca de la forma, el contenido y la aplicabilidad del documento. Esto lo debe realizar el Coordinador de Calidad. Si la revisión no es aprobada debe regresar al punto No. 3	Coordinador Calidad	de Documento requerido
6	Aprobación documento del	El documento pasa a aprobación, para ellos se debe tener en cuenta el manual de calidad, la caracterización del proceso donde corresponda, los instructivos o guías.	Comité de Calidad	Documento requerido aprobado con las respectivas firmas
7	Inclusión documento S.G.C. del al	El documento se incluye dentro del S.G.C. y se entregan copias físicas o electrónicas. Así mismo, se debe hacer la inclusión en el Listado Maestro de Documentos	Coordinador Calidad	de CAL-FO-07 Listado Maestro de Documentos
8	Recoger y eliminar copias obsoletas	Se debe recoger y entregar al encargado de Calidad, las copias o versiones anteriores del documento.	Líderes de cada proceso	No aplica

NO.	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y REGISTROS
9	Actualizar el listado Maestro de documentos	Se debe actualizar el listado maestro de documentos con las nuevas modificaciones, y así llevar la trazabilidad de los documentos en cada proceso.	Coordinador de Calidad	CAL-FO-07 Listado Maestro de documentos
10	Divulgación	Divulgar o distribuir el nuevo documento o el documento modificado a los procesos involucrados en su uso.	Coordinador de Calidad	Documento aprobado

CONTROL DE CAMBIOS AL DOCUMENTO

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA DEL CAMBIO	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO REALIZADO	FECHA DE APROBACIÓN

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA ELABORACIÓN:
Laura J. Vásquez O. Estudiante Ing. Industrial UPB	Coordinador de Calidad IMBC	Cesar E. Monsalve G. Rector IMBC	Marzo / 2011

ANEXO 4 PROCESO CONTROL DE REGISTROS

	PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTRO	CÓDIGO: CAL-PR-02
		VERSIÓN: 001
		FECHA: Marzo 2011
		PÁGINA: 110

OBJETIVO

Instaurar instrucciones para el control de los registros que se generan en el SGC, que permite identificar su almacenamiento, protección, recuperación, definir los tiempos de retención y definir su final.

ALCANCE

Este procedimiento aplica a todos los registros obligatorios del SGC, con el fin de apoyar a su actualización y localización.

RESPONSABILIDAD

Es responsabilidad del coordinador de calidad la adecuada aplicación de este procedimiento.

Es responsabilidad de todo el personal del Instituto cumplir con las instrucciones dadas en este procedimiento.

DEFINICION

- **Procedimiento:** Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

- **Registro:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades ejecutada.

DOCUMENTOS REFERENTES

- NTC-GP 1000:2009
- Manual de calidad
- Procedimiento de control de documentos
- Guía para la elaboración de documentos

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

NO.	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y REGISTROS
1.	Diseño del formato para elaborar el registro.	El diseño y formato de los registros se debe hacer por el líder del proceso.	Líder de cada proceso	CAL-FO-07 Listado maestro de documentos
2.	Establecer el lugar y condiciones de almacenamiento y de los registros	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el lugar donde están ubicados los registros del SGC para revisión y consulta. • Establecer la forma en que se organiza los registros en el archivo Ejemplo: por fecha, orden alfabético, secuencias de proceso, etc. 	Líder del proceso	No aplica.
3.	Definir quienes tiene acceso a estos registros	Las personas que tienen acceso a estos registros son determinadas por el líder del proceso.	Líder del proceso	No aplica
4.	Estipular las condiciones del lugar donde se archivarán los registros	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el tiempo que durará el registro en el Archivo Activo (TAA) y la ubicación de este archivo 	Líderes de los procesos	No aplica

NO.	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y REGISTROS
		<ul style="list-style-type: none"> Establece el tiempo en Archivo Muerto (TAM), es decir, el tiempo que durará en el registro en un archivo muerto mientras se decide su posición final. Ubicación Final: Lugar donde reposan los registros que ya no son utilizados. 		
5.	Diligenciar el formato de Control maestro de Registro CAL-FO-05	Estableciendo las indicaciones anteriores debe diligenciar el formato de Control maestro de Registro CAL-FO-05	Líderes de los Procesos	CAL-FO-05 Control maestro de registro
6.	Dar copia del formato a control de calidad.	El líder del proceso entrega una copia del formato CAL-FO-05 debidamente diligenciado al líder del proceso de Gestión de Calidad	Líder de los procesos	CAL-FO-05 Control maestro de registro

REGISTROS


Véase el listado maestro de registros **CAL-FO-01**

CONTROL DE CAMBIOS AL DOCUMENTO

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA DEL CAMBIO	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO REALIZADO	FECHA DE APROBACIÓN

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA ELABORACIÓN:
Laura J. Vásquez O. Estudiante Ing. Industrial UPB	Coordinador de Calidad IMBC	Cesar E. Monsalve G. Rector IMBC	Marzo / 2011

ANEXO 5 PROCEDIMIENTO SERVICIO NO CONFORME

	PROCEDIMIENTO CONTROL DE SERVICIO NO CONFORME	CÓDIGO: CAL-PR-04
		VERSIÓN: 001
		FECHA: Marzo 2011
		PÁGINA: 113

OBJETIVO

Identificar conforme con los requisitos, cuándo el servicio no es conforme, y realizar el control para prevenir su entrega, y así tomar acciones para eliminar la no conformidad encontrada.

ALCANCE

Abarca desde la identificación del servicio no conforme, hasta la implementación y verificación de las acciones preventivas, correctivas o de mejora.

RESPONSABLES

El Coordinador de Calidad es el responsable de la aplicación de este procedimiento.

DEFINICIONES

- **Servicio No Conforme:** Servicio que no cumple con los requisitos del usuario
- **Requisito:** Expectativa o la necesidad establecida para el usuario

- **Acción Correctiva:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar las causas de una no conformidad detectada o una situación no deseable.
- **Acción Preventiva:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar las causas de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.
- **Concesión:** Autorización para utilizar o liberar un producto y/o servicio que no es conforme con los requisitos especificados.
- **Corrección:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.
- **Mejora continua:** Acción permanente realizada, con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.
- **No conformidad:** Incumplimiento de un requisito
- **Producto y/o Servicio:** Resultado de un proceso o conjunto de procesos

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Se consideran los siguientes documentos

- NTC GP 1000:2009
- Manual de Calidad
- Caracterizaciones de procesos

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

NO	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y REGISTROS
1	Identificación de la No conformidad	Se realiza la identificación de la No Conformidad, en el momento de prestación del servicio, encuestas de satisfacción, quejas o reclamos, auditorías internas o externas.	Líderes de los procesos	Control de servicios no conformes
2	Acciones para eliminar la No conformidad	Establecer una acción para eliminar la No Conformidad, ya sea correctiva, preventiva o de mejora continua.	Líderes de los procesos	CAL-FO-06 Formato para control de Servicio No Conforme
3	Registrar acción	Registrar la acción ejecutada junto con sus resultados en el formato de Control de Servicio No Conforme.	Líderes de los procesos	CAL-FO-06 Formato para control de Servicio No Conforme
4	Verificación	Verificar el cumplimiento de la acción tomada.	Rector	CAL-FO-06 Formato para control de Servicio No Conforme
5	Elaborar informe	Elaborar el informe correspondiente a la identificación y corrección del servicio No Conforme realizado, así mismo analizar el impacto sobre la Institución.	Comité de Calidad	Acta del Comité de Calidad

*El Servicio No Conforme debe identificarse por el No cumplimiento de los estándares establecidos por la Institución tales como: tiempos, responsables, recursos, reglamentación, y actividades.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA DEL CAMBIO	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO REALIZADO	FECHA DE APROBACIÓN

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA ELABORACIÓN:
Laura J. Vásquez O. Estudiante Ing. Industrial UPB	Coordinador del proceso.	Cesar E. Monsalve G. Rector IMBC	Marzo / 2011

ANEXO 6 PROCEDIMIENTO ACCIONES PREVENTIVAS

	PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES PREVENTIVAS	CÓDIGO: CAL-PR-05
		VERSIÓN: 001
		FECHA: Marzo 2011
		PÁGINA: 117

OBJETIVO

Establecer los lineamientos necesarios para realizar la identificación, implementación y seguimiento las acciones preventivas desarrolladas en la Institución Madre Del Buen Consejo – Sede A.

ALCANCE

Aplica a todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad del Instituto Madre del Buen Consejo – Sede A.

RESPONSABLES

Todos los líderes de los procesos del S.G.C.

DEFINICIONES

- **Procedimiento:** Forma específica para llevar a cabo una actividad o proceso.
- **Proceso:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

- **No Conformidad:** Incumplimiento de un requisito.
- **Acción Preventiva:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar las causas de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Se consideran los siguientes documentos

- NTC GP 1000:2009
- Manual de Calidad

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

NO.	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y REGISTROS
1	Identificación de la no conformidad	Con base en encuestas de satisfacción, resultado de indicadores de gestión, auditorias, etc, se identifica las posibles no conformidades.	Líder de cada proceso	No aplica
2	Identificación de la acción preventiva	Se define si la acción planteada corresponde con una acción preventiva, de acuerdo a la definición.	Líder de proceso	CAL-FO-04 Formato para Acciones preventivas, correctivas y de mejora
3	Evaluación de la acción preventiva	Se debe determinar si las condiciones bajo las cuales se va implementar la acción preventiva, así como sus efectos sobre el S.G.C.	Líder de proceso / Líder de Calidad	CAL-FO-04 Formato para Acciones preventivas, correctivas y de mejora
4	Implementación de la acción preventiva	Planear la implementación de la acción preventiva con la autorización del Comité de Calidad o el Rector de la Institución.	Comité de Calidad	No aplica
5	Seguimiento y control	Se realiza mediante	Líder de Calidad	CAL-FO-04


NO.	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y REGISTROS
	de la acción preventiva	auditorías internas. Es realizado por el Líder de Calidad.		Formato para Acciones preventivas, correctivas y de mejora
6	Cierre de la Conformidad	No Luego de efectuar el seguimiento y de superada la no conformidad, se procede a su cierre, teniendo en cuenta las evidencias del proceso.	Líder de Calidad	CAL-FO-04 Formato para Acciones preventivas, correctivas y de mejora
7	Verificación de efectividad de la acción preventiva	Informe sobre la efectividad de la acción preventiva implementada y el estado de la misma.	Líder de Calidad	Registro

CONTROL DE CAMBIOS AL DOCUMENTO

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA DEL CAMBIO	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO REALIZADO	FECHA DE APROBACIÓN

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA ELABORACIÓN:
Laura J. Vásquez O. Estudiante Ing. Industrial UPB	Coordinador de Calidad IMBC	Cesar E. Monsalve G. Rector IMBC	Marzo / 2011

ANEXO 7 PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS

	PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS	CÓDIGO: CAL-PR-06
		VERSIÓN: 001
		FECHA: Marzo 2011
		PÁGINA: 120

OBJETIVO

Establecer los lineamientos necesarios para realizar la identificación, implementación y seguimiento las acciones correctivas desarrolladas en la Institución Madre Del Buen Consejo – Sede A.

ALCANCE

Aplica a todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad del Instituto Madre del Buen Consejo – Sede A.

RESPONSABLES

Todos los líderes de los procesos del S.G.C.

DEFINICIONES

- **Procedimiento:** Forma específica para llevar a cabo una actividad o proceso.
- **Proceso:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

- **No Conformidad:** Incumplimiento de un requisito.
- **Acción Correctiva:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar las causas de una no conformidad detectada o una situación no deseable.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Se consideran los siguientes documentos

- NTC GP 1000:2009
- Manual de Calidad

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

NO.	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y REGISTROS
1	Identificación de la no conformidad	Con base en encuestas de satisfacción, resultado de indicadores de gestión, auditorias, etc, se identifica las posibles no conformidades.	Líder de cada proceso	No aplica
2	Identificación de la acción correctiva	Se define si la acción planteada corresponde con una acción correctiva, de acuerdo a la definición.	Líder de proceso	CAL-FO-04 Formato para Acciones preventivas, correctivas y de mejora
3	Evaluación de la acción correctiva	Se debe determinar si las condiciones bajo las cuales se va implementar la acción correctiva, así como sus efectos sobre el S.G.C.	Líder de proceso / Líder de Calidad	CAL-FO-04 Formato para Acciones preventivas, correctivas y de mejora
4	Implementación de la acción correctiva	Planear la implementación de la acción correctiva con la autorización del Comité de Calidad o el Rector de la Institución.	Comité de Calidad	No aplica
5	Seguimiento y control	Se realiza mediante	Líder de Calidad	CAL-FO-04


NO.	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y REGISTROS
	de la acción correctiva	auditorías internas. Es realizado por el Líder de Calidad.		Formato para Acciones preventivas, correctivas y de mejora
6	Cierre de la Conformidad	No Luego de efectuar el seguimiento y de superada la no conformidad, se procede a su cierre, teniendo en cuenta las evidencias del proceso.	Líder de Calidad	CAL-FO-04 Formato para Acciones preventivas, correctivas y de mejora
7	Verificación de la efectividad de la acción preventiva	Informe sobre la efectividad de la acción preventiva implementada y el estado de la misma.	Líder de Calidad	Registro

CONTROL DE CAMBIOS AL DOCUMENTO

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA DEL CAMBIO	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO REALIZADO	FECHA DE APROBACIÓN

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA ELABORACIÓN:
Laura J. Vásquez O. Estudiante Ing. Industrial UPB	Coordinador de Calidad IMBC	Cesar E. Monsalve G. Rector IMBC	Marzo / 2011

ANEXO 8 PROCEDIMIENTO AUDITORÍA INTERNA

	PROCEDIMIENTO AUDITORIA INTERNA	CÓDIGO: CAL-PR-01
		VERSIÓN: 001
		FECHA: Marzo 2011
		PÁGINA: 123

OBJETIVO

Definir las directrices para la ejecución de las auditorías internas del SGC en el instituto Madre del Buen Consejo.

ALCANCE

El propósito de este procedimiento es establecer un mecanismo unificado para la ejecución de las auditorías Internas que se lleven a cabo en el Instituto Madre del Buen Consejo.

RESPONSABLES

Es responsabilidad del coordinador de calidad el diseño del programa anual de auditorías internas del SGC del Instituto Madre del Buen Consejo y de programar su ejecución.

Es responsabilidad de los auditores que llevan a cabo la auditoria seguir los lineamientos de este procedimiento.

DEFINICIONES

- **Auditoría:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencia de las auditorias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de

determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría. (3.9.1 NTC-ISO 9000).

- **Auditoría Interna:** Se denomina en algunos casos como auditorías de primera parte, se realizan por, o nombre de la propia organización, para fines internos y puede constituir la base para la auto-declaración de conformidad de una organización.
- **Programa de Auditoría:** Conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un período específico. (3.9.2. NTC-ISO 9000).
- **Criterios de Auditoría:** Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencia. (3.9.3. NTC-ISO 9000).
- **Evidencia de la Auditoría:** Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinente para los criterios de auditoría y que son verificables.(3.9.4 NTC-ISO 9000)
- **Hallazgos de la Auditoría:** Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría. (3.9.5. NTC-ISO 9000).
- **Conclusiones de la Auditoría:** Resultado de un auditoría que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría. (3.9.6.NTC-ISO 9000).
- **Objetivos de Auditoría:** Los objetivos de la auditoría definen qué es lo que se va a lograr con la auditoría

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Se consideran los siguientes documentos

- NTC GP 1000:2009
- Manual de Calidad
- Caracterizaciones de procesos
- Guía para la elaboración de documentos
- Listado maestro de documentos

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

N°	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y REGISTROS
1	Programación y elaboración del cronograma de auditorías	El coordinador de calidad es el encargado de elaborar anualmente el cronograma de auditorías, presentarlo al comité de calidad para su aprobación y luego darlo a conocer a los líderes de cada procesos.	Coordinador de calidad	CAL-FO-02 Programación anual de auditorías
2	Elección del grupo de Auditores	El rector es la persona que designara el grupo de auditores, los cuales deben garantizar la objetividad e imparcialidad en el proceso de auditoría.	El rector	Contrato
3	Revisión de la documentación	La revisión de la documentación está a cargo de la auditores y debe tener en cuenta el numeral 6.3 de la NTC-ISO 19011	Líder del Grupo auditor	N.A.
4.	Preparación de las actividades <i>in situ</i>	Esta actividad la debe ejecutar el líder del auditor basado en los	Líder del Grupo Auditor	CAL-FO-03 Plan de auditoria

N°	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y REGISTROS
		<p>lineamientos contemplados en el numeral 6.4 de la NTC-ISO 19011:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de auditoria • Asignación de las tareas al grupo auditor. • Preparación de los documentos de trabajo. 		
5.	Ejecución de las auditorías <i>IN SITU</i>	<p>Estas actividad se realiza a cargo el líder del grupo auditor teniendo en cuenta lo contemplado en el numeral 6.5 de la NTC-ISO-19011:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realización de la reunión de apertura. • Recopilación y verificación de información. • Creación de los hallazgos de la auditoria. • Conclusiones de auditoría. • Ejecución de la reunión de cierre. 	<p>Coordinador de calidad</p> <p>Líder del Grupo de Auditoría</p>	<p>CAL-FO-03</p> <p>Plan de Auditoría</p>
6.	Difusión del informe de auditoría	<p>El líder del equipo auditor prepara, presenta y difunde el informe de la auditoria teniendo cuenta los lineamientos contemplados en el numeral 6.6 de la NTC-ISO 19011</p>	Líder del equipo auditor	<p>CAL-FO-05</p> <p>Informe de Auditoría</p>
7.	Implementación de acciones correctivas	<p>El coordinador de cada proceso tiene la responsabilidad de documentar las acciones correctivas para dar solución a las no conformidades detectadas en la auditoria, teniendo en cuenta el procedimiento para la implementación de acciones correctivas. CAL-PR-05 Procedimiento para la implementación de acciones correctivas.</p>	Coordinadores de procesos	<p>CAL-FO-04</p> <p>Formato acciones preventivas, correctivas y de mejoras</p>
8.	Seguimiento de auditoría	<p>El seguimiento a las acciones correctivas planteadas en la auditoria debe estar a cargo del líder</p>	<p>Líder del equipo auditor</p> <p>Coordinador de calidad</p>	<p>CAL-FO-04</p> <p>Formato acciones</p>

N°	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y REGISTROS
		del equipo auditor en compañía del coordinador de calidad los cuales deben verificar la efectividad para finalizar y cerrar las no conformidades		preventivas, correctivas y de mejoras

CONTROL DE CAMBIOS AL DOCUMENTO

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA DEL CAMBIO	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO REALIZADO	FECHA DE APROBACIÓN

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA ELABORACIÓN:
Laura J. Vásquez O. Estudiante Ing. Industrial UPB	Coordinador de Calidad IMBC	Cesar E. Monsalve G. Rector IMBC	Marzo / 2011

ANEXO 9 GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS

	GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	CÓDIGO: CAL-GU-01
		VERSIÓN: 1
		FECHA: Enero 2011
		PÁGINA:128

OBJETIVO

Establecer lineamientos bajo los cuales se realizará la elaboración y presentación de documentos del Sistema de Gestión de Calidad del Instituto Madre del Buen Consejo – Sede A.

ALCANCE

Aplica de esta guía cubre todos los documentos que se realicen dentro del Sistema de Gestión de Calidad del Instituto Madre del Buen Consejo – Sede A.

RESPONSABLES

Coordinador de Calidad

TÉRMINOS Y DEFINICIONES

- Documento: Información y su medio de soporte.
- Documento externo: Información que ha sido desarrollada por otras instituciones y es usado por el instituto MDBC-A.
- Manual de Gestión de Calidad: Documento que enuncia la Política de Calidad y describe el Sistema de Calidad del Instituto.

- Sistema de Calidad: Sistema de Gestión para dirigir y controlar el Instituto respecto a la calidad.
- Instructivo: Descripción escrita y detallada sobre cómo efectuar las actividades y procesos de manera coherente, llegando a un nivel de detalle amplio.
- Procedimiento: Forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso
- Proceso: Conjunto de recursos y actividades interrelacionados los cuales transforman elementos de entrada en resultados.

GUÍAS GENERALES

CODIFICACIÓN

La codificación correspondiente al Sistema de Gestión de Calidad (S.G.C.) del Instituto MDBC-A, estarán codificados bajo el siguiente esquema: **XXX-YY-##**

Este esquema comprende la siguiente abreviación:

Las letras XXX, corresponden al proceso del cual hace referencia, tales como:

PROCESO	ABREVIATURA
Gestión Directiva	DIR
Gestión de Calidad	CAL
Gestión Académica	ACA
Gestión de Admisión y Matricula	ADM
Gestión Humana	HUM
Gestión Administrativa y Financiera	ADF

Las letras YY, corresponden al tipo de documento utilizado en el S.G.C.:

TIPO DE DOCUMENTO	ABREVIATURA
Manual de Calidad	MA
Guía	GU
Procedimiento	PR
Formato	FO

El ##, corresponde a la secuencia o el consecutivo en número dentro del proceso en cuestión.

EJEMPLOS:

- CAL-FO-01: Hace referencia al formato No. 1 del proceso de Gestión de Calidad.

IDENTIFICACIÓN

Todos los documentos del S.G.C., estarán presentados con el siguiente encabezado y pie de página, que debe contener la siguiente información:

Encabezado

LOGO	TÍTULO DEL DOCUMENTO	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA:
		PÁGINA:

El logo, es la identificación del Instituto MSBC-A, el cual es el escudo de la institución. El título del documento identifica de qué documento se trata. El código, es la referencia establecida para el documento de acuerdo al proceso y al consecutivo. La versión corresponde al número de los ajustes o cambios

realizados al documento. La fecha hace referencia al momento de aprobación del documento.

Pie de página

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA ELABORACIÓN:
Laura J. Vásquez O. Estudiante Ing. Industrial UPB	Coordinador del proceso IMBC	Cesar E. Monsalve G. Rector IMBC	Marzo / 2011

El pie de página se coloca al final del documento para identificar la persona que elaboró el documento y la persona que lo aprobó. Diligenciado además con las fechas respectivas.

Cuando se elaboren formatos, estos sólo deben llevar el encabezado. La letra tipo Arial con tamaño 11. Los documentos externos se deben identificar por el título de los mismos.

DESARROLLO

ESTRUCTURA DE LOS PROCEDIMIENTOS

Los procedimientos se deben realizarse acorde a cada proceso del Instituto y deben cumplir la siguiente estructura:

Objetivo

Describe el propósito que se espera al desarrollar el procedimiento en particular

Alcance

Indica el grado de aplicación del procedimiento de acuerdo al proceso específico.

Responsables

Se definen lo(s) funcionarios(s) que deben garantizar la ejecución total de las actividades descritas en el procedimiento.

Definiciones

Palabras o conceptos específicos que serán referenciados en la descripción del procedimiento.

Documentos de referencia

Documentos de soporte o de referencia asociados. Se enuncian los documentos internos o externos.

Contenido o desarrollo del procedimiento

Se enumera la secuencia de las actividades a realizar, respondiendo al qué, al cómo, al dónde, al quién, al con qué y al cuándo.

Registros

Se hace una relación de los registros que resultan de la ejecución del procedimiento.

Control de cambios al documento


En esta parte se hace relación a las actualizaciones que se realicen a los procedimientos

ESTRUCTURAS ADICIONALES

Para las estructuras de los documentos, diferentes a procedimientos, se realizarán acorde a las necesidades de la Institución y difiere de la estructura de los procedimientos.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA ELABORACIÓN:
Laura J. Vásquez O. Estudiante Ing. Industrial UPB	Coordinador del proceso IMBC	Cesar E. Monsalve G. Rector IMBC	Marzo / 2011

ANEXO 10 FORMATO PARA ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

	[TÍTULO DEL DOCUMENTO]	CÓDIGO:
		VERSIÓN:
		FECHA:
		PÁGINA:

OBJETIVO

ALCANCE

RESPONSABLES

DEFINICIONES

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

N°	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y REGISTROS

CONTROL DE CAMBIOS AL DOCUMENTO

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA DEL CAMBIO	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO REALIZADO	FECHA DE APROBACIÓN

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR	FECHA ELABORACIÓN:
<i>Laura J. Vásquez O. Estudiante Ing. Industrial UPB</i>	<i>Coordinador del proceso IMBC</i>	<i>Cesar E. Monsalve G. Rector IMBC</i>	

ANEXO 11 MANUAL DE CALIDAD

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: CAL-MA-01
		VERSIÓN: 001
		FECHA: Enero 2011
		PÁGINA:136

**MANUAL DE CALIDAD
INSTITUTO MADRE DEL BUEN CONSEJO
SEDE A
NTC GP 1000:2009**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	138
1. GENERALIDADES INSTITUTO MADRE DEL BUEN CONSEJO	139
1.1 DATOS GENERALES	140
2. PLANTEAMIENTO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL	142
2.1.1 Misión Institucional	142
2.1.2 Visión Institucional	142
2.1.3 Política de Calidad	142
2.1.3.1 Despliegue De La Política De Calidad	142
2.1.4 Objetivos de Calidad	146
3. ALCANCE Y EXCLUSIONES DEL S.G.C.	147
3.1 ALCANCE DEL S.G.C.	147
3.2 EXCLUSIONES DEL S.G.C.	147
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	148
4.1 PROCESOS ESTABLECIDOS EN EL S.G.C.	148
4.1.1 Procesos Estratégicos	148
4.1.2 Procesos Misionales	148
4.1.3 Procesos de Apoyo	149
4.1.4 Procesos de evaluación, análisis y mejora	149
5. PROCEDIMIENTO ESTABLECIDOS PARA EL S.G.C.	150

INTRODUCCIÓN

Con el presente Manual de Calidad, se pretende dar a conocer la estructura general del Sistema de Gestión de Calidad (S.G.C.) aplicado al Instituto Madre del Buen Consejo – Sede A. (MDBC-A) basado en la Norma Técnica de Calidad GP 1000:2009.

El Instituto MDBC-A, pretende lograr a través de un óptimo desempeño de los procesos establecidos, una adecuada organización de su Gestión Educativa enfocada en la formación Integral para sus estudiantes.

Este Manual, que se encuentra a disposición de todos los involucrados en el S.G.C. del Instituto, especifica el alcance del mismo, y se da una mirada a los procesos y procedimientos establecidos, así como su interacción entre los mismos. Deberá ser empleado como una guía para revisar, diseñar, implementar, evaluar y mejorar continuamente el S.G.C.

1. GENERALIDADES INSTITUTO MADRE DEL BUEN CONSEJO

El Instituto Madre del Buen Consejo – Sede A., es una institución educativa de carácter oficial, ubicada en el Municipio de Floridablanca, Santander.

Inició sus labores con el nombre de Concentración Escolar Madre del Buen Consejo, en el año 1972, en las instalaciones cedidas por el Instituto de Crédito Territorial, una vez terminado el barrio Ciudad Valencia. Su fundadora, la religiosa de la comunidad Hijas de Jesús, Madre Verónica Tejedor, en colaboración con los Padres de Familia del Colegio Reina de la Paz y con la donación de pupitres por parte del ICETEX y la realización de diversas actividades, fue equipando la institución, al mismo tiempo que se posicionaba entre las mejores entidades educativas de Floridablanca.

En 1991, se inició el preescolar, ampliando los servicios educativos progresivamente. Fue en 1993, cuando la Comunidad de Religiosas de las Colosancias, asume la dirección del establecimiento y posteriormente fue nombrada la docente Nohora González de Niño como su directora, quien gestionaría y ejecutaría proyectos de ampliación y dotación de recursos.

Progresivamente, el Instituto ha venido implementando sus niveles de formación, es así como en 1996, se implementó el bachillerato hasta el grado noveno, entregándose la primera promoción de Educación Básica Secundaria (novenno grado) en 1999. El 28 de octubre de 2002, según Resolución No. 12458 se establece la integración de las plantas físicas:

Sede A: Instituto Madre del Buen Consejo

Sede B: Instituto Domingo Sabio

Sede C: Instituto Josefa del Castillo

Sede D: Instituto El Progreso

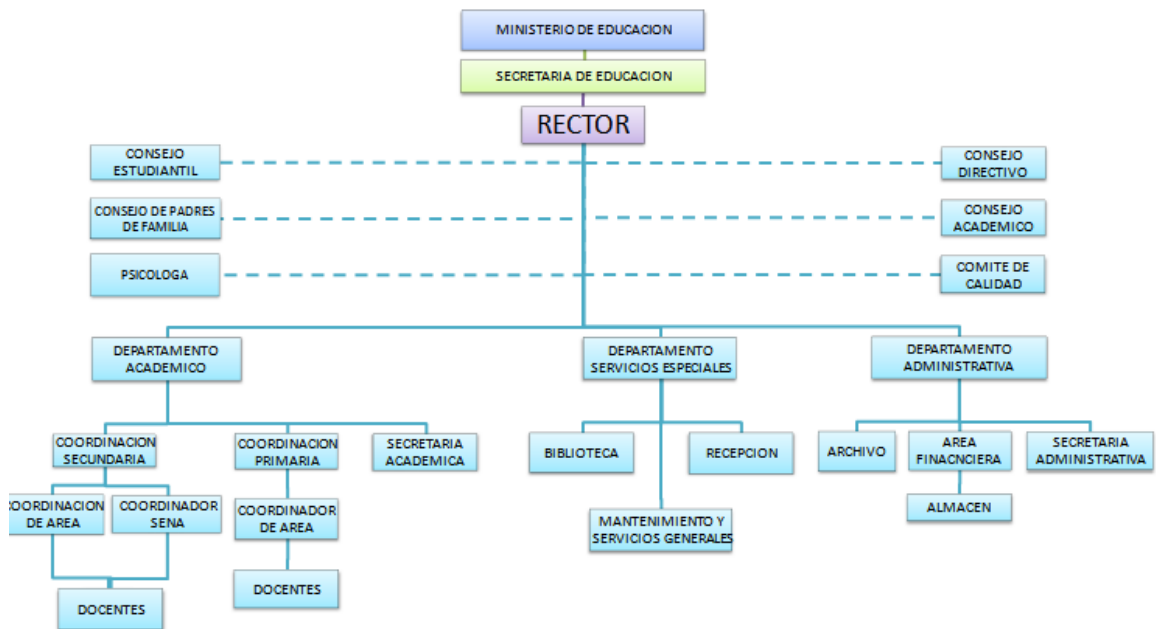
En el año 2003, asume la dirección de la Ciudadela Educativa, la Lic. Benilda Correa Rodríguez. En el año 2004 se asigna como Rector encargado Luís Francisco Ríos Pérez y en julio de 2005 a la fecha es nombrado para el cargo, oficialmente el Doctor Cesar Enrique Monsalve Jiménez.

El Instituto MDBC ofrece el servicio educativo en el nivel preescolar, educación básica (1° a 9°), educación media (10° y 11°), en las jornadas mañana y tarde. Su Modalidad es Bachillerato Técnico Comercial con especialidad en Mercadeo: “Negociación y Venta de Productos y Servicios”.

1.1 DATOS GENERALES

- **Nombre o razón social:** Instituto Madre del Buen Consejo
- **Dirección y teléfono:** Calle 19 No. 14-09 Barrio Ciudad Valencia. Teléfono: 6387015 Fax: 6819841
- **Código DANE:** 168276000096
- **Email:**
- **Representante Legal:** Dr. Cesar Enrique Monsalve.
- **Sector:** Educativo Oficial

- **Actividad Económica:** Educación Pre-escolar, Básica, Media Académica y Técnica Comercial.
- **Licencia de Funcionamiento:**
- **Organigrama institucional**



2. PLANTEAMIENTO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

2.1.1 Misión Institucional. El Instituto Madre del Buen Consejo tiene como misión, la formación integral (con énfasis en mercadeo: negociación y venta de producto de servicios) aplicando principios de calidad en sus procesos de enseñanza-aprendizaje con principios y valores inculcados en cada uno de sus educandos desde pre-jardín hasta undécimo grado, promoviendo el desarrollo de las dimensiones cognitivas, comunicativas, socio-afectivas y éticas, hacemos de nuestros estudiantes seres que asumen compromisos reales y efectivos en sus comunidades.

2.1.2 Visión Institucional. El Instituto Madre del Buen Consejo se proyecta en el futuro como una entidad educativa líder en la calidad de su formación educativa con sentido humano basado en principios éticos y morales formando personas capaces de enfrentar los retos de una sociedad evolucionista.

2.1.3 Política de Calidad. El instituto Madre del Buen Consejo – Sede A, está comprometida con la comunidad educativa en brindar una educación integral que contribuya a la formación académica en valores para desarrollar en el estudiante sus competencias personales y su orientación vocacional en un ambiente pedagógico y educativo adecuado, todo esto enmarcado en un Proyecto Educativo acorde a la filosofía de la institución, la cual cuenta para ello con docentes y personal competente para así también atender a las necesidades sociales actuales, con miras a la mejora continua de nuestros procesos.

2.1.3.1 Despliegue De La Política De Calidad

DIRECTRICES	OBJETIVOS	INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	SENTIDO	META	RESPONSABLE ANÁLISIS DE DATOS	FRECUENCIA DE MEDICIÓN
Formación académica en Valores	Fomenta e incrementar los valores en la formación integral que se brinda a los estudiantes permitiendo que asuman con responsabilidad sus necesidades y expectativas en el entorno.	Eficacia de los programas de formación	(Número de evaluaciones satisfactorias / Número de estudiantes evaluados) * 100	Positivo	80%	coordinadores	Semestral
Desarrollo de competencias personales	Crear mecanismos que les permitan a los estudiantes desarrollar habilidades y competencias interpersonales fortaleciendo su crecimiento personal y espiritual con miras a la construcción de un mejor país.	Eficacia de los programas extracurriculares	(Número de evaluaciones de programas satisfactorias/Número de estudiantes evaluados por programa)	positivo	80%	coordinadores	Semestral
Desarrollar la orientación vocacional	Descubrir en el estudiante sus capacidades cognitivas científicas y técnicas	Efectividad de los exámenes de vocación profesional – alumnos de undécimo.	Número de aciertos en escogencia de Carrera vocacional, de acuerdo a las pruebas presentadas.	Positivo	≥ 30	Jefe de Área	Anual

DIRECTRICES	OBJETIVOS	INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	SENTIDO	META	RESPONSABLE ANÁLISIS DE DATOS	FRECUENCIA DE MEDICIÓN
	desarrollando habilidades, actitudes y valores que le permitan al estudiante asumir con responsabilidad y autonomía sus derechos y deberes.						
Ambiente educativo y pedagógico adecuado	Propiciar espacios para la investigación y el aprendizaje, permitiendo a los estudiantes ser creativos, analíticos y críticos de su propia realidad.	Medición de la percepción de ambientes adecuados.	Resultado de la Encuesta de satisfacción por encima del 60%.	Positivo	60%	Jefe de Área	Anual
P.E.I. acorde a la filosofía institucional	Garantizar que el PEI mantenga la filosofía institucional	Medición de la percepción de filosofía del institucional con respecto al P.E.I	Encuesta para medir la conformidad por encima del 60%, entre la filosofía institucional y el P.E.I. (Personal docente, Administrativo y Padres de Familia)	Positivo	60%	Rector	Anual
Docentes y personal competente	Asignar y distribuir los docentes y el personal de acuerdo a su	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Capacitación	Nº de capacitaciones realizadas / Nº de capacitaciones planificadas	positivo	60%	Rector	Semestral

DIRECTRICES	OBJETIVOS	INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	SENTIDO	META	RESPONSABLE ANÁLISIS DE DATOS	FRECUENCIA DE MEDICIÓN
	especialidad y experiencia garantizando un mejor servicio						
Atención a necesidades sociales	Preparar a los estudiantes en el desarrollo de sus habilidades, intelectuales, analíticas, críticas y en la integración de sus conocimientos, para encontrar alternativas de solución a las necesidades de la comunidad.	Encuesta a la comunidad con nivel de percepción positivo	≥ 80%	positivo	≥ 80%	Rector	Semestral
Mejora continua	Mejorar continuamente el sistema de gestión de calidad dentro de la institución.	Eficacia de las acciones correctivas y preventivas.	Número de acciones correctivas cerradas a tiempo / (sumatoria de acciones correctivas planteadas). Número de acciones preventivas cerradas a tiempo / (sumatoria de acciones preventivas planteadas).	Positivo	80%	Líder de Calidad	Trimestral

2.1.4 Objetivos de Calidad

- Fomenta e incrementar los valores en la formación integral que se brinda a los estudiantes permitiendo que asuman con responsabilidad sus necesidades y expectativas en el entorno.
- Crear mecanismos que les permitan a los estudiantes desarrollar habilidades y competencias interpersonales fortaleciendo su crecimiento personal y espiritual con miras a la construcción de un mejor país.
- Descubrir en el estudiante sus capacidades cognitivas científicas y técnicas desarrollando habilidades, actitudes y valores que le permitan al estudiante asumir con responsabilidad y autonomía sus derechos y deberes.
- Propiciar espacios para la investigación y el aprendizaje, permitiendo a los estudiantes ser creativos, analíticos y críticos de su propia realidad.
- Garantizar que el PEI mantenga la filosofía institucional.
- Asignar y distribuir los docentes y el personal de acuerdo a su especialidad y experiencia garantizando un mejor servicio.
- Preparar a los estudiantes en el desarrollo de sus habilidades, intelectuales, analíticas, críticas y en la integración de sus conocimientos, para encontrar alternativas de solución a las necesidades de la comunidad.
- Mejorar continuamente el sistema de gestión de calidad dentro de la institución.

3. ALCANCE Y EXCLUSIONES DEL S.G.C.

3.1 ALCANCE DEL S.G.C.

El S.G.C. implementado en el instituto MDBC-A, incluye todos sus procesos, tales como: Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación), los cuales, interactúan entre sí logrando garantizar la mejora continua de la prestación del servicio educativo de manera normal para los cursos de Pre-escolar, Educación Básica, Educación Media.

3.2 EXCLUSIONES DEL S.G.C.

El instituto MDBC-A, excluye de su S.G.C. el numeral 7.6. de la NTC GP 1000:2009, que corresponde a “Control de los Equipos de Seguimiento y de Medición”; al no tener aplicabilidad dentro de la prestación del servicio educativo.

4. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

4.1 PROCESOS ESTABLECIDOS EN EL S.G.C.

Los procesos establecidos en el S.G.C. en el Instituto MDBC-A, son los siguientes:



Fuente: Autor

4.1.1 Procesos Estratégicos. Para esta categoría se definió el Proceso de Gestión Directiva, que va encabezado por el Rector. Como su nombre lo indica, se encarga de la definición del horizonte institucional, sus estrategias, objetivos, el aseguramiento de los recursos, la revisión por la dirección, entre otros.

4.1.2 Procesos Misionales. Se identificaron los procesos de Gestión Académica y Gestión Admisión y Matrícula, como ejes esenciales para la prestación del servicio educativo. La Gestión Académica proporciona a la comunidad la

realización del objetivo central de la Institución, que es la educación integral de los educandos.

4.1.3 Procesos de Apoyo. Incluye los procesos de soporte para el desarrollo normal de las actividades de los procesos estratégicos, misionales y de evaluación. Para la Institución se establecieron los procesos de Gestión Administrativa y Financiera, y Gestión Humana.

4.1.4 Procesos de evaluación, análisis y mejora. El proceso de Gestión de Calidad es la base que permite la mejora continua del S.G.C., realizando la medición del desempeño de los procesos, su eficacia y eficiencia.

En las caracterizaciones de cada proceso, se puede identificar el objetivo del proceso, su alcance, el responsable, los participantes, las actividades vistas desde la perspectiva del ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar), las entradas y salidas del proceso. Así como los requisitos de ley, de la norma, y los institucionales. La documentación utilizada, los recursos, el seguimiento y la medición, también hacen parte fundamental de las caracterizaciones.

5. PROCEDIMIENTO ESTABLECIDOS PARA EL S.G.C.

En el Sistema de Gestión de Calidad del Instituto MDBC-A, se establecieron los siguientes procedimientos requeridos para la normal implementación de los procesos, de los cuales se hace referencia a continuación:

- Procedimiento para la toma de Acciones correctivas, preventivas y de mejora
- Procedimiento para la Gestión de Riesgos.
- Procedimiento para el Control de Documentos
- Procedimiento para el Control de Registros
- Procedimiento para Auditorías Internas
- Procedimiento para el Control del Producto No Conforme
- Procedimiento para la revisión del S.G.C. por la Dirección
- Procedimiento para el Manejo de Solicitudes, Quejas, Reclamos y Sugerencias
- Procedimiento para la Elaboración y Seguimiento de Planes de Acción
- Procedimiento para la Adquisición de Bienes y Servicios

ANEXO 12 CARTA CONFORMACIÓN EQUIPO DE CALIDAD



INSTITUTO MADRE DEL BUEN CONSEJO

Floridablanca - Santander
Código DANE: 168276000096 - NIT: 804.005.153-8
Resolución de Aprobación No. 0995 del 11 de Octubre de 2006

CREACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO PARA EL SISTEMA DE CALIDAD NTCGP 1000:2009

El rector de la Institución educativa Madre del Buen Consejo, Sr. Cesar Enrique Monsalve Jiménez, consciente de la necesidad de poner en marcha el Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma Técnica GP1000:2009, ordena la creación del equipo de trabajo responsable del diseño, documentación, implementación y evaluación del Sistema de Gestión.

Este equipo de trabajo será liderado por Martha Lucia Mendoza Alva, coordinadora jornada de la mañana Sede A, quien será designado con funciones adicionales de Líder de Calidad, y que a su vez tendrá la responsabilidad de guiar todo el proceso hasta la consecución de la correspondiente certificación de un ente especializado en este aspecto.

El líder de Calidad tendrá la responsabilidad y libertad de designar y/o remover al personal que participará en el equipo de trabajo para implementar el Sistema de Gestión en la Institución educativa.

Para constancia se firma a los 25 días del mes de Enero de 2011, en Floridablanca, Santander.


CESAR ENRIQUE MONSALVE J.
RECTOR



Sr. Cesar Enrique Monsalve Jiménez
Rector Instituto Madre del Buen Consejo

SEDE PRINCIPAL: Calle 19 No. 14-09 - Telf: 6387015 - Telefax: 6819841
SEDE B: Calle 14 No. 13-20 Telf: 6385804 - Barrio Villabel
SEDE C: Carrera 12 No. 10-30 Telf: 6387011 - Barrio Villabel
SEDE D: Carrera 22 con Calle 147B Telf: 6380503 - Barrio Palomitas

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Departamento Administrativo
de la **Función Pública**
República de Colombia



Libertad y Orden

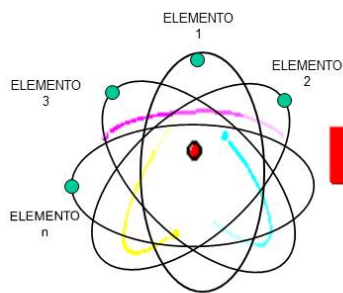
Departamento Administrativo
de la **Función Pública**
República de Colombia



SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Ley 872 de 2003

CREACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

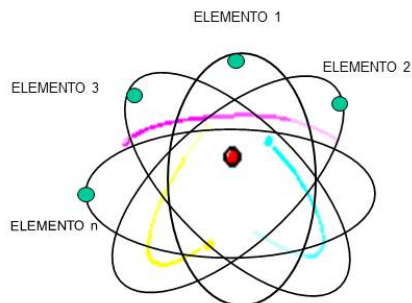


**Sistema de Gestión de la
Calidad**

Herramienta
de Gestión

- Sistemática
- Transparente
- Dirigir y evaluar el desempeño institucional
- Calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios

CREACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



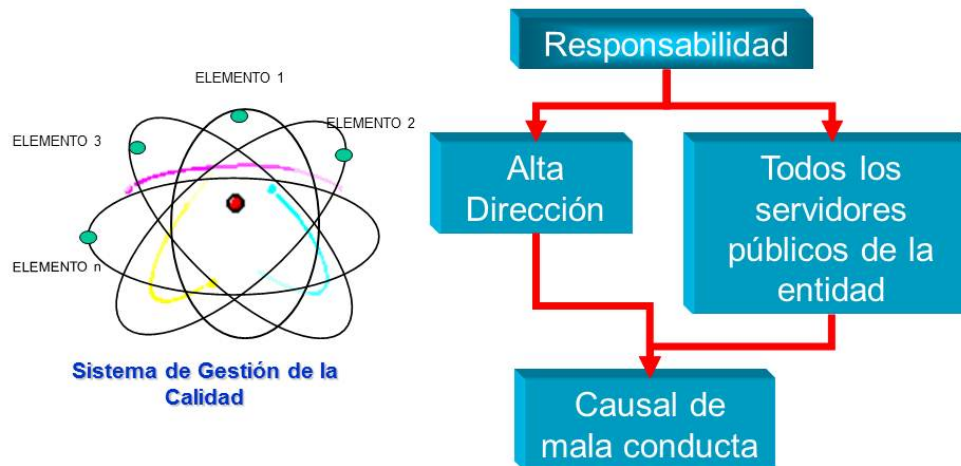
**Sistema de Gestión de la
Calidad**

Planes estratégicos

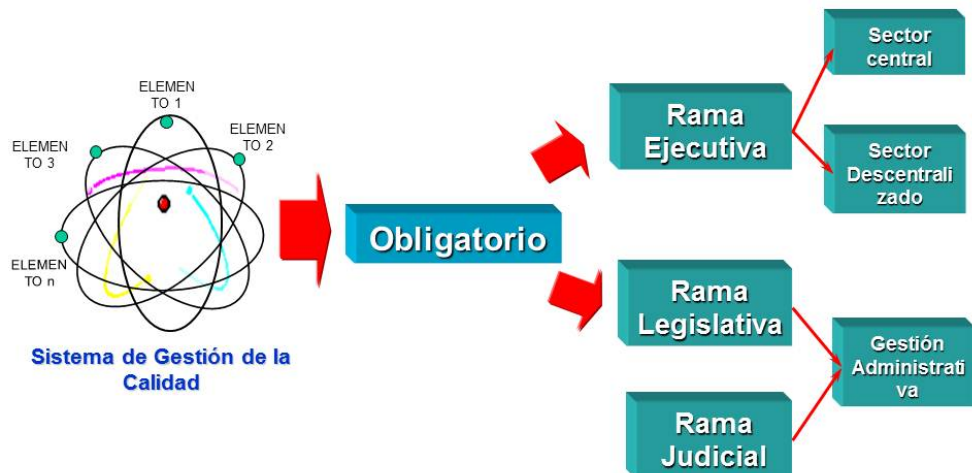
Enfoque basado en
procesos

Expectativas usuarios

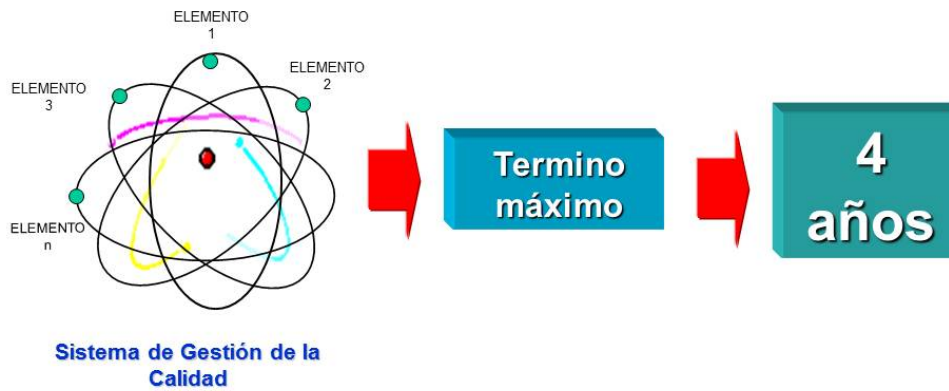
RESPONSABILIDAD DEL SISTEMA



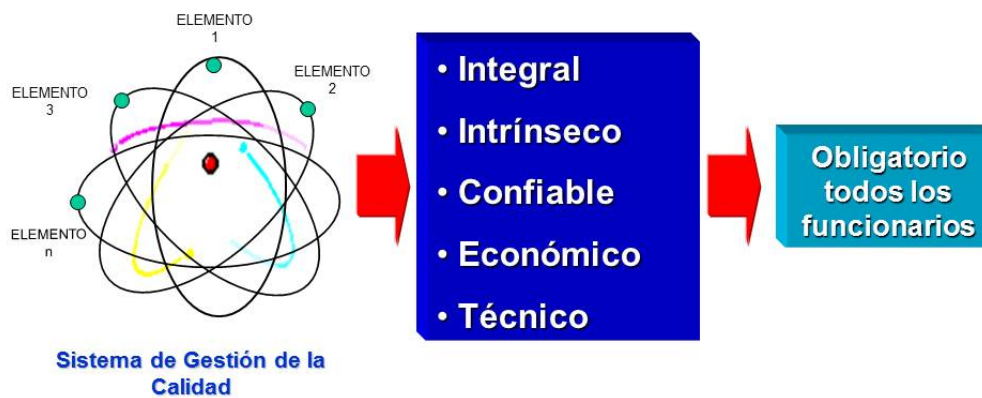
ENTIDADES Y AGENTES OBLIGADOS



TIEMPO PARA IMPLEMENTAR EL SISTEMA

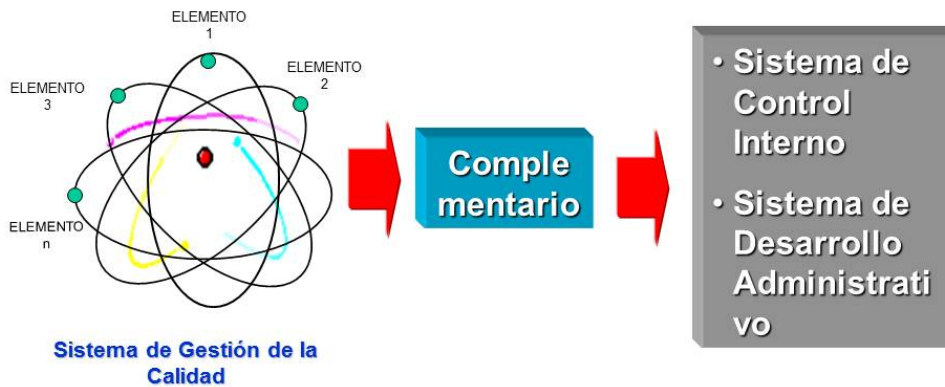


CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA.





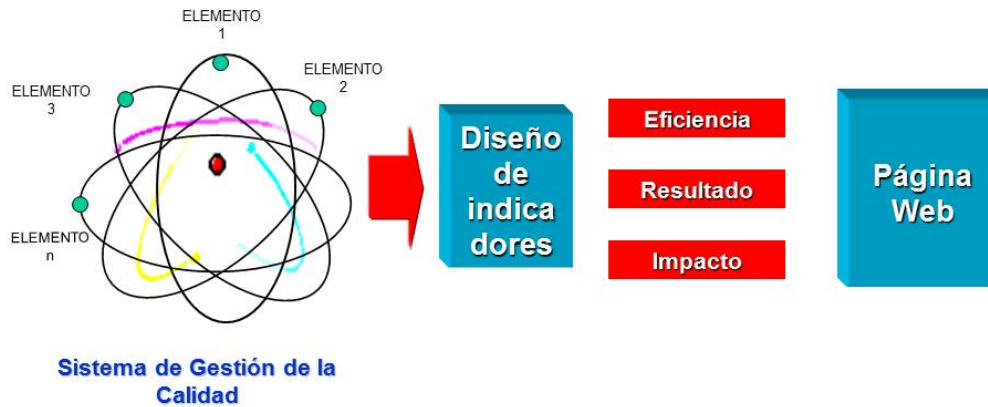
COMPLEMENTARIEDAD CON OTROS SISTEMAS



REQUISITOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN.



INDICADORES DEL SISTEMA



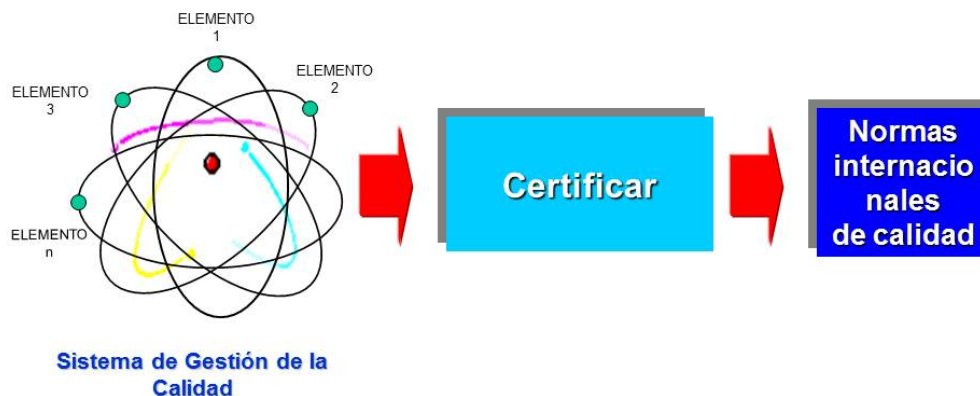
QUÉ DEBE PERMITIR EL SISTEMA



IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA

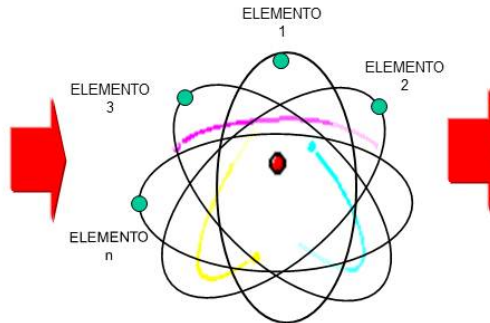
Cada **entidad** definirá internamente las **dependencias y funcionarios** que de acuerdo con **sus competencias** deban **desarrollar el Sistema de Gestión de la Calidad**, sin que ello implique **alteración de su estructura o tamaño**.

CERTIFICACIÓN DE CALIDAD.



CERTIFICACIÓN DEL SISTEMA

NO
Contratación
NO
Certificación



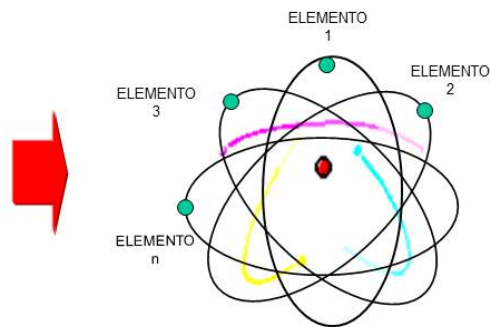
Exista entidad
gubernamental
con
experiencia en
procesos de
certificación

**Sistema de Gestión de la
Calidad**

APOYO ESTATAL.

SENA
ESAP
DAFP

Demás
instituciones de
orden Distrital y
Nacional



**Sistema de Gestión de la
Calidad**

**Decreto
4110 de
2004**

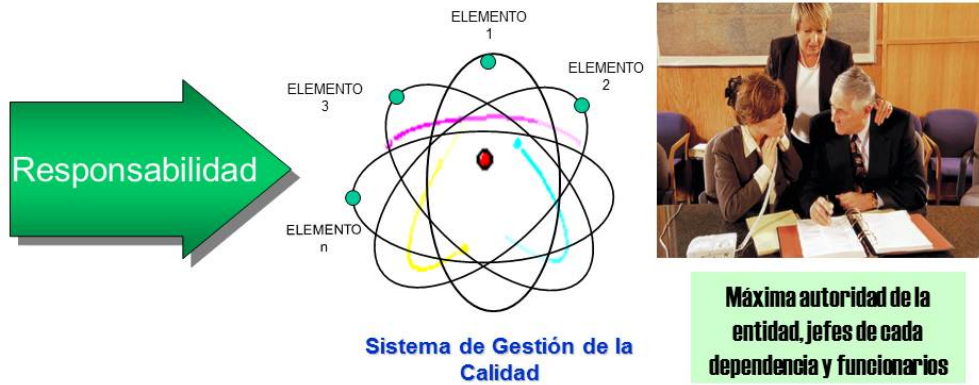


**Reglamentario
de la Ley 872 de
2003**

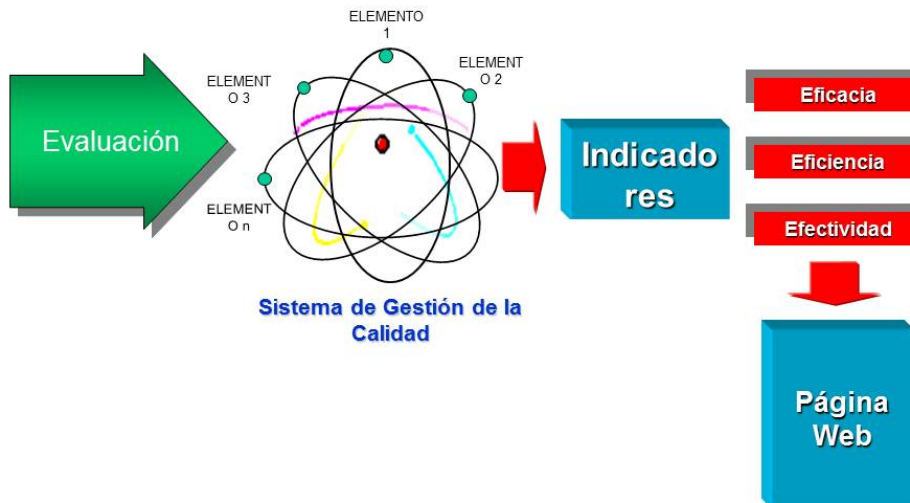
ADOPCIÓN DE LA NORMA DE CALIDAD



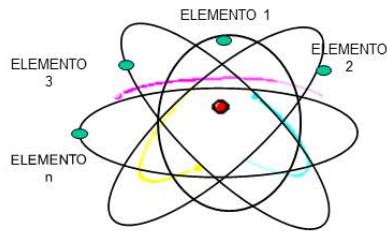
Responsabilidad de la alta dirección



INDICADORES DEL SISTEMA



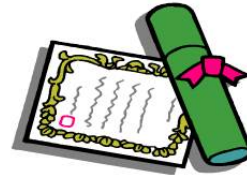
ESTÍMULOS



Sistema de Gestión de la
Calidad **EXITOSOS**



Premio Nacional de
alta Gerencia



Banco de éxitos

**Qué hacer para
implementar el
Sistema de Gestión de
la Calidad?**

Qué hacer para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad?

Comprometer a la Alta Dirección en la implementación del SGC



Definir el "Representante de la alta dirección" responsable del diseño e Implementación del SGC



Qué hacer para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad?

Definir el "Equipo de calidad" para la Implementación del SGC



Sensibilizar

Concientizar de los beneficios del Sistema de Gestión de Calidad y su incidencia en la mejora de la Gestión



Qué hacer para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad?

Comprometer a la Alta Dirección en la implementación del SGC



Capacitar a Responsables y totalidad de los funcionarios de la entidad



Qué hacer para implementar un Sistema de Gestión de la Calidad?

Realizar un diagnóstico sobre el estado en que se encuentra la entidad con respecto a la norma NTCGP 1000:2004



Qué hacer para implementar un Sistema de Gestión de la Calidad?

- Conocer los requerimientos de **NUESTROS CLIENTES**



- Identificar los Procesos Estratégicos, Misionales de Apoyo, y de control y evaluación



Qué hacer para implementar un Sistema de Gestión de la Calidad?



- Identificar los **Productos** que genera cada Proceso

Responder claramente estos interrogantes.

- Qué hace la entidad?
- Cómo lo Hace?
- Para qué lo Hace?
- Por qué lo Hace?
- Con qué lo Hace?



Qué hacer para implementar un Sistema de Gestión de la Calidad?

- Contar con el personal necesario y competente para dirigir, realizar y verificar el trabajo con la calidad requerida.



Qué debe contener el Sistema de Gestión de la Calidad?



ESTRUCTURA BÁSICA DE CALIDAD



SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



ENFOQUE BASADO EN PROCESOS



REQUISITOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Requisitos de la Documentación



PAPEL DE LA ALTA DIRECCIÓN EN S.G.C la **POLÍTICA** y los **OBJETIVOS** de la calidad de la organización



CUAL ES LA ESTRATÉGIA



ESTRUCTURA NORMA NTCGP 1000:2004

- 1. Introducción**
 - 1.1 Generalidades**
 - 1.2 Principios de Gestión de la Calidad**
 - 1.3 Compatibilidad con otros sistemas**
- 2. Objeto y campo de aplicación**
- 3. Términos y definiciones**
- 4. Sistema de Gestión de la Calidad**
 - 4.1 Requisitos generales**
 - 4.2 Gestión documental**
 - 4.2.1 Generalidades**
 - 4.2.2 Manual de la calidad**
 - 4.2.3 Control de documentos**
 - 4.2.4 Control de los registros**

ESTRUCTURA NORMA NTCGP 1000:2004

- 5. Responsabilidad de la Dirección**
 - 5.1 Compromiso de la Dirección**
 - 5.2 Enfoque al cliente**
 - 5.3 Política de Calidad**
 - 5.4 Planificación**
 - 5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación**
 - 5.6 Revisión por la Dirección**
- 6. Gestión de los recursos**
 - 6.1 Provisión de recursos**
 - 6.2 Talento Humano**
 - 6.3 Infraestructura**
 - 6.4 Ambiente de trabajo**

ESTRUCTURA NORMA NTCGP 1000:2004

7. Realización del producto

- 7.1 Planificación de la realización del producto o prestación del servicio**
- 7.2 Procesos relacionados con el cliente**
- 7.3 Diseño y desarrollo**
- 7.4 Adquisición de bienes y servicios**
- 7.5 Producción y prestación del servicio**
- 7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y medición**

ESTRUCTURA NORMA NTCGP 1000:2004

8. Medición, análisis y mejora

- 8.1 Generalidades
- 8.2 Seguimiento y medición
- 8.3 Control del producto y/o servicio no conforme
- 8.4 Análisis de datos
- 8.5 Mejora
 - 8.5.1 Mejora continua
 - 8.5.2 Acción correctiva
 - 8.5.3 Acción preventiva

FASES PARA IMPLEMENTAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



**Dirección de Control Interno y Racionalización de
Trámites**

Carrera 6 No. 12 – 62. Piso 5
PBX: 3344080 Extensión 130 FAX: 3412120
Teléfono Directo: 3360686
Email: dirconin@dafp.gov.co
www.dafp.gov.co

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUTO MADRE DEL BUEN
CONSEJO

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD



INSTITUTO MADRE DEL BUEN
CONSEJO

Ing. Laura Johanna Vásquez Otero



INTRODUCCIÓN



- La empresas de hoy en día se desenvuelven en un mundo competitivo



¿QUÉ ES LA CALIDAD?



• *“La calidad es una actitud hacia hacerlo bien.” Philip B.Crosby*

• Según Juran, la calidad es *“adecuar las características de un producto al uso que le va a dar el consumidor”*.

• Eduards Deming Ciclo PHVA – control de calidad

• Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos- NTC ISO 9000:2005



GESTIÓN DE LA CALIDAD



Se define como aquella parte del sistema de la organización enfocado en el logro de los resultados, en relación con los objetivos de calidad, para satisfacer los requisitos de las partes interesada, según corresponda¹.



¹ NTC-ISO 9000:2005 Fundamentos y vocabulario.



GESTIÓN DE LA CALIDAD



Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en cuanto a la calidad

- Planificación de la calidad
- Control de la calidad
- Aseguramiento de la calidad
- La mejora de la calidad



REALIDAD DE LAS EMPRESAS SIN EL SISTEMA ASEGURADO



Proveedores incumplidos
Materias primas sin especificaciones
Información no valida



Devoluciones
quejas
reclamos




CLIENTES
INSATISFECHOS

Recurso humano desmotivado
Reproceso
\$ Inspección Alto
Altas pérdidas

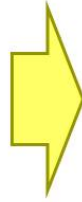


EMPRESAS CON EL SISTEMA DE CALIDAD



ENTRADAS

- Proveedores cumplidos
- Materia prima adecuada
- Requisitos definidos



RESULTADOS ESPERADOS

- Conformidad
- No quejas
- No devoluciones
- Recurso humano competente
- Bajo reproceso
- Cero rechazos
- \$ Inspección Baja
- Beneficios Económicos
- Maquinaria adecuada



BENEFICIOS EXTERNOS



Mejoramiento en la satisfacción del cliente

Alta calidad percibida por el cliente

Mejora de la competitividad

Reducción de auditorias

Incremento en la participación en el mercado



BENEFICIOS INTERNOS



- Cultura enfocada al mejoramiento continuo
- Mayor conciencia sobre la calidad
- Incremento de la eficiencia y la productividad operacional
- Cambio cultural positivo
- Disminución de costos de desperdicio
- Mejor documentación
- Medición al interior de la organización



CONCLUSIÓN





GRACIAS...



ANEXO 14 LISTA DE CHEQUEO FINAL



LISTA DE CHEQUEO FINAL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD NTC-GP 1000:2009

Instrucciones	Indique con una X en la celda correspondiente al número de la valoración que corresponda según el grado de cumplimiento.
Escala de valoración	<p>El rango de valoración va desde NA (No aplica) hasta el valor cuatro(4) siendo (4) el valor de mayor cumplimiento, a continuación se describe cada valor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NA: La pregunta no aplica para la institución. • Valor 1: El requisito no se encuentra documentado y no se cumple. • Valor 2: El requisito se encuentra documentado y no se cumple. • Valor 3: El requisito se cumple y no se encuentra documentado. • Valor 4: El requisito se cumple y se encuentra documentado.

NUMERAL	REQUISITO NORMA	VALORACIÓN				
		NA	1	2	3	4
4.	SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD					
4.1	Requisitos generales					
	¿Tiene definido la misión?					X
	¿Tiene definido la visión?					X
	¿Tiene los procesos de la entidad definidos?					X
	¿Demuestran su interacción?					X
	¿Tienen los procesos de la entidad caracterizados?					X
4.2	Gestión Documental					
4.2.1	Generalidades					
	¿Cuenta con un manual de calidad?					X
	¿Posee definidos los objetivos de calidad?					X
	¿Posee una política de calidad?					X
	¿Posee los procedimientos requeridos por esta norma documentados?					X

NUMERAL	REQUISITO NORMA	VALORACIÓN				
		NA	1	2	3	4
	¿Pose los procedimientos institucionales para el cumplimiento de sus objetivos, misión y visión que le permitan asegurarse de la eficaz planificación operación y control de sus procesos?					X
4.2.2	Manual de calidad					X
4.2.3	Control de documentos					X
	¿Cuenta con un procedimiento documentado para el control de documentos?					X
	¿Los documentos son revisados periódicamente en cuanto a su actualización?					X
	¿Los documentos son legibles y fácilmente identificables?					X
	¿Los documentos de origen externo se identifican como tal?					X
	¿Los documentos obsoletos se encuentran debidamente identificados?					X
4.2.4	Control de registros					X
5	Responsabilidad de la Dirección					
5.1	Compromiso de la dirección					X
5.2	Enfoque al cliente					X
	¿Tienen determinados los requisitos de los usuarios con el fin de aumentar su satisfacción y mostrar más atractivo el servicio prestado?					X
	¿Se cumplen los requisitos de los usuarios con el fin de aumentar su satisfacción y mostrar más atractivo el servicio prestado?					X
5.3	Política de la calidad					X
	¿Posee una política de calidad establecida y acorde con la misión de la institución?					X
	¿Incluye el compromiso de cumplir con los requisitos del cliente, de la mejora continua en cuanto a la eficacia y la eficiencia del sistema de gestión de la calidad enmarcada en la misión, de contribuir al logro de los fines esenciales del estado?					X
	¿Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad?					X
	¿Es comunicada a los trabajadores y usuarios del servicio?					X
	¿Se revisa periódicamente para su adecuación continua?					X
5.4.	Planificación					
5.4.1	Objetivos de calidad					X
	¿Los objetivos del sistema de gestión de la calidad son medibles?					X

NUMERAL	REQUISITO NORMA	VALORACIÓN				
		NA	1	2	3	4
	¿Se cuentan con indicadores para determinar el grado de cumplimientos de los objetivos?					X
	¿Los objetivos de calidad definidos tienen en cuenta el marco legal y los recursos financieros, humanos y operaciones con los que cuenta la entidad?					X
5.4.2	Planificación del sistema de gestión de la calidad					X
	¿La institución tiene definido y establecido como cumple con los requisitos del sistema de gestión de la calidad?					X
	¿Se tiene definido y estructurado como se da cumplimiento y a los objetivos de calidad?					X
	¿La institución tiene definido como se enfrentan cambios que en algún momento pueden afectar el sistema de gestión de la calidad?					X
	¿Se tiene definido y documentado quienes son los responsables de la integridad del sistema de gestión de la calidad?					X
5.5.	Responsabilidad, autoridad y comunicación					
5.5.1	Responsabilidad y autoridad					X
	¿Están definidas y documentadas las responsabilidades y autoridades del personal de la institución?					X
	¿Estas responsabilidades y autoridades son conocidas y comunicadas al interior de la entidad?					X
5.5.2	Representante de la dirección					X
	¿Existe un representante del grupo directivo de la institución que se asegure de que se llevan a cabo los procesos necesarios para la implementación del sistema de gestión de la calidad?					X
	¿Este representante informa a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y las necesidades de mejora?					X
	¿El representante se asegura de que en todos los niveles de la institución se tenga la conciencia de los requisitos del cliente?					X
5.5.3	Comunicación Interna					X
	¿Están establecidos los canales de comunicación adecuados para garantizar la eficacia de los procesos?					X
5.6.	Revisión por la dirección					
5.6.1	Generalidades					X
	¿Existe un procedimiento para realizar la revisión del sistema de gestión de la calidad por la dirección?					X
	¿Se realiza periódicamente la revisión por la dirección?					X
5.6.2	Información para la revisión					X
	¿Existe la siguiente información para efectuar la revisión? Resultados de auditorías internas, retroalimentación del cliente, desempeño de los procesos, conformidad del servicio, resultado de acciones					X


NUMERAL	REQUISITO NORMA	VALORACIÓN				
		NA	1	2	3	4
	preventivas y correctivas, cumplimiento de las tareas asignadas en la revisión anterior, Cambios que pueden afectar el sistema de gestión de la calidad, Sugerencias para mejorar, Riesgos identificados para la entidad.					
5.6.3	Resultados de la revisión					X
6	Gestión de los Recursos					
6.1	Provisión de los recursos					X
6.2.	Talento Humano					
6.2.1	Generalidades					x
6.2.2	Competencia, formación y toma de conciencia	¿El establecimiento tiene definidos los perfiles de los cargo requeridos para el desempeño de las actividades que afectan la calidad del servicio?				X
		¿Se brinda formación a los funcionarios en temas relacionados con su desempeño?				X
		¿Se asegura que todos los funcionarios son consientes de la importancia de sus actividades para el logro de los objetivos de calidad?				X
		¿Se mantienen los registros apropiados sobre la educación, formación, habilidades y experiencias de los funcionarios?				X
6.3	Infraestructura					x
6.4	Ambiente de trabajo					X
7	Realización del producto o prestación del servicio					
7.1.	Planificación de la realización del producto o prestación del servicio	¿Se encuentra documentada la forma de prestar el servicio teniendo en cuenta los objetivos de la calidad y los requisitos de esté?				X
		¿Se determinan los recursos para el servicio?				X
		¿Se establecen los puntos de verificación, en modo de validación y los criterios de aceptación del servicio?				X

NUMERAL	REQUISITO NORMA	VALORACIÓN				
		NA	1	2	3	4
	¿Se definen los registros necesarios para proporcionar la evidencia de que se cumplen los requisitos?					X
	¿Se tiene un formato para la presentación de los resultados de la planificación?					X
7.2.	Procesos relacionados con el cliente					
7.2.1	Determina cuales son los requisitos específicos por el cliente y/o servicio					X
	¿La entidad determina cuales son los requisitos especificados por el cliente?					X
	¿Se identifican otros requisitos del servicio como los legales y reglamentarios, los necesarios para el uso y otros adicionales determinados por el instituto?					X
7.2.2.	Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicios					X
	¿El instituto revisa los requisitos que se determinan en el numeral anterior antes de proporcionar el servicio?					X
	¿Se cerciora de que se entienden los requisitos del cliente y que se tiene la capacidad del cumplir con estos requisitos?					X
	¿Se tienen registros con los resultados de estas revisiones?					X
	¿Si se presenta algún cambio en los requisitos, éste se documenta y se comunica a todos los funcionarios?					X
7.2.3	Comunicación con el cliente					X
	¿Existen mecanismos apropiados para suminístrale información a los clientes acerca de los productos o servicios y para recibir de ellos retroalimentación sobre su satisfacción, sus necesidades o requerimientos?					X
7.3.	Diseño y desarrollo					
7.3.1	Planificación del diseño y desarrollo					X
	¿La institución programa todas las etapas para el diseño y desarrollo de los productos y/o servicios?					X
	¿Se determina los métodos para la revisión, verificación y validación en cada etapa del diseño y desarrollo?					X
7.3.2	Elementos de entrada para el diseño y desarrollo					X
	¿Se tienen en cuenta los siguientes elementos de entrada relacionados con los requisitos del producto y/o servicios: Los requisitos de funcionales y de desempeño, requisitos legales y contractuales, diseños previos similares, otros requisitos esenciales para el diseño y desarrollo					X
7.3.3	Resultados del diseño y desarrollo					X
	¿Los resultado del diseño y desarrollo se pueden verificar con respecto a los elementos de entrada?					X
	¿Estos resultados se aprueban antes de ser aceptados?					X

NUMERAL	REQUISITO NORMA	VALORACIÓN				
		NA	1	2	3	4
7.3.4	Revisión del diseño y desarrollo					X
						X
7.3.5	Verificación del diseño y desarrollo					X
			X			
7.3.6	Validación del diseño y desarrollo					X
7.3.7	Control de los cambios del diseño y desarrollo					X
						X
7.4.	Adquisición de bienes y servicios					
7.4.1	Proceso de adquisición de bienes y servicios					X
						X
7.4.2	Información para la adquisición de bienes y servicios					X
						X
7.4.3	Verificación de los productos y/o servicios adquiridos					X
7.5.	Producción y prestación del servicio					
7.5.1	Control de la producción y de la prestación del servicio					X

NUMERAL	REQUISITO NORMA	VALORACIÓN				
		NA	1	2	3	4
7.5.2	Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio					X
7.5.3	Identificación y trazabilidad					X
7.5.4	Propiedad del cliente					X
7.5.5	Preservación del producto y/o servicio					X
						X
7.6	Control de los equipos de seguimiento y medición					X
						X
8	Medición, análisis y mejora					X
8.1.	Generalidades					X
						X

ANEXO 15 FORMATO DE ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA

	FORMATO DE ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA	CÓDIGO: CAL-FO-04
		VERSIÓN: 001
		FECHA: Marzo 2011
		PÁGINA: 1

TIPO DE ACCIÓN		
<input type="checkbox"/> ACCIÓN PREVENTIVA	<input checked="" type="checkbox"/> ACCIÓN CORRECTIVA	<input type="checkbox"/> ACCION DE MEJORA
CONSECUTIVO No.	001	FECHA 20 de septiembre de 2011
PROCESO PARA APLICAR LA ACCIÓN		Actualización de documentos
PERSONA QUE HACE LA SOLICITUD		Comité de calidad

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD		
En el area de personal se evidencio que las carpetas con la informacion de los docentes y parte del personal administrativo se encuentra obsoletas.		
CONSECUTIVO CONTROL DE SERVICIO NO CONFORME	001	
ANALISIS DE LAS CAUSAS		
<ul style="list-style-type: none"> La documentación del personal se encuentra desactualizada debido a que no se realizan jornadas de actualización de los datos de los docentes y el personal administrativo. los docentes y el personal administrativo se abstienen de dar sus datos e información. No se tiene la confidencialidad en los datos del personal administrativo y docentes de la institución. Cuando llegan docentes nuevos no se recalca la importancia y la obligatoriedad de presentar todos sus información para control interno del Instituto. 		
PLAN DE ACCIÓN		
ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
Realizar jornadas de actualización de información del personal administrativo y docentes cada seis meses.	Jefe de la dependencia de Recursos Humanos	2 semanas
Crear formatos que permitan facilitar al personal de la institución hacer mas fácil la actualización de la información	Jefe de la dependencia de Recursos Humanos	1 semana
Pedir al ingreso del personal nuevo a la Institución, presentar toda su información.	Jefe de la dependencia de Recursos Humanos	