



INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 1

REVISIÓN GERENCIAL N.º 10

FECHA DE REVISIÓN:
27/12/23

INFORMACIÓN DE ENTRADA PARA LA REVISIÓN

1. Estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas.
2. Cambios en las cuestiones externas e internas.
3. Desempeño y la eficacia del SGC:
 - a. Satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes.
 - b. Grado de cumplimiento de los objetivos de la calidad.
 - c. Desempeño de los procesos y conformidad del servicio.
 - d. No conformidades y acciones correctivas.
 - e. Resultados de seguimiento y medición.
 - f. Resultados de las auditorías.
 - g. Desempeño de los proveedores externos.
4. Adecuación de los recursos.
5. Eficacia de las acciones tomadas para abordar riesgos y oportunidades.
6. Oportunidades de mejora.

1. ESTADO DE LAS ACCIONES DE LA REVISIONES POR LA DIRECCIÓN PREVIAS

Derivado de la revisión por la dirección inmediatamente anterior a la actual, se estableció un plan de mejora con acciones específicas derivadas de esta misma revisión; el estado actual de estas 10 OPORTUNIDADES DE MEJORA, a la fecha de esta nueva revisión se encuentran ejecutadas en un 100%.

Igualmente se observa que la Gerencia con el apoyo del coordinador de calidad, realiza seguimientos previos al Sistema de Gestión de Calidad, por medio de las **reuniones trimestrales de comité de calidad** en la cual se evidencia que se ha realizado continuamente un seguimiento al cumplimiento del plan de mejora resultante de la revisión gerencial inmediatamente anterior, el control del estado de las acciones correctivas (aunque durante este año no se presentaron acciones de este tipo) y el seguimiento al cumplimiento de las acciones establecidas para los riesgos. Trimestralmente también se cerciora del análisis y evaluación los datos e información que surgen por el seguimiento y medición, evaluando aspectos como:

- La conformidad del servicio.
- Grado de satisfacción del cliente
- Desempeño y eficacia del SGC
- Necesidad de mejoras del SGC.

Resultante de estos **informes de análisis de datos** se evidencia también que se toman decisiones y acciones en busca de la mejora; a la fecha de esta revisión gerencial claramente se puede observar el cumplimiento de todos estos planes de mejora; convirtiéndose este en un recurso más como la dirección realiza seguimiento o revisiones previas a este informe.

2. CAMBIOS EN LAS CUESTIONES EXTERNAS E INTERNAS

La gerencia con el acompañamiento de los líderes de proceso realiza verificación del contexto de la institución relacionados con los factores internos (matriz MEFI) y externos (matriz MEFE), y el perfil competitivo (MPC) durante la PRIMERA reunión de comité de calidad el 31 de marzo del 2023, evidenciándose la actualización de estas matrices en la misma fecha, considerando que:

1. Dentro de los factores EXTERNOS:
 - o Reemplazar de la parte EXTERNA el tema de la pandemia del COVID-19 por la siguiente **amenaza**: "La posible negligencia por parte de otros sectores y servicios (salud - educación - registraduría, entre otros), en los tramites o gestiones realizadas en el proceso de restablecimiento de derechos de los niños, niñas y/o adolescentes."



INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 2

2. La matriz de identificación de necesidades y expectativas de las partes interesadas relevantes se le realiza un ajuste en el mes de mayo del presente año, referentes a:
 - En la parte del ICBF, se incluye lo concerniente a las gestiones que ellos esperan que se realicen con los distintos sectores y servicios para el goce efectivo de los derechos de los niños, niñas y/o adolescentes.
 - Se cambia la parte de BENEFICIARIOS por el termino: NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTE ATENDIDOS EN LAS MODALIDADES Y SERVICIOS Y SUS REDES DE APOYO, así mismo se agregan 2 necesidades y/o expectativas más para estos.
 - Se elimina lo concerniente a: "Cumplir con todas las normas de bioseguridad al prestar los servicios de las diferentes modalidades y servicios, especialmente durante la pandemia del COVID-19.", debido a que ya no es una exigencia por parte del ICBF.
3. De acuerdo con los ajustes realizados del análisis INTERNO y EXTERNO, se actualizo también la matriz DOFA, generando así actualización de las estrategias planteadas en esta misma. A continuación, se describen los avances y resultados obtenidos al implementar cada una de ellas:

F01: Aprovechar las continuas supervisiones del ICBF para lograr fortalecer el sistema de gestión de la calidad por medio de la identificación continua acciones de mejora (F1, O2) - FECHA DE IMPLEMENTACIÓN: 01/07/2023: A la fecha de hoy se puede evidenciar que todas las supervisiones que se han recibido durante lo que va corrido del año 2023 y que no han logrado un 100% como resultado, las coordinaciones en apoyo con la coordinación de calidad han elaborado acciones de mejora por medio de salidas no conformes, lo que ha permitido fortalecer el SGC.

F02: Gestionar nuevas licencias de funcionamiento y/o mantener las actuales, aprovechando la experiencia y la certificación del SGC de la organización. - FECHA DE IMPLEMENTACIÓN: 01/07/2023: Se evidencia que la fundación recientemente logro renovar el 100% de sus licencias de funcionamiento por DOS AÑOS más y a la fecha de este informe, la organización cumple con este requisito para la prestación de los servicios bajo los contratos de protección, orientados al restablecimiento de derechos de los niños, niñas y/o adolescentes. Todo lo anterior gracias al orden que se lleva en los procesos, derivado del SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD que tienen implementado hace 10 años, de manera ininterrumpida.

FA1: Incluir la realización de reuniones entre las coordinaciones de la modalidad junto con las COMISARIAS DE FAMILIA, con la finalidad de afianzar o alinear los conocimientos frente al MAC y todo lo concerniente a la parte técnica de acuerdo con el lineamiento vigente estipulado por el ICBF, aprovechando también la experiencia de la institución. (F2, F3, A2) - FECHA DE IMPLEMENTACIÓN: Cuando se requiera y programe a partir del 01/07/2022: Se evidencia desde las coordinaciones de las modalidades y servicios la realización de esta actividad en los momentos que se ha requerido, evidenciándose por ejemplo en los casos de la modalidad EXTERNADO en BOSCONIA y en HOGAR SUSTITUTO del municipio de SINCELEJO la mejoría en los procesos que se llevan con los niños, niñas y/o adolescentes de RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS.

FA2: Aprovechar el talento humano calificado en el área administrativa para que en conjunto detecten a tiempo los continuos cambios en los lineamientos y anexos realizados por parte del ICBF. (F2, A3): La continua revisión de la página web del ICBF por parte de nuestra coordinadora general institucional ha permitido que por medio de correos electrónicos se den a conocer a los coordinadores de modalidades y/o servicios, los cambios o actualizaciones más recientes de los documentos que el ICBF, como por ejemplo con la reciente actualización en la guía de orientaciones de riesgos. En todo caso cada coordinación manifiesta un sentido de compromiso al estar al día con cualquier cambio de versión, bien sea por medio de la página web o por la buena relación establecida con los centros zonales, quienes también establecen comunicación con esta



INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 3

vía correo electrónico. Se evidencia oficios de aprobación de la nueva versión del proyecto de implementación y cualificación en los centros zonales Sucre y Cesar.

FA3: Realizar difusión de la modalidad hogar sustituto con la finalidad de que el ICBF logre aperturar más unidades de servicios y se fortalezca las condiciones de infraestructura y comodidad a los niños, niñas y/o adolescentes ubicados en estos: Se evidencia trabajo realizado por el equipo de la modalidad durante este último año, reflejándose de forma positiva en la aperturar 5 nuevas unidades de servicio.

D01: Hacer uso de las nuevas tecnologías para contrarrestar la demora en la transferencia y recepción de la información interna requerida para la operación de los programas. (D1, O6):

Se evidencia, como parte del cumplimiento de esta estrategia, un uso más continuo por parte de todo el personal, de medios tecnológicos formales y trazables como el correo electrónico. Sin embargo, se destaca la inversión realizada por la empresa al comprar un equipo con mayor capacidad y ubicar un auxiliar que se está encargando continuamente de recopilar toda la información de los contratos de los municipios que están dentro del alcance del SGC, lo que permite tener disponible de una manera más ágil en la sede principal la información digital; se evidencia control por parte de la auxiliar administrativa de la información disponible con formatos para este fin y la pendiente aún por guardar copia de seguridad. Así mismo se evidencia proceso continuo de copias de seguridad en disco duro por parte del área financiera.

DO2: Aprovechar las alianzas con las instituciones de educación superior con la finalidad de mejorar las deficiencias actuales en el desarrollo de las actividades de formación y capacitación al personal, así como en el archivo oportuno de todas las atenciones y seguimientos en los anexos de historia de atención.

Esta estrategia se evidencia que ha sido continuamente ejecutada desde las diferentes modalidades y/o servicios, puesto que se han gestionado capacitaciones con instituciones de este tipo y así mismo fortalecido ciertos procesos administrativos, como el de archivo en la sede de Sincelejo al contactar practicantes del Sena para actividades como éstas. Así mismo se evidencia la realización de cursos con certificados incluidos.

DA1: Aprovechar el uso de las plataformas tecnológicas de videoconferencias que, a raíz de la pandemia del COVID-19 se aumentaron en su uso, para mejorar el desarrollo de actividades de inducción, reinducción, formación y capacitación al personal:

Se evidencia una vez más en el transcurso de este año 2023 que APSEFACOM viene implementando esta estrategia hasta la fecha, al haber programado y realizado actividades de inducción, reinducción, capacitación y/o formación al talento humano ubicado en las distintas sedes de la entidad.

DA2: Realizar búsqueda activa de niños, niñas y/o adolescentes que requieran la prestación del servicio, en caso de poca o bajo número de remisiones por parte de la autoridad administrativa correspondiente y comunicarle a estos mismos los datos y condiciones de los resultados de la búsqueda: A la fecha de este informe se evidencia que la estrategia se encuentra en implementación para la modalidad de externado media jornada, debido a que es la única que presenta pocas remisiones por parte de la autoridad administrativa correspondiente.



INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 4

3. INFORMACIÓN SOBRE EL DESEMPEÑO Y EFICACIA DEL SGC

A. SATISFACCIÓN DEL CLIENTE Y LA RETROALIMENTACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS PERTINENTES

En el periodo revisado en este informe, se evidencia que se han reportado mediciones relacionadas con la aplicación de encuestas de satisfacción en los siguientes meses y con los siguientes resultados:

- PRIMER TRIMESTRE 2023:** Durante este primer trimestre, todos los meses, se aplicaron encuestas de satisfacción en las diferentes modalidades y servicio complementario de protección, según la fecha de ingresos, seguimientos y egresos de los niños, niñas y/o adolescentes y sus respectivas redes familiares. Promediando el trimestre el porcentaje de grado de satisfacción es de 100% lo que resulta muy positivo frente a la meta del sistema y se traduce en una satisfacción total por parte de las partes encuestadas, a continuación, se muestran los resultados por modalidades y mes a mes:

MES	MODALIDAD Y/O SERVICIO	HITO DEL MODELO DE ATENCION	RESULTADO	PROMEDIO POR MES
ENERO	AE - Codazzi DAYANA	HITO I	100%	100%
	Externado - EL COPEY	HITO II	100%	
	AE - Chiriguana YURIS	HITO I, II, III	100%	
	AE - Codazzi PAOLA	HITO II	100%	
	AE - Aguachica - LUZCIRIS	HITO I y II	100%	
	Hogar sustituto	todos	100%	
	Intervención de apoyo psicosocial	HITO I	99%	
	AE - Valledupar ORLADYS	HITO II	100%	
	AE - Aguachica SHADAY	todos	100%	
AE - Valledupar KAREN	HITO I y II	100%		
FEBRERO	Externado - Bosconia	HITO II	100%	100%
	Hogar sustituto	Todos	100%	
	Externado - EL COPEY	HITO II	100%	
	AE - Aguachica LUZCIRIS	HITO I - II	100%	
	Intervención de apoyo psicosocial	HITO III	100%	
	AE - Valledupar KAREN	HITO I - II	100%	
	AE - Codazzi PAOLA	HITO II	100%	
	AE - Chiriguana YURIS	HITO I - II	100%	
	AE - Codazzi DAYANA	HITO I - II	100%	
	AE - Valledupar ORLADYS	HITO I - II	100%	
AE - Aguachica SHADAY	HITO II - III	100%		
MARZO	AE - Valledupar KAREN	HITO I - II	100%	100%
	AE - Valledupar ORLADYS	HITO II	100%	
	Hogar sustituto	todos	100%	
	AE - Codazzi PAOLA	HITO II	100%	
	Externado - EL COPEY	HITO III	100%	
	AE - Chiriguana YURIS	HITO I - II	100%	
	AE - Aguachica LUZCIRIS	HITO I - II	100%	
	AE - Codazzi DAYANA	HITO I - II	100%	
AE - Aguachica SHADAY	HITO II - III	100%		



INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 5

- SEGUNDO TRIMESTRE 2023:** A lo largo de este segundo trimestre se aplicaron encuestas de satisfacción en diferentes programas, teniendo en cuenta la modalidad y/o servicio, así como la frecuencia que estas mismas establecen en sus lineamientos; es destacable que en el mes de JUNIO se aplicaron encuestas también a los SUPERVISORES DE CONTRATO. A continuación, se describen los resultados de acuerdo con lo reportado en cada uno de estos 3 meses:

MES	MODALIDAD Y/O SERVICIO	FASE CORRESPONDIENTE	RESULTADO	PROMEDIO POR MES	
ABRIL	Intervención de apoyo psicosocial	HITO II	99%	100%	
	Hogar sustituto	Todas	100%		
	Externado - El Copey	HITO II	100%		
	Apoyo especializado - Codazzi / PAOLA PLATA	HITO II	100%		
	Apoyo especializado - Aguachica / LUZCIRIS	Hito I - Hito II	100%		
	Apoyo especializado - Chiriguana / YURIS	Hito I - Hito II	100%		
	Apoyo especializado Codazzi / DAYANA PINEDA	Hito I - Hito II	100%		
	Apoyo especializado Aguachica / SHADAY	Hito I	100%		
	Apoyo especializado VALLEDUPAR / KAREN ROJAS	Hito I - Hito II - Hito III	100%		
Apoyo especializado Valledupar / ORLADYS	Hito I - Hito II	100%			
MAYO	Apoyo especializado - Chiriguana / YURIS	Hito I - Hito III	100%	100%	
	Apoyo especializado - Aguachica / LUZCIRIS	Hito I - Hito II - Hito III	100%		
	Hogar sustituto	Todas	100%		
	Apoyo especializado Codazzi / DAYANA PINEDA	Hito I - Hito II - Hito III	100%		
	Apoyo especializado - Codazzi / ELIANA	Hito II	100%		
	Apoyo especializado Valledupar / ORLADYS	Hito I - Hito II	100%		
	Intervención de apoyo psicosocial	Reportes telefónicos	100%		
	Externado - El Copey	HITO I	100%		
	Apoyo especializado VALLEDUPAR / KAREN ROJAS	HITO I	100%		
	Apoyo especializado Aguachica / SHADAY	Hito III	100%		
JUNIO	Apoyo especializado Codazzi / DAYANA PINEDA	Hito I - Hito II	100%	97%	
	Apoyo especializado - Codazzi / ELIANA	HITO II	100%		
	Apoyo especializado - Aguachica / LUZCIRIS	Hito I - Hito II - Hito III	100%		
	Hogar sustituto	Todas	100%		
	Intervención de apoyo psicosocial	Hito II	100%		
	Externado - El Copey	Hito II	100%		
	SUPERVISORES DE CONTRATO	INTERVENCION DE APOYO PSICOSOCIAL			NA
		HOGAR SUSTITUTO			80%
		APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO			98,5%
		EXTERNADO - MEDIA JORNADA BOSCONIA			86%
EXTERNADO - MEDIA JORNADA EL COPEY			NA		
Apoyo especializado - Chiriguana / YURIS	HITO II	100%			
Apoyo especializado VALLEDUPAR / KAREN ROJAS	Hito I - Hito II - Hito III	98%			



INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 6

• **TERCER TRIMESTRE 2023:**

MES	MODALIDAD Y/O SERVICIO	FASE CORRESPONDIENTE	RESULTADO	PROMEDIO POR MES
JULIO	AE - Codazzi-ELIANA	HITO II	100%	99%
	AE - Aguachica - LUZCIRIS	6 HITO I - 4 HITO II - 5 HITO III	100%	
	AE - Valledupar - ORLADYS	HITO II	100%	
	AE - Valledupar - KAREN	1 HITO I - 4 HITO II	97%	
	Externado - El Copey	HITO II	100%	
	AE - Codazzi - DAYANA	HITO II	93%	
	AE - Chiriguana - YURIS	1 HITO I - 5 HITO II - 1 HITO III	100%	
	Hogar sustituto	Todas	100%	
	AE - AGUACHICA - SHADAY	1 HITO I - 11 HITO II	100%	
AGOSTO	APOYO PSICOSOCIAL	HITO III	99%	100%
	Externado - BOSCONIA	HITO II	100%	
	AE - Codazzi - ELIANA	1 HITO I - 5 HITO II - 2 HITO III	100%	
	AE - Aguachica - LUZCIRIS	1 HITO I - 3 HITO II	100%	
	Hogar sustituto	Todas	100%	
	AE - Valledupar - ORLADYS	2 HITO I - 3 HITO II	100%	
	AE - Chiriguana - YURIS	2 hito I - 2 HITO II - 1 HITO III	100%	
	AE - Codazzi - DAYANA	HITO I	98%	
	AE - Valledupar - KAREN	3 HITO I - 2 HITO II	100%	
AE - AGUACHICA - SHADAY	HITO II	100%		
SEPTIEMBRE	APOYO PSICOSOCIAL	24 HITO I - 44 HITO II - 10 HITO III	99%	100%
	AE - Aguachica - LUZCIRIS	3 HITO I - 6 HITO II - 4 HITO III	100%	
	AE - Valledupar ORLADYS	5 HITO I - 4 HITO II	100%	
	AE Codazzi - DAYANA	HITO II	100%	
	AE CODAZZI - ELIANA	3 HITO I - 8 HITO II	100%	
	Externado. El copey	hito ii	99%	
	Hogar sustituto	Todas	100%	
	AE - Chiriguana - YURIS	1HITO I - 1 HITO III	100%	
	AE - Valledupar - KAREN	3 HITO I - 2 HITO II - 1 HITO III	100,0%	
	AE - AGUACHICA - SHADAY	HITO II	100%	
PROMEDIO GENERAL=			99%	



INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 7

CUARTO TRIMESTRE 2023:

MES	MODALIDAD Y/O SERVICIO	HITO CORRESPONDIENTE	RESULTADO	PROMEDIO POR MES
OCTUBRE	Externado - Bosconia	4 HITO II	100%	100%
	AE - Valledupar / KAREN	5 HITO I	100%	
	Externado - EL COPEY	40	100%	
	Ae - Aguachica LUZCIRIS	3 HITO I - 4 HITO II	100%	
	AE - Valledupar / ORLADYS	2 HITO I - 9 HITO II	100%	
	AE - Codazzi / MA JOSE	3 HITO I - 1 HITO II	100%	
	AE - Codazzi DAYANA	2 HITO II	100%	
	Hogar sustituto	46 EN TOTAL (20 Adolescentes - 16 Madres Sustitutas - 3 Niños - 7 Flia Biologica)	99%	
	AE - Chiriguana YURIS	3 HITO I - 1 HITO II	100%	
NOVIEMBRE	Externado - EL COPEY	58 Hito II	100%	100%
	Intervención de apoyo psicosocial	144 HITO II	100%	
	Hogar sustituto	36 en total.	100%	
	AE - Valledupar ORLADYS	24 en total (2 hito I - 10 Hito II)	100%	
	Ae - Aguachica LUZCIRIS	12 en total (4 hito I - 1 hito II - 1 hito III)	100%	
	AE - Codazzi DAYANA	13 EN TOTAL - HITO II	100%	
	AE - Chiriguana YURIS	12 EN TOTAL - HITO II	100%	
	Externado - Bosconia	120 EN TOTAL	100%	
DICIEMBRE	Hogar sustituto	10 NIÑOS - 13 MADRES SUSTITUTAS - 6 FLIA BIOLOGICA - 26 ADOLESCENTES	99%	100%
	AE - Codazzi DAYANA	6 HITO II	100%	
	Ae - Aguachica LUZCIRIS	4 HITO I - 7 HITO II - 6 HITO III	100%	
	AE - Chiriguana YURIS	5 HITO II	100%	
	Externado - Bosconia	20 HITO II	100%	
	AE - Aguachica SHADAY	3 HITO I - 2 HITO II - 1 HITO III	100%	
	Intervención de apoyo psicosocial	71 hito III	100%	
	Externado - EL COPEY	15 HITO II	100%	
	AE - Valledupar ORLADYS	2 HITO I - 4 HITO II	100%	
	AE - Valledupar KAREN ROJAS	7 HITO II	100%	
PROMEDIO GENERAL=			100%	

Por otra parte, también logramos percibir la satisfacción de nuestro cliente durante este año, por medio de la retroalimentación que nos brindaron al hacer sus comentarios en los buzones de sugerencias. A continuación, se muestra lo captado y conclusiones de esta gestión, trimestre por trimestre:

GESTIÓN DE QUEJAS, RECLAMOS Y/O SUGERENCIAS: El total de registros captados por medio de los buzones de sugerencias ubicados en todos los municipios durante este último año fue de **920**, el 100% de estos fueron tramitados y gestionado, su distribución mes a mes fue de la siguiente manera:



INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 8

TRIMESTRE	PETICIONES	QUEJAS	RECLAMOS	SUGERENCIAS	FELICITACIONES
1RO 2023	16	0	0	19	185
2DO 2023	40	5	8	2	187
3RO 2023	19	3	1	4	210
4TO 2023	31	0	0	8	182
TOTAL DEL AÑO	106	8	9	33	764

Se destaca que, durante todos los meses, la proporción de las felicitaciones siempre supera por mucho a los demás motivos, lo que demuestra el buen nivel de satisfacción de nuestros clientes con relación al servicio que se les presta.

B. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA CALIDAD

APSEFACOM garantiza el cumplimiento de los objetivos de la calidad por medio de indicadores en los 8 procesos del SGC, el despliegue de los objetivos de la calidad discrimina los 10 objetivos que se deben cumplir por procesos y los indicadores creados para esto. De acuerdo con los resultados de la medición de los indicadores de los procesos reportados, **se observa que la organización logra el cumplimiento en un 100% de los objetivos**, por medio de los indicadores que se muestran a continuación:

OBJETIVO DE CALIDAD	PROCESO	INDICADOR
Brindar una atención integral garantizando la protección integral y mejora de la calidad en la atención a la primera infancia, niños, niñas y/o adolescentes.	ATENCIÓN BIOPSIOSOCIAL	*Nivel de cumplimiento en las tomas de talla y peso. *Eficacia en los trámites de documentos de identidad para los usuarios atendidos que no cuenten con este, al ingreso del programa. *Porcentaje de usuarios que cuentan con esquema de vacunación completo. *Nivel de satisfacción con la responsabilidad en el servicio. *Nivel de cumplimiento en las herramientas de participación definidas en la PIYC * Nivel de cumplimiento en el desarrollo de las evaluaciones preliminares y/o valoraciones iniciales * Eficacia en las Técnicas del MAC para la micro gestión * Eficacia en las Técnicas del MAC para la MACRO gestión
Cumplir con la cobertura de los cupos contratados y debidamente remitidos por la autoridad administrativa correspondiente.		*Nivel de cumplimiento en la cantidad de cupos contratados y debidamente remitidos por la autoridad administrativa correspondiente.
Garantizar el cumplimiento de los objetivos contractuales de cada programa.		*Capacidad de cumplimiento en los requisitos contractuales
Fortalecer a las familias y comunidades atendidas.		*Porcentaje de casos de vulneración o amenaza de derechos identificados. * Grado de vinculación de la red familiar al proceso de atención
Lograr el posicionamiento esperado manteniendo y mejorando el Sistema de Gestión de Calidad	GESTIÓN COMERCIAL	*Capacidad de mantener los contratos de los programas en ejecución *Eficacia en la captación de nuevos contratos



INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 9

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	*Eficacia del SGC
Evaluar y mejorar las Competencias del personal.	GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	*Calificación promedio de competencias *Eficacia del programa de capacitación *Nivel del desempeño Laboral
Medir y mejorar el Clima Organizacional.		*Nivel de satisfacción con el clima Organizacional
Mantener una adecuada infraestructura física.	GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA	*Eficacia del programa de mantenimiento preventivo de equipos. *Eficacia del programa de mantenimiento preventivo de Instalaciones
Garantizar la transparencia en el manejo de los recursos.	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	*Eficacia en el manejo de los recursos de los contratos
Garantizar la satisfacción de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.	MEDICIÓN ANALISIS Y MEJORA	*Grado de satisfacción de los clientes *Gestión oportuna de las quejas, reclamos y/o sugerencias presentadas. *Porcentaje de acciones correctivas gestionadas *Porcentaje de cierre de salidas no conformes

C. DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD DEL SERVICIO

De acuerdo a la revisión de los resultados de la auditoría interna realizada durante el mes de SEPTIEMBRE DEL 2023, se observa que los procesos de la organización se desarrollan de acuerdo a los requisitos de la de la organización y a los de la norma ISO 9001: 2015, e igualmente se observa que los resultados de los indicadores muestran que la organización tiene una adecuada capacidad para alcanzar las metas establecidas, siendo evidente la eficacia y el buen desempeño de los procesos del sistema de gestión de la calidad de la organización y la conformidad del servicio, como se muestra en los siguientes gráficos por proceso:

➤ PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

○ EFICACIA DEL SGC

Se observa un excelente comportamiento de la eficacia del sistema, puesto que, al transcurrir cada trimestre analizado en este informe, se evidencia la buena capacidad de este indicador en cumplir con su meta, que al compararlo con los resultados de auditorías queda reflejado, aparte de una manera cuantitativa que cualitativamente el sistema de gestión de calidad ha logrado ser eficaz durante todo este año, a pesar de todos los ajustes realizados para la obtención de la renovación de licencias de funcionamiento para protección durante este año 2023.



INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

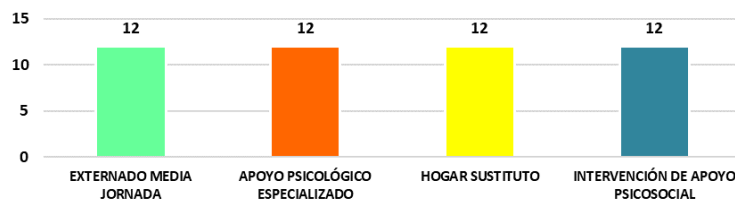
FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 10

➤ PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

○ EFICACIA EN EL MANEJO DE LOS RECURSOS DE LOS CONTRATOS

Durante el transcurso del año 2023, APSEFACOM ejecuto en total 3 modalidades y 1 servicio en PROTECCION. Cada uno de ellos se ejecutó a cabalidad, no solo técnicamente, sino financieramente también; tal y como se evidencia en el cumplimiento y aprobación de cada uno de los informes financieros entregados a los diferentes centros zonales, en la periodicidad que aplicaba a cada uno de ellos. A continuación, se referencia una gráfica de barras con los contratos, así como el número de informes entregados y aprobados por el ICBF, dando cuenta así de que la eficacia global de estos fue de un 100%:



(Número total de informes entregados por modalidad 2022)

➤ PROCESO DE MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

○ GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES

El resultado general arrojado por todas las encuestas de satisfacción aplicadas durante todo este año fue de un 100%. Lo anterior representa una tendencia POSITIVA al mantener el mismo porcentaje que en la revisión anterior.

Se evidencian reportes oportunos de estos indicadores, así como análisis para estos. El porcentaje general demuestra la oportunidad de los servicios prestados y una alta perspectiva de calidad por parte de: niños, niñas y/o adolescentes, redes familiares (familias biológicas) y supervisores de contrato.

○ GESTIÓN DE QUEJAS, RECLAMOS Y/O SUGERENCIAS

El buzón de sugerencias se ha convertido en una herramienta significativa a lo largo del tiempo, que nos ha permitido conocer las opiniones de los usuarios sobre el servicio que se les presta en cada una de las modalidades y servicios contratados, se destaca que el 100% de los registros de PQRSF fueron gestionados durante todo este año. El total de registros captados por medio de los buzones de sugerencias ubicados en todos los municipios fue de 1.148, el 90% corresponde a felicitaciones, el 5% a peticiones, el 1% a quejas y 4% a sugerencias. Las quejas, reclamos y/o sugerencias fueron gestionados y contestados por medio de las coordinaciones de programa. Se destaca la disminución del número de quejas frente a la revisión anterior. A continuación, se expresan estos porcentajes en números enteros mediante una gráfica de torta:



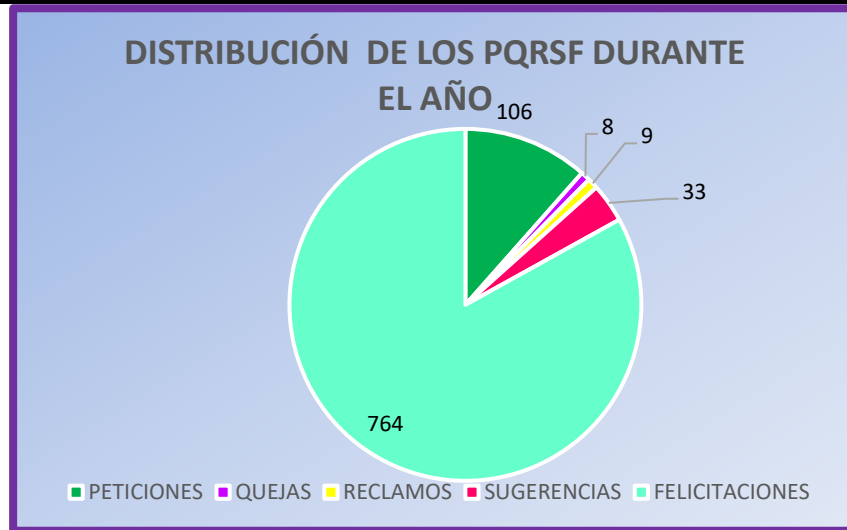
INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 11



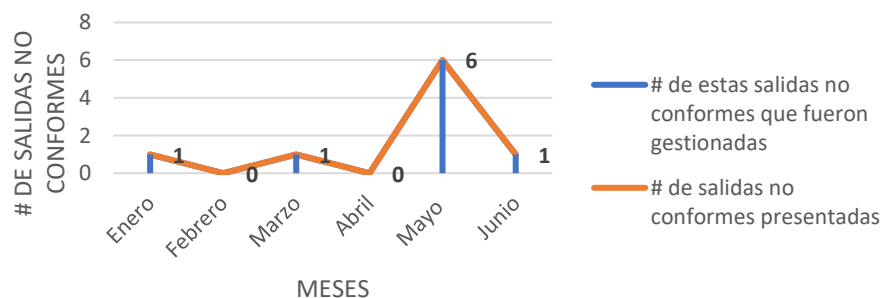
(Distribución de los registros captados 2023)

○ % DE ACCIONES CORRECTIVAS GESTIONADAS

Con la finalidad de cerciorarse de la adecuada gestión, implementación y cierre de las acciones correctivas se reportó el resultado de este indicador durante el periodo en 2 oportunidades, una en el mes de diciembre y otra vez en el mes de junio 2023, ambos resultados arrojaron como resultado NA , ya que durante este periodo no se registraron acciones de este tipo, evidenciándose así el buen funcionamiento y desempeño del sistema de gestión de calidad, reflejado durante las auditorias, cumplimiento de requisitos de tipo legal y seguimientos de indicadores. Se destaca como una tendencia positiva que por cuarta vez CONSECUTIVA no se identifican no conformidades durante la auditoría interna (2023), ni la de SEGUIMIENTO -2 del 2023.

○ % DE CIERRE DE SALIDAS NO CONFORMES

Durante este primer semestre del año 2023 se observa la identificación y gestión de 8 salidas no conformes; 2 de ellas relacionadas con el servicio complementario de APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO, 2 en HOGAR SUSTITUTO, 3 en EXTERNADO y 1 en la modalidad APOYO PSICOCIAL. A la fecha todas se encuentran implementadas en un 100% frente a las acciones propuestas para la corrección de estas. Interpretándose estos últimos registros de manera positiva, puesto que permiten fortalecer la prestación del servicio, así como brindar mayor madurez al sistema de gestión de calidad; destacándose que en el 100% de las modalidades que están en el ALCANCE del SGC se tienen identificadas salidas no conformes, resultado del trabajo realizado con el personal para sensibilizarlos y motivarlos a una cultura de la documentación de las correcciones realizadas.





INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 12

Durante el semestre B, se observa la identificación de 8 salidas no conformes en total, el 100% de estas bajo el proceso de ATENCION BIOPSIOSOCIAL. Se evidencia que todas estas fueron debidamente gestionadas y corregidas frente a los incumplimientos presentados, demostrando así la madurez del sistema de gestión y el compromiso por parte de las coordinaciones por la identificación de estas situaciones.

➤ PROCESO DE GESTIÓN COMERCIAL

○ **CAPACIDAD DE MANTENER LOS CONTRATOS DE LOS PROGRAMAS EN EJECUCIÓN**

Con el propósito de alcanzar el posicionamiento esperado, como parte de la política de calidad, se evidencia que durante este año 2023 se mantienen en un 100% los contratos que se ejecutaron el año anterior en los municipios del alcance del SGC, lo que dejar ver la buena capacidad de la organización a la hora de cumplir con los requisitos del cliente. Los contratos corresponden a las siguientes modalidades y servicios por sitio de atención: BOSCONIA (Externado media jornada) - SINCELEJO (Hogar sustituto) - AGUACHICA (Intervención de apoyo psicosocial) - VALLEDUPAR (Apoyo psicológico especializado) y en un sitio ADICIONAL: EL COPEY (Externado media jornada).

○ **EFICACIA EN LA CAPTACIÓN DE NUEVOS CONTRATOS**

Dentro del objetivo del proceso comercial se ha establecido la gestión necesaria con tal de captar nuevos contratos (Incluyendo el hecho de lograr renovar un contrato una vez este finaliza) Al medirlo durante el mes de Diciembre se evidencio un resultado positivo, puesto que aunque los 5 contratos que vienen del año anterior y que están dentro del alcance del SGC tuvieron fecha de finalización hasta NOVIEMBRE, se logró responder de forma adecuada y exitosa a todas las invitaciones correspondientes, dando como resultado el inicio de un nuevo contrato con el ICBF para esta modalidades hasta Marzo 2024, lo que a la fecha se mantienen en su TOTALIDAD. Por otro lado, APSEFACOM también hizo la debida gestión comercial para aplicar al banco de oferentes para los contratos de PRIMERA INFANCIA, logrando establecer contratos con el CZ CHIRGUANA, SAMPUES Y CODAZZI; aunque estos últimos no está dentro del alcance del SGC, si nos permite evidenciar la buena gestión de la ONG respecto a este objetivo planteado desde la POLITICA DE CALIDAD.

➤ PROCESO DE ATENCIÓN BIOPSIOSOCIAL

○ **NIVEL DE CUMPLIMIENTO EN LA CANTIDAD DE CUPOS CONTRATADOS Y DEBIDAMENTE REMITIDOS POR LA AUTORIDAD ADMINISTRATIVA CORRESPONDIENTE.**

Como parte de las obligaciones contractuales de cada modalidad y/o servicio, se encuentra el cumplimiento en la atención de un número determinado de cupos, actualmente APSEFACOM cuenta con 3 modalidades y 1 servicio complementario contratados dentro del límite establecido para el alcance del SGC. A continuación, se muestran los contratos vigentes con sus respectivos cupos y el nivel de cumplimiento de esto mes a mes por cada uno de los trimestres transcurridos en el tiempo analizado de este informe:



INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 13

MES	MODALIDAD Y/O SERVICIO	Municipio	N° de cupos CONTRATADOS	N° de cupos Remitidos y Atendidos	Resultado INDIVIDUAL	Resultado por MES
ENERO 2023	Externado COPEY	EL COPEY	80	64	80%	92%
	Externado BOSCONIA	Bosconia	100	100	100%	
	Hogar Sustituto	DONDE EXISTAN CASOS EN EL DPTO DE SUCRE	142	105	74%	
	Apoyo Psicológico especializado	Valledupar	60	60	100%	
		Aguachica	60	57	95%	
		Codazzi	55	46	84%	
		Chiriguana	20	20	100%	
Intervención de Apoyo Psicosocial	Aguachica	150	150	100%		
FEBRERO 2023	Externado - El copey	EL COPEY	80	64	80%	90%
	Externado - Bosconia	Bosconia	100	98	98%	
	Hogar Sustituto	DONDE EXISTAN CASOS EN EL DPTO DE SUCRE	142	106	74%	
	Apoyo Psicológico especializado	Valledupar	60	57	95%	
		Aguachica	60	52	87%	
		Codazzi	55	51	93%	
		Chiriguana	20	19	95%	
Intervención de Apoyo Psicosocial	Aguachica	150	150	100%		
MARZO 2023	Externado - El copey	EL COPEY	80	68	85%	89%
	Externado - Bosconia	Bosconia	100	80	80%	
	Hogar Sustituto	DONDE EXISTAN CASOS EN EL DPTO DE SUCRE	142	110	77%	
	Apoyo Psicológico especializado	Valledupar	60	60	100%	
		Aguachica	60	47	78%	
		Codazzi	55	50	91%	
		Chiriguana	20	20	100%	
Intervención de Apoyo Psicosocial	Aguachica	150	150	100%		

MES	MODALIDAD Y/O SERVICIO	Municipio	N° de cupos CONTRATADOS	N° de cupos Remitidos y Atendidos	Resultado INDIVIDUAL	Resultado por MES
ABRIL 2023	Externado COPEY	EL COPEY	80	68	85%	89%
	Externado BOSCONIA	Bosconia	100	80	80%	
	Hogar Sustituto	DONDE EXISTAN CASOS EN EL DPTO DE SUCRE	142	112	79%	
	Apoyo Psicológico especializado	Valledupar	60	60	100%	
		Aguachica	60	50	83%	
		Codazzi	55	46	84%	



INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 14

		Chiriguana	20	20	100%		
	Intervención de Apoyo Psicosocial	Aguachica	150	150	100%		
MAYO 2023	Externado - El copey	EL COPEY	80	68	85%	90%	
	Externado - Bosconia	Bosconia	100	80	80%		
	Hogar Sustituto	DONDE EXISTAN CASOS EN EL DPTO DE SUCRE	142	109	79%		
	Apoyo Psicológico especializado	Valledupar		60	60		100%
		Aguachica		60	54		90%
		Codazzi		55	49		89%
		Chiriguana		20	20		100%
Intervención de Apoyo Psicosocial	Aguachica	150	150	100%			
JUNIO 2023	Externado - El copey	EL COPEY	80	68	85%	89%	
	Externado - Bosconia	Bosconia	100	80	80%		
	Hogar Sustituto	DONDE EXISTAN CASOS EN EL DPTO DE SUCRE	142	107	75%		
	Apoyo Psicológico especializado	Valledupar		60	58		97%
		Aguachica		60	56		93%
		Codazzi		55	45		82%
		Chiriguana		20	20		100%
Intervención de Apoyo Psicosocial	Aguachica	150	150	100%			
	TOTAL		2001	1760			
	RESULTADO del TRIMESTRE		89%				
	META		70%				

MES	MODALIDAD Y/O SERVICIO	Municipio	N° de cupos CONTRATADOS	N° de cupos Remitidos y Atendidos	Resultado INDIVIDUAL	Resultado por MES	
JULIO 2023	Externado COPEY	EL COPEY	80	68	85%	88%	
	Externado BOSCONIA	Bosconia	100	67	67%		
	Hogar Sustituto	DONDE EXISTAN CASOS EN EL DPTO DE SUCRE	142	110	77%		
	Apoyo Psicológico especializado	Valledupar		60	60		100%
		Aguachica		60	52		87%
		Codazzi		55	47		85%
		Chiriguana		20	20		100%
Intervención de Apoyo Psicosocial	Aguachica	150	150	100%			
AGOSTO 2023	Externado - El copey	EL COPEY	80	71	89%	92%	
	Externado - Bosconia	Bosconia	100	99	99%		
	Hogar Sustituto	DONDE EXISTAN CASOS EN EL DPTO DE SUCRE	142	120	77%		
	Apoyo Psicológico especializado	Valledupar		60	59		98%
		Aguachica		60	53		88%
		Codazzi		55	48		87%
		Chiriguana		20	20		100%



INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 15

	Intervención de Apoyo Psicosocial	Aguachica	150	150	100%		
SEPTIEMBRE 2023	Externado - El copey	EL COPEY	80	52	65%	90%	
	Externado - Bosconia	Bosconia	100	99	99%		
	Hogar Sustituto	DONDE EXISTAN CASOS EN EL DPTO DE SUCRE	142	127	89%		
	Apoyo Psicológico especializado	Valledupar		60	60		100%
		Aguachica		60	52		87%
		Codazzi		55	48		87%
		Chiriguana		20	19		95%
Intervención de Apoyo Psicosocial	Aguachica	150	150	100%			
	TOTAL		2001	1801			
	RESULTADO del TRIMESTRE		90%				
	META		70%				

MES	MODALIDAD Y/O SERVICIO	Municipio	N° de cupos o CONTRATADOS	N° de cupos Atendidos	Resultado INDIVIDUAL	
OCTUBRE	Externado COPEY	EL COPEY	80	62	78%	
	Externado BOSCONIA	Bosconia	100	80	80%	
	Hogar Sustituto	DONDE EXISTAN CASOS EN EL DPTO DE SUCRE	142	121	85%	
	Apoyo psicológico especializado	Valledupar		60	60	100%
		Aguachica		60	60	100%
		Codazzi		55	55	100%
		Chiriguana		20	20	100%
Intervención de Apoyo Psicosocial	Aguachica	150	150	100%		
NOVIEMBRE	Externado - El copey	EL COPEY	80	62	78%	
	Externado - Bosconia	Bosconia	100	100	100%	
	Hogar Sustituto	DONDE EXISTAN CASOS EN EL DPTO DE SUCRE	142	127	85%	
	Apoyo psicológico especializado	Valledupar		60	60	100%
		Aguachica		60	52	87%
		Codazzi		55	55	100%
		Chiriguana		20	20	100%
Intervención de Apoyo Psicosocial	Aguachica	150	150	100%		
DICIEMBRE	Externado - El copey	EL COPEY	80	64	80%	
	Externado - Bosconia	Bosconia	100	100	100%	
	Hogar Sustituto	DONDE EXISTAN CASOS EN EL DPTO DE SUCRE	142	107	75%	
	Apoyo psicológico especializado	Valledupar		60	57	95%
		Aguachica		60	58	97%
		Codazzi		55	55	100%
		Chiriguana		20	19	95%
Intervención de Apoyo Psicosocial	Aguachica	150	150	100%		
	TOTAL		2001	1844		
	RESULTADO GENERAL:		93%			
	META		70%			



INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 16

Aunque el nivel de cumplimiento en estos cupos es significativo, cumpliendo y superando a su vez la meta propuesta en el plan de seguimiento de los indicadores de los objetivos de los procesos del SGC del 70%; vale la pena aclarar que no se logra un porcentaje más alto así como tampoco se aumenta la meta del indicador, debido a que el nivel de cumplimiento en los cupos depende en gran manera de lo que la autoridad administrativa remita al operador APSEFACOM, lo que si es cierto es que se evidencia en el SIM que el 100% de los cupos remitidos son atendidos

○ NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA RESPONSABILIDAD EN EL SERVICIO

Con la finalidad de conocer de qué manera perciben la responsabilidad que APSEFACOM manifiesta para con la responsabilidad a la hora de prestar el servicio, se ha incluido dentro de las encuestas de satisfacción (Tanto en la de los niños, como la de red familiar y supervisores de contrato) un ítem que contempla la evaluación de este aspecto, por lo que se aprovecha cada aplicación de encuestas para evaluar este parámetro individualmente. Durante el periodo analizado se reportaron mediciones en todos los meses, arrojando un resultado general de: 100%; lo que resulta muy positivo, porque manifiesta que todas las poblaciones encuestadas manifiestan estar en satisfechas en un grado casi total con la responsabilidad en el servicio, esto tanto para los niños, niñas y/o adolescentes como para la red familiar y supervisores de contrato.

○ CAPACIDAD DE CUMPLIMIENTO EN LOS REQUISITOS CONTRACTUALES

Durante el periodo revisado se evidencia el cumplimiento de los requisitos estipulados para cada contrato ejecutado en un 100% debido a los resultados de las supervisiones del ICBF y continuidad de los contratos. A continuación, se muestra lo reportado en los meses correspondientes durante este año revisado:

ENERO – SEPTIEMBRE 2023

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
NA	20-02-23 BIENESTARINA EXTERNADO BOSCONIA 100%	22-03-23 LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO EXTERNADO BOSCONIA	10-04-2023 LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO AE - VALLEDUPAR	18-05-23 SUPERVISION EXTERNADO BOSCONIA 86,85%	01-06-2023 SUPERVISION AE - AGUACHICA 98,80%	25-07-2023 SUPERVISION AE - VALLEDUPAR 100%	23/08/2023 SUPERVISIO APOYO PSICOSOCIA 96,16%	06/09/23 SUPERVISION AE - CHIRIGUANA 100%
		23-03-23 LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO EXTERNADO EL COPEY	11-04-2023 LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO AE - CODAZZI	19-05-23 SUPERVISION EXTERNADO EL COPEY 80%	07-06-2023 SUPERVISION AE - CHIRIGUANA 100%	25-07-2023 SUPERVISION AE - CODAZZI 100%	24-08-2023 SUPERVISIO AE- AGUACHICA 100%	18/09/23 SUPERVISION EXTERNADO EL COPEY 85,39%



INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 17

			12-04-2023 LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO AE - CHIRIGUANA	31-05-23 SUPERVISION APOYO PSICOSOCIAL AGUACHICA 79,82%			19/09/23 SUPERVISION EXTERNADO EL COPEY 100%		
		28 Y 29 DE MARZO LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO INTERVENCION DE APOYO AGUACHICA	18-04-2023 LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO AE - CHIRIGUANA	25 MAYO 2023 SUPERVISION AE - VALLEDUPAR 100%			21/06/2023 SUPERVISION Hogar sustituto 100%	30/08/2023 SUPERVISION HOGAR SUSTITUTO 100%	27/09/23 SUPERVISION HOGAR SUSTITUTO 100%
			27-04-23 SUPERVISION HOGAR SUSTITUTO 100%	24 MAYO 2023 SUPERVISION HOGAR SUSTITUTO 100%					

Octubre	Noviembre	Diciembre
03-10-2023 SUPERVISION AE - CODAZZI 100%	NA	NA
18-10-2023 SUPERVISION APOYO PSICOSOCIAL 100%		
19-10-2023 SUPERVISION AE - AGUACHICA		
27-10-23 SUPERVISION HOGAR SUSTITUTO 100%		



INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 18

○ **NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE TALLA Y PESO**

En las modalidades donde se cuenta con el componente nutricional, se busca principalmente educar, apoyar y articular con otras instituciones para que los usuarios (Niños, niñas y/o adolescentes) cuenten con peso adecuado para su edad, por lo que se efectúan TOMAS DE TALLA Y PESO en la periodicidad definida para cada modalidad, buscando remitir al sector salud, en caso de requerirse; todo esto como parte de la atención integral que APSEFACOM tienen planificado como uno de sus objetivos principales al prestar el servicio. A continuación, se muestra mes por mes la cantidad de tomas realizadas vs las programadas, siendo evidente un nivel de cumplimiento del 100%.

● **ENERO – MARZO 2023:**

MES	Programa donde se evalúa el estado nutricional de los usuarios	Municipio	Número de usuarios tallados y pesados en el MES	# Total de usuarios PROGRAMADOS para toma de talla y peso en el MES	Resultado por programa	RESULTADO POR MES
ENERO 2023	Externado MEDIA JORNADA	Bosconia	78	78	100%	100%
	Externado MEDIA JORNADA	EL COPEY	12	12	100%	
	Hogar Sustituto	Sincelejo	33	33	100%	
FEBRERO 2023	Externado MEDIA JORNADA	Bosconia	20	20	100%	100%
	Externado MEDIA JORNADA	EL COPEY	30	30	100%	
	Hogar Sustituto	Sincelejo	45	45	100%	
MARZO 2023	Externado MEDIA JORNADA	Bosconia	NA	NA	NA	100%
	Externado MEDIA JORNADA	EL COPEY	20	20	100%	
	Hogar Sustituto	Sincelejo	49	49	100%	
RESULTADO GENERAL DEL INDICADOR:					100%	

● **ABRIL – JUNIO 2023:**

MES	Programa donde se evalúa el estado nutricional de los usuarios	Municipio	Número de usuarios tallados y pesados en el MES	# Total de usuarios PROGRAMADOS para toma de talla y peso en el MES	Resultado por programa	RESULTADO POR MES
ABRIL 2023	Externado MEDIA JORNADA	Bosconia	60	60	100%	100%
	Externado MEDIA JORNADA	EL COPEY	20	20	100%	
	Hogar Sustituto	Sincelejo	35	35	100%	
MAYO 2023	Externado MEDIA JORNADA	Bosconia	20	20	100%	100%
	Externado MEDIA JORNADA	EL COPEY	14	14	100%	
	Hogar Sustituto	Sincelejo	33	33	100%	
JUNIO 2023	Externado MEDIA JORNADA	Bosconia	0	0	NA	100%
	Externado MEDIA JORNADA	EL COPEY	13	13	100%	
	Hogar Sustituto	Sincelejo	37	37	100%	
RESULTADO GENERAL DEL INDICADOR:					100%	



INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 19

• JULIO – SEPTIEMBRE 2023:

MES	Programa donde se cuenta con el componente nutricional	Municipio	Número de usuarios tallados y pesados en el MES	# Total de usuarios PROGRAMADOS para toma de talla y peso en el MES	Resultado por modalidad	RESULTADO POR MES
JULIO 2023	Externado MEDIA JORNADA	Bosconia	48	48	100%	100%
	Externado MEDIA JORNADA	EL COPEY	36	36	100%	
	Hogar Sustituto	Sincelejo	34	34	100%	
AGOSTO 2023	Externado MEDIA JORNADA	Bosconia	19	19	100%	100%
	Externado MEDIA JORNADA	EL COPEY	0	0	NA	
	Hogar Sustituto	Sincelejo	54	54	100%	
SEPTIEMBRE 2023	Externado MEDIA JORNADA	Bosconia	33	33	NA	100%
	Externado MEDIA JORNADA	EL COPEY	16	16	100%	
	Hogar Sustituto	Sincelejo	43	43	100%	
RESULTADO GENERAL DEL INDICADOR:					100%	

• OCTUBRE - DICIEMBRE 2023:

MES	Modalidad donde se evalúa el estado nutricional de los usuarios	Municipio	Número de usuarios tallados y pesados en el MES	# Total de usuarios PROGRAMADOS para toma de talla y peso en el MES	Resultado por programa	RESULTADO POR MES
OCTUBRE	Externado MEDIA JORNADA	Bosconia	72	72	100%	100%
	Externado MEDIA JORNADA	EL COPEY	14	14	100%	
	Hogar Sustituto	Sincelejo	59	59	100%	
NOVIEMBRE	Externado MEDIA JORNADA	Bosconia	26	26	100%	100%
	Externado MEDIA JORNADA	EL COPEY	30	30	100%	
	Hogar Sustituto	Sincelejo	47	47	100%	
DICIEMBRE	Externado MEDIA JORNADA	Bosconia	2	2	100%	100%
	Externado MEDIA JORNADA	EL COPEY	20	20	100%	
	Hogar Sustituto	Sincelejo	38	38	100%	
RESULTADO GENERAL DEL INDICADOR:					100%	

○ EFICACIA EN LOS TRÁMITES DE DOCUMENTOS DE IDENTIDAD PARA LOS USUARIOS ATENDIDOS QUE NO CUENAN CON ESTE AL INGRSO DEL PROGRAMA

El resultado general obtenido fue del 100%, cifra que cumple y supera la meta establecida del 90% y presenta una tendencia positiva al aumentar en comparación con la revisión anterior. Durante este año evaluado, se evidencian reportes de este indicador en el mes de diciembre con un porcentaje del 100% y en el mes de junio 2023 con un promedio general del 100%.

○ NIVEL DE CUMPLIMIENTO EN LAS HERRAMIENTAS DE PARTICIPACION DEFINIDAS EN LA PIYC

Para Este nuevo indicador en el 2023, se evidencia durante los 4 trimestres que van hasta el momento que el 100% de las modalidades que planificaron la implementación de herramientas de participación en la PIYC, cumplen de forma TOTAL con las acciones propuestas, brindando así un espacio propicio para conocer las opiniones de los usuarios directos y sus familias, sobre el servicio



INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 20

en la modalidad en la que se le están restableciendo los derechos que motivaron sus ingresos. Se destacan las actividades dinámicas que realizan los profesionales en las mesas de escucha, ya que nos ha permitido un aumento en la participación de niños, niñas y/o adolescentes, puesto que se busca indagar sobre la percepción del servicio por medio de juegos y actividades LUDICAS, lo que ha resultado ser más llamativo para el rango de edad de estos mismos.

○ **NIVEL DE CUMPLIMIENTO EN EL DESARROLLO DE LAS EVALUACIONES PRELIMINARES Y/O VALORACIONES INICIALES**

Mes a mes hay la posibilidad que se generen ingresos en las distintas modalidades y/o servicios de protección, con la finalidad de cubrir los egresos que la autoridad administrativa considere en el SIM o los cupos que se adicionen, con la finalidad de cubrir con el tope establecido contractualmente, al momento que estos ingresan, el lineamiento establece que se debe realizar una evaluación preliminar y/o valoración inicial con la finalidad de identificar en qué condiciones ingresan los niños y para ello se dispone de 5 días hábiles para ello, por lo que en el operador estamos interesados en garantizar el cumplimiento de esta actividad en el tiempo determinada, puesto que reconocemos la envergadura de esta y se convierte en un requisito contractual de gran importancia; es por ello que se evidencian reportes en los meses de enero, febrero y marzo con una calificación de 100%, 100% y 98%, respectivamente. Dando un promedio para el PRIMER trimestre de 99%.

En los meses de ABRIL, MAYO Y JUNIO con una calificación de 95%, 98% y 97%, respectivamente.

En los meses de JULIO, AGOSTO Y SEPTIEMBRE con una calificación GLOBAL del 100%

Si bien es cierto no se alcanza en algunos meses el resultado del 100%, no se da a consideración un incumplimiento de la meta, puesto que obedece a un caso especial, es decir son niños que ingresan en el sistema los últimos días del mes, por lo que no se logran completar estos 5 días hábiles dentro del mismo mes, sino que abarca el mes siguiente.

○ **GRADO DE VINCULACIÓN DE LA RED FAMILIAR AL PROCESO DE ATENCIÓN**

En vista de que los niños, niñas y/o adolescentes hacen parte de un proceso de RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, desde la misión del ICBF se reconoce el papel importante de las familias de estos mismos niños, puesto que a la final son ellos quienes deberán seguir garantizando sus derechos y un entorno seguro para ellos, por lo que como aliados estratégico, al ejecutar estos contratos tenemos como obligación garantizar el cumplimiento de esta directriz; para ello en las modalidades y servicios se les cita constantemente a diversas actividades a quien tenga red familiar biológica activa, con la finalidad precisamente de psico educarlos para que sean garantes y protectores de sus derechos y que las situaciones que dieron origen al ingreso de esos a la modalidad no suceda más. Se evidencia un seguimiento mes a mes, con reporte trimestral del número de niños que cuentan con la red familiar y el número de estos que en realidad participan, se involucran y muestran interés en el proceso de sus hijos (a), arrojando un grado de vinculación en general del 97% en el primer trimestre, en el segundo, tercero y cuarto de este 2023 un 100%. Siendo este resultado bastante positivo, teniendo en cuenta que algunas vulneraciones, de por sí solas si implican lamentablemente abandono por parte de las familias.

○ **EFICACIA EN LAS TÉCNICAS DEL MAC PARA LA MICRO GESTIÓN**

Siguiendo el modelo de atención definido por el ICBF se realizaron, bajo el enfoque de las técnicas del MAC, en efecto fueron realizados los ANALISIS DE CASOS en promedio al 91% de los ingresos que se tuvieron en todos los trimestres de este año 2023, como argumento no se logra alcanzar un 100% por dos motivos, uno está relacionado con la misma condición explicada para



INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 21

el indicador de NIVEL DE CUMPLIMIENTO EN EL DESARROLLO DE LAS EVALUACIONES INTEGRADORAS Y/O VALORACIONES INICIALES y el otro es que en efecto no se está llevando de esta manera por parte de algunas psicólogas en el servicio apoyo psicológico especializado, por lo que se evidencia la documentación de una salida no conforme al respecto.

○ EFICACIA EN LAS TÉCNICAS DEL MAC PARA LA MACRO GESTIÓN

De la mano con el indicador anterior, con este indicador se busca garantizar gestión con los sectores y servicios que rodean al niño, niña y/o adolescente que favorezcan al proceso de restablecimiento de derechos, así que se busca cumplir con las reuniones y conferencias de caso programadas mes a mes, se observa un cumplimiento del 98% para estos meses del 2023, evidenciándose que las que no fueron posible desarrollarlas se debió a factores externo, sin embargo en un buen nivel de eficacia, puesto que se evidencia el compromiso por parte del equipo interdisciplinario de cada modalidad al convocar este tipo de reuniones y/o conferencias que potencializan la calidad de vida y garantía de derechos de los niños, niñas y/o adolescentes.

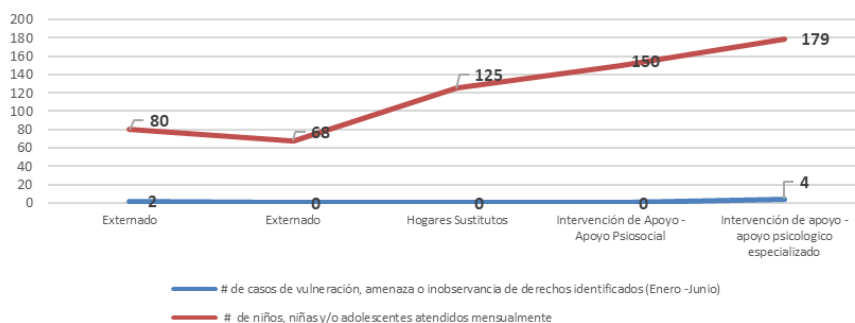
○ % DE USUARIOS QUE CUENTAN CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO

El resultado general arrojado para este año revisado por la dirección fue del 86%, lo que indica que el indicador logra cumplir y superar la meta del sistema, al hacer un seguimiento y gestiones oportunas a los carnés de vacunación de los usuarios. Los casos que aún faltan por esta variable son porque son de nacionalidad venezolana, por lo que el trámite se hace más demorado, pero se observa la documentación de todas las articulaciones realizadas al respecto.

○ PORCENTAJE DE CASOS DE VULNERACIÓN, AMENAZA O INOBSERVANCIA DE DERECHOS IDENTIFICADOS

Todos las modalidades y servicios en ejecución, tienen como componente transversal identificar cualquier caso de vulneración, amenaza o inobservancia de derechos de los usuarios durante la prestación del servicio, lo ideal es que el número de casos que se identifique sea lo más bajo o cero, ya que así se demuestra el buen impacto que la modalidad y/o servicio está teniendo en cada núcleo familiar; por ende los diferentes equipos interdisciplinarios de los municipios están al tanto de cualquiera de estas situaciones para reportarlas activando la ruta pertinente. Durante este año los casos identificados están representados en promedio por 2% a nivel general (Solo 8 de los aproximados 591 Niños, niñas y adolescentes atendidos MENSUALMENTE durante todo este año). A continuación, se muestra el comportamiento de este indicador por modalidad:

JUNIO 2023:





INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

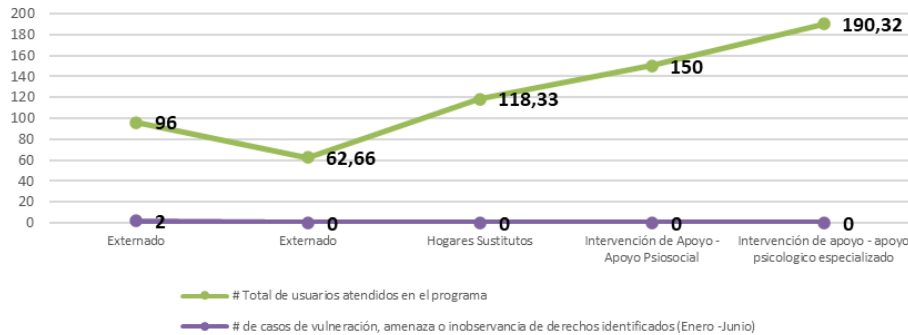
CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 22

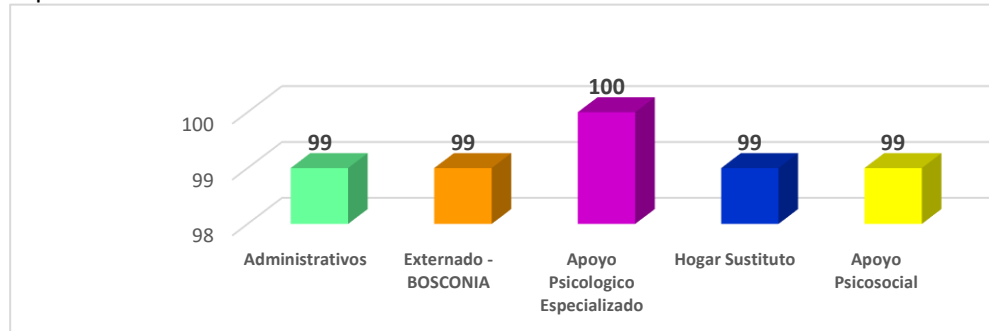
DICIEMBRE 2023:



➤ PROCESO DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

CALIFICACIÓN PROMEDIO DE COMPETENCIAS

Durante este año, el indicador fue reportado en el mes de JUNIO 2023. El resultado este año fue de 99 puntos, lo que claramente refleja una tendencia positiva con la revisión anterior al AUMENTAR el promedio de las competencias (97), siendo esto significativo por los nuevos ingresos o cambios en el personal tanto administrativo como de las modalidades. La gráfica siguiente muestra los resultados de la parte administrativa y operativa de la organización reportados:



○ EFICACIA DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

Al analizar los programas de capacitación por cada modalidad y/o servicio, así como el administrativo, queda claro que lo que se tenía previsto en cuanto a la realización de las capacitaciones hasta la fecha de este informe y los registros de asistencia a capacitación evidencian el cumplimiento de ellas en su totalidad, mostrando así que la eficacia del programa fue del 100% respecto al cumplimiento de lo programado vs lo ejecutado.

○ NIVEL DE SATISFACCIÓN CON EL CLIMA ORGANIZACIONAL

Se aplicaron encuestas durante septiembre del 2023 DANDO UN RESULTADO de 96, presentando un aumento frente a la revisión anterior (93,5%). A continuación, se detallan los resultados de forma individual.



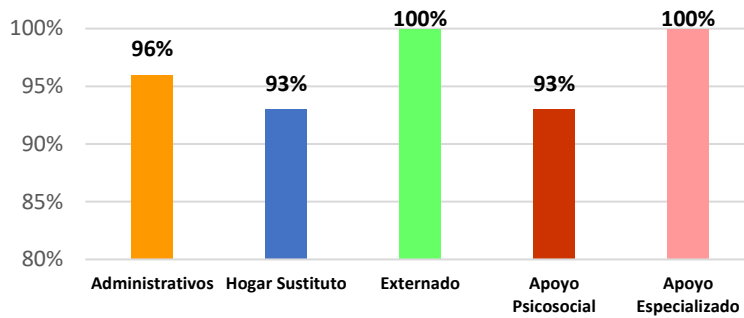
INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

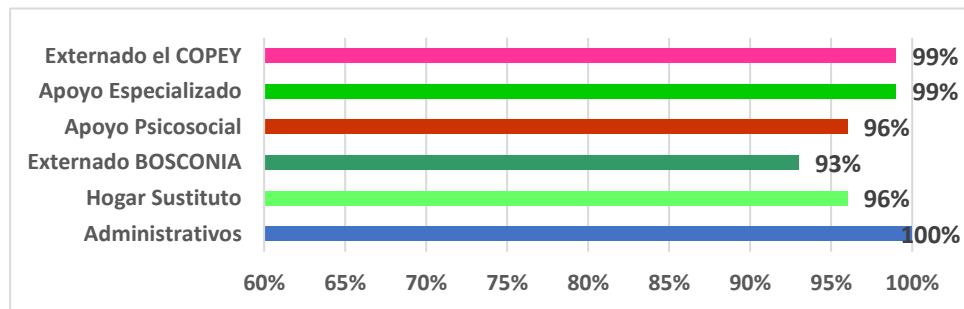
FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 23



○ NIVEL DEL DESEMPEÑO LABORAL

Se aplicaron las evaluaciones durante el mes de agosto del 2023 que revelan un nivel de desempeño de 97%, resultado que evidencia un AUMENTO frente a la revisión anterior. A continuación, se detallan los resultados de forma individual:



➤ PROCESO DE GESTIÓN DE COMPRAS

CALIFICACIÓN PROMEDIO DE PROVEEDORES DE MATERIALES Y SERVICIOS

Con la finalidad de lograr captar el comportamiento y desempeño de la totalidad de los proveedores (Nuevos y antiguos) se evidencia el último reporte de este indicador en diciembre, arrojando un resultado general de 89. Dicho porcentaje cumple la meta del SGC y en comparación con la revisión anterior, logra AUMENTAR EL promedio EN 1 PUNTO. A continuación, se muestran los resultados para cada proveedor de manera individual:



INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 24

PROVEEDOR	CALIFICACION
Papelería Valledupar	96
G-Barco	84
Metrocaribe	84
Continental Ltda.	96
Tipografía Gamar	96
Jair Santamaria Morales	80
Protección al Fuego	80
Alfredo Acosta	92
Bureau Veritas	88
Medimarcas	80
Farmapos	84
Etico Serrano Gómez (La economía)	96
Palacio de la Pantaleta	100
La Sucreña – miscelánea y drogas	84
Distribuciones Emcaju Sas	84
Representaciones Torres Daza	84
Wilferdo Amaranto	80
El punto didactico	100
Districlean	96
Papelería Nayleth	96
Soluciones Integrales	84
Inversiones JJ sas	96
Frygo	84
MM farmaceutico	96
Extíncol	72
Fumiservir	92
Carlos Cuenta	84
Copiadora e Insumos de la costa	92
NAISSIR MELISSA ABAD	80
Fumiasa	84
TOTAL PROMEDIO	88

○ EFICACIA EN LAS COMPRAS DE MATERIALES Y SERVICIOS

Después de hacer una revisión total de las compras efectuadas a los proveedores de materiales y servicios durante el año, que permiten la ejecución fluida de cada uno de los programas, se obtuvo como resultado un total de 973 compras, relacionadas con compra de dotación, papelería, refrigerios, insumos para las preparaciones de alimentos (Externado media jornada), servicios de mantenimiento, calibración, entre otros. En los registros de verificación de compras, se evidencia que el 100% de las mismas, cumplieron con todas las cantidades y especificaciones dadas.

➤ PROCESO DE GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA

○ % CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS

Los mantenimientos preventivos establecidos en el programa de equipos se llevaron a cabo en un 100% durante todo este año, quedando como evidencia los registros de mantenimiento y los soportes técnicos, en los casos requeridos.

○ % CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE INSTALACIONES

Los mantenimientos preventivos establecidos en el programa de instalaciones se llevaron a cabo en un 100% durante todo este año, quedando como evidencia los registros de mantenimiento que cada persona de servicios generales lleva por punto de atención, incluyendo oficinas principales.

CONFORMIDAD DEL SERVICIO

Para esta revisión es bastante destacable que se MANTIENE la considerable disminución en el número de quejas, puesto que solo se tomaron los datos como objeto de análisis, a los que tienen relación con las modalidades y/ o servicios que se encuentran DENTRO DEL ALCANCE DEL SGC, para el periodo analizado en esta revisión se observa un reporte ANUAL de tan solo 8 quejas (2 menos que el año anterior), evidenciándose también que los resultados de la evaluación de la satisfacción de los clientes (100% en promedio) muestran que se tiene la capacidad para alcanzar las metas establecidas y que se presenta tendencia POSITIVA FRENTE A LA REVISION ANTEIROR, al mantenerse en el mismo 100%, siendo evidente el buen nivel de conformidad del servicio,



INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 25

igualmente se observa que durante la última auditoría interna en septiembre 2023 no se presentaron no conformidades de ningún tipo, así mismo cabe resaltar que durante nuestra última auditoría (SEGUIMIENTO #2) con nuestro ente certificador – OCTUBRE 2023 (Bureau veritas) tampoco se presentaron no conformidades, lo que evidentemente es una buena tendencia y prueba de la conformidad del servicio en todos los servicios prestados en los municipios del alcance del SGC.

D. NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS

Se realiza revisión de las no conformidades y de las respectivas acciones correctivas identificadas y registradas durante el periodo revisado, observándose que se NO se registran acciones correctivas, ya que los resultados de auditorías no dieron lugar a NO CONFORMIDADES ni tampoco se incumplieron metas en los indicadores, como herramienta esencial para medir nuestro sistema de gestión de calidad.

Sin embargo, se observa una buena tendencia en la documentación de salidas no conformes, evidenciándose que todas estas se encuentran cerradas y ejecutadas en un 100%, mostrando así la solidez del sistema de gestión.

E. RESULTADOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

Las actividades del seguimiento, medición, análisis y evaluación establecidas para el sistema de gestión de la calidad muestran resultados que validan el buen desempeño y eficacia del sistema de gestión de la calidad, observándose que los resultados de los indicadores de los procesos tienen la capacidad para alcanzar las metas establecidas, siendo evidente que durante ese año 2023, los resultados han sido muy estables y con tendencias positivas, pese a los ajustes realizados a algunos indicadores y metas. (Se crearon nuevos indicadores)

Igualmente se resalta el hecho de que el resultado de la medición del nivel de satisfacción de los clientes está por encima de la meta establecida, siendo evidente la gestión realizada por la organización con las quejas captadas.

F. RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS

De acuerdo al informe de **auditoría de SEGUIMIENTO #2** realizada en octubre 2023 se observa que no quedaron no conformidades, dentro de las conclusiones, se reporta que:

- Se ha demostrado la conformidad de la documentación del Sistema de Gestión, con los requisitos de la norma auditada y dicha documentación proporciona estructura suficiente para apoyar la implantación y mantenimiento del sistema de gestión.
- La Organización ha demostrado la efectiva implantación y mantenimiento / mejora de su Sistema de Gestión.
- La Organización ha demostrado el establecimiento y seguimiento de adecuados objetivos y metas clave de desempeño, y ha realizado el seguimiento del progreso hacia su consecución.
- El programa de auditorías internas ha sido implantado en su totalidad y demuestra su eficacia como herramienta para mantener y mejorar el Sistema de Gestión.
- A través del proceso de auditoría, se ha demostrado la total conformidad del Sistema de Gestión con los requisitos de la norma auditada.

Por otro lado, se destacan en el mismo informe las siguientes fortalezas:

- 1- Resultados muy satisfactorios de la aplicación de encuestas de satisfacción del cliente (supervisor del ICBF y los usuarios de los programas).
- 2- Madurez del SGC y la búsqueda constante de la mejora continua.

A continuación, se grafica la tendencia positiva de la identificación no conformidades durante todas las auditorías realizadas por Bureau Veritas (2015-2023), destacándose que se sigue manteniendo en cero la identificación de las no conformidades por cuarta vez consecutiva, y manteniendo el ciclo completo con esta tendencia:



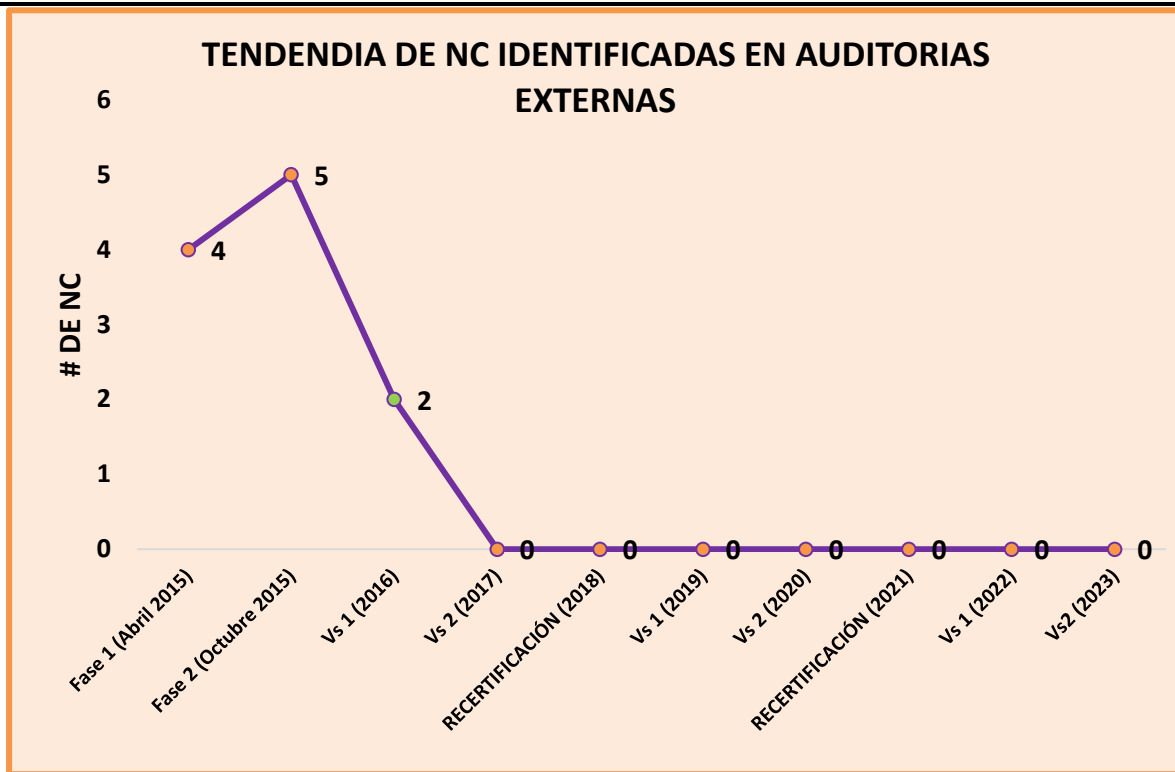
INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 26



Respecto a la **auditoría interna**, NO se presentaron no conformidades en ninguno de los procesos del sistema de gestión de calidad. Y por último referente a los resultados de las **auditorías de segunda parte** se pueden consultar sus resultados en el desempeño del proceso de atención biopsicosocial bajo el indicador capacidad de cumplimiento en los requisitos contractuales.

G. DESEMPEÑO DE LOS PROVEEDORES EXTERNOS

Los resultados de la evaluación anual de los proveedores muestran que la institución garantiza la aplicación y cumplimiento de los criterios y requisitos de compra establecida, observándose que durante la vigencia analizada los proveedores alcanzan un nivel de desempeño de 89 puntos, el cual está por encima de la meta establecida (80 puntos). Igualmente, como resultado del seguimiento de las compras de materiales y servicios del periodo revisado, se observa que los proveedores suministran productos y servicios conformes a las especificaciones establecidas por la organización.

4. ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS

La organización en cada uno de los procesos ha identificado los recursos necesarios para la planificación, implementación, verificación y mejora del sistema de gestión de la calidad. Durante esta revisión se pudo verificar que la organización proporciona los recursos necesarios (personal, infraestructura, financieros y tecnológicos), siendo evidente que se cuenta con el recurso humano necesario y con las competencias y el conocimiento para la operación eficaz de los procesos. Igualmente se observa que se proporciona los materiales, equipos e insumos apropiados para la realización de las actividades establecidas en los procesos del sistema de gestión de la calidad. Se destaca el cumplimiento de la organización en la compra de dotación exigida para cada uno de las modalidades y/o servicios en ejecución, destacándose siempre por la calidad de los productos adquiridos, así como el cumplimiento en los programas de mantenimiento de instalaciones y equipos.



INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 27

5. EFICACIA DE LAS ACCIONES TOMADAS PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES

Como resultado de la identificación del análisis de riesgo surgieron 26 acciones para abordarlos, se evidencia en cada una de las matrices la evaluación que estas acciones de acuerdo a las fechas de implementación cuentan con sus soportes frente a la implementación de todas estas, así como la evaluación constante de su eficacia frente a la reducción de los riesgos, destacándose la identificación de nuevas situaciones de riesgo. De igual manera se comprueba con las 12 oportunidades de mejoras documentadas y ejecutadas, buscando el aprovechamiento de estas.

Es significativo que de este numero de riesgos y oportunidades, 4 y 3 respectivamente, fueron identificados durante el periodo revisado (julio 2022) en esta revisión, evidenciándose así que el sistema de gestión de calidad no es estático, sino que siempre va en busca de la mejora continua.

6. OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Ajustar el indicador de cumplimiento de cupos en su fórmula de cálculo, para que realmente muestre el cumplimiento frente a los que la autoridad administrativa remite.
- Incluir dentro de las mejoras de las competencias del personal, temas relacionados con habilidades que no fueron bien calificadas en las pruebas el talento humano.
- Fortalecer anualmente las capacidades de los niños, niñas y/o adolescentes en un contexto distinto a las actividades definidas en el modelo de atención.
- Incluir dentro de la inducción y reinducción al personal, lo requerido para las copias de seguridad de la información.
- Mejorar el espacio o las instalaciones de la sede de hogar sustituto en Sincelejo.
- Validar la posibilidad de ampliar la cobertura en la actual gestion comercial.
- Fortalecer con los lideres de proceso las comunicaciones internas y externas del sistema de gestion de la calidad.
- Profundizar las capacitaciones a las psicólogas del servicio apoyo psicológico especializado, en temas o conocimientos necesarios para la operación.
- Fortalecer la documentación del proceso de toma de conciencia.
- Aprovechar las temáticas o charlas ofrecidas por la ARL para que sean incluidas en la programación de capacitaciones.

SALIDAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

De acuerdo a la revisión realizada al sistema de gestión de la calidad se observa que el sistema de gestión de la calidad de la organización APSEFACOM es **adecuado** dado que los objetivos de la calidad y de los procesos se encuentran alineados con el direccionamiento estratégico, con el contexto de la organización (el cual fue considerablemente actualizado este año en cuanto a sus partes externas) y las necesidades y expectativas de las partes interesadas, permitiendo alcanzar óptimos niveles de satisfacción de los clientes, **conveniente** puesto que se observa la suficiencia de las acciones y decisiones tomadas e implementadas por la organización para mejorar el servicio y el desempeño del sistema de gestión de la calidad y **eficaz** puesto que los resultados de la auditorías internas muestran que los procesos se desarrollan de acuerdo a los requisitos propios de la organización y a los de la norma ISO 9001: 2015 e igualmente los resultados de la medición de los indicadores de los procesos evidencian que se tiene la capacidad para alcanzar los resultados establecidos por la organización. Sin embargo, se considera que es necesario la implementación de las siguientes decisiones y acciones relacionadas con:

Oportunidades de mejora al sistema de gestión de la calidad

- Fortalecer con los lideres de proceso las comunicaciones internas y externas del sistema de gestion de la calidad.



INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 28

- Aprovechar las temáticas o charlas ofrecidas por la ARL para que sean incluidas en la programación de capacitaciones.
- Continuar fortaleciendo la cultura de los **líderes de procesos** y coordinadores de programa (sobre todo en los cambios de personal que se presenten) respecto al entendimiento y aplicabilidad de la política de calidad.
- Continuar aprovechando las herramientas tecnológicas para el continuo fortalecimiento de las competencias del personal.
 - Necesidades de cambios en el sistema de gestión de la calidad.**
 - Validar la posibilidad de ampliar la cobertura en la actual gestión comercial.
 - Necesidades de Recursos**
 - Financieros para realizar las adecuaciones a las instalaciones de la sede de SINCELEJO.
 - Tecnológicos y financieros para continuar con la recopilación de las copias de seguridad de la información en el espacio digital destinado para esto.
 - Tecnológicos y financieros para continuar mejorando y adecuando el sitio WEB como canal de comunicación.
 - Financieros para los mantenimientos y/o la reposición de equipos que se requieran para la medición de tomas de talla y peso u otros necesarios para el servicio.

GERENTE