

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE
GESTIÓN DE CALIDAD DE ACUERDO A LA NTC GP 1000:2009
EN LA PERSONERÍA DE BUCARAMANGA.**

MARTHA JULIANA PEÑALOZA ALVAREZ

ID: 88747

DIANA CATALINA ZÁRATE ANAYA

ID: 88838

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
ESCUELA DE INGENIERÍAS
PIEDRECUESTA**

2012

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE
GESTIÓN DE CALIDAD DE ACUERDO A LA NTC GP 1000:2009
EN LA PERSONERÍA DE BUCARAMANGA.**

MARTHA JULIANA PEÑALOZA ALVAREZ

ID: 88747

DIANA CATALINA ZÁRATE ANAYA

ID: 88838

DIRECTOR:

GERMÁN VARGAS REY

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
ESCUELA DE INGENIERÍAS
PIEDRECUESTA**

2012

*“Dedico este proyecto a **Dios**, por su Poder, su Grandeza y sus Bendiciones, a mis padres Luis Arturo y Martha Silenia por su amor y apoyo incondicional, a mi abuelita Silenia y demás personas que me acompañaron en mi proceso de formación como profesional”.*

MARTHA JULIANA PEÑALOZA ALVAREZ

*“Dedico este proyecto de grado primero
que todo a Dios por bendecir cada paso
que doy, a mis padres que con su esfuerzo
Permitieron que cumpliera una meta más,
a mi hermano por su amor y compañía,
Ustedes son lo más importante en mi vida”.*

DIANA CATALINA ZÁRATE ANAYA

AGRADECIMIENTOS

Al Dios del Cielo: Gracias Por brindarme la vida. Gracias por regalarme salud y permitirme estudiar Ingeniería Industrial. Gracias por la sabiduría, por ayudarme a culminar este proyecto. Me Distes una familia Maravillosa y muchas personas valiosas en el transcurso de mi carrera.

A MI PADRE: Por una maravillosa formación llena de grandes valores y sabiduría, me enseñaste a ser una mujer perseverante y a poner pasos fijos para alcanzar mis metas. Gracias por llenar mi vida de mucho amor, felicidad, sonrisas y por darme ánimos siempre diciéndome lo orgulloso que te sientes de mi. **TE AMO PAPI**

A MI MADRE: Mi Maestra, Mi Amiga. Gracias por su amor, comprensión, dedicación y sabiduría para enseñarme a ser una mejor persona cada día. Por formarme con principios y valores por enseñarme el Temor y Amor a Dios. **TE AMO MAMI**

A MI ABUELITA CILE: Por ese cariño y amor tan especial que me tienes, gracias por ser mi confidente. Has sido un ejemplo del cual me siento orgullosa, no alcanzan las palabras para decirte el amor y los agradecimientos que tengo para ti. **TE AMO ABUE**

A MIS TIOS: **Myriam Alvarez, Zoraida Alvarez, Oscar Torres, Claudia Alvarez, Myriam Peñaloza, Mauricio Peñaloza** y demás familiares que gracias a su colaboración permitieron que este triunfo se hiciera realidad y sobre todo por hacerme sentir que tengo un gran apoyo en cada uno de ustedes.

A OSCAR FERNANDO: Por tantos momentos memorables, divertidos y agradables que he compartido contigo en estas diferentes etapas de la vida y por más que primos somos hermanos.

A CATALINA: Por su esfuerzo, perseverancia, ánimo y dedicación con el cual logramos sacar adelante este proyecto.

A Mis Amigos: Gracias por el Cariño y apoyo. Por sus buenos consejos y por estar siempre con una palabra de aliento cuando más lo necesite, gracias por darme muchos días felices, llenos de risa y por compartir conmigo un poquito de cada uno de ustedes. **Luis Carlos Z. Laura V, Nana, Valery, Genny, Cami, Leidy, Dany y Maria Fernanda.**

A MIS MAESTROS: Por sus valiosas Enseñanzas que me animaron a seguir adelante y al profesor **Germán Rey** en especial por su dedicación y colaboración en esta tesis.

A RAFAEL BASTOS, OLGA LUCIA, SERGIO OSSES Y LA PERSONERÍA DE BUCARAMANGA: Que sin su apoyo y su colaboración este proyecto no se hubiera hecho realidad.

MARTHA JULIANA PEÑALOZA ALVAREZ

AGRADECIMIENTOS

Dios siempre te he dado el primer lugar, me encomiendo a ti y te doy gracias por cada una de las bendiciones que me das. Hoy que me encuentro tan feliz quiero darte gracias una vez más por permitirme alcanzar esta meta.

Le doy infinitas gracias a mis padres: Carlos Zárate y Elizabeth Anaya que han sido mi mayor apoyo en tantos años de estudio, que día a día me han inculcado valores, han luchado y con su constancia hoy pueden ver la meta que he alcanzado. Gracias por enseñarme a ser una mujer responsable, a amar cada cosa que hago, y a esforzarme por las cosas que quiero alcanzar. No los cambiaría por nada del mundo, me siento orgullosa de ser su hija. Los amo con todo mi corazón, ustedes son mi vida.

A mi hermano hermoso, que siempre ha estado ahí, apoyándome, consintiéndome y tomándome como ejemplo para su futuro.

A mi Nona Sofía que desde el cielo me ve y quiere lo mejor para mi, a ella mil y mil gracias por que fue y será siempre para mí la mejor persona que he conocido, se que desde ese lugar hermoso se siente orgullosa de mi. Hoy he cumplido con el sueño que siempre tuvieron tu y mi Nonito verme ingeniera.

A mis Tíos Luis Antonio y Maritza, que aparte de ser mis padrinos son los mejores tíos que uno puede tener, siempre han estado pendientes de mí, me acogieron como una hija y hasta el día de hoy no han dejado de estar a mi lado.

A toda mi familia Mi Nono, mis tíos, tías y primos que siempre están pendientes de mí por ser la única prima y ser su consentida, me siento orgullosa de tener una familia tan unida, A todos ellos mil y mil gracias.

A Martha lo logramos, esto fue un reto que se convirtió en muchos conocimientos y armas para nuestro futuro profesional. Gracias a la Personería por darnos la oportunidad de ser participes en este proyecto de certificación.

Y por último quiero agradecerles a todas esas personas con las que compartí y estudié a lo largo de mi carrera, a los que me apoyaron y aportaron a mi proyecto de grado.

DIANA CATALINA ZÁRATE ANAYA

CONTENIDO

| | Pág. |
|--|------|
| INTRODUCCIÓN | 19 |
| 1. GENERALIDADES DE LA EMPRESA | 21 |
| 2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA | 27 |
| 3. ANTECEDENTES | 28 |
| 3.1. CERTIFICACIÓN DE CALIDAD ISO 9001 Y NTCGP 1000:2009 EN LA PERSONSERÍA DE BOGOTA, D.C. | 28 |
| 3.2. PERSONERÍA DE CALI CERTIFICADA CON LA NORMA TÉCNICA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA COLOMBIANA NTCGP 1000:2009 | 29 |
| 3.3. PERSONERÍA DE MEDELLÍN CERTIFICADA CON LA NORMA TÉCNICA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA COLOMBIANA NTCGP 1000:2009 | 30 |
| 3.4. PERSONERÍA DE BUCARAMANGA NORMA TÉCNICA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA COLOMBIANA NTCGP 1000:2009 | 30 |
| 4. JUSTIFICACIÓN | 32 |
| 5. OBJETIVOS | 33 |
| 5.1. OBJETIVO GENERAL | 33 |
| 5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 33 |
| 6. MARCO TEÓRICO | 34 |
| 6.1. NORMA TÉCNICA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA, NTCGP 1000:2009 | 34 |
| 6.2. ETAPAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD NTCGP 1000:2009 | 35 |
| 6.3. INDICADORES DE GESTIÓN | 38 |
| 6.4. CICLO PHVA | 38 |
| 6.5. CALIDAD | 40 |
| 6.6. MEJORA CONTINUA | 40 |

| | |
|--|----|
| 6.7. AUDITORÍA INTERNA | 40 |
| 6.8. MANUAL DE CALIDAD | 41 |
| 7. DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA LA PERSONERÍA DE BUCARAMANGA | 42 |
| 7.1 HERRAMIENTAS PARA LA REALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO | 42 |
| 7.2 RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA PERSONERÍA DE BUCARAMANGA | 45 |
| 7.3 NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN POR CAPÍTULOS | 47 |
| 7.3.1 Sistema de Gestión de Calidad | 47 |
| 7.3.2 Responsabilidad de la Dirección | 48 |
| 7.3.3 Gestión de Recursos | 51 |
| 7.3.4 Realización del Producto o Prestación del Servicio | 52 |
| 7.3.5 Medición Análisis y Mejora | 56 |
| 8. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LA CALIDAD | 58 |
| 8.1 PROPÓSITOS PRINCIPALES DE LA PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA | 59 |
| 8.2 DISEÑO DE LA PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 61 |
| 8.3 DISEÑO DE LA DOCUMENTACIÓN | 66 |
| 8.3.1 Metodología de la documentación | 67 |
| 8.3.2 Estructura de la Documentación | 68 |
| 8.3.3 Guía para elaborar procedimientos | 68 |
| 8.3.4 Procedimiento de control de documentos e instructivo para la codificación de documentos | 68 |
| 8.3.5 Procedimiento de control de registros | 69 |
| 8.3.7 Elaboración y Divulgación de la Documentación. | 70 |
| 8.3.8 Documentación Principal del SGC | 70 |
| 9. DOCUMENTACIÓN | 76 |
| 9.1 LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS | 76 |
| 9.2 PARÁMETROS PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN (Gestión de Archivo) | 76 |

| | |
|---|-----|
| 9.3 RESULTADOS DE LA DOCUMENTACIÓN | 79 |
| 9.3.1 Documentos Disponibles para el S.G.C | 79 |
| 9.3.2 Análisis de Resultados de la Documentación | 80 |
| 10. MANTENIENDO Y MEJORANDO | 81 |
| Cuadro 14. Cuadro Comparativo Antes/ Después del Diseño, Documentación e Implementación del SGC | 81 |
| 11. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 84 |
| 11.1 METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA PERSONERÍA DE BUCARAMANGA | 85 |
| 11.1.1 Plan de Implementación | 86 |
| 11.1.2 Divulgar y Socializar la documentación | 87 |
| 11.1.3. Diagnóstico final | 94 |
| 12. RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO FINAL | 95 |
| 13. CONCLUSIONES | 99 |
| 14. RECOMENDACIONES | 102 |
| BIBLIOGRAFÍA | 104 |
| WEBGRAFÍA | 105 |
| ANEXOS | 107 |

LISTA DE FIGURAS

| | Pág. |
|---|-------------|
| Figura 1. Estructura Organizacional | 23 |
| Figura 2. Etapas del Sistema de Gestión de Calidad NTCGP 1000:2009 | 35 |
| Figura 3. Ciclo PHVA | 39 |
| Figura. 4 Cabezote encuesta para la actualización del diagnostico al sistema de gestión de la calidad NTCGP 1000:2009 | 43 |
| Figura 5. Elementos que conforman la planeación del sistema de gestión de calidad | 62 |
| Figura 6. Formato De Indicadores de Gestión | 64 |
| Figura 7. Estructura Documental | 70 |
| Figura 8. Mapa de Procesos | 74 |
| Figura 9. Carpetas Orden Cronológico | 77 |
| Figura 10. Ubicación de Cajas en Estantería Fija | 78 |
| Figura 11. Cuadro Resumen Introducción Diapositivas Sistema de Gestión de Calidad | 88 |
| Figura 12. Cuadro Resumen Capitulo 4 Requisitos Generales | 89 |
| Figura13. Cuadro Resumen Capitulo 5 Responsabilidad de la Alta Dirección | 90 |
| Figura14. Cuadro Resumen Capitulo 6 Gestión de los Recursos | 91 |

LISTA DE CUADROS

| | Pág. |
|---|-------------|
| Cuadro 1. Numeral Norma Encuestas | 43 |
| Cuadro 2. Ponderación | 44 |
| Cuadro 3. Estado Total del Sistema de Gestión de Calidad | 45 |
| Cuadro 4. Nivel de Implementación Numeral 4 Sistema de Gestión de Calidad | 47 |
| Cuadro 5. Nivel de Implementación Numeral 5 Responsabilidad de la Alta Dirección | 49 |
| Cuadro 6. Nivel de Implementación Numeral 6 Gestión de los Recursos | 51 |
| Cuadro 7. Nivel de Implementación Numeral 7 Realización del Producto o Prestación del Servicio | 52 |
| Cuadro 8. Nivel de Implementación Numeral 8 Medición Análisis y Mejora | 56 |
| Cuadro 9. Total de Indicadores de Gestión Por Procesos | 65 |
| Cuadro 10. Cuadro Procedimientos Obligatorios | 73 |
| Cuadro 11. Ejemplo Caracterización del Proceso de dirección | 75 |
| Cuadro 12. Listado maestro de documentos, mejora continua. | 76 |
| Cuadro 13. Total de Documentos en el SGC | 80 |
| Cuadro 14. Cuadro Comparativo Antes/ Después del Diseño, Documentación e Implementación del SGC | 81 |
| Cuadro 15. Actividades Implementación | 85 |
| Cuadro 16. Plan de Implementación | 86 |
| Cuadro 17. Círculos de Calidad | 92 |
| Cuadro 18. Cuadro Comparativo SGC | 95 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | Pág. |
|--|-------------|
| Gráfica 1. Resultados del diagnóstico inicial del S.G.C por capítulos según los requerimientos de la NTCGP 1000:2009 | 46 |
| Gráfica 2. Resultados del Diagnóstico inicial capítulo 4 S.G.C. | 48 |
| Gráfica 3. Resultados del Diagnóstico inicial capítulo 5 Responsabilidad de la Dirección | 50 |
| Gráfica 4. Resultados del Diagnóstico inicial capítulo 6 Gestión de los Recursos | 51 |
| Gráfica 5. Resultados del Diagnóstico inicial capítulo 7 Realización del Producto o Prestación del Servicio | 55 |
| Gráfica 6. Resultados del Diagnóstico inicial capítulo 8 Medición Análisis y Mejora | 57 |
| Gráfica 7. Resultados del Diagnóstico Final del S.G.C por capítulos según los requerimientos de la NTC GP 1000:2009 | 96 |

LISTA DE ANEXOS

| | Pág. |
|--|-------------|
| Anexo A: Encuesta Para La Actualización Del Diagnóstico Del Sistema De Gestión De La Calidad | 108 |
| Anexo B. Indicadores De Gestión | 130 |
| Anexo C: Guía De Elaboración De Procedimiento | 163 |
| Anexo D: Procedimiento Control De Documentos | 169 |
| Anexo E: Procedimiento Control De Registros | 175 |
| Anexo F. Manual De Calidad | 181 |
| Anexo G: Procedimiento Auditoría Interna | 182 |
| Anexo H: Procedimiento Mejora Continua | 188 |
| Anexo I: Listado Maestro De Documentos | 189 |
| Anexo J: Formato Tabla Retención Documental | 190 |
| Anexo K. Instructivo De Codificación De Documentación | 191 |
| Anexo L. Análisis de Resultados de la Documentación | 194 |
| Anexo M: Boletín | 196 |
| Anexo N: Acta Circulo de Calidad | 198 |

RESUMEN

TÍTULO: Diseño, documentación e implementación de un sistema de gestión de calidad de acuerdo a la NTC GP 1000:2009 a la Personería de Bucaramanga.

AUTORAS:

MARTHA JULIANA PEÑALOZA ALVAREZ

DIANA CATALINA ZÁRATE ANAYA

FACULTAD: INGENIERÍA INDUSTRIAL

DIRECTOR: ING. GERMÁN ENRIQUE VARGAS REY

PALABRAS CLAVES: Sistema de Gestión de Calidad – NTC GP 1000:2009 – Diseño – Documentación – Implementación – Personería de Bucaramanga

DESCRIPCIÓN:

Para lograr el fortalecimiento de la Personería de Bucaramanga y teniendo como marco las disposiciones gubernamentales del orden nacional consagradas en la Ley 872 de 2003, se decidió adoptar e implementar los lineamientos establecidos en la Norma **NTCGP 1000 Versión 2009**, en el segundo semestre del 2011.

En el diseño, documentación e implementación de la NTC GP 1000:2009, se hizo un trabajo enfocado para establecer, implementar y mantener los procesos necesarios para el sistema de gestión de calidad. Esto llevará a promover el mejoramiento continuo para el excelente funcionamiento de la entidad.

Se realizó un diagnóstico inicial de la Personería de Bucaramanga bajo los requerimientos de la norma, para conocer en qué estado se encontraba la entidad y así proceder a diseñar, documentar e implementar.

Con este diagnóstico se dio paso a la planificación estratégica de la calidad, en esta etapa se diseñaron las actividades a desarrollar, definidas por la alta dirección para satisfacer las necesidades y especificaciones del cliente y de la entidad. Seguidamente en la etapa de documentación se realizó una revisión detallada de cada uno de los procesos. Así mismo se documentaron las actividades que se llevan a cabo, definiendo su respectiva caracterización, procedimientos, instructivos, manuales, registros y manual de indicadores.

El propósito de la etapa de implementación fue poner en marcha todos los lineamientos necesarios para garantizar la eficiencia, eficacia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad en la personería a través de círculos de calidad, capacitaciones y mecanismo de seguimiento de indicadores.

Terminando, el diagnóstico final permite conocer el nivel de cumplimiento final de los requisitos exigidos por la NTC GP 1000:2009, donde se asegura que la personería de Bucaramanga establece, implementa y mantiene los procesos necesarios para la implementación de Sistemas de Gestión de Calidad.

ABSTRACT

TITLE: Design, documentation and implementation of a Quality Management System in accordance to NTC GP 1000:2009 to Personería de Bucaramanga.

AUTHORS:

MARTHA JULIANA PEÑALOZA

DIANA CATALINA ZÁRATE ANAYA

FACULTY: INDUSTRIAL ENGINEERING

PRINCIPAL: ING. GERMAN ENRIQUE VARGAS REY

KEY WORDS: Quality Management System - NTC GP 1000:2009 - Design - Documentation - Implementation - Personería de Bucaramanga

DESCRIPTION:

In order to achieve the strengthening of the Personería de Bucaramanga and taking as a framework the national governmental regulations contained in Law 872 of 2003, it was decided to take and implement the guidelines established by **NTCGP 1000 Version 2009**, in the second half of 2011.

In the design, documentation and implementation of NTC GP 1000:2009, focused work was done to establish, implement and maintain the necessary processes for quality management system. This will promote continuous improvement to the excellent performance of the entity.

First of all, under the requirements of the rule NTC GP 1000:2009 an initial diagnosis was performed at La Personería de Bucaramanga in order to understand the status of the entity and be able to design, document and implement.

The initial diagnosis gave way to strategic planning of quality. At this point, activities to develop were designed. At the same time, those activities were defined by senior management to satisfy needs and specifications of the customer and the entity. Consequently, at documentation stage, a detailed review of each process was done. Also, all activities that take place in the company were documented by defining their respective characterization, procedures, instructions, manuals, records and manual indicators.

The purpose of the implementation stage was to implement all the necessary guidelines with the purpose to ensure efficiency, effectiveness and efficiency of the System of Quality Management in La Personería de Bucaramanga through quality circles, training and a monitoring mechanism of indicators.

As a final point, the final diagnosis allows the company to know the level of final fulfillment of the requirements of the NTC GP 1000:2009, which ensures that La Personería de Bucaramanga establishes implements and maintains the necessary processes for implementation of Management Systems quality.

INTRODUCCIÓN

La Personería de Bucaramanga es una entidad orientada al mejoramiento continuo, que se compromete día a día con la satisfacción de las necesidades de sus usuarios (comunidad) a través de la prestación de servicios de calidad, atendidos oportunamente y con respeto a la dignidad humana, enmarcados en los parámetros de ley; los cuales se soportan en procesos óptimos, un equipo de colaboradores competentes y en mecanismos de comunicación efectivos.

Por ello el sistema de gestión de calidad para la personería, no es solo, una herramienta de gestión y un lineamiento estratégico, se convierte en un activo de la entidad, un reto hacia la modernización y una oportunidad para la transparencia y la mejora continua, es entonces una nueva forma de pensar en el desempeño institucional y de avanzar hacia la innovación.

Teniendo en cuenta lo anterior la personería de Bucaramanga tomó la decisión de establecer un vínculo con FUNDEINCO que es el responsable del convenio que se realizó con la Universidad Pontificia Bolivariana para diseñar, documentar e implementar el Sistema de Gestión de Calidad según la NTC GP 1000 – 2009, proyecto que enmarcara a la personería de Bucaramanga como una entidad reconocida y altamente competente.

Es así, como se da inicio del proyecto aplicado en donde se ha establecido, documentado e implementado el Sistema de Gestión de Calidad, basado en la administración por procesos de acuerdo con los requisitos que exige la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTC GP1000:2009, partiendo del análisis del diagnóstico inicial del sistema de gestión de calidad que se encuentra en un nivel de implementación deficiente con un porcentaje del 45.6% y una

calificación de 2.28, seguido de la planificación del sistema, elaboración de documentos, implementación donde se llevo a cabo por medio de los boletines, el correo institucional, los círculos de calidad y las capacitaciones, y finalmente el análisis del diagnóstico final del sistema de gestión de la calidad que se encuentra en un nivel de implementación satisfactorio con un porcentaje del 72.2% y una calificación de 3.61.

Entre los documentos se encuentran 15 caracterizaciones de procesos, 36 procedimientos, 2 instructivos, 52 formatos y demás anexos de soporte que se requieren en la implementación del sistema de gestión de calidad.

Según lo anterior, se presenta el siguiente informe, en donde se establecen todos los procesos a seguir para el logro de los objetivos del actual proyecto de grado.

1. GENERALIDADES DE LA EMPRESA

NOMBRE DE LA EMPRESA



PRODUCTOS Y SERVICIOS

Las Personerías Municipales y Distritales son las entidades encargadas de ejercer el control administrativo en el Municipio, cuentan con autonomía presupuestal y administrativa. Como tales, ejercerán las funciones del Ministerio Público que le confiere la Constitución Política y la ley, así como las que les delegue la Procuraduría General de la Nación.

MISIÓN

Defender los intereses de la sociedad, la guarda y promoción de los derechos humanos y la vigilancia de la conducta oficial de los servidores públicos del municipio de Bucaramanga, creando una unidad social entre la comunidad e instituciones oficiales.

VISIÓN

En el 2011 ser reconocida como una entidad efectiva en la defensa de los intereses de la comunidad.

NÚMERO DE EMPLEADOS

La personería de Bucaramanga cuenta en la actualidad con 30 empleados de planta y 50 por prestación de servicios.

TELÉFONO

Conmutador: 642 0029 Fax: 6334125

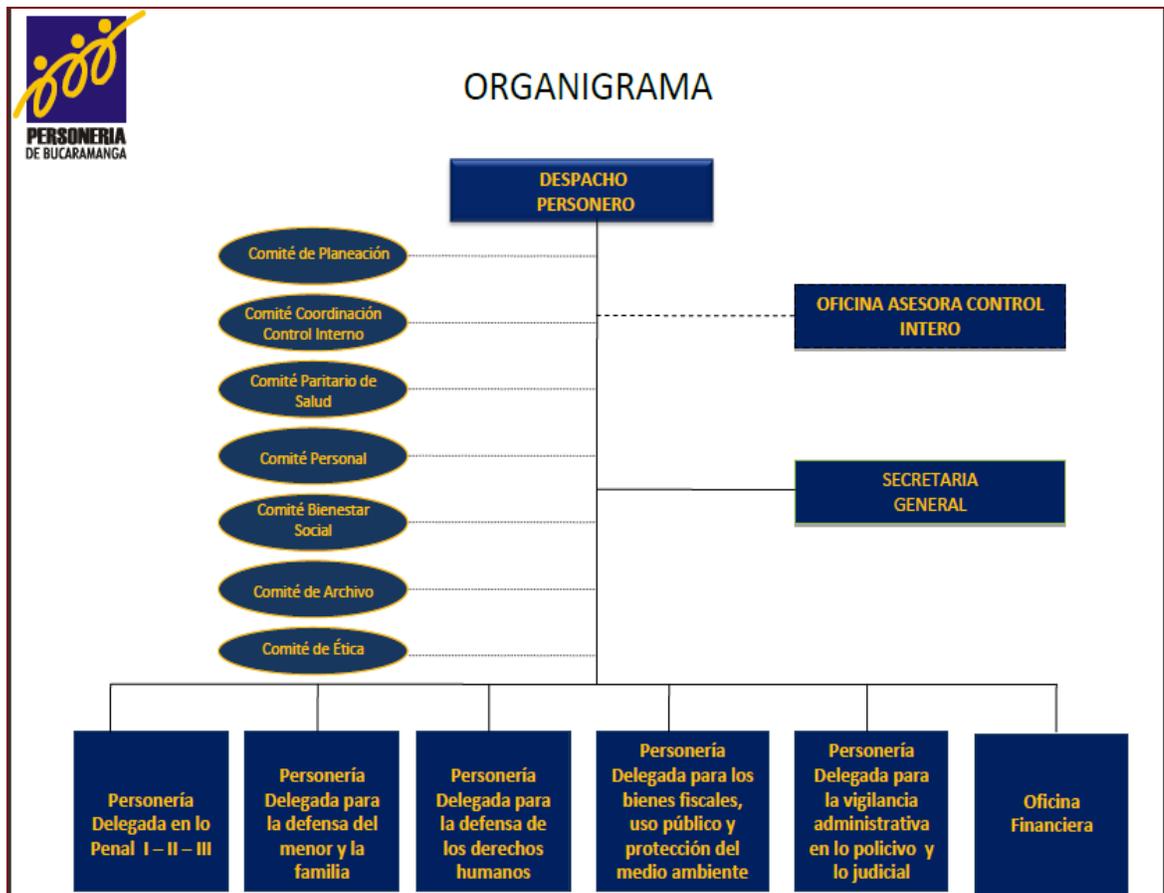
E-mail: info@personeriabucaramanga.gov.co

DIRECCIÓN

Cra. 11 N° 34 – 16/40 Centro Administrativo Municipal Fase II Cuarto Piso,
Costado Norte Bucaramanga, Santander, Colombia.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Figura 1. Estructura Organizacional



Fuente: OSSES, Sergio. FUNDEINCO. Año 2011,

RESEÑA HISTÓRICA

El hombre como ser social que es por naturaleza, se ha visto en la necesidad de organizarse en clanes, o en sociedades, razón por la cual desde sus inicios, se han dado jerarquizaciones de los grupos sociales, generándose de esta manera sistemas de poder.

Esta necesidad de organización, da origen a la creación del Estado, y con él se generan diversas instituciones que buscaban desde la época de la Roma Imperial defender a los más pobres de sus gobernantes. Así mismo, la historia cuenta que existían personas que se encargaban de denunciar a los funcionarios públicos que abusaban de sus cargos, antecedentes de la figura del Personero Municipal.

En América existió la institución de los Síndicos Personeros del Común o Procuradores Generales de las ciudades, que eran escogidos por el Cabildo, figuras que fueron retomadas por las reales cédulas de 1519 y 1528, para defender y hacer valer los derechos fundamentales de los indios ante los concejos audiencias y tribunales.

En el régimen español de la Colonia, en el Siglo XVI, el personero tenía como principal función dentro de la comunidad, ser el representante y el defensor de los derechos de los ciudadanos en general, pero especialmente de los más vulnerables.

En el año 1825, mediante una ley del 11 de marzo se reglamentó la organización de las municipalidades, incluyéndose la figura de Procurador Municipal, encargado de representar los intereses municipales. Posteriormente, la Ley 3 de 1848 estableció que el Presidente del Concejo Municipal ejercería las funciones de personero a favor de la comunidad.

Sólo en la Constitución de 1886 se incluye al Personero Municipal como parte del Ministerio Público, siendo nombrado por el Presidente de la República. Ese mismo año la Ley 81 de 1886 estableció que en cada distrito y municipio habría un Personero Municipal, encargado de defender los intereses de la Nación, promover la ejecución de leyes, sentencias judiciales y disposiciones administrativas, además de vigilar la conducta oficial de los empleados públicos.

Con la Ley 149 de 1888, se le atribuye a La Institución la Representación Legal de los municipios, siendo el encargado de realizar los contratos para la adquisición de bienes y servicios, entre otros, la cual fue posteriormente asignada al alcalde municipal.

La Ley 136 de 1994, reestructura las funciones de las Personerías, e indica que éstas son entidades encargadas de la guarda y promoción de los Derechos Humanos, protección del interés público y la vigilancia de la conducta oficial de quienes desempeñan funciones públicas, estableciéndose un período para los personeros de tres años. Mediante la Ley 1031 del 22 de junio de 2006, se amplía el período de los personeros municipales o distritales a cuatro años, con el fin de equilibrarlos con los periodos de los alcaldes y concejos municipales. Señala la norma que a partir de 2008 el periodo de los personeros municipales o distritales será de cuatro años, modificándose así el artículo 170 de la Ley 136 de 1994.

Esta norma señala que los personeros podrán ser reelegidos por una vez para el período siguiente y que los personeros elegidos antes de la vigencia de la misma, concluirán su período el último día del mes de febrero de 2008.¹

¹ PERSONERÍA DE BUCARAMANGA. Reseña Histórica [En línea]. Disponible en: <http://www.personeriabucaramanga.gov.co/personeria/index.php#superior> [Recuperado el 3 de junio de 2011]



2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El Sistema de Gestión de Calidad para la Personería, no es solo, una herramienta de gestión y un lineamiento estratégico, se convierte en un activo de la entidad, un reto hacia la modernización y una oportunidad para la transparencia y la mejora continua, es entonces una nueva forma de pensar en el desempeño institucional y de avanzar hacia la innovación.²

La Personería de Bucaramanga debe perseguir como objetivo fundamental el fortalecimiento de sus procesos, actividades y prestar un servicio eficiente, eficaz, efectivo, oportuno y con calidad, a cada uno de los usuarios, propendiendo por su satisfacción.

De esta manera, la Personería de Bucaramanga busca implementar el sistema de gestión de la calidad ajustando la política de calidad, la misión y la visión que ellos venían trabajando a un modelo NTC P 1000:2009 para así hacer las cosas de una mejor manera, pensando en el usuario y fortalecer la legitimidad institucional, al acrecentar la credibilidad y la confianza de los ciudadanos en los diversos servicios que ofrece la Personería.

De acuerdo a lo anterior el presente proyecto propondrá una metodología de Diseño, Documentación e Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad de acuerdo a la NTC GP 1000:2009 a la Personería de Bucaramanga con el fin obtener un sistema de Calidad que proporcione un mejor servicio para toda la comunidad Bumanguesa.

² PERSONERÍA DE BUCARAMANGA. Introducción [En línea]. Disponible en: <http://personeriabucaramanga.gov.co/personeria/index.php#superior> [Recuperado el 3 de junio de 2011]

3. ANTECEDENTES

A continuación se presenta la información más relevante y directamente relacionada con las personerías a nivel nacional en cuanto a su estado en la Norma NTC GP 1000:2009.

3.1. CERTIFICACIÓN DE CALIDAD ISO 9001 Y NTCGP 1000:2009 EN LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.



El día 26 de abril del 2011, la firma suiza Cotecna Certificadora Services, Ltda, le otorgó a la Personería de Bogotá los Certificados de Calidad ISO 9001 y NTC GP 1000, como reconocimiento al compromiso demostrado no sólo en el ámbito nacional, sino internacional, en la mejora de la defensa y promoción de los Derechos Humanos y en el logro del cumplimiento de su misión con una visión de calidad.

Lograr la certificación del Sistema de Gestión de la Calidad con el cumplimiento de los requisitos de la norma NTC GP 1000:2009 e ISO 9001:2008 indica que las acciones de la Personería están orientadas al mejoramiento continuo del servicio, a la incesante renovación, al mejoramiento de la Institución y al desarrollo y mantenimiento del sistema, mejorando si pausa los procesos, la medición y la percepción del cliente respecto al servicio.

La Personería de Bogotá, en cumplimiento de la norma, creó el Comité de Calidad por medio de la Resolución No. 333 de 2008. Desde entonces la entidad emprendió actividades que vincularon de manera dinámica, artística y lúdica, todo el talento de sus funcionarios con un solo propósito: Alcanzar la Certificación de Calidad.³

3.2. PERSONERÍA DE CALI CERTIFICADA CON LA NORMA TÉCNICA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA COLOMBIANA NTCGP 1000:2009



Para lograr esta certificación, el ente de control se sometió a una rigurosa auditoría que evidenció altos estándares de calidad en la prestación de sus servicios, en la atención al cliente y en el mejoramiento continuo. Para la Personería la certificación evidencia el cumplimiento de los objetivos misionales y el compromiso de garantizarle a la ciudadanía la optimización de los recursos, celeridad y rentabilidad social.⁴

³ PERSONERÍA DE BOGOTÁ. Certificación NTCGP 1000:2009[En línea]. Disponible en : <http://www.personeriabogota.gov.co/?idcategoria=4352>[Recuperado el 3 de junio de 2011]

⁴ PERSONERÍA DE SANTIAGO DE CALI. Certificación NTCGP 1000:2009[En línea]. Disponible en : <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-9122008> [Recuperado el 3 de junio de 2011]

3.3. PERSONERÍA DE MEDELLÍN CERTIFICADA CON LA NORMA TÉCNICA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA COLOMBIANA NTCGP 1000:2009



La personería de Medellín es la tercera entidad pública en Colombia que recibe la actualización de Norma Técnica GP 1000, certificado que tenía con la versión 2004.

El Sistema de Gestión de la Calidad, la Norma Técnica GP y el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), son instrumentos que aunados a la tecnología de punta con que cuenta la entidad, le permiten dar respuesta a la creciente demanda de servicios y funciones que recibe de la población. Por ello el mantenimiento de la norma y la actualización del sistema apuntan al beneficio de las comunidades y usuarios que acuden a la Personería en búsqueda de soluciones a sus problemas.⁵

3.4. PERSONERÍA DE BUCARAMANGA NORMA TÉCNICA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA COLOMBIANA NTCGP 1000:2009

Se realiza un cambio en el logo símbolo que acompaña el proceso donde está conformado por elementos representativos que significan lo siguiente:

⁵ PERSONERÍA DE MEDELLÍN. Certificación NTCGP 1000:2009[En línea]. Disponible en: <http://www.personeriamedellin.gov.co/boletines/item/153-icontec-ratifica-certificaciones-de-calidad-de-la-personer%C3%ADa-de-medell%C3%ADn.html> [Recuperado el 3 de junio de 2011]



Tres figuras humanas cuyos brazos forman tres letras C, las cuales significan la unión de tres compromisos: COMPROMISO, CIUDADANO, CALIDAD.



El segundo elemento es un sello que representa: CALIDAD y CONFIANZA CIUDADANA.



El tercer y último elemento componente es el logo símbolo de la Personería Municipal de Bucaramanga, como centro y eje fundamental de todo el proyecto.

4. JUSTIFICACIÓN

Este proyecto surge de la necesidad de la Personería de Bucaramanga de cumplir con las disposiciones del Gobierno Nacional, el cual vele por la mejora del servicio, la satisfacción de los usuarios, la práctica diaria de los valores institucionales y del comportamiento de los servidores públicos. Por lo tanto se hace énfasis en el fortalecimiento de sus procesos, actividades y en la prestación de un servicio eficiente, eficaz, efectivo, oportuno y con calidad.

Es así, como La Personería de Bucaramanga se ha comprometido con la comunidad a ofrecer la mayor eficiencia, transparencia y participación de la ciudadanía en los servicios que presta, en la atención de las expectativas de los usuarios, y el mejoramiento de las condiciones sociales y económicas, cumpliendo con lo establecido en la Ley 872 de 2003.

Dicho propósito se logrará al ejecutar una serie de etapas, las cuales se encuentran desde el diseño del sistema, hasta la implementación y certificación del mismo. Respondiendo a la búsqueda de confianza que los clientes desean tener de manera que conlleve a un incremento en los niveles de la organización y productividad de la Personería de Bucaramanga.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Diseño, Documentación e Implementación del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) bajo la NTCGP 1000:2009 para la personería de Bucaramanga.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Realizar un diagnóstico inicial sobre el enfoque de procesos a la Personería de Bucaramanga teniendo como base la NTCGP 1000:2009.
- ✓ Planificar el sistema de gestión de calidad, de acuerdo con los requisitos de la NTCGP 1000:2009 en la Personería de Bucaramanga.
- ✓ Sensibilizar al Talento Humano de la Personería de Bucaramanga sobre los beneficios y el impacto del sistema de gestión de calidad.
- ✓ Determinar y documentar los procesos de la Personería de Bucaramanga según requerimientos de la NTCGP 1000:2009
- ✓ Definir y formular indicadores de gestión alineados a las estrategias de la entidad en el que se evalué el desempeño del sistema de gestión de calidad.
- ✓ Evaluar el modelo por procesos de la Personería de Bucaramanga a través de una auditoría interna orientada a verificar el cumplimiento de estándares y mecanismos de seguimiento y control.
- ✓ Implementar la NTCGP 1000:2009 en la Personería de Bucaramanga.

6. MARCO TEÓRICO

6.1. NORMA TÉCNICA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA, NTCGP 1000:2009⁶

Esta norma especifica los requisitos para la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad aplicable a la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios. En cumplimiento de lo establecido en el artículo 6º de la Ley 872 de 2003.

Esta norma está dirigida a todas las entidades cubiertas por la ley 872 de 2003, y se ha elaborado con el propósito de que éstas puedan 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 determinar y gestionar, de manera eficaz, una serie de actividades relacionadas entre sí. Una ventaja de este enfoque es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales que forman parte de un sistema conformado por procesos.

Este enfoque permite mejorar la satisfacción de los clientes y el desempeño de las entidades, circunstancia que debe ser la principal motivación para la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad, y no simplemente la certificación con una norma, la cual debe verse como un reconocimiento, pero nunca como un fin.

⁶ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN, Sistema de gestión de la calidad para la rama ejecutiva de poder público y otras entidades prestadoras de servicios. Bogotá D.C.: El Instituto, 2009. 1 p. NTCGP 1000.

6.2. ETAPAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD NTCGP 1000:2009⁷

En la implementación del sistema de gestión de la calidad de gestión pública se identifican varias etapas básicas que se deben desarrollar de manera secuencial y sistemática para lograr la el propósito y la certificación.

En la figura 2. Se presenta las fases que conforman el proyecto de implementación del sistema de gestión de la calidad:

Figura 2. Etapas del Sistema de Gestión de Calidad NTCGP 1000:2009



Fuente: Guía de diagnóstico bajo la NTCGP 1000:2009

✓ **Diagnóstico**

Corresponde a una evaluación inicial del estado de la Entidad respecto a los requisitos de la norma NTCGP 1000:2009

✓ **Planeación**

En esta fase se determinan las actividades a efectuar para subsanar las diferencias entre lo que tiene la entidad y lo que debe tener según la norma

⁷ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, Guía de Diagnóstico para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en la Gestión Pública, Bogotá D.C. NTCGP 1000:2009 [En línea]. Disponible en: http://www.ufps.edu.co/ufpsnuevo/proyectos/meci/documentos/ntgc1000_marcolegal/guiadiagnostico.pdf [Recuperado el 4 de junio de 2011] 16-19 pág.

NTCGP1000:2009. El producto resultante de la misma es un plan detallado de actividades con sus responsables, tiempos de ejecución y plazos.

✓ **Diseño**

Corresponde a la definición de soluciones para cumplir con los requisitos establecidos en la norma NTCGP 1000:2009. En esta fase se realiza la identificación y definición del mapa de procesos, la interacción entre estos, elaboración del soporte documental (manual del sistema de gestión de la calidad, planes de calidad, procedimientos, instructivos, formatos, entre otros) requeridos para dar cumplimiento a dichos requisitos.

✓ **Implementación**

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

✓ **Verificación**

El objetivo de ésta fase es evaluar si el SGC ha sido implementado de manera eficaz y cumple los propósitos para el cual fue diseñado. Esto se realiza a través de la auditoría interna de calidad y las demás auditorías externas que cada entidad establezca de manera voluntaria, por ejemplo una pre-auditoría a través de una firma externa especializada

Es conveniente considerar en el proyecto otros elementos tales como la capacitación y la gestión del proyecto:

✓ **Gestión del Proyecto**

El propósito es realizar el seguimiento administrativo al desarrollo del proyecto, tanto en su avance técnico como económico. Corresponde normalmente a la Alta Dirección realizar las actividades de seguimiento al proyecto y en caso de

presentarse dificultades en su ejecución, tomar las medidas necesarias para lograr los objetivos que la Entidad espera alcanzar con el desarrollo del proyecto.

Los siguientes son algunos de los recursos más relevantes y necesarios para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad:

- **Recursos Humanos:** Es necesario prever el tiempo del personal designado para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad. Este tiempo se debe considerar como parte de los recursos y costos del proyecto.
- **Recursos Físicos:** Es necesario prever el espacio físico y los recursos tecnológicos y de logística necesarios para la implementación del proyecto. Para las entidades que lo requieran identificar necesidades de equipos de inspección y ensayo, control del proceso, o aseguramiento metrológico para cumplir los requisitos de la norma NTCGP 1000:2009.
- **Asesoría externa:** la asesoría externa no es indispensable, pero puede facilitar la implementación debido al aporte de experiencia por parte de firmas especializadas. Sin embargo, sus costos pueden llegar a ser un rubro importante dentro del presupuesto del proyecto, por lo que se debe analizar en detalle su alcance y necesidad.
- **Recursos tecnológicos:** Considerar la posibilidad de contar al interior de la entidad con el diseño de un aplicativo que administre la documentación, las auditorías y el mejoramiento del sistema.

Es importante dimensionar dentro del proyecto el tiempo de inicio y de finalización, el cual dependerá para su cumplimiento de los recursos humanos que se le

asignen, de la complejidad de los procesos de la organización y de los resultados del diagnóstico.⁸

6.3. INDICADORES DE GESTIÓN

Un indicador de gestión se define como la relación entre las variables cuantitativas o cualitativas, que permite observar la situación y las tendencias de cambio generadas en el objeto o fenómeno observado, respecto de objetivos y metas previstas e influencias esperadas. Los indicadores son factores que permiten establecer el logro y el cumplimiento de la misión, objetivos y metas de un determinado proceso.⁹

6.4. CICLO PHVA

Existe un primer modelo gerencial básico de la Calidad. Se le mencionó en un principio – en 1930 – como Ciclo Shewart, después cuando Deming lo llevo a Japón en 1950 se le denominó allá como ciclo Deming. Hoy se le conoce como Ciclo PHVA.

El Ciclo PHVA comprende cuatro fases, a saber:

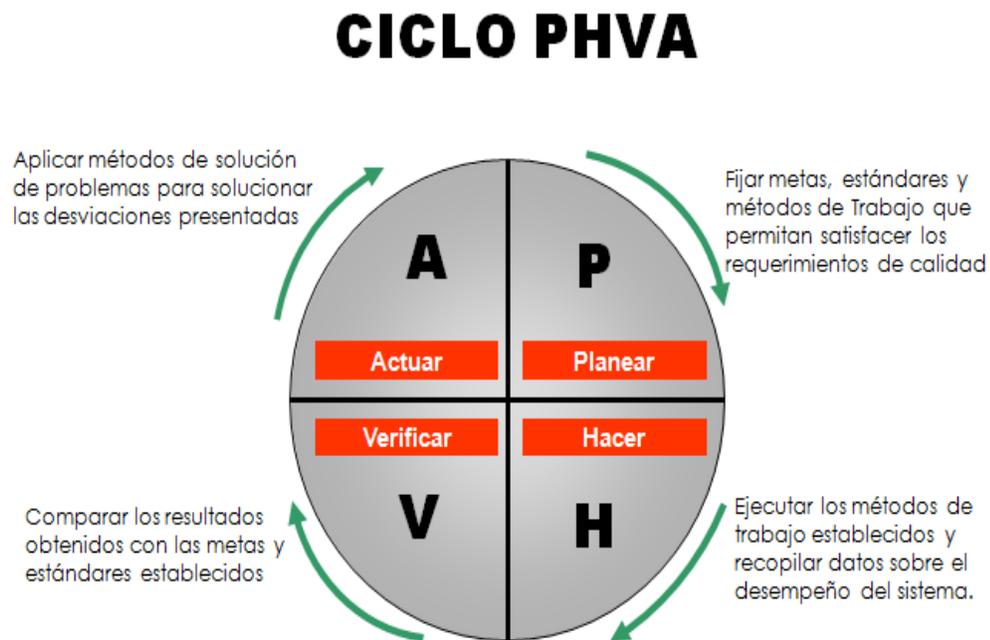
- ✓ Planificar (P): Consiste básicamente en el establecimiento de un plan compuesto por metas, así como por los medios que permitirán alcanzarlas, acompañados del respectivo cronograma.

⁸ Ibíd. Pág. 16-19

⁹ ESTRATEGIAS GERENCIALES. Indicadores de gestión[En línea] Disponible en : <http://www.iue.edu.co/documents/emp/comoGerenciar.pdf> [Recuperado el 6 de junio de 2011]

- ✓ Hacer (H): El plan se ejecuta por medio de tareas específicas, debiendo recolectar datos para luego controlar el proceso. Aquí es donde las causas comienzan a actuar sobre los efectos.
- ✓ Verificar (V): El proceso terminó; el producto o servicio ya está listo, manifestándose en una serie de efectos. Por lo tanto, es el momento adecuado para comparar las metas definidas en el P con los resultados obtenidos en el H.
- ✓ Actuar (A): Si se constatan desvíos entre las metas establecidas y los resultados obtenidos, la gerencia debe hacer las correcciones que le lleven a su neutralización.

Figura 3. Ciclo PHVA



10

¹⁰ ANA MARIA VAZQUEZ. Ciclo PHVA [En línea] Disponible en : <http://www.estrucplan.com.ar/articulos/verarticulo.asp?idarticulo=180> [Recuperado el 6 de junio de 2011]

6.5. CALIDAD

Conjunto de características de un producto o servicio que lo habilitan para satisfacer una necesidad dada. Es un concepto holístico, una forma de pensar que invade toda la organización, que invade toda nuestra vida y nos afecta a todos.¹¹

6.6. MEJORA CONTINUA

La mejora continua es una herramienta de incremento de la productividad que favorece un crecimiento estable y consistente en todos los segmentos de un proceso. Asegura la estabilización del proceso y la posibilidad de mejora. La mejora continua se consigue reduciendo la complejidad y los puntos potenciales de fracaso mejorando la comunicación, la automatización, las herramientas y colocando puntos de control y salvaguardas para proteger la calidad en un proceso.¹²

6.7. AUDITORÍA INTERNA

Es una actividad independiente para el aseguramiento de los objetivos y de consultoría, que ha sido diseñada para añadir valor y para mejorar las operaciones de una empresa. Ayuda a una empresa a conseguir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinario para evaluar y para mejorar la efectividad de la gestión de riesgos, del control y de los procesos de gobernabilidad.¹³

¹¹ HOYOS TORRES, William. La Ingeniería Industrial aplicada a la calidad de las empresas. Primera Edición. Bucaramanga, 2006, pág33. Universidad Pontificia Bolivariana.

¹² FERNANDEZ GARCIA, Ricardo. Mejora de la productividad en la pequeña y mediana empresa, Pag 29

¹³ PICKETT, K. H. Spencer. Manual básico de auditoría interna. gestión 2000, ACCID, Pag 212

6.8. MANUAL DE CALIDAD

El primer gran grupo de elementos que estructuran todo un sistema de aseguramiento de calidad suele recogerse en un documento básico denominado Manual de Calidad. Se trata de un documento integrador donde se menciona con claridad lo que hace la organización para alcanzar la calidad mediante la adopción de un sistema de calidad. Se divide en dos documentos básicos o manuales cuales son: el de organización y el de procedimientos.

- **Manual de organización:** Define la estructura de responsabilidades en materia de calidad a nivel interno, además de recoger los recursos necesarios, las metas prefijadas, etc. Externamente, da a conocer la forma en que la empresa obtiene la calidad que define en sus objetivos.
- **Manual de procedimientos:** Contiene los componentes de la metodología utilizada por la organización para poner en práctica el sistema enunciado y descrito en el manual de organización. Los procedimientos describen el cómo se hacen las cosas para asegurar el funcionamiento del sistema de calidad.¹⁴

¹⁴ CRIADO GARCÍA, Fernando y VÁZQUEZ SÁNCHEZ Legaz, Adolfo. Manual de calidad en la gestión: aplicaciones al ámbito universitario, Universidad de Sevilla secretariado de publicaciones 1999. Páginas 38,39 y 40.

7. DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA LA PERSONERÍA DE BUCARAMANGA

El diagnóstico permitirá conocer el grado de aplicación de los requisitos de la norma NTCGP 1000:2009 en la Personería Municipal, en la misma se desarrollan una serie de actividades de recolección de información sobre la Personería, mediante entrevistas y reuniones con la funcionaria responsable de Control Interno y la Alta Dirección.

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 realizar la planeación de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, además de contribuir a la identificación y priorización de las oportunidades para la mejora.

7.1 HERRAMIENTAS PARA LA REALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

- **Encuesta para la actualización del diagnóstico al sistema de gestión de la calidad NTCGP 1000:2009**

En busca de realizar un mejor diagnóstico se implementó una encuesta compuesta de 22 hojas y de cada uno de los numerales que muestra la NTCGP 1000:2009 de esta manera:

Cuadro 1. Numeral Norma Encuestas

| NUMERAL NORMA | TÍTULO |
|---------------|--|
| 4. | SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD |
| 5. | RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN |
| 6. | GESTIÓN DE LOS RECURSOS |
| 7. | REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO |
| 8. | MEJORA |

Fuente: Autoras

Y con los cuales se determinó una guía de medición (Ver Anexo A), que muestran la respectiva calificación a la hora de evaluar cada uno de los ítems mencionados anteriormente.

Figura. 4 Cabezote encuesta para la actualización del diagnóstico al sistema de gestión de la calidad NTCGP 1000:2009

| Consecutivo General consecutivo por Numeral Numeral Norma | Afirmaciones | No sabe | No se cumple | Se cumple in satisfactoriamente | Se cumple aceptable-mente | Se cumple en alto grado | se cumple plenamente | EVIDENCIA | |
|---|--------------|---------|--------------|---------------------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|-----------|------------|
| | | | | | | | | Verbal | Documental |
| | | | | | | | | | |

A los grados de cumplimiento, se les asignó una ponderación que está en el rango de (0) a 5 determinados de la siguiente manera.

Cuadro 2. Ponderación

| Calificativo | Ponderación |
|--------------------------------|-------------|
| No Sabe | 0 |
| No Se Cumple | 1 |
| Se Cumple Insatisfactoriamente | 2 |
| Se Cumple Aceptablemente | 3 |
| Se Cumple en Alto Grado | 4 |
| Se Cumple Plenamente | 5 |

Fuente: Autoras

- **TABULACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

El procedimiento para cuantificar fue el siguiente:

FRECUENCIA: Identificar en cada pregunta el número de veces que una respuesta obtuvo cada uno de los valores asignados – calificación.

TÉRMINOS PORCENTUALES: Dividir la frecuencia sobre el total de encuestas realizadas.

PUNTAJE PARCIAL: Multiplicar cada valor por el porcentaje determinado.

PUNTAJE POR PREGUNTA: Suma de los valores parciales.

Dependiendo del rango en que se encuentre ubicado el requisito, la interpretación de los resultados es la siguiente:

De 0 a 2: Inadecuado

De 2,1 a 3: Deficiente

De 3,1 a 4: Satisfactorio

De 4,1 a 5: Adecuado

El informe se describe teniendo en cuenta los capítulos y requisitos de la norma NTCGP 1000:2009, como resultado de la aplicación de la encuesta de afirmaciones sobre cada uno de los numerales de la norma.

7.2 RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA PERSONERÍA DE BUCARAMANGA

Es pertinente observar que la realización del diagnóstico en los términos propuestos por la Guía de Diagnóstico del Sistema de Gestión de Calidad. El resultado de la encuesta es contundente, en cuanto ésta centra su indagación en la existencia y nivel de desarrollo de los diferentes requisitos de un Sistema de Gestión de la Calidad. El diseño y posterior implementación, se inicia con el ejercicio de diagnóstico, cuyos resultados se presentan a continuación.

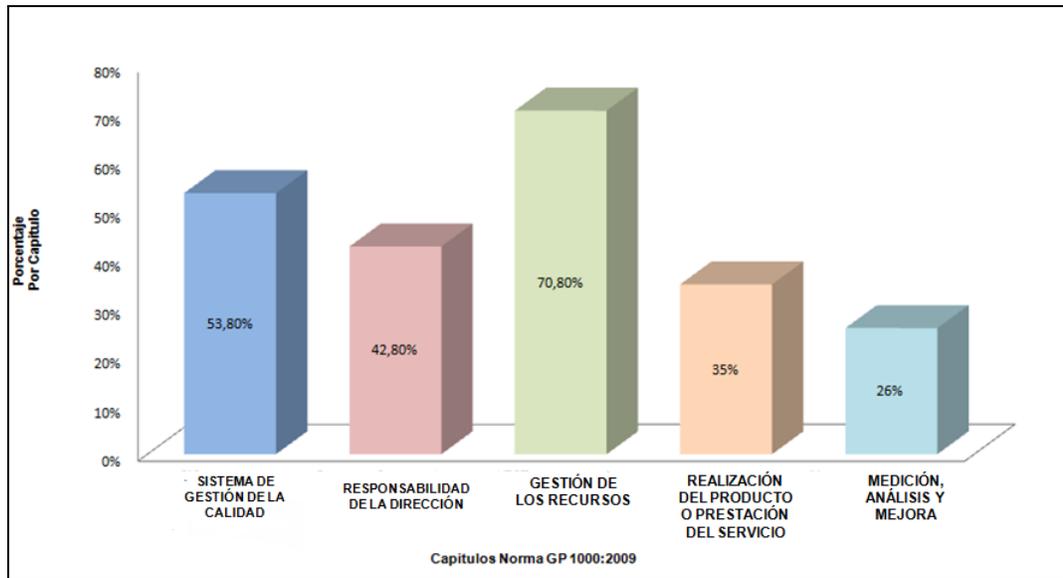
Cuadro 3. Estado Total del Sistema de Gestión de Calidad

| ESTADO TOTAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD | | | | |
|--|--|-------------------------|-----------------------|------------------------|
| NUMERAL DE LA NORMA | REQUISITO | VALORACIÓN CUANTITATIVA | VALORACIÓN PORCENTUAL | VALORACIÓN CUALITATIVA |
| 4 | Sistema de Gestión de la calidad | 2,69 | 53,80% | DEFICIENTE |
| 5 | Responsabilidad de la dirección | 2,14 | 42,80% | DEFICIENTE |
| 6. | Gestión de los recursos | 3,54 | 70,80% | SATISFACTORIO |
| 7 | Realización del producto o prestación del servicio | 1,75 | 35% | INADECUADO |
| 8 | Medición, análisis y mejora | 1,3 | 26% | INADECUADO |
| TOTAL DEL SISTEMA | | 2,28 | 45,60% | DEFICIENTE |

Fuente: Autoras

Como se observa en la tabla anterior el sistema se encuentra en un nivel de implementación deficiente con un porcentaje del 45% y una calificación de 2,28.

Gráfica 1. Resultados del diagnóstico inicial del S.G.C por capítulos según los requerimientos de la NTCGP 1000:2009



Fuente: Autoras

- Respecto a los numerales 8 y 5, es claro que la percepción y el nivel de implementación es muy bajo, puesto que son requisitos específicos en la implementación de Sistemas de Gestión de calidad y los funcionarios no tienen aun interiorizado el lenguaje y vocabulario propio de la norma.
- De otra parte el numeral 6 Gestión de Recursos, ya se observó una mejor calificación, debido a que la Personería Municipal de Bucaramanga perfeccionó sus condiciones de infraestructura, salarios y gestión del Talento Humano.

7.3 NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN POR CAPÍTULOS

7.3.1 Sistema de Gestión de Calidad

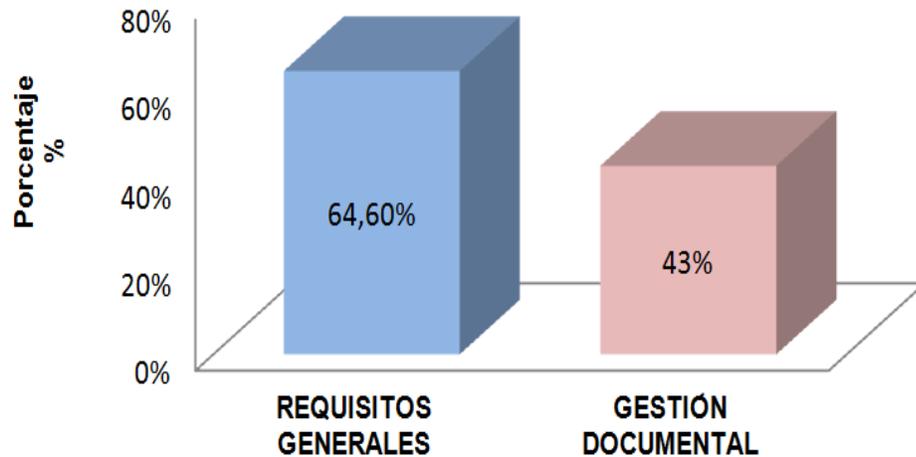
Cuadro 4. Nivel de Implementación Numeral 4 Sistema de Gestión de Calidad

| NUMERAL DE LA NORMA | REQUISITO | VALORACIÓN CUANTITATIVA | VALORACIÓN PORCENTUAL | VALORACIÓN CUALITATIVA |
|---------------------|----------------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------|
| 4 | SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 2.69 | 53.8% | DEFICIENTE |
| 4.1 | REQUISITOS GENERALES | 3.23 | 64.6% | SATISFACTORIO |
| 4.2 | GESTIÓN DOCUMENTAL | 2.15 | 43% | DEFICIENTE |
| 4.2.1 | Generalidades | 2.09 | 41.8% | DEFICIENTE |
| 4.2.2 | Manual de Calidad | 1.10 | 22% | INADECUADO |
| 4.2.3 | Control de Documentos | 2.42 | 48.4% | DEFICIENTE |
| 4.2.4 | Control de Registros | 3 | 60% | DEFICIENTE |

Fuente: Autoras

El requisito 4, Sistema de Gestión de Calidad, muestra una calificación deficiente influida especialmente por el requisito 4.2 Gestión Documental, que no ha sido diseñado, como son las declaraciones de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, el manual de calidad y los procedimientos documentados requeridos en esta Norma.

Gráfica 2. Resultados del Diagnóstico inicial capítulo 4 S.G.C.



Fuente: Autoras

Por otra parte los requisitos generales tienen un nivel de implementación satisfactorio, por la presencia e interiorización del mapa de procesos y del mapa de riesgos especialmente.

Vale la pena resaltar que la entidad despliega sus actividades bajo enfoque de procesos debidamente identificados por todos los funcionarios.

7.3.2 Responsabilidad de la Dirección

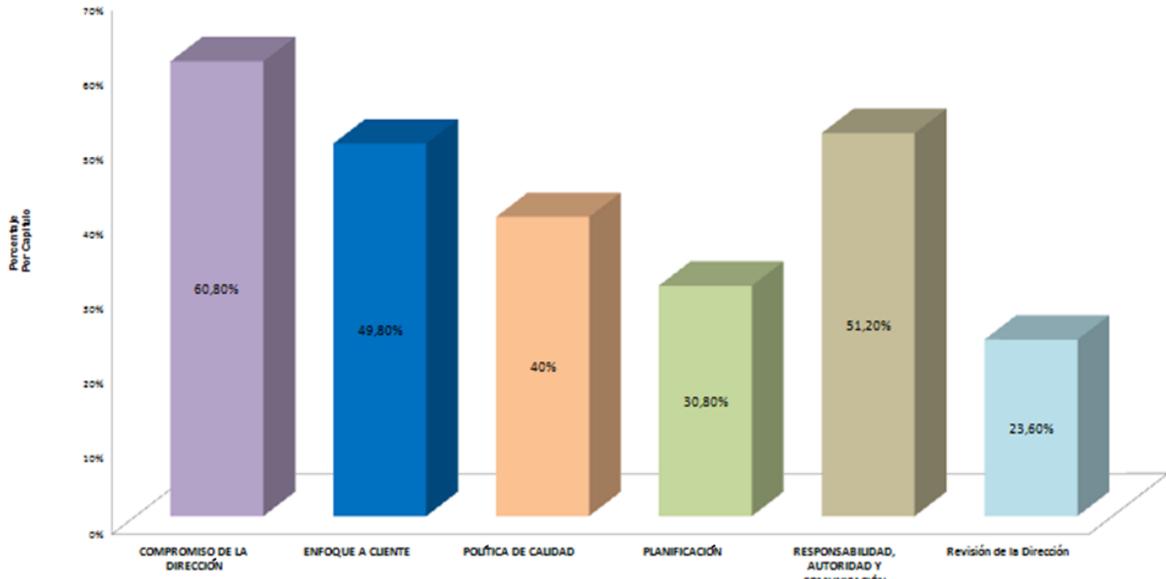
Cuadro 5. Nivel de Implementación Numeral 5 Responsabilidad de la Alta Dirección

| NUMERAL DE LA NORMA | REQUISITO | VALORACIÓN PARCIAL CUANTITATIVA | VALORACIÓN PORCENTUAL | VALORACIÓN CUALITATIVA |
|----------------------------|--|--|------------------------------|-------------------------------|
| 5 | RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN | 2,14 | 42.8% | DEFICIENTE |
| 5.1 | COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN | 3,04 | 60.8% | SATISFACTORIO |
| 5.2 | ENFOQUE A CLIENTE | 2,49 | 49.8% | DEFICIENTE |
| 5.3 | POLÍTICA DE CALIDAD | 2,00 | 40% | DEFICIENTE |
| 5.4 | PLANIFICACIÓN | 1,54 | 30.8% | INADECUADO |
| 5.4.1 | Objetivos de la calidad | 1,61 | 32.2% | INADECUADO |
| 5.4.2. | Planificación del Sistema de gestión de la Calidad | 1,46 | 29.2% | INADECUADO |
| 5.5 | RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN | 2,56 | 51.2% | DEFICIENTE |
| 5.5.1 | Responsabilidad y Autoridad | 3,87 | 77.4% | SATISFACTORIO |
| 5.5.2 | Representante de la Dirección | 2,24 | 44.8% | DEFICIENTE |
| 5.5.3 | Comunicación Interna | 1,59 | 31.8% | INADECUADO |
| 5.6 | Revisión de la Dirección | 1,18 | 23.6% | INADECUADO |
| 5.6.1 | Generalidades | 1,20 | 24% | INADECUADO |
| 5.6.2 | Informe para la Revisión | 1,23 | 24.6% | INADECUADO |
| 5.6.3 | Resultado de la Revisión | 1,11 | 22.2% | INADECUADO |

Fuente: Autoras

Los funcionarios consideran que la Alta Dirección muestra compromiso, responsabilidad y autoridad bien definidos y que los servicios están encaminados al cliente, pero no se encuentran acorde con los requisitos de la norma, además de no llevar a cabo el proceso de Revisión por la Dirección.

Gráfica 3. Resultados del Diagnóstico inicial capítulo 5 Responsabilidad de la Dirección



Fuente: Autoras

Respecto de la Política de Calidad y la Planificación del sistema tiene calificaciones coherentes con el resultado del numeral 4.2.1 Gestión Documental, Generalidades, puesto que no están declarados ni documentados la política, los objetivos y el manual de calidad entre otros documentos obligatorios del sistema de gestión de calidad.

Es de resaltar que el Enfoque al Cliente, es identificado como una actividad que se desarrolla como producto de una labor diaria pero no como un proceso de gran importancia ya que se basa en uno de los principios del Sistema de Gestión de Calidad.

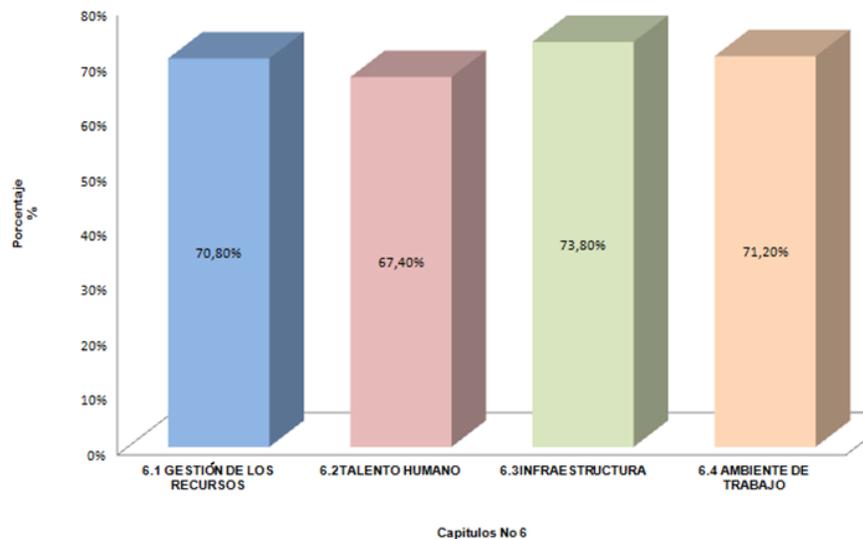
7.3.3 Gestión de Recursos

Cuadro 6. Nivel de Implementación Numeral 6 Gestión de los Recursos

| NUMERAL DE LA NORMA | REQUISITO | VALORACIÓN PARCIAL CUANTITATIVA | VALORACIÓN PORCENTUAL | VALORACIÓN CUALITATIVA |
|---------------------|---|---------------------------------|-----------------------|------------------------|
| 6. | GESTIÓN DE LOS RECURSOS | 3,54 | 70.8% | SATISFACTORIO |
| 6.2 | TALENTO HUMANO | 3,37 | 67.4% | SATISFACTORIO |
| 6.2.1. | Generalidades | 3,98 | 79.6% | SATISFACTORIO |
| 6.2.2 | Competencia, toma de conciencia y formación | 2,77 | 55.4% | DEFICIENTE |
| 6.3 | INFRAESTRUCTURA | 3,69 | 73.8% | SATISFACTORIO |
| 6.4 | AMBIENTE DE TRABAJO | 3,56 | 71.2% | SATISFACTORIO |

Fuente: Autoras

Gráfica 4. Resultados del Diagnóstico inicial capítulo 6 Gestión de los Recursos



Fuente: Autoras

Corresponde al requisito mejor calificado en las encuestas de diagnóstico con calificación de 3,54 Satisfactorio, toda vez que existe fortaleza desde la implementación del MECI, con manuales de funciones, perfiles y Políticas de Desarrollo del Talento Humano, debidamente diseñados, implementados e interiorizados.

7.3.4 Realización del Producto o Prestación del Servicio

Cuadro 7. Nivel de Implementación Numeral 7 Realización del Producto o Prestación del Servicio

| NUMERAL DE LA NORMA | REQUISITO | VALORACIÓN PARCIAL CUANTITATIVA | VALORACIÓN CUANTITATIVA | VALORACIÓN CUALITATIVA |
|---------------------|---|---------------------------------|-------------------------|------------------------|
| 7 | REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO | 1,75 | 35% | INADECUADO |
| 7.1 | PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O PRESTACIÓN DEL SERVICIO | 2,40 | 48% | DEFICIENTE |
| 7.2 | PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE | 2,39 | 47.8% | DEFICIENTE |
| 7.2.1 | Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio | 2,10 | 42% | DEFICIENTE |
| 7.2.2 | Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o | 2,34 | 46.8% | DEFICIENTE |

| NUMERA L DE LA NORMA | REQUISITO | VALORACIÓN PARCIAL CUANTITATIV A | VALORACIÓN CUANTITATIV A | VALORACIÓ N CUALITATIVA |
|----------------------------|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
| | servicio | | | |
| 7.2.3 | Comunicación con el cliente | 2,74 | 54.8% | DEFICIENTE |
| 7.3 | DISEÑO Y DESARROLLO | 1,36 | 27.2% | INADECUADO |
| 7.3.1 | Planificación del diseño y desarrollo | 2,02 | 40.4% | DEFICIENTE |
| 7.3.2 | Elementos de entrada para el diseño y desarrollo | 1,38 | 27.6% | INADECUADO |
| 7.3.3 | Resultados del diseño y desarrollo | 1,28 | 25.6% | INADECUADO |
| 7.3.4 | Revisión del diseño y desarrollo | 1,46 | 29.2% | INADECUADO |
| 7.3.5 | Verificación del diseño y desarrollo | 1,20 | 24% | INADECUADO |
| 7.3.6 | Validación del diseño y desarrollo | 1,09 | 21.8% | INADECUADO |
| 7.3.7 | Control de los cambios del diseño y desarrollo | 1,09 | 21.8% | INADECUADO |
| 7.4 | ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS | 1,94 | 38.8% | INADECUADO |
| 7.4.1 | Proceso de adquisición de bienes y servicios | 2,08 | 41.6% | DEFICIENTE |
| 7.4.2 | Información para la adquisición de bienes y servicios | 2,05 | 41% | DEFICIENTE |

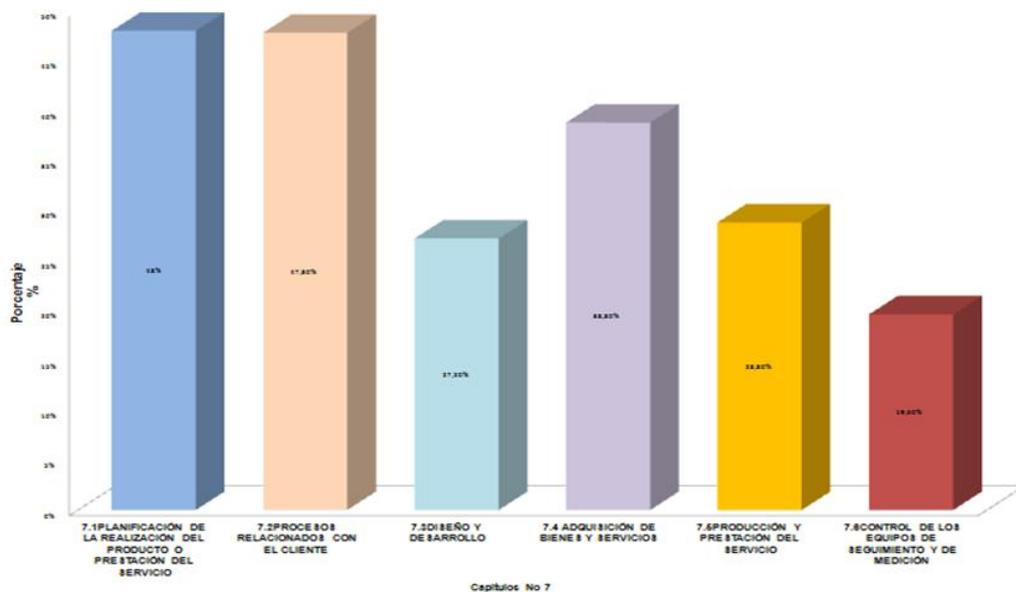
| NUMERAL DE LA NORMA | REQUISITO | VALORACIÓN PARCIAL CUANTITATIVA | VALORACIÓN CUANTITATIVA | VALORACIÓN CUALITATIVA |
|---------------------|---|---------------------------------|-------------------------|------------------------|
| 7.4.3 | Verificación de los productos y/o servicios adquiridos | 1,71 | 34.2% | INADECUADO |
| 7.5 | PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO | 1,44 | 28.8% | INADECUADO |
| 7.5.1 | Control de la producción y de la prestación del servicio | 1,88 | 37.6% | INADECUADO |
| 7.5.2 | Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio | 0,81 | 16.2% | INADECUADO |
| 7.5.3 | Identificación y trazabilidad | 1,41 | 28.2% | INADECUADO |
| 7.5.4 | Propiedad del cliente | 1,70 | 34% | INADECUADO |
| 7.5.5 | Preservación del producto y/o servicio | 1,42 | 28.4% | INADECUADO |
| 7.6 | CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN | 0,98 | 19.6% | INADECUADO |

Fuente: Autoras

Respecto a la evaluación del requisito Realización del producto obtuvo calificación inadecuada, este hecho es atribuible a la baja identificación de requisitos propios de la norma y no a la inexistencia de las actividades relacionadas con la prestación del servicio que son de naturaleza misional.

Lo anterior obedece a calificaciones en porcentajes bajos como la trazabilidad, la validación de los procesos, la preservación del producto o servicio, la propiedad del cliente y la falta de caracterizaciones de los procesos, que no están diseñados en la Personería Municipal

Gráfica 5. Resultados del Diagnóstico inicial capítulo 7 Realización del Producto o Prestación del Servicio



Fuente: Autoras

Los requisitos correspondientes a Diseño y Desarrollo y Control de los Dispositivos de Seguimiento y Medición, serán excluidos, el primero en virtud a que la Personería no tiene responsabilidad en el diseño y desarrollo de los servicios suministrados, por cuanto son esquemas predeterminados por la Ley y el segundo, puesto que la Personería asegura que el seguimiento y medición se realice de manera coherente con los requisitos, sin necesidad de utilizar dispositivos de seguimiento y medición que deban calibrarse, verificarse y/o ajustarse según procedimientos de calibración preestablecidos.

7.3.5 Medición Análisis y Mejora

Cuadro 8. Nivel de Implementación Numeral 8 Medición Análisis y Mejora

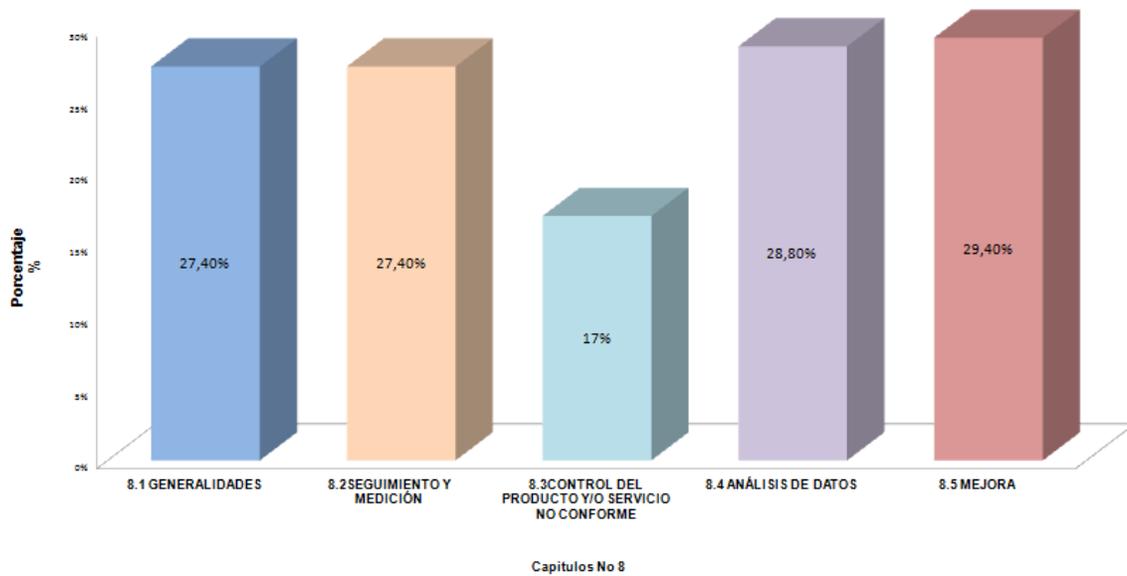
| NUMERAL DE LA NORMA | REQUISITO | VALORACIÓN PARCIAL CUANTITATIVA | VALORACIÓN PORCENTUAL | VALORACIÓN CUALITATIVA |
|---------------------|--|---------------------------------|-----------------------|------------------------|
| 8 | MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA | 1,30 | 26% | INADECUADO |
| 8.1 | GENERALIDADES | 1,37 | 27.4% | INADECUADO |
| 8.2 | SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN | 1,37 | 27.4% | INADECUADO |
| 8.2.1 | Satisfacción del cliente | 1,78 | 35.6% | INADECUADO |
| 8.2.2 | Auditoría interna | 1,07 | 21.4% | INADECUADO |
| 8.2.3 | Seguimiento y medición de los procesos | 1,30 | 26% | INADECUADO |
| 8.2.4 | Seguimiento y medición del producto y/o servicio | 1,33 | 2.66% | INADECUADO |
| 8.3 | CONTROL DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME | 0,85 | 17% | INADECUADO |
| 8.4 | ANÁLISIS DE DATOS | 1,44 | 28.8% | INADECUADO |
| 8.5 | MEJORA | 1,47 | 29.4% | INADECUADO |
| 8.5.1 | Mejora continua | 1,56 | 31.2% | INADECUADO |
| 8.5.2 | Acción correctiva | 1,35 | 27% | INADECUADO |
| 8.5.3 | Acción preventiva | 1,48 | 29.6% | INADECUADO |

Fuente: Autoras

Este requisito de la norma obtiene calificación inadecuada en todos sus ítems, debido a la falta de diseño e implementación de los procedimientos de acción

correctiva, preventiva, Auditoría interna, seguimiento y medición de procesos y servicios.

Gráfica 6. Resultados del Diagnóstico inicial capítulo 8 Medición Análisis y Mejora



Fuente: Autoras

No obstante contar con política de administración del riesgo y su respectivo mapa de riesgos, como del manual de planes de mejoramiento y de indicadores, que fueron diseñados durante el proceso de implementación del MECI, estos no han sido interiorizados debidamente lo que conlleva a que no sean reconocidos como existentes en la entidad.

8. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LA CALIDAD

La planificación estratégica de la calidad, entendida como un conjunto de políticas definidas por la alta dirección para satisfacer las necesidades y expectativas del cliente, debe estar incorporada a la planeación estratégica de la Entidad (Misión, Visión y Directrices Organizacionales) y busca adaptarla a las condiciones cambiantes del entorno para que siempre esté en condiciones de prestar servicios que satisfagan las necesidades y expectativas de los clientes.¹⁵

La Planificación Estratégica de la Calidad en la Personería de Bucaramanga está enfocada en el desarrollo del modelo de gestión basado en procesos, así como el fortalecimiento de la Infraestructura Administrativa y Física, mediante la implementación del Sistema de Gestión de Calidad NTC GP 1000:2009 buscando incrementar la eficacia y eficiencia de la gestión de la entidad asegurando la calidad a todas las partes interesadas, esta se diseñará con base a los resultados obtenidos en el diagnóstico inicial de la Personería de Bucaramanga pues es en esta fase donde se identifica las condiciones que se encuentran cada uno de los procesos y el cumplimiento de la NTC GP 1000:2009.

¹⁵ GUIA DE DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN Sistema de gestión de la calidad para la rama ejecutiva de poder público y otras entidades prestadoras de servicios.. Bogotá D.C.: El Instituto, 2009. NTCGP 1000 p.26-38



8.1 PROPÓSITOS PRINCIPALES DE LA PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA

Los principios del Sistema de Gestión de la Calidad se enmarcan, integran, complementan y desarrollan dentro de los principios constitucionales. Se han identificado los siguientes principios de gestión de la calidad, que pueden ser utilizados por la alta dirección, con el fin de conducir a la entidad hacia una mejora en su desempeño¹⁶:

- ✓ 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 entidades comprendan cuáles son las necesidades actuales y futuras de los clientes, que cumpla con sus requisitos y que se esfuercen por exceder sus expectativas.
- ✓ Liderazgo: desarrollar una conciencia hacia la calidad implica que la alta dirección de cada entidad 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.

¹⁶ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN, Sistema de gestión de la calidad para la rama ejecutiva de poder público y otras entidades prestadoras de servicios. Bogotá D.C.: El Instituto, 2009. NTCGP 1000.p. 26-38

- ✓ 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 entidad.
- ✓ Enfoque basado en procesos: en las entidades 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.
- ✓ 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 entidades en el logro de sus objetivos.
- ✓ Mejora continua: siempre es posible implementar maneras más prácticas y mejores para entregar los productos o prestar servicios en las entidades. Es fundamental que la mejora continua del desempeño global de las entidades sea un objetivo permanente para aumentar su eficacia, eficiencia y efectividad.
- ✓ Enfoque basado en hechos y datos para la toma de decisiones: en todos los niveles de la entidad las decisiones eficaces, se basan en el análisis de los datos y la información y no simplemente en la intuición.
- ✓ Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores de bienes o servicios: las entidades y sus proveedores son interdependientes; una relación beneficiosa, basada en el equilibrio contractual aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

- ✓ Coordinación, cooperación y articulación: el trabajo en equipo, en y entre entidades es importante para el desarrollo de relaciones que beneficien a sus clientes y que permitan emplear de una manera racional los recursos disponibles.
- ✓ Transparencia: la gestión de los procesos se fundamenta en las actuaciones y las decisiones claras; por tanto, es importante que las entidades garanticen el acceso a la información pertinente de sus procesos para facilitar así el control social.

8.2 DISEÑO DE LA PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

En el proceso de Planificación del Sistema de Gestión de calidad, se contempla una serie de elementos que posibilitan la identificación y satisfacción de las necesidades de los clientes o usuarios de los servicios de la personería, así mismo se identifican los procesos clave que dan soporte al logro de las necesidades de los clientes, los cuales finalmente están enmarcados en una serie de directrices que garantizan el logro de una cultura organizacional enfocada en la excelencia y en el logro de resultados.

A continuación se presenta el resumen y de manera gráfica los elementos que conforman la planeación del sistema de gestión de calidad.

Figura 5. Elementos que conforman la planeación del sistema de gestión de calidad



Fuente: Autoras

✓ POLÍTICA DE CALIDAD

Intención global y orientación de una entidad relativa a la calidad tal como se expresa formalmente por la alta dirección de la entidad.¹⁷

La Personería de Bucaramanga por medio de la política de calidad sustenta su compromiso con el sistema de gestión de calidad, esta política se encuentra en el manual de calidad.

A continuación se presenta la Política de Calidad de la Personería:

La **Personería de Bucaramanga** es una entidad orientada al mejoramiento continuo, que se compromete día a día con la satisfacción de las necesidades de sus usuarios (comunidad) a través de la **prestación de servicios de calidad, atendidos oportunamente** y con respeto a la **dignidad humana**, enmarcados en

¹⁷ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACIÓN, Sistema de gestión de la calidad para la rama ejecutiva de poder público y otras entidades prestadoras de servicios. Bogotá D.C.: El Instituto, 2009. NTCGP 1000. p. 26-38.

los parámetros de ley; los cuales se soportan en procesos óptimos, un equipo de colaboradores competentes y en mecanismos de comunicación efectivos.

✓ **OBJETIVOS DE LA CALIDAD**

Los objetivos de calidad de la Personería de Bucaramanga precisan la política de calidad en propósitos factibles, con fines determinados y un tiempo establecido.

OBJETIVOS DE CALIDAD DE LA PERSONERÍA DE BUCARAMANGA

- ✓ Adelantar actividades de promoción, prevención, protección y concientización sobre los derechos humanos.
- ✓ Prestar servicios de asesoría y asistencia jurídica bajo criterios de calidad, oportunidad y calidez humana.
- ✓ Activar mecanismos eficaces que permitan realizar seguimiento, evaluación y vigilancia a los programas de la administración municipal y al comportamiento de los servidores públicos.
- ✓ Generar espacios, promover y fortalecer la participación ciudadana en los espacios establecidos para ello.
- ✓ Implementar mecanismos de información y comunicación que brinden orientación oportuna a los usuarios y acerquen a la personería con la comunidad.

✓ **INDICADORES**

Los indicadores de gestión son medidas utilizadas para determinar el éxito de un proyecto o una organización. Estos son utilizados continuamente para evaluar el desempeño y los resultados.

Para la elaboración de los indicadores se realizaron círculos de calidad donde se trato este tema, los encargados de definirlos eran los integrantes de cada proceso

y los asesores de calidad. Estos indicadores permiten cuantificar y medir periódicamente, la productividad de la unidad involucrando todos los factores que intervienen en los diferentes procesos.

A continuación se muestra el formato para los indicadores de gestión, (Ver Anexo B)

Figura 6. Formato De Indicadores de Gestión

Página 3

| | | | | |
|---|--|--|---------------------------------|----------------|
|  | INDICADORES DE GESTIÓN | | Código | PMC-MI-001 |
| | Cumplimiento Objetivos Estratégicos | | Versión | 1.0 |
| | | | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 |
| | | | Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 |
| Elaboró: Comité Operativa | | | Aprobó: Comité Directiva | |

| | | | |
|----------------|-------------------------------------|----------------------|---------------|
| Proceso | Planeación Institucional | P - Dirección | Índice |
|----------------|-------------------------------------|----------------------|---------------|

| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR | | | |
|---|--|--|--|
| Tiene como propósito medir el grado de cumplimiento del Personero Municipal y su equipo directivo frente al logro de los objetivos estratégicos establecidos para un periodo de tiempo de un año. | | | |

| Unid. de Medida | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador |
|-----------------|-----------|------------|-------------------|
| Porcentaje (%) | Positiva | Anual | Eficacia (E) |

| FORMA DE CÁLCULO | | | |
|---|--|--------|---------|
| $\frac{\text{Objetivos Estratégicos alcanzados o cumplidos en su totalidad}}{\text{Objetivos Estratégicos a Lograr}}$ | | = 100% | *¡DIW0! |

| RESPONSABLES | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR |
|--------------|--------------------------|---------------------|--|
| | Asistente Administrativa | Personero Municipal | Comité Gerencial y Círculos de Calidad |

| GLOSARIO | |
|---|--|
| a. Objetivo Estratégico: Propósito o fin que pretende lograr la institución en un periodo de tiempo de un año. | |

Fuente: Autoras

En total son 28 indicadores para cada uno de los procesos (ver cuadro H) que hacen parte de la personería de Bucaramanga.

Cuadro 9. Total de Indicadores de Gestión Por Procesos

| Procesos de Dirección | | | Procesos Misionales | | | | | |
|-----------------------|-------------------------------|--------------------|----------------------|----------------------------------|--------------------|--------------------------|--------------|-------------------------|
| Plan. Institucional | Comunicaciones e Imagen Inst. | Recursos Físicos | Atención al Usuario | Protección DD.HH | Ministerio Público | Evaluación y Vigilancia | Conciliación | Participación Ciudadana |
| 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 |
| Procesos de Apoyo | | | | Procesos de Evaluación y Control | | Total Indicadores | | |
| Gestión Financiera | Talento Humano | Gestión Documental | Gestión Contratación | Control Interno | Mejora Continua | | | |
| 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 | | | |
| | | | | | | 28 | | |

✓ **SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN**

• **SATISFACCIÓN DEL CLIENTE**

La Personería, realiza seguimiento sobre la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos, a través de la encuesta determinada para tal fin y que contempla quejas, reclamos y sugerencias sobre el servicio, con el fin de mejorar en los aspectos formulados por los usuarios y que contribuyan a la calidad y mejora continua. Así mismo, se realiza seguimiento a la satisfacción de los clientes en actividades de formación y asesoría y se realiza seguimiento al buzón de peticiones quejas, reclamos y felicitaciones. Para cumplir este requisito se tiene previsto el procedimiento de evaluación de satisfacción del usuario PAU – PR – 004 y el informe trimestral preparado para evaluación de la Alta Dirección.

• **AUDITORÍAS INTERNAS**

Con el fin de determinar si las actividades y los resultados a la calidad satisfacen las disposiciones establecidas y si éstas se aplican de forma efectiva para alcanzar los objetivos del Sistema de Gestión de la Calidad y los institucionales, la entidad tiene establecido el Procedimiento Auditorías Internas, el cual es desarrollado por el Proceso de Control Interno. El procedimiento se encuentra identificado con el código PMC – PR – 004, además de aplicar los formatos de dicho procedimiento.

- **SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS Y DEL SERVICIO**

El equipo de asesores de calidad junto con el personal de la Personería de Bucaramanga ha establecido métodos apropiados para el seguimiento y medición (Capacitaciones, círculos de calidad, manual de indicadores, como también boletines) cuando sea aplicable a la gestión de los procesos y el servicio, los cuales se revisan periódicamente para verificar el grado de cumplimiento; así mismo los funcionarios han sido informados sobre las metas acordadas para contribuir al logro del Plan Estratégico y cada proceso diseña y ejecuta su plan de acción anual, según el procedimiento PPI – PR – 004. De otra parte en las caracterizaciones del proceso se identifica el ciclo PHVA. Para la medición de los procesos ha dispuesto de los Indicadores de gestión y con estos además demuestra la capacidad de ellos para alcanzar los resultados planificados. Cuando no se alcanzan los resultados planificados, se aplican correcciones y acciones correctivas según el procedimiento Acciones de Mejora, correctivas y preventivas PMC – PR – 005.

8.3 DISEÑO DE LA DOCUMENTACIÓN

Para lograr la implementación de un sistema de gestión de la calidad, es preciso evidenciar y mantener la documentación necesaria que demuestre la veracidad de cada uno de los procesos pertenecientes a la entidad, contribuyendo de esta manera, a mejorar continuamente su eficacia y efectividad de acuerdo con los requisitos de la Norma Técnica Colombiana NTC GP 1000-2009.¹⁸

¹⁸ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACIÓN, Sistema de gestión de la calidad para la rama ejecutiva de poder público y otras entidades prestadoras de servicios. NTCGP 1000. Bogotá D.C.: El Instituto, 2009. 26-38 p.

8.3.1 Metodología de la documentación

La documentación del sistema de gestión de calidad se lleva a cabo bajo los siguientes aspectos:

- Identificación de los documentos aplicables a la Personería de Bucaramanga según los requerimientos de la norma NTC P 1000-2009
- Diseño de la estructura de los documentos aplicables a la Personería de Bucaramanga
- Creación de toda la documentación requerida por la norma y la Personería de Bucaramanga.

A continuación se presenta la documentación requerida:

- ✓ Declaración documentada de la política de calidad y los objetivos de calidad
- ✓ Manual de Calidad
- ✓ Los Documentos requeridos por la norma y la entidad
- ✓ Los registros requeridos por la norma y aquellos que demuestren evidencia del sistema de gestión de la calidad
- Adecuación de los documentos propios de la operación de los procesos de la Personería de Bucaramanga.
- Implementación de la documentación del sistema de gestión de la calidad.

8.3.2 Estructura de la Documentación

Se denomina estructura documental a la forma como se articulan e interrelacionan los documentos del sistema de gestión de la calidad, para formar un sistema coherente, funcional y útil. ¹⁹

8.3.3 Guía para elaborar procedimientos

Proporciona al lector las pautas y criterios para la correcta elaboración de los diferentes procedimientos que hacen parte del Sistema Integrado de Gestión y Control de Calidad de la Personería Municipal de Bucaramanga. (Ver Anexo C)

8.3.4 Procedimiento de control de documentos e instructivo para la codificación de documentos

El procedimiento de control de documentos Adelanta la revisión general del sistema integrado de gestión y control y calidad, por parte de la alta dirección de la Personería Municipal, de manera que se evalúe su conveniencia, adecuación y eficacia y el desempeño alcanzado en los diferentes procesos que la componen. Y el instructivo para la codificación de documentos Establece las pautas para llevar a cabo la identificación y codificación de los documentos que se producen en las dependencias vinculadas a los diferentes procesos del Sistema Integrado de Gestión y Control de calidad (SIGCC) de la Personería Municipal de Bucaramanga. (Ver Anexo D)

¹⁹DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Red Universitario Extensión en Calidad, Guía de diseño para la implementación del sistema de gestión de la calidad bajo la NTC GP 1000-2009, Bogotá D.C p30

8.3.5 Procedimiento de control de registros

Define los pasos y controles necesarios para la conservación de los registros o evidencias del funcionamiento del sistema integrado de gestión y control de calidad, de manera que se demuestre la conformidad con los requisitos establecidos y frente a los parámetros normativos. (Ver Anexo E)

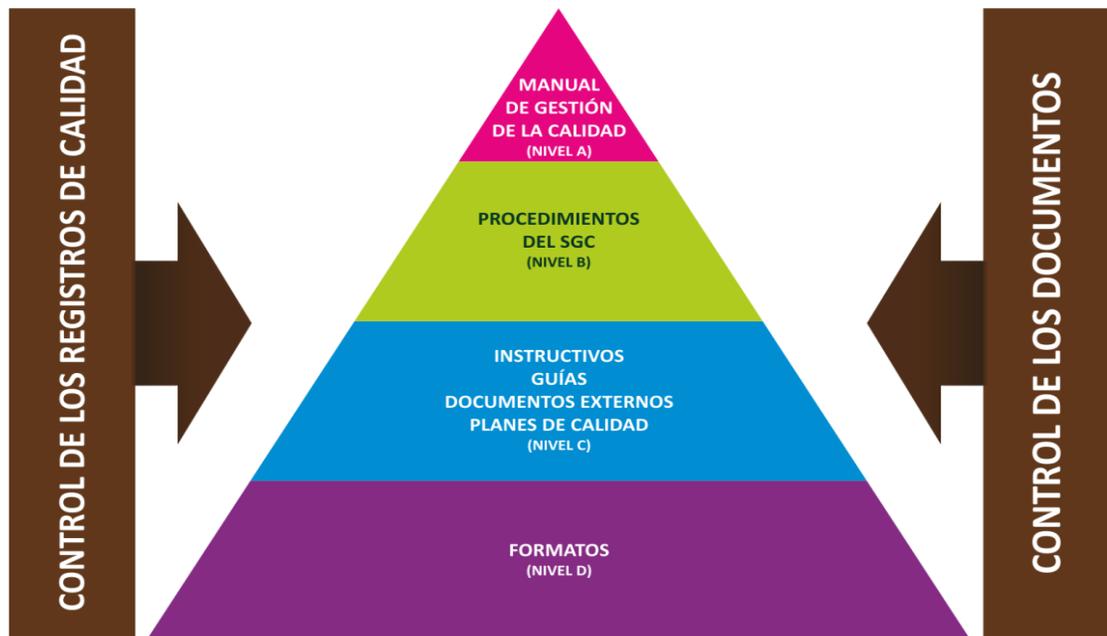
- **ESTRUCTURA DOCUMENTAL**

La documentación para el SGC de la Personería de Bucaramanga se sustenta mediante cuatro niveles secuenciales: en el nivel A se encuentra el manual de gestión de la calidad, Nivel B los procedimientos del SGC, Nivel C instructivos, guías, documentos externos y en el Ultimo nivel se encuentran los formatos; tal como se ilustra en el grafico anterior.

Para suscitar la documentación del SGC, se tomó en cuenta la guía para la implementación de un programa de gestión documental expedida por el Archivo General de la Nación, los requisitos de la norma técnica colombiana NTC GP 1000- 2009 y los requisitos de la institución.

La documentación establecida para el sistema de gestión de la calidad de la personería de Bucaramanga contiene los siguientes elementos:

Figura 7. Estructura Documental



Fuente: Autoras

8.3.7 Elaboración y Divulgación de la Documentación.

Proporcionar al lector las pautas y criterios para la correcta elaboración de los diferentes procedimientos que harán parte del Sistema Integrado de Gestión y Control de Calidad de la Personería Municipal de Bucaramanga.

8.3.8 Documentación Principal del SGC

- MANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA PERSONERÍA DE BUCARAMANGA

Según los requerimientos de la norma técnica de calidad NTC GP 1000- 2009 la entidad debe establecer y mantener un manual de calidad que incluya:

- a) El alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, incluidos los detalles y la justificación de cualquier exclusión.
- b) Los procedimientos documentados establecidos para el Sistema de Gestión de la Calidad, o referencia a los mismos, y
- c) Una descripción de la interacción entre los procesos del Sistema de Gestión de la calidad.

El manual de calidad de la personería de Bucaramanga (Ver Anexo F) contiene los siguientes elementos:

- Misión y visión
- Información institucional
- Alcance y exclusiones del sistema de gestión de la calidad
- Planificación del sistema de gestión de la calidad
- Responsabilidad de la dirección
- Gestión de los recursos
- Realización de la prestación del servicio
- Medición, análisis y mejora

Otros documentos del sistema de gestión de la calidad (procedimientos, instructivos, guías, manuales y registros determinados por el sistema de gestión de la calidad de la personería)

Los documentos (procedimientos, manuales, instructivos, guías) establecidos en el sistema de gestión de la calidad de la personería de Bucaramanga, especifican los pasos para iniciar, desarrollar y concluir una serie de actividades secuencialmente establecidas en un proceso que da como resultado final un servicio: de igual manera, se realizó la debida documentación de los registros y demás documentos, de acuerdo a las condiciones establecidas y diseñadas para el sistema.

De acuerdo a los requisitos de la norma técnica colombiana NTC P 1000-2004, la entidad debe establecer y mantener procedimientos documentados para:

- Control de documentos
- Control de registros
- Auditorías internas de calidad
- Control de producto no conforme
- Acciones correctivas
- Acciones preventivas

Según estos requisitos y de acuerdo al sistema de gestión de calidad de la entidad, se establecieron los siguientes procedimientos como obligatorios, (Ver Cuadro Procedimientos Obligatorios) los cuales, serán controlados por la oficina de calidad.

Cuadro 10. Cuadro Procedimientos Obligatorios

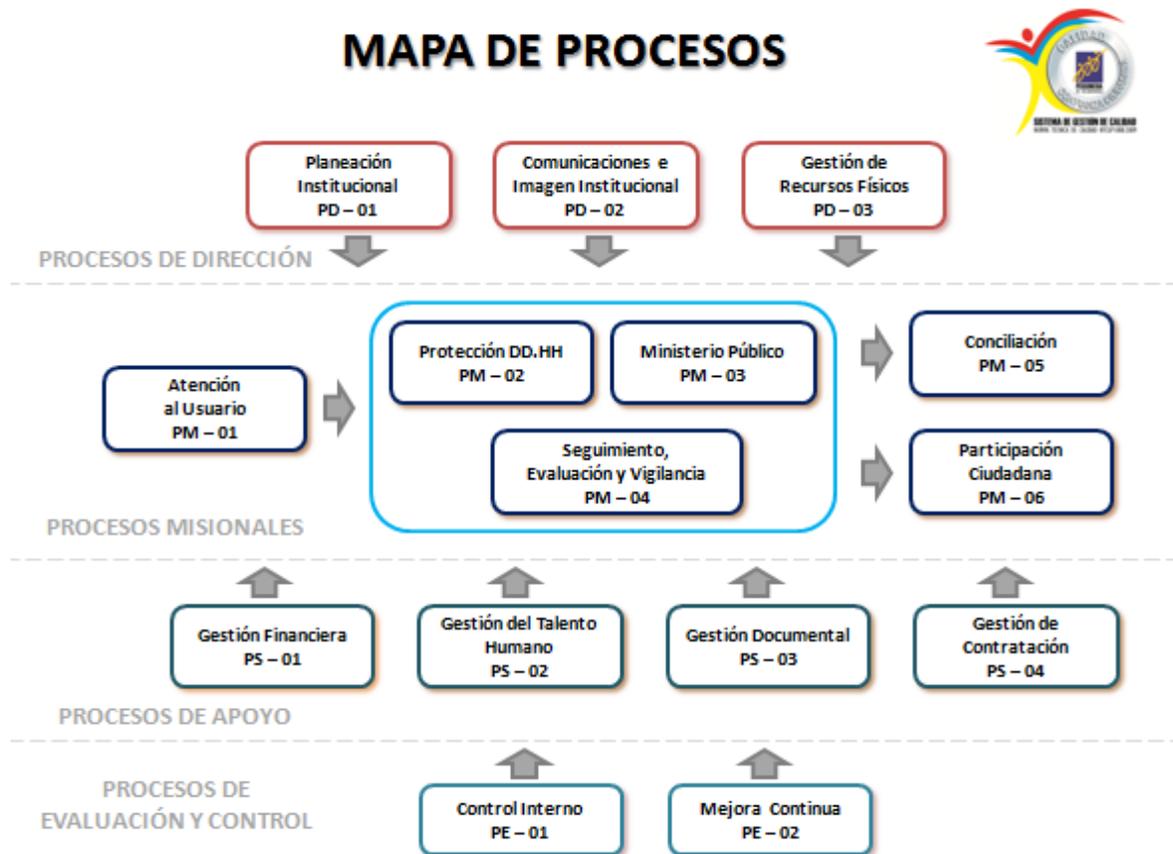
| No. Requisito | Nombre del procedimiento | Finalidad |
|---------------|----------------------------------|--|
| 4.2.3 | Control de Documentos | Definir los pasos y controles necesarios para la elaboración, modificación o anulación de la documentación producida por la Personería Municipal, en el marco del Sistema Integrado de Gestión y Control de Calidad (SIGCC). Así mismo establecerá las directrices para el control de la documentación externa que guarde relación con el SIGCC. |
| 4.2.4 | Control de Registros | Definir los pasos y controles necesarios para la conservación de los registros o evidencias del funcionamiento del sistema integrado de gestión y control de calidad, de manera que se demuestre la conformidad con los requisitos establecidos y frente a los parámetros normativos. |
| 8.2.2 | Auditoría Interna | Unificar los criterios y establecer los responsables y las actividades para llevar a cabo las Auditorías internas del Sistema Integrado de Gestión y Control.(ver anexo G) |
| 8.3 | Control del producto no conforme | Establecer las pautas o pasos a seguir por parte de la Personería Municipal en los casos que dentro de la ejecución de sus procesos se deban declarar productos no conformes. |
| 8.5.2 y 8.5.3 | Mejora continua | Medir, analizar y mejorar el Sistema de Gestión de Calidad de manera que se gestione adecuadamente a través del control del producto no conforme, las acciones correctivas, preventivas y de mejora. (ver anexo H) |

Fuente: Autoras

- **CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS**

El mapa de procesos es la estructura donde se evidencia la interacción de los procesos que posee la Personería de Bucaramanga para la prestación de sus servicios.

Figura 8. Mapa de Procesos



Fuente: Autoras

Una vez elaborado el mapa de procesos, con la información proporcionada puede efectuarse la caracterización de cada proceso.

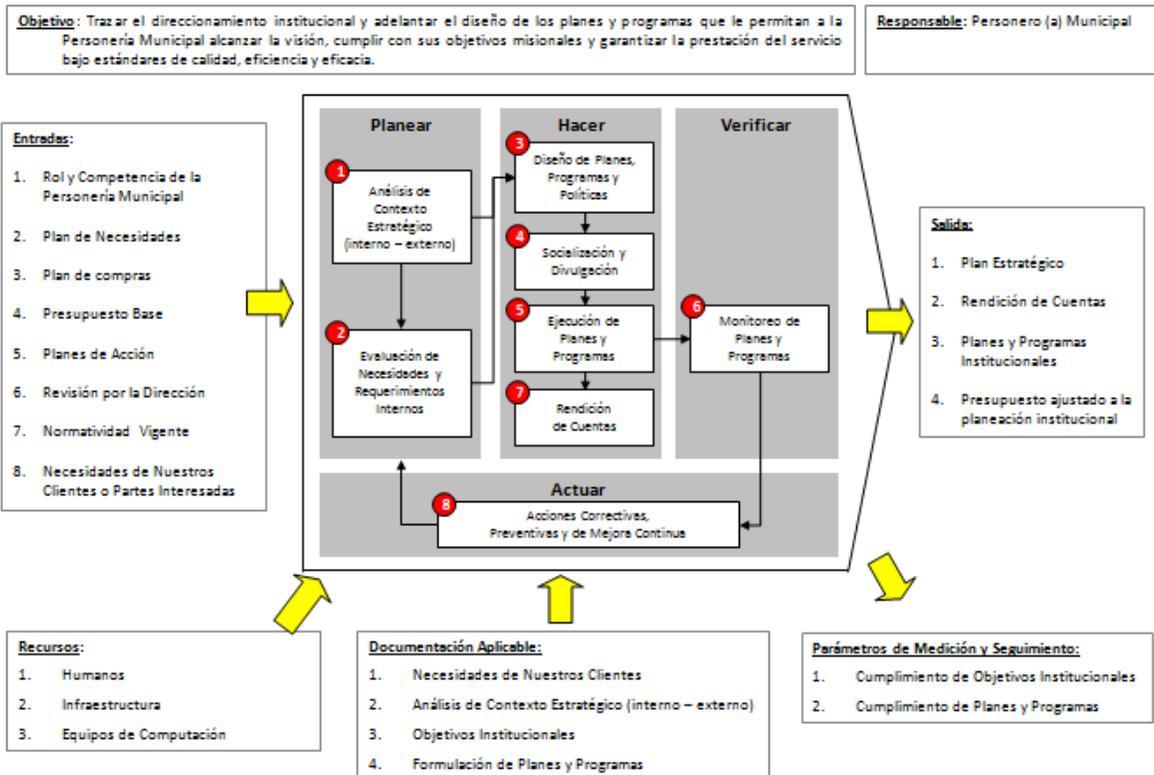
Esta caracterización consiste en identificar las características de los procesos de la Personería de Bucaramanga, y está orientada a adoptar un enfoque basado en procesos, en el ámbito de un sistema de gestión de la calidad, reflexionando sobre cuáles son los procesos que deben configurar el sistema, es decir, qué procesos deben aparecer en la estructura de procesos del sistema.

A continuación se muestra un ejemplo de la caracterización del proceso de dirección: Proceso de planeación institucional.

Cuadro 11. Ejemplo Caracterización del Proceso de dirección

PD – 01

PROCESO PLANEACIÓN INSTITUCIONAL



Fuente: Autoras

9. DOCUMENTACIÓN

9.1 LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

Es un instrumento de apoyo en donde se especifican la codificación y numeración de los diferentes documentos diseñados e implementados para el sistema de gestión de calidad para cada una de las dependencias; con esto se facilita el registro de los documentos, el acceso de manera eficiente y con el debido control.(ver anexo I)

El listado maestro de documentos se encuentra organizado de la siguiente forma:

Cuadro 12. Listado maestro de documentos, mejora continua.

| Proceso Mejora Continua - PE.02 | | | | | | |
|---------------------------------|---------------------|-------------------------------------|---------|---------|------------------|-----------------------------|
| N o. | Código de Documento | Título del Documento | Versión | Estado | Fecha de Emisión | Total de Copias controladas |
| 01 | PMC - PR - 001 | Procedimiento Control de Documentos | 1.0 | Vigente | Agosto 29/2011 | 2 |
| 02 | PMC - PR - 002 | Procedimiento Control de Registros | 1.0 | Vigente | Sept-27-2011 | 2 |

Fuente: Autoras

9.2 PARÁMETROS PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN (Gestión de Archivo)

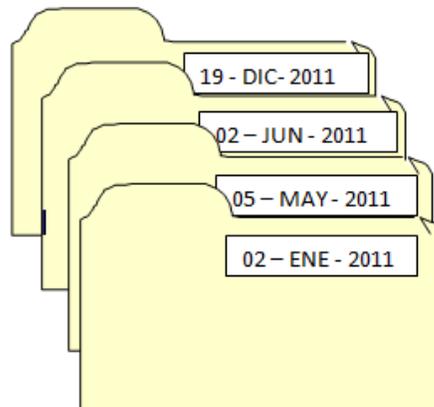
- CLASIFICACIÓN DOCUMENTAL

La actividad de clasificación documental será realizada por cada uno de los funcionarios responsables de los documentos que en cumplimiento a sus funciones genere, maneje o tramite. Para crear una carpeta o expediente, se deben clasificar los documentos de la oficina productora, teniendo en cuenta las Tablas de Retención Documental (TRD) (Ver Anexo J), definidas para cada una de las dependencias de la Personería Municipal de Bucaramanga, a fin de identificar series, subseries y tipos documentales, teniendo en cuenta el código que le corresponde. (Ver Anexo K)

- **ORDENACIÓN DOCUMENTAL**

La actividad de ordenación documental será realizada por el responsable de cada carpeta, utilizando ordenación cronológica de los tipos documentales que conforman cada serie o subserie, en sus respectivas unidades de conservación (carpetas) y respetando la secuencia en que fueron creados, es decir, el documento más antiguo es el primero de la carpeta y el más reciente es el último documento de la carpeta.

Figura 9. Carpetas Orden Cronológico



Fuente: AUTORAS

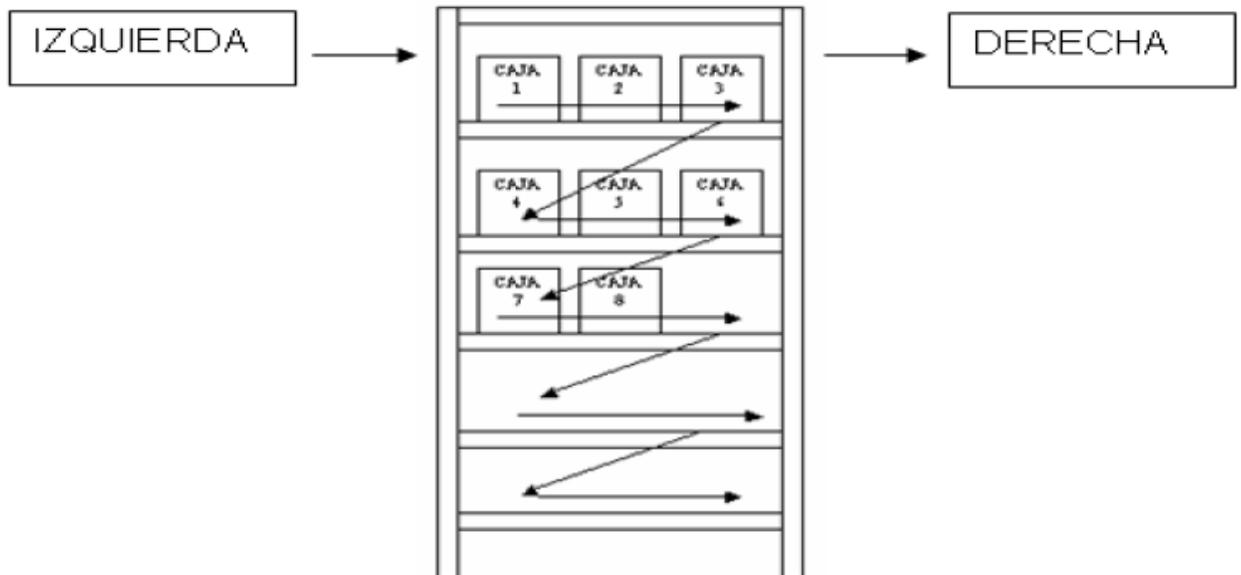
- UBICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

Los Archivos de Gestión deben estar ubicados en los archivadores, las carpetas se deben ubicar dentro de cada gaveta de arriba hacia abajo, teniendo como referencia el orden de las series establecido en la Tabla de Retención Documental.

Para las transferencias documentales se deben utilizar unidades de conservación (cajas) para archivo.

Las unidades de conservación (cajas) que se deben ubicar en estantes fijos o estantería rodante en los Archivos Centrales, deben ir de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo.

Figura 10. Ubicación de Cajas en Estantería Fija



Fuente: Autoras

9.3 RESULTADOS DE LA DOCUMENTACIÓN

9.3.1 Documentos Disponibles para el S.G.C

La Personería de Bucaramanga, cuenta con 15 procesos documentados y actualizados según los requerimientos de la entidad y de la norma NTC GP 1000-2009 para el buen desempeño en la prestación de su servicio y 6 Procedimientos obligatorios por la norma, los cuales ayudarán a la eficiencia y eficacia del sistema de gestión de la calidad.

De igual manera, cuenta con todos los registros que proporcionan las evidencias necesarias para demostrar el cumplimiento de los requisitos exigidos por la norma y las mejoras de los procesos y servicios de la entidad. Los registros, se fundamentan en la veracidad de la información que soportan, suministrando trazabilidad en los procesos de la entidad, controlando de esta manera los servicios prestados por la misma.

Para el control de los documentos, se elaboró el Listado Maestro de Documentos el cual, proporciona toda la información de la documentación implementada en la entidad en la que se evidencia el estado actual de los documentos, quien elaboro, quien aprobó, código del documento, título del documento, versión, estado fecha de emisión, total de copias controladas.

9.3.2 Análisis de Resultados de la Documentación

El total de documentos elaborados para el Sistema de Gestión de Calidad se ven reflejados en la siguiente tabla:

Cuadro 13. Total de Documentos en el SGC

| | Procedimientos Cant. | Proc. % | Instructivos | Inst.% | Manuales Canti. | Man.% | Guías Cant. | Guía.% | Actas | Act.% | Formatos | For.% |
|----------------------------|-------------------------|-------------|--------------|-------------|--------------------|-------------|----------------|-------------|----------|-------------|-----------|-------------|
| Dirección | 9 | 25% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 9 | 17% |
| Misionales | 14 | 39% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 | 100% | 20 | 38% |
| Apoyo | 6 | 17% | 0 | 0% | 2 | 67% | 0 | 0% | 0 | 0% | 16 | 31% |
| Evaluación y Control | 7 | 19% | 2 | 100% | 1 | 33% | 1 | 100% | 0 | 0% | 7 | 13% |
| TOTAL | 36 | 100% | 2 | 100% | 3 | 100% | 1 | 100% | 3 | 100% | 52 | 100% |

Fuente: Autoras

Para ver el análisis (Ver Anexo L)

10. MANTENIENDO Y MEJORANDO

Cuadro 14. Cuadro Comparativo Antes/ Después del Diseño, Documentación e Implementación del SGC

| Antes | Implementación | Después | Mantenimiento |
|---|---|--|--|
| <p>Cuando se realizó la implementación del MECI, se evidenciaron documentos como la política de administración del riesgo, mapa de riesgo, manual de funciones, política de desarrollo y talento humano.</p> <p>No se cuenta con un SGC lo suficiente veraz que proporcione la eficiencia y</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Creación Grupo MECI- Calidad 2. Elaboración, Divulgación y Socialización de la documentación del SGC. <p><u>Elaboración</u></p> <p>✓ Identificación de los documentos.</p> | <p>Con la nueva documentación y creación de los procedimientos, se dio el respectivo orden en todos y cada uno de los procesos que se llevan a cabo en la Personería de Bucaramanga.</p> <p>Gracias al Diseño, Documentación y Implementación del SGC se permitió asegurar que</p> | <p>Se realizó :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Auditorías Internas:</u> <p>Hechas por personal de la empresa idóneo, utilizando técnicas determinadas, con el objeto de emitir informes y formular sugerencias para el mejoramiento de la misma.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. <u>Indicadores de Gestión</u> |

| Antes | Implementación | Después | Mantenimiento |
|--|--|---|--|
| <p>efectividad en los servicios que ofrece ya que se encuentra sin diseñar una política de calidad, objetivos de calidad, manual de calidad, procedimientos obligatorios por la norma, la validación de los procesos, la preservación del producto o servicio, la propiedad del cliente y la falta de caracterizaciones de los procesos.</p> <p>La Personería posee Personal Capacitado para</p> | <p>✓ Diseño de la estructura de documentos.</p> <p>✓ Creación de toda la documentación</p> <p>Diseño de Política de Calidad, objetivos de calidad, Manual de calidad, indicadores de Gestión, Procedimientos Obligatorios por la norma y Registros requeridos por la misma.</p> <p><u>Divulgación</u></p> | <p>los recursos de la organización sean utilizados de forma correcta, ya que los procesos misionales de la Personería (atención al usuario, ministerio público, conciliación, participación ciudadana, protección de los Derechos Humanos y Seguimiento, Evaluación y vigilancia) se encuentran ajustados, socializados y estandarizados de acuerdo a los requisitos establecidos para la prestación del servicio logrando así disminuir servicios no conformes.</p> | <p>Utilizados para medir el rendimiento de cada proceso.</p> <p>En base a los resultados anteriores se plantearan acciones correctivas que son aquellas que se llevan a cabo para eliminar la causa del problema y las acciones preventivas que son las que se anticipan a la causa, y pretenden eliminarla antes de su existencia, en esta parte se utiliza el formato de Auditoría Interna (Ver Anexo 15) y el procedimiento de Mejora</p> |

| Antes | Implementación | Después | Mantenimiento |
|--|---|---|--|
| <p>cada uno de los procesos de las dependencias de esta misma, pero se observa falta de compromiso y ajenidad al tema del SGC.</p> | <p>Capacitaciones y Comunicación SIGC en la Personería de Bucaramanga (Boletines)</p> <p style="text-align: center;"><u>Socialización</u></p> <p style="text-align: center;">(Círculos de Calidad)</p> | <p>Se observó una mayor participación y compromiso del personal con el mejoramiento de los resultados de los procesos, promoviendo recursos para la ejecución y corrección del mismo obteniendo así un personal identificado con la entidad y un clima favorable para la ejecución del sistema.</p> | <p>Continúa (Ver Anexo 16).</p> <p>Promover en cada uno de los procesos el mejoramiento continuo del sistema de gestión de calidad de tal modo que se encuentre en permanente actualización y mejora, dejando así registros de los cambios efectuados.</p> |

Fuente: Autoras

11. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

La implementación se llevó a cabo a través de los siguientes pasos a seguir, luego del diseño y documentación del sistema de gestión de calidad bajo la NTC GP1000:2009 en la PERSONERÍA DE BUCARAMANGA, donde esta etapa tenía el propósito de socializar todo lo relacionado con el Sistema de Gestión de Calidad dentro de la entidad.

A medida que se crean los respectivos formatos e instrumentos de registro de la entidad, se inicia la etapa de implementación. El primer paso que se realizó fue creación del Grupo MECI-CALIDAD.

Compuesto por:

- Rebeca Inés Castellanos **Personero**
- Hernando Corzo: **Representante de la Alta Dirección**
- Cecilia Bueno Reyes: **Líder Proceso Auditoría Interna**

APOYO

- Rafael David Bastos: **Director Ejecutivo FUNDEINCO**
- Olga lucia Rincón: **Consultora**
- Sergio Osses: **Consultor**
- Diana Catalina Zárate: **Consultor Junior**
- Martha Juliana Peñaloza: **Consultor Junior**

Dicho comité fue el encargado de la eficacia del sistema ya que realizaba la revisión y aprobación de los diferentes documentos y procesos del SGC, para así

proceder a su respectiva socialización en los diferentes círculos de calidad de cada uno de los procesos.

11.1 METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA PERSONERÍA DE BUCARAMANGA

De acuerdo a la GUÍA DE IMPLEMENTACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA TÉCNICA DE CALIDAD PARA LA GESTIÓN PÚBLICA, se realiza el proceso de implementación del SGC en la Personería de Bucaramanga, donde sus actividades a seguir fueron:

Cuadro 15. Actividades Implementación

| | |
|----------|--|
| 1 | Elaborar Plan de Implementación |
| 2 | Divulgar y socializar la documentación del SGC a implementar |
| 3 | Control Adecuado (Documentos-Registros) |
| 4 | Diagnóstico Final Implementación |

Fuente: Autoras

11.1.1 Plan de Implementación

Cuadro 16. Plan de Implementación

| ACTIVIDADES | RESPONSABLE | ESTRATEGIA | SEGUIENTO |
|--|--|---|---------------------------|
| <p>Comunicación SIGC en la Personería de Bucaramanga (Información de todo el proceso de Certificación de la NTC GP 1000:2009 en la Entidad)</p> | <p>Adriana Margarita Sierra Santos</p> | <p>Boletines (Ver Anexo M) impresos, Correo interno</p> | <p>Actividad Cumplida</p> |
| <p>Capacitación (Procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, definiciones e implicaciones del Sistema de Gestión de Calidad)</p> | <p>Juliana Peñaloza Diana Zárate</p> | <p>Presentaciones PowerPoint</p> | <p>Actividad Cumplida</p> |
| <p>Socialización (Opinión y criterio en cada una de las creaciones, actualizaciones de los documentos y procedimientos de cada proceso).</p> | <p>Líder de cada Proceso</p> | <p>Creación de círculos de calidad</p> | <p>Actividad Cumplida</p> |

Fuente: Autoras

11.1.2 Divulgar y Socializar la documentación

Creando un cronograma de Capacitación y socialización inicia la parte de sensibilizar y capacitación a todo el personal en la Personería de Bucaramanga.

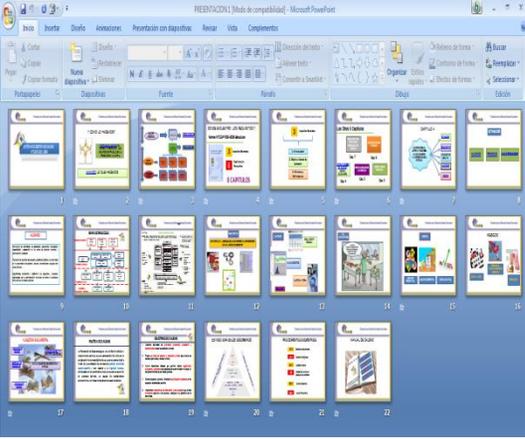
- Capacitación

Se tomó la decisión de realizar reuniones de capacitación en la sala de juntas, los días miércoles y viernes, en tiempos de una hora, en la jornada de la mañana de los meses de agosto y septiembre, dividiendo así en dos grupos a todos los funcionarios de la Personería de Bucaramanga, el Grupo A contaba con la presencia de la Personera y el Grupo B con la del Secretario General.

En las cuales sus temas a tratar fueron procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación de la entidad así como los efectos e impactos del trabajo desarrollado por cada servidor público, definiciones e implicaciones del Sistema de Gestión de Calidad, explicación de cada uno de los capítulos de la NTC GP 1000:2009, y manejo de la nueva página web (<http://www.personeriabucaramanga.gov.co/>) diseñando así presentaciones para el apoyo de dichas socializaciones, además en cada una de las secciones se daba un espacio para la formulación de sugerencias y dudas por parte de los funcionarios.

A continuación se presentan un resumen detallado de las cuatro presentaciones hechas durante el proyecto de diseño, documentación e implementación de la NTC GP 1000:2009

Figura 11. Cuadro Resumen Introducción Diapositivas Sistema de Gestión de Calidad

| PRESENTACIÓN 1 | | IMAGEN |
|-----------------------------|--|---|
| TEMA DE CAPACITACIÓN | Introducción Sistema Integrado de Gestión de Calidad |  |
| OBJETIVO DE LA CAPACITACIÓN | Dar a conocer al personal de la Personería de Bucaramanga generalidades y conceptos relacionados del SGC y de la NTC GP 1000:2009. | |
| NUMERO DE PERSONAS | 2 grupos de 40 | |
| FECHA DE CAPACITACIÓN | 17 y 19 de Agosto | |
| LOGRO DE CAPACITACIÓN | Se logro aclarar las diferentes dudas existentes en el personal del SGC y de la NTC GP 1000:2009. | |

Fuente: Autoras

Figura 12. Cuadro Resumen Capitulo 4 Requisitos Generales

| PRESENTACIÓN 1 | | IMAGEN |
|-----------------------------|---|---|
| TEMA DE CAPACITACIÓN | Capítulo 4 Requisitos Generales | |
| OBJETIVO DE LA CAPACITACIÓN | Dar a conocer al personal de la Personería de Bucaramanga generalidades y conceptos relacionados al Capitulo 4 Requisitos Generales | |
| NÚMERO DE PERSONAS | 2 grupos de 40 |  |
| FECHA DE CAPACITACIÓN | 24 y 26 de Agosto | |
| LOGRO DE CAPACITACIÓN | Se logro aclarar las diferentes dudas existentes en el personal del Capítulo 4 Requisitos Generales | |

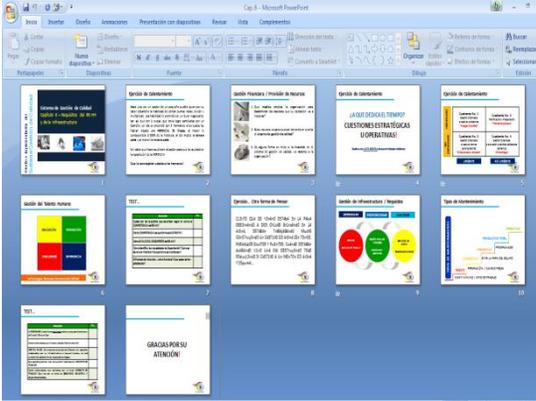
Fuente: Autoras

Figura13. Cuadro Resumen Capítulo 5 Responsabilidad de la Alta Dirección.

| PRESENTACIÓN 1 | | IMAGEN |
|-----------------------------|---|--|
| TEMA DE CAPACITACIÓN | Capítulo 5 Responsabilidad de la Alta Dirección |  |
| OBJETIVO DE LA CAPACITACIÓN | Dar a conocer al personal de la Personería de Bucaramanga generalidades y conceptos relacionados al Capítulo 5 Responsabilidad de la Alta Dirección | |
| NÚMERO DE PERSONAS | 2 grupos de 40 | |
| FECHA DE CAPACITACIÓN | 31 de Agosto y 2 de Septiembre | |
| LOGRO DE CAPACITACIÓN | Se logro aclarar las diferentes dudas existentes en el personal del Capítulo 5 Responsabilidad de la Alta Dirección | |

Fuente: Autoras

Figura14. Cuadro Resumen Capítulo 6 Gestión de los Recursos

| PRESENTACIÓN 2 | | IMAGEN |
|-----------------------------|--|--|
| TEMA DE CAPACITACIÓN | Capítulo 6 Gestión de los Recursos |  |
| OBJETIVO DE LA CAPACITACIÓN | Dar a conocer al personal de la Personería de Bucaramanga generalidades y conceptos relacionados al Capítulo 6 Gestión de los Recursos | |
| NÚMERO DE PERSONAS | 2 grupos de 40 | |
| FECHA DE CAPACITACIÓN | 7 y 9 de Septiembre | |
| LOGRO DE CAPACITACIÓN | Se logro aclarar las diferentes dudas existentes en el personal del Capítulo 6 Gestión de los Recursos | |

Fuente: Autoras

- Socialización

Se realizó la creación de **CÍRCULOS DE CALIDAD** para cada proceso de la entidad con su respectivo líder, donde los encuentros se realizaban inicialmente una vez por semana en la actualidad los realizan dos veces al mes.

Cuadro 17. Círculos de Calidad

| NOMBRE DEL PROCESO | NOMBRE DEL CÍRCULO | INTEGRANTES | DÍA, HORA REUNIÓN |
|--------------------------------|---------------------------|--|--------------------------|
| EVALUACIÓN Y CONTROL | LOS SISTEMÁTICOS | CECILIA BUENO REYES (LÍDER) CARLOS AFANADOR ARDILA OMAR RICARDO PENA BASTOS | JUEVES DE 5 A 6 PM |
| CENTRO DE CONCILIACIÓN | LOS EXTRAORDINARIOS | MARÍA HELENA BERBEO MEDINA (LÍDER) ANDREA MILENA BAUTISTA BÁRCENAS ARIEL LEONARDO MORENO SUTA | MARTES DE 8 A 9 AM |
| GESTIÓN FINANCIERA | 100% COMPROMETIDOS | LUZ YAMILE MEDINA PÉREZ(LÍDER) WILLIAM SANABRIA LUCAS MORENO HORACIO ANDRÉS RIVERA RODRÍGUEZ | JUEVES 8:30 A 9:30 AM |
| MINISTERIO PÚBLICO | LOS GARANTISTAS | ELSA VICTORIA RONDÓN (LÍDER) FRANCISCO SARMIENTO (LÍDER) ANA BOLENA PABÓN (LÍDER) OSCAR ANTONIO DALLOS LEONEL FERNANDO REINA PALACIOS MARTHA BIBIANA | LUNES DE 8 A 9 AM |
| PARTICIPACIÓN CIUDADANA | CAPACITANDO | ROSEMBER QUINTANILLA (LÍDER) ANDRÉS LIZETH JAIMES VELANDIA SAID LEONARDO SARMIENTO HÉCTOR ORDUZ | MARTES 10 A 11 AM |

| NOMBRE DEL PROCESO | NOMBRE DEL CÍRCULO | INTEGRANTES | DÍA, HORA REUNIÓN |
|---|---------------------------|--|-----------------------|
| FAMILIA | CÍRCULO DE LOS DERECHOS | LUIS FERNANDO PICO V. (LÍDER) IVONNE L. SÁENZ RANGEL FERNANDO A. TOSCANO ADOLFO SERRANO HERRERA | MIÉRCOLES 10 A 11 AM |
| DIRECCIÓN | EL COMANDO | HERNANDO CORZO JAIMES LUZ STELLA PEÑALOZA REBECA INÉS CASTELLANOS (LÍDER) GENNY M. RÍOS C. TRINIDAD GALVIS DE OJEDA | MIÉRCOLES DE 8 A 9 AM |
| SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN, Y VIGILANCIA DE LA CONDUCTA OFICIAL | VIGILANCIA ADMINISTRATIVA | NIDIA CONSUELO JAIMES BARRERA (LÍDER) JAINE ESTHER TOVAR EDER A. FERNÁNDEZ SILVA MARGARET L. CASTRO MARTÍNEZ | VIERNES 8 AM |
| GESTIÓN TALENTO HUMANO Y GESTIÓN DOCUMENTAL | CALIDOSCOPIO | ROSENDO RODRÍGUEZ LÓPEZ (LÍDER) FLOR ALBA FRANCO LUZ HERMINDA MOLINA RAQUEL DÍAZ RODRÍGUEZ ANNY JULIETH REINA SANDRA DURAN GUZMÁN ESPERANZA AYALA JHONNY BEJARANO R. | JUEVES 7:30 A 8:30 AM |
| GESTIÓN DOCUMENTAL | DOCUMENTAL | LUZ HERMINDA | JUEVES 10 A 12 M |
| DERECHOS HUMANOS | CÍRCULO DE LOS DERECHOS | RUBIELA JAIMES MATEUS (LÍDER) LINA LUCIA LUNA GÓMEZ EDWARD FABIÁN ROA FERNANDO RODRÍGUEZ ÁLVARO TORRES HUMBERTO QUINTERO | MARTES DE 8 A 9 AM |

Fuente: Autoras

Cada círculo de calidad se realizaba con el fin de que cada grupo manifestara su opinión y criterio en cada una de las creaciones, actualizaciones de los documentos y procedimientos de cada proceso, además de dejar claro responsabilidades y compromisos con las actividades desarrolladas del mismo. Creando así un formato ACTA DE CÍRCULO DE CALIDAD (Ver Anexo N) compuesto por:

- Objetivo de la Reunión
- Asistentes
- Agenda del Día
- Principales Temas Tratados
- Seguimiento de Compromisos
- Nuevos Compromisos

11.1.3. Diagnóstico final

El diagnóstico final se realizó aplicando nuevamente la encuesta que se presentó en la actualización del diagnóstico inicial del sistema de gestión de calidad, evaluando nuevamente cada uno de los capítulos estipulados por la norma, mostrando así los siguientes resultados que se presentan a continuación:

12. RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO FINAL

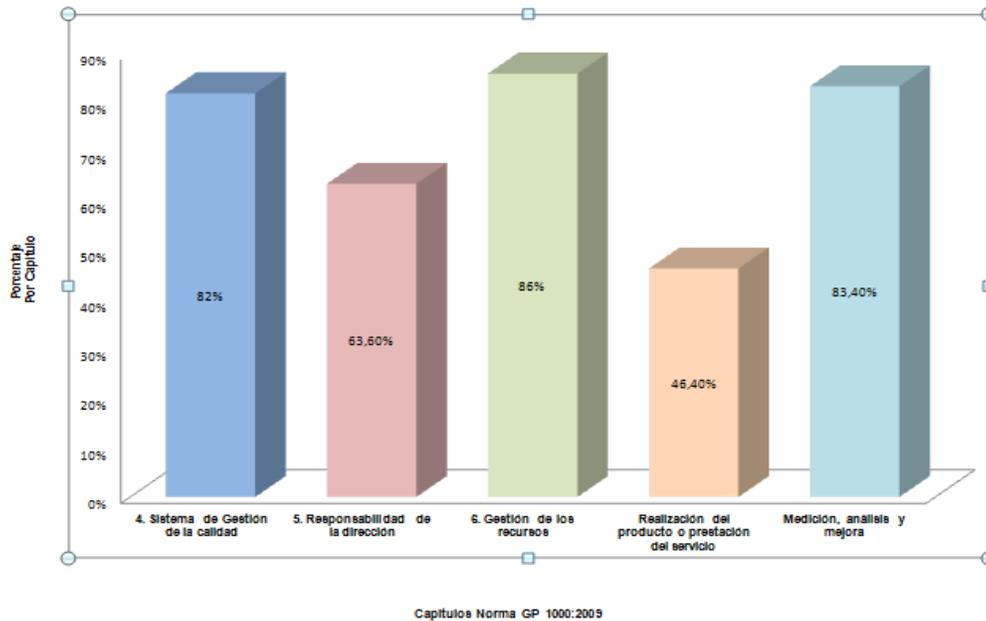
Según la pagina 31 donde se mostraron los resultados que arrojó el diagnóstico inicial a continuación se presenta un cuadro comparativo que muestra el avance que se logró gracias a la implementación de SGC de la NTC GP1000: 2009 obteniendo como resultado final del Total del Sistema como valor cualitativo SATISFACTORIO y con un porcentaje del 72.2%.

Cuadro 18. Cuadro Comparativo SGC

| CUADRO COMPARATIVO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD GP 1000:2009 | | | | |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| NUMERAL DE LA NORMA | REQUISITO | VALOR PORCENTUAL INICIAL | VALOR PORCENTUAL FINAL | VALOR CUALITATIVO FINAL |
| 4 | Sistema de Gestión de la calidad | 53,8% | 82% | ADECUADO |
| 5 | Responsabilidad de la dirección | 42,8 % | 63.6% | SATISFACTORIO |
| 6. | Gestión de los recursos | 70,8 % | 86% | ADECUADO |
| 7 | Realización del producto o prestación del servicio | 35 % | 46.4 % | DEFICIENTE |
| 8 | Medición, análisis y mejora | 26 % | 83.4% | ADECUADO |
| TOTAL DEL SISTEMA | | 45,6 % | 72.2% | SATISFACTORIO |

Fuente: Autoras

Gráfica 7. Resultados del Diagnóstico Final del S.G.C por capítulos según los requerimientos de la NTC GP 1000:2009



Fuente: Autoras

- **Capítulo 4 Sistema de Gestión de Calidad**

En Comparación al diagnóstico inicial, aumentó su calificación de DEFICIENTE a un nivel ADECUADO ya que se logró diseñar la política de calidad, objetivos, procedimientos y manual de calidad requerido por la NTC GP1000:2009; Pero a su vez presenta una No Conformidad Menor ya que no se muestra el control llevado al registro de evaluación de desempeño laboral, no se evidencia soportes de las capacitaciones y las actas de comité no presentan firmas.

- **Capítulo 5 Responsabilidad de la Dirección**

Presenta una calificación 3,18 (63,18%) donde mantiene una No Conformidad menor, ya que no se lleva a cabo la revisión por la dirección, la inclusión de todas las decisiones y acciones relacionadas con la mejora del producto y/o servicio en

relación con los requisitos del cliente y las necesidades de recursos, además la alta dirección no asegura de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la entidad y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia, la eficiencia y la efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad.

- **Capítulo 6 Gestión de Recursos**

Continua siendo el requisito mejor calificado en las encuestas con una calificación de 4,3 (86%) presentando una No Conformidad Menor, ya que la organización no mantiene los registros apropiados de la formación y experiencia de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas. También es de resaltar que la Personería Municipal de Bucaramanga proporciona y mantiene una excelente infraestructura que le permite la prestación de sus servicios al tiempo que ofrece un ambiente de trabajo que incluye factores físicos, ambientales y condiciones de salud ocupacional favorables para el desarrollo del requisito de la Norma.

- **Capítulo 7 Realización del Producto o Prestación del Servicio**

Persiste la DEFICIENCIA puesto que continua presentando no conformidades, aunque obtuvo una pequeña mejora en la calificación pasando de 1,75 a 2,32 (46.4%). La entidad no lleva a cabo la prestación del servicio bajo condiciones controladas (No se mantiene registro de los usuarios atendidos), además no está revisando los requisitos relacionados con el producto y/o servicio y no cuenta con actualización en el Manual de contratación a la normatividad legal vigente ley 1474 de julio 12 de 2011.

Como también falto compromiso por parte de la dirección, que sustentaba no tener tiempo y ponía como responsable a su secretaria la cual no tenía la suficiente información para realizar estas actividades. Después de un tiempo la dirección

- **Capítulo 8 Medición Análisis y Mejora**

Mejóro significativamente pasando de 1,30 a 4,17 (84.4%), siendo 5 la mayor calificación, ya que en la Personería se pudieron implementar los respectivos procedimientos de acción correctiva, preventiva, Auditoría interna, seguimiento y medición de procesos y servicios, además de empezar a realizar las diferentes encuestas de satisfacción a cada uno de los usuarios. A pesar de esto no alcanza la calificación del 100% debido a que el Sistema Integrado de Gestión de calidad aun es un sistema reciente y ello hace que no se obtenga el análisis de los indicadores de gestión totalmente ajustado.

13. CONCLUSIONES

- Teniendo como base la NTC GP 1000:2009 se realizó el diagnóstico inicial que es el responsable de reconocer las diferencias entre lo que existe en la Personería de Bucaramanga y lo que debe tener frente a los requisitos de la norma, por medio de esta fase se detectó la necesidad de documentar e implementar el Sistema de Gestión de Calidad contribuyendo de esta manera al logro de los objetivos propuestos para el año 2011.
- Gracias a la planificación del sistema se logró orientar a la personería de Bucaramanga en el desarrollo del modelo de gestión basado en procesos así como el fortalecimiento de la infraestructura administrativa y física.
- La capacitación juega un papel importante durante la implementación y la formación del personal ya que se desarrollan nuevos conocimientos, interés y comprensión, lo que facilita el proceso de implementación y un aumento tanto de competencia como del desarrollo humano de los empleados. En la Personería de Bucaramanga se capacitó al personal en cada una de las etapas del SGC, estos temas hacían referencia a introducción al SGC, fundamentos SGC, planificación SGC, Reporte de no conformidades y mejoramiento continuo. Durante las capacitaciones se observó gran interés y participación por parte del personal asistente. Como resultado de estas capacitaciones se observó que el personal comenzó a hacer parte de las actividades generadas por el sistema y aumentar su compromiso por el diligenciamiento de los registros, ya que al principio no existía una cultura y se debía estar en constante revisión y verificación de los procedimientos.

- En la Personería de Bucaramanga se crearon y adecuaron documentos donde se puede registrar la información necesaria para facilitar su comprensión. De acuerdo a la NTC GP 1000:2009 se crearon 6 procedimientos obligatorios por la norma como también 36 procedimientos establecidos por la empresa. Estos documentos junto con los 2 instructivos, 3 manuales, 1 guía, 3 actas y 52 formatos facilitaron el entendimiento de la norma generando credibilidad de los usuarios y facilitando el acceso a la información cuando se requiera.
- La auditoría interna se realizó satisfactoriamente ya que permitió elaborar acciones correctivas y preventivas, con el fin de eliminar las no conformidades encontradas, garantizando de esta manera el cumplimiento de los requisitos de la norma, proporcionando un mayor control y como resultado un mejor servicio.
- Los indicadores realizados son una herramienta eficaz para la evaluación y seguimiento de los procesos a cargo de los funcionarios de la Personería de Bucaramanga, el análisis de estos permite determinar que tan alejado o cerca se encuentran los procesos de alcanzar las metas establecidas permitiendo tomar acciones de mejora.
- Al terminar la implementación del Sistema de Gestión de Calidad el diagnóstico final arrojó un 72.2% en el avance de los procesos, quedando pendiente un 27.8% el cual se cumplirá al momento de la certificación.
- Aún sigue persistiendo una deficiencia en cuanto a la realización del producto o prestación del servicio ya que los empleados no han mantenido como se había acordado registros de los usuarios atendidos.

- Gracias a este proyecto, al equipo de asesores y a todo el personal de la Personería de Bucaramanga que con sus conocimientos y esfuerzos constantes logró la certificación de la NTCGP 1000:2009 en esta entidad pública.

14. RECOMENDACIONES

- Profundizar en la revisión por la dirección, para que se mejore su enfoque crítico en el análisis de la información de entrada que facilite la identificación de acciones de mejoramiento de impacto para los procesos, el sistema y el servicio.
- El personal de la Personería de Bucaramanga debe tener una cultura de análisis de indicadores ya que este permite realizar acciones correctivas y preventivas basadas en hechos y seguimiento de los procesos de la Personería.
- Bajo las fortalezas y condiciones que tiene la Personería de Bucaramanga actualmente, se recomienda continuar con el proceso de implementación del Sistema de Gestión de Calidad, cumpliendo con los requisitos que quedaron pendientes al finalizar el proyecto, para lograr la certificación NTC GP1000:2009 planeada para el mes de Febrero, manteniendo la constancia en cuanto al seguimiento a los procesos, auditorías internas y revisiones por la dirección.
- Es importante revisar y actualizar periódicamente los documentos que soportan el Sistema de Gestión de Calidad, así como los procesos de la organización con el propósito de verificar que estos funcionan correctamente, y poder continuar con el proceso de mejora continua.
- Se recomienda a la Personería de Bucaramanga suministrar, mantener y programar los recursos necesarios (Financieros, Personal, infraestructura, etc.) para asegurar el mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad.

- Es importante que los directivos de la entidad mantengan el sistema de gestión de calidad no solo para obtener la certificación, si no con la finalidad de ofrecer un mejor servicio cada día a los usuarios.
- Se recomienda utilizar la plantilla de registro de usuarios atendidos que se dejó instalada en cada computador de la Personería de Bucaramanga para así llevar un control de cada uno de los usuarios que se atienden.

BIBLIOGRAFÍA

- CRIADO GARCÍA, Fernando y VÁZQUEZ SÁNCHEZ Legaz, Adolfo. Manual de calidad en la gestión: aplicaciones al ámbito universitario, Editorial Universidad de Sevilla secretariado de publicaciones 1999.
- DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Red Universitario Extensión en Calidad, Guía de diseño para la implementación del sistema de gestión de la calidad. Bogotá D.C (NTC GP 1000-2009)
- SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA TÉCNICA PARA LA GESTIÓN PÚBLICA Guía de diseño para Implementar el NTC GP 1000:2004, Bogotá, D.C. Junio de 2007
- HOYOS TORRES, William. La Ingeniería Industrial aplicada a la calidad de las empresas. Primera Edición. Bucaramanga, 2006, Universidad Pontificia Bolivariana.
- K. H. Spencer Pickett. Manual básico de auditoría interna, Editorial accid.
- PICKETT, K. H. Spencer. Manual básico de auditoría interna. gestión 2000, ACCID
- SANTAMARÍA OLARTE, Sonia Johana y VARGAS JIMENEZ, Clara Maria. Diseño, Documentación e Implementación del Sistema de Gestión de Calidad para el Hospital Universitario de Santander. Tesis (Ingeniero Industrial). Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga. Facultad de ingeniería industrial. (NTC GP 1000:2004)

WEBGRAFÍA

- PERSONERÍA DE BUCARAMANGA. Reseña Histórica [En línea]. Disponible en: <http://www.personeriabucaramanga.gov.co/personeria/index.php#superior> [Recuperado el 3 de junio de 2011]
- PERSONERÍA DE BUCARAMANGA. Introducción [En línea]. Disponible en: <http://personeriabucaramanga.gov.co/personeria/index.php#superior> [Recuperado el 3 de junio de 2011]
- PERSONERÍA DE BOGOTÁ. Certificación NTCGP 1000:2009 [En línea]. Disponible en: <http://www.personeriabogota.gov.co/?idcategoria=4352> [Recuperado el 3 de junio de 2011]
- PERSONERÍA DE SANTIAGO DE CALI. Certificación NTCGP 1000:2009 [En línea]. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-9122008> [Recuperado el 3 de junio de 2011]
- PERSONERÍA DE MEDELLÍN. Certificación NTCGP 1000:2009 [En línea]. Disponible en: <http://www.personeriamedellin.gov.co/boletines/item/153-icontec-ratifica-certificaciones-de-calidad-de-la-personer%C3%ADa-de-medell%C3%ADn.html> [Citado el 3 de junio de 2011]
- PERSONERÍA DE BUCARAMANGA. Certificación NTCGP 1000:2009 [En línea]. Disponible en: <http://www.personeriabucaramanga.gov.co/planeacion-institucional/sistema-de-gestion-de-calidad/13/introduccion/6> [Citado el 3 de junio de 2011]

- DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, Guía de Diagnostico para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en la Gestión Pública, Bogotá D.C. NTCGP 1000:2009 [En línea]. Disponible en: http://www.ufps.edu.co/ufpsnuevo/proyectos/meci/documentos/ntgc1000_marcolegal/guiadiagnostico.pdf [consultado el 4 de junio de 2011] 16-19 pág.
- ESTRATEGIAS GERENCIALES. Indicadores de gestión[En línea] Disponible en : <http://www.iue.edu.co/documents/emp/comoGerenciar.pdf> [Recuperado el 6 de junio de 2011]
- VAZQUEZ, Ana María. Ciclo PHVA [En línea] Disponible en : <http://www.estrucplan.com.ar/articulos/verarticulo.asp?idarticulo=180> [Recuperado el 6 de junio de 2011]

ANEXOS

Anexo A: Encuesta Para La Actualización Del Diagnóstico Del Sistema De Gestión De La Calidad

| Consecutivo General | consecutivo por Numeral | Numeral Norma | Afirmaciones | No Sabe | No se cumple | Se cumple insatisfactoriamente | Se cumple aceptablemente | Se cumple en alto grado | se cumple plenamente | EVIDENCIA | |
|---------------------|-------------------------|---------------|--|---------|--------------|--------------------------------|--------------------------|-------------------------|----------------------|-----------|------------|
| | | | | | | | | | | Verbal | Documental |
| | | 4 | SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | | | | | | | | |
| | | 4.1 | Requisitos Generales | | | | | | | | |
| 1 | 1 | a | Están identificados los procesos que le permiten a la entidad cumplir su misión (estratégicos, apoyo, misionales, de evaluación) | | | | | | | | |
| 2 | 2 | b | Se han determinado la secuencia e interrelación de esos procesos | | | | | | | | |
| 3 | 3 | C | Los métodos y criterios requeridos para asegurar la operación eficaz y eficiente y el control de los procesos ya están definidos | | | | | | | | |
| 4 | 4 | d | Hay disponibilidad de información y recursos para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos | | | | | | | | |
| 5 | 5 | e | Se realiza seguimiento y medición a los procesos | | | | | | | | |
| 6 | 6 | f | Se implementan las acciones necesarias para alcanzar lo planificado y la mejora continua a estos procesos | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|---|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 7 | 7 | g | Se han identificado y diseñado los puntos de control frente a los riesgos mas significativos | | | | | | | | | |
| 8 | 8 | | Se efectúa control sobre los procesos contratados externamente | | | | | | | | | |
| 9 | 9 | | En el control sobre procesos contratados a terceros se da cumplimiento a las disposiciones legales vigentes | | | | | | | | | |
| | | 4.2 | Gestión Documental | | | | | | | | | |
| | | 4.2.1 | Generalidades | | | | | | | | | |
| 10 | 1 | a | La política y los objetivos de calidad están documentados | | | | | | | | | |
| 11 | 2 | b | Existe un manual de calidad | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|---|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 12 | 3 | c | Se han elaborado los procedimientos documentados exigidos por esta norma (control de documentos, control de registros, control de producto no conforme, acciones correctivas, acciones preventivas, auditorias internas de calidad.) | | | | | | | | | |
| 13 | 4 | d | Se han elaborado otros documentos (manuales, procedimientos, instructivos, guías, protocolos) | | | | | | | | | |
| 14 | 5 | e | Se diligencian y se y conservan los registros exigidos por la NTCGP 1000 | | | | | | | | | |
| | | 4.2.2 | Manual de Calidad | | | | | | | | | |
| 15 | 1 | | Está documentado el Manual de la Calidad | | | | | | | | | |
| 16 | 2 | a | Incluye el alcance y las inclusiones | | | | | | | | | |
| 17 | 3 | b | Incluye los procedimientos documentados o hace referencia a los mismos | | | | | | | | | |
| 18 | 4 | c | Incluye la secuencia e integración de los procesos | | | | | | | | | |
| | | 4.2.3 | Control de Documentos | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|---|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 19 | 1 | a | Existe un procedimiento documentado que incluya la aprobación de los documentos para verificar la suficiencia antes de la edición. | | | | | | | | | |
| 20 | 2 | b | Existe un procedimiento documentado que incluya la revisión, actualización y re aprobación de los documentos | | | | | | | | | |
| 21 | 3 | c | Existe un procedimiento documentado que incluya la identificación de los cambios y la revisión vigente | | | | | | | | | |
| 22 | 4 | d | Existe un procedimiento documentado que incluya la disponibilidad en los puntos de uso de las versiones pertinentes de la documentación aplicable | | | | | | | | | |
| 23 | 5 | e | Existe un procedimiento documentado que incluya los mecanismos para asegurar la legibilidad y la fácil identificación de los documentos | | | | | | | | | |
| 24 | 6 | f | Existe un procedimiento documentado que incluya mecanismos para asegurar la identificación de los documentos externos y el control de su distribución | | | | | | | | | |
| 25 | 7 | g | Existe un procedimiento documentado que incluya la prevención contra el uso no adecuado de los documentos, obsoletos y la identificación de aquellos que se conservan | | | | | | | | | |
| 26 | 8 | h | Se han identificado e implementado las disposiciones legales que le sean aplicables a la entidad sobre el control de los documentos (ley de archivos) | | | | | | | | | |
| | | 4.2.4 | Control de Registros | | | | | | | | | |
| 27 | 1 | | Los registros proporcionan evidencia de la conformidad, eficiencia, eficacia y efectividad del sistema de gestión de calidad | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|---|-----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 29 | 3 | | Se han identificado e implementado las disposiciones legales que les sean aplicables a la entidad sobre el control de los registros (ley de archivos) | | | | | | | | | |
| | | 5 | Responsabilidad de la Dirección | | | | | | | | | |
| | | 5.1 | Compromiso de la Dirección | | | | | | | | | |
| 30 | 1 | a | la dirección comunica a la organización la importancia de satisfacer los requisitos de los clientes, los legales y los reglamentarios | | | | | | | | | |
| 31 | 2 | b | Se ha establecido la política de calidad | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|---|------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 32 | 3 | c | Se han establecido los objetivos de la calidad | | | | | | | | | |
| 33 | 4 | d | Se han realizado las revisiones por la dirección | | | | | | | | | |
| 34 | 5 | e | Existe disponibilidad de recursos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad | | | | | | | | | |
| | | 5.2 | Enfoque hacia el cliente | | | | | | | | | |
| 35 | 1 | | Se determinan y cumplen los requisitos del cliente para lograr su satisfacción | | | | | | | | | |
| 36 | 2 | | Los clientes están debidamente informados sobre la gestión de la entidad | | | | | | | | | |
| 37 | 3 | | Existen mecanismos para conocer el nivel de satisfacción del cliente | | | | | | | | | |
| 38 | 4 | | Se rinden cuentas de manera regular a la comunidad y organismos de control | | | | | | | | | |
| | | 5.3 | Política de calidad | | | | | | | | | |
| 39 | 1 | a | Es adecuada a la misión de la entidad | | | | | | | | | |
| 40 | 2 | b | Es coherente con el plan de desarrollo, los planes sectoriales y de desarrollo administrativo, el sistema de control interno y los planes estratégicos establecidos | | | | | | | | | |
| 41 | 3 | c | Incluye el compromiso de satisfacer los requisitos y de la mejora continua de la eficacia, la eficiencia y la efectividad del sistema de gestión de la calidad | | | | | | | | | |
| 42 | 4 | d | Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad | | | | | | | | | |
| 43 | 5 | e | Es comunicada y entendida por los servicios públicos y / o particulares que ejercen funciones públicas dentro de la entidad | | | | | | | | | |
| 44 | 6 | f | Se revisa para adecuación continua | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|---|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 5.4 | Planificación | | | | | | | | | |
| | | 5.4.1 | Objetivos de la calidad | | | | | | | | | |
| 45 | 1 | | Se han establecido objetivos de la calidad para las funciones y niveles pertinentes de la organización | | | | | | | | | |
| 46 | 2 | | Incluyen compromisos para cumplir los requisitos del producto y / o servicio | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----|---|--------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 47 | 3 | | Los objetivos de la calidad son mensurables y consistentes con la política de la calidad | | | | | | | | |
| 48 | 4 | | En la formulación reobjetivos de la calidad se ha dado consideración al marco legal que circunscribe a la entidad. | | | | | | | | |
| 49 | 5 | | En la formulación de objetivos de calidad se han considerado los recursos humanos, financieros y operacionales con los que cuenta la entidad. | | | | | | | | |
| | | 5.4.2 | Planificación del sistema de gestión de la calidad | | | | | | | | |
| 50 | 1 | a | Se ha establecido en la planificación de la calidad el cumplimiento al requisito 4,1 de la norma NTC GP 1000:2004 | | | | | | | | |
| 51 | 2 | b | Se ha establecido en la comunicación de la calidad la manera para cumplir los objetivos de la calidad | | | | | | | | |
| 52 | 3 | | Se ha establecido en la planificación de la calidad cómo mantener la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planifican e implementan cambios a este. | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----|---|--------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 5.5 | Responsabilidad, autoridad y comunicación | | | | | | | | |
| | | 5.5.1 | Responsabilidad y autoridad | | | | | | | | |
| 53 | 1 | | Están definidas dentro de la organización las responsabilidades y autoridades. | | | | | | | | |
| 54 | 2 | | Han sido comunicadas dentro de la organización las responsabilidades y autoridades | | | | | | | | |
| | | 5.5.2 | Representante de la dirección | | | | | | | | |
| 55 | 1 | | Esta designado formalmente ante la organización | | | | | | | | |
| 56 | 2 | | Es un miembro de la dirección | | | | | | | | |
| 57 | 3 | a | Se le han definido responsabilidades y tiene la autoridad para asegurar que se establezcan, implementen y se mantengan los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 58 | 4 | b | Se le han definido responsabilidades y tiene la autoridad para informar a la dirección sobre el desempeño de sistema de gestión de la calidad y de cualquier necesidad de mejora | | | | | | | | | |
| 59 | 5 | c | Se le han definido responsabilidades y tiene la autoridad para asegurar que se promueva la toma de conciencia de los requisitos de los clientes en todos los niveles de la organización | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|---|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 63 | 3 | | Se incluye en la revisión la evaluación de las oportunidades de mejora | | | | | | | | | |
| 64 | 4 | | Se incluye en la revisión la evaluación de la necesidad de realizar cambios al sistema de gestión de la calidad incluyendo la política y los objetivos de la calidad | | | | | | | | | |
| 65 | 5 | | Se mantiene registros de las revisiones por la dirección | | | | | | | | | |
| | | 5.6.2 | Información para la revisión | | | | | | | | | |
| 66 | 1 | a | Se analizan en la revisión los resultados de las auditorias | | | | | | | | | |
| 67 | 2 | b | Se analiza en la revisión los resultados de la retroalimentación de los clientes | | | | | | | | | |
| 68 | 3 | c | Se consideran en la revisión los indicadores del desempeño de los procesos y conformidad del producto y/o servicio | | | | | | | | | |
| 69 | 4 | d | Se considera en la revisión el estado de las acciones correctivas y preventivas | | | | | | | | | |
| 70 | 5 | e | Se consideran en la revisión las acciones de seguimiento de revisiones anteriores | | | | | | | | | |
| 71 | 6 | f | Se consideran en la revisión en la revisión los cambios planificados que afectarían al sistema de gestión de la calidad | | | | | | | | | |
| 72 | 7 | g | Se consideran las recomendaciones para la mejora | | | | | | | | | |
| 73 | 8 | h | Se consideran en la revisión los riesgos actualizados e identificados para la entidad | | | | | | | | | |
| | | 5.6.3 | Resultados de la revisión | | | | | | | | | |
| 74 | 1 | a | Los resultados de cada revisión incluyen decisiones sobre la mejora de la eficacia del sistema de gestión de calidad y sus procesos | | | | | | | | | |
| 75 | 2 | b | Los resultados de cada revisión incluyen decisiones sobre la | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|---|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | mejora del producto con relación a los requisitos del cliente | | | | | | | | | |
| 76 | 3 | c | Los resultados de cada revisión incluyen decisiones sobre las necesidades de recursos | | | | | | | | | |
| | | 6 | Gestión de los Recursos | | | | | | | | | |
| | | 6.2 | Talento Humano | | | | | | | | | |
| | | 6.2.1 | Generalidades | | | | | | | | | |
| 77 | 1 | | Los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas son competentes de acuerdo con la educación, formación, habilidades y experiencia | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|---|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 6.2.2. | Competencia, toma de conciencia y formación | | | | | | | | | |
| 78 | 1 | a | Se determinan las competencias necesarias para los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas o que realizan trabajos que afectan la calidad del producto y/o servicio | | | | | | | | | |
| 79 | 2 | b | Se proporciona la formación o se toman acciones para satisfacer esas necesidades | | | | | | | | | |
| 80 | 3 | c | Se evalúan las acciones tomadas, en términos del impacto en la eficacia, eficiencia o efectividad del sistema de gestión de la calidad de la entidad. | | | | | | | | | |
| 81 | 4 | d | Se concientiza a los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas, de la pertinencia e importancia de sus actividades y como ellos contribuyen a la consecución de los objetivos de calidad. | | | | | | | | | |
| 82 | 5 | e | Se tienen registros de la educación, formación, habilidades y experiencia de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas. | | | | | | | | | |
| | | 6.3 | Infraestructura | | | | | | | | | |
| 83 | 1 | | Se ha determinado cuál es la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio. | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|---|------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 84 | 2 | | Incluye la infraestructura edificios, espacio de trabajo, servicios asociados (comunicaciones, transporte, vigilancia y otros), equipos hardware y software, que se requieren para lograr la conformidad de los requisitos del producto y/o servicio. | | | | | | | | | |
| 85 | 3 | | Se hace mantenimiento a la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio. | | | | | | | | | |
| | | 6.4 | Ambiente de trabajo | | | | | | | | | |
| 86 | 1 | | Se identifican las condiciones del ambiente de trabajo necesarias para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio | | | | | | | | | |
| 87 | 2 | | Se gestionan las condiciones del ambiente de trabajo necesarias para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio. | | | | | | | | | |
| | | 7 | Realización del producto o prestación del servicio | | | | | | | | | |
| | | 7.1 | Planificación de la realización del producto o prestación del servicio. | | | | | | | | | |
| 88 | 1 | | Están planificados los procesos necesarios para la realización del producto o la prestación del servicio (procesos misionales) | | | | | | | | | |
| 89 | 2 | | Los procesos misionales se desarrollan de acuerdo a lo planificado. | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|---|----------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 91 | 4 | a | La organización ha determinado los objetivos de calidad para el producto o servicio. | | | | | | | | | |
| 92 | 5 | b | La organización ha determinado la necesidad de establecer procesos documentados y proporciona recursos específicos para el producto y/o servicio | | | | | | | | | |
| 93 | 6 | c | La organización ha determinado las actividades de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayos específicos para el producto y/o servicio y los criterios para su aceptación. | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|---|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 94 | 7 | d | La organización ha determinado los registros necesarios para evidenciar que los procesos misionales y el producto y/o servicio cumplen con los requisitos. | | | | | | | | | |
| | | 7.2 | Procesos relacionados con los clientes | | | | | | | | | |
| | | 7.2.1 | Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio. | | | | | | | | | |
| 95 | 1 | a | La entidad ha determinado los requisitos del producto especificaciones por el cliente, incluyendo disponibilidad, entrega y apoyo. | | | | | | | | | |
| 96 | 2 | b | La entidad ha determinado los requisitos del producto no especificados por el cliente, pero necesarios para la utilización prevista o especificada. | | | | | | | | | |
| 97 | 3 | c | la entidad ha determinado los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto y/o servicio | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 98 | 4 | d | Se han determinado otros requisitos relacionados con el producto y/o servicio por parte de la entidad | | | | | | | | | |
| | | 7.2.2. | Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio | | | | | | | | | |
| 99 | 1 | | Se revisan y aseguran los requisitos relacionados con el producto y/o servicio antes que la entidad se comprometa a proporcionarlos al cliente | | | | | | | | | |
| 100 | 2 | b | Se asegura la entidad que están resueltas las diferencias que pudieran existir entre los requisitos definidos y los expresados previamente por el cliente | | | | | | | | | |
| 101 | 3 | c | Se asegura la entidad que tiene la capacidad para cumplir con los requisitos requeridos | | | | | | | | | |
| 102 | 4 | | Se conservan registros de los resultados de la revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio y de las acciones que en esta revisión se originen | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 103 | 5 | | Cuando hay cambios en los requisitos, se modifica la documentación y se asegura que los servidores públicos y/o particulares que ejerzan funciones públicas correspondientes sean conscientes de estas modificaciones | | | | | | | | |
| | | 7.2.3 | Comunicación con los clientes | | | | | | | | |
| 104 | 1 | a | Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a la información sobre el producto y/o servicio | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 105 | 2 | b | Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a las consultas, contratos, solicitudes y modificaciones (antes de la prestación del servicio) | | | | | | | | |
| 106 | 3 | c | Se han determinado e implementado disposición eficaz para la comunicación con los clientes relativa a la retroalimentación, incluyendo reclamaciones, quejas, percepciones y sugerencias. (posterior a la prestación del servicio) | | | | | | | | |
| 107 | 4 | d | Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a la participación ciudadana | | | | | | | | |
| | | 7.3 | Diseño y desarrollo | | | | | | | | |
| | | 7.3.1 | Planificación del diseño y desarrollo | | | | | | | | |
| 108 | 1 | | Se planifica el diseño y desarrollo del producto y/o servicio | | | | | | | | |
| 109 | 2 | | Se controla el diseño y desarrollo del producto y/o servicio | | | | | | | | |
| 110 | 3 | a | Se determinan las etapas del diseño y desarrollo | | | | | | | | |
| 117 | 3 | b | Se incluyen los requisitos legales y reglamentarios en las entradas al diseño y desarrollo | | | | | | | | |
| 118 | 4 | c | Se incluye la información aplicable de diseños similares en las entradas al diseño y desarrollo | | | | | | | | |
| 119 | 5 | d | Se incluyen los requisitos esenciales en las entradas al diseño y desarrollo | | | | | | | | |
| 120 | 6 | | Se revisa la adecuación de los elementos de entradas del diseño y desarrollo | | | | | | | | |
| 121 | 7 | | Los requisitos de entrada del diseño y desarrollo se | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|------------|----------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | presentan completos, libres de ambigüedades y sin contradicciones | | | | | | | | |
| | | 7.3.3 | Resultados del diseño y desarrollo | | | | | | | | |
| 122 | 1 | | Se proporcionan los resultados del diseño y desarrollo de forma tal que permitan la verificación respecto a los elementos de entrada para el diseño y desarrollo | | | | | | | | |
| 123 | 2 | | Se aprueban los resultados del diseño y desarrollo antes de su aceptación | | | | | | | | |
| 124 | 3 | a | Los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de entrada | | | | | | | | |
| 125 | 4 | b | Los resultados del diseño y desarrollo proporcionan información apropiada para la adquisición de bienes y servicios y para la producción y prestación del servicio | | | | | | | | |
| 126 | 5 | c | Los resultados del diseño y desarrollo contienen o hacen referencia a los criterios de aceptación del producto y/o servicio | | | | | | | | |
| 127 | 6 | d | Los resultados del diseño y desarrollo especifican las características esenciales para el uso seguro y correcto del producto y/o servicio | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|------------|----------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 7.3.4 | Revisión del diseño y desarrollo | | | | | | | | |
| 128 | 1 | | Se realizan revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo según lo planificado | | | | | | | | |
| 129 | 2 | a | En estas revisiones se evalúa la capacidad de los resultados del diseño para cumplir los requisitos | | | | | | | | |
| 130 | 3 | b | En estas revisiones se identifican problemas y se proporcionan acciones para resolverlos | | | | | | | | |
| 131 | 4 | | En estas revisiones participan representantes de las áreas o procesos interesados en la etapa que se está revisando. | | | | | | | | |
| 132 | 5 | | Se conservan registros de los resultados de la revisión del diseño y desarrollo y de las acciones que en esta revisión se originen | | | | | | | | |
| | | 7.3.5 | Verificación del diseño y desarrollo | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 133 | 1 | | Se realizan verificaciones sistemáticas del diseño y desarrollo según lo planificado | | | | | | | | |
| 134 | 2 | | En estas verificaciones se asegura que los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo | | | | | | | | |
| 135 | 3 | | Se registran los resultados de la verificación y las acciones derivadas de la misma | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 7.3.4 | Revisión del diseño y desarrollo | | | | | | | | |
| 128 | 1 | | Se realizan revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo según lo planificado | | | | | | | | |
| 129 | 2 | a | En estas revisiones se evalúa la capacidad de los resultados del diseño para cumplir los requisitos | | | | | | | | |
| 130 | 3 | b | En estas revisiones se identifican problemas y se proporcionan acciones para resolverlos | | | | | | | | |
| 131 | 4 | | En estas revisiones participan representantes de las áreas o procesos interesados en la etapa que se está revisando. | | | | | | | | |
| 132 | 5 | | Se conservan registros de los resultados de la revisión del diseño y desarrollo y de las acciones que en esta revisión se originen | | | | | | | | |
| | | 7.3.5 | Verificación del diseño y desarrollo | | | | | | | | |
| 133 | 1 | | Se realizan verificaciones sistemáticas del diseño y desarrollo según lo planificado | | | | | | | | |
| 134 | 2 | | En estas verificaciones se asegura que los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo | | | | | | | | |
| 135 | 3 | | Se registran los resultados de la verificación y las acciones derivadas de la misma | | | | | | | | |
| | | 7.3.6 | Validación del diseño y desarrollo | | | | | | | | |
| 136 | 4 | | Se realiza validación sistemática del diseño y desarrollo según lo planificado | | | | | | | | |
| 137 | 5 | | En esta validación se confirma que el producto y/o servicio es capaz de cumplir con los requisitos de uso o la aplicación especificada | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----|----|--------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 144 | 5 | | Se registran los resultados de las revisiones de los cambios y de las acciones que de ellas se derivan | | | | | | | | | | |
| | | 7.4 | Adquisición de bienes y servicios | | | | | | | | | | |
| | | 7.4.1 | Proceso de adquisición de bienes y servicios | | | | | | | | | | |
| 145 | 1 | | Se asegura la entidad que el producto y/o servicio adquirido cumple los requisitos especificados en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables | | | | | | | | | | |
| 146 | 2 | | Se establecen controles a los proveedores y a los productos y/o servicios adquiridos en función del impacto de los mismos sobre la realización del producto o prestación del servicio de la entidad | | | | | | | | | | |
| 147 | 3 | | Se evalúa a los proveedores para su selección, con base en la selección objetiva (la escogencia se hace al ofrecimiento más favorable a la entidad y a los fines que ella busca, sin tener en consideración factores de afecto o de interés o de motivación subjetiva) | | | | | | | | | | |
| 148 | 4 | | Se evalúa a los proveedores para su selección en función de su capacidad para suministrar productos y/o servicios de acuerdo con los requisitos definidos previamente por la entidad | | | | | | | | | | |
| 149 | 5 | | Están definidos los criterios de selección de los proveedores | | | | | | | | | | |
| 150 | 6 | | Están definidos los criterios de evaluación y reevaluación de los proveedores | | | | | | | | | | |
| 151 | 7 | | Se registran los resultados de las evaluaciones y las acciones complementarias que de ellas se derivan | | | | | | | | | | |
| 152 | 8 | | Existe un plan de compras adoptado por la organización? | | | | | | | | | | |
| 153 | 9 | | Los proveedores se encuentra debidamente inscritos en el registro de proponentes | | | | | | | | | | |
| 154 | 10 | | Los proveedores se encuentra debidamente inscritos en el CUBS (Catalogo Único de bienes y servicios) | | | | | | | | | | |
| 155 | 11 | | El proceso contractual se encuentra publicado en el sistema de información para la contratación estatal SICE | | | | | | | | | | |
| 156 | 12 | | El proceso contractual se reporta a la Cámara de Comercio | | | | | | | | | | |
| | | 7.4.2 | Información para la adquisición de bienes y servicios | | | | | | | | | | |
| 157 | 1 | | Se definen los requisitos para el producto y/o servicio a | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | comprar y los procedimientos, procesos y equipos asociados | | | | | | | | | |
| 158 | 2 | | Se definen los requisitos para la calificación del personal del proveedor o contratista | | | | | | | | | |
| 159 | 3 | | Se definen requisitos al proveedor o contratista de su sistema de gestión de la calidad | | | | | | | | | |
| 160 | 4 | | la entidad se asegura de la adecuación de los requisitos contenidos en los documentos de compras antes de comunicárselos al proveedor | | | | | | | | | |
| | | 7.4.3 | Verificación de los productos y/o servicios adquiridos | | | | | | | | | |
| 161 | 1 | | Están implementadas las actividades para la verificación del producto comprado respecto al cumplimiento de las especificaciones | | | | | | | | | |
| 162 | 2 | | Si la entidad o su cliente se propone verificar en las instalaciones del proveedor, el producto comprado, están definidas en los documentos de compra las disposiciones aplicables a esa verificación y el método de aceptación del producto y/o servicio | | | | | | | | | |
| | | 7.5 | Producción y prestación del servicio | | | | | | | | | |
| | | 7.5.1 | Control de la Producción y prestación del servicio | | | | | | | | | |
| 163 | 1 | | Se planifican las condiciones controladas bajo las cuales se debe producir o prestar el servicio | | | | | | | | | |
| 164 | 2 | | la producción o prestación del servicio se lleva a cabo bajo estas condiciones controladas que han sido planificadas | | | | | | | | | |
| 165 | 3 | a | Las condiciones controladas incluyen información que especifica las características del producto y/o servicio (por ejemplo fichas técnicas, protocolos de servicio) | | | | | | | | | |
| 166 | 4 | b | Las condiciones controladas incluyen la disponibilidad de instrucciones de trabajo (por ejemplo: instructivos, guías, manuales, protocolos) | | | | | | | | | |
| 167 | 5 | c | Las condiciones controladas incluyen equipo apropiado para la producción o prestación del servicio | | | | | | | | | |
| 168 | 6 | d | Las condiciones controladas incluyen equipos para la medición y seguimiento | | | | | | | | | |
| 169 | 7 | e | Las condiciones controladas incluyen la implementación de actividades de seguimiento y medición | | | | | | | | | |
| 170 | 8 | f | Las condiciones controladas incluyen las actividades para la liberación y entrega, y posteriores a la entrega del producto | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | y/o servicio | | | | | | | | | |
| 171 | 9 | g | Las condiciones controladas incluyen los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia | | | | | | | | | |
| | | 7.5.2 | Validación de los procesos de la producción y la prestación del servicio | | | | | | | | | |
| 172 | 1 | | Se validan aquellos procesos de producción y de prestación del servicio donde los productos y/o servicios resultantes no pueden verificarse mediante actividades de seguimiento y medición posteriores (procesos especiales) | | | | | | | | | |
| 173 | 2 | | la validación demuestra la capacidad del proceso para alcanzar los resultados planificados | | | | | | | | | |
| 174 | 3 | | En la validación se incluye la calificación y aprobación de de procesos, equipos personas y métodos | | | | | | | | | |
| 175 | 4 | d | En la validación se incluye los requisitos para los registros | | | | | | | | | |
| 176 | 5 | e | En la validación se incluyen los requisitos para la revalidación | | | | | | | | | |
| | | 7.5.3 | Identificación y trazabilidad | | | | | | | | | |
| 177 | 1 | | Se identifica el producto a través de las etapas de producción y prestación del servicio | | | | | | | | | |
| 178 | 2 | | Se identifica el estado del producto con respecto a los requisitos de medición y seguimiento | | | | | | | | | |
| 179 | 3 | | Se controla y registra la identificación única de producto y/o servicio | | | | | | | | | |
| | | 7.5.4 | Propiedad del cliente(bienes suministrados para su utilización o incorporación dentro del producto y/o servicio | | | | | | | | | |
| 180 | 1 | | Se cuidan los bienes de los clientes suministrados a la organización | | | | | | | | | |
| 181 | 2 | | Se identifican, verifican, protegen y salvaguardan los bienes que son propiedad del cliente | | | | | | | | | |
| 182 | 3 | | Se informa al cliente cuando algún bien de su propiedad se pierde, deteriora o se estime inadecuado para el uso | | | | | | | | | |
| 183 | 4 | | Se deja registro cuando algún bien de su propiedad se pierde, deteriora o se estime inadecuado para el uso | | | | | | | | | |
| | | 7.5.5 | Preservación del producto y/o servicio | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----|----|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 184 | 1 | | Se preserva la conformidad del producto y/o servicio hasta el destino previsto | | | | | | | | | | |
| 185 | 2 | | La preservación del producto y/o servicio incluye la identificación, el manejo, el embalaje, el almacenamiento y protección. | | | | | | | | | | |
| 186 | 3 | | La preservación del producto y/o servicio incluye también a las partes constitutivas del mismo | | | | | | | | | | |
| | | 7.6 | Control de los equipos de medición y seguimiento | | | | | | | | | | |
| 187 | 1 | | Se identifican las mediciones, el seguimiento y los equipos necesarios para proporcionar evidencia de conformidad del producto y/o servicio con los requisitos | | | | | | | | | | |
| 188 | 2 | | Se asegura la entidad de que el seguimiento y medición pueden realizarse (de que se dispone de la capacidad para hacerlo), de acuerdo a los requisitos establecidos | | | | | | | | | | |
| 189 | 3 | a | Para validar los resultados de la medición, se calibran o se verifican los equipos de medición contra patrones de medición trazables a patrones nacionales o internacionales | | | | | | | | | | |
| 190 | 4 | | Si no existen patrones de medición trazables a patrones nacionales o internacionales, la entidad se asegura de registrar la base utilizada para la calibración. | | | | | | | | | | |
| 191 | 5 | b | Cuando se detecta que un equipo de medición no tiene la capacidad de medición requerida, se le ajusta o reajusta según sea necesario | | | | | | | | | | |
| 192 | 6 | c | Los equipos de medición se identificaron para poder determinar su estado de calibración | | | | | | | | | | |
| 193 | 7 | d | Se protegen los equipos de medición contra ajustes que invaliden la calibración | | | | | | | | | | |
| 194 | 8 | e | Se protegen los equipos de medición contra daños y deterioro durante el manejo, mantenimiento y almacenamiento | | | | | | | | | | |
| 195 | 9 | | Se tienen los registros de las calibraciones o verificaciones de los equipos de medición | | | | | | | | | | |
| 196 | 10 | | Se evalúa la validez de los resultados de las mediciones anteriores, cuando se encuentra que un equipo no esta conforme con los requisitos | | | | | | | | | | |
| 197 | 11 | | Cuando se encuentra que un equipo de medición no está conforme con los requisitos, se toman las acciones | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----|----|--------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | apropiadas sobre el equipo y sobre cualquier producto y/o servicio afectado | | | | | | | | | |
| 198 | 12 | | Cuando se usa Software o programas informáticos para actividades de seguimiento y medición de los requisitos, la entidad confirma su capacidad para satisfacer la aplicación prevista | | | | | | | | | |
| 199 | 13 | | Esta confirmación metrológica de los programas informáticos se hace antes de iniciar su utilización y se confirma nuevamente cuando sea necesario | | | | | | | | | |
| | | 8 | Medición, análisis y mejora | | | | | | | | | |
| | | 8.1 | Generalidades | | | | | | | | | |
| 200 | 1 | | Están planificados los procesos de medición y seguimiento, análisis y mejora | | | | | | | | | |
| 201 | 2 | | Están implementados los procesos de medición y seguimiento, análisis y mejora | | | | | | | | | |
| 202 | 3 | a | Los procesos de medición, seguimiento, análisis, y mejora demuestran la conformidad del producto y/o servicio | | | | | | | | | |
| 203 | 4 | b | Los procesos de medición, seguimiento, análisis, y mejora aseguran la conformidad del sistema de gestión de la calidad | | | | | | | | | |
| 204 | 5 | c | Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora permiten la mejora continua de la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad | | | | | | | | | |
| 205 | 6 | | Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora comprenden la determinación de los métodos aplicables, incluidas las técnicas estadísticas y el alcance de su utilización | | | | | | | | | |
| | | 8.2 | Seguimiento y medición | | | | | | | | | |
| | | 8.2.1 | Satisfacción al cliente | | | | | | | | | |
| 206 | 1 | | Se hace seguimiento de la percepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la entidad | | | | | | | | | |
| 207 | 2 | | Se establecieron los métodos para obtener la información de la satisfacción del cliente | | | | | | | | | |
| | | 8.2.2 | Auditoría interna (de calidad) | | | | | | | | | |
| 208 | 1 | | Se llevan a cabo a intervalos planificados las auditorías internas al sistema de gestión de la calidad | | | | | | | | | |
| 209 | 2 | a | En las auditorías internas de calidad se determina si el | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----|----|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | sistema es conforme con la norma NTCGP 1000:2004, con las disposiciones planificadas y con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por la entidad | | | | | | | | | |
| 210 | 3 | b | En las auditorías internas de calidad se determina si el sistema de gestión de la calidad se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva. | | | | | | | | | |
| 211 | 4 | | Las auditorías internas de calidad se planifican y programan considerando el estado y la importancia de los procesos y las áreas por auditar. | | | | | | | | | |
| 212 | 5 | | Las auditorías internas de calidad se planifican y programan considerando los resultados de auditorías previas. | | | | | | | | | |
| 213 | 6 | | Se define el alcance, frecuencia y metodología de las auditorías internas de calidad. | | | | | | | | | |
| 214 | 7 | | Las auditorías internas de calidad las realiza personal independiente a las áreas auditadas, asegurando su objetividad e imparcialidad | | | | | | | | | |
| 215 | 8 | | Existe un procedimiento documentado que incluya la responsabilidad y requisitos para planificar y realizar las auditorías internas de calidad, registrar los resultados e informar de los mismos | | | | | | | | | |
| 216 | 9 | | La dirección responsable del área auditada adopta acciones correctivas sobre las deficiencias encontradas, sin demora injustificada | | | | | | | | | |
| 217 | 10 | | Las actividades de seguimiento a las auditorías incluyen la verificación de las acciones correctivas tomadas y el reporte del resultado de esta verificación | | | | | | | | | |
| 218 | 11 | | Se conservan registros de los resultados de las auditorías internas | | | | | | | | | |
| | | 8.2.3 | Seguimiento y medición de los procesos | | | | | | | | | |
| 219 | 1 | | Se aplica un sistema de evaluación apropiado para el seguimiento y cuando sea aplicable, para la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad | | | | | | | | | |
| 220 | 2 | | El sistema de evaluación demuestra la eficacia, la eficiencia y la efectividad | | | | | | | | | |
| 221 | 3 | | Se efectúan correcciones y se toman acciones correctivas, según sea conveniente, cuando no se alcanzan los | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | resultados planificados | | | | | | | | |
| 222 | 4 | | Se facilita a los clientes y a las partes interesadas, el seguimiento a los resultados de la evaluación | | | | | | | | |
| 223 | 5 | | Están disponibles los resultados pertinentes del sistema de e valuación y son difundidos de manera permanente a los clientes y partes interesadas a través de la pagina Web | | | | | | | | |
| | | 8.2.4 | Seguimiento y medición del producto y/o servicio | | | | | | | | |
| 224 | 1 | | Se mide y se hace seguimiento a las características del producto y/o servicio | | | | | | | | |
| 225 | 2 | | Se verifica el cumplimiento de los requisitos del producto y/o servicio | | | | | | | | |
| 226 | 3 | | Se hace el seguimiento y medición de las características del producto y/o servicio en etapas apropiadas, de acuerdo a como se planifico | | | | | | | | |
| 227 | 4 | | Se mantiene la evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación del producto y/o servicio | | | | | | | | |
| 228 | 5 | | Los registros que se mantienen, incluyen la autoridad responsable de la liberación del producto y/o servicio | | | | | | | | |
| 229 | 6 | | Se libera el producto únicamente cuando ha cumplido satisfactoriamente con las disposiciones planificadas | | | | | | | | |
| 230 | 7 | | Cuando se libera el producto sin que se hayan cumplido las disposiciones planificadas, se asegura su aprobación por una autoridad pertinente en la entidad o por el cliente | | | | | | | | |
| | | 8.3 | Control de producto y/o servicio no conforme | | | | | | | | |
| 231 | 1 | | Se identifica el producto y/o servicio no conforme para prevenir uso o entrega no internacional | | | | | | | | |
| 232 | 2 | | Se controla el producto y/o servicio no conforme para prevenir uso o entrega no internacional | | | | | | | | |
| 233 | 3 | | Se ha documentado un procedimiento que defina los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto y/o servicio no conforme | | | | | | | | |
| 234 | 4 | a.b.c | Se hace tratamiento de los productos y/o servicios no conformes mediante la definición de acciones para eliminar la no conformidad detectada o autorizar su uso bajo concesión ó definir acciones para impedir su uso o aplicación | | | | | | | | |
| 235 | 5 | | Cuando se autoriza el uso, aceptación bajo concesión de un | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | producto no conforme, esto lo hace un autoridad pertinente en la entidad o el cliente, cuando sea aplicable. | | | | | | | | | |
| 236 | 6 | | Se conservan registros de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluidas las concesiones. | | | | | | | | | |
| 237 | 7 | | Los productos corregidos se someten a una nueva verificación | | | | | | | | | |
| 238 | 8 | | Se adoptan acciones apropiadas, respecto a las consecuencias de la no conformidad detectada, cuando el producto está en uso o ya fue entregado. | | | | | | | | | |
| | | 8.4 | Análisis de datos | | | | | | | | | |
| 239 | 1 | | Se determina cuales son los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua | | | | | | | | | |
| 240 | 2 | | Se recopilan los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua. | | | | | | | | | |
| 241 | 3 | | Se analizan los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua | | | | | | | | | |
| 242 | 4 | | Se incluyen dentro de estos datos, los datos generados por el sistema de evaluación para el seguimiento y medición y los generados por otra fuente. | | | | | | | | | |
| 243 | 5 | a. | El análisis de datos proporciona información sobre la satisfacción del cliente | | | | | | | | | |
| 244 | 6 | b. | El análisis de datos proporciona información sobre la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio. | | | | | | | | | |
| 245 | 7 | c. | El análisis de datos proporciona información sobre las características y tendencias de los procesos y de los productos y/o servicios, incluyendo las oportunidades de tomar acciones preventivas | | | | | | | | | |
| 246 | 8 | d. | El análisis de datos proporciona información sobre los proveedores | | | | | | | | | |
| | | 8.5 | Mejora | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 8.5.1 | Mejora continua | | | | | | | | |
| 247 | 1 | | La mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad incluye aspectos tales como: la política de calidad, objetivos de calidad, resultados de auditorías internas de calidad, análisis de datos, sistemas de evaluación para seguimiento y medición, acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección. | | | | | | | | |
| | | 8.5.2 | Acciones correctivas | | | | | | | | |
| 248 | 1 | | Se eliminan las causas de las no conformidades para que no vuelvan a ocurrir | | | | | | | | |
| 249 | 2 | | Son apropiadas las acciones correctivas, a los efectos de las no conformidades encontradas | | | | | | | | |
| 250 | 3 | | Existe un procedimiento documentado que defina los requisitos para: identificar las no conformidades, determinar las causas, evaluar la toma de acciones, determinar e implementar la acción, registrar los resultados de la acción y revisar la acción tomada | | | | | | | | |
| 251 | 4 | | Se mantienen registros de las acciones correctivas tomadas y de sus resultados. | | | | | | | | |
| | | 8.5.3 | Acciones preventivas | | | | | | | | |
| 252 | 1 | | Se elimina las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. | | | | | | | | |
| 253 | 2 | | Son apropiadas las acciones preventivas, a los efectos de los problemas potenciales. | | | | | | | | |
| 254 | 3 | | Existe un procedimiento documentado que defina los requisitos para: identificar las no conformidades potenciales y sus causas, evaluar la necesidad de tomar acciones preventivas, determinar e implementar la acción, registrar los resultados de la acción y revisar la acción preventiva tomada. | | | | | | | | |
| 255 | 4 | | Se toman como base los mapas de riesgos para establecer acciones preventivas | | | | | | | | |
| 256 | 5 | | Se mantienen registros de las acciones preventivas tomadas y de sus resultados | | | | | | | | |

NOMBRE: _____

CEDULA: _____

FIRMA: _____

DEPENDENCIA: _____

Anexo B. Indicadores De Gestión



| | | |
|---|----------------------|---------------------------------|
| MANUAL DE INDICADORES DE GESTIÓN | Código | PMC - MI – 001 |
| | Versión | 1.0 |
| | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 |
| | Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 |
| Elaboró: Comité Operativo | | Aprobó: Comité Directivo |

| Procesos de Dirección | | | Procesos Misionales | | | | | |
|-----------------------|-------------------------------|--------------------|----------------------|----------------------------------|--------------------|--------------------------|--------------|-------------------------|
| Plan. Institucional | Comunicaciones e Imagen Inst. | Recursos Físicos | Atención al Usuario | Protección DD.HH | Ministerio Público | Evaluación y Vigilancia | Conciliación | Participación Ciudadana |
| 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 |
| Procesos de Apoyo | | | | Procesos de Evaluación y Control | | Total Indicadores | | |
| Gestión Financiera | Talento Humano | Gestión Documental | Gestión Contratación | Control Interno | Mejora Continua | | | |
| 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 | | | |
| | | | | | | 28 | | |

INDICADORES DE GESTIÓN

PROCESO PLANEACIÓN INSTITUCIONAL

| Hoja | Nombre del Indicador | Responsable de Medir | Responsable de Analizar | Frecuencia | Categoría |
|-------------|------------------------|--------------------------|-------------------------|------------|-----------|
| Ind 1 - PPI | Cumplimiento Objetivos | Asistente Administrativa | Personero Municipal | Anual | Eficacia |

| | | | | | |
|-------------|-------------------------------|---------------------------|--------------------|-------|----------|
| | Estratégicos | | | | |
| Ind 2 - PPI | Cumplimiento Planes de Acción | Profesional Universitario | Personero Delegado | Anual | Eficacia |

PROCESO COMUNICACIONES E IMAGEN INSTITUCIONAL

| Hoja | Nombre del Indicador | Responsable de Medir | Responsable de Analizar | Frecuencia | Categoría |
|-------------|-------------------------------------|---------------------------|-------------------------|------------|------------|
| Ind 3 - PCM | Inversión en Medios de Comunicación | Oficina de Comunicaciones | Personero Municipal | Mensual | Eficiencia |
| Ind 4 - PCM | Nivel de Percepción de la Comunidad | Oficina de Comunicaciones | Personero Municipal | Anual | Eficacia |

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS

| Hoja | Nombre del Indicador | Responsable de Medir | Responsable de Analizar | Frecuencia | Categoría |
|-------------|--------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------|------------|
| Ind 5 - PGR | Inversión en Mantenimiento | Auxiliar Administrativo | Secretario General | Anual | Eficiencia |
| Ind 6 - PGR | Valor del Activo Fijo | Auxiliar Administrativo | Secretario General | Anual | Eficiencia |
| Ind 7 - PGR | Cumplimiento Cronograma de Mto | Auxiliar Administrativo | Secretario General | Semestral | Eficacia |

PROCESO ATENCIÓN AL USUARIO

| Hoja | Nombre del Indicador | Responsable de Medir | Responsable de Analizar | Frecuencia | Categoría |
|-------------|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------|-----------|
| Ind 8 - PAU | Nivel de Satisfacción del Usuario | Auxiliar Administrativo | Asesor de Despacho | Mensual | Eficacia |
| Ind 9 - PAU | Quejas y Reclamos | Auxiliar Administrativo | Asesor de Despacho | Mensual | Eficacia |

PROCESO PROTECCIÓN DERECHOS HUMANOS

| Hoja | Nombre del Indicador | Responsable de Medir | Responsable de Analizar | Frecuencia | Categoría |
|--------------|--------------------------------|---------------------------|-------------------------|------------|-----------|
| Ind 10 - PDH | Volumen de Usuarios Atendidos | Profesional Universitario | Personero Delegado | Mensual | Eficacia |
| Ind 11 - PDH | Tasa de Solicitudes Tramitadas | Profesional Universitario | Personero Delegado | Mensual | Eficacia |

PROCESO MINISTERIO PÚBLICO

| Hoja | Nombre del Indicador | Responsable de Medir | Responsable de Analizar | Frecuencia | Categoría |
|--------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|------------|-----------|
| Ind 12 - PMP | Diligencias y Atendidas | Profesional Universitario | Personero Delegado | Mensual | Eficacia |
| Ind 13 - PMP | Veedurías Atendidas | Profesional Universitario | Personero Delegado | Mensual | Eficacia |

PROCESO SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y VIGILANCIA

| Hoja | Nombre del Indicador | Responsable de Medir | Responsable de Analizar | Frecuencia | Categoría |
|--------------|--|---------------------------|-------------------------|------------|-----------|
| Ind 14 - PVI | Número de Procesos o Investigaciones | Profesional Universitario | Personero Delegado | Mensual | Eficacia |
| Ind 15 - PVI | Procesos con vencimiento de términos | Profesional Universitario | Personero Delegado | Mensual | Eficacia |
| Ind 16 - PVI | Procesos con vencimiento de términos recibidos de terceros | Profesional Universitario | Personero Delegado | Mensual | Eficacia |



| | | |
|---|----------------------|---------------------------------|
| MANUAL DE INDICADORES DE GESTIÓN | Código | PMC - MI - 001 |
| | Versión | 1.0 |
| | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 |
| | Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 |
| Elaboró: Comité Operativo | | Aprobó: Comité Directivo |

PROCESO CONCILIACIÓN

| Hoja | Nombre del Indicador | Responsable de Medir | Responsable de Analizar | Frecuencia | Categoría |
|--------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------------------|------------|-----------|
| Ind 17 - PCC | Solicitudes de Conciliación | Profesional Universitario | Director Centro de Conciliación | Mensual | Eficacia |
| Ind 18 - PCC | Tiempo promedio de atención | Profesional Universitario | Director Centro de Conciliación | Mensual | Eficacia |

PROCESO PARTICIPACIÓN CIUDADANA

| Hoja | Nombre del Indicador | Responsable de Medir | Responsable de Analizar | Frecuencia | Categoría |
|--------------|--|---------------------------|-------------------------|------------|-----------|
| Ind 18 - PPC | Nivel de Satisfacción Capacitaciones | Profesional Universitario | Personero Delegado | Mensual | Eficacia |
| Ind 19 - PPC | Cumplimiento Cronograma Capacitaciones | Profesional Universitario | Personero Delegado | Mensual | Eficacia |

PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

| Hoja | Nombre del Indicador | Responsable de Medir | Responsable de Analizar | Frecuencia | Categoría |
|--------------|------------------------------|---------------------------|-------------------------|------------|------------|
| Ind 20 - PGF | Cumplimiento del Presupuesto | Profesional Universitario | Personero Municipal | Mensual | Eficiencia |

| | | | | | |
|--------------|------------------|---------------------------|---------------------|---------|----------|
| Ind 21 - PGF | Nivel de Recaudo | Profesional Universitario | Personero Municipal | Mensual | Eficacia |
|--------------|------------------|---------------------------|---------------------|---------|----------|

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

| Hoja | Nombre del Indicador | Responsable de Medir | Responsable de Analizar | Frecuencia | Categoría |
|--------------|------------------------------------|---------------------------|-------------------------|------------|-----------|
| Ind 22 - PTH | Cumplimiento Programa Capacitación | Profesional Universitario | Secretario General | Mensual | Eficacia |
| Ind 23 - PTH | Cumplimiento Programa Bienestar | Profesional Universitario | Secretario General | Mensual | Eficacia |

PROCESO GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

| Hoja | Nombre del Indicador | Responsable de Medir | Responsable de Analizar | Frecuencia | Categoría |
|--------------|------------------------------|---------------------------|-------------------------|------------|-----------|
| Ind 24 - PCO | Cumplimiento Plan de Compras | Profesional Universitario | Secretario General | Semestral | Eficacia |

PROCESO CONTROL INTERNO

| Hoja | Nombre del Indicador | Responsable de Medir | Responsable de Analizar | Frecuencia | Categoría |
|--------------|----------------------------------|---------------------------|------------------------------|------------|-----------|
| Ind 25 - PCI | Calificación Evaluación del MECI | Profesional Universitario | Jefe Oficina Control Interno | Anual | Eficacia |

PROCESO MEJORA CONTINUA

| Hoja | Nombre del Indicador | Responsable de Medir | Responsable de Analizar | Frecuencia | Categoría |
|--------------|--|---------------------------|-------------------------------|------------|-----------|
| Ind 26 - PMC | Número de Acciones de Mejora Cont. | Profesional Universitario | Representante de la Dirección | Mensual | Eficacia |
| Ind 27 - PMC | Tasa de Cierre de Acciones Mejora Continua | Profesional Universitario | Representante de la Dirección | Mensual | Eficacia |

Planeación Institucional 1

Página 3

| | | | | |
|---|--|---------------------------------|----------------------|----------------|
|  | INDICADORES DE GESTIÓN | | | |
| | Cumplimiento Objetivos Estratégicos | | Código | PMC-MI-001 |
| | | | Versión | 1.0 |
| | | | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 |
| | | | Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 |
| Elaboró: Comité Operativa | | Aprobó: Comité Directiva | | |

| | | | |
|---------|-------------------------------------|---------------|------------------------|
| Proceso | Planeación Institucional | P - Dirección | Índice |
|---------|-------------------------------------|---------------|------------------------|

| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR |
|---|
| Tiene como propósito medir el grado de cumplimiento del Personero Municipal y su equipo directivo frente al logro de los objetivos estratégicos establecidos para un periodo de tiempo de un año. |

| Unid. de Medida | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador |
|-----------------|-----------|------------|-------------------|
| Porcentaje (%) | Positiva | Anual | Eficacia (E) |

| FORMA DE CÁLCULO | | | | |
|---|---|--|--------|----------|
| $\frac{\text{Objetivos Estratégicos alcanzados o cumplidos en su totalidad}}{\text{Objetivos Estratégicos a Lograr}}$ | <table border="1" style="width: 100px; height: 40px;"> <tr><td> </td></tr> </table> | | * 100% | =;DIV#0! |
| | | | | |

| RESPONSABLES | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR |
|--------------|--------------------------|---------------------|--|
| | Asistente Administrativa | Personero Municipal | Comité Gerencial y Círculos de Calidad |

| GLOSARIO |
|---|
| a. Objetivo Estratégico: Propósito o fin que pretende lograr la institución en un periodo de tiempo de un año. |

Planeación Institucional 2

Página 4

|  | INDICADORES DE GESTIÓN | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------|
| | Cumplimiento Planes de Acción | |
| | Código | PMC - MI - 001 |
| | Versión | 1.0 |
| | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 |
| Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 | |
| Elaboró: Comité Operativa | | Aprobó: Comité Directiva |

| | | | |
|---------|--------------------------|---------------|------------------------|
| Proceso | Planeación Institucional | P - Dirección | Índice |
|---------|--------------------------|---------------|------------------------|

| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR |
|--|
| Tiene como propósito medir el grado de cumplimiento de la institución en el logro de las actividades consignadas en cada uno de los planes de acción que tiene cada una de las delegadas a su cargo. |

| Unid. de Medida | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador |
|-----------------|-----------|------------|-------------------|
| Porcentaje (%) | Positiva | Anual | Eficacia (E) |

| FORMA DE CÁLCULO | | | |
|--|--|--------|---------|
| $\frac{\text{Total Actividades Logradas o Cumplidas}}{\text{Total Actividades Planeadas}}$ | | * 100% | =DIW#0! |

| RESPONSABLES | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR |
|--------------|---------------------------|---------------------|--|
| | Profesional Universitario | Personero Delegado | Comité Gerencial y Círculos de Calidad |

| GLOSARIO |
|---|
| a. Plan de Acción: Documento que contiene los planes o actividades que cada una de las delegadas pretende lograr en el transcurso de un año. |

Comunicación e Imagen 1

Página 5

| | | |
|---|--|---------------------------------|
|  | INDICADORES DE GESTIÓN | |
| | Inversión en Medios de Comunicación | |
| | Código | PMC-MI-001 |
| | Versión | 1.0 |
| | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 |
| Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 | |
| Elaboró: Comité Operativa | | Aprobó: Comité Directiva |

| | | | |
|---------|------------------------------|---------------|------------------------|
| Proceso | Comunicación e Imagen | P - Dirección | Índice |
|---------|------------------------------|---------------|------------------------|

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR

Mide la inversión realizada por la Personería de Bucaramanga, para la promoción y divulgación de sus servicios, realización de jornadas lúdicas, información a clientes y demás elementos que posibiliten el reconocimiento de la institución por parte de la comunidad.

| Unid. de Medida | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador |
|-----------------|-----------|------------|-------------------|
| Pesos | Positiva | Mensual | Eficiencia (e) |

FORMA DE CÁLCULO

Inversión Total en Medios de Comunicación
(desglosado por tipo de medio)

| RESPONSABLES | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR |
|--------------|---------------------------|---------------------|--|
| | Oficina de Comunicaciones | Personero Municipal | Comité Gerencial y Círculos de Calidad |

GLOSARIO

Comunicación e Imagen 2

|  | INDICADORES DE GESTIÓN | |
|---|--|---------------------------------|
| | Nivel de Percepción de la Comunidad | |
| | Código | PMC - MI - 001 |
| | Versión | 1.0 |
| | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 |
| Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 | |
| Elaboró: Comité Operativo | | Aprobó: Comité Directivo |

| | | | |
|---------|------------------------------|---------------|------------------------|
| Proceso | Comunicación e Imagen | P - Dirección | Índice |
|---------|------------------------------|---------------|------------------------|

| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR |
|--|
| <p>Busca medir la percepción que tiene la comunidad sobre la personería de Bucaramanga, en cuanto a la calificación de diversos factores, tales como: servicios, ubicación, recordación, etc. permitiéndole identificar elementos por mejorar.</p> |

| Unid. de Medid | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador |
|----------------|-----------|------------|-------------------|
| Porcentaje (%) | Positiva | Anual | Eficacia (E) |

| FORMA DE CÁLCULO |
|--|
| <p>Estudio de Percepción de la Comunidad (encuesta/entrevista/grupo foco)</p> |

| RESPONSABLE | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR |
|-------------|---------------------------|---------------------|--|
| | Oficina de Comunicaciones | Personero Municipal | Comité Gerencial y Círculos de Calidad |

| GLOSARIO |
|----------|
| |

Recursos Físicos 1

Página 7

| | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------------------|
|  | INDICADORES DE GESTIÓN | |
| | Inversión en Mantenimiento | |
| | Código | PMC-MI-001 |
| | Versión | 1.0 |
| | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 |
| Elaboró: Comité Operativa | | Fecha Emisión: Oct. 25 / 2011 |
| | | Aprobó: Comité Directiva |

| | | | |
|---------|-------------------------|---------------|------------------------|
| Proceso | Recursos Físicos | P - Dirección | Índice |
|---------|-------------------------|---------------|------------------------|

| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR |
|--|
| Pretende cuantificar en forma global y detallada la inversión realizada por la Personería de Bucaramanga para mantener en adecuado estado su infraestructura y equipos |

| Unid. de Medida | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador |
|-----------------|-----------|------------|-------------------|
| Pesos | Positiva | Anual | Eficiencia (e) |

| FORMA DE CÁLCULO |
|--|
| Inversión Total en Mantenimiento <i>(sumatoria de la inversión realizada para el mantenimiento de infraestructura y equipar)</i> |

| RESPONSABLES | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR |
|--------------|-------------------------|---------------------|---|
| | Auxiliar Administrativo | Secretario General | Comité Gerencial y Círculos de Calidad |

| GLOSARIO |
|----------|
| |

Recursos Físicos 2

| INDICADORES DE GESTIÓN | | Página 2 | |
|--|--------------------------------|---------------------------------|--|
|  | <h3>Valor del Activo Fijo</h3> | Código | PMC-MI-001 |
| | | Versión | 1.0 |
| | | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 |
| | | Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 |
| Elaboró: Comité Operativa | | Aprobó: Comité Directiva | |
| Proceso Recursos Físicos P - Dirección Índice | | | |
| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR | | | |
| <p>Pretende medir la tendencia de la institución y sus inversiones en activos fijos, buscando servir de punto de control para el adecuado uso de los recursos económicos</p> | | | |
| Unid. de Medid | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador |
| Pesos | Positiva | Anual | Eficiencia (e) |
| FORMA DE CÁLCULO | | | |
| Valor del Activo Fijo (sumatoria de las inversiones realizadas) | | | |
| RESPONSABLE | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR |
| | Auxiliar Administrativo | Secretario General | Comité Gerencial y Círculos de Calidad |
| GLOSARIO | | | |
| <p>a. Activo Fijo: Son aquellos bienes físicos o tangibles destinados para ser utilizados o explotados por y a favor de una empresa. Ej. Maquinaria, Muebles y Enseres, Equipos de Computo, Equipos de Comunicación, entre otros.</p> | | | |

Recursos Físicos 3

|  | | INDICADORES DE GESTIÓN | |
|---|-------------------------|---|--|
| | | Cumplimiento Cronograma de Mantenimiento | |
| | | Versión | 1.0 |
| | | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 |
| | | Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 |
| | | Elaboró: Comité Operativa | Aprobó: Comité Directiva |
| Proceso Recursos Físicos P - Dirección Índice | | | |
| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR | | | |
| Mide la efectividad de la institución frente al cumplimiento de la programación establecida para la realización del Mantenimiento Preventivo. | | | |
| Unid. de Medid | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador |
| Porcentaje (%) | Positiva | Semestral | Eficacia (E) |
| FORMA DE CÁLCULO | | | |
| $\frac{\text{Total Mantenimientos Realizados}}{\text{Total Mantenimientos Programados}}$ | | * 100% | \$DIV/0! |
| RESPONSABLE | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR |
| | Auxiliar Administrativo | Secretario General | Comité Gerencial y Círculos de Calidad |
| GLOSARIO | | | |
| | | | |

Atención al Usuario 1

Página 10

|  | INDICADORES DE GESTIÓN | | | | | | | | | |
|---|--|--|---------------|------------|----------------|-----|-------------------|----------------|----------------------|----------------|
| | Nivel de Satisfacción del Usuario | <table border="1"> <tr> <td>Código</td> <td>PMC-MI-001</td> </tr> <tr> <td>Versión</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>Fecha Rev.</td> <td>Oct. 25 / 2011</td> </tr> <tr> <td>Fecha Emisión</td> <td>Oct. 25 / 2011</td> </tr> </table> | Código | PMC-MI-001 | Versión | 1.0 | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 | Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 |
| | Código | PMC-MI-001 | | | | | | | | |
| | Versión | 1.0 | | | | | | | | |
| | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 | | | | | | | | |
| Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 | | | | | | | | | |
| Elaboró: Comité Operativa | Aprobó: Comité Directiva | | | | | | | | | |

| | | | |
|---------|----------------------------|--------------|--------|
| Proceso | Atención al Usuario | P - Misional | Índice |
|---------|----------------------------|--------------|--------|

| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR |
|--|
| Tiene como propósito medir el nivel de satisfacción del usuario, frente a unos factores específicos y mediante una escala de calificación establecida. |

| Unid. de Medida | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador |
|-----------------|-----------|------------|-------------------|
| Porcentaje (%) | Positiva | Mensual | Eficacia (E) |

| FORMA DE CÁLCULO |
|--|
| <p>Nivel de Satisfacción del Usuario (promedio del total calificaciones por factor)</p> |

| RESPONSABLES | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR |
|--------------|-------------------------|---------------------|--|
| | Auxiliar Administrativo | Asesor de Despacho | Comité Gerencial y Círculos de Calidad |

| GLOSARIO |
|----------|
| |

| | 5 (MUY BUENO) | 4 (BUENO) | 3 (ACEPTABLE) | 2 (MALO) | 1 (MUY MALO) | NA |
|-----------------|---------------|------------|---------------|------------|--------------|------------|
| FACTOR 1 | | | | | | |
| FACTOR 2 | | | | | | |
| FACTOR 3 | | | | | | |
| FACTOR 4 | | | | | | |
| FACTOR 5 | | | | | | |
| FACTOR 6 | | | | | | |
| PROMEDIO | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

Atención al Usuario 2

Página 11

|  | INDICADORES DE GESTIÓN | | |
|---|----------------------------|---------------------------------|----------------|
| | <h2>Quejas y Reclamos</h2> | Código | PMC-MI-001 |
| | | Versión | 1.0 |
| | | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 |
| | | Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 |
| Elaboró: Comité Operativa | | Aprobó: Comité Directiva | |

| | | | |
|---------|----------------------------|--------------|------------------------|
| Proceso | Atención al Usuario | P - Misional | Índice |
|---------|----------------------------|--------------|------------------------|

| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR |
|---|
| <p>Quantifica la cantidad de quejas y reclamos recibidos por parte de los usuarios por fallas en la prestación del servicio</p> |

| Unid. de Medid | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador |
|----------------|-----------|------------|-------------------|
| Número | Positiva | Mensual | Eficacia (E) |

| FORMA DE CÁLCULO |
|---|
| <p>Sumatoria de las Quejas y Reclamos</p> |

| RESPONSABLE | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR |
|-------------|-------------------------|---------------------|--|
| | Auxiliar Administrativo | Asesor de Despacho | Comité Gerencial y Círculos de Calidad |

| GLOSARIO |
|----------|
| |

Derechos Humanos 1

|  | INDICADORES DE GESTIÓN | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------|----------------|
| | Volumen de Usuarios Atendidos | Código | FMC-MI-001 |
| | | Versión | 1.0 |
| | | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 |
| | | Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 |
| Elaboró: Comité Operativa | | Aprobó: Comité Directiva | |

| | | | |
|---------|-------------------------|--------------|------------------------|
| Proceso | Derechos Humanos | P - Misional | Índice |
|---------|-------------------------|--------------|------------------------|

| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR |
|--|
| Pretende medir el número o cantidad de usuarios atendidos en cada una de las delegadas cuya función se relaciona directamente con la protección de los derechos humanos (familia, bienes, desplazados) |

| Unid. de Medid | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador |
|----------------|-----------|------------|-------------------|
| Número | Positiva | Mensual | Eficacia (E) |

| FORMA DE CÁLCULO |
|---|
| Sumatoria de Usuarios Atendidos (en cada una de las delegadas relacionadas con DD.HH) |

| RESPONSABLE | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR |
|-------------|---------------------------|---------------------|--|
| | Profesional Universitario | Personero Delegado | Comité Gerencial y Círculos de Calidad |

| GLOSARIO |
|----------|
| |

Derechos Humanos 2

Página 13

|  | INDICADORES DE GESTIÓN | |
|---|---------------------------------------|---------------------------------|
| | Tasa de Solicitudes Tramitadas | |
| | Código | PMC-MI-001 |
| | Versión | 1.0 |
| | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 |
| Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 | |
| Elaboró: Comité Operativa | | Aprobó: Comité Directiva |

| | | | |
|---------|-------------------------|--------------|------------------------|
| Proceso | Derechos Humanos | P - Misional | Índice |
|---------|-------------------------|--------------|------------------------|

| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR |
|---|
| Mide la efectividad de la institución para tramitar u orientar las diversas solicitudes realizadas por los usuarios en materia de Derechos Humanos. |

| Unid. de Medida | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador |
|-----------------|-----------|------------|-------------------|
| Porcentaje (%) | Positiva | Mensual | Eficacia (E) |

| FORMA DE CÁLCULO | | | |
|---|---|-------------|--------|
| $\frac{\text{Solicitudes Tramitadas (aquellas donde se dio respuesta u orientación al usuario)}}{\text{Solicitudes Recibidas}}$ | = | 100% | =DIW0! |

| RESPONSABLES | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR |
|--------------|---------------------------|---------------------|--|
| | Profesional Universitario | Personero Delegado | Comité Gerencial y Círculos de Calidad |

| GLOSARIO |
|----------|
| |

Ministerio Público 1

| Página 14 | | | |
|---|--|----------------------------|---|
|  PERSONERÍA DE BUCARAMANGA | INDICADORES DE GESTIÓN | | |
| | Diligencias Atendidas | | Código PMC - MI - 001 Versión 1.0 Fecha Rev. Oct. 25 / 2011 Fecha Emisión Oct. 25 / 2011 |
| | Elaboró: Comité Operativa | | Aprobó: Comité Directiva |
| | Proceso Ministerio Público P - Misional Índice | | |
| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR | | | |
| Busca medir el nivel de atención de la Personería de Bucaramanga hacia las diligencias que en calidad de Ministerio Público recibe permanentemente. | | | |
| Unid. de Medida | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador |
| Porcentaje (%) | Positiva | Mensual | Eficacia (E) |
| FORMA DE CÁLCULO | | | |
| $\frac{\text{Diligencias Atendidas (asistencia efectiva)}}{\text{Total Diligencias Recibidas}}$ | | 100% | *;DIV/0! |
| RESPONSABLES | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR |
| | Profesional Universitario | Personero Delegado | Comité Gerencial y Círculos de Calidad |
| GLOSARIO | | | |

Ministerio Público 2

Página 15

| | | |
|---|---------------------------------|----------------|
|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | INDICADORES DE GESTIÓN | |
| | Veedurías Atendidas | |
| | Código | PMC-MI-001 |
| | Versión | 1.0 |
| | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 |
| Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 | |
| Elaboró: Comité Operativa | Aprobó: Comité Directiva | |

| | | | |
|---------|---------------------------|--------------|------------------------|
| Proceso | Ministerio Público | P - Misional | Índice |
|---------|---------------------------|--------------|------------------------|

| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR |
|--|
| <p>Busca medir el nivel de atención de la Personería de Bucaramanga hacia las veedurías que en calidad de Ministerio Público recibe permanentemente.</p> |

| Unid. de Medida | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador |
|-----------------|-----------|------------|-------------------|
| Porcentaje (%) | Positiva | Mensual | Eficacia (E) |

| FORMA DE CÁLCULO | | | | | |
|--|---|--|----------------|--|----------|
| $\frac{\text{Total Veedurías Atendidas}}{\text{Total Solicitudes de Veedurías}}$ | <table border="1" style="width: 100px; height: 40px;"> <tr><td> </td></tr> </table> | | $\times 100\%$ | <table border="1" style="width: 60px; height: 40px; background-color: #ADD8E6;"> <tr><td style="text-align: center;">≠ DIV#0!</td></tr> </table> | ≠ DIV#0! |
| | | | | | |
| ≠ DIV#0! | | | | | |

| RESPONSABLES | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR |
|--------------|---------------------------|---------------------|--|
| | Profesional Universitario | Personero Delegado | Comité Gerencial y Círculos de Calidad |

| GLOSARIO |
|----------|
| |

Seguimiento y Vigilancia 1

| | | |
|---|---|---------------------------------|
|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | INDICADORES DE GESTIÓN | |
| | Número de Procesos o Investigaciones | |
| | Código | PMC-MI-001 |
| | Versión | 1.0 |
| | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 |
| Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 | |
| Elaboró: Comité Operativa | | Aprobó: Comité Directiva |

| | | | |
|---------|--------------------------|--------------|------------------------|
| Proceso | Seguimiento y Vigilancia | P - Misional | Índice |
|---------|--------------------------|--------------|------------------------|

| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR |
|--|
| Mide la cantidad de procesos que la Personería recibe con terminos de ley menor a un año que pueden producir caducidad de la acción disciplinaria. |

| Unid. de Medida | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador |
|-----------------|-----------|------------|-------------------|
| Número | Positiva | Mensual | Eficacia (E) |

| FORMA DE CÁLCULO |
|---|
| Número de Procesos recibidos con tiempo de caducidad menor a un año |

| RESPONSABLES | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR |
|--------------|---------------------------|---------------------|--|
| | Profesional Universitario | Personero Delegado | Comité Gerencial y Círculos de Calidad |

| GLOSARIO |
|----------|
| |

Seguimiento y Vigilancia 2

Página 17

|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | INDICADORES DE GESTIÓN | |
|---|---|---------------------------------|
| | Procesos con Vencimiento de Términos | |
| | Código | PMC-MI-001 |
| | Versión | 1.0 |
| | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 |
| Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 | |
| Elaboró: Comité Operativa | | Aprobó: Comité Directiva |

| | | | |
|---------|--------------------------|--------------|------------------------|
| Proceso | Seguimiento y Vigilancia | P - Misional | Índice |
|---------|--------------------------|--------------|------------------------|

| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR |
|--|
| Cuantifica los procesos o investigaciones de la conducta oficial, cuando la inactividad procesal conlleva la prescripción del proceso. |

| Unid. de Medida | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador |
|-----------------|-----------|------------|-------------------|
| Porcentaje (%) | Positiva | Mensual | Eficacia (E) |

| FORMA DE CÁLCULO | | | |
|---|--|--------|---------|
| $\frac{\text{Numero de prescripciones}}{\text{Numero Total de Procesos Activos}}$ | | * 100% | =DIW#0! |

| RESPONSABLES | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR |
|--------------|---------------------------|---------------------|--|
| | Profesional Universitario | Personero Delegado | Comité Gerencial y Círculos de Calidad |

| GLOSARIO |
|----------|
| |

Seguimiento y Vigilancia 3

Página 18

| INDICADORES DE GESTIÓN | | | | |
|--|--|---------------------|--|----------------|
|  | Procesos con Vencimiento Recibidos de Terceros | | Código | PMC-MI-001 |
| | | | Versión | 1.0 |
| | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 | Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 |
| | Elaboró: Comité Operativa | | Aprobó: Comité Directiva | |
| | Proceso Seguimiento y Vigilancia P - Misional Índice | | | |
| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR | | | | |
| Quantifica los procesos o investigaciones de la conducta oficial, cuando la inactividad procesal conlleva la prescripción del proceso. Se aplica para procesos que han sido recibidos de otras instancias y que ya se encontraban abiertos y con tiempo menor a un 1 para prescribir | | | | |
| Unid. de Medida | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador | |
| Porcentaje (%) | Positiva | Mensual | Eficacia (E) | |
| FORMA DE CÁLCULO | | | | |
| de Procesos recibidos con tiempo de prescripción menor | | | $\frac{\#;DIV}{0!}$ | |
| Numero Total de Procesos Activos | | | | |
| RESPONSABLES | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR | |
| | Profesional Universitario | Personero Delegado | Comité Gerencial y Círculos de Calidad | |
| GLOSARIO | | | | |

Conciliación 1

Página 19

| | | |
|---|------------------------------------|---------------------------------|
|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | INDICADORES DE GESTIÓN | |
| | Solicitudes de Conciliación | |
| | Código | PMC-MI-001 |
| | Versión | 1.0 |
| | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 |
| Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 | |
| Elaboró: Comité Operativa | | Aprobó: Comité Directiva |

| | | | |
|---------|---------------------|--------------|------------------------|
| Proceso | Conciliación | P - Misional | Índice |
|---------|---------------------|--------------|------------------------|

| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR |
|---|
| Pretende medir el número o cantidad de usuarios que solicitan acuerdos de conciliación. |

| Unid. de Medida | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador |
|-----------------|-----------|------------|-------------------|
| Número | Positiva | Mensual | Eficacia (E) |

| FORMA DE CÁLCULO |
|---|
| Sumatoria del Total de Solicitudes de Conciliación |

| RESPONSABLES | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR |
|--------------|---------------------------|---------------------------------|--|
| | Profesional Universitario | Director Centro de Conciliación | Comité Gerencial y Círculos de Calidad |

| GLOSARIO |
|----------|
| |

Conciliación 2

Página 20

|  | INDICADORES DE GESTIÓN | | |
|---|--|---------------------------------|----------------|
| | Tiempo Promedio de Atención a Solicitudes | Código | PMC - MI - 001 |
| | | Versión | 1.0 |
| | | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 |
| | | Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 |
| Elaboró: Comité Operativa | | Aprobó: Comité Directiva | |

| |
|---|
| Proceso Conciliación P - Misional Índice |
|---|

| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR |
|--|
| Mide el tiempo que transcurre desde que un usuario solicita la conciliación hasta el momento en que esta efectivamente se realiza. |

| Unid. de Medida | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador |
|-----------------|-----------|------------|-------------------|
| Días | Positiva | Mensual | Eficiencia (E) |

| FORMA DE CÁLCULO |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Establezca la diferencia en días para cada uno de los solicitantes. (Fecha Conciliación - Fecha de Solicitud) 2. Sumatoria de los Días de diferencia para cada una de los solicitudes 3. Cálculo del Promedio (Total Sumatoria de Días de Diferencia / Total Solicitudes) |

| RESPONSABLES | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR |
|--------------|---------------------------|---------------------------------|--|
| | Profesional Universitario | Director Centro de Conciliación | Comité Gerencial y Círculos de Calidad |

| GLOSARIO |
|----------|
| |

Participación Ciudadana 1

|  | | INDICADORES DE GESTIÓN | |
|---|--|--|----------------|
| | | Nivel de Satisfacción de Capacitaciones | |
| | | Versión | 1.0 |
| | | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 |
| | | Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 |
| Elaboró: Comité Operativa | | Aprobó: Comité Directiva | |

Página 21

| | | | |
|----------------|--------------------------------|---------------------|------------------------|
| Proceso | Participación Ciudadana | P - Misional | Índice |
|----------------|--------------------------------|---------------------|------------------------|

| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR | | | |
|--|--|--|--|
| Tiene como propósito medir el nivel de satisfacción de los participantes a las capacitaciones, seminarios o conferencias dictados por la Personería, frente a unos factores específicos y mediante una escala de calificación establecida. | | | |

| Unid. de Medid | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador |
|----------------|-----------|------------|-------------------|
| Porcentaje (%) | Positiva | Mensual | Eficacia (E) |

| FORMA DE CÁLCULO | |
|---|--|
| Nivel de Satisfacción de los Participantes (promedio del total calificaciones por factor) | |

| RESPONSABLE | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR |
|-------------|---------------------------|---------------------|--|
| | Profesional Universitario | Personero Delegado | Comité Gerencial y Círculos de Calidad |

| GLOSARIO | |
|----------|--|
| | |

Participación Ciudadana 2

Página 22

| | | |
|---|--|---------------------------------|
|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | INDICADORES DE GESTIÓN | |
| | Cumplimiento Cronograma de Capacitaciones | |
| | Código | PMC-MI-001 |
| | Versión | 1.0 |
| | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 |
| Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 | |
| Elaboró: Comité Operativa | | Aprobó: Comité Directiva |

| | | | |
|---------|--------------------------------|--------------|------------------------|
| Proceso | Participación Ciudadana | P - Misional | Índice |
|---------|--------------------------------|--------------|------------------------|

| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR |
|--|
| Mide la efectividad de la institución frente al cumplimiento de la programación establecida para la realización de las capacitaciones en cada una de las delegadas |

| Unid. de Medida | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador |
|-----------------|-----------|------------|-------------------|
| Porcentaje (%) | Positiva | Mensual | Eficacia (E) |

| FORMA DE CÁLCULO |
|--|
| $\frac{\text{Total Capacitaciones Realizadas}}{\text{Total Capacitaciones Programadas}} \cdot 100\%$ |

| RESPONSABLES | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR |
|--------------|---------------------------|---------------------|--|
| | Profesional Universitario | Personero Delegado | Comité Gerencial y Círculos de Calidad |

| GLOSARIO |
|----------|
| |

Gestión Financiera 1

| INDICADORES DE GESTIÓN | | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------|--|----------------|
|  | Cumplimiento del Presupuesto | | Código | PMC-MI-001 |
| | | | Versión | 1.0 |
| | Elaboró: Comité Operativa | | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 |
| | | | Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 |
| | | | Aprobó: Comité Directiva | |
| Proceso Gestión Financiera P - Apoyo índice | | | | |
| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR | | | | |
| Mide la efectividad de la institución frente al cumplimiento del presupuesto institucional, estableciendo los rubros en los cuales se presentaron las variaciones. | | | | |
| Unid. de Medida | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador | |
| Porcentaje (%) | Positiva | Mensual | Eficiencia (e) | |
| FORMA DE CÁLCULO | | | | |
| $\frac{\text{Presupuesto Ejecutado}}{\text{Presupuesto Estimado}}$ | | | * 100% ¡;DIVER! | |
| RESPONSABLES | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR | |
| | Profesional Universitario | Personero Municipal | Comité Gerencial y Círculos de Calidad | |
| GLOSARIO | | | | |

Gestión Financiera 2

Página 29

|  | INDICADORES DE GESTIÓN | | | | | | | | |
|---|-------------------------|--|---------------|------------|----------------|-----|-------------------|----------------|----------------------|
| | Nivel de Recaudo | <table border="1"> <tr> <td>Código</td> <td>PMC-MI-001</td> </tr> <tr> <td>Versión</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>Fecha Rev.</td> <td>Oct. 25 / 2011</td> </tr> <tr> <td>Fecha Emisión</td> <td>Oct. 25 / 2011</td> </tr> </table> | Código | PMC-MI-001 | Versión | 1.0 | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 | Fecha Emisión |
| Código | PMC-MI-001 | | | | | | | | |
| Versión | 1.0 | | | | | | | | |
| Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 | | | | | | | | |
| Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 | | | | | | | | |
| Elaboró: Comité Operativa | | Aprobó: Comité Directiva | | | | | | | |

| |
|--|
| Proceso Gestión Financiera P - Apoyo Índice |
|--|

| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR |
|---|
| Mide el nivel de recaudo de los ingresos que por ley le corresponde a la Personería de los ingresos corrientes de la alcaldía |

| Unid. de Medida | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador |
|-----------------|-----------|------------|-------------------|
| Porcentaje (%) | Positiva | Mensual | Eficacia (E) |

| FORMA DE CÁLCULO | | | |
|---|--|---------------|---------------|
| $\frac{\text{Ingreso Efectivamente Percibido}}{\text{Estimación o Proyección de Ingresos}}$ | <input type="text"/> <input type="text"/> | * 100% | ¡DIW0! |

| RESPONSABLES | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR |
|--------------|---------------------------|---------------------|--|
| | Profesional Universitario | Personero Municipal | Comité Gerencial y Círculos de Calidad |

| GLOSARIO |
|----------|
| |

Talento Humano 1

| Página 25 | | | | |
|---|--|---------------------|--|----------------|
| INDICADORES DE GESTIÓN | | | | |
|  | Cumplimiento del Programa de Capacitación | | Código | PMC - MI - 001 |
| | | | Versión | 1.0 |
| | | | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 |
| | | | Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 |
| | Elaboró: Comité Operativa | | Aprobó: Comité Directiva | |
| Proceso Talento Humano P - Apoyo Índice | | | | |
| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR | | | | |
| <p>Mide la efectividad de la institución frente al cumplimiento de la programación establecida para la realización de las capacitaciones a nivel interno (fortalecimiento de las competencias de los colaboradores)</p> | | | | |
| Unid. de Medid | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador | |
| Porcentaje (%) | Positiva | Mensual | Eficacia (E) | |
| FORMA DE CÁLCULO | | | | |
| $\frac{\text{Total Capacitaciones Realizadas}}{\text{Total Capacitaciones Programadas}}$ | | = 100% | %;DIV/0! | |
| RESPONSABLE | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR | |
| | Profesional Universitario | Secretario General | Comité Gerencial y Círculos de Calidad | |
| GLOSARIO | | | | |
| | | | | |

Talento Humano 2

| PERSONERÍA DE BUCARAMANGA | | a programación establecida para la realización de las capacitaciones a nivel institucional | |
|--|---------------------------|--|--|
|  | | Cumplimiento del Programa de Bienestar | |
| | | Código | FMC-MI-001 |
| | | Versión | 1.0 |
| | | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 |
| | | Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 |
| | | Elaboró: Comité Operativa | Aprobó: Comité Directiva |
| Proceso Talento Humano P - Apoyo Índice | | | |
| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR | | | |
| Mide la efectividad de la institución frente al cumplimiento de la programación establecida para la realización de las actividades de bienestar. | | | |
| Unid. de Medida | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador |
| Porcentaje (%) | Positiva | Mensual | Eficacia (E) |
| FORMA DE CÁLCULO | | | |
| $\frac{\text{Total Actividades Realizadas}}{\text{Total Actividades Programadas}}$ | | = 100% | =DIV/0! |
| RESPONSABLES | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR |
| | Profesional Universitario | Secretario General | Comité Gerencial y Círculos de Calidad |
| GLOSARIO | | | |

Contratación

|  | INDICADORES DE GESTIÓN | | |
|---|---|---------------------------------|----------------|
| | Cumplimiento del Plan de Compras | Código | PMC-MI-001 |
| | | Versión | 1.0 |
| | | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 |
| | | Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 |
| Elaboró: Comité Operativa | | Aprobó: Comité Directiva | |

| | | | |
|---------|---------------------|-----------|------------------------|
| Proceso | Contratación | P - Apoyo | Índice |
|---------|---------------------|-----------|------------------------|

| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR |
|--|
| Mide la efectividad de la institución frente al cumplimiento del plan de compras, en términos cuantitativos o de recursos económicos dispuestos. |

| Unid. de Medid | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador |
|----------------|-----------|------------|-------------------|
| Porcentaje (%) | Positiva | Semestral | Eficacia (E) |

| FORMA DE CÁLCULO | | | |
|---|--|----------------|------------------------|
| $\frac{\text{Compras Realizadas}}{\text{Compras Presupuestadas}}$ | | $\times 100\%$ | $\neq \text{DIV} \neq$ |

| RESPONSABLE | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR |
|-------------|---------------------------|---------------------|--|
| | Profesional Universitario | Secretario General | Comité Gerencial y Círculos de Calidad |

| GLOSARIO |
|----------|
| |

Control Interno

Página 28

| | | |
|---|---|---------------------------------|
|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | INDICADORES DE GESTIÓN | |
| | Calificación Evaluación del MECI | |
| | Código | PMC-MI-001 |
| | Versión | 1.0 |
| | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 |
| Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 | |
| Elaboró: Comité Operativa | | Aprobó: Comité Directiva |

| | | | |
|---------|------------------------|-------------|------------------------|
| Proceso | Control Interno | P - Control | Índice |
|---------|------------------------|-------------|------------------------|

| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR |
|--|
| Su propósito es el de monitorear la tendencia que la institución ha presentado en la calificación de la evaluación del MECI, estableciendo las variaciones (positivas o negativas) |

| Unid. de Medid | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador |
|----------------|-----------|------------|-------------------|
| Porcentaje (%) | Positiva | Anual | Eficacia (E) |

| FORMA DE CÁLCULO |
|---|
| Calificación obtenida en la Evaluación del MECI (según modelo de encuesta del DAFP) |

| RESPONSABLE | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR |
|-------------|---------------------------|------------------------------|--|
| | Profesional Universitario | Jefe Oficina Control Interno | Comité Gerencial y Círculos de Calidad |

| GLOSARIO |
|----------|
| |

Mejora Continua 1

| Página 29 | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------|--|----------------|-----|-------------------|----------------|----------------------|----------------|----------------------------------|---------------------------------|
|  PERSONERÍA DE BUCARAMANGA | INDICADORES DE GESTIÓN | | | | | | | | | | |
| | Número de Acciones de Mejora | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Código</td> <td>PMC-MI-001</td> </tr> <tr> <td>Versión</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>Fecha Rev.</td> <td>Oct. 25 / 2011</td> </tr> <tr> <td>Fecha Emisión</td> <td>Oct. 25 / 2011</td> </tr> <tr> <td>Elaboró: Comité Operativa</td> <td>Aprobó: Comité Directiva</td> </tr> </table> | | Código | PMC-MI-001 | Versión | 1.0 | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 | Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 | Elaboró: Comité Operativa | Aprobó: Comité Directiva |
| Código | PMC-MI-001 | | | | | | | | | | |
| Versión | 1.0 | | | | | | | | | | |
| Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 | | | | | | | | | | |
| Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 | | | | | | | | | | |
| Elaboró: Comité Operativa | Aprobó: Comité Directiva | | | | | | | | | | |
| Proceso Mejora Continua P - Control Índice | | | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR | | | | | | | | | | | |
| Cuantifica el número de acciones de mejora continua que la Personería de Bucaramanga ha establecido. | | | | | | | | | | | |
| Unid. de Medida | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador | | | | | | | | |
| Número | Positiva | Mensual | Eficacia (E) | | | | | | | | |
| FORMA DE CÁLCULO | | | | | | | | | | | |
| Sumatoria de las Acciones de Mejora Continua Establecidas: | | | | | | | | | | | |
| RESPONSABLES | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR | | | | | | | | |
| | Profesional Universitario | Representante de la Dirección | Comité Gerencial y Círculos de Calidad | | | | | | | | |
| GLOSARIO | | | | | | | | | | | |

Mejora Continua 2

Página 30

|  | INDICADORES DE GESTIÓN | |
|---|---|----------------|
| | Tasa de Cierre Acciones de Mejora Continua | |
| | Código | PMC-MI-001 |
| | Versión | 1.0 |
| | Fecha Rev. | Oct. 25 / 2011 |
| Fecha Emisión | Oct. 25 / 2011 | |
| Elaboró: Comité Operativa | Aprobó: Comité Directiva | |

| | | | |
|---------|------------------------|-------------|------------------------|
| Proceso | Mejora Continua | P - Control | Índice |
|---------|------------------------|-------------|------------------------|

| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR |
|--|
| Mide la efectividad de la institución en el cierre de las acciones de mejora continua (correctivas, preventivas y de mejora) |

| Unid. de Medida | Tendencia | Frecuencia | Tipo de Indicador |
|-----------------|-----------|------------|-------------------|
| Porcentaje (%) | Positiva | Mensual | Eficacia (E) |

| FORMA DE CÁLCULO | | | |
|---|--|--------|---------|
| $\frac{\text{No. Acciones de Mejora Continua Cerradas}}{\text{No. Acciones de Mejora Continua Establecidas}}$ | | * 100% | *DIW#0! |

| RESPONSABLES | QUIEN DEBE MEDIR | QUIEN DEBE ANALIZAR | COMO DIVULGAR |
|--------------|---------------------------|-------------------------------|--|
| | Profesional Universitario | Representante de la Dirección | Comité Gerencial y Círculos de Calidad |

| GLOSARIO |
|----------|
| |

Anexo C: Guía De Elaboración De Procedimiento

| | | |
|--|---|---------------------------------|
|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | <p>GUÍA PARA LA ELABORACIÓN ESTÁNDAR DE PROCEDIMIENTOS</p> | Proceso: Mejora Continua |
| | | Código: PMC – G – 001 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha Revisión: Julio 21 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: Agosto 29 / 2011 |
| Elaboró: Comité Operativo | | Aprobó: Comité de Calidad |
| Página 1 de 6 | | |

1. Objetivo

Proporcionar al lector las pautas y criterios para la correcta elaboración de los diferentes procedimientos que harán parte del Sistema Integrado de Gestión y Control de Calidad de la Personería Municipal de Bucaramanga.

2. Desarrollo

2.1 Componentes de un Procedimiento

En primera instancia es importante definir la estructura o componentes que contendrá un procedimiento estándar, de modo que se garantice la homogeneidad en su definición.

Son componentes del procedimiento en el siguiente orden:

1. Objetivo
2. Alcance
3. Términos y Definiciones
4. Condiciones Previas
5. Desarrollo de las Actividades
6. Documentos de Referencia

Definición de los Componentes de un Procedimiento

Con la finalidad de ilustrar a los colaboradores o terceras personas, a continuación se explica el significado de cada uno de los componentes del procedimiento:

1. **Objetivo:** En este ítem se debe describir la razón o finalidad para la que se ha creado el procedimiento. Es decir se debe mencionar claramente que se persigue con el desarrollo del mismo. La correcta formulación de un Objetivo inicia conjugando una palabra que denote acción en infinitivo. "Ej. Determinar, Elaborar, Realizar, Medir, entre otras"
2. **Alcance:** Establece los límites del procedimiento, es decir indica donde inicia y donde finaliza la cobertura de las actividades. Pretende aclarar al lector hasta donde se puede llegar en la ejecución del proceso. "Ej. El presente procedimiento ha definido su alcance para la realización de las compras de bienes de la institución"
3. **Términos y Definiciones:** Dado que en la descripción de actividades puede presentarse la aparición de algún tipo de término técnico o especializado, este componente se destina precisamente a resolver dicha situación. Los términos y definiciones permiten orientar al lector en la interpretación de alguna palabra, al establecer la descripción de su significado de forma clara y sencilla.

| | | |
|--|--|---------------------------------|
|  PERSONERÍA DE BUCARAMANGA | GUÍA PARA LA ELABORACIÓN ESTÁNDAR DE PROCEDIMIENTOS | Proceso: Mejora Continua |
| | | Código: PMC – G – 001 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha Revisión: Julio 21 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: Agosto 29 / 2011 |
| Elaboró: Comité Operativo | | Aprobó: Comité de Calidad |
| | | Página 2 de 6 |

4. **Condiciones Previas:** En este componente se deberán listar las actividades previas o que deben elaborarse con anterioridad al desarrollo de las actividades centrales del procedimiento. A modo de ejemplo se podría citar la verificación de alguna norma, la emisión de una circular, la aprobación de algún superior, etc.

5. **Desarrollo de las Actividades:** En este ítem, se deben describir de manera *ordenada, secuencial y lógica* las actividades que describan en su totalidad el propósito u objetivo que pretende lograr el procedimiento.

Es recomendable que para la descripción del desarrollo de las actividades estás se describan a modo lista, de manera separada y en forma numerada, explicando en cada uno de los puntos la secuencia de las acciones a realizar, exponiendo por escrito el cargo responsable por realizar dicha actividad y los recursos requeridos para su ejecución.

Cada párrafo debe contener **Sujeto + Verbo + Complemento**.

El **sujeto** se refiere al responsable de ejecutar la acción descrita por el verbo

El **verbo** es la acción a ejecutar (redactado siempre en infinitivo)

El **complemento** puede hacer alusión entre otros aspectos al modo, tiempo, control, lugar y normatividad aplicable a la acción y/o sujeto

Se sugiere que la descripción de las actividades no sea demasiado exhaustiva a fin de no agotar al lector en el entendimiento de las pautas o pasos a seguir.

6. **Documentos de Referencia:** En este componente se mencionan algún o algunos documentos que deban conocerse de manera específica, con el propósito de lograr el total entendimiento del procedimiento. Dentro de los documentos que se pueden referenciar en un procedimiento se encuentran: formatos, procedimientos, listados, manuales, instructivos, etc.

Nota: Cabe aclarar que esta guía se ceñirá en todos los casos a las pautas establecidas en el procedimiento control de documentos para la aprobación, elaboración y emisión de documentos.

| | | |
|---|---|---------------------------------|
|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | <p>GUÍA PARA LA ELABORACIÓN ESTÁNDAR DE PROCEDIMIENTOS</p> | Proceso: Mejora Continua |
| | | Código: PMC – G – 001 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha Revisión: Julio 21 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: Agosto 29 / 2011 |
| Elaboró: Comité Operativo | | Aprobó: Comité de Calidad |
| | | Página 3 de 6 |

2.2 Pautas para la elaboración de Otros documentos del SIGCC

Con el fin de ilustrar a los funcionarios o grupo de colaboradores la elaboración de otros documentos del Sistema Integrado de Gestión de Calidad y Control, a continuación se describen unas pautas generales para su formulación:

2.2.1 MANUAL: Es un conjunto de instrucciones y normas reunidas en un cuerpo orgánico, que explican el desarrollo de los procedimientos administrativos. Es una fuente de información permanentemente actualizada que facilita al personal de una organización la correcta ejecución de las tareas normalizadas.

Se utiliza cuando se requiere describir la totalidad o parte de los procesos y/o actividades para entregar un producto y/o servicio.

Contenido del Manual:

- Carátula: Deberá contener al centro el nombre del documento, de acuerdo a como se identificará en el Manual de Calidad o en el Listado Maestro de Documentos Internos del SIGCC, seguir el procedimiento de uso de plantilla.
- Resolución (que lo aprueba si se requiere).
- Introducción.
- Objetivos.
- Contenido o índice con paginación.
- Marco Legal y Conceptual (cuando aplique)
- Desarrollo
- Anexos. (procedimientos, formatos, flujo gramas, glosario, etc)

2.2.2 GUÍA: Se utiliza para dar una orientación, indicar o conducir el desarrollo de una actividad, la Guía contendrá los siguientes aspectos:

- Objetivo
- Marco Legal y Conceptual. (cuando aplique)
- Desarrollo
- Anexos

| | | |
|---|---|---------------------------------|
|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | <p>GUÍA PARA LA ELABORACIÓN ESTÁNDAR DE PROCEDIMIENTOS</p> | Proceso: Mejora Continua |
| | | Código: PMC – G – 001 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha Revisión: Julio 21 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: Agosto 29 / 2011 |
| Elaboró: Comité Operativo | | Aprobó: Comité de Calidad |
| | | Página 4 de 6 |

2.2.3 FORMATO: Instrumento de comunicación administrativa, forma particular de codificar información para almacenar. Existen diferentes tipos de formatos para diferentes tipos de información: audio, gráfico, animación, documentos, etc. Contendrá los siguientes aspectos:

- Encabezado documental del SIGCC
- Nombre de la Entidad.
- Nombre del Formato.
- Cuerpo o contenido.
- Fecha

2.2.4 CARTILLA: Cuaderno pequeño dispuesto para anotar en él determinados datos de carácter oficial. Tratado breve y elemental de algún procedimiento, que permite la implementación de procesos y procedimientos en procura de la mejora continua. Contendrán los siguientes aspectos:

- Carátula
- Introducción.
- Objetivos.
- Contenido.
- Marco Legal y Conceptual (cuando aplique)
- Desarrollo

2.2.5 INSTRUCTIVO: Documento donde se registran los pasos a seguir para el desarrollo de una actividad o tema específico. El Instructivo contendrá los siguientes aspectos:

- Objetivos.
- Marco Legal y Conceptual. (cuando aplique)
- Desarrollo. El desarrollo se compone de instrucciones para llevar a cabo las actividades, de acuerdo con la normatividad vigente.
- Anexos.

2.2.6 PLAN DE CALIDAD: Conjunto de documentos que permiten identificar fácilmente los puntos de control a lo largo de un proceso para garantizar la calidad del producto, quién lo controla, qué recursos utiliza y dónde los utiliza. Estos documentos son:

- Procedimientos e Instructivos de Trabajo de Calidad relacionados
- Registros de Calidad relacionados
- Descripción de la Actividad
- Criterio de Aceptación
- Responsable
- Recursos Humanos
- Recursos Materiales

| | | |
|---|---|---------------------------------|
|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | <p>GUÍA PARA LA ELABORACIÓN ESTÁNDAR DE PROCEDIMIENTOS</p> | Proceso: Mejora Continua |
| | | Código: PMC – G – 001 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha Revisión: Julio 21 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: Agosto 29 / 2011 |
| Elaboró: Comité Operativo | | Aprobó: Comité de Calidad |
| | | Página 5 de 6 |

- Recursos Financieros
- Recursos Tecnológicos
- Método de Revisión
- Relación en control de cambios

2.2.7 RESOLUCIONES: Por medio de éstas se preferirán las decisiones que se refieren a situaciones Administrativas y Jurídicas de carácter particular y concreto, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente.

Para proyectar las Resoluciones utilice el formato establecido por la Personería Municipal.

Para aprobar los documentos que requieran la firma del Personero Municipal, deben ser enviados a la Secretaría General para su análisis y revisión se deben escribir las iniciales de la persona que lo preparó y de la persona responsable.

2.2.8 ANEXOS: Son los documentos que se adjuntan al proceso o procedimiento para detallar con mayor precisión alguna tarea o actividad de los mismos, los cuales se deberán referenciar dentro del proceso o procedimiento.

2.2.9 CARACTERIZACIÓN DEL MACROPROCESO O PROCESO: Consiste en identificar las características de los macro-procesos o procesos en una organización, y está orientada a ser el primer paso para adoptar un enfoque basado en procesos, es decir, qué macro-procesos o procesos deben aparecer en la estructura de procesos del sistema. Una vez elaborada esta caracterización, con la información proporcionada puede efectuarse el mapa de procesos de una organización.

Contendrán los siguientes aspectos:

Objetivo

Desarrollo

Entradas: Elementos requeridos que van a ser transformados para lograr resultados o producto

Recursos: Elementos necesarios para realizar el proceso.

Documentación aplicable

Parámetros de medición y seguimiento

Salidas

Responsables

2.2.10 BOLETÍN: Documento utilizado para actualizar y agilizar los cambios en el contenido en cualquier periodo de un macro-proceso, proceso, procedimiento o aplicativo previamente aprobado; a fin de que éste sirva de herramienta de consulta a los servidores públicos de la entidad. Contendrán los siguientes aspectos :

| | | |
|---|---|---------------------------------|
|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | <p>GUÍA PARA LA ELABORACIÓN ESTÁNDAR DE PROCEDIMIENTOS</p> | Proceso: Mejora Continua |
| | | Código: PMC – G – 001 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha Revisión: Julio 21 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: Agosto 29 / 2011 |
| Elaboró: Comité Operativo | | Página 6 de 6 |
| | | Aprobó: Comité de Calidad |

- Objetivo
- Justificación
- Propuesta de mejora
- Alcance modificación
- Contenido procedimiento
- Normatividad
- Revisión y aprobación Técnica de Calidad
- Ajuste a la versión de forma y de fondo
- Publicación y socialización en la página Web de la Entidad

3. ANEXOS

Formato documentos del SIGCC
Instructivo para el uso de la plantilla del SIGCC

COPIA NO CONTROLADA

Anexo D: Procedimiento Control De Documentos

| | | |
|---|--|---------------------------------|
|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | <p>PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS</p> | Proceso: Mejora Continua |
| | | Código: PMC – PR – 001 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha Revisión: Julio 21 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: Agosto 29 / 2011 |
| Elaboró: Comité Operativo | | Aprobó: Comité Directivo |
| | | Página 1 de 6 |

1. OBJETIVO

Definir los pasos y controles necesarios para la elaboración, modificación o anulación de la documentación producida por la Personería Municipal, en el marco del Sistema Integrado de Gestión y Control de Calidad (SIGCC). Así mismo establecerá las directrices para el control de la documentación externa que guarde relación con el SIGCC

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica para el control de la documentación interna generada por la Personería y por la documentación externa recibida.

3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

- a. **Documento.** Elemento que provee información o datos que poseen un significado específico. Trata también del medio de soporte, el cual puede ser papel, magnético, óptico, electrónico, fotográfico, etc.
- b. **Procedimiento:** Forma específica de efectuar una actividad. Documento que define los pasos que deben seguir en un proceso o actividad
- c. **Registro.** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de las actividades desempeñadas.
- d. **Listado Maestro de Documentos.** Documento que condensa de manera detallada para cada uno de los procesos la lista de documentos creados e implementados dentro del SIGCC.
- e. **Normograma.** Documento que lista la normatividad colombiana que la Personería de Bucaramanga debe dar cumplimiento en el ejercicio de sus funciones.
- f. **Copia Controlada.** Término utilizado para validar la utilización impresa de un documento del SIGCC, diferente del original, pero que hace referencia a la última versión.
- g. **Tabla de Retención documental:** Instrumento reglamentado por el Archivo General de la Nación, adaptado a las necesidades de la Entidad,

| | | |
|--|--|---------------------------------|
|  PERSONERÍA DE BUCARAMANGA | PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS | Proceso: Mejora Continua |
| | | Código: PMC – PR – 001 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha Revisión: Julio 21 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: Agosto 29 / 2011 |
| Elaboró: Comité Operativo | | Aprobó: Comité Directivo |
| Página 2 de 6 | | |

para establecer responsabilidades sobre el manejo de los registro, ejercer estricto control sobre la producción, organización y utilización de los documentos en cada una de las etapas del ciclo de vida.

- h. **SIGCC.** Sigla utilizada para describir de manera resumida el término Sistema Integrado de Gestión y Control de Calidad.

4. CONDICIONES PREVIAS

No Aplica

5. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

¿Si deseo crear un nuevo documento de apoyo al SIGCC que pasos debo seguir?

1. **Identifique la necesidad real de crear un nuevo documento.** Con base en las actividades establecidas para el proceso, identifique si la documentación existente le provee la información necesaria o por el contrario no es la adecuada o no apoya la gestión o control del mismo.
2. **Solicite aprobación para el nuevo documento.** Analice junto con el líder o responsable del proceso la necesidad de implementar el nuevo documento dentro del sistema de gestión de calidad. Si se observa la necesidad, diseñe el nuevo documento y llévelo a Comité Directivo para su aprobación.
3. **Cree el nuevo documento.** De acuerdo a las necesidades identificadas proceda a crear el nuevo documento en los formatos establecidos para ello (cuando se trate de manuales, procedimientos o instructivos), en los otros casos bastará con agregar el logotipo de la Personería e identificarlos de manera adecuada.
4. **Codifique el documento.** Asigne un código al documento de acuerdo a los parámetros establecidos en el instructivo para la codificación de documentos del sistema de gestión de calidad. Dicho código será proporcionado por el Representante de la Dirección, una vez haya codificado el documento este deberá ser incluido dentro del listado maestro de documentos.
5. **Socialice y libere el documento.** Comunique e instruya a las personas de la institución que tendrán relación con el documento, acerca de su propósito, contenido y manejo.

| | | |
|--|--|---------------------------------|
|  PERSONERÍA DE BUCARAMANGA | PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS | Proceso: Mejora Continua |
| | | Código: PMC – PR – 001 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha Revisión: Julio 21 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: Agosto 29 / 2011 |
| Elaboró: Comité Operativo | | Aprobó: Comité Directivo |
| | | Página 3 de 6 |

6. Ubique el documento en los puntos de uso. Será responsabilidad del Representante de la Dirección distribuir y ubicar el documento en los puntos autorizados de uso (documentos físicos). En cuanto a la distribución en formato digital, el Representante de la Dirección entregará la última versión a Secretaría General, para que esta última se encargue de subirlos a la página Web (en los casos que aplique).

Por último el Representante de la Dirección actualizará el Listado Maestro de Documentos, a fin de contar con la última versión de la documentación existente al interior del SIGCC, ubicada en la página web.

¿En caso que requiera actualizar un documento que pasos debo seguir?

1. Defina las mejoras a realizar. Con base en el manejo diario que se tienen de las actividades del SIGCC, identifique las necesidades de mejora sobre las mismas. Recuerde que el documento es solo un elemento descriptivo de la forma como se deben realizar las actividades, no es el propósito en sí.

Analice junto con el líder o responsable del proceso la conveniencia de implementar cambios al interior del sistema integrado de gestión y control de calidad.

2. Actualice el documento. Con base en las mejoras o cambios identificados actualice la documentación de apoyo que se verá afectada y solicite aprobación al Comité Directivo, explicando las ventajas o beneficios de dicho cambio.
3. Socialice y libere el documento. Comunique e instruya a las personas de la entidad que tendrán relación con el documento, acerca de su propósito, contenido y manejo.
4. Ubique el documento en los puntos de uso. Será responsabilidad del Representante de la Dirección distribuir y ubicar el documento en los puntos autorizados de uso (documentos físicos). En cuanto a la distribución en formato digital, el representante de la dirección entregará la última versión a Secretaría General, para que esta última se encargue de subirlos a la página Web (en los casos que aplique).

| | | |
|---|--|---------------------------------|
|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | <p>PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS</p> | Proceso: Mejora Continua |
| | | Código: PMC – PR – 001 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha Revisión: Julio 21 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: Agosto 29 / 2011 |
| Elaboró: Comité Operativo | | Aprobó: Comité Directivo |
| Página 4 de 6 | | |

Por último el representante de la dirección actualizará el Listado Maestro de Documentos, a fin de contar con la última versión de la documentación existente al interior del SIGCC, que deberá ser actualizado en la pagina web.

¿En dónde puedo hallar la documentación del SGC, si deseo consultarla?

Con el fin de facilitar el acceso y control de la documentación, la Personería de Bucaramanga ha decidido mantener diversos medios de información, uno físico y otro digital.

- a. **Documentos Físicos.** Se mantendrá una versión original de cada uno de los documentos del SIGCC en su folder respectivo. Las versiones físicas originales (dos) reposarán una en poder del (a) Personero (a) y otra del Representante de la Dirección.
- b. **Documentos Digitales.** En la página web, se incluirá una carpeta denominada SIGCC, la cual estará organizada en sub-carpets con el nombre de cada uno de los procesos existentes. De esa forma se podrá acceder a los diferentes documentos creados, mediante la ruta de acceso prevista en la web.

Desde allí se podrán descargar los documentos para su lectura e impresión. Los documentos que se descarguen de la Web se consideran copias no controladas y deberán estar identificadas con un logo en gota de agua, como "copia no controlada". Así, toda copia en PAPEL es un documento NO CONTROLADO, a excepción del original que, a partir de la aprobación del presente procedimiento reposará según lo previsto en este.

¿En caso que un documento sea poco legible, que debo hacer?

En los casos en que las versiones impresas sean poco legibles, se debe solicitar a la dirección o al Representante de la Dirección que provea los recursos necesarios para garantizar un adecuado sistema integrado de gestión y control de calidad.

Si el problema no es debido a los medios de impresión se debe mejorar el documento en su fuente original, de manera que permita ser visualizado e impreso en óptimas condiciones, labor adelantada por el Representante de la Dirección.

¿En caso que desee eliminar un documento que ya no considere útil para el funcionamiento del SIGCC, que debo hacer?

| | | |
|---|--|---------------------------------|
|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS | Proceso: Mejora Continua |
| | | Código: PMC – PR – 001 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha Revisión: Julio 21 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: Agosto 29 / 2011 |
| Elaboró: Comité Operativo | | Aprobó: Comité Directivo |
| | | Página 5 de 6 |

El líder o responsable del proceso puede determinar que un documento perdió vigencia y utilidad para apoyar el funcionamiento del SIGCC, en consecuencia, debe solicitar la derogatoria del documento al Comité Directivo, la cual deberá quedar consignada en el acta respectiva.

El Comité Directivo, tiene un término de 8 días calendario para analizar y resolver la solicitud de eliminación. Transcurrido este lapso debe decidir si acepta o no la eliminación de dicho documento. En caso que se decida eliminar un documento, el Comité Directivo informará al Representante de la Dirección para que este último actualice el Listado Maestro de Documentos, en un término de tres días hábiles y la Secretaria General, realice los cambios respectivos en la página web, para lo cual contara con dos días hábiles. En todo caso se respetara los tiempos de retención de las tablas de retención documental.

¿Los documentos de origen externo también deben incluirse dentro del control de documentos? ¿Dónde se encuentran ubicados?

Se incluirán dentro del sistema integrado de gestión y control de calidad aquella documentación externa que afecte de una u otra forma el desarrollo o implementación de los procesos establecidos en el alcance, principalmente en los casos de elementos normativos o de obligatorio cumplimiento, aunque también se considera la correspondencia externa que contenga solicitudes, comisiones o procesos.

¿Qué pasos se siguen para controlar los documentos de origen externo?

Los documentos de origen externo son identificados por su nombre y fecha de emisión y se controlarán a través de lo establecido para la gestión de Correspondencia y Documentos Externos en el manual de procedimientos de gestión documental, archivo y correspondencia.

La distribución de documentos externos e internos está a cargo de la oficina de correspondencia de acuerdo con lo dispuesto en el manual de procedimientos de gestión documental, archivo y correspondencia.

Para su control se listarán las leyes, decretos y resoluciones dentro de un documento denominado "NORMOGRAMA" el cual contiene la normatividad de obligatorio cumplimiento que debe adoptar la Personería en el desarrollo de su ámbito de acción.

| | | |
|---|--|---------------------------------|
|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | <p>PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS</p> | Proceso: Mejora Continua |
| | | Código: FMC – PR – 001 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha Revisión: Julio 21 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: Agosto 29 / 2011 |
| <p>Elaboró: Comité Operativo</p> | | <p>Aprobó: Comité Directivo</p> |
| | | Página 6 de 6 |

¿Cómo evito el uso no intencionado de documentos obsoletos?

Se ha dispuesto evitar el uso no intencionado de documentos obsoletos de la siguiente forma:

- a. La Personería no conservará documentos que no sean necesarios, solo en caso de una eventualidad se conservaran procedimientos, manuales o instructivos, si se considera que servirán a futuro como soporte de algunas actuaciones administrativas. En estos casos las versiones anteriores se retiraran de su forma física y digital y se identificarán como documentos obsoletos, al tiempo que se creara una carpeta con dichos documentos en forma física. Esta labor la desarrollara el Representante de la Alta Dirección
- b. Se conservarán documentos como manuales o guías de uso de equipos, contratos o similares y se archivarán en su respectiva carpeta, acorde con las tablas de retención documental.

6. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- a. Listado Maestro de Documentos
- b. Control de Registros
- c. Instructivo para la identificación y codificación de documentos
- d. Tablas de retención Documental
- e. Guía estándar para la Elaboración de procedimientos
- f. *Manual de Procedimientos de Gestión Documental, Archivo y Correspondencia.*

Anexo E: Procedimiento Control De Registros

| | | |
|---|---|-------------------------------------|
|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS | Proceso: MEJORA CONTINUA |
| | | Código: : PMC – PR – 002 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha Revisión: Agosto 29 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: Septiembre 27 / 2011 |
| Elaboró: | | Página 1 de 6 |
| Aprobó: | | |

1. Objetivo

Definir los pasos y controles necesarios para la conservación de los registros o evidencias del funcionamiento del sistema integrado de gestión y control de calidad, de manera que se demuestre la conformidad con los requisitos establecidos y frente a los parámetros normativos.

2. Alcance

Este procedimiento aplica para los procesos establecidos en el SIGCC, para la producción y organización documental de la Personería Municipal de Bucaramanga.

3. Términos y Definiciones

- a. **Documento.** Elemento que provee información o datos que poseen un significado específico. Trata también del medio de soporte, el cual puede ser papel, magnético, óptico, electrónico, fotográfico, etc.
- b. **Registro.** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de las actividades desempeñadas.
- c. **SIGCC.** Sigla utilizada para describir de manera resumida el término Sistema Integrado de Gestión y Control de Calidad.

4. Condiciones Previas

- La gestión de archivo de la institución se realizará teniendo como parámetros los establecidos en el Manual de Procedimientos de Gestión Documental, Archivo y Correspondencia.
- Toda comunicación que se reciba vía correo electrónico debe imprimirse y darle entrada a la institución según lo establecido para la radicación de correspondencia.
- Las fases que los registros o documentación del SIGCC tendrá en cuanto al manejo del archivo son: archivo de gestión, archivo central y archivo histórico.

| | | |
|---|---|-------------------------------------|
|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS | Proceso: MEJORA CONTINUA |
| | | Código: PMC – PR – 002 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha Revisión: Agosto 29 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: Septiembre 27 / 2011 |
| Elaboró: _____ Aprobó: _____ | | Página 2 de 8 |

- Para la administración y control de los documentos recibidos y enviados, internos y externos, la Personería cuenta con la aplicación software SIGED. Para el acceso a este sistema se requiere de una clave personal que debe ser solicitada en forma escrita por el jefe de área usuaria a la secretaria general, suministrando la siguiente información del funcionario (nombre y apellidos, número de documento, tipo de acceso)
- Los tipos de acceso establecidos para el software SIGED son: operador y consulta. En el caso de ser usuario Operador tendrá todos los perfiles para acceder a las diferentes funciones del sistema. Para el caso del Usuario de Consulta, solo se le permite la asignación del número consecutivo al documento y el estado de los documentos generados o recibidos.

5. Desarrollo de Actividades

¿Cómo puedo identificar que registros debo tener para validar la implementación del Sistema de Gestión de Calidad?

1. Cumplimiento de los Parámetros establecidos en los procesos. De acuerdo a los parámetros de calidad establecidos para las diversas actividades que componen el proceso se deberán conservar registros que evidencien su aplicación o implementación. Cabe recordar que la institución validará como evidencia cualquier medio donde se pueda registrar la ejecución de la actividad, como un video, un afiche, un audio, etc.
2. Documentación diligenciada. Otro de los mecanismos a través de los cuales se demostrará la implementación del sistema de calidad es el debido y correcto diligenciamiento de los diferentes formatos que lo componen. Una vez se han diligenciado hacen parte de los registros de la institución. Ejemplo. Planilla Control de Asesorías
3. Indicadores de Gestión. Los indicadores de gestión son el registro del desempeño de los diferentes procesos o actividades establecidas para el sistema integrado de gestión y control de calidad. El cumplimiento en su monitoreo, medición y toma de acción serán la demostración de este registro.

| | | |
|---|---|-------------------------------------|
|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS | Proceso: MEJORA CONTINUA |
| | | Código: : PMC – PR – 002 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha Revisión: Agosto 29 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: Septiembre 27 / 2011 |
| Elaboró: | | Página 3 de 6 |
| | | Aprobó: |

4. Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora. Con el propósito de lograr el adecuado funcionamiento, mantenimiento y mejora del SIGCC, la organización contará con registros de la definición y/o implementación de acciones correctivas, preventivas y de mejora que ayuden al cumplimiento de dicho propósito.
5. Registros de Obligatorio Cumplimiento. De acuerdo a los lineamientos establecidos en la Norma GP:1000, la entidad debe establecer y mantener registros documentados de:

| Numeral | Registro Requerido | Observaciones |
|---------|---|---|
| 5.6.1 | Revisión por la Dirección | <ul style="list-style-type: none"> Acta de Revisión por la Dirección |
| 6.2.2 | Educación, Formación, Habilidades y Experiencia | <ul style="list-style-type: none"> Hojas de Vida Educación y Formación (anexo) Evaluación de Desempeño Planes de Capacitación |
| 7.1 | Cumplimiento de los requisitos de la prestación del servicio | <ul style="list-style-type: none"> Matriz Necesidades del Usuario Mapa de Procesos Caracterización de Procesos |
| 7.2.2 | Revisión de los Requisitos relacionados con el producto o servicio | <ul style="list-style-type: none"> Cumplimiento estándares de proceso |
| 7.4.1 | Resultados de las Evaluaciones del Proveedor | <ul style="list-style-type: none"> Manual de Contratación Soportes contractuales |
| 7.5.2 | Validación de los Procesos de la Producción y Prestación del Servicio | <ul style="list-style-type: none"> Medición del Nivel de Satisfacción |
| 7.5.3 | La identificación única del producto y/o servicio | <ul style="list-style-type: none"> Trazabilidad Documental |
| 8.2.2 | Resultados de la Auditoría Interna y actividades de seguimiento | <ul style="list-style-type: none"> Informes de Auditoría Planes de Acción |
| 8.2.4 | La conformidad con los criterios de aceptación del producto | <ul style="list-style-type: none"> N/A |
| 8.3 | La naturaleza de las no conformidades del producto y/o servicio y de cualquier acción tomada posteriormente, incluidas las concesiones que se hayan obtenido. | <ul style="list-style-type: none"> Identificación de No Conformidades |
| 8.5.2 | Los resultados de las acciones correctivas tomadas | <ul style="list-style-type: none"> Acciones Correctivas |
| 8.5.3 | Los resultados de las acciones preventivas tomadas | <ul style="list-style-type: none"> Acciones Preventivas |

| | | |
|---|--|-------------------------------------|
|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | <p>PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS</p> | Proceso: MEJORA CONTINUA |
| | | Código: : PMC – PR – 002 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha Revisión: Agosto 29 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: Septiembre 27 / 2011 |
| <p>Elaboró: _____ Aprobó: _____</p> | | Página 4 de 8 |

¿Qué métodos y mecanismos ha establecido la organización para garantizar el correcto almacenamiento de los registros del SIGCC?

De acuerdo al tipo de registro (físico o digital/electrónico) la Personería ha dispuesto los siguientes mecanismos:

1. **Almacenamiento Físico.** Los registros físicos se almacenarán en un folder y/o carpeta debidamente identificada con la información que allí está contenida. El almacenamiento se dará por etapas de acuerdo a las siguientes:
 - a. **Archivo de Gestión.** Se almacenarán allí todos los registros de acuerdo al tiempo de retención dispuesto en la tabla de retención documental de cada una de las dependencias.
 - b. **Archivo Central.** Se almacenarán allí los registros clave de la institución teniendo como marco de referencia las **tablas de retención documental**.
 - c. **Archivo Histórico.** Se almacenarán los registros vitales que la compañía así lo considere con base en lo previsto en las **tablas de valoración documental**, depurando la documentación proveniente del archivo central.
2. **Almacenamiento Digital.** La información digital estará organizada por especies documentales según los parámetros establecidos en las tablas de retención documental.

Los registros digitales se almacenarán en medios portables (CD/USB) perfectamente identificados y estarán bajo la custodia de la Secretaría General.

¿Qué mecanismos y políticas ha establecido la organización para la protección de los registros?

Con el fin de lograr la protección de la documentación del sistema integrado de gestión y control de calidad, la Personería de Bucaramanga ha decidido implementar las siguientes políticas:

| | | |
|---|---|-------------------------------------|
|  | PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS | Proceso: MEJORA CONTINUA |
| | | Código: : PMC – PR – 002 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha Revisión: Agosto 29 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: Septiembre 27 / 2011 |
| Elaboró: _____ Aprobó: _____ | | Página 4 de 8 |

¿Qué métodos y mecanismos ha establecido la organización para garantizar el correcto almacenamiento de los registros del SIGCC?

De acuerdo al tipo de registro (físico o digital/electrónico) la Personería ha dispuesto los siguientes mecanismos:

1. **Almacenamiento Físico.** Los registros físicos se almacenarán en un folder y/o carpeta debidamente identificada con la información que allí está contenida. El almacenamiento se dará por etapas de acuerdo a las siguientes:
 - a. **Archivo de Gestión.** Se almacenarán allí todos los registros de acuerdo al tiempo de retención dispuesto en la tabla de retención documental de cada una de las dependencias.
 - b. **Archivo Central.** Se almacenarán allí los registros clave de la institución teniendo como marco de referencia las **tablas de retención documental**.
 - c. **Archivo Histórico.** Se almacenarán los registros vitales que la compañía así lo considere con base en lo previsto en las **tablas de valoración documental**, depurando la documentación proveniente del archivo central.
2. **Almacenamiento Digital.** La información digital estará organizada por especies documentales según los parámetros establecidos en las tablas de retención documental.

Los registros digitales se almacenarán en medios portables (CD/USB) perfectamente identificados y estarán bajo la custodia de la Secretaría General.

¿Qué mecanismos y políticas ha establecido la organización para la protección de los registros?

Con el fin de lograr la protección de la documentación del sistema integrado de gestión y control de calidad, la Personería de Bucaramanga ha decidido implementar las siguientes políticas:

| | | |
|---|---|-------------------------------------|
|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS | Proceso: MEJORA CONTINUA |
| | | Código: PMC – PR – 002 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha Revisión: Agosto 29 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: Septiembre 27 / 2011 |
| Elaboró: _____ Aprobó: _____ | | Página 6 de 6 |

tiempo de retención de las especies documentales (registros) se encuentre en las tablas de retención documental de cada una de las dependencias.

b. **Disposición de los Registros.** La disposición de los registros hace referencia al estado final que adoptarán los documentos, el cual puede ser de eliminación o de conservación de acuerdo a los parámetros de la tabla de retención documental.

- **Eliminación.** Proceso mediante el cual se extrae de los archivos de gestión o central los documentos que ya han cumplido el tiempo de retención y que su disposición final es la eliminación.

En los casos que uno o varios registros se eliminen definitivamente, la organización levantará el formato único de inventario documental y el acta de eliminación y el informe de eliminación documental, el cual tendrá como destino el Comité de Archivo.

- **Conservación Total.** Proceso mediante el cual se extrae del archivo central los documentos que ya han cumplido con su tiempo de retención documental y que su disposición final es la conservación total a cargo de la institución.

Para tomar la decisión de conservar totalmente uno o más registros la institución se guiará por las disposiciones establecidas en las tablas de valoración documental.

6. Documentos de Referencia

- a. Tablas de Retención Documental
- b. Tablas de Valoración Documental
- c. Formato Único de Inventario Documental
- d. Informe de Eliminación Documental
- e. Acta de Eliminación Documental
- f. Manual del Usuario (Software SIGED)
- g. Manual de Procedimiento de Gestión Documental Archivo y Correspondencia

Anexo F. Manual De Calidad

CD

Anexo G: Procedimiento Auditoría Interna

| | | |
|---|--|--------------------------------|
|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | <p>PROCEDIMIENTO AUDITORÍA INTERNA</p> | Proceso: Mejora Continua |
| | | Código: PMC – PR – 004 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha Revisión: Jun. 30 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: Agosto 29/ 2011 |
| Elaboró: Comité Operativo | | Aprobó: Comité Directivo |
| Página 2 de 7 | | |

- i. **Observación:** Situación que no implica incumplimiento de un requisito, pero que si evidencia la posibilidad de implementar correctivos menores a fin de lograr el mantenimiento del sistema integrado de gestión y control.
- j. **No Conformidad:** Término utilizado para hacer referencia al NO cumplimiento de un requisito del Sistema Integrado de Gestión y Control (interno o numeral de la Norma NTCGP1000: 2009)
- k. **Papeles de Trabajo u Hoja de Verificación:** Documento de trabajo que permite estructurar la auditoría y desarrollar los procedimientos definidos. Sirve de guía para determinar si las prácticas reales concuerdan con los procedimientos establecidos y los requisitos.

4. CONDICIONES PREVIAS

- a. Es requisito que las personas que participen en el proceso de realización de auditorías internas cuenten con la formación como auditores internos de calidad.

5. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

a. Programación de Auditorías

Definición de las dependencias o procesos a Auditar.

El equipo auditor, mediante el análisis y aplicación de criterios técnicos determinará los procesos objeto de la Auditoría Interna. Elaborará el Programa de auditoría y lo presentarán para revisión y aprobación del Comité Directivo.

La información requerida para la definición de los procesos a auditar se relaciona con:

- Resultados de la evaluación anterior del Sistema Integrado de Gestión y Control.
- Resultados de la revisión efectuada por la Alta Dirección al Sistema Integrado de Gestión y Control y decisiones tomadas producto de la misma.
- Cambios significativos de los Objetivos Corporativos y del Plan Estratégico de la Entidad.
- Actividades de alta incidencia sobre los resultados, alto impacto y/o alto riesgo.
- Resultados de las Auditorías Externas anteriores.
- Indicadores de desempeño de los procesos.
- Nuevos procesos / nuevos productos.

| | | |
|---|--|--------------------------------|
|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | PROCEDIMIENTO AUDITORIA INTERNA | Proceso: Mejora Continua |
| | | Código: PMC – PR – 004 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha Revisión: Jun. 30 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: Agosto 29/ 2011 |
| Elaboró: Comité Operativo | | Aprobó: Comité Directivo |
| | | Página 3 de 7 |

- Ajustes tecnológicos.
- Cambios relevantes en requisitos y normatividad legal aplicable.
- Cronograma de actividades claves de la organización que determinan su operación (vacaciones, cierres de periodos fiscales, proyectos especiales, entre otros).
- Solicitudes de Auditoría Interna por parte de los directivos, los responsables del proceso y otros interesados.
- Disponibilidad del equipo auditor.
- Recursos disponibles (físicos, financieros, tecnológicos, de información, entre otros).

Quando se presente una solicitud de Auditoría Interna por parte del Responsable de un proceso, éste deberá orientar al equipo auditor acerca de los ítems que le interesa verificar, dicha propuesta será analizada y aprobada en Comité Directivo, con el fin de programar su realización.

Elaboración, aprobación y comunicación del Programa de Auditoría

El Programa de auditoría, es elaborado por el equipo de la oficina de Control Interno, revisado por el Comité Directivo y aprobado por el Jefe de la Oficina, quien lo firma y lo comunica al Personero (a) Municipal y a los miembros del Comité Directivo del Sistema Integrado de Control y Gestión.

En su elaboración es conveniente considerar los siguientes criterios:

En la definición del Programa se tendrán en cuenta las normas constitucionales y legales, los requisitos establecidos por los Sistemas de Control Interno y de Gestión de Calidad y la Planeación Estratégica para asegurar que se verifique su cumplimiento y adecuación.

El Programa deberá garantizar que por lo menos durante el año se evalúe el 100% del total de procesos del Sistema Integrado de Gestión y Control.

La programación de las auditorías internas se condensará en el Formato Programa de Auditoría.

Selección del equipo auditor

Los criterios a tener en cuenta para la selección se fundamentan en los establecidos por la dependencia de Talento Humano, considerando lo siguiente:

| | | |
|---|--|--------------------------------|
|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | PROCEDIMIENTO AUDITORIA INTERNA | Proceso: Mejora Continua |
| | | Código: PMC – PR – 004 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha Revisión: Jun. 30 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: Agosto 29/ 2011 |
| Elaboró: Comité Operativo | | Aprobó: Comité Directivo |
| | | Página 4 de 7 |

Educación: Formación profesional en Ciencias Económicas, Administrativas ó Jurídicas (Administrador Público o de Empresas, Contador Público, Economista, Abogado), Ciencias Humanas, Sociales e Ingenierías.

Experiencia: Haber desarrollado actividades de auditoría, control interno, evaluación de procesos, de manera que posea las habilidades para analizar en forma global una actividad.

Formación: Haber recibido y aprobado la capacitación en Auditoría Interna.

Habilidades: Poseer las siguientes habilidades: Observación, Análisis y síntesis de datos Pensamiento Crítico, Comunicación y Liderazgo.

Para garantizar independencia en la ejecución de la Auditoría, ningún Auditor podrá auditar su propio proceso o donde haya prestado sus servicios durante los últimos seis (6) meses.

Así mismo, se tendrá en cuenta cualquier otra inhabilidad ó impedimento que pueda existir, la cual debe ser informada oportunamente al Comité Directivo, quien decidirá al respecto. Ello garantiza imparcialidad de juicio para confiar en el resultado de la Auditoría.

Formación del equipo auditor

Si el Jefe de la Oficina de Control Interno considera, como resultado del desarrollo de las auditorías, que las necesidades de formación y capacitación se deben reforzar, hará el requerimiento a la Oficina de Talento Humano, para la realización de actividades de actualización y formación e inclusión en el Plan Anual de capacitación.

Determinación de otros recursos necesarios para realizar la auditoría

El Equipo Auditor determina los recursos necesarios para la adecuada ejecución de las auditorías internas de tipo financiero y logístico (técnicos, económicos, de tiempo entre otros) con bases definidas previamente de manera técnica, de tal forma que éste sea objetivo y alcanzable para realizar la Auditoría Interna.

| | | |
|---|--|--------------------------------|
|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | PROCEDIMIENTO AUDITORIA INTERNA | Proceso: Mejora Continua |
| | | Código: PMC – PR – 004 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha Revisión: Jun. 30 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: Agosto 29/ 2011 |
| Elaboró: Comité Operativo | | Aprobó: Comité Directivo |
| | | Página 5 de 7 |

b. Elaboración del Plan de Auditoría

Estudio Preliminar

Esta actividad tiene como propósito que el equipo auditor conozca y comprenda de manera integral el proceso al cual ha sido asignado. Para lograr este conocimiento y comprensión es necesario estudiar y analizar información y datos relacionados con: objetivo del proceso, actividades, indicadores de gestión, entorno, organización interna, documentación de apoyo, mapas de riesgo, entre otros.

Plan de Auditoría

El Plan de auditoría debe ser elaborado por el equipo auditor, en el formato establecido para tal fin, (Formato Plan de Auditoría) dentro de los quince (15) días hábiles antes de la auditoría y presentarlo al Comité Directivo, para su aprobación y firma.

Sera comunicado en forma previa, ocho (8) días hábiles antes, por escrito a los responsables de los procesos por auditar.

El auditor o equipo auditor son los responsables de elaborar los papeles de trabajo (Listas de Verificación), con los cuales se ejecutará la auditoría.

c. Desarrollo o Ejecución de la Auditoría

Reunión de Apertura de la Auditoría

Se realiza con el responsable del proceso por auditar y el auditor ó equipo auditor. En esta reunión se informa el objetivo y el alcance de la auditoría, se revisa y se confirma el Plan de Auditoría y se aclaran las inquietudes que puedan surgir.

Ejecución de la Auditoría

El auditor o equipo auditor son los responsables de desarrollar el Plan de Auditoría y de recolectar la información que permita evidenciar y sustentar los hallazgos positivos (Fortalezas) y negativos (Debilidades, Riesgos, Observaciones y No Conformidades)

El auditor o equipo de auditores deberá obtener evidencia comprobada suficiente y competente en el grado que requiera para suministrar una base objetiva para su opinión y concepto, mediante la aplicación de técnicas y herramientas de auditoría.

| | | |
|---|--|--------------------------------|
|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | PROCEDIMIENTO AUDITORIA INTERNA | Proceso: Mejora Continua |
| | | Código: PMC – PR – 004 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha Revisión: Jun. 30 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: Agosto 29/ 2011 |
| Elaboró: Comité Operativo | | Aprobó: Comité Directivo |
| | | Página 6 de 7 |

Una vez que se obtiene evidencia, se debe validar el hallazgo durante el proceso auditor, determinando si se tratan de Observaciones ó No Conformidades, antes de la reunión de cierre.

Reunión de Cierre de la Auditoría

El Auditor líder o equipo auditor efectuará la reunión de cierre de la auditoria con el Responsable del proceso o procesos y quienes participaron en la auditoría para presentar las fortalezas, debilidades, riesgos, observaciones y No Conformidades (contenidas en el informe de auditoría)

d. Elaboración del Informe de Auditoría

Debe ser elaborado por el auditor o equipo auditor y traduce fielmente las conclusiones de la reunión de cierre. El informe se elabora en los términos y condiciones que define el formato Informe de Auditoría.

Toma de acciones correctivas o preventivas: El responsable del proceso o dependencia auditada debe asegurar que se tomen sin demora las acciones que permitan eliminar las causas de las Observaciones y No Conformidades detectadas a lo largo de la auditoría y en los términos establecido en la reunión de cierre. Se utilizara el formato definido para tal fin Formato Acciones de Mejora Continua

e. Seguimiento a los Hallazgos de Auditoría

Es responsabilidad del auditor, en el desarrollo de la auditoría hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones tomadas por el auditado para verificar su eficacia y el cierre de las No Conformidades y Observaciones detectadas durante la anterior auditoria o porque fueron declaradas por la entidad.

El seguimiento sobre las acciones preventivas y correctivas manifestadas en el Informe Final, se hará en los tiempos y actividades previstas dentro del plan de acción establecido para corregir o prevenir la aparición de fallas.

Para ambos casos se elaborará en el formato acciones de mejora continua.

| | | |
|---|--|--------------------------------|
|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | PROCEDIMIENTO AUDITORIA INTERNA | Proceso: Mejora Continua |
| | | Código: FMC – PR – 004 |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha Revisión: Jun. 30 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: Agosto 29/ 2011 |
| Elaboró: Comité Operativo | | Página 7 de 7 |
| Aprobó: Comité Directivo | | |

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

a. Formatos

- Formato Programa de Auditoría
- Formato Plan de Auditoría
- Formato Lista de Verificación de Auditoría
- Formato Informe de Auditoría
- Formato Acciones de Mejora Continua

b. Otros Documentos

- Manual de Calidad de la Personería Municipal de Bucaramanga
- NTC GP1000:2009
- Norma ISO 19011

Anexo H: Procedimiento Mejora Continua

ADJUNTO EN CD PROCEDIMIENTO MEJORA CONTINUA

Anexo I: Listado Maestro De Documentos

ADJUNTO EN CD ANEXO LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

Anexo J: Formato Tabla Retención Documental

ADJUNTO EN CD FORMATO TABLA RETENCIÓN DOCUMENTAL

Anexo K. Instructivo De Codificación De Documentación

| | | |
|---|--|--------------------------------|
|  | INSTRUCTIVO IDENTIFICACIÓN Y CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS DEL SIGCC | Proceso: Mejora Continua |
| | | Código: PMC – Ins – 001 |
| | | Versión: 0 |
| | | Fecha Revisión: May. 01 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: May. 01 / 2011 |
| | | Página 1 de 3 |
| Elaboró: Comité Operativo | | Aprobó: Comité Directivo |

OBJETIVO

Establecer las pautas para llevar a cabo la identificación y codificación de los documentos que se produzcan en las dependencias vinculadas a los diferentes procesos del Sistema Integrado de Gestión y Control de Calidad (SIGCC) de la Personería Municipal de Bucaramanga.

PAUTAS

Los documentos creados e implementados con motivo del Sistema Integrado de Gestión y Control de Calidad (SIGCC) tendrán la siguiente estructura de codificación, conformada por tres (3) elementos componentes:

| XXX | YYY | ZZZ |
|----------------------------|--------------------------------------|--------------------|
| Identificación del Proceso | Identificación del tipo de documento | Número Consecutivo |

Identificación del Proceso

Teniendo el Mapa de Procesos como base para la identificación de los procesos del SIGCC, se ha definido para cada uno de ellos una SIGLA única y distintiva, las cuales se mencionan a continuación:

| No. | Nombre del Proceso | Identificación del Proceso |
|-----|---------------------------------------|----------------------------|
| 01 | Planeación Institucional | PPI |
| 02 | Comunicaciones e Imagen Institucional | PCM |
| 03 | Gestión de Recursos Físicos | PGR |
| 04 | Atención al Usuario | PAU |
| 05 | Protección de Derechos Humanos | PDH |
| 06 | Ministerio Público | PMP |
| 07 | Seguimiento, Evaluación y Vigilancia | PVI |
| 08 | Conciliación | PCC |
| 09 | Participación Ciudadana | PPC |
| 10 | Gestión Financiera | PGF |
| 11 | Gestión del Talento Humano | PTH |
| 12 | Gestión Documental | PGD |
| 13 | Gestión de Contratación | PCO |
| 14 | Control Interno | PCI |
| 15 | Mejora Continua | PMC |

| | | |
|---|--|--------------------------------|
|  | INSTRUCTIVO IDENTIFICACIÓN Y CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS DEL SIGCC | Proceso: Mejora Continua |
| | | Código: PMC – Ins – 001 |
| | | Versión: 0 |
| | | Fecha Revisión: May. 01 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: May. 01 / 2011 |
| Elaboró: Comité Operativo | | Aprobó: Comité Directivo |
| Página 2 de 3 | | |

Identificación del Tipo de Documento

De la misma forma como hace parte del código del documento el tipo de proceso, se debe identificar el tipo de documento al cual se hace referencia. Para ello la personería definió un listado de abreviaturas que identifican en forma sencilla la documentación:

| No. | Tipo de Documento | Identificación del Documento |
|-----|----------------------------------|------------------------------|
| 01 | Actas | ACT |
| 02 | Boletín | BOL |
| 03 | Cartilla | CAR |
| 04 | Formato | F |
| 05 | Formulario | FO |
| 06 | Flujo grama | FL |
| 07 | Gula | G |
| 08 | Instructivo | INS |
| 09 | Informe | INF |
| 10 | Manual | MA |
| 11 | Manual de Calidad | MC |
| 12 | Manual de Funciones | MF |
| 13 | Manual de Indicadores de Gestión | MI |
| 14 | Matriz | M |
| 15 | Proceso | P |
| 16 | Procedimiento | PR |
| 17 | Plan de Calidad | PC |
| 18 | Plano | PL |
| 19 | Resolución | RS |

Número Consecutivo

Estructura del código que pretende asignar un número distintivo a cada uno de los documentos existentes dentro del SIGCC. Dicho número variará según el tipo de proceso y el tipo de documento, es decir que pueden existir varios documentos finalizados en 001, bien porque pertenecen a diferentes procesos o por que corresponden a diferentes tipos de documentos.

| | | |
|--|--|--------------------------------|
|  PERSONERÍA DE BUCARAMANGA | INSTRUCTIVO IDENTIFICACIÓN Y CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS DEL SIGCC | Proceso: Mejora Continua |
| | | Código: PMC – Ins – 001 |
| | | Versión: 0 |
| | | Fecha Revisión: May. 01 / 2011 |
| | | Fecha Emisión: May. 01 / 2011 |
| Elaboró: Comité Operativo | | Página 3 de 3 |
| | | Aprobó: Comité Directivo |

Veamos algunos ejemplos:

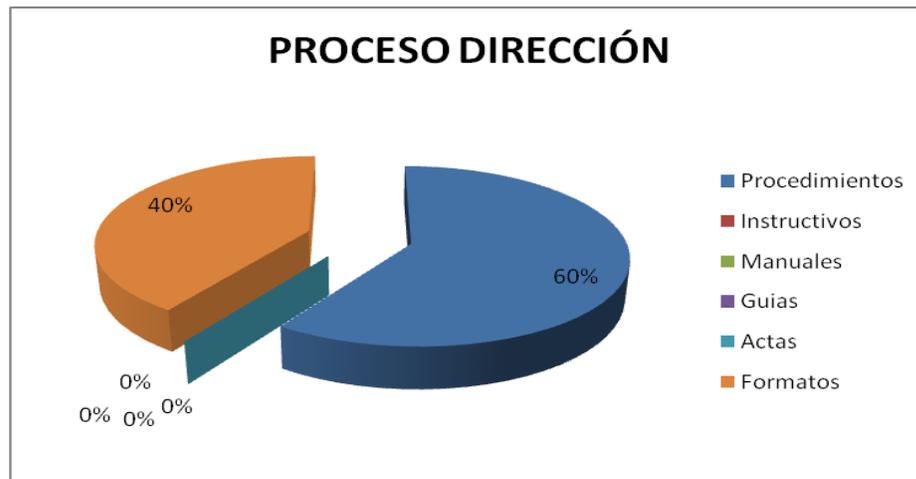
| PROCESO GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | |
|--|------------------------------------|
| Procedimiento para Evaluación de Proveedores | Formato de Registro de Proveedores |
| PCO – PR – 001 | PCO – F – 001 |
| <i>Observe que aunque tienen el mismo número consecutivo, por tratarse de diferentes tipos de documentos dentro del mismo proceso, esta secuencia es válida. CODIFICACIÓN CORRECTA.</i> | |
| PROCESO MEJORA CONTINUA | |
| Procedimiento de Mejoramiento Continuo | Procedimiento de Auditoría Interna |
| PMC – PR – 001 | PMC – PR – 002 |
| <i>Observe que aunque la documentación es para un mismo proceso, se trata de un documento similar (procedimiento) lo cual conlleva a que se mantenga la secuencia de la codificación. CODIFICACIÓN CORRECTA.</i> | |

Anexo L. Análisis de Resultados de la Documentación

- Resultados

Proceso dirección:

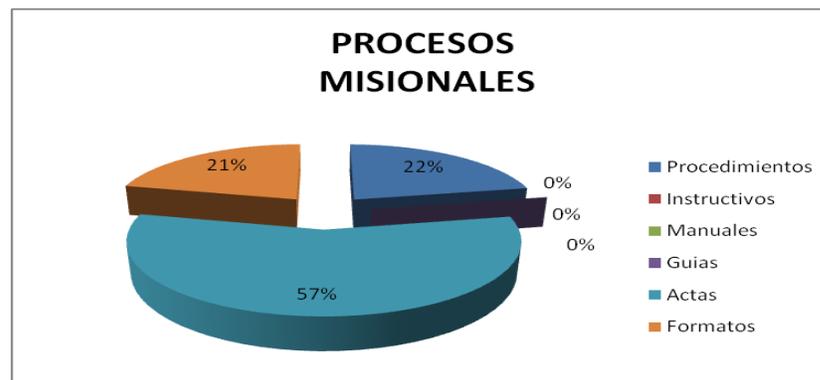
Resultados Proceso de Dirección



Fuente: Autoras

Procesos Misionales:

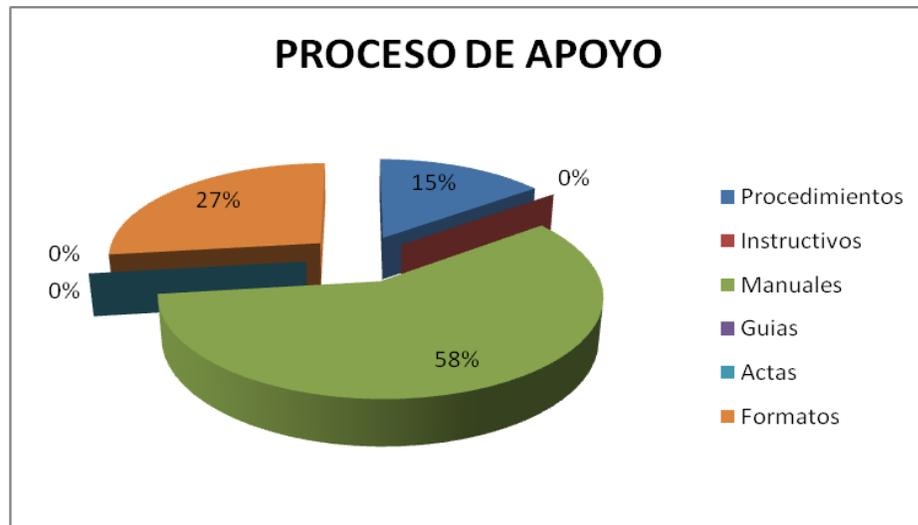
Resultados Procesos Misionales



Fuente: Autoras

Procesos de Apoyo:

Resultados Proceso de Apoyo



Fuente: Autoras

Procesos de evaluación y control:

Procesos Evaluación y Control



Fuente: Autoras

Anexo M: Boletín



PERSONERÍA DE BUCARAMANGA

"Desde el capital y la tecnología con nosotros e todos por igual, lo que marca la diferencia es la calidad del capital humano." Tom Peters



Desde que tomé posesión como Personera de Bucaramanga, decidí que mi gerencia debía ser una gerencia de valores, que mi entidad valdrá más no sólo por una excelente ejecución presupuestal y financiera, sino por el valor humano; me comprometí a entregar una institución acreditada, que ofrezca mejor servicio a la ciudad, con funcionarios competentes, íntegros, pero sobre todo que tengan como meta humana servir a la comunidad menos favorecida.

Hoy con gusto les extiendo mi invitación, para que juntos criticásemos lo que en principio eran solo sueños. Nos encontramos en la fase de Diagnóstico del Diseño del Sistema de Gestión de calidad, como se podrá evidenciar los resultados del diagnóstico, son una invitación a unificar esfuerzos para conjuntamente dar cumplimiento a los requisitos de la Norma NTCGP 1000:2009.

Tengo la certeza que cuento con el compromiso y el entusiasmo de cada uno de ustedes para asumir positivamente los cambios que debemos hacer para el cumplimiento de esta gran meta y poder entregarle a Bucaramanga una entidad eficiente y eficaz en la defensa de sus derechos.

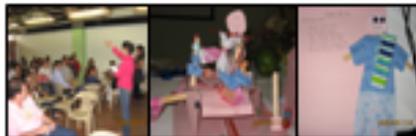
Felisa Rodríguez

Personera Municipal

ETAPAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD



CONSEJERÍA



El pasado 9 de septiembre se realizó la jornada de sensibilización del Sistema de Gestión de Calidad, en esta actividad se realizó la encuesta de afirmaciones, la cual permitió realizar el diagnóstico de calidad.

MOMENTO PARA RECORDAR...

Con nuestra firma nos comprometimos con la implementación del sistema.



APLICATIVO DEL INSTRUMENTO PARA DIAGNÓSTICO

Una vez se aplicó la encuesta correspondiente, se tabularon las respuestas con el fin de organizar la información y analizarla para consolidar los resultados respectivos. Ú cada respuesta de la escala de valoración, se le asignó un valor de la siguiente manera:

- Valor Descripción
- 0 No sabe
 - 1 No se cumple
 - 2 Se cumple insatisfactoriamente
 - 3 Se cumple aceptablemente
 - 4 Se cumple en alto grado
 - 5 Se cumple plenamente

TABULACIONE INTERPRETACION DE RESULTADOS

El procedimiento para cuantificar fue el siguiente:

FRECUENCIA: Identificar en cada pregunta el número de veces que una respuesta obtuvo cada uno de los valores asignados –calificación.

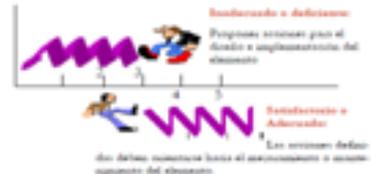
TERMINOS PORCENTUALES: Dividir la frecuencia sobre el total de encuestas realizadas.

PUNTAJE PARCIAL: Multiplicar cada valor por el porcentaje determinado.

PUNTAJE POR PREGUNTA: Suma de los valores parciales.

Dependiendo del rango en que se encuentre ubicado el registro, la interpretación de los resultados es la siguiente:

- Rango 0:** Inadecuado
- Rango 1:** Satisfactorio
- Rango 2:** Deficiente
- Rango 3:** Adecuado

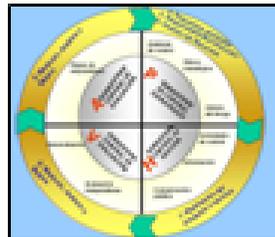


El informe se describe teniendo en cuenta los capítulos y requisitos de la norma NTCGP1000:2009, como resultado de la aplicación de la encuesta de afirmaciones sobre cada uno de los numerales de la norma.

Recuerda que ya tenemos un paso avanzado, tenemos la implementación del SGC, entonces será fácil articularlo con el Sistema de Gestión de Calidad.



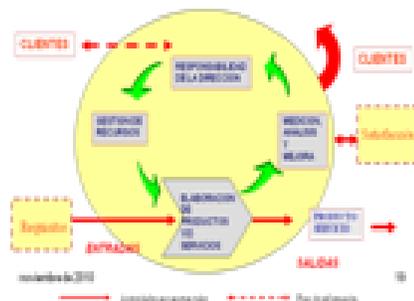
PERSONERÍA DE BUCARAMANGA



| ESTADO TOTAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD | | | | |
|--|---|----------------|----------------------|-----------------------------|
| REGULADO DE LA NORMA | DE DETALLE | VALOR OBTENIDO | VALOR MÁXIMO POSIBLE | VALOR OBTENIDO EN PORCIENTO |
| 1 | MANEJO DE MATERIALES Y SERVICIOS | 0,00 | 0,00% | 00% (DEFICIENTE) |
| 2 | REGISTRACIÓN DE SERVICIOS | 0,00 | 0,00% | 00% (DEFICIENTE) |
| 3 | MANTENIMIENTO DE SERVICIOS | 0,00 | 0,00% | 00% (DEFICIENTE) |
| 4 | MANEJO DE PLANTAS Y EQUIPOS DE SERVICIO | 1,00 | 100% | 100% (ADECUADO) |
| 5 | CONTROL DE SERVICIOS Y REPOSICIÓN | 1,00 | 100% | 100% (ADECUADO) |
| TOTAL DEL SISTEMA | | 2,00 | 2,00% | 00% (DEFICIENTE) |

Como se observa en la tabla anterior el sistema se encuentra en un nivel de implementación deficiente con un porcentaje del 0% y una calificación de 0,00.

ANÁLISIS DE IMPLEMENTACIÓN POR CASTIGOS



4. Sistema de Gestión de Calidad

El regulado 4, Sistema de Gestión de Calidad, muestra una calificación deficiente. Influye especialmente por el regulado 4.2 Gestión Documental, que no ha sido diseñado, como son las declaraciones de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, el manual de calidad y los procedimientos documentados requeridos en esta Norma.

5. Responsabilidad de la Dirección

Los funcionarios consideran que la Alta Dirección muestra compromiso, responsabilidad y autoridad bien definidos y que los servicios están encaminados al cliente, pero no se encuentran acorde con los regulados de la norma, además de no llevar a cabo el proceso de Revisión por la Dirección. Respecto de la Política de Calidad y la Planificación del

sistema tiene calificaciones coherentes con el resultado del numeral 4.2.1 Gestión Documental, Generalidades, puesto que no están declarados ni documentados la política, los objetivos y el manual de calidad entre otros documentos obligatorios del sistema de gestión de calidad. Es de resaltar que el Enfoque al Cliente, es identificado como una actividad que se desarrolla como producto de una labor diaria pero no como un proceso de gran importancia ya que se basan en uno de los principios del Sistema de Gestión de Calidad.

6. Gestión de Recursos

Corresponde al regulado mejor calificado en las encuestas de diagnóstico con calificación de 5,00 Satisfactorio, toda vez que existe fortaleza desde la implementación del MGC, con manuales de funciones, perfiles y Políticas de Desarrollo del Talento Humano, debidamente diseñados, implementados e incorporados. También es de resaltar que la Personería Municipal de Bucaramanga proporciona y mantiene una excelente infraestructura que le permite la prestación de sus servicios al tiempo que ofrece un ambiente de trabajo que incluye factores físicos, ambientales y condiciones de salud ocupacional favorables para el desarrollo del regulado de la Norma.

7. Realización del Producto o Prestación del Servicio

Respecto a la evaluación del regulado Realización del producto obtuvo calificación inadecuada, este hecho es atribuible a la baja identificación de regulados propios de la norma y no a la inexistencia de las actividades relacionadas con la prestación del servicio que son de naturaleza nacional.

Lo anterior obedece a calificaciones en porcentajes bajos como la trazabilidad, la validación de los procesos, la preservación del producto o servicio, la propiedad del cliente y la lista de caracterizaciones de los procesos, que no están diseñados en la Personería Municipal.

Además de lo anterior los regulados correspondientes a Diseño y Desarrollo y Control de los Dispositivos de Seguimiento y Medición, serán excluidos, al primero en virtud a que la Personería no tiene responsabilidad en el diseño y desarrollo de los servicios suministrados, por cuanto son esquemas predefinidos por la Ley y al segundo, puesto que la Personería asegura que el seguimiento y medición se realice de manera coherente con los regulados, sin necesidad de utilizar dispositivos de seguimiento y medición que deban calibrarse, verificarse y/o ajustarse según procedimientos de calibración preestablecidos.

8. Medición Análisis y Mejora

Este regulado de la norma obtiene calificación inadecuada en todos sus ítems, debido a la falta de diseño e implementación de los procedimientos de acción correctiva, preventiva, auditoría interna, seguimiento y medición de procesos y servicios. No obtiene coherencia con política de administración del riesgo y su respectivo mapa de riesgos, como del manual de planes de mejoramiento y de indicadores, que fueron diseñados durante el proceso de implementación del MGC, estos no han sido incorporados debidamente lo que conlleva a que no sean reconocidos como existentes en la entidad.

Conclusiones

Este estudio es la mejor oportunidad de mejorar. Contamos con usted para participar!

Anexo N: Acta Circulo de Calidad

| | | |
|---|--|----------------|
|  <p>PERSONERÍA DE BUCARAMANGA</p> | FORMATO ACTA CIRCULO DE CALIDAD | Proceso: CI. |
| | | Código: |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha Emisión: |
| | | Página 1 de |
| Aprobó: | | |

NOMBRE DEL CÍRCULO DE CALIDAD: CAPACITANDO

FECHA: 13 de septiembre de 2011

OBJETIVO DE LA REUNION: ANALIZAR LOS INDICADORES Y PROCEDIMIENTOS CORRESPONDIENTES A LA PERSONERÍA DELEGADA DE BIENES.

ASISTENTES

| NOMBRE | FIRMA |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| HERNANDO CORZO JAIMES | <i>Hno Corzo J</i> |
| ROSEMBERT QUINTANILLA MORALES | <i>Rosambert Quintanilla</i> |
| SAID SARMIENTO ORTIZ | <i>Said Sarmiento</i> |
| HECTOR ORDUZ MALDONADO | <i>Hector Orduz</i> |
| JHON MARCELL PINZON | <i>Jhon Marcell Pinzon Rincon</i> |
| ANDREA LIZETTE JAIMES VELANDIA | <i>Andrea Lizette Jaimes</i> |
| CATALINA ZARATE ANAYA | <i>Catalina Zarate Anaya</i> |
| JULIANA PEÑALOZA ÁLVAREZ | <i>Juliana Penaloza Alvarez</i> |

AGENDA DEL DIA

1. ANÁLISIS DE LOS INDICADORES Y PROCEDIMIENTOS CORRESPONDIENTES A LA DELEGADA DE BIENES
2. DESIGNACIÓN FECHA DEL PROXIMO CÍRCULO DE CALIDAD

PRINCIPALES TEMAS TRATADOS

En primer lugar, el Doctor Corzo hizo la presentación de las ingenieras Catalina Zárate Anaya y Juliana Peñaloza Álvarez, quienes en su labor de apoyo en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad brindarían una orientación sobre los indicadores y procedimientos que corresponden a la Delegada de Bienes.

Posteriormente, el Doctor Corzo informó que fueron aprobados los formatos de peticiones y quejas, actividades de formación y capacitación; y quejas, sugerencias y felicitaciones; los cuales serían socializados para poder iniciar con su aplicación.

Entrando a desarrollar el tema relacionado con los indicadores y procedimientos correspondientes a la Delegada de Bienes, junto con las ingenieras se fijaron tres indicadores: 1- Peticiones recibidas 2- Capacitaciones -Indicador mensual- 3- Comisiones, peticiones, quejas gestionadas/ comisiones, peticiones y quejas recibidas -Indicador mensual (Se fijó como meta de este último el 90%)

Las ingenieras aclararon que estos indicadores son diferentes a los establecidos en el plan de acción.

| | | |
|---|--|---------------------------------|
|  <p>PERSONERIA DE BUCARAMANGA</p> | FORMATO ACTA CIRCULO DE CALIDAD | Proceso: CI. |
| | | Código: |
| | | Versión: 1.0 |
| | | Fecha Emisión: |
| | | Página 2 de |
| Aprobó: | | |
| <p>En cuanto a los procedimientos se discutió y se fijó el alcance de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Procedimiento de comisiones, peticiones y quejas: Alcance: Inicia con la recepción de la petición/queja o con el registro de la actuación de oficio y finaliza con la respuesta de fondo al peticionario, remisión a la autoridad disciplinaria o informe a la personera; y el correspondiente archivo. 2. Procedimiento de Visitas Especiales: Alcance: inicia con la recepción de la petición o el registro de la actuación de oficio y finaliza con la emisión del acta contentiva del correspondiente concepto técnico. 3. Procedimiento de Participación en mesas de trabajo, comités, entre otros: Alcance: inicia con la recepción de la petición y finaliza con la rendición de un informe. <p>Por otra parte, se evidenció la necesidad de estandarizar el formato de asistencia a diligencias judiciales y se sugirió que los contratistas de la Personería contaran con algún tipo de documentación que los acreditara como tales.</p> <p>Como aspecto a resaltar, el Doctor Corzo felicitó al equipo de trabajo de la Delegada de Bienes por los resultados positivos obtenidos en la auditoría interna realizada el 30 de agosto de 2011; resaltando a su vez, la necesidad de seguir mejorando, de reforzar la labor del círculo de calidad dejando evidencias documentales y de socializar el mapa de riesgos de la Delegada.</p> | | |
| SEGUIMIENTO DE COMPROMISOS | | |
| NUEVOS COMPROMISOS | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. SE ESTABLECE COMO FECHA PARA LA REALIZACIÓN DEL NUEVO CIRCULO DE CALIDAD, EL 20 DE SEPTIEMBRE A LAS 10:00 A.M. | | |
| Aprobado por: | | Fecha: 13 de septiembre de 2011 |