	<b>INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS</b>	CÓDIGO: PG01RE03
		VERSIÓN: 3
		FECHA: 01/06/18
		PÁGINA: 1

REVISIÓN GERENCIAL N.º 11	FECHA DE REVISIÓN: 30/12/24
<b>INFORMACIÓN DE ENTRADA PARA LA REVISIÓN</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas.</li> <li>2. Cambios en las cuestiones externas e internas.</li> <li>3. Desempeño y la eficacia del SGC: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes.</li> <li>b. Grado de cumplimiento de los objetivos de la calidad.</li> <li>c. Desempeño de los procesos y conformidad del servicio.</li> <li>d. No conformidades y acciones correctivas.</li> <li>e. Resultados de seguimiento y medición.</li> <li>f. Resultados de las auditorías.</li> <li>g. Desempeño de los proveedores externos.</li> </ol> </li> <li>4. Adecuación de los recursos.</li> <li>5. Eficacia de las acciones tomadas para abordar riesgos y oportunidades.</li> <li>6. Oportunidades de mejora.</li> </ol>	
<b>1. ESTADO DE LAS ACCIONES DE LA REVISIONES POR LA DIRECCIÓN PREVIAS</b>	
<p>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 9 OPORTUNIDADES DE MEJORA, a la fecha de esta nueva revisión se encuentran ejecutadas en un 100%; resaltado que de estas, una se le hará extensiva para las mejoras que se plantearan en este presente informe, debido a que aún se sigue en trámite, es la relacionada con la gestión para nuevas licencias de funcionamiento iniciales en otros municipios. 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 <b>reuniones trimestrales de comité de calidad</b> 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La conformidad del servicio.</li> <li>- Grado de satisfacción del cliente</li> <li>- Desempeño y eficacia del SGC</li> <li>- Necesidad de mejoras del SGC.</li> </ul> <p>Resultante de estos <b>informes de análisis de datos</b> 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.</p>	
<b>2. CAMBIOS EN LAS CUESTIONES EXTERNAS E INTERNAS</b>	
<p>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 2024, evidenciándose la actualización de estas matrices con fecha de 1 de marzo del presente año, considerando que:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dentro de los factores EXTERNOS: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se incluye el aspecto de cambio climático como amenaza dentro de las consideraciones del contexto externo de la organización.</li> </ul> </li> </ol>	



## INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 2

- Se sustituye la amenaza 03 que estaba relacionada con los continuos cambios en los lineamientos técnicos del ICBF, debido a que a la fecha se evidencia que la organización a logrado enfrentar de manera robusta y comprometida dicha amenaza; por lo relacionado con los cambios en las administraciones públicas que actualmente han afectado las contrataciones en otras modalidades que normalmente la asociación siempre contrataba.
- 2. Respecto a los factores INTERNOS:
  - Se sustituye la primera debilidad que se tenía identificada, por el retraso en los cumplimientos de las acciones de mejora
- 3. La matriz de identificación de necesidades y expectativas de las partes interesadas relevantes se le realiza un ajuste en el mes de marzo del presente año, referentes a:
  - Se actualizan los objetivos estratégicos del ICBF como parte de las necesidades de la matriz, puesto que este año fueron revisados y ajustados.
  - Se especifican los requisitos específicos del ICBF como cliente institucional, sobre todo lo concerniente con el cumplimiento de actividades específicas que garanticen el cuidado del medio ambiente, durante la prestación del servicio.
- 4. Se ajustan algunos términos de la matriz de priorizaciones y por ende en el documento de política de calidad, ajustándolo de manera más directa a la prestación de servicios que hace parte del alcance del SGC definido para la presente vigencia.
- 5. 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):** A la fecha de hoy se puede evidenciar que todas las supervisiones que se han recibido durante lo que va corrido del año 2024 y que no han logrado un 100% como resultado, las coordinaciones en apoyo con la coordinación de calidad han elaborado acciones de mejora, algunas relacionadas con salidas no conformes y otras con oportunidades de mejora, lo que ha permitido fortalecer el SGC.

**FO2: Gestionar nuevas licencias de funcionamiento y/o mantener las actuales, aprovechando la experiencia y la certificación del SGC de la organización:** Se evidencia que la fundación recientemente ha logrado MANTENER las licencias de funcionamiento actuales en el departamento del Cesar, así como la renovación de la licencia de la modalidad hogar sustituto en Sincelejo; así mismo se evidencia la gestión o tramite desde el mes de julio relacionadas con la solicitud de NUEVAS licencias de funcionamiento (INICIALES) para distintos sitios y modalidades, aunque a la fecha aún no se han emitido las resoluciones, de acuerdo a la última retroalimentación recibida por parte de la oficina de aseguramiento de la calidad del ICBF se evidencia que el nivel de cumplimiento en el último trámite mejoro bastante, indicando así la posibilidad mucho más cercana en el logro de cumplimiento total de los componentes para lograr las licencias. 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: Mantener constante comunicación entre el operador y las autoridades administrativa así como realizar gestiones con otros sectores y servicios, con la finalidad de: afianzar o alinear los conocimientos frente al proceso de restablecimiento de derechos de las niñas, niños y/o adolescentes de acuerdo con el lineamiento vigente estipulado por el ICBF; así como la garantía en el derecho a acceder al sector salud y educativo; aprovechando la experiencia del operador como aliado estratégico y el talento humano calificado en el área técnica. (F2, F3, A6) - FECHA DE IMPLEMENTACIÓN:** Durante cada HITO del modelo de atención en el proceso



## INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 3

**de restablecimiento de derechos con cada una de las niñas, niños y/o adolescentes.** Se evidencia en los anexos de atención que la actividad definida en esta estrategia se realiza de acuerdo a la fecha de implementación definida: durante cada uno de los HITOS del modelo de atención; garantizando así la retroalimentación de las situaciones abordadas durante el proceso de restablecimiento de derechos que se lleva con cada niña, niño y/o adolescentes así como también el logro en la disminución de egresos sin previo aviso de los casos atendidos.

**FA2: Contrarrestar las posibles inasistencias debido a situaciones imprevistas de la niña, niño y/o adolescente o de su responsable o cuidador, relacionadas con asuntos personales, inclemencias del clima o de emergencia; por medio de las buenas herramientas y estrategias por el operador en el plan de prevención de daño antijurídico. (FA, A5) FECHA DE IMPLEMENTACIÓN:** Cuando se presente, durante la prestación del servicio.: Se evidencian soportes de la implementación en las actividades definidas en el plan de prevención de daño antijurídico para cuando se han presentado casos de inasistencias.

**FA3: Aprovechar la experiencia de la institución, la certificación del SGC, así como el talento humano calificado que se tiene para enfrentar los cambios o retos que traigan los posibles cambios por parte de la administración pública. (F1 ,2 y 3 - A3):** Pese a que esta estrategia es nueva, se evidencia que la organización ya ha tomado acciones para afrontar dicha amenaza, por medio de los tramites adelantados por parte de la coordinación general, financiera, de calidad, SST y ambiental para nuevas licencias de funcionamiento en las modalidades y servicios de protección, debido a que las nuevas directrices dadas por la presente administración pública estableció la contratación de los servicios de primera infancia de manera exclusiva para asociaciones de madres y/o padres.

**FA4: Afrontar los requisitos relacionados con el cambio climático por parte de nuestro cliente institucional por medio del buen nivel de cumplimiento en las obligaciones específicas para el eje ambiental así como por medio del recurso humano calificado que la organización tiene para esta área. (F7, A2) - FECHA DE IMPLEMENTACIÓN:** Durante la ejecución de cada contratación.: A través de la coordinación ambiental se observa un cumplimiento para con las obligaciones contractuales del eje ambiental, las que incluyen algunas relacionadas con soportes de acciones para hacer frente a la situación de amenaza latente de cambio climático como por ejemplo todo lo concerniente al plan de manejo ambiental.

**D01: Hacer uso de las nuevas tecnologías para contrarrestar los retrasos en el cumplimiento de las acciones de mejora identificadas. (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; lo que ha permitido una comunicación más efectiva y eficaz a la hora de documentar, implementar y hacer seguimiento a las acciones de mejora que se identifican en los distintos procesos.

**D02: Cumplir con las recomendaciones oportunas a otras entidades, por medio de una adecuada gestion con otras partes que permitan la prestación de un servicio integral. (D4-O4) - FECHA DE LA IMPLEMENTACIÓN:** Cuando las niñas, niños y/o adolescentes se encuentre vinculados a otras modalidades.: En los casos específicos que las niñas, niños y/o adolescentes se encuentren vinculados a otra modalidad de protección con otro operador, se ha evidenciado durante este año la buena gestión de la organización al remitir recomendaciones desde el servicio apoyo psicológico especializado al equipo de talento humano de este otro operador, lo que claramente pretende garantizar un servicio integral.



## INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 4

**DO3: Disminuir retrasos en los registros de anexos de historia de atención, aprovechando las frecuentes visitas de supervisión del ICBF así como distintas herramientas digitales para el diligenciamiento y archivo de estas. (D3, O3, O6) - FECHA DE IMPLEMENTACIÓN: Durante la ejecución de los contratos de aporte.**

Esta estrategia se evidencia que ha sido continuamente ejecutada dentro de lo que va corrido del año 2024, puesto que los resultados de las continuas supervisiones han sido positivos, logrando un 100% en los registros de esta última actividad (noviembre 2024) demostrando así que esta oportunidad en conjunto con las herramientas digitales con las que se cuentan ha permitido reducir en gran medida los retrasos en los anexos de historia de atención.

**DA1: Planificar dentro de las actividades de la modalidad y/o servicio, el notificar a la autoridad administrativa la desatención por parte la familia o red vincular de apoyo con respecto a las recomendaciones y/o instrucciones dadas por los profesionales de la modalidad para el cumplimiento en la garantía de los derechos de las niñas, niños y/o adolescentes. (D4, A4) FECHA DE IMPLEMENTACIÓN: Cuando se requiera en el proceso de atención.** : En los anexos de historia de atención de las niñas, niños y/o adolescentes que se encuentran en el servicio apoyo psicológico especializado y que presentan desatención por parte de la persona responsable de su meso sistema, se evidencia que la organización aborda de manera adecuada esta amenaza por medio de las distintas notificaciones realizadas a la autoridad administrativa sobre estos casos, lográndose en algunas la vinculación activa de estos al proceso de restablecimiento de derechos que se lleva con su hijo(a).

**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 sigue bajo implementación, destacando que de acuerdo a reunión realizada con el ICBF se establece precisamente esta acción dentro del modelo de atención; sin embargo, se deberá esperar a que se dé la aprobación final de este documento y su periodo de transición.

Resulta evidente que la organización cumple con las estrategias definidas de acuerdo a su análisis de contexto; sin embargo, se hace necesario llevar un seguimiento por medio de un plan que permita ver claramente el estado mes a mes por cumplir con cada una de ellas, aparte de las reuniones de comité de calidad programadas de manera trimestral que ya se vienen realizando y en donde se realiza seguimiento a estas también.



## INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 5

### 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 2024:**

Durante este primer trimestre, todos los meses, se aplicaron encuestas de satisfacción en las diferentes modalidades y el 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 99% 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	EXTERNADO - BOSCONIA	HITO II	100%	99%
	EXTERNADO - EL COPEY	HITO I - HITO II	100%	
	HOGAR SUSTITUTO	TODOS	100%	
	INTERVENCION DE APOYO PSICOSOCIAL	HITO II - HITO III	90%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO- VALLEDUPAR / KAREN	HITO I - HITO II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO- VALLEDUPAR /VILMA	HITO III	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - AGUACHICA / LUZCIRIS	HITO I - II - III	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - AGUACHICA / TATIANA	HITO III	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CODAZZI / ORLADYS	HITO II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CODAZZI / ELIANA	HITO II - III	100%	
APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CHIRIGUANA / YURIS	HITO I - II	100%		
FEBRERO	EXTERNADO - BOSCONIA	HITO II	100%	99%
	EXTERNADO - EL COPEY	II - III	100%	
	HOGAR SUSTITUTO	TODOS	100%	
	INTERVENCION DE APOYO PSICOSOCIAL	HITO I	96%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO- VALLEDUPAR / KAREN	HITO II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO- VALLEDUPAR /VILMA	HITO I - II -III	95%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - AGUACHICA / LUZCIRIS	HITO I -II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - AGUACHICA / TATIANA	HITO I - III	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CODAZZI / ORLADYS	HITO II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CODAZZI / ELIANA	HITO I - II -III	100%	
APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CHIRIGUANA / YURIS	HITO II	100%		
MARZO	EXTERNADO - BOSCONIA	HITO III	100%	99%
	EXTERNADO - EL COPEY	HITO I - II	100%	
	HOGAR SUSTITUTO	TODOS	100%	
	INTERVENCION DE APOYO PSICOSOCIAL	HITO I - II	96%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO- VALLEDUPAR / KAREN	HITO I - II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO- VALLEDUPAR /VILMA	HITO II	97%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - AGUACHICA / LUZCIRIS	HITO I - II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - AGUACHICA / TATIANA	HITO I - II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CODAZZI / ORLADYS	HITO I - II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CODAZZI / ELIANA	HITO II	100%	
APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CHIRIGUANA / YURIS	HITO III	100%		
PROMEDIO GENERAL=			99%	

- SEGUNDO TRIMESTRE 2024:** A lo largo de este segundo trimestre también se aplicaron encuestas de satisfacción en diferentes modalidades y/o servicios. A continuación, se describen los resultados de acuerdo con lo reportado en cada uno de estos 3 meses:



# INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 6

MES	MODALIDAD Y/O SERVICIO	FASE CORRESPONDIENTE	RESULTADO	PROMEDIO POR MES
ABRIL	EXTERNADO - BOSCONIA	I	100%	100%
	EXTERNADO - EL COPEY	I -II- III	99%	
	HOGAR SUSTITUTO	TODOS	100%	
	INTERVENCION DE APOYO PSICOSOCIAL	NA	-	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO- VALLEDUPAR / KAREN	II - III	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO- VALLEDUPAR /VILMA	I - II	98%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - AGUACHICA / LUZCIRIS	I - II -III	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - AGUACHICA / TATIANA	II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CODAZZI / ORLADYS	I -II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CODAZZI / ELIANA	NA	-	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CHIRIGUANA / YURIS	I - II	100%	
MAYO	EXTERNADO - BOSCONIA	I	100%	99%
	EXTERNADO - EL COPEY	I - II	100%	
	HOGAR SUSTITUTO	TODOS	100%	
	INTERVENCION DE APOYO PSICOSOCIAL	II	96%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO- VALLEDUPAR / KAREN	I - II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO- VALLEDUPAR /VILMA	I - III	98%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - AGUACHICA / LUZCIRIS	I - II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - AGUACHICA / TATIANA	I - II - III	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CODAZZI / ORLADYS	NA	-	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CODAZZI / ELIANA	II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CHIRIGUANA / YURIS	I - II - III	100%	
JUNIO	EXTERNADO - BOSCONIA	NA	-	99%
	EXTERNADO - EL COPEY	II	100%	
	HOGAR SUSTITUTO	TODOS	99%	
	INTERVENCION DE APOYO PSICOSOCIAL	II	91%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO- VALLEDUPAR / KAREN	I - II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO- VALLEDUPAR /VILMA	I - II	98%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - AGUACHICA / LUZCIRIS	I - II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - AGUACHICA / TATIANA	I - II - III	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CODAZZI / ORLADYS	II	100,0%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CODAZZI / ELIANA	I	97%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CHIRIGUANA / YURIS	I - 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

- **TERCER TRIMESTRE 2024:** En este trimestre, es destacable que aparte de las encuestas aplicadas a los usuarios y sus familiares también se obtuvo retroalimentación del servicio por medio de encuesta aplicada al supervisor de contrato en el mes de agosto 2024, dado en ese caso específico un nivel de satisfacción del 97%.

MES	MODALIDAD Y/O SERVICIO	FASE CORRESPONDIENTE	RESULTADO	PROMEDIO POR MES
JULIO	EXTERNADO - BOSCONIA	NA	NA	99%
	EXTERNADO - EL COPEY	II - III	100%	
	HOGAR SUSTITUTO	TODOS	100%	
	INTERVENCION DE APOYO PSICOSOCIAL	I - II	96%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO- VALLEDUPAR / KAREN	II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO- VALLEDUPAR /VILMA	II	98%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - AGUACHICA / LUZCIRIS	I - II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - AGUACHICA / TATIANA	I	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CODAZZI / ORLADYS	I - II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CODAZZI / ELIANA	I - II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CHIRIGUANA / YURIS	I - II	100%	
AGOSTO	EXTERNADO - BOSCONIA	II	100%	99%
	EXTERNADO - EL COPEY	II - III	100%	
	HOGAR SUSTITUTO	TODOS	100%	
	INTERVENCION DE APOYO PSICOSOCIAL	I - II	93%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO- VALLEDUPAR / KAREN			
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO- VALLEDUPAR /VILMA	I - II	97%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - AGUACHICA / LUZCIRIS	I -II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - AGUACHICA / TATIANA	I - II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CODAZZI / ORLADYS	I - II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CODAZZI / ELIANA	II - III	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CHIRIGUANA / YURIS	II	100%	
SEPTIEMBRE	EXTERNADO - BOSCONIA	NA	-	99%
	EXTERNADO - EL COPEY	I - II	100%	
	HOGAR SUSTITUTO	TODOS	100%	
	INTERVENCION DE APOYO PSICOSOCIAL	II - III	96%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO- VALLEDUPAR / KAREN	I - II - III	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO- VALLEDUPAR /VILMA	I - II - III	97%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - AGUACHICA / LUZCIRIS	I - II - III	100%	





# INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 8

APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - AGUACHICA / TATIANA	I - II - III	100%
APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CODAZZI / ORLADYS	I - II	100%
APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CODAZZI / ELIANA	I - II	100%
APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CHIRIGUANA / YURIS	II - III	100,0%

	<b>ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL SUPERVISOR DE CONTRATO – APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO</b>	CÓDIGO: M00001
		Versión: 1
		Fecha: 15/07/2018
		Página: 1

Nombre del supervisor: Nataly Calderón Gómez Fecha: 16/06/2018 Teléfono: 3105141000

Servicio a evaluar: Apoio Psicológico especializado Municipio donde se ejecuta: Valledupar

Para nosotros es muy importante conocer la percepción del servicio que estamos ofreciéndoles, por ello agradecemos de antemano su valioso tiempo al diligenciar la siguiente encuesta:

Marque con una X el valor que considere, teniendo en cuenta uno (1) como valor mínimo y cinco (5) como máximo, en lo referente al grado de satisfacción por lo anterior las siguientes partes:

ITEMS	1	2	3	4	5
1. Compromiso con el destino de atención establecido por el IDEP y obligaciones contractuales					X
2. Disponibilidad del supervisor frente a solicitudes o requerimientos recibidos					X
3. Impacto del servicio en los proyectos especiales y en otros servicios					X
4. Compromiso en las entregas mensuales de los informes técnicos					X
5. Disponibilidad para el servicio					X
6. Compromiso con la atención de los niños, niñas y/o adolescentes, remitidos por la entidad contratante				X	
7. Compromiso en las condiciones de infraestructura de los consultorios					X

Si lo desea, y continuación, puede describir otros puntos que considere importantes con su respectiva calificación:

ITEMS	1	2	3	4	5
1.					

FORMA: Nataly Calderón Gómez

## • CUARTO TRIMESTRE DEL 2024:

A la fecha se cuentan con los datos que dan cuenta del mes de OCTUBRE y NOVIEMBRE del presente año, puesto que aún no finaliza el mes de diciembre; sin embargo, el mes de diciembre será reportado y analizado en el informe #4 de análisis de datos. A continuación, se muestran los resultados aportados:

MES	MODALIDAD Y/O SERVICIO	FASE CORRESPONDIENTE	RESULTADO	PROMEDIO POR MES
OCTUBRE	EXTERNADO - BOSCONIA	NA	NA	99%
	EXTERNADO - EL COPEY	I - II	100%	
	HOGAR SUSTITUTO	TODOS	100%	
	INTERVENCION DE APOYO PSICOSOCIAL	I	97%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO- VALLEDUPAR / KAREN	I - II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO- VALLEDUPAR /VILMA	I-II-III	90%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - AGUACHICA / LUZCIRIS	I - II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - AGUACHICA / TATIANA	III	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CODAZZI / ORLADYS	I - II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CODAZZI / ELIANA	II	100%	





## INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 9

	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CHIRIGUANA / YURIS	II	100%	
NOVIEMBRE	EXTERNADO - BOSCONIA	II	100%	99%
	EXTERNADO - EL COPEY	II	100%	
	HOGAR SUSTITUTO	TODOS	100%	
	INTERVENCION DE APOYO PSICOSOCIAL	II	96%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO- VALLEDUPAR / KAREN	II - III	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO- VALLEDUPAR /VILMA	I - II	94%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - AGUACHICA / LUZCIRIS	I - II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - AGUACHICA / TATIANA	I	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CODAZZI / ORLADYS	I - II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CODAZZI / ELIANA	II	100%	
	APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CHIRIGUANA / YURIS	II	100%	

Por otra parte, también logramos percibir la satisfacción de nuestros clientes 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:

TRIMESTRE	PETICIONES	QUEJAS	RECLAMOS	SUGERENCIAS	FELICITACIONES
1 - 2024	10	0	0	2	256
2 - 2024	3	0	0	7	226
3 - 2024	3	0	0	5	188
4 - 2024	1	0	0	0	141
TOTAL DEL AÑO	17	0	0	14	811

Se destaca que, durante todos los meses, la proporción de las felicitaciones (96%) 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 detalla cada uno de los 10 objetivos que se deben cumplir por procesos y los indicadores creados para lograr la medición de estos; siendo destacable que durante esta vigencia se replantearon algunos indicadores así como también se crearon otros con la finalidad de complementar la validación en el cumplimiento de los objetivos planteados. 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**, a continuación, se muestran el despliegue de indicadores actuales por objetivos de calidad y procesos de la organización:



# INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 10

OBJETIVO DE CALIDAD	PROCESO	INDICADOR
Brindar una atención integral garantizando la calidad y mejora en la prestación de los servicios de atención niñas, niños y adolescentes, con proceso administrativo de restablecimiento de derechos.	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 de la modalidad y/o servicio. *Porcentaje de usuarios que cuentan con afiliación al sistema de salud. * Porcentaje de usuarios que se encuentran vinculados a una institución educativa. *Nivel de satisfacción con la responsabilidad en el servicio. * Nivel de cumplimiento en el desarrollo de las evaluaciones preliminares y/o valoraciones iniciales.
Cumplir con la cobertura de los cupos contratados que son 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 las obligaciones contractuales.		*Capacidad de cumplimiento en las obligaciones contractuales.
Fortalecer a las familias de las niñas, niños y/o adolescente, como corresponsables en la garantía de sus derechos.		*Porcentaje de nuevos 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 las modalidades y/o servicios en ejecución. *Eficacia en la gestión y captación de nuevos contratos.
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	*Eficacia del SGC *Grado de eficacia del análisis de contexto. *Nivel de cumplimiento de la matriz de requisitos legales.
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 FINANCIERA	*Eficacia en el manejo de los recursos de los contratos
Satisfacer las necesidades, expectativas y requisitos 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
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	*Nivel de cumplimiento de la matriz de identificación de necesidades y expectativas de las partes interesadas.

## 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 NOVIEMBRE 2024, 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:



## INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 11

### ➤ 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 2024 por medio del cumplimiento de cada uno de los objetivos de calidad.

#### ○ GRADO DE EFICACIA DEL ANÁLISIS DE CONTEXTO

De acuerdo al número de estrategias definidas en la DOFA para las cuestiones externas e internas del contexto de la organización, se evidencia que se realizó un seguimiento al cumplimiento de estas en el mes de octubre, mostrando un grado de eficacia del 100%; de las 11 definidas, la totalidad se ha implementado en las distintas fechas establecidas. A continuación, se grafica el cumplimiento de este nuevo indicador:

**EFICACIA DEL ANALISIS DE CONTEXTO**



#### ○ NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LA MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES

Con la final de validar el cumplimiento de los requisitos legales, como parte fundamental de la gestión de la calidad, se realizó la creación de este nuevo indicador que permitiera medir este aspecto, evidenciándose en su medición en el mes de octubre 2024 un cumplimiento del 100% en los requisitos aplicables.

#### ○ NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LA MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS.

De acuerdo a la identificación de las partes interesadas y a las necesidades y expectativas de cada una de estas, se reportó la medición de este indicador para el mes de octubre 2024 mostrando un nivel de cumplimiento del 100%; tanto para los requisitos propios del ICBF, Usuarios, empleados, entes de control, entre otros. A continuación, se muestra la totalidad de partes interesadas pertinentes VS el # de partes con las que se logra cumplir sus necesidades y expectativas:



## INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 12

Nivel de cumplimiento de la matriz de identificación de necesidades y expectativas de las partes interesadas

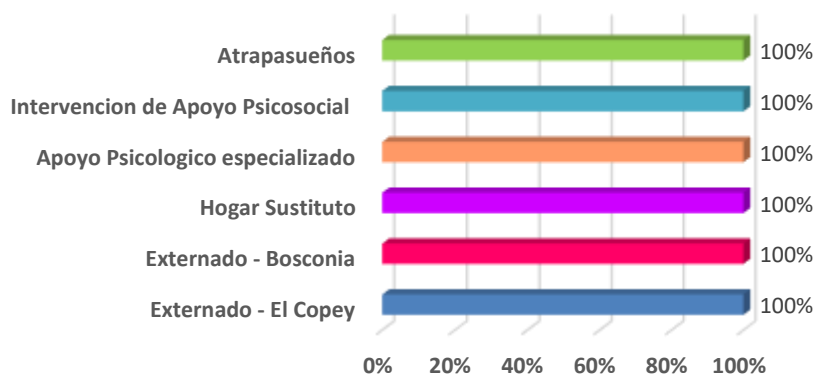


### ➤ PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

#### ○ EFIACIA EN EL MANEJO DE LOS RECURSOS DE LOS CONTRATOS

Durante el transcurso del año 2024, APSEFACOM ejecuto en total 4 modalidades y 1 servicio, destacándose que para esta vigencia la periodicidad definida para la medida de este se cambió de anual a trimestral, con la finalidad de realizar un mayor control en menos tiempo a este aspecto tan importante, se evidencia que 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 con el porcentaje de número de informes entregados y aprobados por el ICBF (Desembolsos efectivos), dando cuenta así de que la eficacia global de estos fue de un 100%:

% De Transparencia en el manejo de los Recursos



### ➤ 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 99%. Lo anterior representa una tendencia POSITIVA frente a la meta establecida por el SGC.



## INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

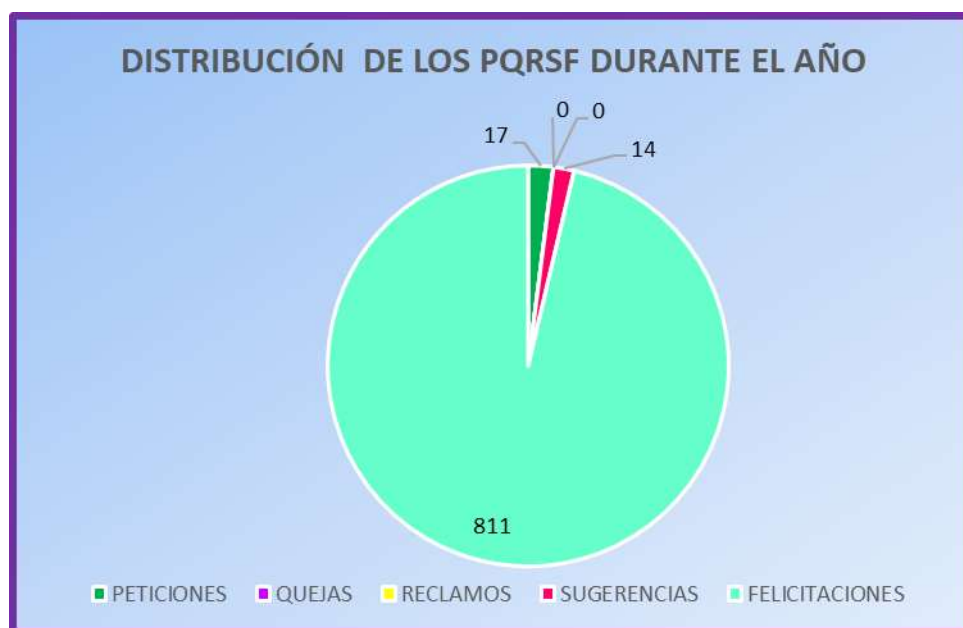
FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 13

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 842, el 96% corresponde a felicitaciones, el 2% a peticiones y el 2% restante a sugerencias. Es destacable que, en este periodo en comparación con la revisión anterior, no se da lugar a la recepción de quejas, solo se dieron lugar a algunas peticiones y sugerencias, las cuales fueron gestionados y contestados por medio de cada modalidad y/o servicio. A continuación, se expresan estos porcentajes en números enteros mediante una gráfica de torta:



*(Distribución de los registros captados en el AÑO 2024 según los motivos)*

### ○ **% 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 la vigencia 2024 en el mes de junio, arrojando 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 auditorías, 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 (2024), ni la de RECERTIFICACIÓN de ahora de Diciembre 2024.

### ○ **% DE CIERRE DE SALIDAS NO CONFORMES**

Durante el primer semestre del año 2024 se observa la identificación y gestión de 3 salidas no conformes; en la modalidad INTERVENCION DE APOYO PSICOSOCIAL y EL SERVICIO APOYO



## INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

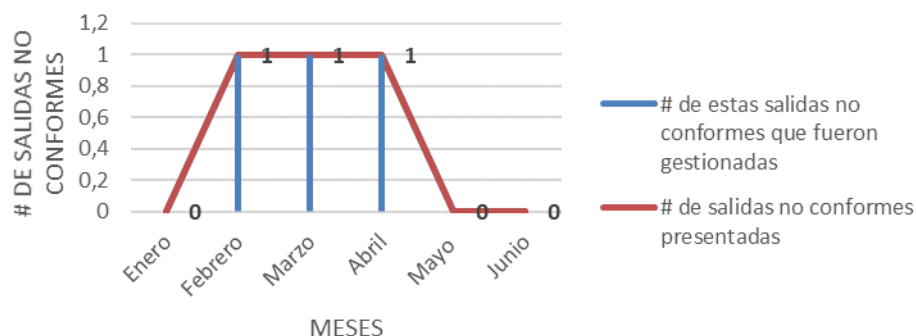
CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 14

PSICOLOGICO ESPECIALIZADO. 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.



Durante el semestre B del 2024, se observa la identificación de 2 salidas no conformes en total, el 100% de estas también bajo el proceso de ATENCION BIOPSIICOSOCIAL. 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:** Durante la vigencia considerada en esta revisión, se evidencia un buen nivel de cumplimiento del objetivo planteado desde el proceso, relacionado con el mantenimiento y captación de contratos; a continuación, se muestra la evidencia de ello por medio de los indicadores planteados para ello:
  - **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 2024 se mantienen en un 100% los contratos que se ejecutaron el año anterior (2023), lo que dejar ver la buena capacidad de la organización a la hora de cumplir con los requisitos del cliente, puesto que se mantiene la relación contractual, de hecho, se renovó en diciembre 2023 y abril 2024. 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 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 este mes de diciembre del año 2024 se evidencio un resultado positivo, puesto que los 5 contratos mencionado en el indicador anterior tuvieron fecha de finalización hasta 31 MARZO 2024 y en efecto se logró responder de forma adecuada y exitosa a todas las invitaciones correspondientes, dando como resultado el inicio de 5 nuevos contratos



## INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 15

con el ICBF para estas mismas modalidades hasta NOVIEMBRE DEL 2024, a la fecha se mantienen en su TOTALIDAD, logrando una adición al contrato para este mes de DICIEMBRE. Por otro lado, APSEFACOM también hizo la debida gestión comercial para aplicar al banco de oferentes durante el mes de JUNIO - JULIO 2024 para la modalidad ATRAPASUEÑOS, logrando establecer un contrato más por 800 cupos para los municipios de: Manaure, Bosconia, Valledupar y el Copey; 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 BIOPSIICOSOCIAL:

Por medio de los distintos indicadores que a continuación se muestran se evidencia la buena capacidad de la organización por dar cumplimiento al objetivo de este proceso, relacionado de manera directa con la prestación del SERVICIO, demostrando en todos los casos la buena gestión para el logro de la garantía en los derechos de las niñas, niños y/o adolescentes así como en el cumplimiento de distintas particularidades expuestas por nuestro cliente institucional para el proceso de restablecimiento de derechos que se lleva con cada uno de las niñas, niños y/o adolescentes.

#### ○ 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, de las 4 modalidades y el servicio de apoyo psicológico especializado de la sede principal, a continuación, se muestran los 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 - 2024:

MES	MODALIDAD Y/O SERVICIO	Municipio	N° de cupos REMITIDOS	N° de cupos Remitidos y Atendidos	Resultado INDIVIDUAL	Resultado por MES
ENERO	Apoyo Psicológico especializado	Valledupar	58	58	100%	100%
		Aguachica	60	60	100%	
		Codazzi	42	42	100%	
		Chiriguana	20	20	100%	
	Externado MEDIA JORNADA	Bosconia	100	100	100%	
	Externado MEDIA JORNADA	El Copey	71	71	100%	
	Intervención de apoyo psicosocial	Aguachica	150	150	100%	
FEBRERO	Apoyo Psicológico especializado	Valledupar	59	59	100%	100%
		Aguachica	58	58	100%	
		Codazzi	52	52	100%	
		Chiriguana	20	20	100%	
	Externado MEDIA JORNADA	Bosconia	100	100	100%	
	Externado MEDIA JORNADA	El Copey	80	80	100%	
	Intervención de apoyo psicosocial	Aguachica	150	150	100%	





# INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 16

		Hogar sustituto	Sincelejo	113	113	100%		
	MARZO	Apoyo Psicológico especializado	Valledupar	58	58	100%	100%	
			Aguachica	52	52	100%		
			Codazzi	50	50	100%		
			Chiriguana	20	20	100%		
		Externado MEDIA JORNADA	Bosconia	100	100	100%		
		Externado MEDIA JORNADA	El Copey	80	80	100%		
		Intervención de apoyo psicosocial	Aguachica	150	150	100%		
		Hogar sustituto	Sincelejo	111	111	100%		
	ABRIL	Apoyo Psicológico especializado	Valledupar	59	59	100%	100%	
			Aguachica	53	53	100%		
			Codazzi	50	50	100%		
			Chiriguana	20	20	100%		
		Externado MEDIA JORNADA	Bosconia	100	100	100%		
		Externado MEDIA JORNADA	El Copey	77	77	100%		
		Intervención de apoyo psicosocial	Aguachica	150	150	100%		
		Hogar sustituto	Sincelejo	123	123	100%		
	MAYO	Apoyo Psicológico especializado	Valledupar	57	57	100%	100%	
			Aguachica	57	57	100%		
			Codazzi	53	53	100%		
			Chiriguana	20	20	100%		
		Externado MEDIA JORNADA	Bosconia	100	100	100%		
		Externado MEDIA JORNADA	El Copey	77	77	100%		
		Intervención de apoyo psicosocial	Aguachica	150	150	100%		
		Hogar sustituto	Sincelejo	111	111	100%		
	JUNIO	Apoyo Psicológico especializado	Valledupar	59	59	100%	100%	
			Aguachica	59	59	100%		
			Codazzi	53	53	100%		
			Chiriguana	20	20	100%		
		Externado MEDIA JORNADA	Bosconia	100	100	100%		
		Externado MEDIA JORNADA	El Copey	78	78	100%		
		Intervención de apoyo psicosocial	Aguachica	150	150	100%		
		Hogar sustituto	Sincelejo	115	115	100%		
	JULIO	Apoyo Psicológico especializado	Valledupar	57	57	100%	100%	
			Aguachica	46	46	100%		
			Codazzi	54	54	100%		
			Chiriguana	20	20	100%		
		Externado MEDIA JORNADA	Bosconia	100	100	100%		



# INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 17

		Externado MEDIA JORNADA	El Copey	80	80	100%	
		Intervención de apoyo psicosocial	Aguachica	150	150	100%	
		Hogar sustituto	Sincelejo	106	106	100%	
	AGOSTO	Apoyo Psicológico especializado	Valledupar	60	60	100%	100%
			Aguachica	47	47	100%	
			Codazzi	55	55	100%	
			Chiriguana	20	20	100%	
		Externado MEDIA JORNADA	Bosconia	100	100	100%	
		Externado MEDIA JORNADA	El Copey	80	80	100%	
		Intervención de apoyo psicosocial	Aguachica	150	150	100%	
		Hogar sustituto	Sincelejo	115	115	100%	
	SEPTIEMBRE	Apoyo Psicológico especializado	Valledupar	60	60	100%	100%
			Aguachica	55	55	100%	
			Codazzi	55	55	100%	
			Chiriguana	20	20	100%	
		Externado MEDIA JORNADA	Bosconia	100	100	100%	
		Externado MEDIA JORNADA	El Copey	80	80	100%	
		Intervención de apoyo psicosocial	Aguachica	150	150	100%	
		Hogar sustituto	Sincelejo	98	98	100%	
	OCTUBRE	Apoyo Psicológico especializado	Valledupar	60	51	85%	98%
			Aguachica	60	60	100%	
			Codazzi	55	55	100%	
			Chiriguana	20	20	100%	
		Externado MEDIA JORNADA	Bosconia	100	100	100%	
		Externado MEDIA JORNADA	El Copey	80	80	100%	
		Intervención de apoyo psicosocial	Aguachica	150	150	100%	
		Hogar sustituto	Sincelejo	95	95	100%	
	NOVIEMBRE	Apoyo Psicológico especializado	Valledupar	60	60	100%	100%
			Aguachica	60	60	100%	
			Codazzi	55	55	100%	
			Chiriguana	20	20	100%	
		Externado MEDIA JORNADA	Bosconia	100	100	100%	
		Externado MEDIA JORNADA	El Copey	80	80	100%	
		Intervención de apoyo psicosocial	Aguachica	150	150	100%	
		Hogar sustituto	Sincelejo	91	91	100%	



## INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 18

El nivel de cumplimiento en los cupos remitidos 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 en el mes de octubre no se logra el 100% en el servicio apoyo psicológico especializado debido a las inasistencias de algunos usuarios, lo que repercute en el cumplimiento del cupo; sin embargo se evidencia que desde el servicio se reporta dicha novedad a la autoridad administrativa y supervisor de contrato; tal como lo estipula la guía de prevención de situaciones de riesgos y el plan de daño antijurídico.

○ **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 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 OBLIGACIONES CONTRACTUALES**

Durante el año 2024 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, hasta la fecha:

**ENERO – JUNIO 2024:**

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
NO APLICA			04-04-2024 SUPERVISION AE - CODAZZI 100%	NA	19-06-2024 SUPERVISION AE-AGUACHICA 100%
					18-06-24 Supervisión Intervención de apoyo psicosocial 92,5%

**JULIO – DICIEMBRE 2024:**

Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
23-07-24 SUPERVISION AE – CHIRIGUANA - 100%	22-08-2024 SUPERVISION AE - CODAZZI 100%	16-09-24 SUPERVISION AE - VALLEDUPAR 97%	16-10-24 SUPERVISION AE - VALLEDUPAR 100%	18/11/2024 Supervisión Hogar sustituto – Sincelejo - 100%	NO APLICA
23/07/24 BIENESTARINA EXTERNADO BOSCONIA-100%	28-08-24 SUPERVISION EXTERNADO - EL COPEY 95,39%	18-09-24 Supervisión Hogar sustituto - Sincelejo 92,5%		19-11-2024 SUPERVISION AE-AGUACHICA 100%	
30-07-24 LICENCIA DE FUNCIONAMIENT O POR CAMBIO DE DOMICILIO INTERVENCION DE APOYO	29-08-24 SUPERVISION EXTERNADO BOSCONIA 100%	26-09-24 SUPERVISION EXTERNADO BOSCONIA 100%		16-09-24 SUPERVISION AE - VALLEDUPAR 100%	



## INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 19

PSICOSOCIAL -  
100%

Un dato destacable de todo el proceso de visitas de supervisión del año 2024, es que en los casos específicos que no se logró un resultado del 100%, se desarrolló de forma posterior una visita para validar nuevamente el cumplimiento con los compromisos generados, evidenciándose en efecto para el mes de NOVIEMBRE que en estos dos sitios (Valledupar y Sincelejo) se obtuvo el cumplimiento total de los requisitos supervisados en sus distintos componentes (Técnico, administrativo, legal y financiero)

○ **EFICACIA EN LOS TRÁMITES DE DOCUMENTOS DE IDENTIDAD PARA LOS USUARIOS ATENDIDOS QUE NO CUENAN CON ESTE AL INGRESO DE LA MODALIDAD Y/O SERVICIO.**

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 junio del 2024 con un porcentaje del 100% y ahora en el mes de diciembre 2024 con un promedio general del 100%.

○ **PORCENTAJE DE USUARIOS QUE CUENTAN CON AFILIACION AL SISTEMA DE SALUD.**

En este 2024 se dio lugar a la creación de este nuevo indicador, debido a la gran incidencia en la prestación del servicio que tiene el aspecto de la garantía en las afiliaciones a salud y también a la importancia de la validación de que las niñas, niños y/o adolescentes cuenten realmente con esta afiliación, por medio de los soportes de ADRES en todos los anexos de historia de atención. Su frecuencia de medición se definió de forma trimestral; en los informes de análisis de datos trimestrales realizados por la coordinación de calidad así como en los reportes de indicadores se observa un excelente comportamiento y tendencia en los resultados de este, logrando en todos los trimestres el 100%, lo que significa que todos las niñas, niños y/o adolescentes cuentan con la garantía del derecho a la salud y que en los casos que se ha requerido en efecto se ha logrado una gestión positiva para la obtención de este.

○ **PORCENTAJE DE USUARIOS QUE SE ENCUENTRAN VINCULADOS A UNA INSTITUCION EDUCATIVA.**

Al igual que el indicador anterior, a este también se le dio creación en este año 2024, debido a la gran incidencia en la prestación del servicio que tiene el aspecto de la garantía en las VINCULACION AL SECTOR EDUCATIVO de nuestros usuarios y también a la importancia de la validación de que las niñas, niños y/o adolescentes realmente se encuentren estudiando, por medio de las certificaciones o constancias de educación emitidas por cada institución educativa en todos los anexos de historia de atención. Su frecuencia de medición se definió también de forma trimestral; en los informes de análisis de datos trimestrales realizados por la coordinación de calidad así como en los reportes de indicadores se observa un excelente comportamiento y tendencia en los resultados de este, logrando un promedio ANUAL del 98%, lo que significa que este porcentaje de las niñas, niños y/o adolescentes que se encuentran en edad escolar cuentan con la garantía del derecho a la EDUCACION y que en los casos que se ha requerido en efecto se ha logrado una gestión positiva para la obtención de este, tal como se reporta en el trimestre de diciembre, el cual cierra en un nivel de cumplimiento del 100%.



## INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 20

### ○ 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 y también según las necesidades específicas de las vivencias de cada uno de las niñas, niños y/o adolescente, sin la superación del tope establecido contractualmente.

Al momento que estos ingresan, el lineamiento técnico del modelo de atención 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 determinado, 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: marzo, junio, septiembre y diciembre con una calificación de 100% en todos.

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, 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 pico educarlos para que se comprometan como 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 100% durante todo el año. Siendo este resultado bastante positivo, y aclarando que en la modalidad de HOGAR SUSTITUTO no se evalúa este criterio puesto que precisamente las vulneraciones que dieron origen a la medida, de por sí solas si implican lamentablemente abandono y/o negligencia por parte de las familias.

### ○ 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 alarmas relacionadas con nuevos casos 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



## INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

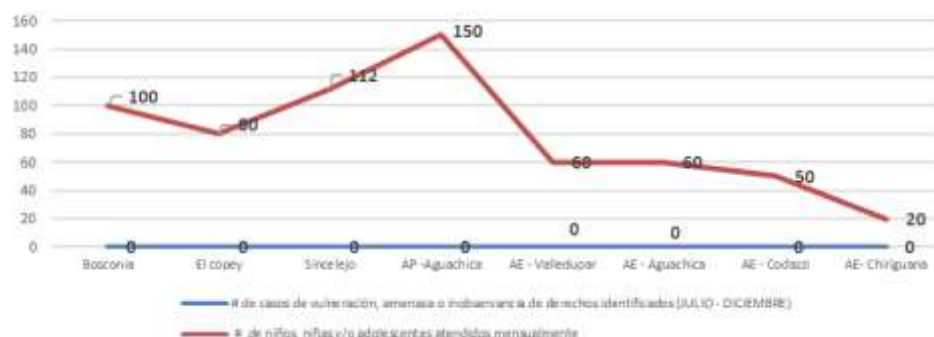
PÁGINA: 21

reportarlas activando la ruta pertinente. Durante este año los casos identificados están representados en promedio por 1% a nivel general (Solo 3 de los aproximados 632 Niños, niñas y adolescentes atendidos MENSUALMENTE durante todo este año). A continuación, se muestra el comportamiento de este indicador por modalidad y/o servicio en el mes de junio del 2024 y diciembre del 2024:

### JUNIO 2024:



### DICIEMBRE 2024:



#### ➤ PROCESO DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS CALIFICACIÓN PROMEDIO DE COMPETENCIAS

Durante este año, el indicador fue reportado en el mes de JUNIO 2024. El resultado este año fue de 99 puntos, lo que claramente refleja una tendencia positiva con la revisión anterior al mantener el promedio de las competencias, siendo esto significativo por los nuevos ingresos o cambios en el personal administrativo, relacionados con el cargo de coordinación del SST y de 2 auxiliares contables. La gráfica siguiente muestra los resultados por cargos desde la parte administrativa y operativa del alcance del SGC (El servicio apoyo psicológico especializado del municipio de Valledupar):



## INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 22

### CALIFICACIÓN - EVALUACIONES DE COMPETENCIA

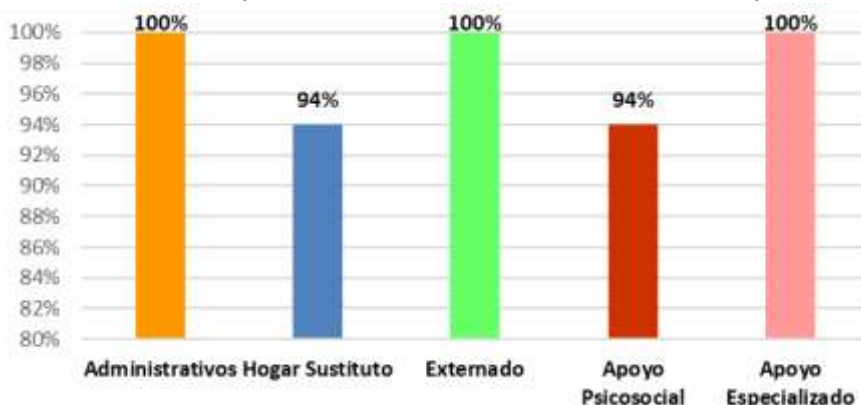


#### ○ EFICACIA DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

Al analizar el cumplimiento de 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 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; sin embargo se identifica la necesidad de modificar la frecuencia en la medición de este indicador, pasarlo de anual a trimestral, con la finalidad de garantizar un control mucho más detallado por periodo de tiempo más corto.

#### ○ NIVEL DE SATISFACCIÓN CON EL CLIMA ORGANIZACIONAL

Este año 2024 se aplicaron encuestas durante el mes de septiembre, dando un resultado de 98%, presentando un aumento frente a la revisión anterior (96%), estableciendo así una buena tendencia en los últimos 3 años. A continuación, se detallan los resultados de forma individual, para cada una de las personas del talento humano encuestadas por áreas o modalidades:



Como necesidad de mejora respecto a este componente de la política de calidad se identifica lo siguiente: incluir dentro de las caracterizaciones de procesos los requisitos mínimos de ambiente para la operación de los procesos, en vista de que algunos de estos repercuten en parte en el grado de satisfacción del talento humano frente al clima organización.





## INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

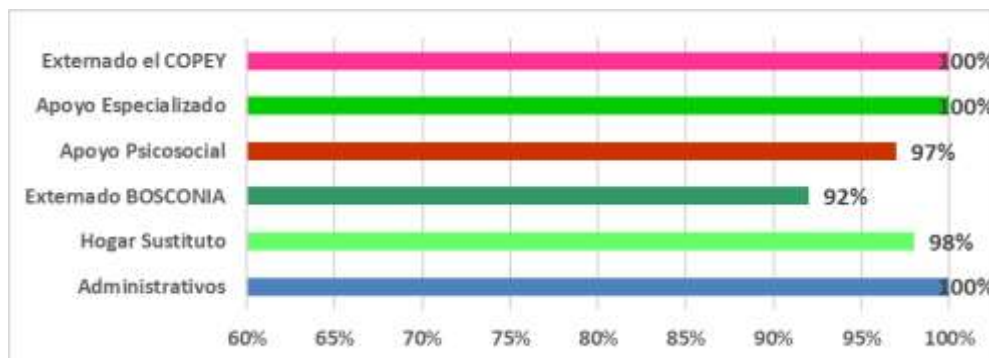
VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 23

### ○ NIVEL DEL DESEMPEÑO LABORAL

Se aplicaron las evaluaciones durante el mes de agosto del 2024, con la finalidad de analizar el desempeño laboral del talento humano tanto de la parte administrativa como la operativa, reportando un nivel de desempeño de 98%, 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 ahora en diciembre, arrojando un resultado general de 85. Dicho porcentaje cumple la meta del SGC y en comparación con la revisión anterior se evidencia que el número de compras disminuyó, debido a la reducción realizada en el alcance del SGC, limitando este solo a la sede principal.

### ○ 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 2024, que permiten la ejecución eficaz del área administrativa y operativa, relacionada con el servicio de apoyo psicológico especializado, se obtuvo como resultado un total de 36 compras, relacionadas con compra de dotación, papelería, servicios de mantenimiento de equipos de oficina (computo, impresión y aires acondicionados), fumigación, lavado de tanques, recarga de extintores, 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; se evidencia una disminución considerable en el número de compras registrado para este indicador debido a que el alcance del SGC para este año se redujo a solo el sitio principal, excluyendo así a las otras modalidades que requieren por su esencia propia mayor flujo de compras mensuales.

### ➤ 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



## INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 24

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 reduce a cero el número de quejas, con relación a las modalidades y/ o servicios que se están ejecutando, también se evidencia que los resultados de la evaluación de la satisfacción de los clientes es de un 100%; lo que muestran que se tiene la capacidad para alcanzar las metas establecidas y que se presenta tendencia POSITIVA FRENTE A LA REVISIÓN ANTERIOR, al mantenerse en el mismo 100%, siendo evidente el buen nivel de conformidad del servicio, igualmente se observa que durante la última auditoría interna en noviembre 2024 no se presentaron no conformidades de ningún tipo, así mismo cabe resaltar que durante nuestra última auditoría (RECERTIFICACIÓN) con nuestro ente certificador – DICIEMBRE 2024 (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 este año 2024, 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 RECERTIFICACIÓN** realizada en diciembre 2024 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.



## INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

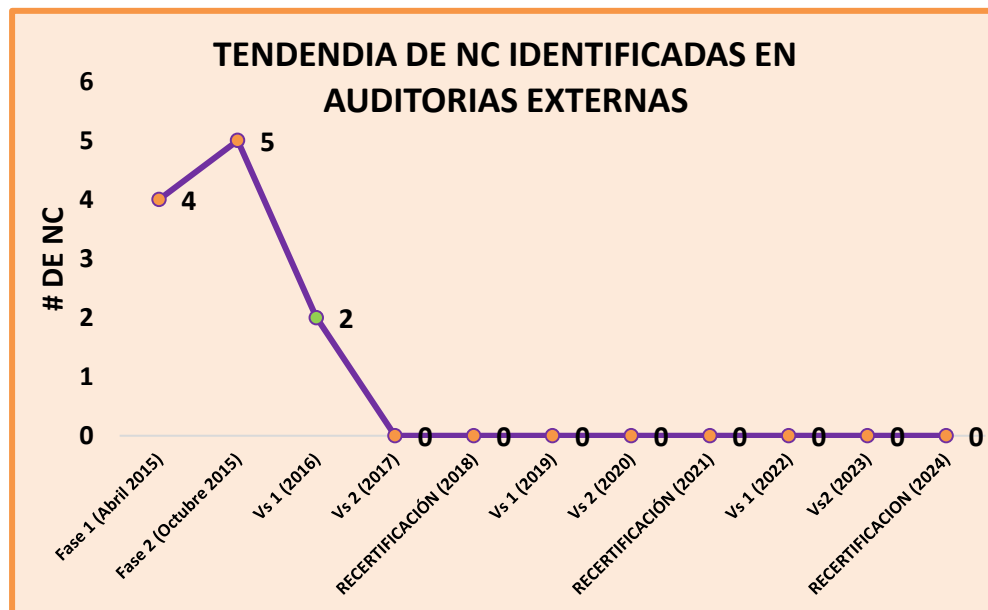
VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 25

- 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.

A continuación, se grafica la tendencia positiva de la identificación no conformidades durante todas las auditorías realizadas por Bureau Veritas (2015-2024), 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:



Respecto a la **auditoría interna** realizada en noviembre del 2024 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 85 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



## INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 26

productos adquiridos, así como el cumplimiento en los programas de mantenimiento de instalaciones y equipos.

### 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.

### 6. OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Documentar alertas sobre vencimientos de licencias de funcionamiento, conceptos sanitarios por sedes, exámenes médicos ocupacionales, cursos de manipulación de alimentos y verificaciones intermedias para las modalidades que aplique.
- Mejorar el mecanismo de seguimiento a las estrategias de la DOFA.
- Fortalecer el seguimiento del indicador de cumplimiento del programa de capacitaciones.
- Documentar los requerimientos para el ambiente de la operación de los procesos.
- Continuar fortaleciendo anualmente las capacidades de los niños, niñas y/o adolescentes en un contexto distinto a las actividades definidas en el modelo de atención.
- Ajustar el nombre del proceso de gestión comercial, a las actividades del proceso de contrataciones que se realizan en este.
- Modificar la frecuencia del indicador de cumplimiento de requisitos contractuales.
- Gestionar las licencias iniciales para la modalidad hogar sustituto en Valledupar, externado media jornada en Curumani y el servicio apoyo psicológico especializado así como intervención de apoyo psicosocial en Sincelejo.
- Aprovechar las herramientas digitales de calendario asociadas a los correos electrónicos para la planificación de las actividades por procesos.
- Fortalecer los aspectos por comunicar tanto externa como internamente, de la mano de la oportunidad anterior.

### 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 e internas) 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

- Documentar alertas sobre vencimientos de licencias de funcionamiento, conceptos sanitarios por sedes, exámenes médicos ocupacionales, cursos de manipulación de alimentos y verificaciones intermedias para las modalidades que aplique.
- Mejorar el mecanismo de seguimiento a las estrategias de la DOFA.



## INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

CÓDIGO: PG01RE03

VERSIÓN: 3

FECHA: 01/06/18

PÁGINA: 27

- Fortalecer el seguimiento del indicador de cumplimiento del programa de capacitaciones.
- Documentar los requerimientos para el ambiente de la operación de los procesos.
- Continuar fortaleciendo anualmente las capacidades de los niños, niñas y/o adolescentes en un contexto distinto a las actividades definidas en el modelo de atención.
- Ajustar el nombre del proceso de gestión comercial, a las actividades del proceso de contrataciones que se realizan en este.
- Modificar la frecuencia del indicador de cumplimiento de requisitos contractuales.
- Gestionar las licencias iniciales para la modalidad hogar sustituto en Valledupar, externado media jornada en Curumani y el servicio apoyo psicológico especializado así como intervención de apoyo psicosocial en Sincelejo.
- Aprovechar las herramientas digitales de calendario asociadas a los correos electrónicos para la planificación de las actividades por procesos.
- Fortalecer los aspectos por comunicar tanto externa como internamente.
- Continuar fortaleciendo la cultura, sobre todo en los cambios de personal que se presenten, respecto al entendimiento y aplicabilidad de la política de calidad.
- Documentar de manera general cómo la organización cumple o responde a cada uno de los requisitos de la norma ISO 9001.

### **Necesidades de cambios en el sistema de gestión de la calidad.**

- Creación y/o modificación de formatos y documentos.
- Ajuste en el nombre del proceso de gestión comercial y el de medición, análisis y mejora.

### **Necesidades de Recursos**

- Humano, financieros y tecnológicos para la gestión de las nuevas licencias.
- 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 prestación del servicio.
- Los propios para el mantenimiento del sistema de gestión de calidad. (Auditoría interna, externas, honorarios del personal a cargo).

\_\_\_\_\_  
CORDINADOR DE CALIDAD

\_\_\_\_\_  
GERENTE