

# **ESCUELA POLITÉCNICA NACIONAL**

## **FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS**

**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE MEJORA DE LA CALIDAD, PARA LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS, BASADO EN LA NORMA ISO 9001: 2008, EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR**

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER EN SISTEMAS DE GESTIÓN INTEGRADOS**

**NORA CATALINA QUIMBITA CAIZA**

katty740605@hotmail.com

**Director: Ing. Pedro Enrique Buitrón Flores**

pedro.buitron@epn.edu.ec

**2016**

## **DECLARACIÓN**

Yo, Nora Catalina Quimbita Caiza, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Escuela Politécnica Nacional puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normatividad institucional vigente.

---

**Nora Catalina Quimbita Caiza**

## **CERTIFICACIÓN**

Certifico que el presente trabajo fue desarrollado por Nora Catalina Quimbita Caiza, bajo mi supervisión.

---

**Ing. Pedro Enrique Buitrón Flores**

**DIRECTOR**

## **AGRADECIMIENTO**

Gracias a Dios por todas sus bendiciones y oportunidades que me ha brindado en el transcurso de mi existencia para ser quien soy ahora.

A la Escuela Politécnica Nacional, a mis profesores de la Maestría en Sistemas de Gestión Integrados quienes supieron impartirme sus conocimientos, y de manera especial a mi Director de Tesis, Eco. Pedro Enrique Buitrón Flores, quien guio mi trabajo con paciencia y generosidad para compartir sus vastos conocimientos.

A los directivos y servidores de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador, que gracias a su colaboración y confianza hicieron posible el desarrollo de este trabajo.

Gracias por todo lo que he recibido y que ha llenado mi vida de satisfacciones y alegrías y también de fortaleza cuando lo he necesitado.



## **DEDICATORIA**

A mis amados padres quienes han estado a mi lado brindándome su ayuda y apoyo en todos los momentos de mi vida y especialmente en los más difíciles, además me han enseñado valores y principios que los he aplicado en cada paso que he dado tanto en mi vida personal, estudiantil y profesional, por lo que les dedico de todo corazón el presente trabajo, que es uno de mis objetivos más anhelados.

## INDICE DE CONTENIDO

LISTA DE FIGURAS	i
LISTA DE TABLAS	ii
LISTA DE ANEXOS	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.3 OBJETIVO GENERAL	2
1.3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
1.4 HIPÓTESIS	3
1.5 ANTECEDENTES DEL ÁREA ADMINISTRATIVA	3
1.5.1 MISION	3
1.5.2 VISION	3
1.5.3 PRINCIPIOS	4
1.5.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	4
1.5.5 BASE LEGAL	6
2 MARCO TEÓRICO	9
2.1 GESTIÓN POR PROCESOS	9
2.1.1 BENEFICIOS DE LA GESTIÓN POR PROCESOS	9
2.1.2 PROCESO	10
2.1.2.1 Elementos de un proceso	10
2.1.2.2 Clasificación de Procesos	11
2.1.1.3 Jerarquía de Procesos	11
2.1.3 MAPA DE PROCESOS Y CADENA DE VALOR	13
2.1.3.1 MAPA DE PROCESOS	13
2.1.3.2 CADENA DE VALOR	14
2.1.4 CATÁLOGO DE PROCESOS	15
2.1.5 ANÁLISIS DEL ESTADO DE UN PROCESO	16
2.1.6.1 Caracterización de un Proceso	16
2.1.6.2 Diagrama de flujo	18
2.1.6.3 Indicadores de desempeño	20
2.1.6.3.1 Componentes de un indicador	20

2.1.6.3.2	Características de un indicador	21
2.2	MEJORA DE PROCESOS	21
2.2.1	OBJETIVOS DE LA MEJORA DE PROCESOS	22
2.3	NORMA ISO 9001:2008	22
2.3.1	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	22
2.3.1.1	Generalidades	22
2.3.1.2	Principios de la Gestión de la Calidad	23
2.3.1.3	Enfoque basado en procesos	24
2.3.2	ESQUEMA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD ISO 9001:2008	25
2.3.2.1	Sistemas de Gestión de la Calidad	27
2.3.2.2	Responsabilidad de la Dirección	28
2.3.2.3	Gestión de Recursos	29
2.3.2.4	Realización del Producto	30
2.3.2.5	Medición, Análisis y Mejora	32
2.3.3	IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD ISO 9001:2008	34
2.3.3.1	Primera etapa: Análisis inicial	34
2.3.3.2	Segunda etapa: Planificación y entrenamiento	35
2.3.3.3	Tercera Etapa: Diseño del Sistema de Gestión de la Calidad	35
2.3.3.3.1	Fase I: Diagnóstico de la gestión de la calidad	35
2.3.3.3.2	Fase II: Determinación de la estructura de procesos	35
2.3.3.3.3	Fase III: Soporte documental del Sistema de Gestión de la Calidad	36
2.3.3.4	Cuarta Etapa: Establecimiento y Seguimiento Continuo del Sistema	38
2.3.3.5	Quinta Etapa: Auditoría Interna	38
3	METODOLOGÍA	40
3.1	DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL	41
3.1.1.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	49
3.1.2.	RESULTADOS GENERALES	55
3.2	DISEÑO DEL MAPA DE PROCESOS Y CADENA DE VALOR	56
3.2.1	IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS	57
3.2.2	DISEÑO DEL MAPA DE PROCESOS	58
3.2.3	DISEÑO DE LA CADENA DE VALOR	61
3.2.4	CATÁLOGO DE PROCESOS	60
3.2.5	DESCRIPCIÓN DE PROCESOS	60
3.2.5.1	CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	61
3.2.5.2	DIAGRAMAS DE FLUJOS DE PROCESOS	66
3.3	DISEÑO DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	77
3.3.1	ELABORACIÓN DEL MANUAL DE LA CALIDAD	77

3.3.2	ELABORACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS _____	78
3.3.2.1	Procedimiento Control de Documentos (numeral 4) _____	78
3.3.2.2	Procedimiento Control de Registros (numeral 4) _____	79
3.3.2.3	Responsabilidad de la Dirección (numeral 5) _____	79
3.3.2.4	Gestión de Recursos (numeral 6) _____	80
3.3.2.5	Realización del Producto (numeral 7) _____	80
3.3.2.6	Medición, Análisis y Mejora (numeral 8) _____	80
3.3.3	ELABORACIÓN DE FORMATOS Y REGISTROS _____	81
3.4	SISTEMA DEL CONTROL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS _____	81
3.5	PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD _____	83
3.5.1	ESTABLECIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD _____	84
3.5.2	ESTABLECIMIENTO DE LOS INDICADORES _____	86
3.5.3	SEGUIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD _____	87
3.5.4	AUDITORÍA INTERNA _____	86
3.5.4.1	CONFORMACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR _____	87
3.5.4.2	DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE AUDITORÍA _____	88
3.5.4.3	REUNIÓN DE APERTURA _____	88
3.5.4.4	EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA INTERNA _____	89
4	ANÁLISIS DE RESULTADOS _____	90
4.1	RESULTADOS DE LA AUDITORIA INTERNA _____	90
4.2	RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD _____	92
4.3	ANÁLIS DE RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD _____	97
4.3.1	INFORME DE RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD _____	103
4.4	SOCIALIZACIÓN _____	104
4.5	RESULTADOS DEL SISTEMA DE CONTROL DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS _____	105
4.6	ACCIONES CORRECTIVAS _____	109
5	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES _____	110
5.1	CONCLUSIONES _____	110
5.2	RECOMENDACIONES _____	112
	REFERENCIAS _____	113
	ANEXOS _____	115

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -Facultad de Ciencias Médicas _____	4
Figura 2- Organigrama Funcional Facultad de Ciencias Médicas _____	5
Figura 3 - Elementos de un proceso _____	10
Figura 4 - Jerarquía de Procesos _____	12
Figura 5 - Modelo de mapa de procesos _____	13
Figura 6 - Modelo de cadena de valor _____	14
Figura 7 - Caracterización del proceso _____	17
Figura 8–SímbolosANSI utilizados para graficar procesos _____	19
Figura 9 - Diagrama de flujo funcional _____	19
Figura 10-Principios de la Gestión de la Calidad _____	24
Figura 11 -Modelo del sistema de gestión de la calidad basado en procesos _____	25
Figura 12 - Sistema de Gestión de Calidad _____	26
Figura 13 - Estructura del Sistema Documental _____	36
Figura 14 - Metodología de Auditorías _____	39
Figura 15–Etapas de la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad _____	40
Figura 16–Modelo Diagnóstico del Área Administrativa _____	42
Figura 17– Levantamiento de procesos del área administrativa _____	56
Figura 18 – Mapa de Procesos del Área Administrativa _____	59
Figura 19 – Cadena de Valor del Área Administrativa _____	59
Figura 20 – Pasos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad _____	83

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1 -Etapas de la Gestión de Procesos _____	7
Tabla 2 –Catálogo de Procesos_____	15
Tabla 3 - Componentes de un Indicador_____	20
Tabla 4–Matriz de cumplimiento inicial de requisitos de la Norma ISO 9001: 2008 _____	44
Tabla 5–Matriz de calificación del cumplimiento inicial de requisitos de la Norma ISO 9001: 2008 _____	50
Tabla 6 – Calificación de los resultados del cumplimiento requisitos de la Norma ISO 9001: 2008 _____	54
Tabla 7 – Calificación general de cumplimiento de requisitos de la Norma ISO 9001: 2008_	54
Tabla 8–Catálogos de Procesos Administrativos _____	60
Tabla 9 - Matriz de cumplimiento final de requisitos de la Norma ISO 9001: 2008 _____	93
Tabla 10 - Matriz de calificación final del cumplimiento de requisitos de la Norma ISO 9001: 2008 _____	98
Tabla 11 – Calificación del cumplimiento final de los requisitos de la Norma ISO 9001: 2008 _____	102
Tabla 12 – Calificación general del cumplimiento de la Norma ISO 9001: 2008 _____	102
Tabla 13– Resumen de Indicadores _____	107

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO A–Cronograma de Implementación _____	116
ANEXO B – Nombramiento del Representante de la Dirección _____	118
ANEXO C– Formato de Levantamiento de procesos _____	119
ANEXO D -Manual de la Calidad _____	120
ANEXO E -Manual de Procedimientos _____	144
ANEXO F –Programa de Mantenimiento -Facultad de Ciencias _____	231
ANEXO G: Matriz de Levantamiento de Indicadores _____	232
ANEXO H -Plan de Auditoría _____	233
ANEXO I -Lista de Verificación _____	234
ANEXO J –Informe de Auditoría _____	235
ANEXO K: Socialización de los Resultados de la Auditoría _____	237
ANEXO L - Seguimiento de Acciones Correctivas _____	238

## RESUMEN

La nueva gestión pública persigue la creación de servicios públicos eficientes y eficaces, es decir una administración que satisfaga las necesidades y expectativas reales de los ciudadanos al menor tiempo y costo, favoreciendo al desarrollo de servicios de mayor calidad. Una administración moderna se encuentra permanentemente inmersa en procesos de mejora que permitan acercarla y hacerla más accesible al ciudadano.

Las instituciones que se orienten a la excelencia gestionan las actividades en términos de procesos. Dichos procesos deberán aportar cada vez más valor a los ciudadanos contemplados como destinatarios o clientes externos, así como a otros grupos de interés y estar siempre alineados con la misión, visión estrategia y objetivos institucionales. Para lograr esta satisfacción del cliente final o ciudadano será preciso satisfacer a cada uno de los clientes internos receptores de cada una de las actividades que componen un proceso.

La gestión por procesos se revela como una herramienta que contribuirá a incrementar el nivel de desempeño de las unidades administrativas, con la innovación en los conocimientos y habilidades, documentando los actuales procesos y herramientas de trabajo, que permitirá aprovechar los recursos que dispone, reduciendo tiempo, costo y actividades innecesarias a través de un sistemático trabajo de planificación, control y mejoramiento de la calidad del servicio.

La gestión por procesos según la Norma Internacional ISO 9001:2008, pretende asegurar la calidad de los procesos y actividades de la organización, promoviendo la mejora continua y el logro de la satisfacción del cliente. Dentro de la estructura de esta norma, se contempla la responsabilidad de la dirección, la gestión de recursos, la elaboración del producto, la prestación del servicio y la medición, análisis y mejora.



La presente investigación está estructurada en cinco capítulos que se resumen a continuación:

El Capítulo 1, detalla el planteamiento y justificación del problema, objetivo general y objetivos específicos, hipótesis y los antecedentes del área administrativa de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador.

El Capítulo 2, presenta conceptualizaciones de la Gestión por Procesos, basada en la Norma Internacional ISO 9001:2008, conocer esta metodología permitirá que los cambios que la institución desea efectuar sean implementados con una visión de mejoramiento hacia la calidad del servicio, y las directrices para la auditoría del Sistema de Gestión de la Calidad, en función de la Norma ISO 19011.

El Capítulo 3, desarrolla la metodología a aplicarse en la presente investigación, como es el análisis a la situación actual de la institución, diseño del mapa de procesos, cadena de valor, diseño de la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad, control del desempeño de los procesos administrativos, el Plan de Implementación y la auditoría interna, esta propuesta permitirá corregir y dar solución a las deficiencias detectadas en los procesos administrativos.

El Capítulo 4, presenta el análisis de resultados de auditoría interna, socialización, resultados del sistema de control del desempeño de los procesos y las acciones correctivas de un proceso administrativo.

El Capítulo 5, plantea las principales conclusiones y recomendaciones de la investigación y responde a las necesidades requeridas, que servirá como aporte para el mejoramiento y fortalecimiento de la gestión administrativa de la Facultad de Ciencias Médicas.

Palabras clave: Gestión, Calidad, Auditoría Interna, Mejora Continua, Satisfacción del Cliente.

## **ABSTRACT**

The new public management seeks to create efficient and effective public services that is an administration that meets the real needs and expectations of citizens in less time and cost favoring the development of higher quality services. A modern administration is permanently immersed in improvement processes that allow closer and more accessible to citizens.

Institutions that aim to excellence manage activities in terms of processes. These processes should provide increasing value to citizens referred to as recipients or external customers and other stakeholders and to always be aligned with the mission, vision, strategy and corporate goals. To achieve this end customer satisfaction or citizen will need to satisfy each customer's internal receivers each of the activities that make up a process.

Process management is revealed as a tool to help increase the performance level of administrative units, innovation in knowledge and skills, upgrading existing processes and tools, which will harness the resources available, reducing time, unnecessary cost and through a systematic planning, control and improvement of quality of service activities.

Process management according to International Standard ISO 9001: 2008, aims to ensure the quality of the processes and activities of the organization, promoting continuous improvement and achieving customer satisfaction. Within the framework of this policy, the responsibility of the management, resource management, product development and service delivery and measurement, analysis and improvement is contemplated.

This research is divided into five chapters which are summarized below:

Chapter 1 details the approach and justification of the problem, the general objective and specific objectives, assumptions and background of the administrative area of the Faculty of Medical Sciences of the Central University of Ecuador.

Chapter 2 presents conceptualizations of Process Management, based on the International Standard ISO 9001: 2008, released this methodology will enable the changes that the institution wishes to make are implemented with a view to improving on quality of service and guidelines to audit the System Quality Management, according to ISO 19011.

Chapter 3 develops the methodology applied in this investigation, as is the analysis of the current situation of the institution, map design processes, design of system documentation Quality Management, control process performance administrative and Plan of Implementation, this proposal will correct and solve the deficiencies identified in the priority processes.

Chapter 4 presents the analysis of results, internal audit, socialization, system performance monitoring and corrective action a priority administrative process.

Chapter 5 presents the main conclusions and recommendations of the research and meets the required needs, which will serve as a contribution to the improvement and strengthening of the administrative management of the Faculty of Medical Sciences.

Keywords: Quality Management, Internal Audit, Implementation, Continuous Improvement, Customer Satisfaction.

# **1. INTRODUCCIÓN**

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Facultad de Ciencias Médicas, nace el 13 de abril de 1693, actualmente cuenta en el grado con cuatro carreras: Medicina, Enfermería, Tecnología Médica y Obstetricia. Con más de 9.000 estudiantes en grado y 1000 en postgrado, 420 docentes y 142 servidores administrativos y de servicios.

Dentro de los procesos de apoyo a la docencia investigación y vinculación con la colectividad, se encuentran: Administración Financiera, Administración de Recursos Humanos, Gestión de la Adquisición y Manejo de Inventarios. En la Facultad se desarrollan procesos académicos y administrativos. El presente proyecto se va a enfocar en los procesos netamente administrativos.

La Facultad maneja un modelo de gestión administrativa tradicional, centralizada y burocrática, ya que no cuenta con elementos de un proceso de cambio institucional que permitan definir, ejecutar y controlar las actividades de manera efectiva, no se encuentran interrelacionadas las unidades administrativas, carece de mecanismos de evaluación y seguimiento, y otros factores que aparecerán durante el presente proyecto.

La situación antes indicada ha generado demora en los trámites administrativos, falta de compromiso del talento humano, inadecuado uso de materiales e insumos que dispone la Institución, insatisfacción en los usuarios del servicio, condiciones que no han permitido el íntegro cumplimiento de la misión, visión y objetivos institucionales.

Por lo tanto se propone un proyecto de investigación que diseñe e implemente un Sistema de Gestión de la Calidad, en base a la Norma ISO 9001:2008, hasta obtener los primeros resultados de la primera aplicación de la mejora, de uno de los procesos.

Esta información ha sido recopilada a través de entrevistas realizadas a autoridades de la Facultad entre los meses de julio y agosto del 2012; y corroborada por la proponente en su condición de funcionaria con 9 años de trabajo en el área administrativa de la Facultad.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

Hoy en día, la administración pública de una Facultad de Educación Superior, establece la necesidad de expedir políticas, normas e instrumentos técnicos de desarrollo administrativo como marco de referencia para el diseño, reforma e implementación de estructuras organizacionales por procesos, con el fin de aumentar la eficiencia y eficacia en su funcionamiento y mejorar la calidad del servicio público.

Para este efecto, es necesario diseñar e implementar la mejora de la calidad de los procesos administrativos, que permita optimizar los tiempos de respuesta, los recursos disponibles, identificar la forma como se encuentran interrelacionadas las unidades administrativas, establecer directrices para el control y evaluación de las actividades que se desarrollan en la Facultad.

Es de señalar adicionalmente que la proponente forma parte del área administrativa de la Facultad, con una larga trayectoria, además cuenta con el respaldo de autoridades y servidores, que contribuirán al desarrollo e implementación del presente proyecto.

## **1.3 OBJETIVO GENERAL**

Diseñar e implementar un Sistema de Gestión de los procesos administrativos, basado en la Norma Internacional ISO 9001: 2008, que contribuya al mejoramiento de la calidad del servicio entregado por la Facultad de Ciencias Médicas.

### **1.3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar un diagnóstico de la situación actual del área administrativa respecto a los requerimientos de la Norma ISO 9001: 2008.
- Diseñar la cadena de valor y el mapa de procesos.
- Documentar el Sistema de Gestión de Calidad, en base a la Norma ISO 9001: 2008.
- Proponer un sistema de control del desempeño de los procesos administrativos.
- Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Presentar los resultados de la implementación y primeros resultados.

## **1.4 HIPÓTESIS**

La implementación de un Sistema de Gestión por Procesos basado en la Norma Internacional ISO 9001: 2008, contribuye al mejoramiento de la calidad de los servicios que entrega el área administrativa.

## **1.5 ANTECEDENTES DEL ÁREA ADMINISTRATIVA**

### **1.5.1 MISION**

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, forma profesionales críticos de nivel superior en el Campo de la Salud con competencias éticas, humanísticas, técnicas, científicas y en investigación, caracterizadas por la excelencia, comprometidas con la verdad, la justicia y solidaridad. Crea y difunde el conocimiento científico-tecnológico y participa en solución de los problemas relacionados con la salud individual y colectiva.

## 1.5.2 VISION

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, continuará en el liderazgo de la formación de profesionales en las Ciencias de la Salud, en la gestión por procesos y en la generación de nuevos conocimientos, con la participación efectiva de docentes y el talento humano administrativo, la utilización del método científico y de los modelos educativos y tecnologías apropiadas.

## 1.5.3 PRINCIPIOS

- Democracia
- Equidad
- Evaluación y Calidad

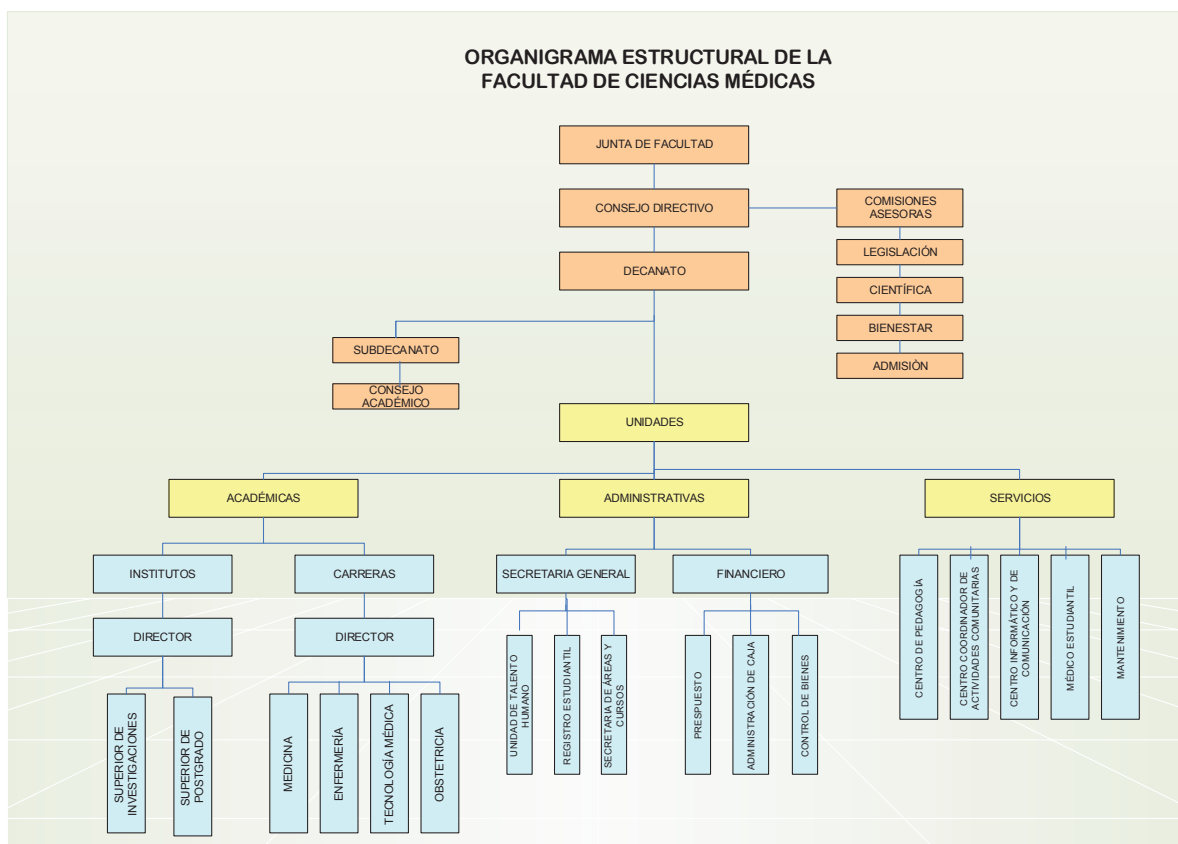
## 1.5.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La estructura administrativa y la gestión universitaria deben responder al requerimiento de la educación superior y sustentarse en la incorporación de los sistemas de gestión de la calidad y de control de la gestión, mediante el enfoque de procesos, como una herramienta para el cumplimiento eficaz de los objetivos institucionales.



**Figura 1** - Facultad de Ciencias Médicas  
Catalina Quimbita

La Facultad de Ciencias Médicas se organiza de conformidad con el siguiente organigrama presentado en la Figura 2.



**Figura 2-** Organigrama Funcional Facultad de Ciencias Médicas  
Catalina Quimbita

La Facultad de Ciencias Médicas, se encuentra estructurado de la siguiente manera:

- Decano
- Subdecano
- Directores de Carrera
- Directores de Institutos
- Jefes Departamentales



### 1.5.5 BASE LEGAL

La Facultad de Ciencias Médicas, como parte integrante de la Universidad Central del Ecuador, está sujeta, para su régimen legal y administrativo, a la Ley Orgánica de Educación Superior y su Reglamento, Ley Orgánica del Servicio Público (LOSEP), y al Estatuto Universitario.

La Ley Orgánica de Servicio Público en la disposición transitoria octava del Reglamento General, dispone que se expida una norma técnica de procesos para las instituciones de la Administración Pública. La Secretaria Nacional de la Gestión Pública es el órgano rector en la gestión de procesos, y la responsable de emitir los lineamientos generales.

En el Registro Oficial No. 501, Acuerdo No. 784; "La Norma Técnica de Gestión de Procesos establece":

**Objetivo:** Establecer las políticas, normas, procedimientos e instrumentos de carácter técnico y operativo que permitan a las instituciones de la función ejecutiva realizar una gestión de procesos orientada en los principios de la Administración Pública establecidos en la Constitución de la República del Ecuador. Puede ser utilizada como prototipo para las instituciones de Educación Superior.

**Principios:**

- Mejora Continua: Ciclo de actividades recurrentes, que continuamente aumentarán la capacidad de los procesos.
- Enfoque al Cliente: Brindar servicios de calidad, a sus clientes internos, externos y ciudadanía en general.
- Optimización: Orientada a mejorar y desarrollar las capacidades institucionales a través de sus procesos, a fin de alcanzar eficiencia y eficacia.
- Automatización: Con el apoyo de herramientas tecnológicas para implementar los procesos optimizados.

**Responsables:** La Secretaría Nacional de la Administración Pública, es el órgano rector en la gestión de procesos y responsable de emitir lineamientos generales para la Administración Pública Central, Institucional y dependientes de la Función Ejecutiva.

**Compromiso en la gestión de procesos:** La gestión de procesos será un compromiso institucional encabezado por la máxima autoridad, que representará la voluntad de institucionalizar la gestión por procesos independientemente de los cambios administrativos que se generen.

**Análisis de catálogo de procesos.-** La gestión de procesos inicia mediante el análisis del catálogo de procesos que se obtiene con la metodología de Gobierno por Resultados. En su análisis se debe identificar procesos transversales y susceptibles de homologación, obteniendo el mapa de procesos y los diagramas de los macro procesos.

La gestión por procesos entra en un ciclo dinámico de mejora continua el cual está conformado por cinco etapas:

**Tabla 1** -Etapas de la Gestión de Procesos

<b>CICLO DE MEJORA CONTINUA</b>	▪ Ciclo dinámico que está conformado por:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etapa de definición</li> <li>▪ Etapa de medición</li> <li>▪ Etapa de análisis</li> <li>▪ Etapa de mejoramiento</li> <li>▪ Etapa de control</li> </ul>
<b>MEDICION DE LOS PROCESOS</b>	▪ Identificación de los Indicadores:	▪ Establecer indicadores para cada característica crítica determinada en la metodología

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Determinación de la Línea Base del Indicador:</li> <li>▪ Recolección de datos:</li> </ul> <p>Gobierno para Resultados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consiste en levantar la situación inicial de procesos, mediante datos fidedignos tomados de una muestra representativa</li> <li>▪ Es necesario que en la rutina diaria de trabajo, se incorpore la recolección de datos, utilizando herramientas metodológicas designadas para el efecto.</li> </ul>
<b>MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS</b>	Estrategia de Implementación: La Institución debe planificar la Implementación de las acciones de mejora
<b>IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS</b>	Ejecución de las actividades definidas en la estrategia de implementación
<b>AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS</b>	La Institución deberá buscar iniciativas tecnológicas para implementar los procesos optimizados

(Norma Técnica de Gestión por Procesos)

## **2 MARCO TEÓRICO**

### **2.1 GESTIÓN POR PROCESOS**

La gestión por procesos es la forma de gestionar toda la organización fundamentándose en los procesos, entendiéndose éstos como una cadena de actividades orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada para conseguir un resultado, y una salida que satisfaga los requerimientos del cliente (Deming, 2013).

La Gestión por Procesos deberá contar con un cuadro de indicadores referidos a la calidad, de modo que la organización pueda conocer, controlar y mejorar su gestión, y permitirá a la organización alcanzar una ventaja competitiva desarrollando y mejorando sus procesos.

#### **2.1.1 BENEFICIOS DE LA GESTIÓN POR PROCESOS**

Según (Carrasco, 2012) Los beneficios que puede aportar la gestión por procesos en una organización, para un desarrollo adecuado y una consecución plena de sus actividades son las siguientes:

- Establecer un esquema de evaluación de la organización en su conjunto (definiendo indicadores de los procesos)
- Comprendiendo las relaciones causa-efecto de los problemas de una organización y por tanto atacar los problemas desde su raíz.
- Definir responsabilidades de un modo sencillo y directo (asignando responsables por proceso y por actividad)
- Fomentar la comunicación interna y la participación en la gestión.
- Evitar la “Departamentalización” de la empresa
- Facilitar la mejora continua (gestión del cambio)

## 2.1.2 PROCESO

“Proceso es un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados” (Norma Internacional ISO 9000:2005).

### 2.1.2.1 Elementos de un proceso

Según (Harrington H. , 2001) todo proceso consta de los siguientes elementos:

- **Entradas:** producto que proviene de un proveedor (interno o externo), con unas características objetivas o “insumos” que respondan al estándar o criterio de aceptación definido.
- **Recursos y estructuras:** para transformar el insumo de la entrada.
- **Salidas:** producto que representa algo de valor para un usuario o cliente (interno o externo).
- **Sistema de medidas y de control de su funcionamiento:** sistema de medición para la evaluación y análisis de desempeño del proceso. Algunos de los datos generados en este sistema se constituyen en los indicadores de gestión.
- **Límites o condiciones de frontera:** son conexiones con otros procesos, claros y definidos.

Estos elementos se visualizan en la Figura 3:



**Figura 3** - Elementos de un proceso  
(Harrington H. , 2001)

### 2.1.2.2 Clasificación de Procesos

Según (Mariño H. , 2002) la organización acepta previamente una aplicación genérica de los procesos en tres categorías que se detallan a continuación:

**Procesos estratégicos o gerenciales:** procesos que están relacionados con la definición y control de los objetivos de la organización, sus políticas y estrategias, en su gestión interviene directamente el equipo directivo, tenemos por ejemplo: Planificación Estratégica, Financiera, Operativa, Mejora Continua.

**Procesos sustantivo, operativos o agregadores de valor:** procesos que sirven para obtener el producto o servicio que se entrega al cliente mediante la transformación física de los recursos y que inciden directamente en su satisfacción, ejemplo: Desarrollo de productos, Servicio al cliente, Formación profesional.

**Procesos de apoyo, habilitantes, adjetivos:** procesos que tiene como finalidad contribuir a mejorar la eficacia de los procesos operativos. Aquí se incluyen los procesos: Administrativo, Financiero, Gestión del Talento Humano, Mantenimiento.

### 2.1.1.3 Jerarquía de Procesos

Una vez que se ha identificado los procesos principales, la segunda actividad es su clasificación de acuerdo con el mapa general de los mismos. Esto se puede realizar desagregando cada proceso principal en los subprocesos que lo constituyen (Mariño H. , 2002)

**Macroprocesos:** conjunto de procesos interrelacionados que tiene un objetivo común. Un macro proceso puede subdividirse en proceso o subproceso.

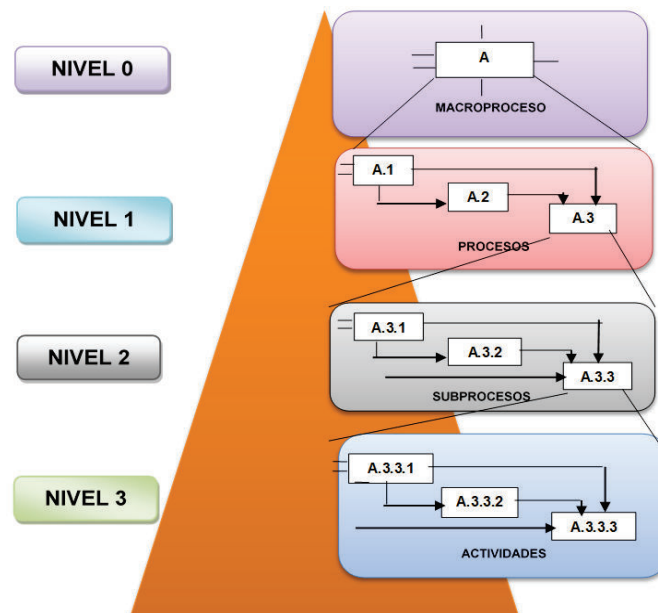
**Procesos:** comprendidos dentro de los macro procesos, entendiéndose como un conjunto de interrelacionadas que transforman elementos de entrada en elementos de salida.

**Subprocesos:** actividades que tienen secuencia lógica que cumplen propósitos claros. Un subproceso en un proceso en sí mismo.

**Actividades:** acciones que se requieren para generar un determinado resultado dentro de un macro proceso, subproceso o proceso.

En sus estudios de mejoramiento de procesos en las organizaciones, indica que se debe establecer una jerarquía de procesos porque existen procesos altamente complejos así como procesos muy sencillos (Gutiérrez, 2009).

A continuación en la Figura 4 se puede observar en una forma más clara la jerarquía de procesos:



**Figura 4 - Jerarquía de Procesos**  
(Harrington J. , pág. 56)

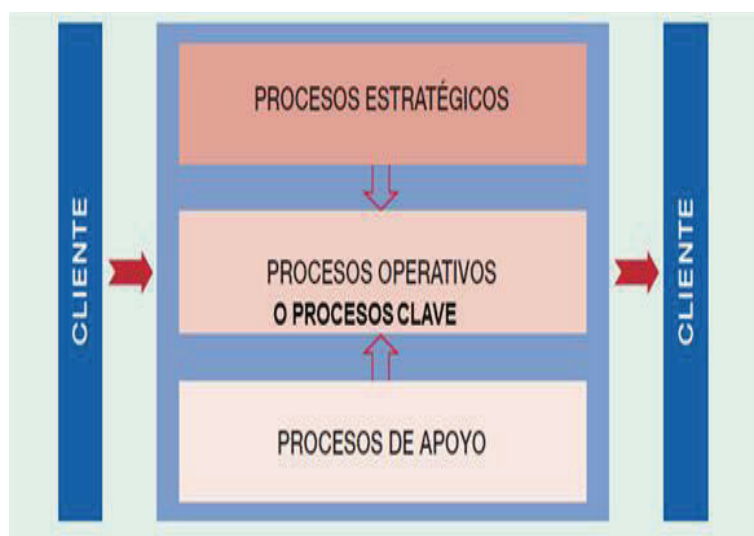
## 2.1.3 MAPA DE PROCESOS Y CADENA DE VALOR

### 2.1.3.1 MAPA DE PROCESOS

”El mapa de procesos es un esquema gráfico, que representa los distintos procesos que la organización utiliza para operar y desempeñar sus funciones y que ofrece una visión en conjunto del sistema de gestión de una organización”(Instituto Andaluz de Tecnología, 2013).

Para ello, la organización analiza las diferentes actividades que realiza e identifica sus procesos, los cuales clasifica dependiendo de su finalidad en: estratégicos, operativos y de apoyo”

A continuación en la Figura 5 se puede observar el modelo de mapa de procesos:



**Figura 5** - Modelo de mapa de procesos  
(Instituto Andaluz de Tecnología, 2013, pág. 21).

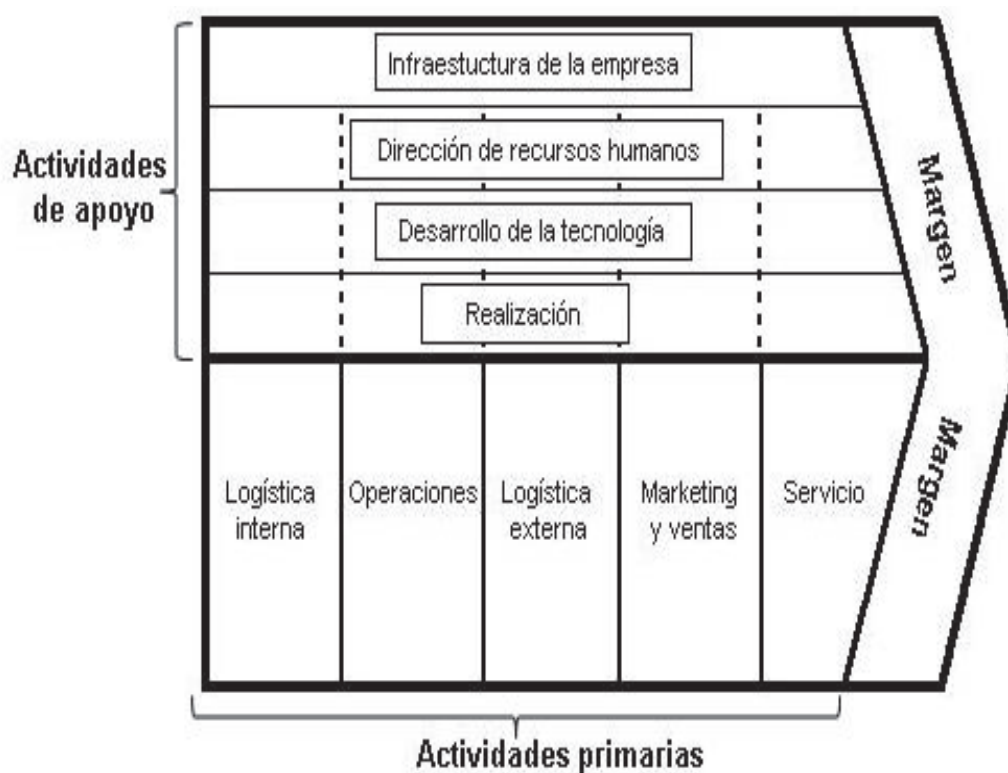


### 2.1.3.2 CADENA DE VALOR

La cadena de valor, es una forma de análisis de la actividad empresarial mediante la cual descomponemos una empresa en sus partes constitutivas, buscando identificar fuentes de ventaja competitiva en aquellas actividades generadoras de valor. (Porter M. E., 1996).

La cadena de valor de una empresa está conformada por todas sus actividades generadoras de valor agregado y por los márgenes que éstas aportan.

A continuación en la Figura 6 se puede observar el modelo de la cadena de valor.



**Figura 6** - Modelo de cadena de valor  
(Porter M. E., 1996, pág. 55)

### 2.1.4 CATÁLOGO DE PROCESOS

El responsable del sistema de gestión por procesos debe determinar los procesos estratégicos, operativos y de apoyo junto con sus subprocesos debidamente codificados, para lo cual se llena una tabla ver formato en la Tabla 2.

<b>CATÁLOGO DE PROCESOS</b>			
<b>PROCESOS ESTRATÉGICOS</b>			
<b>Código</b>	<b>Proceso</b>	<b>Código</b>	<b>Subproceso</b>
<b>PROCESOS SUSTANTIVOS</b>			
<b>Código</b>	<b>Proceso</b>	<b>Código</b>	<b>Subproceso</b>
<b>PROCESOS ADJETIVOS</b>			
<b>Código</b>	<b>Proceso</b>	<b>Código</b>	<b>Subproceso</b>

**Tabla 2** –Catálogo de procesos  
Catalina Quimbita

### **2.1.5 ANÁLISIS DEL ESTADO DE UN PROCESO**

Cuando se analiza un proceso es necesario investigar las oportunidades de simplificación y mejora del mismo. Para ello, es conveniente tener presentes los siguientes criterios (Gutiérrez, 2009).

- Se deben eliminar las actividades que no añaden valor.
- Los detalles de los procesos son importantes porque determinan el consumo de recursos, el cumplimiento de especificaciones, en definitiva: la eficiencia. La calidad y productividad requieren atención en los detalles.
- No se puede mejorar un proceso sin datos. En consecuencia: son necesarios indicadores que permitan revisar la eficacia y eficiencia de los procesos.
- Las causas de los problemas son atribuibles siempre a los procesos, nunca a las personas.

Para documentar el proceso se utilizarán los siguientes formatos:

- Caracterización de proceso
- Diagramas de Flujo
- Descripción de actividades
- Indicadores del proceso

#### **2.1.6.1 Caracterización de un Proceso**

La caracterización de procesos es producto del diagnóstico y del análisis de la unidad administrativa, en donde se identifica con claridad, el producto final de trabajo, el proceso respectivo como punto de partida para la integración del procedimiento correspondiente.(Gutiérrez, 2009).

En el formato de la caracterización de procesos se aplica la metodología de levantamiento de los procesos los elementos de un proceso tales como:

- Código del proceso
- Identificación de proceso
- Responsable del proceso
- Entradas
- Salidas
- Identificación de Proveedores
- Identificación de clientes del proceso
- Formatos y registros
- Recursos humanos
- Materiales e insumos
- Equipos de Software
- Indicadores del proceso

CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO		
PROCESO:	CÓDIGO:	EDICION No.
SUBPROCESO:	ALCANCE:	FECHA:
PROPIETARIO DEL PROCESO:		
RECURSOS		
FISICOS	ECONOMICOS	
TECNICOS	RRHH	
PROVEEDORES	PROCESO	CLIENTES
ENTRADAS	OBJETIVO	SALIDAS
INDICADORES	CONTROLES	REGISTROS/ANEXOS
ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR

**Figura 7 - Caracterización del proceso**  
Catalina Quimbita




### 2.1.6.2 Diagrama de flujo







La descripción de las actividades del proceso se puede llevar a cabo mediante un diagrama en el que se representen de manera gráfica las interrelaciones entre cada actividad. Uno de los aspectos importantes de estos diagramas es que tienen relación con los diferentes actores del proceso. (Instituto Andaluz de Tecnología, 2013)

Existen diferentes tipos de flujo, con objetivos bien diferenciados: entre los más utilizados:

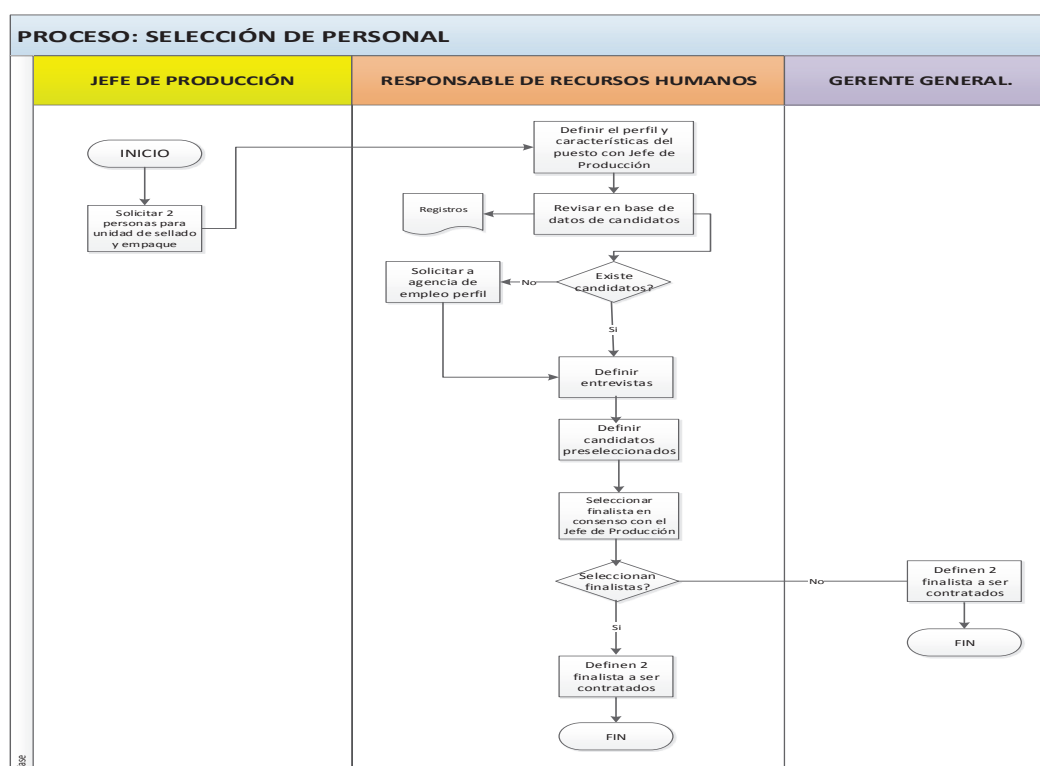
- **Diagrama de bloque:** facilita una visión sencilla y rápida del proceso, recogiendo cada actividad o subproceso dentro de un rectángulo.
- **Diagrama de flujo:** según los esquemas de la ANSI (American National Estándar Institute), que recoge las diferentes actividades e interrelaciones dentro del proceso.
- **Diagrama de flujo funcional:** recoge la secuencia detallada de actividades dentro del proceso a través de las diferentes áreas de la organización.

Los diagramas de flujo más efectivos solo utilizan símbolos estándares, ampliamente conocidos como se puede observar en la Figura 8:

Símbolo	Significado
	<u>Operación actividad:</u> se utiliza para denotar cualquier actividad, incluyendo una breve descripción de la misma.
: 	<u>Punto de decisión:</u> se coloca en el punto del proceso en el que se deba tomar una decisión y la siguiente serie de actividades varía con base en esa decisión. Las salidas del diamante se marcarán con las opciones SI y NO.
	<u>Datos:</u> indica la salida y entrada de datos

:		<u>Documentación</u> : indica que la salida de la actividad incluyó información registrada en papel. Por ejemplo: Informes, reportes, cartas, etc.
		<u>Almacenamiento/ archivo</u> : indica el depósito permanentemente de un documento o información dentro de un archivo.
		<u>Líneas de flujo</u> : conecta los símbolos señalando el orden en que se deben realizar las distintas operaciones.
		<u>Conector</u> : se emplea con una letra dentro del mismo al final de cada diagrama de flujo para indicar que la salida de esa parte servirá como entrada para otro diagrama de flujo.
		<u>Conector de página</u> : representa la continuidad del diagrama dentro de la misma página. Enlaza dos pasos no consecutivos en una misma página.
		<u>Límites</u> : indica el inicio y el fin del proceso, dentro del mismo aparece la palabra inicio o fin.

**Figura 8**–Símbolos ANSI utilizados para graficar procesos



**Figura 9** - Diagrama de flujo funcional  
Catalina Quimbita

### 2.1.6.3 Indicadores de desempeño

“Indicador es un instrumento de medición de las principales variables asociadas al cumplimiento de los objetivos, a que su vez constituyen una expresión cualitativa o cuantitativa concreta de lo que se pretende alcanzar con un objetivo específico”(Instituto Andaluz de Tecnología, 2013).

Los indicadores se pueden clasificar de acuerdo con el mecanismo de control para el cual obtienen información del sistema de la siguiente manera:

**Indicadores de eficiencia:** son aquellos que evalúan la relación entre los recursos y su grado de aprovechamiento por parte de los procesos o actividades del sistema. Ej.: cumplimiento de la programación establecida, nivel de desperdicio, entre otros.

**Indicadores de eficacia:** son aquellos que evalúan la relación entre la salida del sistema y el valor esperado (meta) del sistema. Ej.: indicadores de calidad; de satisfacción, entre otros.

**Indicadores de efectividad:** son el resultado del logro de la eficiencia y de la eficacia.

#### 2.1.6.3.1 Componentes de un indicador

COMPONENTE	DESCRIPCIÓN	EJEMPLO
<b>NOMBRE</b>	Es la identificación del indicador. Define claramente el objetivo y la utilidad del indicador, el cual debe ser concreto.	Eficacia mensual en Ventas
<b>FORMA DE CÁLCULO</b>	Es la fórmula matemática para el cálculo del valor del indicador. Se deben identificar exactamente los factores y la manera en que ellos se relacionan.	Eficacia en Ventas = $\frac{\text{Total \# compraron}}{\text{Total clientes visitados}}$
<b>UNIDADES</b>	Es la manera como se expresa el valor de determinado indicador. Estas varían de acuerdo con los factores que se relacionan.	Porcentaje %
<b>DEFINICIÓN</b>	Es la documentación del indicador en términos de especificar de manera concreta los factores que se relacionan con su cálculo.	Indicador mide porcentualmente la eficiencia del vendedor.

**Tabla 3 - Componentes de un indicador**  
(Beltrán, 1999, pág. 41)

### 2.1.6.3.2 Características de un indicador

Para que un indicador pueda considerarse adecuado debe cumplir con estas las siguientes características según lo establece el (Instituto Andaluz de Tecnología, 2013):

- **Representatividad:** un indicador debe ser lo más representativo posible de la magnitud que pretende medir.
- **Sensibilidad:** un indicador debe permitir seguir los cambios en la magnitud que representa.
- **Rentabilidad:** el beneficio que se obtiene del uso de un indicador debe compensar el esfuerzo de recopilar, calcular y analizar los datos.
- **Fiabilidad:** un indicador se debe basar en datos obtenidos de mediciones objetivas y fiables.
- **Relatividad en el tiempo:** un indicador debe determinarse y formularse de manera que sea comparable en el tiempo para poder analizar su evolución y tendencias.

## 2.2 MEJORA DE PROCESOS

Un proceso de mejoramiento permite visualizar un horizonte más amplio, donde se buscará la excelencia y la innovación que llevarán a la organización a aumentar la competitividad, disminuir los costos, orientando los esfuerzos a satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes.

La Mejora de Procesos es una metodología sistemática orientada a simplificar y modernizar los procesos y asegurar que los clientes externos e internos reciban productos / servicios de calidad. (Rummler, 2002).



### **2.2.1 OBJETIVOS DE LA MEJORA DE PROCESOS**

La mejora de los procesos posibilita reducir o eliminar los costos de la no calidad, el principal objetivo consiste en garantizar que la organización tenga procesos que (Harrington J. , 1993).

- Eliminen errores
- Minimicen las demoras
- Promuevan el entendimiento
- Sean fáciles de emplear
- Sean adaptables a las necesidades cambiantes del cliente
- Proporcionan a la organización una ventaja competitiva
- Reduzcan el exceso de personal

El equipo de implementación instala el proceso, los sistemas de medición y los de controles seleccionados, con el fin de asegurar que haya retroalimentación inmediata para los empleados, lograr ganancias y mejorar aún más el proceso.

## **2.3 NORMA ISO 9001:2008**

### **2.3.1 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

#### **2.3.1.1 Generalidades**

Sistema de Gestión de la Calidad es un conjunto de elementos mutuamente relacionados para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad. (Norma Internacional ISO 9000:2005, Requisitos).

La adopción de un sistema de gestión de calidad debería ser una decisión estratégica de la organización. El diseño y la implementación de este sistema están influenciados por:

- a) El ambiente de la organización, los cambios generados y los riesgos asociados con ese entorno.
- b) Sus necesidades cambiantes,
- c) Sus objetivos particulares,
- d) Los productos que proporciona,
- e) Los procesos que emplea,
- f) Su tamaño y la estructura de la organización

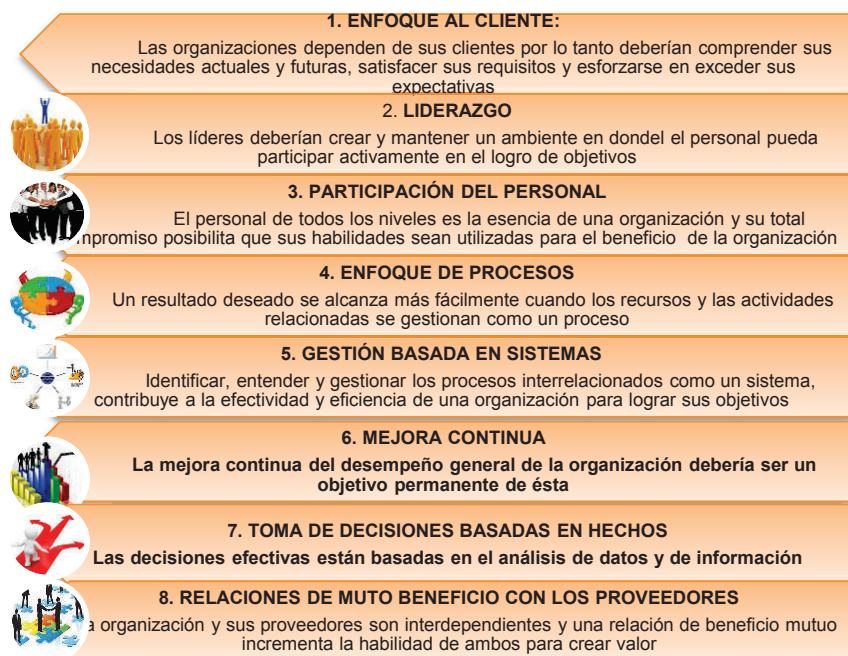
### **2.3.1.2 Principios de la Gestión de la Calidad**

Se basa en ocho Principios de Gestión de la Calidad. Estos principios tienen como propósito facilitar una Cultura de Gestión exitosa para los usuarios de las normas ISO 9000. (Norma Internacional ISO 9000:2005, Requisitos).

Aplicando los Principios de Gestión de la Calidad, las organizaciones producirán beneficios para los clientes, dueños, personal, proveedores, comunidades locales y sociedad en general.

Principio de Gestión de la Calidad: es una regla o creencia concreta y fundamental para liderar y operar una organización que aspira a mejorar continuamente su desempeño en el largo plazo, enfocándose en sus clientes y atendiendo las necesidades de todas las otras partes interesados.

A continuación se presenta la Figura 10, principios de la gestión de la calidad



**Figura 10-** Principios de la Gestión de la Calidad  
(Norma Internacional ISO 9000:2005, Requisitos)

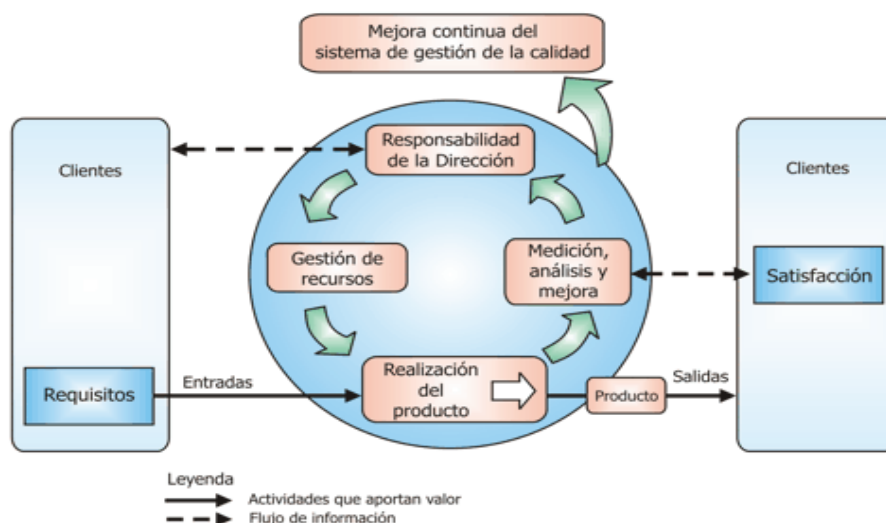
### 2.3.1.3 Enfoque basado en procesos

La norma (ISO 9001:2008) promueve la adopción de un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implementa y mejora y la eficacia de un sistema de gestión de calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de los requisitos.

Una ventaja de este enfoque es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales dentro del sistema de procesos, así como sobre su combinación e interacción. Un enfoque de este tipo, cuando se utiliza dentro de un sistema de gestión de la calidad, enfatiza la importancia de:

- La comprensión de considerar los procesos en términos que aporten valor,
- La necesidad de considerar los procesos en términos que aporten valor,
- La obtención de resultados del desempeño y eficacia del proceso, y

- La mejora continua de procesos con base en mediciones objetivas



**Figura 11** -Modelo del sistema de gestión de la calidad basado en procesos  
(Norma Internacional ISO 9001:2008)

El modelo (ISO 9001:2008) presenta el Sistema de Gestión de Calidad basado en procesos y refleja gráficamente la integración de los cuatro pilares básicos de la referida norma (Responsabilidad de la Dirección, Gestión de los recursos, Prestación del Servicio y Medición, análisis y mejora). Más adelante se detallada cada uno de estos conceptos.

### 2.3.2 ESQUEMA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD ISO 9001:2008

El esquema del Sistema de Gestión de la Calidad especifica los requisitos para un sistema de gestión de calidad, cuando una organización: Aspira a aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del sistema, incluidos los procesos para la mejora continua del sistema y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos del cliente y los legales y reglamentos aplicables.

Todos los requisitos de esta Norma Internacional son genéricos y se pretende que sean aplicables a todas las organizaciones sin importar su tipo, tamaño y producto suministrado(Norma Internacional ISO 9000:2005, Requisitos)

A continuación se presenta en la Figura 12, el esquema del Sistema de Gestión de Calidad.



**Figura 12** - Sistema de Gestión de Calidad  
(Norma Internacional ISO 9001:2008)

A continuación se detalla cada uno de los ítems enumerados en la Figura 12:

### **2.3.2.1 Sistemas de Gestión de la Calidad**

#### **Requisitos Generales de la Norma ISO 9001: 2008**

La organización debe establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional (Senlle, 2005), para cumplir este requisito se tiene que:

- a) Identificar y analizar procesos.
- b) Determinar la interacción y relación entre procesos confeccionando los mapas de procesos.
- c) Determinar la metodología para garantizar que los procesos y su control son eficaces.
- d) Disponer de recursos necesarios.
- e) Medir, analizar y seguir los procesos.
- f) Implantar el sistema para lograr resultados y la mejora continua de procesos

#### **Requisitos de documentación**

No se debe inventar nueva burocracia, la documentación debe ser la mínima necesaria para mantener el Sistema controlado. Se debe escribir con un lenguaje directo, simple, entendible, usando palabras medibles que no presten a dobles interpretaciones.

Los documentos tienen que ser identificables, legibles y estar disponibles donde sea necesario utilizarlos. Es importante identificar, marcar o destruir la documentación obsoleta para evitar errores. Esto hace referencia al manual, procedimientos y registros.

### **2.3.2.2 Responsabilidad de la Dirección**

#### **Compromiso de la dirección**

Lo primero que tiene que hacer un directivo es conocer la Norma, los principios de calidad, los requerimientos, la manera de hacer la documentación o ponerla en práctica. Si no hay compromiso de la alta dirección y del equipo directivo no habrá implementación exitosa.

Se debe tomar en cuenta cinco requisitos:

- a) Comunicado a todos los integrantes de la organización, satisfacer los requisitos del cliente, los legales y reglamentarios.
- b) Estableciendo una política de calidad.
- c) Asegurando que se fijan, siguen y controlan los objetivos de la calidad.
- d) Llevando a cabo revisiones periódicas por la dirección
- e) Asegurando los recursos necesarios.

#### **Enfoque al cliente**

Para orientar la empresa al cliente la alta dirección debe asegurar que se conocen las expectativas y necesidades de los clientes mediante encuestas fiables y técnicamente diseñadas, y que esas expectativas se analizan, clasifican y se convierten en requisitos del Sistema.

## **Planificación**

Los objetivos deben ser medibles, deben figurar responsabilidades y acciones del personal, satisfacción del cliente y la mejora continua. La planificación deberá incluir todos los cambios y mejoras. Se debe asegurar la motivación del equipo y, que se cumpla la gestión por procesos y por último se debe contar con un sistema de comunicación e información capaz de garantizar la eficacia del proceso.

## **Responsabilidad, autoridad y comunicación**

Las responsabilidades y autoridad deben fijarse sin olvidar que directivos, mandos y trabajadores deben estar implicados. La alta dirección debe designar un miembro de la dirección como responsable del sistema de gestión de la calidad, quien asegurará de que las decisiones de la alta gerencia se llevan a la práctica con sistema y metodología.

## **Revisión por la dirección**

La alta dirección revisará el sistema de gestión de la calidad de la organización periódicamente para asegurarse de que se cumplen las decisiones políticas, objetivos y orientación al cliente. La revisión debe ser metódica y documentarse con registros especificado.

### **2.3.2.3 Gestión de Recursos**

#### **Provisión de recursos**

Para implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia, y aumentar y asegurar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de requisitos, habrá que asignar los recursos necesarios.



## **Recursos humanos**

Las personas deben tener las competencias (conocimientos, habilidades, formación, actitudes, aptitudes y experiencia) para garantizar que cumplen su cometido con éxito. Es necesario asegurarse de que en la gestión por competencias las personas conocen y se integran al proyecto empresarial, que están motivadas y que se incluyen planes de carrera y gestión del conocimiento.

## **Infraestructura**

Para lograr los propósitos, la organización debe contar con edificios, espacios, servicios complementarios, sistema informático, transportes, comunicaciones y todas aquellas variables determinantes en el logro de las metas fijadas en la política.

## **Ambiente de trabajo**

Para que se cumplan los objetivos, las personas tienen que sentirse bien, satisfechas, entusiasmadas, motivadas e integradas. Esto deberá medirse analizando el clima organizacional y tomando las medidas necesarias. Acciones, análisis y medidas de mejora deberán documentarse.

### **2.3.2.4 Realización del Producto**

#### **Planificación de la realización del producto**

La planificación que haga la organización para realizar el producto o prestar el servicio debe ser coherente con los procesos del sistema de gestión de la calidad teniendo en cuenta.

a) Objetivos de calidad y requisitos para el producto/servicio

- b) La necesidad de establecer los procesos de fabricación y prestación de servicios
- c) Determinar las actividades de verificación, validación, seguimiento, inspección, ensayos y pruebas
- d) Registros necesarios para tener evidencia sobre el cumplimiento de la normativa.

### **Procesos relacionados con el cliente**

La organización debe determinar los requisitos especificados por los clientes que incluirán entrega, servicio y posventa. Habrá otros requisitos no determinados por los clientes que pueden ser exigencia, como los propios del producto o reglamentos legales.

Antes de la aceptación por parte del cliente, la organización debe confirmar que el producto que entregará o el servicio que se prestará están libres de defectos y cumple con lo prefijado. La comunicación con el cliente incluirá un sistema para el tratamiento de quejas y reclamos.

### **Diseño y desarrollo**

Para controlar el diseño y desarrollo se deben determinar las etapas, pasos, revisión, verificación y validación apropiados para cada etapa. El diseño y desarrollo debe revisarse en etapas señaladas en el objetivo identificar posibles problemas y proponer soluciones, lo que se complementará e los registros.

### **Compras**

Las compras obedecerán a uno de los procesos básicos de la organización. Según el producto adquirido y su impacto final sobre el producto/servicio se establecerán controles y se documentarán. Los proveedores deben ser evaluados y

seleccionados. Los criterios se redactarán en el Procedimiento General de compras.

### **Producción y prestación del servicio**

La producción o la prestación de servicios deben responder a una planificación y un control. Habrá que tener disponible: información, instrucciones de trabajo necesarias, instrucciones sobre el uso del equipo, disponibilidad de dispositivos de medición, información sobre métodos de medición, actividades de entrega y posventa.

### **Control de los equipos de medición**

La organización tiene que proporcionar evidencia de la conformidad del producto/servicio con los requisitos, para lo cual se determinará seguimientos y mediciones a realizar que se documentarán en procesos y procedimientos. Todo equipo de medición deberá protegerse contra daños, deterioro o manipulación. Los resultados de mediciones se registrarán, especialmente si no son conformes.

#### **2.3.2.5 Medición, Análisis y Mejora**

##### **Generalidades**

Para la medición análisis y mejora, la organización debe contar con los procesos y procedimientos asociados de forma que:

- a) Se demuestre la conformidad del producto/servicio
- b) Se asegure la conformidad del sistema de gestión de calidad
- c) Se mejore constantemente la eficacia

Todo lo cual se realizará con metodología idónea incluyendo técnicas estadísticas.

## **Seguimiento y medición**

Para el seguimiento se tomarán medidas inmediatas que faciliten eliminar las no-conformidades detectadas en la auditoria. Las acciones de seguimiento y medición afectan especialmente a procesos y producto/servicio mediante la aplicación de métodos apropiados asegurando que se cumplen los requisitos.

## **Controles de productos/servicios no-conformes**

Los productos/servicios no-conformes deben identificarse, controlar y prevenir su uso o entrega mediante controles definidos en un procedimiento documentado. Los productos/servicios no-conformes deben tratarse:

- a) Eliminando la no-conformidad
- b) Autorizando el uso controlado
- c) Impidiendo el uso

## **Análisis de datos**

El sistema de gestión de la calidad tiene que ser eficaz, idóneo y funcionar de acuerdo a lo previsto para facilitar la mejora, para ello se recabarán y analizarán datos de:

- Satisfacción del cliente
- Conformidad con los requisitos
- Características de los procesos
- Acciones preventivas e información sobre proveedores

## **Mejora**

La política de calidad y objetivos deben facilitar la mejora continua basándose en las auditorías, análisis de datos, acciones correctivas, prevención y revisión por la dirección. Las no-conformidades deben ser eliminadas partiendo de acciones para determinar las causas.

Para acciones correctivas y preventivas se redactarán los procedimientos documentos donde se definirán los pasos a dar para asegurar el resultado de las acciones.

### **2.3.3 IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD ISO 9001:2008**

La implementación del Sistema de Gestión de la Calidad ha tomado relevancia en los últimos tiempos, al tener un sistema de gestión implementado implica que los encargados de realizar los procesos tiene la capacidad de satisfacer las necesidades de los clientes; para lograr este objetivo es necesario el compromiso de la dirección que motive a la organización hacia la calidad. (Casadesús, 2005)

Sugiere etapas para la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad, que es aplicable a la ISO 9001:2008. La primera es el análisis inicial, la segunda es la información, sensibilización y formación, la tercera es la creación de una base documental, la cuarta es el seguimiento y establecimiento del sistema, la quinta es la Auditoría Interna. (López Rey, 2006)

#### **2.3.3.1 Primera etapa: Análisis inicial**

Es importante una reunión inicial con el equipo de la dirección, donde a partir del diagnóstico inicial, se plantean las necesidades y objetivos. La Dirección debe asegurar su compromiso y lograr la cooperación del equipo de trabajo y de los miembros de la organización. Se debe determinar el alcance del SGC que comprende los procesos, productos y departamento de la organización.

### **2.3.3.2 Segunda etapa: Planificación y entrenamiento**

Las personas que participan en el desarrollo del SGC deben ser capacitados en temas relacionados con: base de procesos, calidad y Norma ISO 9001:2008, y antes de la auditoría interna otra capacitación relacionada a auditorías y preparación de auditores.

### **2.3.3.3 Tercera Etapa: Diseño del Sistema de Gestión de la Calidad**

El diseño de un Sistema de Gestión de la Calidad inicia con el conocimiento de lo que requiere el cliente o lo que necesita la organización. Para las organizaciones que consideran implementar el SGC ISO 9001: 2008, es necesario que reconozcan la importancia de satisfacer y superar las expectativas del cliente.(Harrington J. , 1997)

Fases para el diseño de un SGC basado en un enfoque de procesos,(Lamas E, 2013) que se detallan a continuación:

#### **2.3.3.3.1 Fase I: Diagnóstico de la gestión de la calidad**

En esta fase se determina la situación inicial de la organización en comparación al Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001: 2008, el resultado de esta comparación será el diagnóstico de la organización.

#### **2.3.3.3.2 Fase II: Determinación de la estructura de procesos**

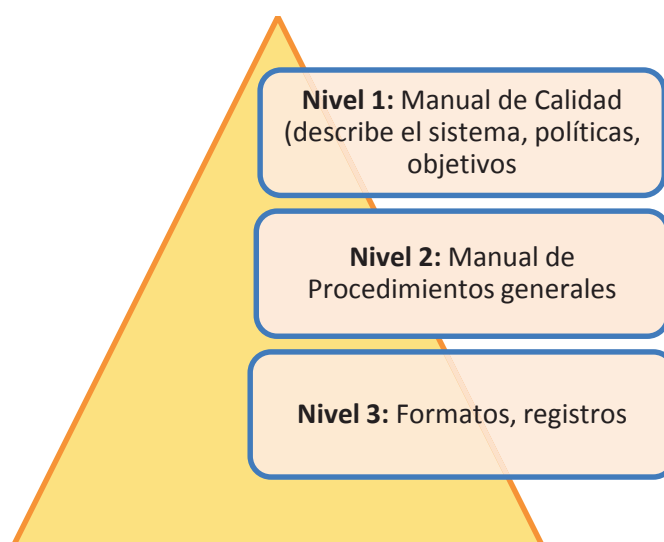
En esta fase se determina el mapa de procesos de la organización, utilizando la Figura 5, en que se identifica y selecciona los procesos determinando la estructura que sea acorde a las interacciones de los mismos.

Luego se realiza la descripción gráfica del proceso, la caracterización del proceso utilizando la Figura 6, que recaba todas las características relevantes para el control de las actividades y la gestión del proceso.

#### 2.3.3.3.3 Fase III: Soporte documental del Sistema de Gestión de la Calidad

En el modelo (ISO 9001:2008) la documentación se establece de acuerdo a la jerarquía de los documentos: en el nivel 1 se encuentra el Manual de Calidad, nivel procedimientos e instrucciones y en el nivel 3 los formatos y registros.

La estructura del Sistema de documentación se presenta en la Figura 13:



**Figura 13** - Estructura del Sistema Documental  
Catalina Quimbita

#### Manual de la calidad

Es una descripción del Sistema de Gestión de la Calidad, los procesos y sus interrelaciones. La estructura del Manual de la Calidad puede variar de acuerdo a la complejidad de la organización.

Según la norma (ISO 9001:2008), debe incluir: el alcance y exclusiones, los procedimientos documentados o referencia a los mismos y la descripción de las interacciones entre procesos.

### **Política de la calidad**

Según la norma (ISO 9001:2008), es un documento base para la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad, marca las directrices generales para la planificación del sistema y orienta a toda la organización a la satisfacción del cliente.

### **Objetivos de la calidad**

Son los valores, propósitos o finalidades de una organización expresado en las expectativas futuras, además según la norma (ISO 9001:2008), y (Servat, 2005), son responsabilidad de la alta gerencia y deben estar de acuerdo a la política de calidad y a los planes estratégicos.

### **Manual de Procedimientos**

En el Manual de Procedimiento se describe la forma de llevar a cabo las actividades y se especifica quién, cómo, cuándo, dónde y por qué, de acuerdo con las directrices generales del Manual de Calidad.(Casadesús, 2005).

### **Instructivos, formatos y registros**

Los formatos son documentos normalizados que se utilizan para registrar los sucesos, cuando los formatos son llenados pasan a ser registros que son documentos que atestiguan la realización de los trabajos, pueden estar en soporte físico o magnético (Casadesús, 2005).



#### **2.3.3.4 Cuarta Etapa: Establecimiento y Seguimiento Continuo del Sistema**

El modelo de implementación denominado modelo por fases y consiste en implementar los procedimientos a medida que se desarrollan uno o dos, esto permite tener un periodo de adaptación al sistema y proporciona retroalimentación sobre cómo mejorar las siguientes implementaciones, se puede iniciar con procedimientos que proporcionen mayor beneficio para la organización (Harrington J. , 1997).

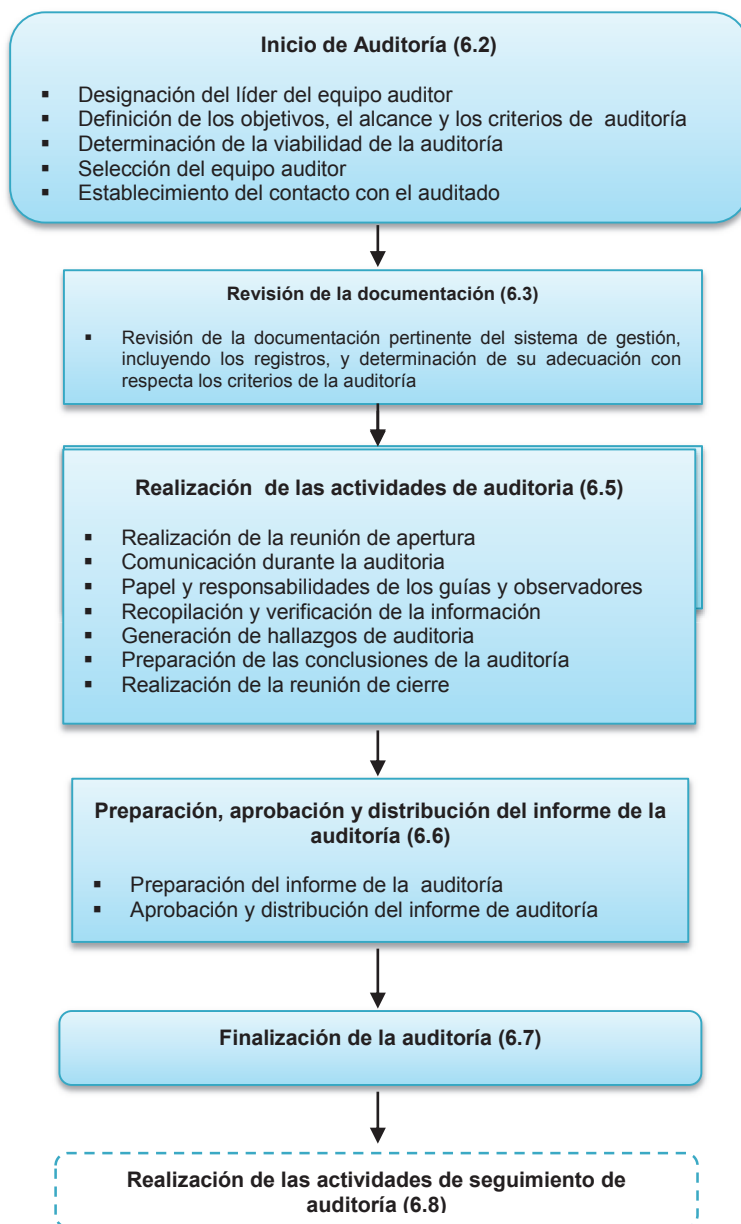
Para realizar el seguimiento de los procesos es necesario el establecimiento de indicadores que permitan recoger información relevante de la ejecución de los resultados de los procesos y verificar si se alcanzan los resultados planificados.

#### **2.3.3.5 Quinta Etapa: Auditoría Interna**

La auditoría interna, proporciona directrices para la auditoría de Sistemas de Gestión, incluyendo los principios de auditoría, el manejo de un programa de auditoría y la realización de auditorías a sistemas de gestión, así como directrices sobre la evaluación de competencia de los individuos involucrados en el proceso de auditoría, incluyendo el personal que maneja el programa de auditoría, los auditores y los equipos de auditoría(Norma Internacional ISO 19011).

Además, la auditoría proporciona principios que hacen que la auditoría sea una herramienta eficaz y confiable sobre la cual la organización puede actuar para mejorar su desempeño. Estos principios son: integridad, presentación ecuánime, debido cuidado profesional, confidencialidad, independencia y enfoque en la evidencia(Norma Internacional ISO 19011).

La Figura 14 proporciona una visión general de los pasos de auditoría.

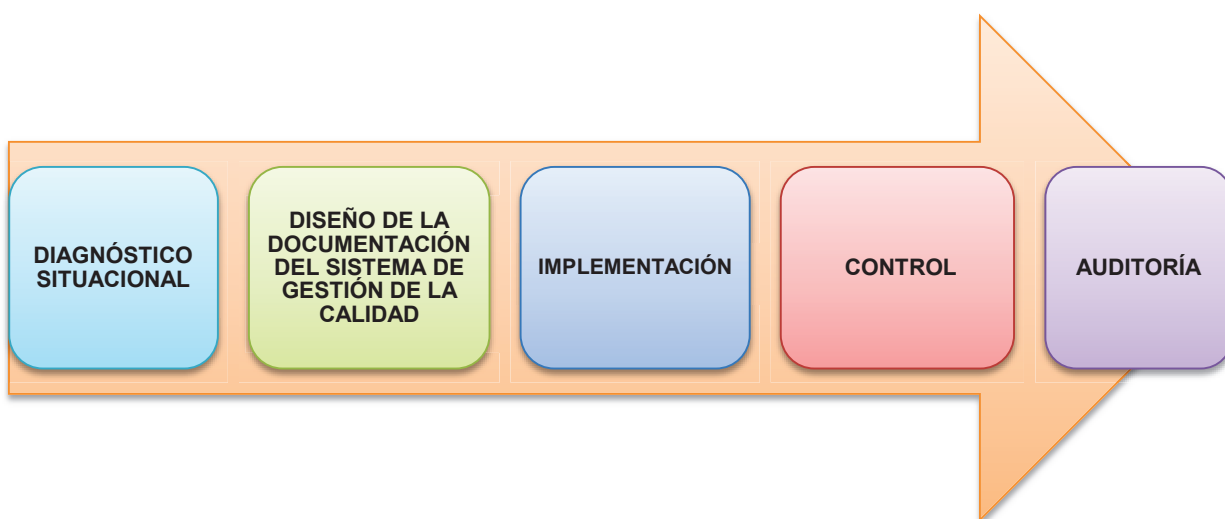


**Figura 14 - Metodología de Auditorías**  
(Norma Internacional ISO 19011)

### 3 METODOLOGÍA

Para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2008, se aplicará la metodología, que comienza con el diagnóstico de la situación actual y concluye en la primera auditoría interna en la Facultad de Ciencias Médicas.

La Figura 15 presenta las etapas de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2008.



**Figura 15** – Etapas de la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad  
Catalina Quimbita

#### Reunión Inicial

Como parte inicial se mantuvo una reunión con las autoridades de la Facultad en la que se plantearon las necesidades y requerimientos del área administrativa, con la finalidad de obtener el apoyo y el compromiso de las autoridades, y generar un ambiente de colaboración por parte del personal administrativo, todos estos factores contribuyen al desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

Se procede a establecer el Cronograma del Diseño e Implementación **Anexo A**.

### **Entrenamiento al personal**

Para iniciar el proceso de diseño e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, es importante que las autoridades y servidores que intervienen en este proceso, tengan un conocimiento macro del Sistema de Gestión de la Calidad y la Norma ISO 9001:2008.

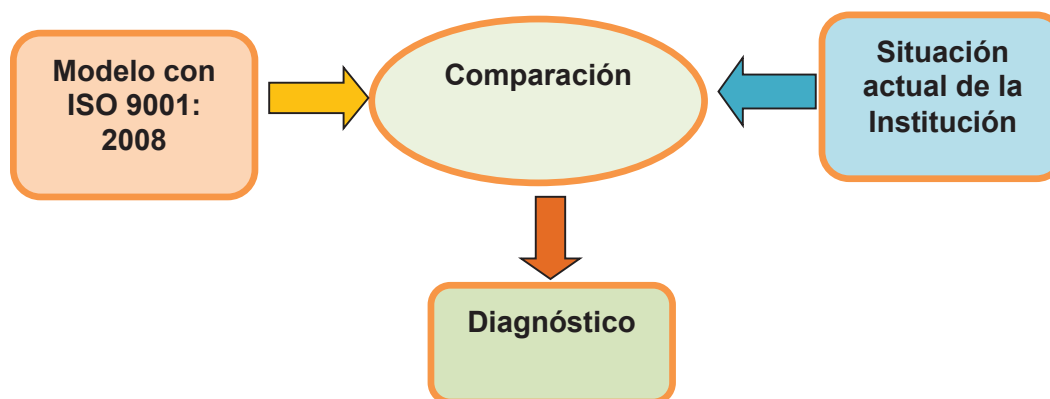
El entrenamiento brindará un mayor entendimiento del Sistema de Gestión de la Calidad y sus beneficios, lo que contribuirá al cumplimiento de objetivos y metas del proyecto, generando un cambio de actitud y aptitud en los servidores de la Facultad.

Para la ejecución del entrenamiento, la institución ha determinado los siguientes temas que se llevarán a cabo durante el diseño e implantación del Sistema de Gestión de la Calidad:

- Inducción general de la Norma ISO 9001:2008
- Orientación a la Gestión por Procesos
- Documentación para el Sistema de Gestión de la Calidad
- Herramientas de Análisis y Mejoramiento Continuo
- Formación de Auditores Internos

### **3.1 DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL**

Lo primero que se va a realizar es una comparación entre la situación actual del área administrativa y el modelo de un sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2008, el resultado de esta comparación será el diagnóstico situacional, que permitirá construir un plan de implementación, a fin de dar cumplimiento a los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001: 2008, así como lo muestra la Figura 16.








**Figura 16**–Modelo Diagnóstico del Área Administrativa  
Catalina Quimbita

El levantamiento de la información se realizará mediante una exploración de campo como revisión documental y recolección de información, a través de reuniones de trabajo y entrevistas a las autoridades y responsables de las unidades administrativas, para este efecto se realizó lo siguiente:

- Cuestionario mediante el cual se revisará punto por punto el cumplimiento que tiene el área administrativa con cada uno de los requisitos\*, en el cual se apreciará el cumplimiento completo, parcial o incumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001: 2008, como se presenta en la Tabla 3.
- Posteriormente se recopilará la información y a partir de su análisis se obtendrán resultados acerca de cuál es el grado general de alineamiento del área con respecto a los requisitos planteados en la norma ISO 9001:2008.

\*Requisitos de la Norma ISO 9001: 2008:


 Sistema de Gestión de la Calidad	(numeral 4)
 Responsabilidad de la Dirección	(numeral 5)
 Gestión de los Recursos	(numeral 6)
 Realización del producto	(numeral 7)
 Medición, Análisis y Mejora	(numeral 8)

La información obtenida resulta muy valiosa porque permite desarrollar estrategias para mejorar los resultados en el corto, mediano y largo plazo, focalizando los esfuerzos y recursos para fortalecer las características menos desarrolladas, según los criterios de la norma ISO 9001: 2008.

La metodología de este diagnóstico consiste en evaluar cada uno de los puntos de los numerales 4, 5, 6, 7 y 8 de la norma ISO 9001:2008, que los tres primeros numerales son de carácter introductorio (alcance, referencias, definiciones).

A continuación se presenta la Tabla 4, en la cual consta la información recopilada respecto al cumplimiento inicial de los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2008, por parte del área administrativa.

**Tabla 4–Matriz de cumplimiento inicial de requisitos de la Norma ISO 9001: 2008**

 <b>MATRIZ DE CUMPLIMIENTO INICIAL DE REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008</b> <b>AREA ADMINISTRATIVA - FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>					
FECHA: 10 de Enero del 2013					
REQUISITO	C	CP	I	REGISTRO	OBSERVACIÓN
<b>4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>					
<b>4.1 Requisitos generales</b>					
Se han identificado los procesos necesarios para el sistema de gestión de calidad?			x		No se ha desarrollado metodologías de procesos ni de calidad
Se ha determinado su secuencia e interacción?			x		
Se han determinado los criterios y métodos para asegurarse que tanto la operación como control son eficaces?			x		
Se ha asegurado la disponibilidad de recursos e información para apoyar la operación y seguimiento de los procesos?	x			Presupuesto autofinanciado	Se señala que se cuenta con recursos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad
Se realiza el seguimiento, medición y análisis de los procesos?			x		No se ha desarrollado metodologías de procesos ni de calidad
Se han implementado las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de los procesos?			x		
Existen procesos contratados externamente, éstos son controlados y definidos en el sistema de calidad?			x		no aplica
<b>4.2 Requisitos de la documentación</b>					
<b>4.2.1 Generalidades</b>					
La documentación del sistema de calidad contiene una declaración documentada de la política y objetivos de calidad?			x		No se ha desarrollado metodologías de procesos ni de calidad
Existe un manual de calidad?			x		
Se han realizado los procedimientos documentados requeridos por la norma ISO 9001:2008.?			x		
Los documentos, incluidos los registros que la organización determina que son necesarios para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos?			x		
<b>4.2.2 Manual de calidad</b>					
Se ha definido el alcance, detalles y justificación de las exclusiones del sistema en el manual de calidad?			x		No se ha desarrollado metodologías de calidad
Se incluyen o referencian los procedimientos documentados necesarios para el sistema de gestión de calidad?			x		
Se describe la interacción entre los procesos del sistema de gestión de calidad?			x		
<b>4.2.3 Control de documentos</b>					
Se ha establecido un procedimiento para control de documentos donde se defina:					
a) aprobación de documentos antes de su emisión			x		
b) revisión y actualización cuando requieran ser aprobados nuevamente?			x		
c) Identificación de cambios y estado de revisión de documentos			x		
d) que las versiones pertinentes de los documentos se encuentren disponibles en los puntos de uso			x		
e) la forma de asegurar que los documentos permanezcan legibles y fácilmente identificables			x		
f) asegurarse de que los documentos de origen externo, que la organización determina que son necesarios para la planificación y la operación del sistema de gestión de la calidad, se identifican y que se controla su distribución, y			x		
e) la forma de prevenir el uso no intencionado e identificar documentos obsoletos			x		
<b>4.2.4 Control de los registros</b>					
Se ha establecido un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros?			x		
<b>5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN</b>					
<b>5.1 Compromiso de la dirección</b>					
Existe evidencia del compromiso de la alta dirección con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, así como la mejora continua de su eficacia?			x		No se cuenta con un Sistema de Gestión de la Calidad
<b>5.2 Enfoque al cliente</b>					
La alta dirección se asegura que los requisitos del cliente se determinan y cumplen para aumentar la satisfacción del cliente?	x			Evaluaciones de desempeño	

REQUISITO	C	CP	I	REGISTRO	OBSERVACIÓN
<b>5.3 Política de la calidad</b>					
La política de la calidad es adecuada al propósito de la organización?			x		No tiene política de calidad
La política de calidad incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de calidad?			x		No tiene política de calidad
La política de calidad proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de calidad?			x		No tiene política de calidad
La política de calidad es comunicada y entendida dentro de la organización?			x		No tiene política de calidad
La política de calidad es revisada para su continua adecuación?			x		
<b>5.4 Planificación</b>					
<b>5.4.1 Objetivos de calidad</b>					
Los objetivos de calidad son medibles y coherentes con la política de calidad?			x		No tiene política ni objetivos de calidad
Los objetivos de calidad se establecen en las funciones y niveles pertinentes dentro de la organización?			x		
<b>5.4.2 Planificación del sistema de gestión de calidad</b>					
La alta dirección se asegura de que la planificación se realiza para cumplir con los requisitos de 4.1 y los objetivos de calidad?			x		
La alta dirección se asegura que cuando se planifican e implementan cambios en el sistema de gestión de calidad, éste mantiene su integridad?			x		
<b>5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación</b>					
Se ha designado al representante de la dirección?	x			Oficio de designación de representante de la Dirección	
<b>5.5.3 Comunicación de la dirección</b>					
Se han establecido los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y la comunicación se efectúa considerando la eficacia del sistema de gestión de calidad?			x		
<b>5.6 Revisión por la dirección</b>					
<b>5.6.1 Generalidades</b>					
La alta dirección realiza a intervalos planificados la revisión del sistema de gestión de calidad que incluye la evaluación de las oportunidades de mejora, cambios en el sistema de gestión de calidad, incluyendo la política y objetivos de calidad?			x		No se cuenta con un Sistema de Gestión de la Calidad
Se mantienen los registros de las revisiones por la dirección?			x		
<b>5.6.2 Información para la revisión</b>					
La información de entrada para la revisión incluye:					
a) Resultados de auditorías		x		Auditoría de gestión	
b) Retroalimentación del cliente		x		Oficinas de atención a los usuarios	
c) Desempeño de los procesos y conformidad del producto			x		
d) Estados de acciones correctivas y preventivas			x		
e) Cambios que podrían afectar al sistema de calidad			x		
f) Recomendaciones para la mejora			x		
<b>5.6.3 Resultados de la revisión</b>					
Incluyen los resultados de la revisión por la dirección:			x		No existe reuniones para analizar establecer mecanismos de mejora
a) La mejora de la eficacia del S.G.C			x		
b) La mejora del producto en relación con los requisitos del cliente			x		
c) Las necesidades de recursos			x		
<b>6 GESTIÓN DE LOS RECURSOS</b>					
<b>6.1 Provisión de los recursos</b>					
La organización determina y proporciona recursos para:					
a) Implementar, mantener y mejorar el SGC			x		
b) Aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de los requisitos		x		Informe de labores	
<b>6.2 Recursos humanos</b>					
El personal que realiza trabajos que afectan a la calidad del producto es competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas?		x		Manual de Clasificación de puestos	
<b>6.2.2 Competencia, toma de conciencia y formación</b>					
Se ha determinado la competencia del personal que realiza trabajos que afecta la calidad del producto?			x		
Se proporciona formación o se toman acciones para satisfacer dichas necesidades?			x		
El personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y cómo contribuyen al logro de los objetivos de calidad?			x		
Se mantienen registros de la educación, formación, habilidades y experiencia del personal?	x			Hojas de vida en Taleno Humano	



REQUISITO	C	CP	I	REGISTRO	OBSERVACIÓN
<b>6.3 Infraestructura</b>					
La organización ha determinado, proporcionado y mantenido la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto?	x			Actas de entrega recepción de muebles e inmuebles	
<b>6.4 Ambiente de trabajo</b>					
La organización ha determinado y gestionado el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto?	x			Unidad de Seguridad y Salud Ocupacional	
<b>7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO</b>					
<b>7.1 Planificación de la realización del producto</b>					
La organización ha planificado y desarrollados los procesos necesarios para la realización de los requisitos del producto?			x		
La planificación es coherente con los requisitos de los otros procesos del sistema de calidad?			x		
La planificación se presenta de forma adecuada para la metodología de operación de la organización?		x		Plan de Desarrollo Institucional	No se cumple a cabalidad la planificación de la Facultad
<b>7.2 Procesos relacionados con el cliente</b>					
<b>7.2.1 Requisitos relacionados con el producto</b>					
La organización ha determinado:					
a) Requisitos del cliente?		x		Instructivo de trámites	
b) Requisitos no establecidos por el cliente?			x		
c) Requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto?		x		Acuerdos, leyes, decretos, etc.	Determinadas por lo antes de control de educación superior
d) Requisitos adicionales determinados por la organización?			x		
<b>7.2.2 Revisión de los requisitos del producto</b>					
Se mantiene registros de los resultados de la revisión y acciones originadas por la misma?		x		Actas de reunión	
La revisión de los requisitos se realiza antes de que la organización se comprometa a proporcionar un producto al cliente, incluso cuando el cliente no proporciona una declaración documentada de sus requisitos?		x		Hojas de ruta	
Cuando cambian los requisitos del producto, la organización se asegura de que la documentación pertinente es modificada y el personal está consciente de estos cambios?		x		Solicitud de pedido de trámite	
<b>7.2.3 Comunicación con el cliente</b>					
Se ha determinado e implementado disposiciones para la comunicación con el cliente, relativa a:					
a) Información sobre el producto		x		Instructivo de Trámites	
b) Consultas, contratos, o atención de pedidos o modificaciones			x	Oficinas de atención al cliente, correo electrónico, oficio	
c) Retroalimentación del cliente, incluyendo sus quejas			x	Oficinas de atención al cliente	
<b>7.3 DISEÑO Y DESARROLLO</b>					
				Las bases y requisitos lo establecen el Consejo de Educación Superior	Este numeral no aplica en la Facultad por lo que este se excluye
<b>7.4 COMPRAS</b>					
<b>7.4.1 Proceso de compras</b>					
La organización se asegura que el producto adquirido cumple los requisitos de compra especificados?	x			Contratos de proveedores	
Se han establecido criterios para la selección y evaluación de proveedores?		x		Términos de referencia y especificaciones técnicas	
Se mantienen los registros de las evaluaciones realizadas a los proveedores?		x		Proveedores calificados en el portal del SERCOP	
<b>7.4.2 Información de las compras</b>					
La información de las compras describe el producto a comprar y se asegura de que los requisitos de compra sean adecuados antes de comunicárselo al proveedor?		x		Requisitos ingresados en el portal del SERCOP	
<b>7.4.3 Verificación de los productos comprados</b>					
Se ha establecido e implementado la inspección u otras actividades para asegurarse de que el producto comprado cumple con los requisitos de compra especificados?			x	Actas de entrega recepción de bienes	

REQUISITO	C	CP	I	REGISTRO	OBSERVACIÓN
<b>7.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>					
<b>7.5.1 Control de la producción y prestación del servicio</b>					
La organización planifica la producción y prestación del servicio para que se realice en forma controlada?					
Las condiciones controladas incluyen cuando sea aplicable:					
a) La disponibilidad de información que describa las características del servicio?			x		
b) La disponibilidad de instrucciones de trabajo, cuando sea necesario?			x		
c) El uso del equipo apropiado?	x			Acta de Entrega recepción de bienes	
d) La disponibilidad y uso de dispositivo de seguimiento y medición?			x		
e) La implementación del seguimiento y medición?					
f) La implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega?			x		
<b>7.5.2 Validación de los procesos de producción y prestación del servicio</b>					
La organización valida aquellos procesos de producción y prestación de servicio especiales?			x		
La validación demuestra la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados?			x		
La organización ha establecido las disposiciones para estos procesos?			x		
<b>7.5.3 Identificación y trazabilidad</b>					
La organización identifica el producto por medios adecuados a través de toda su realización, cuando es apropiado?		x		Oficios o solicitudes	No están definidas
La organización identifica el estado del producto con respecto a los requisitos de seguimiento y medición?		x		Base de datos	No se cuentan con herramientas de medición
Se mantienen registros de la trazabilidad?			x		
<b>7.5.4 Propiedad del cliente</b>					
La organización identifica, verifica, protege y salvaguarda los bienes que son suministrados por el cliente suministrados para su utilización o incorporación dentro del producto?		x		Carpetas con requisitos	No se mantiene un archivo adecuado
<b>7.5.5 Preservación del producto</b>					
La organización preserva la conformidad del producto durante el proceso interno y la entrega al destino previo?		x		Expedientes con la documentación de respaldo	No se mantiene un archivo adecuado
Esta preservación incluye la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección tanto para el producto como sus partes constitutivas?			x		En los procesos no aplica el embalaje, pero debería existir un control de almacenamiento
<b>7.6 CONTROL DE DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN</b>					Este numeral no aplica en la Facultad por se una institución de servicios y no de producción por lo que este se excluye
<b>8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA</b>					
<b>8.1 Generalidades</b>					
La organización planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora y comprende la determinación de los métodos aplicables, técnicas estadísticas y el alcance antes de su utilización?			x		
<b>8.2 Seguimiento y medición</b>					
<b>8.2.1 Satisfacción del cliente</b>					
Se han determinado métodos para realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente y cómo utilizar dicha información?			x		
<b>8.2.2 Auditoría interna</b>					
Se planifican los programas de auditorías de acuerdo a estado e importancia de los procesos?		x		Auditoría de gestión institucional	Se han realizado algunas auditorías de acuerdo al requerimiento institucional
Se define los criterios de auditoría, el alcance, su frecuencia y metodología?		x		Proceso de auditoría de gestión	
Se ha realizado la selección de auditores?		x		Equipo auditor institucional	1
Se ha definido un procedimiento documentado para la planificación, realización y registros de auditorías?			x		Proceso no documentado
<b>8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos</b>					
Se realiza el monitoreo de los procesos y la medición de los mismos cuando sea aplicable, para demostrar su capacidad para alcanzar los resultados planificados?			x		No tiene procesos definidos donde se determinen resultados
<b>8.2.4 Seguimiento y medición del producto</b>					
Se realiza la medición y seguimiento de las características del producto para verificar que se cumplen los requisitos del mismo?		x		Solicitudes de requerimientos	No existe una medición exacta
Se mantienen registros que indiquen la conformidad con los criterios de aceptación y permitan la liberación del producto?		x		Hojas de ruta con la aceptación del servicio	

REQUISITO	C	CP	I	REGISTRO	OBSERVACIÓN
<b>8.3 Control de producto no conforme</b>					
Se ha definido un procedimiento documentado relacionado con los controles, responsabilidades, autoridades y tratamiento del producto no conforme?			x		Se genera demora en los trámites, no se proporciona información efectiva
Se mantienen los registros de la naturaleza de las no conformidades y de las acciones tomadas?			x		No se realiza un registro ni seguimiento de quejas y reclamos
<b>8.4 Análisis de datos</b>					
Hay un proceso establecido para la recolección y análisis de los datos que se requieren para determinar conveniencia y efectividad del sistema de gestión de calidad, así como para identificar las oportunidades para su mejoramiento?			x		No existe un proceso documentado
Se analiza la información sobre satisfacción del cliente?			x		No existe mecanismos de recopilación y análisis de datos
Se analiza información sobre la conformidad con los requisitos del producto?			x		No existe mecanismos de recopilación y análisis de datos
Se realiza el análisis de datos sobre características y tendencias de los procesos, productos y oportunidades de mejora?			x		No existe mecanismos de mejora de procesos
Se analiza la información sobre los proveedores?		x		Manejo en el sistema del SERCOP	
<b>8.5 MEJORA</b>					
<b>8.5.1 Mejora continua</b>					
Se planifican y administran los procesos necesarios para el mejoramiento continuo del sistema de gestión de calidad?			x		No tiene un proceso definido
<b>8.5.2 Acción Correctiva</b>					
Se ha establecido un procedimiento para la revisión de no conformidades, su análisis de causa, evaluación de necesidades de acciones correctivas, determinar e implementar acciones necesarias, registro y revisión de la efectividad de las acciones tomadas?			x		No tiene un proceso definido
<b>8.5.3 Acción preventiva</b>					
Se ha establecido un procedimiento documentado que defina los requisitos para:					
a) Determinar no conformidades potenciales y sus causas			x		No tiene un proceso definido
b) Evaluar la necesidad de actuar para prevenir su ocurrencia			x		No tiene un proceso definido
c) Evaluación, determinación e implementación de acciones necesarias			x		No tiene un proceso definido
d) Registros y revisión de acciones preventivas tomadas			x		No tiene un proceso definido

### **3.1.1. ANALISIS DE RESULTADOS**


De la información obtenida en la Tabla 4, se presentan la calificación del diagnóstico efectuado al área administrativa de la Facultad de Ciencias Médicas, en concordancia con el Sistema de Gestión de la Calidad, establecido en la Norma ISO 9001:2008.

Para efectuar la valoración se estableció el siguiente puntaje: dos (2) puntos para los literales de los requisitos que se cumplen; un (1) punto para los literales que se hayan cumplido parcialmente y cero (0) puntos para los literales que no se cumplan.

Posteriormente, se calculará el puntaje de los cinco requisitos que exige la norma ISO 9001:2008, esto es el promedio de la sumatoria de la calificación obtenida en los literales de cada uno de los requisitos, dividido para la ponderación establecida, por 100, como lo indica la Tabla 4.

De esta manera se obtendrán los porcentajes de cumplimiento por inciso y a nivel general (por numeral de la norma), y mediante el gráfico de perfil generado se podrá analizar, identificar y tener una mejor visualización del estado de avance del Sistema de Gestión de la Calidad.

**Tabla 5**–Matriz de calificación del cumplimiento inicial de requisitos de la Norma ISO 9001: 2008

 <b>MATRIZ DE CALIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO INICIAL DE REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008</b> <b>AREA ADMINISTRATIVA - FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b> FECHA: 10 de Enero del 2013		
REQUISITO	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN 2: CUMPLE 1: CUMPLE PARCIALMENTE 0: NO CUMPLE
<b>4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
<b>4.1 Requisitos generales</b>		
Se han identificado los procesos necesarios para el sistema de gestión de calidad?	2	0
Se ha determinado su secuencia e interacción?	2	0
Se han determinado los criterios y métodos para asegurarse que tanto la operación como control son eficaces?	2	0
Se ha asegurado la disponibilidad de recursos e información para apoyar la operación y seguimiento de los procesos?	2	2
Se realiza el seguimiento, medición y análisis de los procesos?	2	0
Se han implementado las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de los procesos?	2	0
<b>4.2 Requisitos de la documentación</b>		
<b>4.2.1 Generalidades</b>		
La documentación del sistema de calidad contiene una declaración documentada de la política y objetivos de calidad?	2	0
Existe un manual de calidad?	2	0
Se han realizado los procedimientos documentados requeridos por la norma ISO 9001:2008.?	2	0
Los documentos, incluidos los registros que la organización determina que son necesarios para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos?	2	0
<b>4.2.2 Manual de calidad</b>		
Se ha definido el alcance, detalles y justificación de las exclusiones del sistema en el manual de calidad?	2	0
Se incluyen o referencian los procedimientos documentados necesarios para el sistema de gestión de calidad?	2	0
Se describe la interacción entre los procesos del sistema de gestión de calidad?	2	0
<b>4.2.3 Control de documentos</b>		
Se ha establecido un procedimiento para control de documentos donde se defina:		
a) aprobación de documentos antes de su emisión	2	0
b) revisión y actualización cuando requieran ser aprobados nuevamente?	2	0
c) Identificación de cambios y estado de revisión de documentos	2	0
d) que las versiones pertinentes de los documentos se encuentren disponibles en los puntos de uso	2	0
e) la forma de asegurar que los documentos permanezcan legibles y fácilmente identificables	2	0
f) asegurarse de que los documentos de origen externo, que la organización determina que son necesarios para la planificación y la operación del sistema de gestión de la calidad, se identifican y que se controla su distribución, y	2	0
e) la forma de prevenir el uso no intencionado e identificar documentos obsoletos	2	0
<b>4.2.4 Control de los registros</b>		
Se ha establecido un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros?	2	0
	<b>42</b>	<b>2</b>

REQUISITO	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN 2: CUMPLE 1: CUMPLE PARCIALMENTE 0: NO CUMPLE
<b>5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN</b>		
<b>5.1 Compromiso de la dirección</b>		
Existe evidencia del compromiso de la alta dirección con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, así como la mejora continua de su eficacia?	2	0
<b>5.2 Enfoque al cliente</b>		
La alta dirección se asegura que los requisitos del cliente se determinan y cumplen para aumentar la satisfacción del cliente?	2	2
<b>5.3 Política de la calidad</b>		
La política de la calidad es adecuada al propósito de la organización?	2	0
La política de calidad incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de calidad?	2	0
La política de calidad proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de calidad?	2	0
La política de calidad es comunicada y entendida dentro de la organización?	2	0
La política de calidad es revisada para su continua adecuación?	2	0
<b>5.4 Planificación</b>		
<b>5.4.1 Objetivos de calidad</b>		
Los objetivos de calidad son medibles y coherentes con la política de calidad?	2	0
Los objetivos de calidad se establecen en las funciones y niveles pertinentes dentro de la organización?	2	0
<b>5.4.2 Planificación del sistema de gestión de calidad</b>		
La alta dirección se asegura de que la planificación se realiza para cumplir con los requisitos de 4.1 y los objetivos de calidad?	2	0
La alta dirección se asegura que cuando se planifican e implementan cambios en el sistema de gestión de calidad, éste mantiene su integridad?	2	0
<b>5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación</b>		
Se ha designado al representante de la dirección?	2	2
<b>5.5.3 Comunicación de la dirección</b>		
Se han establecido los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y la comunicación se efectúa considerando la eficacia del sistema de gestión de calidad?	2	0
<b>5.6 Revisión por la dirección</b>		
<b>5.6.1 Generalidades</b>		
La alta dirección realiza a intervalos planificados la revisión del sistema de gestión de calidad que incluye la evaluación de las oportunidades de mejora, cambios en el sistema de gestión de calidad, incluyendo la política y objetivos de calidad?	2	0
Se mantienen los registros de las revisiones por la dirección?	2	0
<b>5.6.2 Información para la revisión</b>		
La información de entrada para la revisión incluye:		
a) Resultados de auditorías	2	1
b) Retroalimentación del cliente	2	1
c) Desempeño de los procesos y conformidad del producto	2	0
d) Estados de acciones correctivas y preventivas	2	0
e) Cambios que podrían afectar al sistema de calidad	2	0
f) Recomendaciones para la mejora	2	0
<b>5.6.3 Resultados de la revisión</b>		
Incluyen los resultados de la revisión por la dirección:	2	0
a) La mejora de la eficacia del S.G.C	2	0
b) La mejora del producto en relación con los requisitos del cliente	2	0
c) Las necesidades de recursos	2	0
	<b>50</b>	<b>6</b>
<b>6 GESTIÓN DE LOS RECURSOS</b>		
<b>6.1 Provisión de los recursos</b>		
La organización determina y proporciona recursos para:		
a) Implementar, mantener y mejorar el SGC	2	0
b) Aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de los requisitos	2	1
<b>6.2 Recursos humanos</b>		
El personal que realiza trabajos que afectan a la calidad del producto es competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas?	2	1
<b>6.2.2 Competencia, toma de conciencia y formación</b>		
Se ha determinado la competencia del personal que realiza trabajos que afectan la calidad del producto?	2	0
Se proporciona formación o se toman acciones para satisfacer dichas necesidades?	2	0
El personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y cómo contribuyen al logro de los objetivos de calidad?	2	0
Se mantienen registros de la educación, formación, habilidades y experiencia del personal?	2	2
<b>6.3 Infraestructura</b>		
La organización ha determinado, proporcionado y mantenido la infraestructura necesaria para logra la conformidad con los requisitos del producto?	2	2
<b>6.4 Ambiente de trabajo</b>		
La organización ha determinado y gestionado el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto?	2	2
	<b>18</b>	<b>8</b>

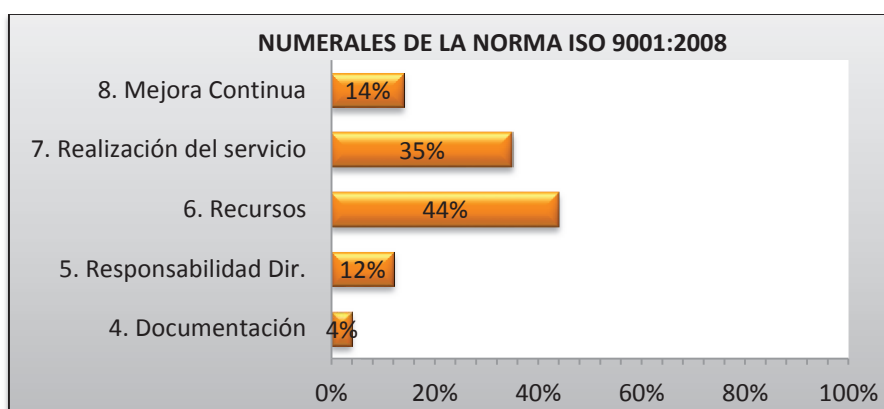
REQUISITO	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN 2: CUMPLE 1: CUMPLE PARCIALMENTE 0: NO CUMPLE
<b>7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO</b>		
<b>7.1 Planificación de la realización del producto</b>		
La organización ha planificado y desarrollados los procesos necesarios para la realización de los requisitos del producto?	2	0
La planificación es coherente con los requisitos de los otros procesos del sistema de calidad?	2	0
La planificación se presenta de forma adecuada para la metodología de operación de la organización?	2	1
<b>7.2 Procesos relacionados con el cliente</b>		
<b>7.2.1 Requisitos relacionados con el producto</b>		
La organización ha determinado:		
- Requisitos del cliente?	2	1
- Requisitos no establecidos por el cliente?	2	0
- Requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto?	2	1
- Requisitos adicionales determinados por la organización?	2	0
<b>7.2.2 Revisión de los requisitos del producto</b>		
Se mantiene registros de los resultados de la revisión y acciones originadas por la misma?	2	1
La revisión de los requisitos se realiza antes de que la organización se comprometa a proporcionar un producto al cliente, incluso cuando el cliente no proporciona una declaración documentada de sus requisitos?	2	1
Cuando cambian los requisitos del producto, la organización se asegura de que la documentación pertinente es modificada y el personal está consciente de estos cambios?	2	1
<b>7.2.3 Comunicación con el cliente</b>		
Se ha determinado e implementado disposiciones para la comunicación con el cliente, relativa a:		
a) Información sobre el producto	2	1
b) Consultas, contratos, o atención de pedidos o modificaciones	2	1
c) Retroalimentación del cliente, incluyendo sus quejas	2	1
<b>7.4 COMPRAS</b>		
<b>7.4.1 Proceso de compras</b>		
La organización se asegura que el producto adquirido cumple los requisitos de compra especificados?	2	2
Se han establecido criterios para la selección y evaluación de proveedores?	2	2
Se mantienen los registros de las evaluaciones realizadas a los proveedores?	2	2
<b>7.4.2 Información de las compras</b>		
La información de las compras describe el producto a comprar y se asegura de que los requisitos de compra sean adecuados antes de comunicárselo al proveedor?	2	2
<b>7.4.3 Verificación de los productos comprados</b>		
Se ha establecido e implementado la inspección u otras actividades para asegurarse de que el producto comprado cumple con los requisitos de compra especificados?	2	1
<b>7.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>		
<b>7.5.1 Control de la producción y prestación del servicio</b>		
La organización planifica la producción y prestación del servicio para que se realice en forma controlada?	2	0
Las condiciones controladas incluyen cuando sea aplicable:		
a) La disponibilidad de información que describa las características del producto?	2	0
b) La disponibilidad de instrucciones de trabajo, cuando sea necesario?	2	0
c) El uso del equipo apropiado?	2	2
d) La disponibilidad y uso de dispositivo de seguimiento y medición?	2	0
e) La implementación del seguimiento y medición?	2	0
f) La implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega?	2	0
<b>7.5.2 Validación de los procesos de producción y prestación del servicio</b>		
La organización valida aquellos procesos de producción y prestación de servicio especiales?	2	0
La validación demuestra la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados?	2	0
La organización ha establecido las disposiciones para estos procesos?	2	0
<b>7.5.3 Identificación y trazabilidad</b>		
La organización identifica el producto por medios adecuados a través de toda su realización, cuando es apropiado?	2	1
La organización identifica el estado del producto con respecto a los requisitos de seguimiento y medición?	2	1
Se mantienen registros de la trazabilidad?	2	0
<b>7.5.4 Propiedad del cliente</b>		
La organización identifica, verifica, protege y salvaguarda los bienes que son suministrados por el cliente suministrados para su utilización o incorporación dentro del producto?	2	1
<b>7.5.5 Preservación del producto</b>		
La organización preserva la conformidad del producto durante el proceso interno y la entrega al destino previo?	2	1
Esta preservación incluye la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección tanto para el producto como sus partes constitutivas?	2	0
	<b>68</b>	<b>24</b>

REQUISITO	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN 2: CUMPLE 1: CUMPLE PARCIALMENTE 0: NO CUMPLE
<b>8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA</b>		
<b>8.1 Generalidades</b>		
La organización planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora y comprende la determinación de los métodos aplicables, técnicas estadísticas y el alcance antes de su utilización?	2	0
<b>8.2 Seguimiento y medición</b>		
<b>8.2.1 Satisfacción del cliente</b>		
Se han determinado métodos para realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente y cómo utilizar dicha información?	2	0
<b>8.2.2 Auditoría interna</b>		
Se planifican los programas de auditorías de acuerdo a estado e importancia de los procesos?	2	1
Se define los criterios de auditoría, el alcance, su frecuencia y metodología?	2	1
Se ha realizado la selección de auditores?	2	1
Se ha definido un procedimiento documentado para la planificación, realización y registros de auditorías?	2	0
<b>8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos</b>		
Se realiza el monitoreo de los procesos y la medición de los mismos cuando sea aplicable, para demostrar su capacidad para alcanzar los resultados planificados?	2	0
<b>8.2.4 Seguimiento y medición del producto</b>		
Se realiza la medición y seguimiento de las características del producto para verificar que se cumplen los requisitos del mismo?	2	1
Se mantienen registros que indiquen la conformidad con los criterios de aceptación y permitan la liberación del producto?	2	1
<b>8.3 Control de producto no conforme</b>		
Se ha definido un procedimiento documentado relacionado con los controles, responsabilidades, autoridades y tratamiento del producto no conforme?	2	0
Se mantienen los registros de la naturaleza de las no conformidades y de las acciones tomadas?	2	0
<b>8.4 Análisis de datos</b>		
Hay un proceso establecido para la recolección y análisis de los datos que se requieren para determinar conveniencia y efectividad del sistema de gestión de calidad, así como para identificar las oportunidades para su mejoramiento?	2	0
Se analiza la información sobre satisfacción del cliente?	2	0
Se analiza información sobre la conformidad con los requisitos del producto?	2	0
Se realiza el análisis de datos sobre características y tendencias de los procesos, productos y oportunidades de mejora?	2	0
Se analiza la información sobre los proveedores?	2	1
<b>8.5 MEJORA</b>		
<b>8.5.1 Mejora continua</b>		
Se planifican y administran los procesos necesarios para el mejoramiento continuo del sistema de gestión de calidad?	2	0
<b>8.5.2 Acción Correctiva</b>		
Se ha establecido un procedimiento para la revisión de no conformidades, su análisis de causa, evaluación de necesidades de acciones correctivas, determinar e implementar acciones necesarias, registro y revisión de la efectividad de las acciones tomadas?	2	0
<b>8.5.3 Acción preventiva</b>		
Se ha establecido un procedimiento documentado que defina los requisitos para:		
a) Determinar no conformidades potenciales y sus causas	2	0
b) Evaluar la necesidad de actuar para prevenir su ocurrencia	2	0
c) Evaluación, determinación e implementación de acciones necesarias	2	0
d) Registros y revisión de acciones preventivas tomadas	2	0
	<b>44</b>	<b>6</b>



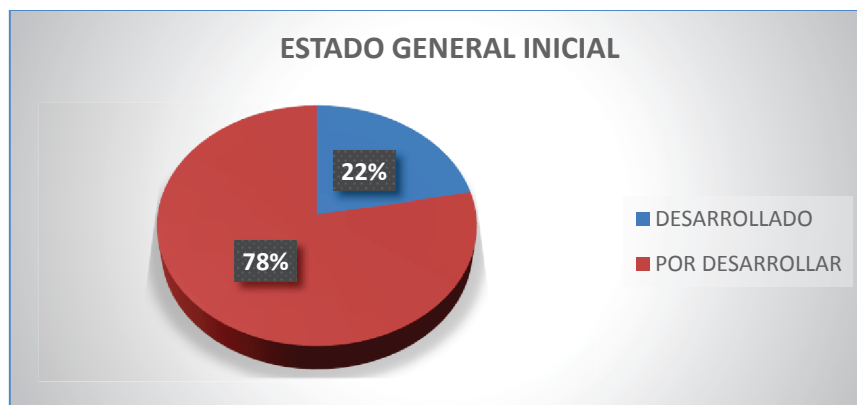
**Tabla 6** – Calificación de los resultados del cumplimiento requisitos de la Norma ISO 9001: 2008

RESULTADOS POR CLÁUSULAS	
4. Documentación	4%
5. Responsabilidad Dirección	12%
6. Recursos	44%
7. Realización del servicio	35%
8. Mejora Continua	14%



**Tabla 7** – Calificación general de cumplimiento de requisitos de la Norma ISO 9001: 2008

PROMEDIO	
DESARROLLADO	22%
POR DESARROLLAR	78%



Catalina Quimbita

### 3.1.2 RESULTADOS GENERALES

El porcentaje de cumplimiento general del área administrativa es del 22%, lo que significa que existen aspectos deficientes que deben ser mejorados y otros requisitos que deben ser implementados según la norma ISO 9001: 2008 para que el área administrativa se encuentre alineada con referida norma, como se demuestra en la Tabla 7.

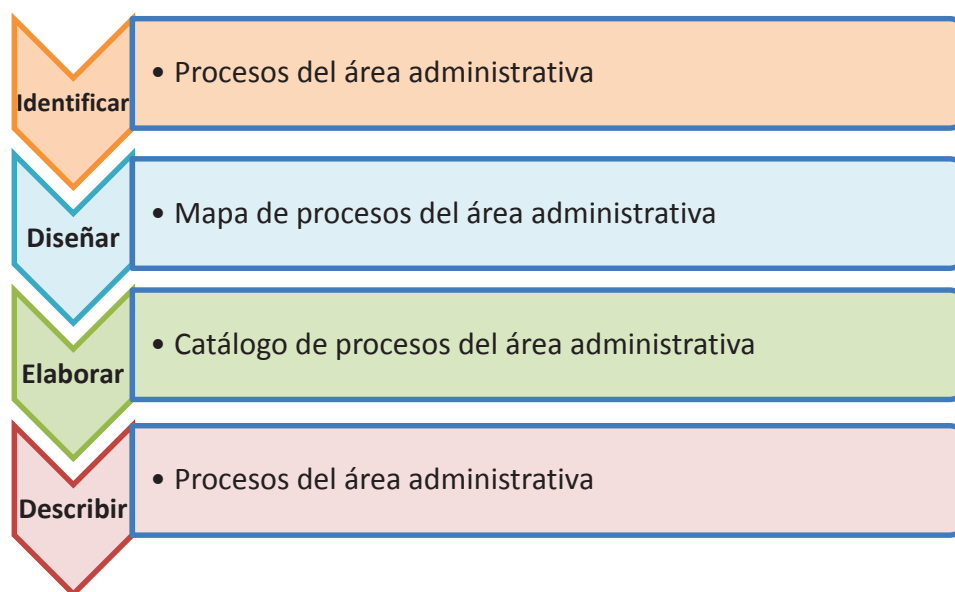
A continuación se detalla en forma general los resultados obtenidos luego del diagnóstico situacional del área administrativa:

- El grado de conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad en el área administrativa de Facultad de Ciencias Médicas respecto a los requisitos de documentación establecidos en la Norma ISO 9001:2008 le ubica en la categoría bajo.
- En términos generales existen ciertas prácticas para el funcionamiento normal de las diferentes actividades al interior del área administrativa. Sin embargo, se observa que las mismas no están totalmente definidas, lo que afectaría la calidad del servicio.
- No se evidencia una planificación e implementación de métodos aplicables que permitan demostrar la conformidad del servicio, como el sistema de gestión de calidad y la mejora continua de la eficacia y eficiencia de los procesos.
- No se evidenció la definición de los procesos y su interacción, propios del área administrativa.
- No se han identificado indicadores de gestión que permitan controlar la eficacia y eficiencia de los procesos.

- No se ha desarrollado la documentación de calidad que requiere la norma ISO 9001:2008: un manual de calidad, procedimientos documentados y registros que guíen las actividades de los servidores de la Institución. No cuentan con una política de calidad y objetivos de calidad.
- No se realizan reuniones formales y documentadas que evidencien el seguimiento de la gestión del área administrativa.

### 3.2 DISEÑO DEL MAPA DE PROCESOS Y CADENA DE VALOR

Para garantizar la eficiencia de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en la Facultad, se realizó el levantamiento de procesos del área administrativa, en función de las actividades que se desarrollan, las cuales se agruparon para generar procesos que interactúan en entre sí, y posteriormente documentar los procesos, de acuerdo los pasos descritos en la Figura 17.



**Figura 17**– Levantamiento de procesos del área administrativa  
Catalina Quimbita

### 3.2.1. IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS

El equipo de trabajo conformado por autoridades y representantes de las áreas administrativas, procedió a determinar la situación actual de los procesos y sus interrelaciones, que se realizó mediante reuniones de trabajo, utilizando el formato de levantamiento de procesos, **Anexo C**.

Del levantamiento de información, se determinó que las actividades se realizan de manera poco organizada, sin un control que mida la efectividad del proceso, de tal modo que no realizan de forma sistemática las actividades correspondientes para ejecutar el proceso.

Los procesos esenciales que describe el área administrativa son:

- Planificar, organizar, dirigir y controlar la marcha académica y administrativa de la Facultad.
- Realiza el trámite para la elaboración de los contratos ocasionales por servicios docentes, de acuerdo al periodo académico semestral.
- Tramitar las solicitudes que presentan los estudiantes de grado y posgrado como: actas de grado, registro de notas, record académico, registro de matrículas, entre otras.
- Tramitar la emisión de títulos académicos de grado y posgrado.
- Gestionar el ingreso y salida de la documentación interna y externa.
- Brindar asistencia informática a las unidades académicas y administrativas.

### 3.2.2. DISEÑO DEL MAPA DE PROCESOS

De la información obtenida en la identificación de los procesos esenciales que actualmente realiza el área administrativa, se procedió a diseñar el mapa de procesos para el Sistema de Gestión de la Calidad, los cuales permiten a la Facultad alcanzar los resultados planificados para el logro de sus objetivos.

En este documento se identifican los siguientes procesos administrativos que están alineados a la misión, visión, objetivos y estrategias institucionales.

- **Estratégicos:** Gestión de la Dirección y Gestión de la Calidad
  
- **Agregadores de Valor o sustantivos:** Gestión de Trámites y Gestión Documental
  
- **Apoyo o adjetivos:** Coordinación de la Contratación de Personal y Asistencia Informática

En el mapa de procesos, se puede observar las interacciones más importantes que existen entre los procesos estratégicos, agregadores de valor y los de apoyo, establecidos en la Facultad. Los procesos se definieron de manera que entraran o participarán en el proceso de mejora continua.

A continuación se presenta la Figura 18, Mapa de Procesos y la Figura 19 la Cadena de Valor.

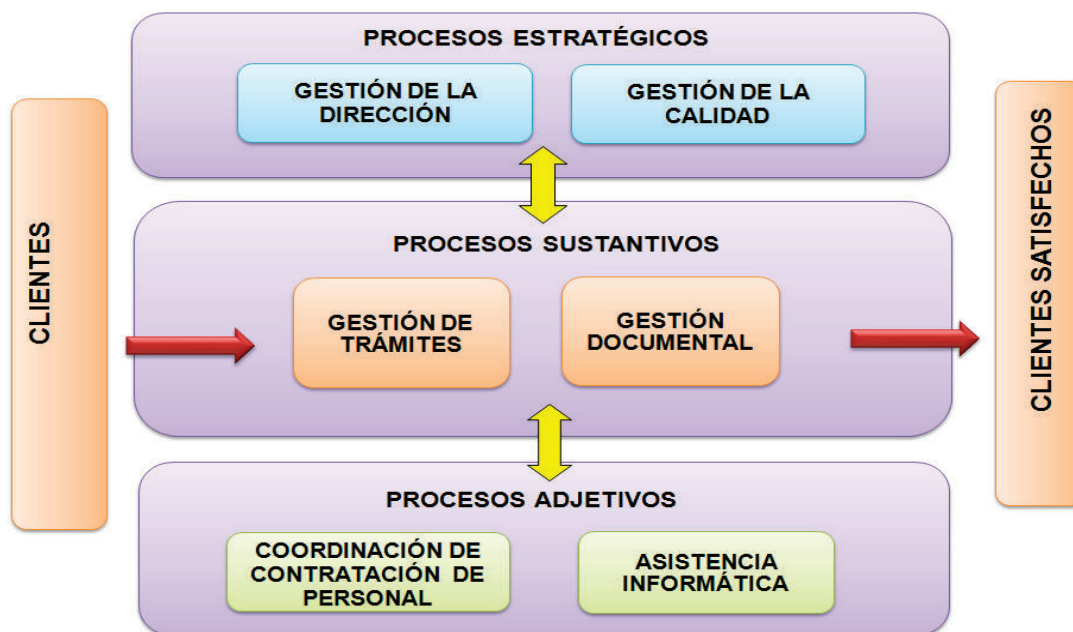


Figura 18 – Mapa de Procesos del Área Administrativa  
Catalina Quimbita

### 3.2.3. DISEÑO DE LA CADENA DE VALOR

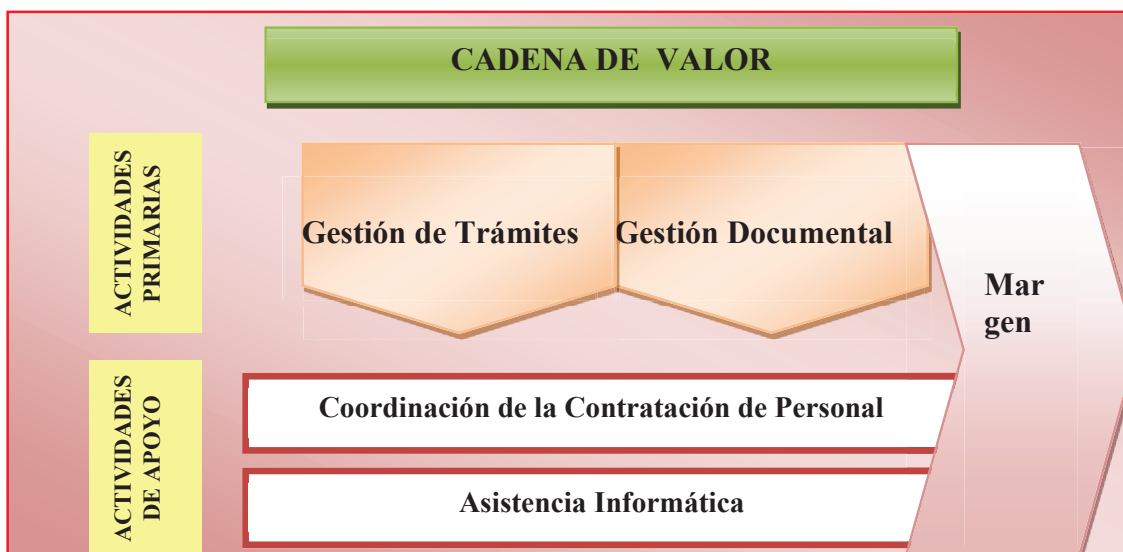


Figura 19 – Cadena de Valor del Área Administrativa  
Catalina Quimbita

### 3.2.4 CATÁLOGO DE PROCESOS

Una vez definido el Mapa de Procesos, en esta etapa se consolidó la información de los resultados obtenidos de las reuniones y entrevistas mantenidas con los jefes de las unidades y responsables de los procesos administrativos, a fin de identificar y determinarlos macroprocesos con sus procesos, representados en el catálogo de procesos.

A continuación se presenta el catálogo de procesos.

**Tabla 8** – Catálogos de Procesos Administrativos

	Código	MACROPROCESO	Código	PROCESOS	Código
<b>PROCESOS ESTRATÉGICOS</b>	A	Gestión de la Dirección	A.1	Elaboración y Ejecución de la Planificación Estratégica	A.1.1
		Gestión de la Calidad	A.2	Control de Documentos, Control de Registros, Auditoría Interna, Servicio no conforme, Acciones Correctivas y Preventivas	A.2.1
<b>PROCESOS SUSTANTIVOS</b>	B	Gestión de Trámites	B.1	Expedición de Títulos Académicos	B.1.1
				Elaboración Documentos Académicos	B.1.2
		Gestión Documental	B.2	Manejo de Comunicaciones Internas y Externas	B.2.1
<b>PROCESOS ADJETIVOS</b>	C	Coordinación de la Contratación de Personal	C.1	Elaboración de Contratos de Servicios Docentes	C.1.1
		Asistencia Informática	C.2	Soporte al Usuario	C.2.1

Catalina Quimbita

### **3.2.5 DESCRIPCIÓN DE PROCESOS**

Con la determinación del catálogo de procesos administrativos determinados en la Tabla 8, se realiza la descripción de los procesos, mediante la caracterización y el diagrama de flujo.

#### **3.2.5.1 CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS**

Establecidos los macroprocesos y sus procesos, se procede a elaborar las caracterizaciones, en los cuales se despliegan las actividades principales de cada proceso, determinando los recursos físicos, económicos, tecnológicos, que se presentan a continuación:

#### **PROCESOS ESTRATÉGICOS**

- Gestión de la Dirección
  - Elaboración y Seguimiento del Plan Anual de Política Pública
  
- Gestión de la Calidad
  - Control de Documentos
  - Control de Registros
  - Auditoría Interna
  - Producto o Servicio no Conforme
  - Acciones Correctivas y Preventivas

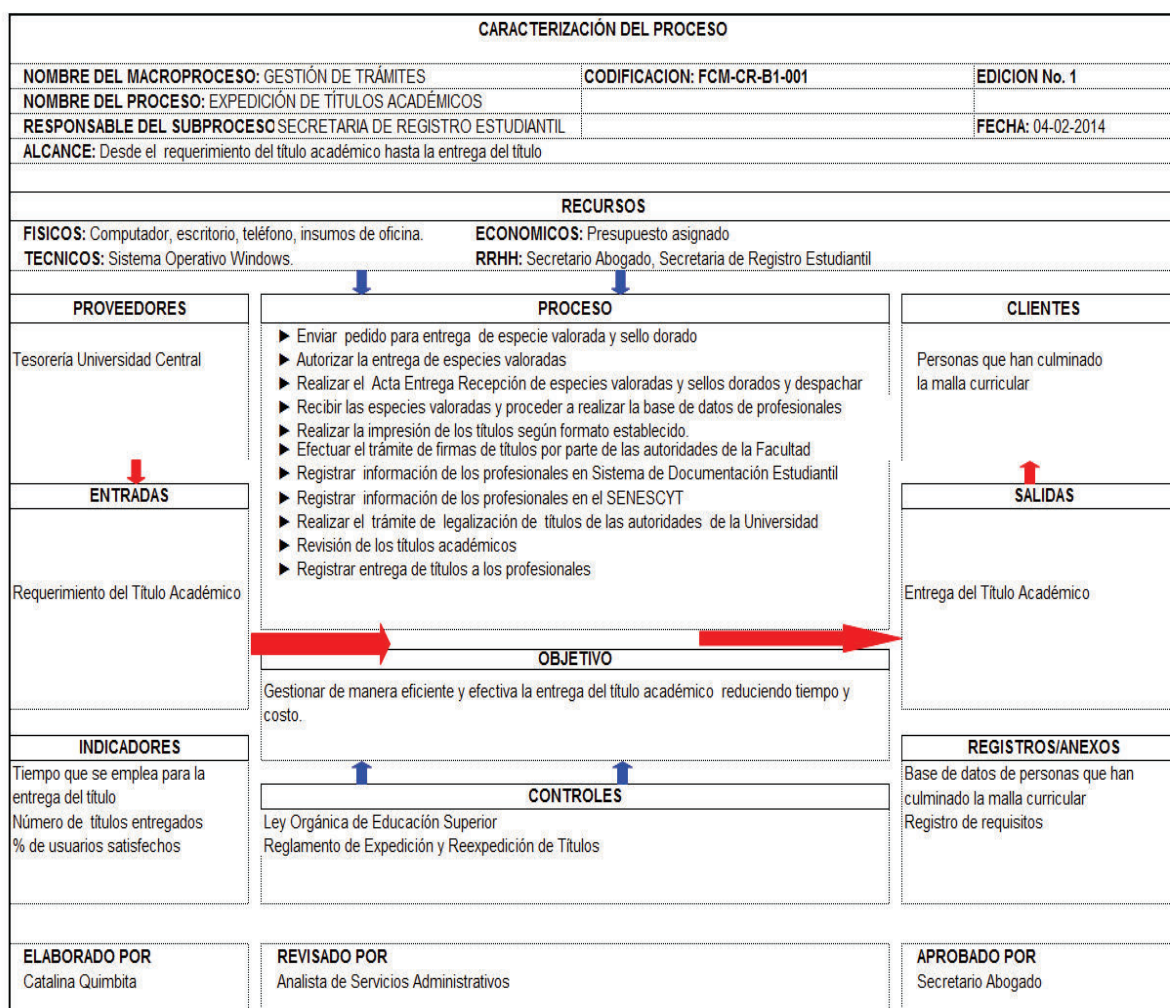


CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO		
CODIGO: FCM-CR-A1-001		
NOMBRE DEL MACROPROCESO: GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN		EDICIÓN No. 1
NOMBRE DEL PROCESO: ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN ANUAL DE POLÍTICA PÚBLICA (PAPP)		FECHA: 04-02-2014
RESPONSABLE DEL PROCESO: DECANO		
ALCANCE: Elaborar el Plan Anual de la Política Pública y termina en la ejecución		
RECURSOS		
FISICOS: Computador, escritorio, teléfono, insumos de oficina.	ECONOMICOS: Recursos financieros del Presupuesto General del Estado	
TECNOLÓGICOS: Software, Hardware e Internet	RRHH: Decano y Coordinador Administrativo	
PROVEEDORES	PROCESO	CLIENTES
<ul style="list-style-type: none"> <li>► Vicerrectorado Administrativo y Financiero</li> <li>► Dirección de Planeamiento Universitario</li> <li>► Dirección General Financiera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>► Elaborar presupuesto</li> <li>► Asesorar la formulación de los proyectos y programación de actividades</li> <li>► Formular el Plan Anual de la Política Pública</li> <li>► Aprobar el Plan Anual de la Política Pública</li> <li>► Ejecutar el Plan Anual de la Política Pública</li> <li>► Seguimiento y evaluación del Plan Anual de la Política Pública</li> <li>► Difundir la información de la ejecución del Plan Anual de la Política Pública</li> <li>► Realizar el informe de gestión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>► Unidades Académicas de la Facultad</li> <li>► Unidades Administrativas de la Facultad</li> </ul>
ENTRADAS	OBJETIVO	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>► Plan de Desarrollo Institucional</li> <li>► Elementos de direccionamiento estratégico (misión, visión, políticas objetivas)</li> <li>► Información presupuestaria</li> </ul>	Liderar la formulación del modelo de planificación y gestión de la Facultad de Ciencias Médicas para determinar los objetivos y metas de la Facultad	<ul style="list-style-type: none"> <li>► Plan Anual de la Política Pública</li> <li>► Informe de seguimiento del PAPP</li> </ul>
INDICADORES	CONTROLES	REGISTROS/ANEXOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>► Nivel de cumplimiento de las metas del PAPP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>► Norma ISO 9001:2008</li> <li>► Plan Nacional del Buen Vivir</li> <li>► Plan de Desarrollo Institucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>► Matriz del Plan Anual de la Política Pública</li> <li>► Informe de gestión</li> <li>► Actas de reuniones</li> </ul>
ELABORADO POR Catalina Quimbita	REVISADO POR Coordinador Administrativo	APROBADO POR Decano

CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO		
CODIFICACION: FCM-CR-A2-002		
EDICIÓN No. 1		
NOMBRE DEL PROCESO: CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS, AUDITORÍA INTERNA, SERVICIO NO CONFORME, ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS		
RESPONSABLE DEL SUBPROCESO: Coordinador Administrativo		FECHA: 04-02-2014
ALCANCE: Planificar actividades necesarias para el Sistema de Gestión de la Calidad hasta planificar la revisión del SGC		
RECURSOS		
FISICOS: Computador, escritorio, teléfono, insumos de oficina	ECONOMICOS: Presupuesto asignado	
TECNOLÓGICOS: Software, Hardware, Internet, Office	RRHH: Coordinador Administrativo, Representante de la Dirección, Responsables de Procesos	
PROVEEDORES	PROCESO	CLIENTES
Responsables de los procesos		<ul style="list-style-type: none"> <li>► Unidades Administrativas</li> </ul>
ENTRADAS	OBJETIVO	SALIDAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>► Información de las necesidades de documentos</li> <li>► Informe de auditoría del periodo anterior e información sobre las necesidades de auditoría</li> <li>► Informe de servicios no conformes</li> <li>► Registros del Sistema de Gestión de la Calidad tablero de indicadores, solicitudes de acción correctiva, preventiva y de mejora, encuesta de satisfacción del usuario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>► Coordinar la elaboración y/o actualización de los documentos y registros del Sistema de Gestión de la Calidad</li> <li>► Programar y ejecutar la auditoría interna</li> <li>► Seguimiento y tratamiento del servicio no conforme</li> <li>► Realizar el seguimiento del Sistema de Gestión de la Calidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>► Documentos y registros controlados, lista maestra de documentos y registros</li> <li>► Informe de auditoría interna con todos sus soportes</li> <li>► Estado del servicio no conforme</li> <li>► Tablero de indicadores de gestión analizado, informe de encuestas de satisfacción del usuario analizado, estado de las acciones correctivas, preventivas y de mejora</li> </ul>
INDICADORES	CONTROLES	REGISTROS/ANEXOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>► Documentos actualizados, implementados u obsoletos</li> <li>► Porcentaje de procesos auditados</li> <li>► Solicitud de acciones atendidas oportunamente</li> <li>► Productos No Conformes resueltos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ISO 9001:2008, Control de Documentos y de Registros, Auditorías, ISO 19011</li> <li>Control de Productos/Servicios No Conformes, proceso de acciones correctivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>► Formato de elaboración de documentos y registros</li> <li>► Actas de reunión y hoja de verificación</li> <li>► Matriz de producto y tratamiento de servicio no conforme</li> <li>► Plan de acciones correctivas, preventivas y oportunidades de mejora</li> </ul>
ELABORADO POR Catalina Quimbita	REVISADO POR Analista de Servicios Administrativo	APROBADO POR Representante de la Dirección

## PROCESOS SUSTANTIVOS

- Gestión de Trámites
  - Expedición de Títulos Académicos
  - Elaboración de Documentos Académicos
  
- Gestión Documental Interna y Externa
  - Manejo de Comunicaciones Internas y Externa



CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO		
<b>NOMBRE DEL MACROPROCESO:</b> GESTIÓN DE TRÁMITES	<b>CODIFICACION:</b> FCM-CR-B1-002	<b>EDICION No. 1</b>
<b>NOMBRE DEL SUBPROCESO:</b> ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS ACADÉMICOS		
<b>RESPONSABLE DEL SUBPROCESO:</b> Secretaria de Registro Estudiantil		<b>FECHA:</b> 04-02-2014
<b>ALCANCE:</b> Empieza con el requerimiento de solicitudes estudiantiles y termina con la entrega a interesado		
RECURSOS		
<b>FISICOS:</b> Computador, escritorio, teléfono, insumos de oficina.	<b>ECONOMICOS:</b> Presupuesto asignado	
<b>TECNOLÓGICOS:</b> Sistema Informático SAW	<b>RRHH:</b> Secretario Abogado y Secretaria de Registro Estudiantil	
PROVEEDORES	PROCESO	CLIENTES
Registros académicos de Carreras	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Recepar las solicitudes y emitir hoja de ruta</li> <li>▶ Ingresar datos en la matriz de registro y control de solicitudes, e imprimir reporte.</li> <li>▶ Remitir solicitudes a Secretaria de Registro Estudiantil.</li> <li>▶ Revisar la información en el sistema informático o registro estudiantil</li> <li>▶ Preparar la información requerida</li> <li>▶ Remitir solicitudes a la Directora de Carrera para la firma respectiva</li> <li>▶ Remitir documentos para la legalización de la Secretaria Abogada</li> <li>▶ Legalizar documentos</li> <li>▶ Recepar y revisar documentos legalizados</li> <li>▶ Ingresar datos en la matriz de control de registro e imprimir reporte</li> <li>▶ Entregar documentación gestionada a los interesados</li> </ul>	Estudiantes Personas que culminaron la malla curricular Público en general
ENTRADAS	OBJETIVO	SALIDAS
Requerimiento del estudiante, persona que culmino la malla curricular Público en general	Gestionar de manera eficiente y eficaz las diversas solicitudes estudiantiles que ingresan a la Facultad de Ciencias Médicas, reduciendo tiempo y costo.	Trámites legalizados
INDICADORES	CONTROLES	REGISTROS/ANEXOS
Tiempo que se emplea para las solicitudes Número de solicitudes realizadas Corrección de errores	Estatuto Universitario Reglamento de Régimen Estudiantil Instructivo de Prodimientos Académicos-Administrativos	Hoja de ruta Expediente estudiantil Registro de control de solicitudes
<b>ELABORADO POR</b> Catalina Quimbita	<b>REVISADO POR</b> Analista de Servicios Administrativos	<b>APROBADO POR</b> Secretario Abogado

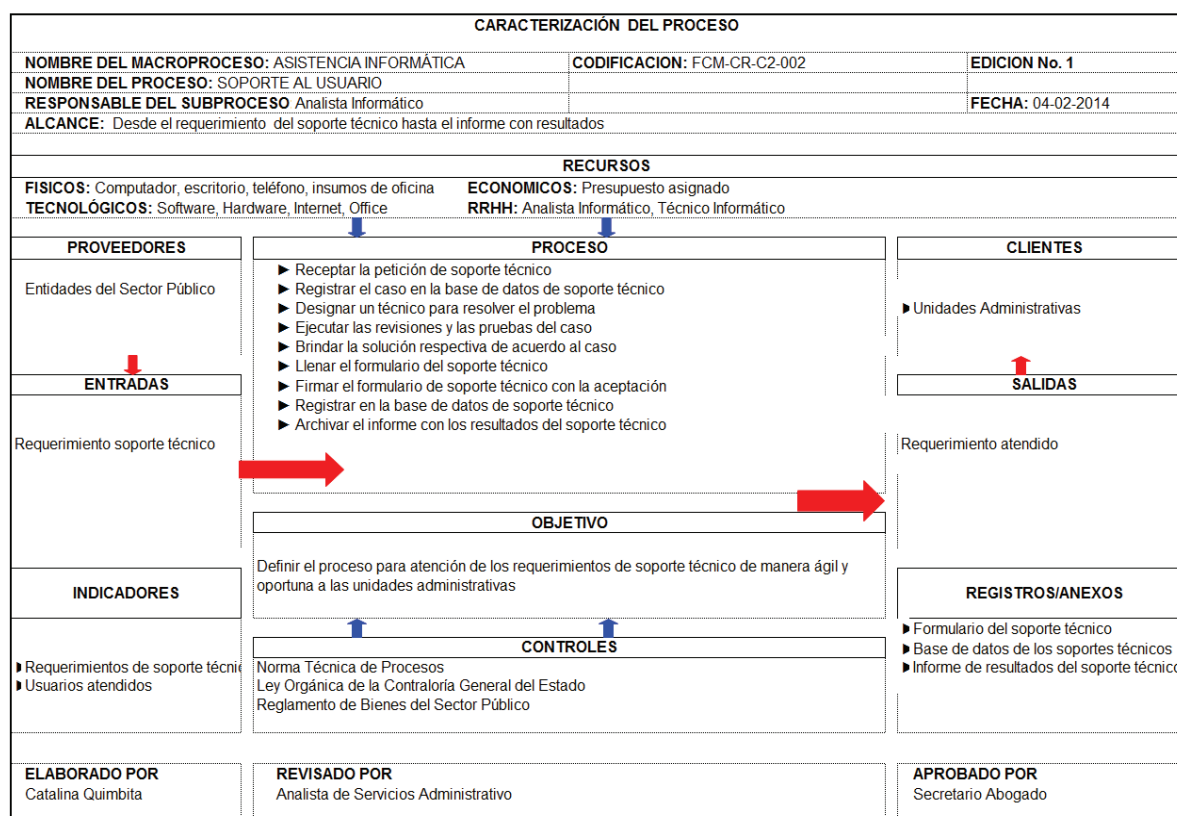
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO		
<b>NOMBRE DEL MACROPROCESO:</b> GESTIÓN DOCUMENTAL INTERNA Y EXTERNA	<b>CODIFICACION:</b> FCM-CR-B2-001	<b>EDICION No. 1</b>
<b>NOMBRE DEL PROCESO:</b> MANEJO DE COMUNICACIONES INTERNAS Y EXTERNAS		
<b>RESPONSABLE DEL SUBPROCESO:</b> ASISTENTE ADMINISTRATIVA		<b>FECHA:</b> 04-02-2014
<b>ALCANCE:</b> Desde el ingreso de la comunicación interna o externa hasta el despacho		
RECURSOS		
<b>FISICOS:</b> Computador, escritorio, teléfono, insumos de oficina	<b>ECONOMICOS:</b> Presupuesto asignado	
<b>TECNOLÓGICOS:</b> Sistema de Gestión Documental QUIPUX	<b>RRHH:</b> Secretario Abogado y Asistente Administrativo	
PROVEEDORES	PROCESO	CLIENTES
Instituciones Públicas y Privadas Sociedad en general	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Recepar, verificar y jerarquizar la documentación</li> <li>▶ Ingresar datos al Sistema de Gestión Documental QUIPUX</li> <li>▶ Escanear documentos</li> <li>▶ Remitir documentos para conocimiento de la autoridad competente</li> <li>▶ Emitir disposiciones (Informes, acciones, etc) a las dependencias de acuerdo al trámite</li> <li>▶ Monitorear el cumplimiento de plazos para el despacho de documentos</li> <li>▶ Preparar oficios, informes, acciones, de acuerdo a la disposición de la autoridad competente</li> <li>▶ Recepar, verificar e ingresar la documentación al Sistema, respuesta Documental</li> <li>▶ Despachar las comunicaciones de respuesta</li> <li>▶ Controlar la distribución de las comunicaciones</li> <li>▶ Archivar el documento, con respaldos</li> </ul>	Docentes, estudiantes, servidores público en general
ENTRADAS	OBJETIVO	SALIDAS
Comunicaciones internas y externas	Mantener en forma segura, ordenada y sistematizada la documentación de la Institución, para brindar seguridad y agilidad en la información sobre el estado de los trámites, su ubicación y determinar tiempos de respuesta oportunos. Requirientes para una adecuada ejecución de actividades.	Respuesta veraz y oportuna de las comunicaciones
INDICADORES	CONTROLES	REGISTROS/ANEXOS
Información entregada de manera oportuna Comunicaciones despachadas Porcentaje de quejas y reclamos Usuarios atendidos	Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Instructivo de Organización Básica y Gestión de Archivos Administrativos Reglamento interno de organización y administración de documentos y archivos	- Manual del Usuario Administración del Sistema de Gestión Documental - Instructivo Consulta Usuario - Reporte de control de comunicaciones
<b>ELABORADO POR</b> Catalina Quimbita	<b>REVISADO POR</b> Analista de Servicios Administrativo	<b>APROBADO POR</b> Secretario Abogado



## PROCESOS ADJETIVOS

- Coordinación de la Contratación de Personal
  - Elaboración de Contratos de Servicios Docentes
- Asesoría Tecnológica
  - Soporte al Usuario

CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO		
NOMBRE DEL MACROPROCESO: COORDINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		EDICIÓN No. 1
NOMBRE DEL PROCESO: ELABORACIÓN DE CONTRATOS DE SERVICIOS DOCENTES		
RESPONSABLE DEL SUBPROCESO: ANALISTA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS		FECHA: 04-02-2014
ALCANCE: Requirimiento del personal docente por parte del Director de Carrera y termina con la legalización del contrato		CÓDIGO: FCM-CR-C1-001
RECURSOS		
FISICOS: Computador, escritorio, teléfono, insumos de oficina.		ECONOMICOS: Recursos financieros proporcionados por el Gobierno.
TECNOLÓGICOS: Sistema de Administración Documentaria		RRHH: Analista de Servicios Administrativos y Responsable de Talento Humano
PROVEEDORES	PROCESO	CLIENTES
Profesionales Nacionales Profesionales Extranjeros	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Enviar pedido de requerimiento docente al Consejo Académico</li> <li>▶ Analizar el requerimiento y documentación del docente</li> <li>▶ Solicitar la partida y disponibilidad presupuestaria para la contratación</li> <li>▶ Emitir partida y disponibilidad presupuestaria</li> <li>▶ Remitir el trámite de pedido de contratación para para conocimiento y aprobación del Consejo Directivo de la Facultad.</li> <li>▶ Analizar y aprobar el trámite de contratación docente</li> <li>▶ Elaborar del contrato de acuerdo a los documentación y requisitos establecidos y enviar al Rector solicitando el trámite de contratación</li> <li>▶ Receptar documentación e ingresar datos al Sistema de Administración Documentaria</li> <li>▶ Remitir documentación a Analista de Talento Humano</li> <li>▶ Analizar la documentación y emitir informe técnico y remitir el informe técnico al Rector para legalización del contrato</li> <li>▶ Actualizar información en el Sistema de Administración Documentación</li> <li>▶ Ingresar información en el Sistema Financiero, para trámite de pago.</li> <li>▶ Realizar posesión del docente</li> <li>▶ Archivar expediente</li> </ul>	Aspirantes a ingresar a la Institución como docentes
ENTRADAS	OBJETIVO	SALIDAS
Requerimiento docente	Establecer las actividades necesarias para realizar la contratación de servicios docente, de manera ágil, veraz y eficiente.	Legalización del contrato
INDICADORES	CONTROLES	REGISTROS/ANEXOS
Tiempo que se emplea para la contratación Número de contratos realizados	Ley Orgánica de Educación Superior Estatuto Universitario Reglamento de Docencia	Ficha personal del docente Ficha de actividad docente Informe técnico Hoja de ruta Acción de personal
ELABORADO POR Catalina Quimbita	REVISADO POR Analista de Servicios Administrativos	APROBADO POR Responsable de Talento Humano

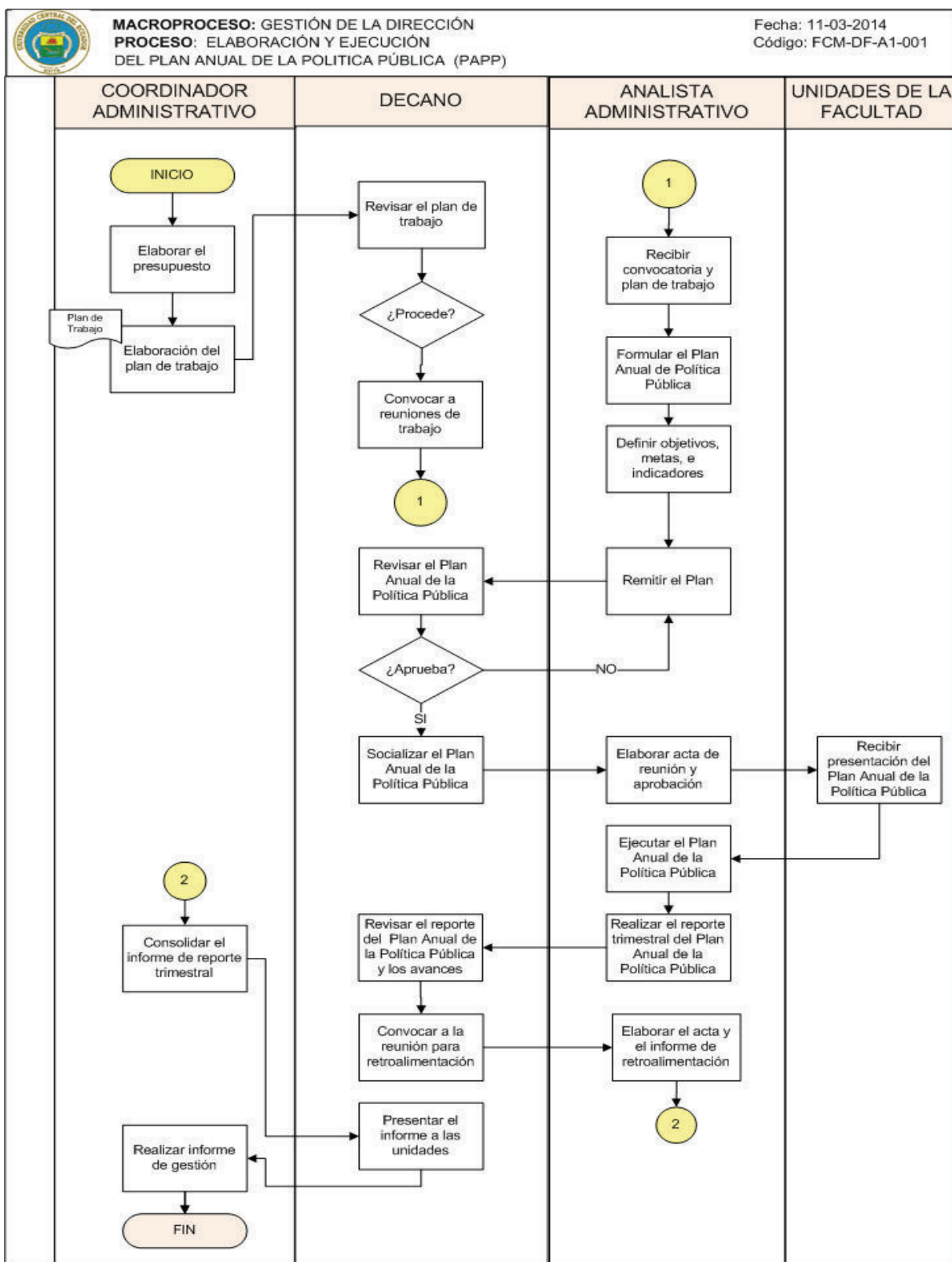


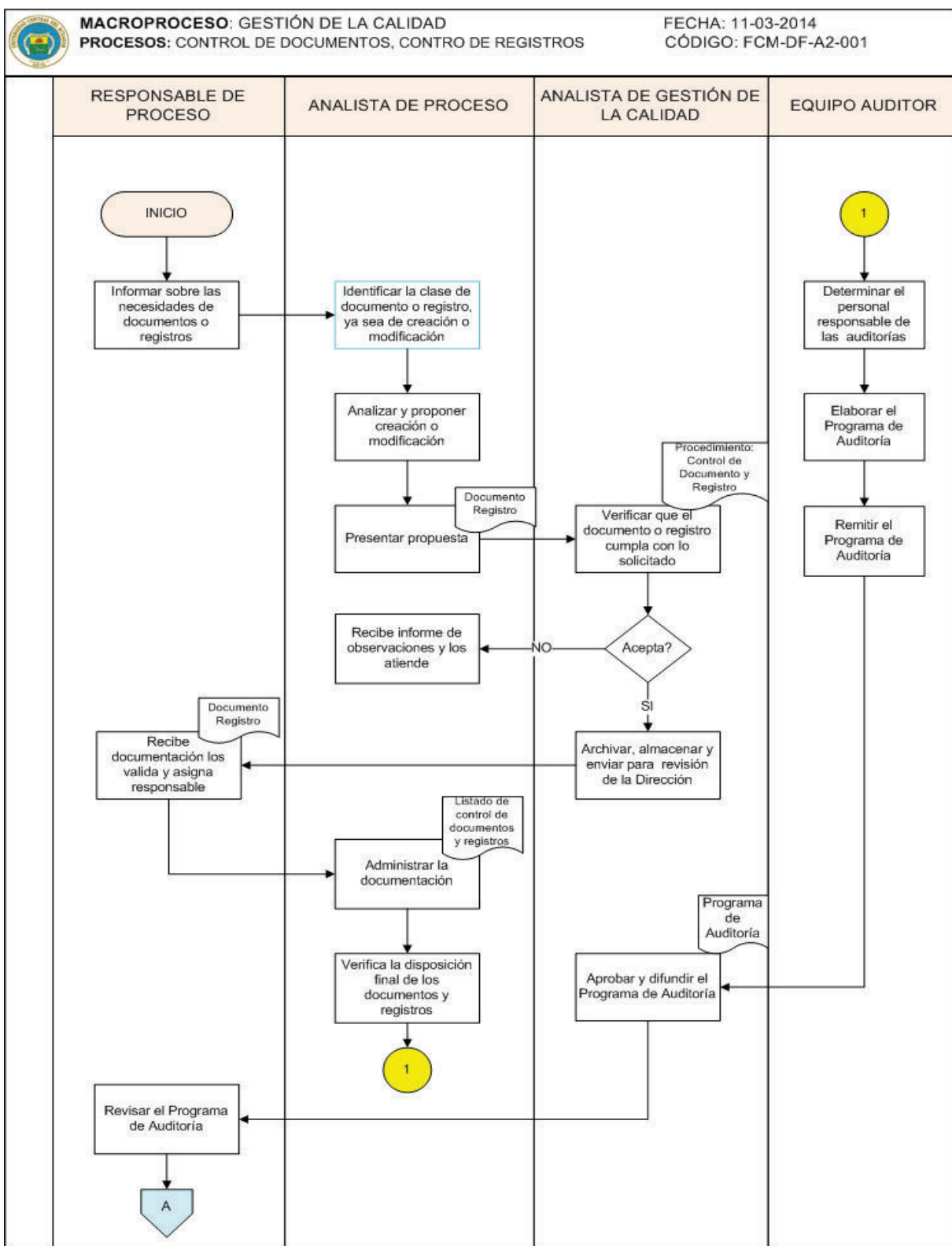
### 3.2.5.2 DIAGRAMAS DE FLUJO DE LOS PROCESOS

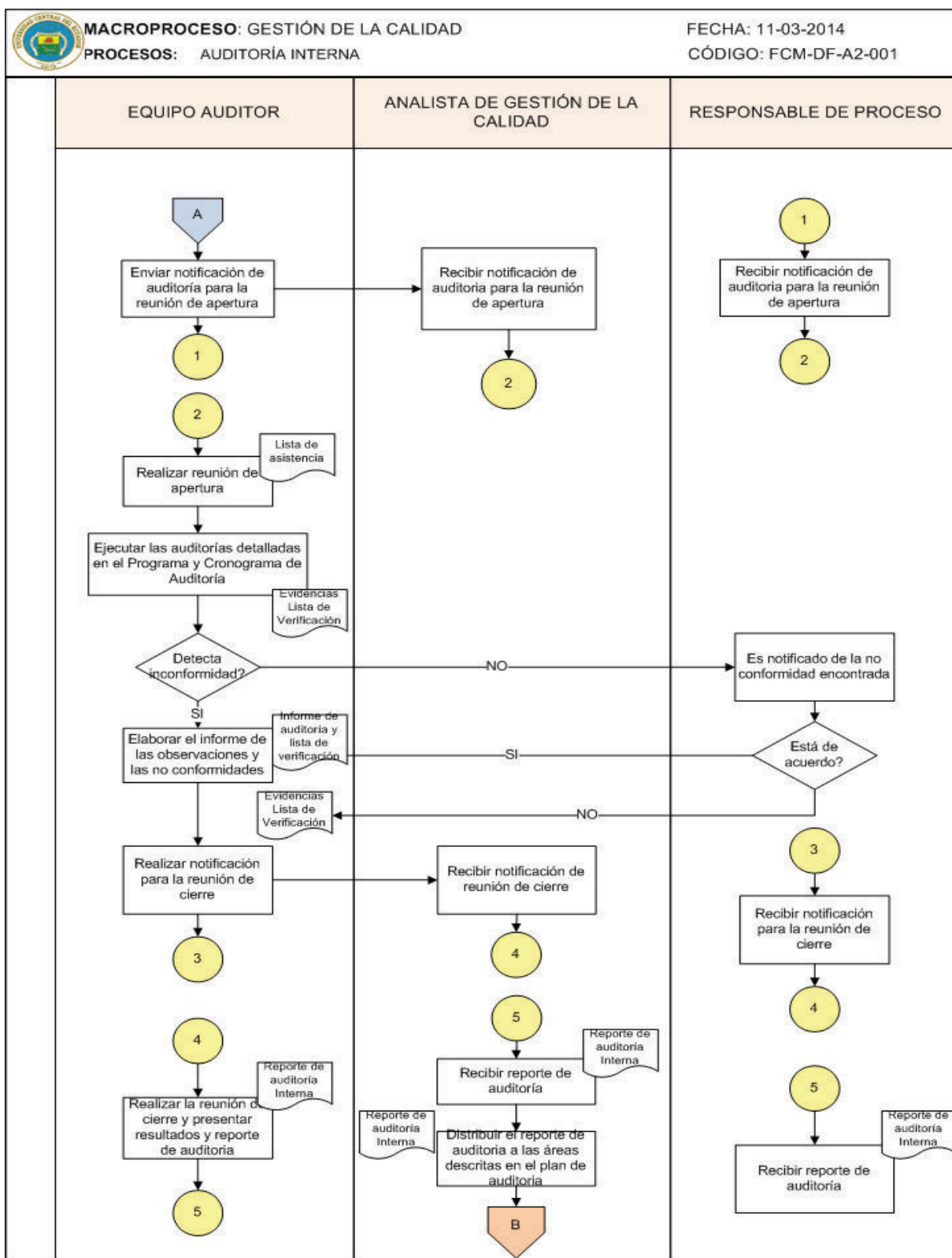
A continuación se presenta las representaciones gráficas de cada uno de los procesos administrativos, mediante los diagramas de flujo, en los que se detallan en forma general las funciones y actividades que se desarrollan.

### PROCESOS ESTRATÉGICOS

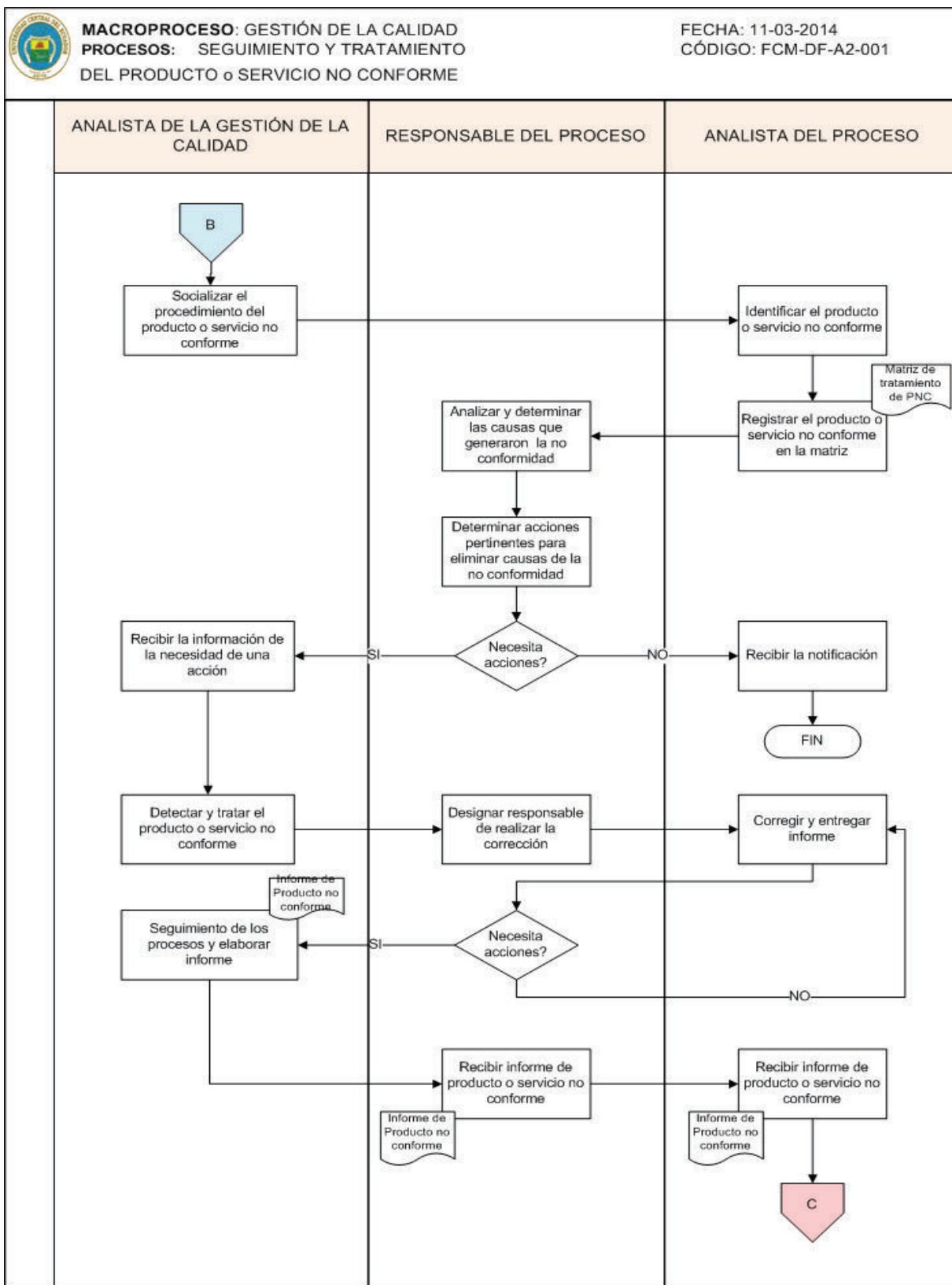
- Gestión de la Dirección
  - Elaboración y Seguimiento del Plan Anual de la Política Pública
  
- Gestión de la Calidad
  - Control de Documentos, Control de Registros, Auditoría Interna, Producto o Servicio no Conforme, Acciones Correctivas y Preventivas

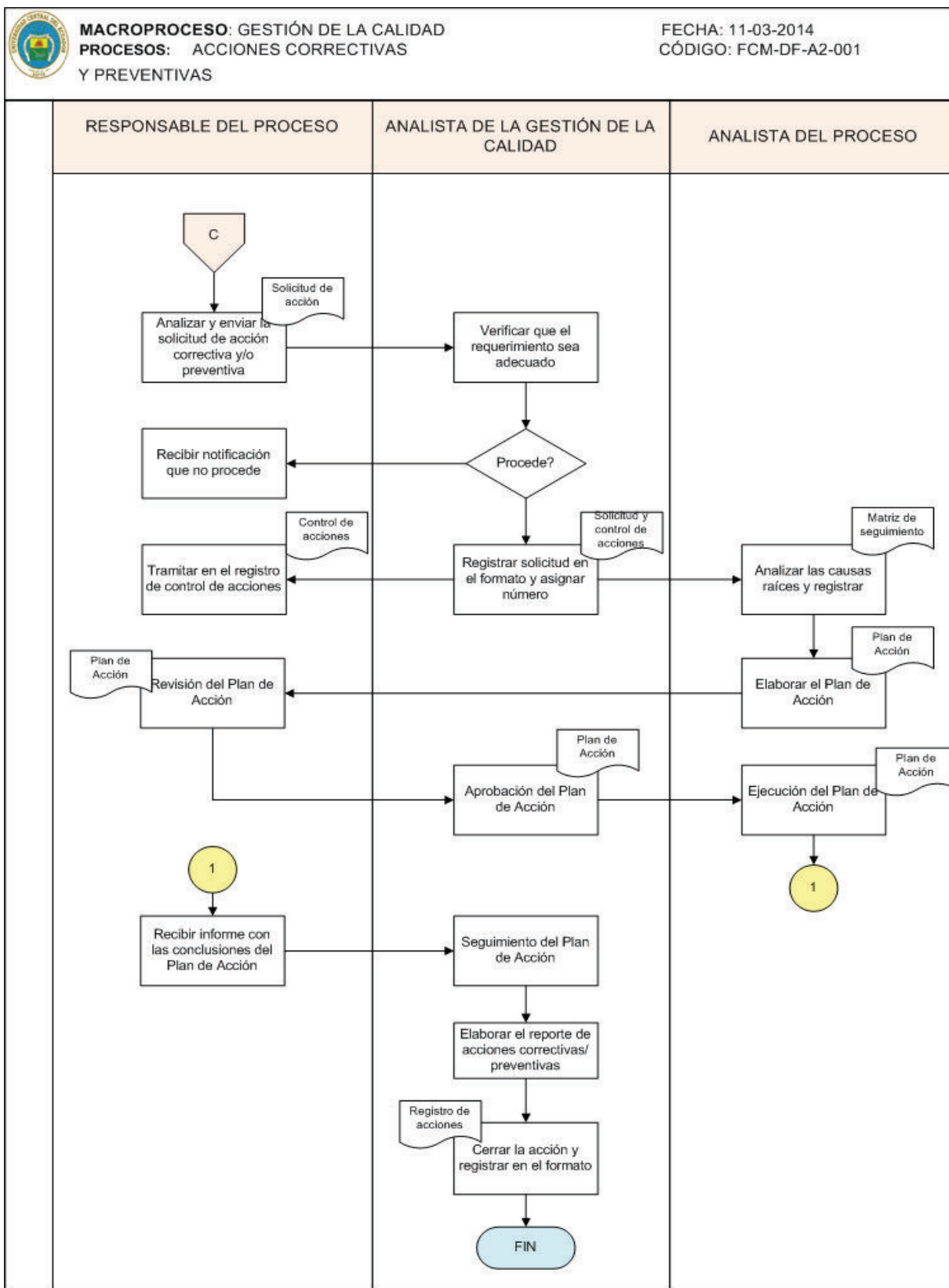






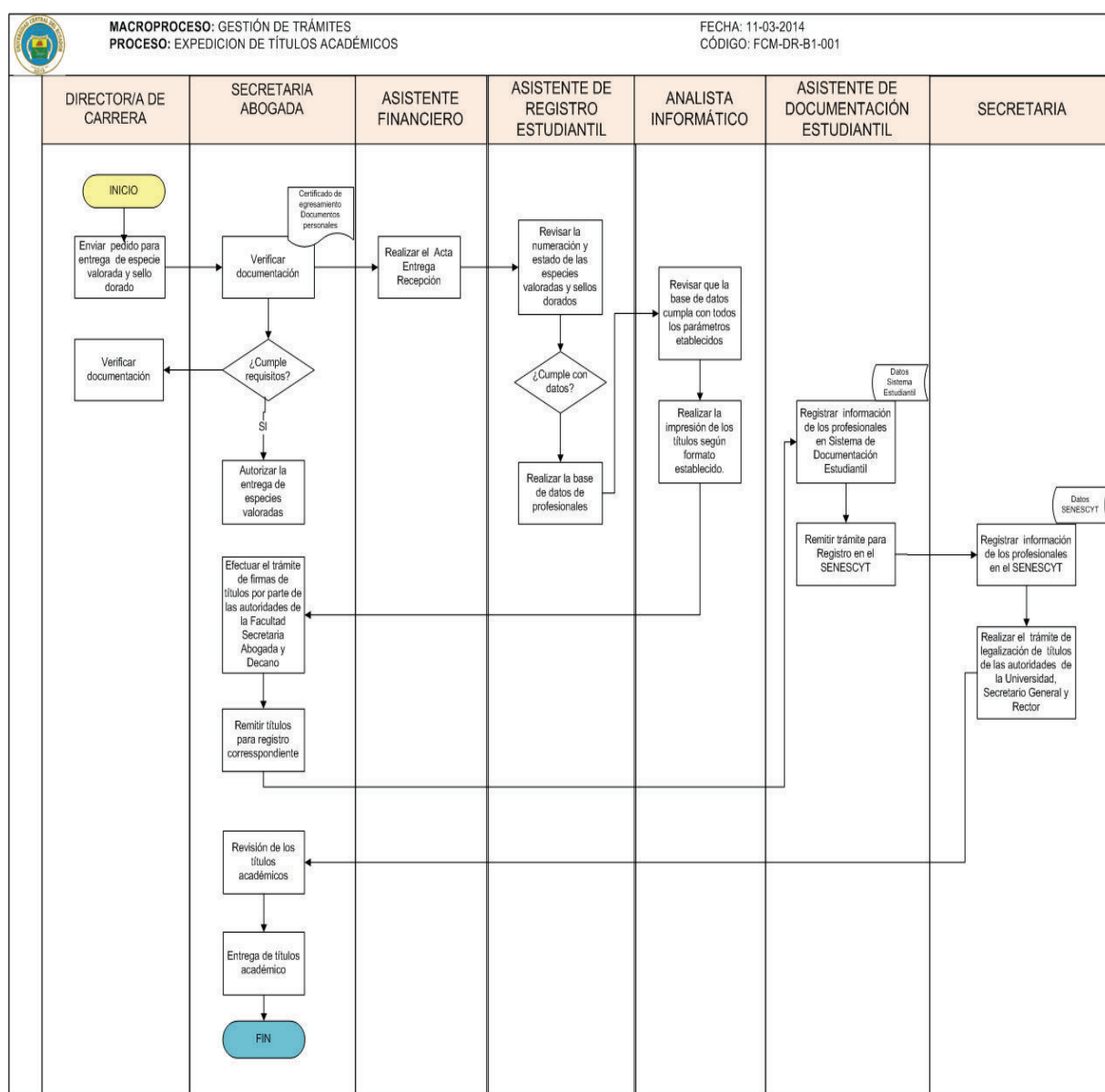


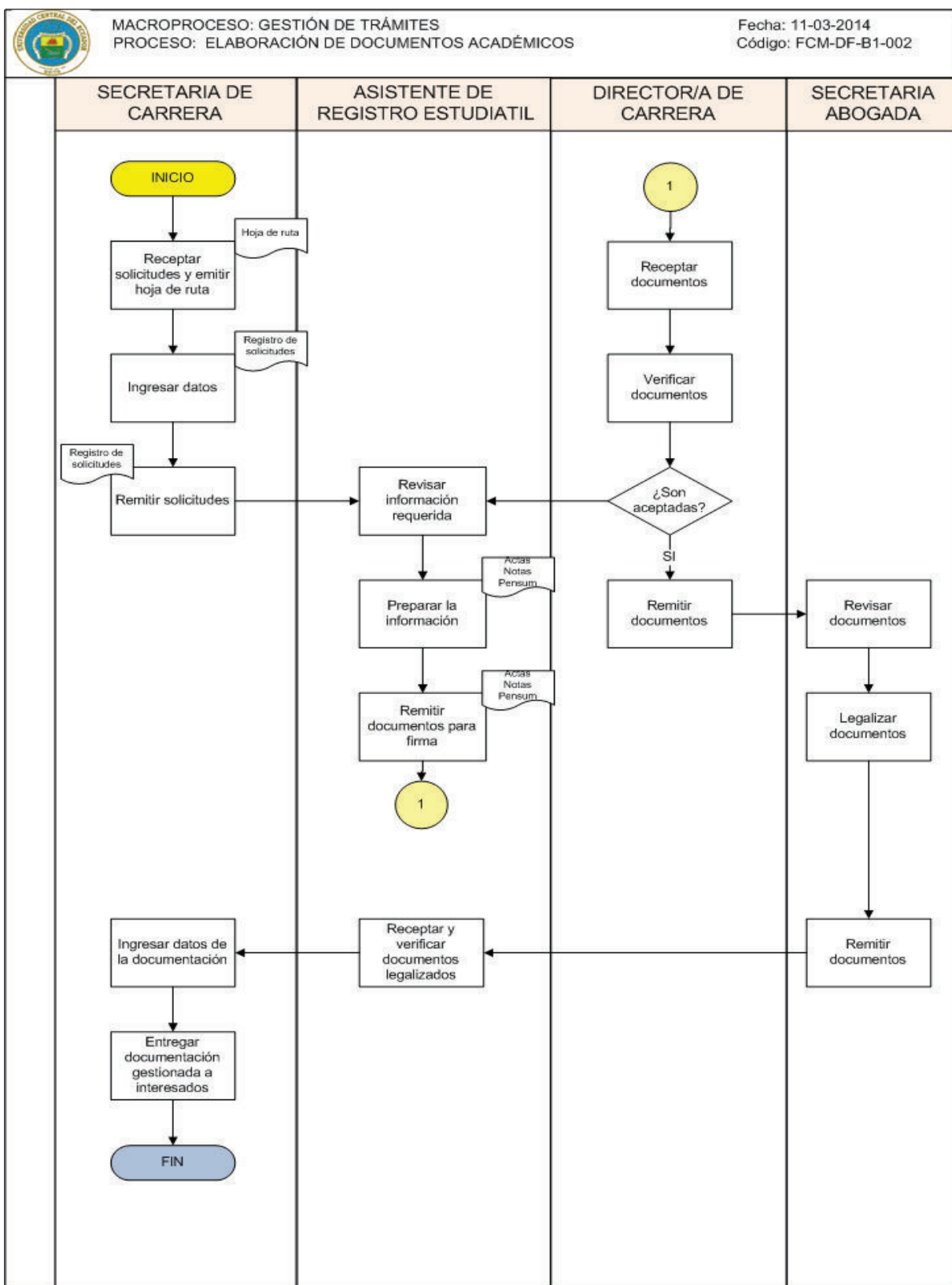


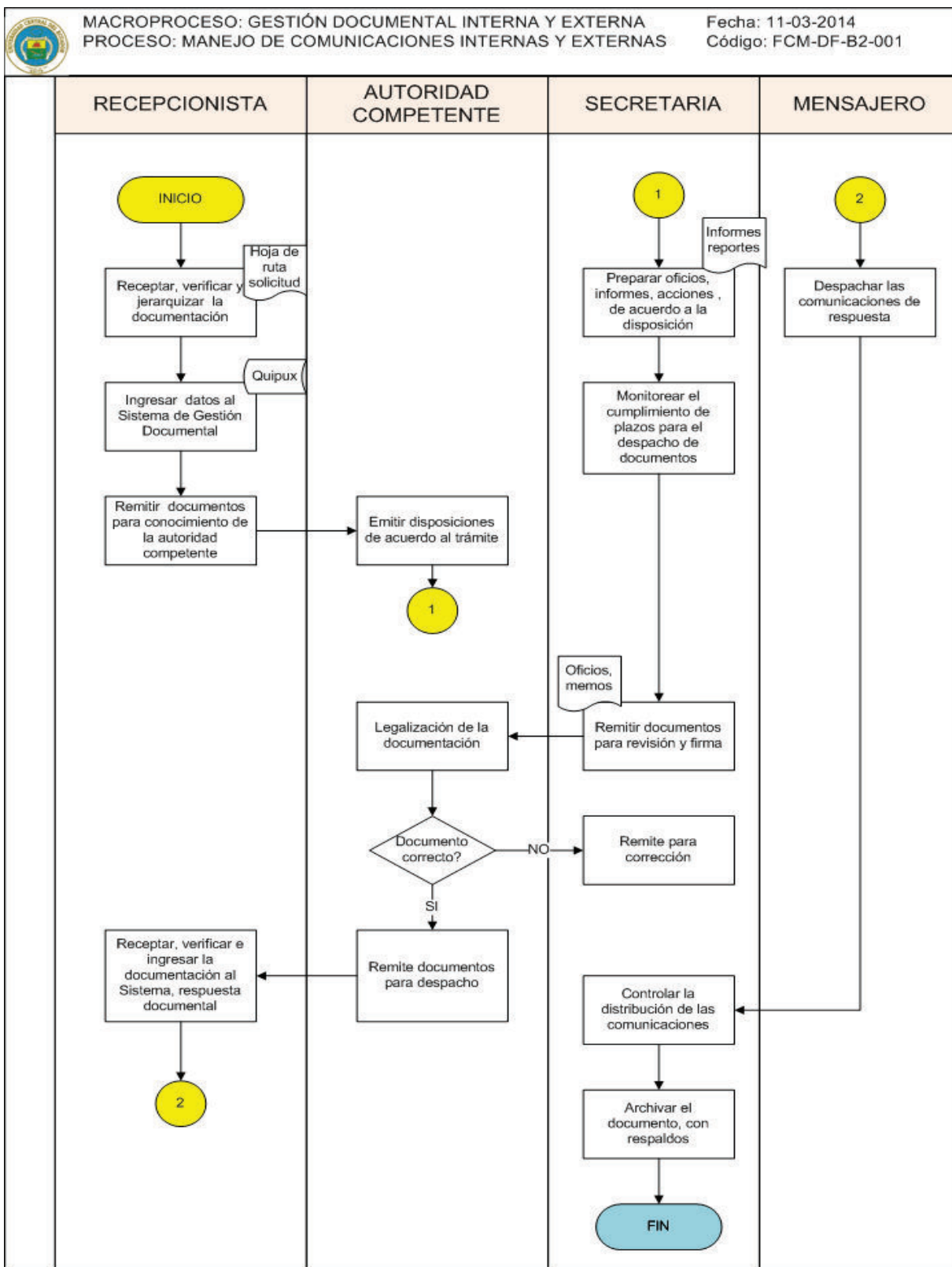


## PROCESOS SUSTANTIVOS

- Gestión de Trámites
  - Expedición de Títulos Académicos
  - Elaboración de Documentos Académicos
  
- Gestión Documental Interna y Externa
  - Manejo de Comunicaciones Internas y Externas

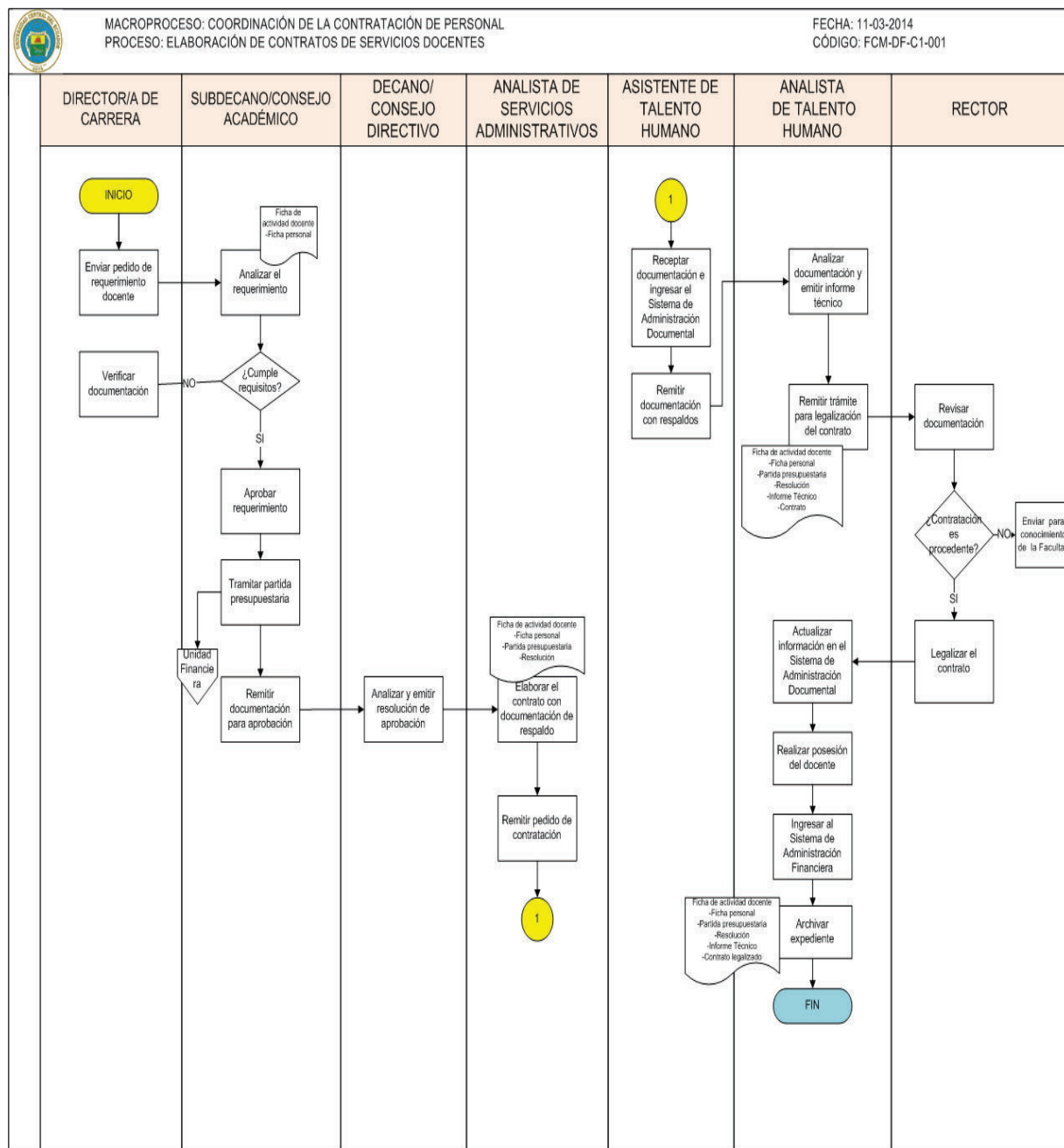


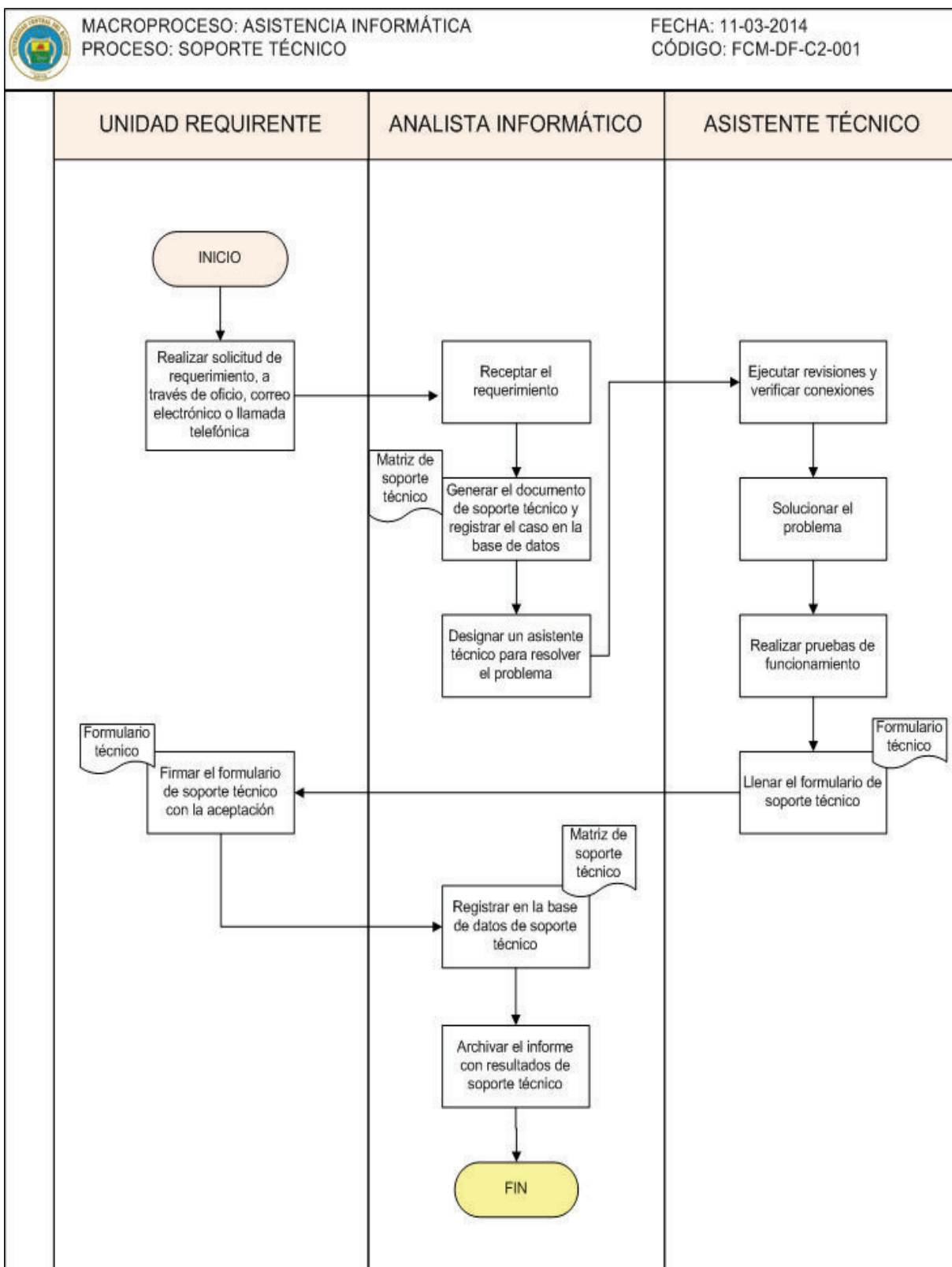




## PROCESOS ADJETIVOS

- Coordinación de la Contratación de Personal
  - Elaboración de Contratos de Servicios Docentes
  
- Asesoría Informática
  - Soporte al Usuario







### **3.3 DISEÑO DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

Dentro del diseño de la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad, se ha considerado, el manual de calidad, manual de procedimientos y los registros requeridos, en concordancia con los requisitos de la Norma ISO 9001:2008, y que funcionen en forma correlativa con los requisitos legales y reglamentarios de los usuarios, las unidades administrativas y de los servidores de la Facultad.

Luego de contar con la aprobación de la autoridad competente, se procederá a distribuir la documentación al personal que interviene en la implementación, durante la entrega se procede a facilitar una explicación de cada documento y su uso.

#### **3.3.1 ELABORACIÓN DEL MANUAL DE LA CALIDAD**

En la elaboración del Manual de la Calidad, Anexo D, intervinieron autoridades y los responsables de las diferentes unidades administrativas de la Facultad, en el que se detalla con claridad lo que se va realizar para alcanzar la calidad en la gestión administrativa, en función de lo que establece del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2008.

#### **Política y Objetivos de la Calidad**

Se determinó una política de calidad, acorde con el propósito institucional, orientada a mejoramiento continuo de sus procesos administrativos, cumpliendo los requisitos del usuario, contemplando el compromiso de las autoridades a todo nivel.

Los objetivos de calidad planteados son medibles, alcanzables y fueron desarrollados, en función de la política de calidad, que permitirán guiar el



funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad. La política y objetivos de la calidad se establecen en el Manual de Calidad, **Anexo D**.

### **3.3.2 ELABORACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

La Facultad ha identificado los procedimientos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad planteado, presentados en el Manual de Procedimientos, **Anexo E**.

El Manual de Procedimientos contiene:

- a. Procedimiento para Elaboración de documentos
- b. Procedimiento para Control de documentos
- c. Procedimiento Control de registros
- d. Procedimiento para Acciones correctivas y preventivas
- e. Procedimiento para Auditorías internas
- f. Procedimiento para Control de Producto no conforme
- g. Procedimiento para Revisión por la Dirección
- h. Procedimiento para Atender quejas e inquietudes de usuarios
- i. Procedimiento para Adquisición de bienes y servicios
- j. Procedimiento para Administración de Talento Humano
- k. Procedimiento para la Administración y Uso de Recursos Informáticos

#### **3.3.2.1 Procedimiento Control de Documentos**

Se ha diseñado el Procedimiento de **Control de Documentos (código PR-001)** con la finalidad de mantener un control de la documentación generada en el Sistema de Gestión de la Calidad, considerando su revisión, actualización, aprobación, y ubicación en lugares estratégicos para su adecuado uso.

### 3.3.2.2 Procedimiento Control de Registros

El Procedimiento de **Control de Registro (código PR-002)** permite evidenciar una adecuada administración de los requisitos establecidos y la eficacia de la aplicación del Sistema de Gestión de la Calidad, considerando la identificación, almacenamiento, tiempo de validez y destino que se le da.

Los jefes departamentales serán los responsables de la integridad y seguridad de los registros generados por el personal a su cargo, deberán conservarlos legibles, en lugares accesibles para el uso de los servidores, y fáciles de recuperar, de esta manera se evita que puedan ser sustraídos, dañados, perdidos o deteriorados.

### 3.3.2.3 Responsabilidad de la Dirección (numeral 5)

La Dirección ha iniciado un proceso de cambio institucional, con liderazgo y participación, apoyando a la gestión administrativa, motivando a los servidores, estableciendo la política y asegurando que se establezcan los objetivos de calidad, la disponibilidad de recursos para el desarrollo y ejecución del Sistema de Gestión de la Calidad y su mejora continua, beneficiando de esta manera al usuario del servicio y a la comunidad universitaria, se ha determinado **Procedimiento para Revisión por la Dirección (Cód. RD-PR-01)**.

### 3.3.2.4 Gestión de Recursos (numeral 6)

La Dirección ha destinado recursos suficientes en base al presupuesto de autogestión de la Facultad, para cubrir las necesidades en cuanto a la provisión de personal, instalaciones, equipos material e insumos, además, ha generado un ambiente adecuado de trabajo, que permita cumplir con las acciones propuestas dentro del Sistema de Gestión de la Calidad.

Dentro de la gestión de recursos se han determinado los procedimientos **Adquisición de bienes y servicios (Cód. ADQ-PR-01)** y **Administración de Talento Humano (Cód. TH.PR-01)** y **Administración y Uso de Recursos Informáticos (Cód. RI-PR-01)**.

#### **3.3.2.5 Realización del Producto (numeral 7)**

En este contexto se encuentran los lineamientos para la planificación de la prestación del servicio, considerando la programación y desarrollo de procesos necesarios con la documentación respectiva, la verificación, monitorización e inspección de las actividades desarrolladas, tema relacionado con la adquisición y el control que permita medir y alcanzar las especificaciones del servicio ofrecido.

Se han validado los procesos que se proponen en el mapa de procesos, que se encuentran establecidos por la norma, mediante la caracterización de los procesos, diagramas de flujo, descritos en los numerales 3.2.3 y 3.2.4

#### **3.3.2.6 Medición, Análisis y Mejora (numeral 8)**

Se ha determinado los lineamientos para medir la satisfacción del usuario del servicio mediante el **Procedimiento Atender quejas e inquietudes (Cód. PR-07)**; las auditorías de la calidad con la finalidad de asegurar que el Sistema de Gestión de la Calidad, cumpla con los requerimientos de los grupos de interés, para este efecto se elaboró el **Procedimiento para Auditoría Interna (Cód. GC-PR-04)**.

**Procedimiento Productos No Conforme (Cód. PR-05)**, identificará el producto que no sea conforme con los requisitos del usuario, con el fin de tomar acciones necesarias para prevenir su uso o entrega inadecuada.

**Procedimiento Acciones Correctivas y Preventivas (Cód. GC-PR-06)**, definirá las actividades que permitan eliminar las causas que originan las no conformidades y tomar acciones correctivas y preventivas necesarias para aumentar la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad.

### **3.3.3 ELABORACIÓN DE FORMATOS Y REGISTROS**

Para cada procedimiento se determina los formatos necesarios para registrar las acciones desarrolladas y tener evidencias del Sistema de Gestión de la Calidad. Los formatos llenos constituyen los registros del referido sistema.

Los formatos establecidos para cada procedimiento son los que exige la Norma ISO 9001:2008 más los necesarios para registrar y respaldar los trabajos realizados en la Facultad de Ciencias Médicas, los mismos que se encuentran adjuntos en cada procedimiento del Manual de Procedimientos, **Anexo E**.

## **3.4 SISTEMA DEL CONTROL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS**

De las reuniones de trabajo mantenidas en la etapa de la identificación de los procesos administrativos, se obtuvo información respecto a los inconvenientes que se detallan a continuación, generados en el manejo actual de los procesos que se desarrollan en la Facultad, condiciones que no han permitido el íntegro cumplimiento de la gestión administrativa.

- Manejo administrativo tradicional, centralizado y burocrático, condiciones que no han permitido dinamizar los procesos de las unidades administrativas en concordancia con los sistemas de calidad que permitan garantizar una gestión eficiente.

- No se cuenta con sistemas que permitan mejorar la calidad del servicio que ofrece a través del área administrativa
- Se requiere contar con una planta docente que se ajuste a los requerimientos semestrales en función del número de los estudiantes, se genera el trámite de elaboración de los contratos por servicios docentes, dentro del mismo se ha presentado trabas burocráticas y atrasos en la entrega.
- Se generan cotidianamente quejas no solamente por parte de estudiantes, sino de los usuarios que requieren documentación de su expediente académico, como: actas de grado, registro de materias, registro de matrículas, pensum de estudios, entre otros.
- Existen problemas en el desarrollo de las actividades relacionadas con la entrega de títulos académicos, provocando que los profesionales no pueden realizar trámites que impliquen la presentación del título inscrito en la SENESCYT.
- Por la alta carga de documentación y la falta de control en el manejo documental, se ha generado extravió de documentos, excesiva burocracia en los trámites, impidiendo que fluya dinámicamente la información, lo que no ha permitido brindar respuesta oportuna a los requerimientos de los usuarios.

Por lo antes señalado, es preciso que en la Facultad se establezcan mecanismos que permitan evaluar el desempeño de la gestión del área administrativa. Para el ámbito de la administración pública, evaluar el desempeño, significa que se debe evaluar la calidad, oportunidad, responsabilidad de los proyectos y programas públicos. Por otra parte, es necesario evaluar el cumplimiento de las metas planteadas en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

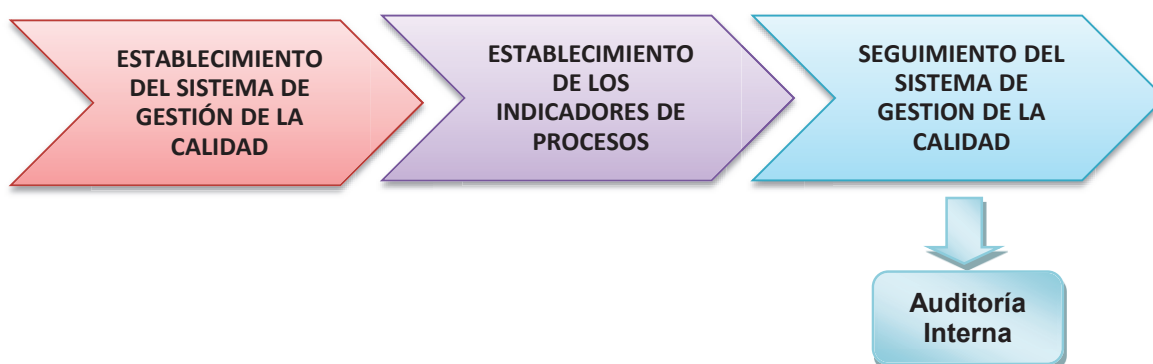
Por las consideraciones expuestas, mediante reuniones de trabajo con el representante de la dirección y los responsables de los procesos, se definió en

consenso los indicadores que permitirán obtener resultados respecto a la capacidad y eficacia de los procesos administrativos una vez implementado el Sistema de Gestión de la Calidad, cuyos resultados permitirán tomar las acciones correctivas si no se cumplieran, de esta manera mejorar la calidad del servicio administrativo que ofrece la Facultad.

Estos indicadores se aplicarán en el capítulo 4, en el análisis de resultados del sistema de Control de Procesos Administrativos. La Matriz de Levantamiento de Indicadores, se presenta en el **Anexo G**.

### 3.5 PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Con la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, se proyecta motivar al área administrativa, a considerar algunos cambios evolutivos hacia una filosofía de gestión basada en la Norma ISO 9001: 2008. Para la ejecución del plan se desarrollan las siguientes etapas, presentada en la Figura 20:



**Figura 20** – Pasos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad  
Catalina Quimbita

## CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO

Los miembros del equipo de trabajo fueron designados por el Decano de la Facultad, tomando en consideración la trayectoria institucional, perfil profesional, quienes gozan de la confianza y respaldo para el desarrollo del proyecto.

El equipo de trabajo está conformado por:

- **Representante de la Dirección:** Será responsable de proporcionar los recursos necesarios para el SGC se ejecute de una manera eficaz, llevar a cabo reuniones de revisión por la Dirección.
- **Coordinador Administrativo:** Será responsable de realizar el seguimiento y mejora de la gestión de la calidad y de los procesos administrativos, mediante las acciones correctivas y preventivas; así como brindar capacitaciones e inducciones.
- **Responsables de los procesos:** Ejecutar y coordinar las actividades inherentes a sus procesos durante la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, con el Coordinador Administrativo.

### 3.5.1 ESTABLECIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

El apoyo y la responsabilidad de las autoridades de la Facultad para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad es de vital importancia al igual que la colaboración y compromiso del personal del área administrativa, esto hace necesario, realizar una reunión informativa con la participación del equipo de trabajo conformado por el Decano, Representante de la Dirección, Coordinador Administrativo y responsables de los procesos administrativos, a fin de que conozcan de los pasos que se van a realizar, así como de los resultados esperados.

Para el establecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad se ha desarrollado la siguiente documentación que forma parte fundamental para la etapa de implementación:

- ✓ Se ha realizado el diagnóstico que muestra el escenario actual en el cual se encuentra el área administrativa antes de la implementación para el desarrollo de estrategias en la resolución de deficiencias y para el cumplimiento de todos los requerimientos de la norma ISO 9001: 2008.
- ✓ Se han identificado los principales procesos y su interacción a través del Mapa de Procesos y Cadena de Valor del área administrativa, además de la descripción de procesos administrativos mediante la caracterización y el diagrama de flujo, presentados en el numeral 3.2.
- ✓ Se ha establecido la política de calidad y los objetivos que se desprenden de dicha política declarados en el diseño del manual de calidad, además se ha creado del manual de procedimientos y los registros, acorde con los requisitos de la norma ISO 9001:2008, que funcionen en concordancia con los requisitos legales institucionales, a fin de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios del servicio, documentación presentada en el numeral 3.3.

Con el personal al tanto de la implementación, se procede a organizar y distribuir la documentación a los responsables de los procesos administrativos y a las personas que intervienen en la etapa de implementación conjuntamente se llevó a cabo capacitaciones del uso de la documentación y temas de calidad. Es importante recalcar que debe existir retroalimentación durante la de implementación, a fin de que se contribuya a obtener mejores resultados.



### 3.5.2 ESTABLECIMIENTOS DE LOS INDICADORES

Para el desarrollo de este numeral se realizaron reuniones de trabajo con la participación de los jefes de las unidades administrativas y responsables de procesos, con la finalidad de establecer mecanismos que permitan evaluar el desempeño de los procesos, estas mediciones se realizaron mediante la aplicación de los indicadores de gestión más relevantes que contribuyen además a obtener información de los resultados obtenidos luego de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad. Los indicadores de gestión se presentan en el **Anexo G**.

### 3.5.3 SEGUIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

En esta etapa se establecen los mecanismos de seguimiento, medición y análisis necesarios para asegurarse de la eficiencia y eficacia de los procesos administrativos y evaluar el grado de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, actividades que estarán a cargo del equipo de trabajo designado por el Decano.

Para ello, se identificó las fuentes de información, fórmulas de cálculo y frecuencia de indicadores definidos para los procesos administrativos, con esta información se obtuvieron resultados de los diferentes procesos para proponer ajustes y mejoras que supongan un incremento en su eficiencia y eficacia. Los valores de los indicadores se registran en la **Tabla 13**.

El mantenimiento y mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad, se realiza a través del control de acciones correctivas, preventivas, gestionando su ejecución. Esto se logrará a través de la continua revisión y supervisión de los procesos para la mejora continua **Anexo K**, así como la preparación, coordinación y realización de la auditoría interna de la que se presenta una amplia explicación a continuación.

### 3.5.4 AUDITORÍA INTERNA

Para iniciar la auditoría interna se aplicó el procedimiento **Auditorías Internas (Cód. PR-007)**, tomando en cuenta los siguientes puntos:

- Inicio de la auditoría: conformación de equipo auditor y designación del líder del equipo, objetivo y alcance de la auditoría.
- Preparación de las actividades: desarrollo del plan de auditoría, asignación de funciones a los auditores y la elaboración de los documentos a ser utilizados en el proceso.
- Preparación, revisión y distribución del informe
- Conclusión de la auditoría, el informe deberá ser entregado a la Dirección.
- Seguimiento de auditoría: tomar acciones para levantar las no conformidades.

#### 3.5.4.1 CONFORMACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR

El representante de la Dirección, formó el equipo auditor, con dos servidores de la Unidad de Auditoría de Universidad, y la Analista de Servicios Administrativos de la Facultad.

Las personas designadas recibieron capacitación en temas enfocados a los fundamentos y terminología aplicable de la Norma ISO 19011, esta Norma proporciona las directrices para las Auditorías de los Sistemas de Gestión de la Calidad.

Los auditores tendrán la capacidad de proporcionar una mejor retroalimentación del proceso de auditoría, sobre el desempeño total del Sistema de Gestión de la Calidad, proporcionando la oportunidad de mejora.

Conformado el equipo auditor y una vez que han sido capacitados, se designó como Auditor Líder al Analista de Servicios Administrativos, quien será el encargado de direccionar al equipo en el proceso de auditoría.

#### **3.5.4.2 DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE AUDITORÍA**

Para iniciar la auditoría interna el Auditor Líder, presenta al representante de la Dirección el Plan de Auditoría, a fin de evaluar el cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008, planificado para el mes de noviembre del 2014.

En el Plan de Auditoría Interna, consta el objetivo de la auditoría interna, el alcance y los criterios utilizados, el listado del equipo auditor y auditor líder, así como las fechas y horas de la auditoría. **Anexo H.**

Adicionalmente, los auditores elaboraron la lista de verificación del proceso a ser evaluado, para este efecto formularon preguntas relacionadas al desarrollo y ejecución del Sistema de Gestión de la Calidad, la misma que fue remitida al Representante de la Dirección, para su revisión y aprobación, el formato de la Lista de Verificación, **Anexo I.**

La lista de verificación constituyó una guía para que los auditores ejecuten las evaluaciones al proceso de la mejor manera.

Una vez definidos la programación y los instrumentos necesarios, se procedió a socializar a los involucrados en el proceso de auditoría, mediante un oficio circular, **ANEXO K.**

#### **3.5.4.3 REUNIÓN DE APERTURA**

La reunión de apertura inició con la presentación del equipo auditor y su líder, se señaló la función que cada uno de los auditores realizará en relación con el plan de auditoría, y además se presentó a los responsables de los procesos.

El auditor líder aclaró cualquier duda sobre la programación de la auditoría, se verificó los instrumentos y el procedimiento con los que se llevaron a cabo la auditoría.

Además se revisó el calendario, los horarios y los medios necesarios para que no exista ningún problema de tipo logístico de última hora que pueda repercutir en el normal desarrollo de la auditoría.

#### **3.5.4.4 EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA INTERNA**

La primera auditoría se efectuó el 6 noviembre del 2014, de acuerdo al plan de auditoría, en la que participó el equipo auditor, quienes fueron los responsables hasta la culminación de la misma.

En la auditoría interna, se examinaron y evaluaron evidencias objetivas fundamentadas en documentos, registros, observaciones verificables, que demuestren lo que se está ejecutando en el Sistema de Gestión de la Calidad.

Para obtener las evidencias objetivas se mantuvo entrevistas que se dieron en un ambiente adecuado y cordial entre los auditores y auditados, de esta manera se logró obtener la información requerida.

El auditor presentó las observaciones generadas en la auditoría interna documentadamente en forma clara y precisa, además proporcionaron el medio para corregir las no conformidades detectadas, mediante el Informe de Auditoría, **Anexo J**.

## 4 ANÁLISIS DE RESULTADOS

### 4.1 RESULTADOS DE LA AUDITORIA INTERNA

Al concluir la auditoría interna, al Proceso Elaboración de Documentos Académicos, los resultados obtenidos se evidencian en la lista de verificación, **Anexo I**, y en el Informe de Auditoría, **Anexo J**, donde se presentan las no conformidades y observaciones para el proceso auditado.

A continuación se muestra un resumen las novedades obtenidas en la auditoría interna.

#### REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN (4.2)

- .No existe un control de todos los documentos del Sistema de Gestión de Calidad para asegurar la disponibilidad de la información para aquellas personas que lo requieran. Demostrar que el procedimiento de control de documentos permita asegurar que todos los documentos sean de fácil legibilidad, acceso e identificación.
- No se evidencia que los registros sean identificados, almacenados, protegidos y puestos a disposición del personal involucrado. Para que el procedimiento de control de registros sea eficaz, es importante mantener una lista de distribución de copias, resultados de las revisiones y la información que respalda cada documento

- Considerando el desconocimiento de la documentación y de los registros; además de su utilización, es recomendable reforzar la capacitación en cuanto a procesos y documentación del Sistema de Gestión de la Calidad.

### **COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN (5.1)**

- No se evidencia el establecimiento y seguimiento apropiado de los objetivos y metas de calidad, así como el monitoreo del progreso de los mismos dirigidos a lograrlos. Se recomienda socializar de manera adecuada los objetivos de la calidad e informar periódicamente sobre la gestión realizada por la Dirección en función del cumplimiento de los mismos.

### **ENFOQUE AL CLIENTE (5.2)**

- No se ha ejecutado de manera eficiente el procedimiento de atención de quejas y inquietudes, en virtud de que no se evidencia el seguimiento y solución de los trámites administrativos. Es necesario identificar y evaluar sus requerimientos, a fin de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios del servicio.

### **ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS (8.5.2 y 8.5.3)**


- Se ha documentado el procedimiento de acciones correctivas y preventivas, pero no se han determinado fuentes de información para identificar los reclamos de usuarios, resultados de la medición de la satisfacción del usuario. Se requiere establecer mecanismos de control y seguimiento de trámites, e incluir acciones preventivas que permitan analizar por qué se originaron las causas y finalmente hacer de la mejora continua un hecho y un hábito dentro de la cultura institucional.

## **4.2 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

Para tener una evaluación completa de la documentación desarrollada y los requerimientos de la norma ISO 9001:2008 cumplidos luego de la implementación del SGC, con la autorización del Decano se procede a evaluar mediante el formato usado para el diagnóstico inicial, con el objeto de obtener los resultados de la implementación.

A continuación se presenta la Tabla 9, en la cual consta la información recopilada respecto al cumplimiento final de los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2008, por parte del área administrativa.

**Tabla 9 - Matriz de cumplimiento final de requisitos de la Norma ISO 9001: 2008**

 <b>MATRIZ DE CUMPLIMIENTO FINAL DE REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008</b> <b>AREA ADMINISTRATIVA - FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>					
FECHA: 12 de febrero del 2015					
REQUISITO	C	CP	I	REGISTRO	OBSERVACIÓN
<b>4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>					
<b>4.1 Requisitos generales</b>					
Se han identificado los procesos necesarios para el sistema de gestión de calidad?	x			Diseño de Mapa de Procesos	
Se ha determinado su secuencia e interacción?	x			Diseño de Mapa de Procesos	
Se han determinado los criterios y métodos para asegurarse que tanto la operación como control son eficaces?		x			
Se ha asegurado la disponibilidad de recursos e información para apoyar la operación y seguimiento de los procesos?	x			Presupuesto autofinanciado	
Se realiza el seguimiento, medición y análisis de los procesos?	x			Evaluación mediante Indicadores de gestión	
Se han implementado las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de los procesos?	x				
<b>4.2 Requisitos de la documentación</b>					
<b>4.2.1 Generalidades</b>					
La documentación del sistema de calidad contiene una declaración documentada de la política y objetivos de calidad?	x			Documentación establecida en la norma	
Existe un manual de calidad?	x				
Se han realizado los procedimientos documentados requeridos por la norma ISO 9001:2008.?	x				
Los documentos, incluidos los registros que la organización determina que son necesarios para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos?	x				
<b>4.2.2 Manual de calidad</b>					
Se ha definido el alcance, detalles y justificación de las exclusiones del sistema en el manual de calidad?	x				
Se incluyen o referencian los procedimientos documentados necesarios para el sistema de gestión de calidad?	x				
Se describe la interacción entre los procesos del sistema de gestión de calidad?	x				
<b>4.2.3 Control de documentos</b>					
Se ha establecido un procedimiento para control de documentos donde se defina:					
a) aprobación de documentos antes de su emisión		x			
b) revisión y actualización cuando requieran ser aprobados nuevamente?		x			
c) identificación de cambios y estado de revisión de documentos		x			
d) que las versiones pertinentes de los documentos se encuentren disponibles en los puntos de uso		x			
e) la forma de asegurar que los documentos permanezcan legibles y fácilmente identificables		x			
f) asegurarse de que los documentos de origen externo, que la organización determina que son necesarios para la planificación y la operación del sistema de gestión de la calidad, se identifican y que se controla su distribución, y		x			
e) la forma de prevenir el uso no intencionado e identificar documentos obsoletos		x			
<b>4.2.4 Control de los registros</b>					
Se ha establecido un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros?	x				
<b>5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN</b>					
<b>5.1 Compromiso de la dirección</b>					
Existe evidencia del compromiso de la alta dirección con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, así como la mejora continua de su eficacia?	x				
<b>5.2 Enfoque al cliente</b>					
La alta dirección se asegura que los requisitos del cliente se determinan y cumplen para aumentar la satisfacción del cliente?	x			Evaluaciones de desempeño	



REQUISITO	C	CP	I	REGISTRO	OBSERVACIÓN
<b>5.3 Política de la calidad</b>					
La política de la calidad es adecuada al propósito de la organización?	x				
La política de calidad incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de calidad?	x				
La política de calidad proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de calidad?	x				
La política de calidad es comunicada y entendida dentro de la organización?		x		Oficios, publicación en carteleras	
La política de calidad es revisada para su continua adecuación?		x			
<b>5.4 Planificación</b>					
<b>5.4.1 Objetivos de calidad</b>					
Los objetivos de calidad son medibles y coherentes con la política de calidad?	x				
Los objetivos de calidad se establecen en las funciones y niveles pertinentes dentro de la organización?	x				
<b>5.4.2 Planificación del sistema de gestión de calidad</b>					
La alta dirección se asegura de que la planificación se realiza para cumplir con los requisitos de 4.1 y los objetivos de calidad?	x				
La alta dirección se asegura que cuando se planifican e implementan cambios en el sistema de gestión de calidad, éste mantiene su integridad?	x				
<b>5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación</b>					
Se ha designado al representante de la dirección?	x			Oficio de designación de representante de la Dirección	
<b>5.5.3 Comunicación de la dirección</b>					
Se han establecido los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y la comunicación se efectúa considerando la eficacia del sistema de gestión de calidad?	x			Medios de comunicación: oficio, correo electrónico, reuniones	
<b>5.6 Revisión por la dirección</b>					
<b>5.6.1 Generalidades</b>					
La alta dirección realiza a intervalos planificados la revisión del sistema de gestión de calidad que incluye la evaluación de las oportunidades de mejora, cambios en el sistema de gestión de calidad, incluyendo la política y objetivos de calidad?	x			Sistema de Gestión de la Calidad	
Se mantienen los registros de las revisiones por la dirección?		x		Actad de reuniones de trabajo	
<b>5.6.2 Información para la revisión</b>					
La información de entrada para la revisión incluye:					
a) Resultados de auditorías	x			Informe de auditoría	
b) Retroalimentación del cliente		x		Oficinas de atención a los usuarios	
c) Desempeño de los procesos y conformidad del producto	x			Indicadores de gestión	
d) Estados de acciones correctivas y preventivas	x			Matriz de seguimiento de acciones correctivas	
e) Cambios que podrían afectar al sistema de calidad		x			
f) Recomendaciones para la mejora	x			Informe de auditoría	
<b>5.6.3 Resultados de la revisión</b>					
Incluyen los resultados de la revisión por la dirección:					
a) La mejora de la eficacia del S.G.C	x				
b) La mejora del producto en relación con los requisitos del cliente	x				Reuniones de trabajo
c) Las necesidades de recursos	x			Actas de entrega de bienes y materiales	
<b>6 GESTIÓN DE LOS RECURSOS</b>					
<b>6.1 Provisión de los recursos</b>					
La organización determina y proporciona recursos para:					
a) Implementar, mantener y mejorar el SGC	x			Informe de labores	
b) Aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de los requisitos	x				
<b>6.2 Recursos humanos</b>					
El personal que realiza trabajos que afectan a la calidad del producto es competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas?	x			Manual de Clasificación de puestos y capacitación	
<b>6.2.2 Competencia, toma de conciencia y formación</b>					
Se ha determinado la competencia del personal que realiza trabajos que afecta la calidad del producto?	x			Hojas de vida en Taleno Humano	
Se proporciona formación o se toman acciones para satisfacer dichas necesidades?		x		Plan de Capacitación	
El personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y cómo contribuyen al logro de los objetivos de calidad?	x			Evaluación de desempeño	
Se mantienen registros de la educación, formación, habilidades y experiencia del personal?	x			Hojas de vida en Taleno Humano	

REQUISITO	C	CP	I	REGISTRO	OBSERVACIÓN
<b>6.3 Infraestructura</b>					
La organización ha determinado, proporcionado y mantenido la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto?	x			Actas de entrega recepción de muebles e inmuebles	
<b>6.4 Ambiente de trabajo</b>					
La organización ha determinado y gestionado el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto?	x			Unidad de Seguridad y Salud Ocupacional	
<b>7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO</b>					
<b>7.1 Planificación de la realización del producto</b>					
La organización ha planificado y desarrollados los procesos necesarios para la realización de los requisitos del producto?	x			Procesos administrativos	
La planificación es coherente con los requisitos de los otros procesos del sistema de calidad?		x			
La planificación se presenta de forma adecuada para la metodología de operación de la organización?			x	Plan de Desarrollo Institucional	No se cumple a cabalidad la planificación de la Facultad
<b>7.2 Procesos relacionados con el cliente</b>					
<b>7.2.1 Requisitos relacionados con el producto</b>					
La organización ha determinado:					
a) Requisitos del cliente?		x		Instructivo de trámites	
b) Requisitos no establecidos por el cliente?		x			
c) Requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto?			x	Acuerdos, leyes, decretos, etc.	Determinadas por los entes de control de educación superior
d) Requisitos adicionales determinados por la organización?			x		
<b>7.2.2 Revisión de los requisitos del producto</b>					
Se mantiene registros de los resultados de la revisión y acciones originadas por la misma?			x	Actas de reunión	
La revisión de los requisitos se realiza antes de que la organización se comprometa a proporcionar un producto al cliente, incluso cuando el cliente no proporciona una declaración documentada de sus requisitos?			x	Hojas de ruta	
Cuando cambian los requisitos del producto, la organización se asegura de que la documentación pertinente es modificada y el personal está consciente de estos cambios?			x	Solicitud de pedido de trámite	
<b>7.2.3 Comunicación con el cliente</b>					
Se ha determinado e implementado disposiciones para la comunicación con el cliente, relativa a:					
a) Información sobre el producto			x	Instructivo de Trámites	
b) Consultas, contratos, o atención de pedidos o modificaciones			x	Oficinas de atención al cliente, correo electrónico, oficio	
c) Retroalimentación del cliente, incluyendo sus quejas		x		Procedimientos de quejas e inquietudes	Oficinas de atención al cliente
<b>7.4 COMPRAS</b>					
<b>7.4.1 Proceso de compras</b>					
La organización se asegura que el producto adquirido cumple los requisitos de compra especificados?		x		Contratos de proveedores	
Se han establecido criterios para la selección y evaluación de proveedores?			x	Términos de referencia y especificaciones técnicas	
Se mantienen los registros de las evaluaciones realizadas a los proveedores?			x	Proveedores calificados en el portal del SERCOP	
<b>7.4.2 Información de las compras</b>					
La información de las compras describe el producto a comprar y se asegura de que los requisitos de compra sean adecuados antes de comunicárselo al proveedor?			x	Requisitos ingresados en el portal del SERCOP	
<b>7.4.3 Verificación de los productos comprados</b>					
Se ha establecido e implementado la inspección u otras actividades para asegurarse de que el producto comprado cumple con los requisitos de compra especificados?			x	Actas de entrega recepción de bienes	

REQUISITO	C	CP	I	REGISTRO	OBSERVACIÓN
<b>7.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>					
<b>7.5.1 Control de la producción y prestación del servicio</b>					
La organización planifica la producción y prestación del servicio para que se realice en forma controlada?					
Las condiciones controladas incluyen cuando sea aplicable:					
a) La disponibilidad de información que describa las características del servicio?	x				
b) La disponibilidad de instrucciones de trabajo, cuando sea necesario?		x			
c) El uso del equipo apropiado?	x			Acta de Entrega recepción de bienes	
d) La disponibilidad y uso de dispositivo de seguimiento y medición?		x		Indicadores de gestión	
e) La implementación del seguimiento y medición?		x			
f) La implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega?		x		Plan de implementación y entrega	
<b>7.5.2 Validación de los procesos de producción y prestación del servicio</b>					
La organización valida aquellos procesos de producción y prestación de servicio especiales?	x			Procesos administrativos, evaluados con indicadores de gestión	
La validación demuestra la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados?	x				
La organización ha establecido las disposiciones para estos procesos?	x				
<b>7.5.3 Identificación y trazabilidad</b>					
La organización identifica el producto por medios adecuados a través de toda su realización, cuando es apropiado?	x			Plan de Implementación y resultados	
La organización identifica el estado del producto con respecto a los requisitos de seguimiento y medición?	x				
Se mantienen registros de la trazabilidad?	x				
<b>7.5.4 Propiedad del cliente</b>					
La organización identifica, verifica, protege y salvaguarda los bienes que son suministrados por el cliente suministrados para su utilización o incorporación dentro del producto?	x			Carpetas con requisitos	
<b>7.5.5 Preservación del producto</b>					
La organización preserva la conformidad del producto durante el proceso interno y la entrega al destino previo?	x			Expedientes con la documentación de respaldo	
Esta preservación incluye la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección tanto para el producto como sus partes constitutivas?	x			Archivos digitales y físicos de la información	
<b>8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA</b>					
<b>8.1 Generalidades</b>					
La organización planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora y comprende la determinación de los métodos aplicables, técnicas estadísticas y el alcance antes de su utilización?	x				
<b>8.2 Seguimiento y medición</b>					
<b>8.2.1 Satisfacción del cliente</b>					
Se han determinado métodos para realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente y cómo utilizar dicha información?		x			
<b>8.2.2 Auditoría interna</b>					
Se planifican los programas de auditorías de acuerdo a estado e importancia de los procesos?	x			Auditoría interna al sistema de gestión	Se han realizado algunas auditorías de acuerdo al requerimiento institucional
Se define los criterios de auditoría, el alcance, su frecuencia y metodología?	x			Proceso de auditoría interna	
Se ha realizado la selección de auditores?	x			Equipo auditor institucional	1
Se ha definido un procedimiento documentado para la planificación, realización y registros de auditorías?	x			Proceso documentado y ejecutado	
<b>8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos</b>					
Se realiza el monitoreo de los procesos y la medición de los mismos cuando sea aplicable, para demostrar su capacidad para alcanzar los resultados planificados?	x			Indicadores de gestión y auditoría interna	
<b>8.2.4 Seguimiento y medición del producto</b>					
Se realiza la medición y seguimiento de las características del producto para verificar que se cumplen los requisitos del mismo?		x		Solicitudes de requerimientos	No existe una medición exacta
Se mantienen registros que indiquen la conformidad con los criterios de aceptación y permitan la liberación del producto?		x		Hojas de ruta con la aceptación del servicio	

REQUISITO	C	CP	I	REGISTRO	OBSERVACIÓN
<b>8.3 Control de producto no conforme</b>					
Se ha definido un procedimiento documentado relacionado con los controles, responsabilidades, autoridades y tratamiento del producto no conforme?	x			Procesos administrativos	
Se mantienen los registros de la naturaleza de las no conformidades y de las acciones tomadas?		x		Matriz de seguimiento de acciones correctivas	
<b>8.4 Análisis de datos</b>					
Hay un proceso establecido para la recolección y análisis de los datos que se requieren para determinar conveniencia y efectividad del sistema de gestión de calidad, así como para identificar las oportunidades para su mejoramiento?	x			Procedimiento de Control de Servicio no conforme	
Se analiza la información sobre satisfacción del cliente?		x			
Se analiza información sobre la conformidad con los requisitos del producto?	x			Indicadores de gestión de los procesos administrativos	
Se realiza el análisis de datos sobre características y tendencias de los procesos, productos y oportunidades de mejora?		x			
Se analiza la información sobre los proveedores?		x		Manejo en el sistema del SERCOP	
<b>8.5 MEJORA</b>					
<b>8.5.1 Mejora continua</b>					
Se planifican y administran los procesos necesarios para el mejoramiento continuo del sistema de gestión de calidad?	x			Matriz de seguimiento de acciones correctivas	
<b>8.5.2 Acción Correctiva</b>					
Se ha establecido un procedimiento para la revisión de no conformidades, su análisis de causa, evaluación de necesidades de acciones correctivas, determinar e implementar acciones necesarias, registro y revisión de la efectividad de las acciones tomadas?	x			Procedimiento de Acciones correctivas	Matriz de seguimiento de acciones correctivas
<b>8.5.3 Acción preventiva</b>					
Se ha establecido un procedimiento documentado que defina los requisitos para:					
a) Determinar no conformidades potenciales y sus causas	x			Procedimiento de Acciones preventivas	
b) Evaluar la necesidad de actuar para prevenir su ocurrencia	x				
c) Evaluación, determinación e implementación de acciones necesarias	x				
d) Registros y revisión de acciones preventivas tomadas	x				


Catalina Quimbita

#### 4.3 ANALISIS DE RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

De la información obtenida en la Tabla 8, se presentan la calificación del diagnóstico de seguimiento y cierre del cumplimiento de requisitos, efectuado al área administrativa de la Facultad de Ciencias Médicas, en concordancia con el Sistema de Gestión de la Calidad, establecido en la Norma ISO 9001:2008.

De esta manera se obtuvieron los porcentajes de cumplimiento por inciso y a nivel general (por numeral de la norma), y mediante el gráfico de perfil generado se puede visualizar los resultados generales obtenidos luego de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, presentados en la Tabla 10.

**Tabla 10 - Matriz de calificación final del cumplimiento de requisitos de la Norma ISO 9001: 2008**

 <b>MATRIZ DE CALIFICACIÓN FINAL DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008</b> <b>AREA ADMINISTRATIVA - FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>		
FECHA: 12 de febrero 2015		
REQUISITO	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN 2: CUMPLE 1: CUMPLE PARCIALMENTE 0: NO CUMPLE
<b>4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		
<b>4.1 Requisitos generales</b>		
Se han identificado los procesos necesarios para el sistema de gestión de calidad?	2	2
Se ha determinado su secuencia e interacción?	2	2
Se han determinado los criterios y métodos para asegurarse que tanto la operación como control son eficaces?	2	1
Se ha asegurado la disponibilidad de recursos e información para apoyar la operación y seguimiento de los procesos?	2	2
Se realiza el seguimiento, medición y análisis de los procesos?	2	2
Se han implementado las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de los procesos?	2	2
<b>4.2 Requisitos de la documentación</b>		
<b>4.2.1 Generalidades</b>		
La documentación del sistema de calidad contiene una declaración documentada de la política y objetivos de calidad?	2	2
Existe un manual de calidad?	2	2
Se han realizado los procedimientos documentados requeridos por la norma ISO 9001:2008.?	2	2
Los documentos, incluidos los registros que la organización determina que son necesarios para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos?	2	2
<b>4.2.2 Manual de calidad</b>		
Se ha definido el alcance, detalles y justificación de las exclusiones del sistema en el manual de calidad?	2	2
Se incluyen o referencian los procedimientos documentados necesarios para el sistema de gestión de calidad?	2	2
Se describe la interacción entre los procesos del sistema de gestión de calidad?	2	2
<b>4.2.3 Control de documentos</b>		
Se ha establecido un procedimiento para control de documentos donde se defina:		
a) aprobación de documentos antes de su emisión	2	1
b) revisión y actualización cuando requieran ser aprobados nuevamente?	2	1
c) Identificación de cambios y estado de revisión de documentos	2	1
d) que las versiones pertinentes de los documentos se encuentren disponibles en los puntos de uso	2	1
e) la forma de asegurar que los documentos permanezcan legibles y fácilmente identificables	2	1
f) asegurarse de que los documentos de origen externo, que la organización determina que son necesarios para la planificación y la operación del sistema de gestión de la calidad, se identifican y que se controla su distribución, y	2	1
e) la forma de prevenir el uso no intencionado e identificar documentos obsoletos	2	1
<b>4.2.4 Control de los registros</b>		
Se ha establecido un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros?	2	2
	<b>42</b>	<b>34</b>

REQUISITO	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN 2: CUMPLE 1: CUMPLE PARCIALMENTE 0: NO CUMPLE
<b>5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN</b>		
<b>5.1 Compromiso de la dirección</b>		
Existe evidencia del compromiso de la alta dirección con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, así como la mejora continua de su eficacia?	2	2
<b>5.2 Enfoque al cliente</b>		
La alta dirección se asegura que los requisitos del cliente se determinan y cumplen para aumentar la satisfacción del cliente?	2	2
<b>5.3 Política de la calidad</b>		
La política de la calidad es adecuada al propósito de la organización?	2	2
La política de calidad incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de calidad?	2	2
La política de calidad proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de calidad?	2	2
La política de calidad es comunicada y entendida dentro de la organización?	2	1
La política de calidad es revisada para su continua adecuación?	2	1
<b>5.4 Planificación</b>		
<b>5.4.1 Objetivos de calidad</b>		
Los objetivos de calidad son medibles y coherentes con la política de calidad?	2	2
Los objetivos de calidad se establecen en las funciones y niveles pertinentes dentro de la organización?	2	2
<b>5.4.2 Planificación del sistema de gestión de calidad</b>		
La alta dirección se asegura de que la planificación se realiza para cumplir con los requisitos de 4.1 y los objetivos de calidad?	2	2
La alta dirección se asegura que cuando se planifican e implementan cambios en el sistema de gestión de calidad, éste mantiene su integridad?	2	2
<b>5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación</b>		
Se ha designado al representante de la dirección?	2	2
<b>5.5.3 Comunicación de la dirección</b>		
Se han establecido los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y la comunicación se efectúa considerando la eficacia del sistema de gestión de calidad?	2	2
<b>5.6 Revisión por la dirección</b>		
<b>5.6.1 Generalidades</b>		
La alta dirección realiza a intervalos planificados la revisión del sistema de gestión de calidad que incluye la evaluación de las oportunidades de mejora, cambios en el sistema de gestión de calidad, incluyendo la política y objetivos de calidad?	2	1
Se mantienen los registros de las revisiones por la dirección?	2	1
<b>5.6.2 Información para la revisión</b>		
La información de entrada para la revisión incluye:		
a) Resultados de auditorías	2	2
b) Retroalimentación del cliente	2	1
c) Desempeño de los procesos y conformidad del producto	2	2
d) Estados de acciones correctivas y preventivas	2	2
e) Cambios que podrían afectar al sistema de calidad	2	1
f) Recomendaciones para la mejora	2	2
<b>5.6.3 Resultados de la revisión</b>		
Incluyen los resultados de la revisión por la dirección:		
a) La mejora de la eficacia del S.G.C	2	1
b) La mejora del producto en relación con los requisitos del cliente	2	2
c) Las necesidades de recursos	2	2
	<b>48</b>	<b>41</b>
<b>6 GESTIÓN DE LOS RECURSOS</b>		
<b>6.1 Provisión de los recursos</b>		
La organización determina y proporciona recursos para:		
a) Implementar, mantener y mejorar el SGC	2	2
b) Aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de los requisitos	2	2
<b>6.2 Recursos humanos</b>		
El personal que realiza trabajos que afectan a la calidad del producto es competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas?	2	2
<b>6.2.2 Competencia, toma de conciencia y formación</b>		
Se ha determinado la competencia del personal que realiza trabajos que afecta la calidad del producto?	2	2
Se proporciona formación o se toman acciones para satisfacer dichas necesidades?	2	1
El personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y cómo contribuyen al logro de los objetivos de calidad?	2	2
Se mantienen registros de la educación, formación, habilidades y experiencia del personal?	2	2
<b>6.3 Infraestructura</b>		
La organización ha determinado, proporcionado y mantenido la infraestructura necesaria para logra la conformidad con los requisitos del producto?	2	2
<b>6.4 Ambiente de trabajo</b>		
La organización ha determinado y gestionado el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto?	2	2
	<b>18</b>	<b>17</b>

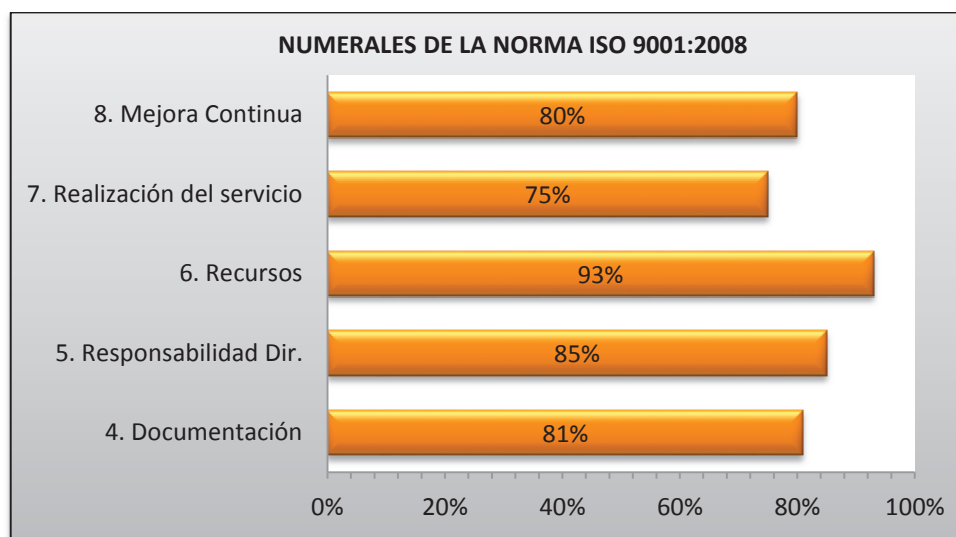
REQUISITO	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN 2: CUMPLE 1: CUMPLE PARCIALMENTE 0: NO CUMPLE
<b>7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO</b>		
<b>7.1 Planificación de la realización del producto</b>		
La organización ha planificado y desarrollados los procesos necesarios para la realización de los requisitos del producto?	2	2
La planificación es coherente con los requisitos de los otros procesos del sistema de calidad?	2	1
La planificación se presenta de forma adecuada para la metodología de operación de la organización?	2	1
<b>7.2 Procesos relacionados con el cliente</b>		
<b>7.2.1 Requisitos relacionados con el producto</b>		
La organización ha determinado:		
- Requisitos del cliente?	2	1
- Requisitos no establecidos por el cliente?	2	1
- Requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto?	2	1
- Requisitos adicionales determinados por la organización?	2	1
<b>7.2.2 Revisión de los requisitos del producto</b>		
Se mantiene registros de los resultados de la revisión y acciones originadas por la misma?	2	1
La revisión de los requisitos se realiza antes de que la organización se comprometa a proporcionar un producto al cliente, incluso cuando el cliente no proporciona una declaración documentada de sus requisitos?	2	1
Cuando cambian los requisitos del producto, la organización se asegura de que la documentación pertinente es modificada y el personal está consciente de estos cambios?	2	1
<b>7.2.3 Comunicación con el cliente</b>		
Se ha determinado e implementado disposiciones para la comunicación con el cliente, relativa a:		
a) Información sobre el producto	2	1
b) Consultas, contratos, o atención de pedidos o modificaciones	2	1
c) Retroalimentación del cliente, incluyendo sus quejas	2	2
<b>7.4 COMPRAS</b>		
<b>7.4.1 Proceso de compras</b>		
La organización se asegura que el producto adquirido cumple los requisitos de compra especificados?	2	2
Se han establecido criterios para la selección y evaluación de proveedores?	2	2
Se mantienen los registros de las evaluaciones realizadas a los proveedores?	2	2
<b>7.4.2 Información de las compras</b>		
La información de las compras describe el producto a comprar y se asegura de que los requisitos de compra sean adecuados antes de comunicárselo al proveedor?	2	2
<b>7.4.3 Verificación de los productos comprados</b>		
Se ha establecido e implementado la inspección u otras actividades para asegurarse de que el producto comprado cumple con los requisitos de compra especificados?	2	1
<b>7.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>		
<b>7.5.1 Control de la producción y prestación del servicio</b>		
La organización planifica la producción y prestación del servicio para que se realice en forma controlada?		
Las condiciones controladas incluyen cuando sea aplicable:		
a) La disponibilidad de información que describa las características del producto?	2	2
b) La disponibilidad de instrucciones de trabajo, cuando sea necesario?	2	1
c) El uso del equipo apropiado?	2	2
d) La disponibilidad y uso de dispositivo de seguimiento y medición?	2	1
e) La implementación del seguimiento y medición?	2	1
f) La implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega?	2	1
<b>7.5.2 Validación de los procesos de producción y prestación del servicio</b>		
La organización valida aquellos procesos de producción y prestación de servicio especiales?	2	2
La validación demuestra la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados?	2	2
La organización ha establecido las disposiciones para estos procesos?	2	2
<b>7.5.3 Identificación y trazabilidad</b>		
La organización identifica el producto por medios adecuados a través de toda su realización, cuando es apropiado?	2	2
La organización identifica el estado del producto con respecto a los requisitos de seguimiento y medición?	2	2
Se mantienen registros de la trazabilidad?	2	2
<b>7.5.4 Propiedad del cliente</b>		
La organización identifica, verifica, protege y salvaguarda los bienes que son suministrados por el cliente suministrados para su utilización o incorporación dentro del producto?	2	2
<b>7.5.5 Preservación del producto</b>		
La organización preserva la conformidad del producto durante el proceso interno y la entrega al destino previo?	2	2
Esta preservación incluye la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección tanto para el producto como sus partes constitutivas?	2	2
	<b>66</b>	<b>50</b>

REQUISITO	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN 2: CUMPLE 1: CUMPLE PARCIALMENTE 0: NO CUMPLE
<b>8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA</b>		
<b>8.1 Generalidades</b>		
La organización planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora y comprende la determinación de los métodos aplicables, técnicas estadísticas y el alcance antes de su utilización?	2	2
<b>8.2 Seguimiento y medición</b>		
<b>8.2.1 Satisfacción del cliente</b>		
Se han determinado métodos para realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente y cómo utilizar dicha información?	2	1
<b>8.2.2 Auditoría interna</b>		
Se planifican los programas de auditorías de acuerdo a estado e importancia de los procesos?	2	2
Se define los criterios de auditoría, el alcance, su frecuencia y metodología?	2	2
Se ha realizado la selección de auditores?	2	2
Se ha definido un procedimiento documentado para la planificación, realización y registros de auditorías?	2	2
<b>8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos</b>		
Se realiza el monitoreo de los procesos y la medición de los mismos cuando sea aplicable, para demostrar su capacidad para alcanzar los resultados planificados?	2	2
<b>8.2.4 Seguimiento y medición del producto</b>		
Se realiza la medición y seguimiento de las características del producto para verificar que se cumplen los requisitos del mismo?	2	1
Se mantienen registros que indiquen la conformidad con los criterios de aceptación y permitan la liberación del producto?	2	1
<b>8.3 Control de producto no conforme</b>		
Se ha definido un procedimiento documentado relacionado con los controles, responsabilidades, autoridades y tratamiento del producto no conforme?	2	2
Se mantienen los registros de la naturaleza de las no conformidades y de las acciones tomadas?	2	1
<b>8.4 Análisis de datos</b>		
Hay un proceso establecido para la recolección y análisis de los datos que se requieren para determinar conveniencia y efectividad del sistema de gestión de calidad, así como para identificar las oportunidades para su mejoramiento?	2	2
Se analiza la información sobre satisfacción del cliente?	2	1
Se analiza información sobre la conformidad con los requisitos del producto?	2	2
Se realiza el análisis de datos sobre características y tendencias de los procesos, productos y oportunidades de mejora?	2	1
Se analiza la información sobre los proveedores?	2	1
<b>8.5 MEJORA</b>		
<b>8.5.1 Mejora continua</b>		
Se planifican y administran los procesos necesarios para el mejoramiento continuo del sistema de gestión de calidad?	2	2
<b>8.5.2 Acción Correctiva</b>		
Se ha establecido un procedimiento para la revisión de no conformidades, su análisis de causa, evaluación de necesidades de acciones correctivas, determinar e implementar acciones necesarias, registro y revisión de la efectividad de las acciones tomadas?	2	2
<b>8.5.3 Acción preventiva</b>		
Se ha establecido un procedimiento documentado que defina los requisitos para:		
a) Determinar no conformidades potenciales y sus causas	2	2
b) Evaluar la necesidad de actuar para prevenir su ocurrencia	2	1
c) Evaluación, determinación e implementación de acciones necesarias	2	2
d) Registros y revisión de acciones preventivas tomadas	2	1
	<b>44</b>	<b>35</b>



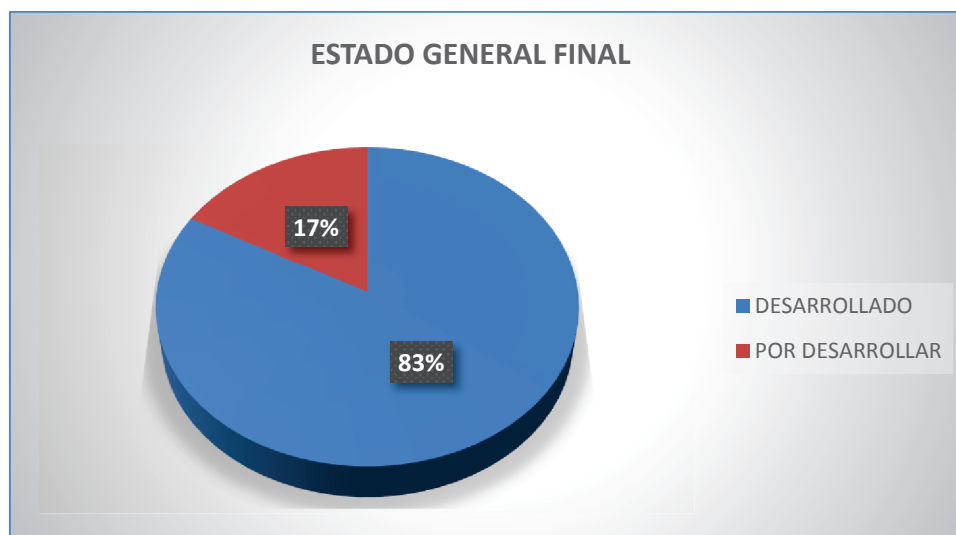
**Tabla 11** – Calificación del cumplimiento final de los requisitos de la Norma ISO 9001: 2008

RESULTADOS POR CLÀUSULAS	
4. Documentación	81%
5. Responsabilidad Dir.	85%
6. Recursos	93%
7. Realización del servicio	75%
8. Mejora Continua	80%



**Tabla 12** – Calificación general del cumplimiento de la Norma ISO 9001: 2008

PROMEDIO	
DESARROLLADO	83%
POR DESARROLLAR	17%



Catalina Quimbita

En resumen en los cinco puntos de los requisitos que exige la Norma ISO 9001: 2008, el área administrativa de la Facultad de Ciencias Médicas ha mejorado de un 22% a un 83%.

#### **4.3.1 INFORME DE RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

Con el Sistema de Gestión de la Calidad implementado, incluyendo la evaluación a los procesos administrativos mediante los indicadores de gestión, a la auditoría interna, se han obtenido resultados satisfactorios que han permitido mejorar de manera significativa la calidad del servicio que ofrece el área administrativa, que se presentan en el siguiente informe:

La identificación de los procesos principales y su interacción en el mapa de procesos fueron claves para cerrar la brecha entre los requerimientos del usuario y la satisfacción del mismo, como son los docentes, empleados y trabajadores y público en general.

Con la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad se ha logrado organizar y estandarizar los procesos, actividades y procedimientos que se desarrollan en el área administrativa, de esta manera satisfacer las necesidades y requerimientos de los usuarios internos y externos.

Al difundir la política de calidad y objetivos, se mantiene un compromiso e involucramiento del personal, partiendo de la Dirección, para cumplir con la conservación del sistema, percibiendo con mayor claridad el enfoque y hacia dónde se dirige la gestión administrativa.

Las capacitaciones se constituyeron en un punto de partida importante para el desarrollo del área administrativa, permitiendo que el personal se encuentre involucrado y conozca perfectamente sus funciones y responsabilidades para mantener efectivo el Sistema de Gestión de la Calidad.

La mejora del servicio y de los procesos administrativos se traduce en la evaluación mediante los indicadores de gestión donde se pueden visualizar la evolución y el impacto de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

Se debe tomar conciencia que al haber implementado un Sistema de Gestión de la Calidad bajo la Norma ISO 9001:2008, no marca el fin de este objetivo sino es el principio de un proceso de mejora continua que involucra el compromiso de todos y cada uno de los miembros de la Facultad.

#### **4.4 SOCIALIZACIÓN**

Los resultados obtenidos de la auditoría fueron presentados al representante de la Dirección, y a su vez difundidos a los responsables del proceso prioritario auditado, mediante el oficio circular, Anexo J, en el que se presentó las novedades más relevantes de la auditoría, además se enunciaron las no conformidades y observaciones detectadas.

## **4.5 RESULTADOS DEL SISTEMA DE CONTROL DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS**

Se procedió a evaluar los procesos administrativos en función de los indicadores que se describen en la **ANEXO G**, para este efecto se ha tomado datos correspondientes al periodo marzo – agosto 2014.

La información fue recopilada de los archivos de las Secretaría de las carreras de Medicina, Enfermería, Tecnología Médica, Obstetricia, Dirección de Talento Humano y Secretaría del Decanato de la Facultad.

A continuación se realiza un resumen de los resultados obtenidos en el desempeño de los procesos administrativos, con la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

### **Expedición de Títulos Académicos**

En el periodo marzo-agosto 2014 se graduaron 408 profesionales, distribuidos en las siguientes carreras: Medicina (208), Enfermería (112), Tecnología Médica (63) y Obstetricia (25); de los cuales se otorgaron 375 títulos que representan el 92% del cumplimiento de la entrega.

### **Elaboración de Documentos Académicos**

Durante el semestre de marzo-agosto 2014 ingresaron 4152 solicitudes de estudiantes como: Actas de grado, notas, record académico, matrículas, de las carreras de Medicina (2114), Enfermería (1200), Tecnología Médica (563) y Obstetricia (275), de las cuales se tramitaron 3695 solicitudes, que representan el 89% de la eficacia de la entrega de solicitudes académicas.

### **Manejo de Comunicaciones Internas y Externas**

La secretaria del Decanato de la Facultad, durante el período marzo –agosto 2014, ingresaron 974 comunicaciones internas y externas, de las cuales se tramitaron 857 comunicaciones, que representan el 88% de la eficacia de la entrega de solicitudes académicas.

### **Elaboración de Contratos de Servicios Docentes**

Considerando que la Facultad requiere de personal docente que se ajuste a los requerimientos académicos, en el periodo comprendido entre marzo – agosto 2014 se procedió a solicitar la contratación de 230 docentes, para las carreras de Medicina (110), Enfermería (60), Tecnología Médica (50) y Obstetricia (10), de los cuales 213 fueron contratados, que representan el 93% de la eficacia de la entrega de las comunicaciones.

### **Soporte al Usuario**

El área de informática de la Facultad, durante el período marzo –agosto 2014, recibió 473 solicitudes de soporte técnico como: mantenimiento preventivo y correctivo del hardware; mantenimiento preventivo, correctivo y actualizaciones del software, de las cuales se atendió 444 requerimientos, que representan el 94% de respuesta oportuna a las solicitudes.

A continuación se presenta la Tabla 13, respecto al cuadro de Resumen de Indicadores de los procesos administrativos:

Tabla 13– Resumen de Indicadores

RESUMEN DE INDICADORES													
Código: FCM-RI-01													
PROCESO	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	META	FRECUENCIA	RESPONSABLE	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESULTADOS MARZO - AGOSTO 2014						Resultado final
							MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	
EXPEDICIÓN DE TÍTULOS ACADÉMICOS	Cumplimiento en entrega de títulos académicos	(Número de títulos académicos tramitados/ Número de títulos académicos requeridos) x 100	90%	Semestral	Asistente Administrativo	Archivos de las carreras	92%						92%
ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS ACADÉMICOS	Eficacia en la entrega de solicitudes académicas	(Número de solicitudes académicas tramitadas/ Número de solicitudes académicas recibidas) x 100	90%	Mensual	Asistente Administrativo	Archivos de las carreras	87%	89%	87%	90%	89%	90%	89%
MANEJO DE COMUNICACIONES INTERNAS Y EXTERNAS	Respuesta oportuna a las comunicaciones	(Número de comunicaciones tramitadas/ Número de comunicaciones recibidas) x 100	90%	Mensual	Secretaría del Área	Archivos de las áreas administrativas	90%	89%	90%	87%	89%	85%	88%
ELABORACIÓN DE CONTRATOS DE SERVICIOS DOCENTES	Eficacia en la entrega de contratos de servicios docentes	(Número de contratos de servicios docentes gestionados/ Número de contratos de servicios docentes solicitados) x 100	90%	Semestral	Analista Administrativo	Archivos de Talento Humano	93%						93%
SOPORTE AL USUARIO	Respuesta oportuna a las solicitudes de soporte técnico	(Número de requerimientos solucionados/ Número de requerimientos solicitados) x 100	90%	Mensual	Analista Informático	Matriz de Soporte Técnico	95%	93%	98%	93%	90%	92%	94%



De los resultados obtenidos en la Tabla 11, en los indicadores del desempeño de los procesos administrativos: Expedición de Títulos 92%, Elaboración de documentos académicos 89%, Manejo de Comunicaciones Internas y Externas 88%, Manejo de Comunicaciones Internas y Externas 88%, Elaboración de Contrato de Contratos de Servicios Docentes 93% y Soporte al Usuario 94%, se puede establecer que al implementar el Sistema de Gestión de Calidad se ha logrado:

- Dinamizar los procesos de las unidades administrativas a través de la adecuada utilización de los recursos humanos, materiales, equipos y recursos tecnológicos, que ha permitido simplificar de los trámites administrativos.
- Documentar los procesos administrativos, logrando de esta manera direccionar las actividades que desarrollan los servidores de la Institución.
- El personal ha adquirido la experticia en el manejo de las tecnologías de comunicación e información, agilizando la recopilación y tramitación de la documentación.
- Involucrar al personal en la cultura de la calidad y de procesos, con el objeto de apoyar a la modernización de la gestión administrativa en concordancia con el Sistema de Gestión de la Calidad implementado.
- Reducir tiempo en la respuesta a los trámites y eliminar actividades innecesarias.
- Mantener un control de la gestión que realiza el área administrativa, que permita evaluar el desempeño de los procesos.

Todos estos aspectos han permitido mejorar la calidad de la gestión administrativa, incrementando el nivel de satisfacción de las necesidades y requerimientos de los usuarios del servicio.

## **4.6 ACCIONES CORRECTIVAS**

De acuerdo a los resultados obtenidos en la auditoría interna, evidenciados en la lista de verificación **Anexo I** y en el informe de auditoría, **Anexo J**, se reportan 4 no conformidades y 3 observaciones, por lo tanto, es necesario efectuar acciones correctivas, de acuerdo a lo establecido en Procedimiento para Acciones Correctivas y Preventivas, a efecto de solucionarlos y emprender acciones mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad.

Se presenta la propuesta de acciones correctivas detectadas en la auditoría interna, en el **ANEXO L**.



## 5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1 CONCLUSIONES

- Del diagnóstico de la situación actual, efectuado al área administrativa de la Facultad de Ciencias Médicas, en relación a los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2008, se obtuvo resultados que evidencian el cumplimiento del 22% de la norma, existiendo un 78% por desarrollarse, según consta en la tabla 6, por lo tanto, de los datos obtenidos se establece la línea base para el diseño e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad hasta la primera auditoría.
- El diseño del Mapa de Procesos la Cadena de Valor, permitió identificar la interacción de sus procesos administrativos, su estructura y organización en forma sistémica, representados por la Gestión de la Dirección, Gestión de la Calidad, Gestión de Trámites, Gestión Documental, Coordinación de la Contratación de Personal y Asistencia Informática, además se describieron mediante la caracterización y diagramas de flujo, lo que permitió estandarizar los procesos que se realizaban empíricamente.
- El soporte documental desarrollado para el área administrativa, está constituido, por el Manual de la Calidad como eje la Política y Objetivos de Calidad; los procedimientos para elaboración de documentos, el control de documentos, control de registros, auditorías internas, control de productos no conformes, acciones correctivas y preventivas, y además, revisión por la dirección, atender quejas e inquietudes, adquisición de bienes y servicios, administración del talento humano y administración y uso de recursos informáticos.

- Para el control del desempeño de los procesos administrativos se estableció indicadores de gestión, obteniendo resultados: proceso de Expedición de Títulos 92%, Elaboración de documentos académicos 89%, Manejo de Comunicaciones Internas y Externas 89%, Manejo de Comunicaciones Internas y Externas 88%, Elaboración de Contrato de Contratos de Servicios Docentes 93% y Soporte al Usuario 94%, datos que permitieron evidenciar, que en su mayoría están dentro o cerca de la meta propuesta, lo que ha contribuido a su mejoramiento.
- Se realizó un plan para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, para este efecto, se conformó el equipo de trabajo, brindando capacitación en conocimientos básicos de procesos y de la Norma ISO 9001: 2008, generando mayor entendimiento del SGC y sus beneficios, de esta manera contribuir al cumplimiento de objetivos del proyecto.
- Los resultados obtenidos luego de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, evidencian que el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2008, es del 83%, según consta en la Tabla 12, además se ha logrado cumplir con los objetivos trazados en el presente trabajo, lo que ha contribuido al mejoramiento de la calidad de los servicios que entrega el área administrativa de la Facultad de Ciencias Médicas.
- En tanto que los resultados de la auditoría interna al proceso Elaboración de Documentos Académicos evidenciados en la lista de verificación y el informe de auditoría, reportan 4 no conformidades y 3 observaciones, generados por la falta de entendimiento en el manejo de la documentación, para ese efecto, se establecieron las acciones correctivas y su cumplimiento.

## 5.2 RECOMENDACIONES

- Concluir con las auditorías de los procesos administrativos y cerrar los hallazgos de éstas, con el objeto de mejorar su desempeño y la calidad del servicio que ofrece el área administrativa.
- Mantener y mejorar el Sistema de Gestión de la Calidad, que contribuya a la gestión administrativa, satisfaciendo las necesidades y expectativas de usuarios internos y externos.
- Del resultado de la Auditoría se determina que se debe fortalecer la capacitación en los temas como el enfoque basado en procesos, manejo de documentación y conocimiento del Sistema de Gestión de la Calidad, dirigidos a los directivos y servidores que conforman el área administrativa, con el fin de lograr un mejor entendimiento.
- Mantener el liderazgo, alto compromiso y apoyo de las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas, fomentar el trabajo en equipo, motivación y reconocimiento a las contribuciones que realice el personal, a fin de cumplir con sus objetivos profesionales y los objetivos institucionales.
- El modelo del Sistema de Gestión de la Calidad, presentado en el presente trabajo puede ser implementado en los demás procesos que se ejecutan en la Facultad de Ciencias Médicas.

## REFERENCIAS

- Agudelo Tobón, L. F., & Escobar Bolívar, J. (2007). *Gestión por procesos*. Medellín: los autores.
- Beltrán, J. M. (1999). *Indicadores de gestión*. Bogotá : 3R EDITORES LTDA.
- Carrasco, J. (11 de Agosto de 2012). *Gestión por procesos*. Obtenido de [http://www.evolucion.cl/resumenes/Resumen\\_libro\\_Gesti%F3n\\_de\\_procesos\\_JBC\\_2011.pdf](http://www.evolucion.cl/resumenes/Resumen_libro_Gesti%F3n_de_procesos_JBC_2011.pdf)
- Deming, E. (lunes de febrero de 2013). *Calidad, Productividad y Competitividad*. Obtenido de [https://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%ADrculo\\_de\\_Deming](https://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%ADrculo_de_Deming).
- Gutiérrez. (2009). *Mejoramiento de los procesos de la empresa*. Bogotá: Presencia Ltda.
- Harrington, H. (2001). *Mejoramiento de los Procesos de la Empresa*. Bogotá: McGRAW-HILL.
- Instituto Andaluz de Tecnología. (20 de febrero de 2013). *Guía para una gestión basada en procesos*. Recuperado el 18 de Mayo de 2011, de sitio Web Centro Andaluz para la Excelencia en la Gestión: <http://www.centrosdeexcelencia.com/dotnetnuke/Portals/0/guiageestionprocesos.pdf>
- ISO 9001:2008, S. d. *Requisitos*. Suiza: Secretaria General de ISO.
- Juan, H. (11 de 01 de 2013). [www.jcyl.es/dgmodernizacion](http://www.jcyl.es/dgmodernizacion).
- La Norma Técnica de Gestión de Procesos. (2011). *Registro Oficial No. 501 Acuerdo 784*.
- Lamas E, & M. (10 de enero de 2013). *Procedimiento para el diseño de un SGC basado en un enfoque de procesos*. Obtenido de Revista contribuciones a la economía: <http://www.eumed.net/ce/2011a/larp.htm>
- León, J. d. (11 de 01 de 2013). [www.jcyl.es/dgmodernizacion](http://www.jcyl.es/dgmodernizacion).
- Mariño, H. (2003). *Gerencia de Procesos*. Colombia: Alfaomega Editores.
- Mideplan. (julio de 2009). [http; http://www.mideplan.go.cr/;](http://www.mideplan.go.cr/)

Norma Internacional ISO 19011, D. p. Directrices. Ginebra, Suiza: Secretaria General de ISO.

Norma Internacional ISO 9000:2005, S. d. *Requisitos*. Ginebra, Suiza: Secretaria General de ISO.

Norma Internacional ISO 9000:2005, S. d. *Fundamentos y Vocabulario*. Ginebra, Suiza: Secretaria General de ISO.

Norma Internacional ISO 9001:2008, S. d. *Requisitos*. Ginebra, Suiza: Secretaria General de ISO.

Rummler, G. (2002). *Como mejorar el rendimiento de la empresa*. España: Deusto.

Servat, A. (2005). *Metodología para documentar el ISO 9000 versión 2000*. México: Person Educación.


## **ANEXOS**

**ANEXO A**–Cronograma de Implementación

		CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD																			
		1					2					3					4				
ACTIVIDAD	MES	1					2					3					4				
	SEMANA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	DÍA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<b>ANÁLISIS INICIAL</b>																					
Reunión Inicial/ Alcance																					
<b>ENTRENAMIENTO</b>																					
Capacitación sobre procesos, calidad y Norma ISO 9001:2008																					
<b>DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>																					
Diagnóstico de la situación actual																					
Diseño del mapa de procesos																					
Levantamiento de Procesos																					
<b>Diseño de la documentación:</b>																					
Política de la Calidad																					
Objetivos de la Calidad																					
Manual de Calidad																					
Manual de Procedimientos																					
<b>IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>																					
Conformación del equipo de trabajo																					
Distribución de la documentación a responsables de procesos																					
Revisión por la Dirección																					
Seguimiento del acta de revisión																					
<b>AUDITORIA INTERNA</b>																					
Conformación del equipo auditor																					
Capacitación a auditores sobre SSC y auditorías internas																					
Gestión del programa de auditoría																					
Realización de la auditoría																					
Realización y entrega del informe de auditoría																					





	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Página 118 Fecha de Emisión: 16/04/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-001	

## ANEXO B – Nombramiento del Representante de la Dirección



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
SECRETARIA GENERAL

No. 0428-F.C.M.D  
Quito, D.M., 15 de septiembre del 2013

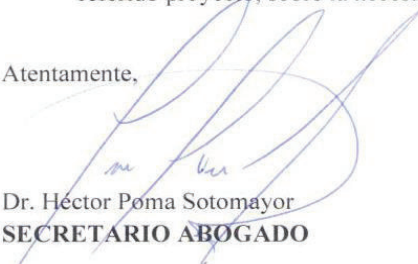
Señor Doctor  
Henry Ortiz  
**DOCENTE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
Presente.-

De mi consideración:


Por disposición del señor Decano de la Facultad, me permito comunicar a usted, que ha sido designado como representante del Decanato, en calidad de Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad, proyecto que va a ser diseñado e implementado en la Facultad de Ciencias Médicas, en el Área Administrativa, quien con independencia de otras responsabilidades, tiene definida la autoridad y responsabilidad para:

1. Asegurar que se establezcan, implementen y se mantengan los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad.
2. Informar a este Decanato sobre el desempeño y requerimientos del Sistema de Gestión de la Calidad,
3. Asegurar de que se promueva la toma de conciencia en el personal que participará en el referido proyecto, sobre la necesidad de contar con un Sistema de Gestión de la Calidad.


Atentamente,


  
Dr. Héctor Poma Sotomayor  
**SECRETARIO ABOGADO**

mj

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Página 119 Fecha de Emisión: 16/04/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-001	

### ANEXO C– Formato de Levantamiento de procesos

	<b>FORMATO DE LEVANTAMIENTO DE PROCESOS</b>		Código
			Versión:
Nombre del Institución:		Página	
Nombre del Proceso:			
Unidad Administrativa Responsable del Proceso		Analista:	
Objetivo General de Proceso			
Clientes (Quién y Qué Recibe):			
Acción que origina este Proceso:			
Descripción del Proceso			
Paso No.	Tiempo	Responsable	Descripción

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Página 120 Fecha de Emisión: 16/04/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-001	

## ANEXO D -Manual de la Calidad

### 0. INTRODUCCIÓN

#### 0.1 ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN


La Facultad de Ciencias Médicas, nace como respuesta a las necesidades de la población hace 313 años, el 13 de abril de 1693, para brindar un sistema de educación superior de calidad

Actualmente la Facultad de Ciencias Médicas cuenta con más de 8.000 estudiantes de pregrado en cinco carreras: Medicina, Enfermería, Tecnología Médica, y 1000 en postgrado. El cuerpo docente está compuesto por 420 docentes y 142 servidores administrativos y de servicios.

#### 0.2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

##### MISION

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, forma profesionales críticos de nivel superior en el Campo de la Salud con competencias éticas, humanísticas, técnicas, científicas y en investigación, caracterizadas por la excelencia, comprometidas con la verdad, la justicia y solidaridad. Crea y difunde el conocimiento científico-tecnológico y participa en solución de los problemas relacionados con la salud individual y colectiva.

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Página 121 Fecha de Emisión: 16/04/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-001	

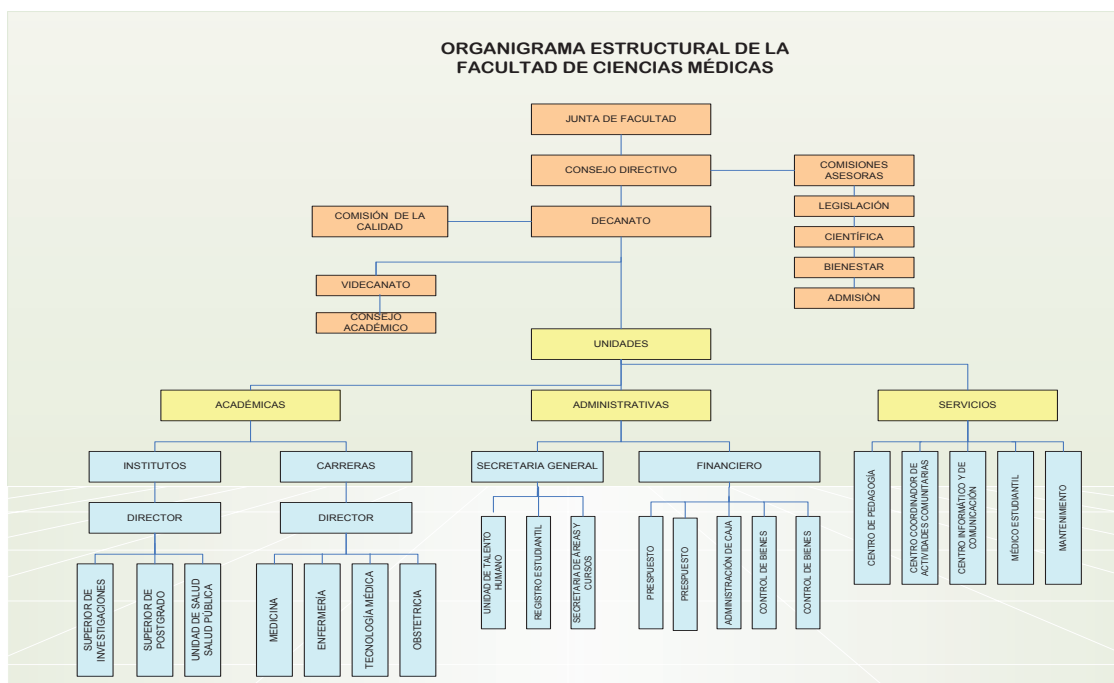
## 0.2.2 VISION


La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, continuará en el liderazgo de la formación de profesionales en las Ciencias de la Salud, en la gestión por procesos y en la generación de nuevos conocimientos, con la participación efectiva de docentes y el talento humano administrativo, la utilización del método científico y de los modelos educativos y tecnologías apropiadas.

## 0.2.3 PRINCIPIOS

- Democracia
- Equidad
- Evaluación y Calidad

## 0.2.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Página 122 Fecha de Emisión: 16/04/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-001	

## **1. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN**


### **1.1 Generalidades**

El Sistema de Gestión de Calidad está estructurado conforme a los requisitos y lineamientos planteados en la norma ISO 9001:2008, en este Manual se especifica la interacción de los procesos por medio de los cuales se establecen las actividades del Sistema, se realiza una descripción del compromiso institucional con el fin de satisfacer las necesidades de los grupos de interés con un servicio educativo de calidad.

El objetivo de este manual es suministrar la Facultad de Ciencias Médicas una guía fundamentada en el diseño, revisión, implementación y mejora del Sistema de Gestión de Calidad, ajustado a las necesidades específicas del usuario y que refleje los procedimientos documentados del mencionado sistema.

### **1.2 Alcance y Aplicación**

EL presente Manual de Calidad describe el conjunto de procesos documentados del Sistema de Gestión de Calidad, el cual está basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2008, con la finalidad de demostrar la capacidad de la Facultad de Ciencias Médicas para proporcionar servicios administrativos que cumplan con los objetivos de calidad y con los requisitos de los usuarios.

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Página 123 Fecha de Emisión: 16/04/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-001	

### 1.3 Exclusiones

Se excluyen del Manual de Calidad los siguientes puntos en relación a la Norma ISO 9001:2008:

### 7.3 Diseño y Desarrollo

El servicio no requiere de un diseño o desarrollo, en virtud de que las bases y especificaciones, están establecidas por el Consejo de Educación Superior.

### 7.6 Control de los Dispositivos de Seguimiento y Medición


La Facultad de Ciencias Médicas es institución de servicios, por lo que no se ha identificado la necesidad de utilización de equipos de medición y seguimiento, éstos son utilizados en empresas de producción que utilizan equipos especiales para calibrar sus maquinarias.

## 2. REFERENCIAS NORMATIVAS


- Norma ISO 9001: 2008 “Sistemas de Gestión de la Calidad - Requisitos”
- Norma ISO 9000: 2005 “Sistemas de Gestión de la Calidad - Fundamentos y Vocabulario”

## 3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

TÉRMINO	DEFINICIÓN
<b>ACCIÓN CORRECTIVA</b>	Acción tomada para eliminar la causas de una no-conformidad detectada u otra situación indeseable.
<b>ACCIÓN PREVENTIVA</b>	Acción tomada para eliminar la causas de una no-conformidad u otra situación indeseable.

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Página 124 Fecha de Emisión: 16/04/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-001	

<b>ALTA DIRECCIÓN</b>	Persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel de la Institución.
<b>AMBIENTE DE TRABAJO</b>	Conjunto de condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo.
<b>AUDITORIA DE CALIDAD</b>	Examen sistemático e independiente para determinar si las actividades y los resultados relacionados con la calidad cumplen disposiciones preestablecidas y si estas disposiciones se aplican en forma efectiva y son aptas para alcanzar los objetivos.
<b>CADENA DE VALOR</b>	Herramienta básica para diagnosticar la ventaja competitiva y encontrar medios de crearla, ofrece un medio sistemático de dividir la Facultad de Ciencias Médicas en actividades individuales.
<b>CALIDAD</b>	Grado en el que un conjunto de características inherentes al servicio cumple con los requisitos en actividades individuales.
<b>USUARIO</b>	Entidad o persona que solicita a un proceso un resultado determinado. Los usuarios pueden ser procesos internos o externos.
<b>DUEÑO DEL PROCESO</b>	Unidad administrativa que debe responder por la efectividad de un proceso.
<b>GESTIÓN DE CALIDAD</b>	Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad.
<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Documento que especifica el sistema de gestión de calidad de una organización.
<b>MEJORA CONTINUA</b>	Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.
<b>NO CONFORMIDAD</b>	Incumplimiento de un requisito.
<b>POLITICA DE CALIDAD</b>	Intenciones globales y orientadas de una organización relativa a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección.
<b>PROCEDIMIENTO</b>	Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.
<b>SATISFACCION DEL USUARIO</b>	Percepción del usuario sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.
<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan para establecer la política y objetivos para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Página 125 Fecha de Emisión: 16/04/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-001	

#### **4. SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD**

La Facultad de Ciencias Médicas establece, documenta, implanta y mantiene un sistema de gestión de la calidad que promueve la mejora continua de su eficacia de acuerdo con los requisitos de la Norma ISO 9001:2008.

##### **4.1 REQUISITOS GENERALES**


Se ha implementado y documentado el Sistema de Gestión de la Calidad, de acuerdo a lo establecido en la Norma ISO 9001:2008., para lo cual se ha identificado los procesos necesarios del Sistema de Gestión de la Calidad y su aplicación en la Institución, se ha definido la secuencia, interacción, controles, recursos e indicadores; que se presenta en el Mapa de Procesos, caracterización y diagramas de flujo de los procesos.

##### **4.2 REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN**

###### **Generalidades**

Para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, se determinó una política y objetivos de calidad, se elaboró el manual de calidad; los procedimientos y registros requeridos en la Norma ISO 9001:2008, así como los documentos establecidos en la Facultad de Ciencias Médicas para asegurar la planificación, operación y control efectivo de los procesos.



	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Página 126 Fecha de Emisión: 16/04/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-001	

#### 4.2.2 Manual de Calidad


Se ha desarrollado un Manual de Calidad (código GC-MN-001), con la finalidad de orientar a los servidores de la Facultad de Ciencias Médicas, sobre los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2008, los mismos que se deben cumplirse y mantenerse, con el propósito de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios del servicio, fomentar la mejora continua y contribuir al desarrollo integral de la competencias de los servidores universitarios.

#### 4.2.3 Control de documentos

La Facultad de Ciencias Médicas ha establecido un **Procedimiento Control de Documentos (código GC-PR-001)**, que define la elaboración, revisión, aprobación, actualización, distribución y almacenamiento de los documentos, para que sean utilizados de forma correcta.

#### 4.2.4 Control de registros

La Institución, cuenta con un **Procedimiento Control de Registros (código GC-PR-002)**, el mismo que establece la identificación, legibilidad, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención, disposición y recuperación de los registros, que permitan proporcionar evidencia objetiva de los requerimientos de la Norma ISO 9001:2008.

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Página 127 Fecha de Emisión: 16/04/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-001	

## 5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

### 5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN

La Dirección de la Facultad de Ciencias Médicas evidencia su compromiso con el desarrollo, implantación y eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad y con su mejora continua, aplicando lo que establece la Norma ISO 9001:2008, como es:


- Comunicando a los servidores universitarios la importancia de satisfacer tanto los requisitos de usuario como los legales y reglamentarios.
- Estableciendo una política y objetivos de calidad.
- Realizando el seguimiento del desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Asegurando la disponibilidad de recursos para el correcto desempeño de las actividades.

### 5.2 ENFOQUE AL CLIENTE

El compromiso de la Dirección con el cumplimiento de los requisitos del usuario, pone especial empeño en atender sus necesidades y expectativas, de igual forma utiliza mecanismos de retroalimentación que le permiten identificar los puntos de mejoramiento continuo y aumentar la satisfacción del usuario, mediante el **Procedimiento Atención de Reclamos e Inquietudes (código ARI-PR-001)**.

### 5.3 POLÍTICA DE CALIDAD

Los directivos y el personal administrativo de la Facultad de Ciencias Médicas, nos comprometemos a mejorar continuamente el desempeño institucional, el desarrollo del modelo administrativo, para lograr un servicio de calidad que nos permita satisfacer los requerimientos de la comunidad universitaria.

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Página 128 Fecha de Emisión: 16/04/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-001	

La Política de la Calidad ha sido socializada a todo el personal, está publicada en áreas estratégicas a nivel de toda la Institución.

## **5.4 PLANIFICACIÓN**


### **5.4.1 Objetivos de la Calidad**

La Facultad de Ciencias Médicas elabora el presente documento con los siguientes objetivos:

- Incrementar el nivel de satisfacción de la comunidad universitaria.
- Brindar a los usuarios un servicio con niveles óptimos de calidad.
- Cumplir con la normativa legal vigente que aplique a la Institución.
- Incrementar la productividad del personal administrativo de la Institución.
- Mantener un adecuado Sistema de Gestión de Calidad de la Institución.
- Optimizar los recursos que dispone la Institución.

### **5.4.2 Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad**

Con el propósito de mantener y mejorar los resultados a través de la realización de actividades basadas en procesos y sistemas que incrementen la eficacia y eficiencia, la Facultad de Ciencias Médicas ha implementado un Sistema de Gestión de la Calidad acorde con la Norma ISO 9001:2008, que le permita evidenciar su capacidad de brindar un servicio administrativo de calidad que cumpla con los requisitos que satisfagan a los usuarios y con los ordenamientos legales que sean aplicables.

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Página 129 Fecha de Emisión: 16/04/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-001	

## **5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN**

### **5.5.1 Responsabilidad y autoridad**


La Dirección de la Facultad de Ciencias Médicas dentro del Sistema de Gestión de la Calidad, define las responsabilidades y funciones para cada cargo a través de los perfiles de cargo y de los procedimientos e instructivos. Estas responsabilidades son conocidas y entendidas por todos los servidores.

Se ha definido un Organigrama Funcional, cuyo objetivo es dar a conocer la autoridad que corresponde a cada cargo.

### **5.5.2 Representante de la Dirección**

La Dirección de la Facultad de Ciencias Médicas designó el representante de la Dirección (ver Anexo C), a fin de que coordine y supervise la implantación y mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad, el cual tiene la responsabilidad y autoridad para tomar las medidas necesarias para:

- Asegurar que se establezcan, implementen y mantengan los procesos necesarios para desarrollar y aplicar el Sistema de Gestión de Calidad, a través de su participación y coordinación de las actividades requeridas por el mismo.
- Mantener informada a la Dirección de la Facultad de Ciencias Médicas sobre el desempeño del Sistema de Gestión de Calidad y de cualquier necesidad de mejora.
- Asegurar que se promueva y amplíe la toma de conciencia de los servidores de Facultad de Ciencias Médicas en todos los niveles, sobre la necesidad de mejorar la calidad de su trabajo por medio de un Sistema de Gestión de Calidad.

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Página 130 Fecha de Emisión: 16/04/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-001	

### 5.5.3 Comunicación interna

Se realiza mediante la participación abierta de todos sus servidores en reuniones que se efectúan mensualmente con la Dirección y los Jefes Departamentales, y estos a su vez con el personal a su cargo, donde se revisan asuntos relacionados con la administración y desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad tales como:

La Institución cuenta con internet banda ancha, correos electrónicos institucionales, página web, telefonía, comunicaciones internas, publicaciones de boletines o revistas como medios de comunicación

## 5.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN


### 5.6.1 Generalidades

Para mantener la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad, la Dirección de la Facultad de Ciencias Médicas ha dispuesto que mediante reuniones trimestrales o las veces que se requiera, se lleve a cabo una revisión formal del Sistema de Gestión de Calidad, en la cual se evalúen las oportunidades de mejora y el monitoreo del cumplimiento de la política y los objetivos de calidad, mediante el **Procedimiento Revisión por la Dirección (código RD-PR-001)**

### 5.6.2 Información para la revisión

En la revisión formal del sistema se incluirán los siguientes puntos:

- Resultados de Auditorías Internas.
- Retroalimentación de los usuarios.
- Desempeño de los procesos y conformidad del servicio a través de los indicadores de los procesos.

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Página 131 Fecha de Emisión: 16/04/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-001	

- Estado de acciones correctivas, preventivas y de mejora.
- Acciones de seguimiento y de revisiones previas.
- Recomendaciones de mejora.

### 5.6.3 Resultados de la revisión

Los resultados de las revisiones formales del sistema serán registrados en actas, en la que se asientan claramente las decisiones y acciones orientadas a mejorar la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad y sus procesos, la mejora del servicio en relación a los requisitos del usuario y los recursos requeridos para ello.

## 6. GESTIÓN DE RECURSOS

### 6.1 PROVISIÓN DE RECURSOS


La Dirección de la Facultad de Ciencias Médicas determina la asignación de los recursos necesarios para implementar y mantener el Sistema de Gestión de la Calidad, mejorar continuamente su eficacia; y, aumentar la satisfacción de los usuarios en función del cumplimiento de sus requisitos.

Las actividades desarrolladas por la Facultad de Ciencias Médicas, se encuentran detalladas en el Planificación Estratégica y en Presupuesto Anual, además se ha definidos el **Procedimiento Adquisición de Bienes, Servicios y Consultoría (código ADQ-PR-001)**.

### 6.2 RECURSOS HUMANOS

#### 6.2.1 Generalidades

El **Procedimiento Administración de Talento Humano (código TH-PR-001)**, indica la gestión que realiza la Dirección para que las competencias del talento humano fortalezcan a la prestación del servicio y a su vez el óptimo desempeño del Sistema

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Página 132 Fecha de Emisión: 16/04/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-001	

de Gestión de la Calidad. Estableciendo en los Perfiles de Cargo las competencias necesarias para los distintos cargos en términos de educación, formación, habilidades y experiencia, establecido en el Manual de Funciones.


### 6.2.2 Competencia, formación y toma de decisiones

Como indica el numeral anterior, se ha elaborado el **Procedimiento de la Administración de Talento Humano (código TH-PR-001)**, que proporcionará formación y entrenamiento al personal, para que tengan conciencia de la pertinencia e importancia del trabajo, responsabilidades y actividades, y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad.

### 6.3 INFRAESTRUCTURA

La Facultad de Ciencias Médicas determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del servicio. La infraestructura incluye:

- a) Edificios y espacios de trabajo: Oficinas ubicadas en la ciudad de Quito, en las calles Iquique 1421 y Sodiro, con el espacio suficiente para desarrollar las actividades institucionales.
- b) Equipos para los procesos: los equipos y programas informáticos utilizados para el desarrollo de las actividades, mediante el **Procedimiento de Administración y Uso de Recursos Informáticos (código MN-PR-001)**.
- c) El sistema informático para la gestión contable eSIPREN y esigef.
- d) Servicios de apoyo: página web, comunicación vía fax, correos electrónicos institucionales, carteleras.

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Página 133 Fecha de Emisión: 16/04/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-001	

- e) El uso de vehículos utilizados para la ejecución de las actividades que se desarrollan fuera de la Facultad de Ciencias Médicas es oportuna.

## 6.4 AMBIENTE DE TRABAJO

El área de Talento Humano anualmente medirá el ambiente de trabajo a través de las encuestas de Clima Laboral.

En el ámbito laboral se gestionará de acuerdo al Reglamento Interno de Trabajo, permitiendo el correcto desempeño de los servidores dentro de la organización y al Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional, que permitirá satisfacer las necesidades seguridad y comodidad.

## 7. REALIZACIÓN DEL SERVICIO


### 7.1 PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO

La Facultad de Ciencias Médicas para demostrar la capacidad para proporcionar servicios que cumplan con los objetivos de calidad y con los requisitos de los usuarios, que se encuentran dentro de los procesos: Expedición de Títulos Académicos (B.1.1), Elaboración de Documentos Académicos (B.1.2), Manejo de Comunicaciones Internas y Externas (B.2.1), Elaboración de Contratos de Servicios Docentes (C.1.1) y Soporte al Usuario (C.2.1).

Dentro de la planificación, la Dirección y el personal asignado a esta función han identificado:

- Los objetivos de calidad (5.4.1 del presente Manual) y los requisitos del servicio.



	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Página 134 Fecha de Emisión: 16/04/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-001	

- Los procesos, la documentación y los recursos necesarios.
- Las actividades requeridas para la verificación, validación, monitoreo, inspección para la realización del servicio.
- Los registros necesarios para proporcionar la evidencia de los procesos y el servicio cumple con los requisitos.

## 7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE

### 7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto

La Facultad de Ciencias Médicas ha desarrollado procedimientos que están relacionados con el usuario del servicio administrativo de acuerdo a sus requerimientos.


- **Procedimiento Atención de Reclamos e Inquietudes (código ARI-PR-001).**

Los requisitos legales y reglamentarios que la Facultad de Ciencias Médicas cumple, han sido establecidos por los organismos de control:

- Estatuto Universitario
- Reglamento Interno de la Facultad de Ciencias Médicas

### 7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto

La Facultad de Ciencias Médicas revisa los requisitos relacionados con el servicio de acuerdo a lo establecido en los procedimientos relacionados con el usuario del servicio de acuerdo a sus requerimientos como son: Expedición de Títulos Académicos (B.1.1), Elaboración de Documentos Académicos (B.1.2), Manejo de Comunicaciones Internas y Externas (B.2.1), Elaboración de Contratos de Servicios

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Página 135 Fecha de Emisión: 16/04/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-001	

Docentes (C.1.1) y Soporte al Usuario (C.2.1), en función a lo que establece la siguiente normativa:

- Estatuto Universitario
- Reglamento Interno de la Facultad

### 7.2.3 Comunicación con el cliente


La Facultad de Ciencias Médicas ha determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los usuarios, relativas a la información del servicio, solicitudes, retroalimentación del usuario, incluyendo quejas, mediante reuniones, cartas, correos electrónicos institucionales, llamadas telefónicas, carteleras. **Procedimiento Atención de Reclamos e Inquietudes (código ARI-PR-001)**

## 7.4 COMPRAS

### 7.4.1 Proceso de Compras

La Facultad de Ciencias Médicas a través de los responsables de Contratación Pública, Adquisiciones y de Control de Bienes, se asegura de disponer de insumos de oficina, equipos, infraestructura, mobiliario para el ejecución de las actividades operativas y de prestación de servicio, se incluye la consultoría, con el propósito de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios y sirvan de soporte para el funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad. **Procedimiento Adquisición de Bienes, Servicios y Consultoría (código ADQ-PR-001).**

### 7.4.2 Información de las compras

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Página 136 Fecha de Emisión: 16/04/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-001	

Se ha determinado el **Procedimiento para la Adquisición de Bienes, Servicios y Consultoría (código ADQ-PR-001)**, verificando las especificaciones de los insumos a comprar, establecidas en el Plan Anual de Abastecimiento Institucional.

#### 7.4.3 Verificación de los productos comprados


Para la verificación de la mercadería adquirida, la Facultad de Ciencias Médicas cuenta con el **Procedimiento Adquisición de Bienes, Servicios y Consultoría (código ADQ-PR-001)**, bajo las especificaciones de los requerimientos y necesidades solicitadas por los usuarios.

### 7.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO

#### 7.5.1 Control de la producción y de la prestación del producto

La Facultad de Ciencias Médicas planifica y lleva a cabo la prestación del servicio bajo condiciones controladas de los procesos administrativos: Expedición de Títulos Académicos (B.1.1), Elaboración de Documentos Académicos (B.1.2), Manejo de Comunicaciones Internas y Externas (B.2.1), Elaboración de Contratos de Servicios Docentes (C.1.1) y Soporte al Usuario (C.2.1), tomando en consideración:

- La disponibilidad de la información que describa las características del servicio.
- La disponibilidad de procedimientos o instructivos de trabajo
- El uso adecuado de equipos
- La disponibilidad y uso de dispositivos de monitoreo y medición
- El desarrollo de actividades de liberación y entrega

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Página 137 Fecha de Emisión: 16/04/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-001	

### 7.5.2 Validación de los procesos de la prestación del servicio

En el desarrollo de la prestación del servicio se debe verificar que el tiempo de respuesta en los trámites administrativos ha disminuido, que existe el compromiso de los directivos y servidores, demostrar un adecuado uso de materiales e insumos que dispone la institución, condiciones que generan la satisfacción en los usuarios.

Por esto, el **Procedimiento Atención de Reclamos e Inquietudes (código ARI-PR-001)**, constituyen el medio para validar la capacidad del servicio que brinda la Institución


Con el propósito de alcanza los resultados planificados en los objetivos de calidad, se consideran los indicadores planteados para los procesos de: Expedición de Títulos Académicos (B.1.1), Elaboración de Documentos Académicos (B.1.2), Manejo de Comunicaciones Internas y Externas (B.2.1), Elaboración de Contratos de Servicios Docentes (C.1.1) y Soporte al Usuario (C.2.1)

### 7.5.3 Identificación y trazabilidad

La Facultad de Ciencias Médicas para efectos de identificación y trazabilidad, cuenta con el Sistema de Gestión Documental QUIPUX, a través del cual se genera un número de hoja de ruta asignada para cada trámite.

Este sistema de información permite el registro, control, circulación y organización de los documentos digitales y o físicos que se envían y reciben la misma que puede ser interna o externa.

Además, se cuenta con el Sistema Académico Universitario SAU, que contiene datos académicos de los estudiantes; y, el Sistema Informático Integrado de Talento

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Página 138 Fecha de Emisión: 16/04/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-001	

Humano, que almacena información de los datos personales y profesionales de docentes y personal administrativo y de servicios.

#### **7.5.4 Propiedad de cliente**


La información que se mantiene como propiedad del cliente contempla: datos académicos de estudiantes (record académico, pensum, actas); datos generales de los contratos de servicios docentes (partida presupuestaria, tiempo de dedicación, asignaturas, fecha de inicio y finalización del contrato, remuneración); datos de gestión documental interna externa.

El Sistema de Documentación Estudiantil y el Sistema de Personal, identifican, verifican, y protegen la información de los usuarios.

#### **7.5.5 Preservación del producto**

La Facultad de Ciencias Médicas protege y preserva los documentos: actas de grado, notas, pensum de estudios, matrículas, libros de promociones, expedientes estudiantiles, contratos de docentes, expedientes de docentes, oficios, memorándums internos y externos.

La Institución cuenta con el Sistema Académico Universitario SAU, que contiene datos académicos de los estudiantes; y, el Sistema Informático Integrado de Talento Humano, que almacena información de los datos personales y profesionales de docentes y personal administrativo y de servicios.

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Página 139 Fecha de Emisión: 16/04/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-001	

## 8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

### 8.1 GENERALIDADES

La Facultad de Ciencias Médicas estableció métodos para el control de eficacia de los subprocesos administrativos relevantes, mediante indicadores de gestión, Anexo I.

### 8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN


#### 8.2.1. Satisfacción del cliente

Como una de las medidas del desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad, la Facultad de Ciencias Médicas realiza un seguimiento de la información relativa, a la percepción del usuario, con respecto al cumplimiento de sus requisitos, según lo establecido en el **Procedimiento Atención de Reclamos e Inquietudes (código ARI-PR-001)**. El responsable de cada proceso recopila la información, la analiza y gestiona.

#### 8.2.2. Auditoría Interna

La Facultad de Ciencias Médicas efectúa la primera auditoría interna según el **Procedimiento Auditoría Interna (código GP-PR-003)** para determinar si el Sistema de Gestión de la Calidad:

- a) Está conforme con las disposiciones planificadas (véase 7.1), con los requisitos de esta norma internacional ISO 9001:2008 y con los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad establecidos por la organización, y

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Página 140 Fecha de Emisión: 16/04/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-001	

b) Se ha implementado y se mantiene de manera eficaz

La Facultad de Ciencias Médicas ha planificado una auditoría interna tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas a auditar. Se han definido los criterios de auditoría, el alcance de la misma, su frecuencia y metodología.

La selección de los auditores y la realización de las auditorías aseguran la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría, en el procedimiento documentado antes mencionado se definen las responsabilidades y requisitos para la planificación y la realización de auditorías, para informar de los resultados y para mantener los registros.


### **8.2.3. Seguimiento y medición de procesos**

La Facultad de Ciencias Médicas ha aplicado métodos apropiados para el seguimiento, y cuando sea aplicable, la medición de los procesos para alcanzar los resultados planificados. Cuando no se alcancen los resultados planificados, se llevan a cabo acciones correctivas, según sea conveniente, para asegurar la conformidad del producto brindado al usuario.

Para cada proceso se describen los indicadores y los controles determinados en el **Anexo I**.

### **8.2.4. Seguimiento y medición del producto**

La Facultad de Ciencias Médicas hace una medición y un seguimiento de las características del producto para verificar que se cumplen los requisitos del mismo.

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Página 141 Fecha de Emisión: 16/04/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-001	

Esto se realiza en las etapas apropiadas del proceso de realización del producto de acuerdo con las disposiciones planificadas.

Se conserva la evidencia de conformidad con los criterios de aceptación del cliente firmando el correspondiente documento de acuerdo.

### 8.3 CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME

La Facultad de Ciencias Médicas cuenta con un procedimiento documentado para asegurar que los productos que no cumplen con los requisitos definidos, se identifique y controlen para prevenir su utilización o entrega no intencionada. Los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto No Conforme están establecidos en el **Procedimiento Control de Producto No Conforme (código GC-PR-004)**.


### 8.4 ANÁLISIS DE DATOS

La Dirección de la Institución y/o los Jefes de Unidades determinan, recopilan y analizan los datos para evaluar el Sistema de Gestión de Calidad, y determinar en dónde es posible realizar la mejora continua de la eficacia del mismo. Esto incluye los datos generados del resultado del seguimiento y medición de los procesos, mediante el **Procedimiento Revisión por la Dirección (código RD-PR-001)**

El análisis de los datos proporciona información sobre:

- La satisfacción del cliente
- La conformidad con los requisitos del producto



	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Página 142 Fecha de Emisión: 16/04/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-001	

- Las características y tendencias de los procesos y de los productos, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas, y
- Los proveedores

## 8.5 MEJORA

### 8.5.1 Mejora continua


Facultad de Ciencias Médicas mejora continuamente la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad mediante la aplicación de la política de la calidad, los objetivos de calidad, los resultados de las auditorias, el análisis de los datos, las acciones correctivas y preventivas y las revisiones hechas por las autoridades, en base a una mejora continua de los procesos.

### 8.5.2 Acción correctiva

La Facultad de Ciencias Médicas cuenta con un procedimiento documentado que establece el método para llevar a cabo las acciones correctivas y para eliminar las causas de No Conformidades, con el objeto de prevenir que vuelva a ocurrir.

El **Procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas (código GC-PR-005)** define los requisitos para:

- Revisar las No Conformidades (incluyendo las quejas de los clientes)
- Determinar las causas de las No Conformidades
- Evaluar las necesidades de adoptar acciones para asegurar de que las No Conformidades vuelvan a ocurrir.

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Página 143 Fecha de Emisión: 16/04/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-001	


- Determinar e implementar las acciones necesarias,
- Registrar los resultados de las acciones tomadas, asegurando que estas sean apropiadas a los efectos de las No Conformidades detectadas.
- Revisar la eficacia de las acciones correctivas tomadas

### 8.5.3 Acción preventiva

La Institución determina acciones para eliminar las causas de No Conformidades potenciales y para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas son apropiadas para corregir los problemas potenciales.

Se tiene establecido un procedimiento documentado para **Acciones Preventivas (código GC-PR-005)** que define los requisitos para:


- Determinar las No Conformidades potenciales y causas,
- Evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de No Conformidades,
- Determinar e implementar las acciones necesarias,
- Registrar los resultados de las acciones tomadas
- Revisar las acciones preventivas tomadas.
- Evaluar la eficacia de la acciones preventivas tomadas

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	Página 144 Fecha de Emisión: 10/06/2014 Revisión: 00 Fecha de Revisión:
	Código: GC-MN-002	

ANEXO E -Manual de Procedimientos


# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Cargo:	Representante de la Dirección:	Decano:
Firma	Firma:	Firma:

	<b>PROCEDIMIENTO REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: RD-PR-01	Página 145


# PROCEDIMIENTO REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Cargo:	Representante de la Dirección:	Decano
Firma	Firma:	Firma:

	<b>PROCEDIMIENTO REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: RD-PR-01	Página 146

## CONTENIDO

1. Objetivo
2. Alcance
3. Referencias
4. Definiciones
5. Descripción de las actividades
6. Responsabilidad y Autoridad
7. Registros

	<b>PROCEDIMIENTO REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: RD-PR-01	Página 147

## 1. OBJETIVO

Definir la metodología para la revisión las actividades del Sistema de Gestión de la Calidad para asegurar su efectividad y actualización e introducir los cambios o mejorar necesarias.

## 2. ALCANCE


Aplica a los procedimientos relacionados con el Sistema de Gestión de la Calidad, inicia con la planificación de actividades para la revisión hasta él envío y archivos de las actas de las modificaciones realizadas por La Dirección.

## 3. REFERENCIAS

- Manual de Gestión de la Calidad
- Manual de Procedimientos
- Norma ISO 9001: 2008 “Sistemas de Gestión de la Calidad - Requisitos”

## 4. DEFINICIONES


TÉRMINO	DEFINICIÓN
<b>ALTA DIRECCIÓN</b>	Persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel de una organización.
<b>COMITÉ DE CALIDAD</b>	Grupo de personas que trabajan en pro de la calidad dentro de la Institución.
<b>REVISIÓN</b>	Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia del tema objeto, para alcanzar los objetivos establecidos.
<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan para establecer la política y los objetivos y cumplirlos. Para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

	<b>PROCEDIMIENTO REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: RD-PR-01	Página 148

## 5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

No.	PROCEDIMIENTO
5.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Representante de la Dirección elabora y difunde a los participantes el cronograma de revisión del Sistema de Gestión de la Calidad.</li> </ul>
5.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Representante de la Dirección recopila la siguiente documentación necesaria para la revisión: resultados de Auditorías Internas, retroalimentación de los usuarios, desempeño de los procesos y conformidad del servicio a través de los indicadores del proceso, estado de acciones correctivas, preventivas y de mejora, acciones de seguimiento y de revisiones previas, cambios que podrían afectar al Sistema de Gestión de Calidad, recomendaciones de mejora.</li> </ul>
5.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La Comisión de la Calidad la Calidad analiza la documentación y de ser necesario se incluye comentarios.</li> </ul>
5.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El líder de la Comisión de la Calidad, convoca con toda oportunidad a los participantes a la reunión de la revisión por la dirección que está dispuesta por la autoridad competente que se lleve a cabo semestralmente o las veces que se requiera, en donde se fijará día, fecha, lugar y un orden del día.</li> </ul>
5.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En la reunión el Representante de la Dirección realiza la presentación de la información recopilada y analizada por la Comisión de la Calidad.</li> </ul>
5.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Todos los participantes en la reunión analizan y comentan las propuestas al Sistema de Gestión de Calidad, los resultados de los indicadores, las metas no cumplidas, las causas respectivas y se determinan las acciones correctivas y preventivas correspondientes estableciendo las fechas de cumplimiento de las mismas.</li> </ul>
5.7	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Director de la Calidad revisa el acta elaborada por el Líder de la Comisión de la Calidad, de ser necesario se realiza las correcciones del caso.</li> </ul>
5.8	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Líder de la Comisión de la Calidad entrega a cada participante una copia del acta de la reunión de la revisión por la Dirección.</li> </ul>
5.9	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las actualizaciones que se realizarán y los registros de las mismas deben ser responsabilidad del Líder de Calidad, de la misma manera responsabilizarse de que se cumplan los plazos de implantación de cualquier acción que se decida llevar a cabo en la reunión.</li> </ul>

## 6. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

	<b>PROCEDIMIENTO REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: RD-PR-01	Página 149

- El responsable de planificar, ejecutar y controlar de este procedimiento es el Representante de la Dirección y Coordinador Administrativo.

## 7. REGISTROS

**RD-RG-001** REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

## 8. ANEXOS

**RD-RG-001** REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

ELEMENTO DE REVISIÓN	ANÁLISIS	ACCIONES	RESPONSABLES	FECHA DE SEGUIMIENTO
Política de la Calidad				
Objetivo General				
Objetivo de la Calidad				
Resultados de Auditoría				
Retroalimentación de los clientes				
Desempeño de los procesos				
Acciones Correctivas				
Acciones Preventivas				





**PROCEDIMIENTO REVISIÓN POR LA  
DIRECCIÓN**

Fecha de Emisión:  
10/06/2014

150

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Fecha de Revisión: 00

Código: RD-PR-01

Página 150

**9. REGISTROS DE CAMBIOS**

<b>FECHA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>PÁGINA</b>



**PROCEDIMIENTO PARA ELABORACIÓN  
DE DOCUMENTOS**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Código: GC-PR-01

Fecha de Emisión: 10/06/2014


Revisión: 00

Página 151

151


# PROCEDIMIENTO PARA ELABORACION DE DOCUMENTOS

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Cargo:	Representante de la Dirección:	Decano:
Firma	Firma:	Firma:

	<b>PROCEDIMIENTO PARA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014	152
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Revisión: 00	
	Código: GC-PR-01	Página 152	

## CONTENIDO

1. Objetivo
2. Alcance
3. Referencias
4. Definiciones
5. Descripción de las actividades
6. Responsabilidad y Autoridad
7. Registros de Cambios

	<b>PROCEDIMIENTO PARA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Revisión: 00
	Código: GC-PR-01	Página 153

## 1. OBJETIVO

Este procedimiento define el formato para elaborar todos los documentos que son parte del Sistema de Gestión de la Calidad.

## 2. ALCANCE


Este procedimiento se aplica a todos los documentos que son parte del Sistema de Gestión de Calidad, los cuales se encuentran detallados en la **Lista Maestra de Documentos, código GC-RG-001**

## 3. REFERENCIAS

- Norma ISO 9001: 2008 “Sistemas de Gestión de la Calidad - Requisitos”
- Norma ISO 9000: 2005 “Sistemas de Gestión de la Calidad - Fundamentos y Vocabulario”
- Manual de Procedimientos
- Manual de Gestión de la Calidad




## 4. DEFINICIONES

TÉRMINO	DEFINICIÓN
<b>MANUAL</b>	Relaciona un conjunto de procesos y procedimientos. Ejemplo: Manual de Calidad.
<b>PROCESO</b>	Relaciona uno o más procedimientos, instructivos y registros
<b>DOCUMENTO</b>	Es aquel que se define en la Lista Maestra de Documentos y está en forma escrita o en archivos digitales, video, fotografías, grabaciones.
<b>PROCEDIMIENTO</b>	Forma especificada para llevar a cabo una actividad o proceso.
<b>INFORME</b>	Es un documento en el que se dan a conocer ordenadamente los resultados de un trabajo

	<b>PROCEDIMIENTO PARA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Revisión: 00
	Código: GC-PR-01	Página 154

TÉRMINO	DEFINICIÓN
REGISTRO	Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
INSTRUCTIVO	Son un conjunto de pasos que describen una actividad específica.
REPORTE	Documento en el cual se reflejan los totales de las operaciones diarias, semanales, quincenales, mensual o anual con base en la realización de una actividad o tarea.

## 5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

SUBPROCESO: Elaboración de Documentos						
No.	PROCEDIMIENTO					
5.1	<p><b>Elaboración de documentos: Procedimientos, Manuales e Instructivos, se debe considerar:</b></p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">  </td> <td><b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b></td> <td>Fecha de Emisión: dd/mm/aaaa Revisión: 00</td> </tr> <tr> <td>Código: AA-TT-NNN</td> <td>Fecha de revisión: dd/mm/aaaa Página N de M</td> </tr> </table> <p><b>Primera Página</b></p> <p><b>Cabecera:</b> Se utiliza el siguiente diseño  <b>Logotipo:</b> Se utiliza el logotipo vigente de la Institución</p> <p><b>Nombre del documento:</b> es el nombre con cual se identifica el documento.</p> <p><b>Página N de M:</b> donde N es el número de página actual y M es el total de páginas del documento.</p> <p><b>Fecha de Emisión:</b> Es la fecha en que fue realizado el documento por primera vez.</p> <p><b>Revisión:</b> es el número secuencial que se asigna a cada revisión del documento, consta de dos dígitos; a la creación del documento es la revisión 01, se incrementa en uno si el dueño del proceso realiza cambios y estos son aprobados por gerencia.</p> <p><b>Fecha de revisión:</b> fecha en la que el documento es modificado. El formato a utilizar es dd/mm/aaaa, donde:</p> <p>dd Es el día  mm Es el mes  aaaa Es el año con sus cuatro dígitos</p>		<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>	Fecha de Emisión: dd/mm/aaaa Revisión: 00	Código: AA-TT-NNN	Fecha de revisión: dd/mm/aaaa Página N de M
	<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>		Fecha de Emisión: dd/mm/aaaa Revisión: 00			
	Código: AA-TT-NNN	Fecha de revisión: dd/mm/aaaa Página N de M				



**PROCEDIMIENTO PARA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS**

Fecha de Emisión: 10/06/2014

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Revisión: 00

Código: GC-PR-01

Página 155

**Código:** La codificación es de acuerdo al siguiente formato:

**AA-TT-NNN**

Donde:

**AA** es el proceso a ser descrito, al cual pertenece el documento. Se ha codificado de la siguiente manera:

**Estratégicos:**

- DE Direccionamiento Estratégico
- GC Gestión de Calidad

**Claves:**

- DO Docencia
- IV Investigación
- VC Vinculación con la Colectividad

**Apoyo:**

- TH Gestión de Talento Humano
- GF Gestión Financiera
- JL Gestión Jurídica Legal
- GT Gestión Tecnológica

**TT** es el tipo de documento el cual se codifica de la siguiente manera:

- OP Política
- RS Resolución
- MN Manual
- PC Proceso
- PR Procedimiento
- IN Instructivo
- RG Registro
- IF Informe
- RP Reporte

**NNN** es el número de creación de los documentos en cada proceso y del tipo del documento el cual debe ser secuencial, lo controla y genera el dueño del proceso bajo asesoría del Coordinador Administrativo.

**Nombre del Documento:** es el nombre centrado en la hoja con el siguiente formato: Arial, 26, Negrilla.

**Pie de Página:** se utiliza el siguiente diseño:

Elaborado por: Cargo	Revisado por: Representante de la Dirección	Aprobado por: Dirección
Firma:	Firma:	Firma:

**Donde:**

**Elaborador por:** es la persona que elabora el documento, se coloca el cargo.

**Revisado por:** es la persona que revisa el documento

**Aprobado por:** es la persona que aprueba el documento

**Segunda Página**



**PROCEDIMIENTO PARA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Código: GC-PR-01

Fecha de Emisión: 10/06/2014

Revisión: 00

Página 156

Todo documento presenta la siguiente estructura escrita en Arial, 12, normal:

1. Objetivo
2. Alcance
3. Referencias
4. Definiciones
5. Descripción de actividades
6. Responsabilidad y Autoridad
7. Registros
8. Anexos
9. Registros de Cambios

**Donde:**

**Objetivo:** describe para qué sirve el documento.

**Alcance:** describe que procesos o a quien(es) aplica el documento.

**Referencias:** describe los documentos que están relacionados con el documento desarrollado

**Definiciones:** diccionario de los términos usados en el documento

**Descripción de actividades** es la descripción detallada, ordenada y sistemática de los pasos necesarios que se requiere para cumplir un procedimiento, instructivo o manual.

**Responsabilidad y Autoridad:** describe quien(es) es(son) responsable de elaborar, revisar, aprobar y cumplir el documento.

**Registros:** listado de los documentos utilizados como gráficos, formularios, tablas, registros

**Anexos:** conjunto de documentos utilizados como: gráficos, formularios, tablas, registros, reportes, informes utilizados en el documento.

**Elaboración de documentos: Registros, Informes y Reporte**

Cabecera: se utiliza el siguiente formato:

	<b>NOMBRE DEL REGISTRO O INFORME O REPORTE</b>	Fecha de Emisión: dd/mm/aaaa Revisión: n Fecha de revisión: dd/mm/aaaa
	Código: AA-TT-NNN	


**5.2**

Todo registro debe contener la siguiente información:

Logotipo, Nombre del Registro, Fecha de Emisión, Revisión, Fecha de Revisión y Código. Los cuales deben ser llenados de acuerdo.

El contenido del registro es de acuerdo a las necesidades de quien lo elabora y dependiendo de la dificultad se realiza el instructivo de llenado correspondiente.

Los registro no se incluyen en procedimientos solo se los referencia en tabla de ANEXOS:

	<b>PROCEDIMIENTO PARA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Revisión: 00
	Código: GC-PR-01	Página 157


## 6. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

- El responsable de elaborar este documento es el Coordinador Administrativo.
- El responsable de revisar este documento es el Representante de la Dirección.
- La aprobación de este documento es responsabilidad de la autoridad competente para el Sistema de Gestión de Calidad.
- La responsabilidad de cumplir este procedimiento es de todo el personal de la Facultad de Ciencias Médicas.

## 7. REGISTROS DE CAMBIOS

FECHA	DESCRIPCIÓN	PÁGINA



	<b>PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE DOCUMENTOS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-02	Página 158

# PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE DOCUMENTOS

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Cargo:	Representante de la Dirección:	Decano:
Firma	Firma:	Firma:



**PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE DOCUMENTOS**

Fecha de Emisión: 10/06/2014

159

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**


Fecha de Revisión: 00

Código: GC-PR-02

Página 159

## **CONTENIDO**

1. Objetivo
2. Alcance
3. Referencias
4. Definiciones
5. Descripción de las actividades
6. Responsabilidad y Autoridad
7. Registros
8. Anexos
9. Registros de Cambios

	<b>PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE DOCUMENTOS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-02	Página 160

## 1. OBJETIVO

Definir un procedimiento para revisar, aprobar y actualizar los documentos que son parte del Sistema de Gestión de la Calidad de la Facultad de Ciencias Médicas.

## 2. ALCANCE

Aplica a todos los documentos que son parte del Sistema de Gestión de Calidad, los cuales se encuentran detallados en la Lista Maestra de Documentos.

## 3. REFERENCIAS

- Norma ISO 9001: 2008 “Sistemas de Gestión de la Calidad - Requisitos”
- Norma ISO 9000: 2005 “Sistemas de Gestión de la Calidad - Fundamentos y Vocabulario”
- Manual de Gestión de la Calidad
- Manual de Procedimientos

## 4. DEFINICIONES

TÉRMINO	DEFINICIÓN
<b>DOCUMENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	Es la propia información y su medio de soporte, referida al Sistema de Gestión de la Calidad.
<b>DOCUMENTO CONTROLADO</b>	Todos los documentos generados que forman parte del Sistema de Gestión de la Calidad, sujetos de actualización cuando el original sufra cambios.
<b>DOCUMENTO NO CONTROLADO</b>	Es aquel que no es controlado en su distribución y por lo tanto no requiere ser actualizado cuando el original sufra cambios.
<b>DOCUMENTO OBSOLETO</b>	Documento cuyo tiempo de uso y de servicio al Sistema de Gestión de la Calidad haya terminado.
<b>LISTA MAESTRA DE DOCUMENTOS Y REGISTROS</b>	Registro que contiene todos los documentos de procesos y procedimientos.
<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Documento que especifica el Sistema de Gestión de la Calidad.
<b>FORMATO</b>	Documentos sin datos, que una vez completados originarán los registros del Sistema de Gestión de la Calidad.
<b>REGISTRO</b>	Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
<b>REPORTE</b>	Documento donde se refleja los totales de las operaciones diarias, semanales, quincenales, mensual o anual con base en la realización de una actividad o tarea.



**PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE DOCUMENTOS**

Fecha de Emisión: 10/06/2014

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Fecha de Revisión: 00

Código: GC-PR-02

Página 161

161

**5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES**

<b>SUBPROCESO: Control de Documento</b>	
<b>No.</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
<b>1</b>	El Comisión de la Calidad se reúne y analiza los documentos que se deben generar para el normal funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad.
<b>2</b>	<p>Los documentos deben regirse al siguiente formato de encabezado: Logotipo, Nombre del Documento, Institución, Código del Documento, Fecha de creación, Código de Revisión, Número de Página. En el pie de página: Elaborado, Revisado y aprobado haciendo constar el nombre, firma, cargo y fecha de cada uno.</p> <p>El Manual de Calidad tiene la siguiente estructura: Contenido 1. Generalidades, 1.1 Objetivos del Manual de Calidad, 1.2 Alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, 1.3 Exclusiones, 1.4 Lineamientos para el uso del Manual de Gestión de la Calidad, 1.5 Presentación de la Institución, 1.5.1 Antecedentes, 1.5.2 Servicios, 1.5.3 Direccionamiento Estratégico, 1.5.4 Misión, 1.5.5 Visión, 1.5.6 Estructura Organizacional, 2. Referencia Normativas, 3. Términos y Definiciones, 4. Sistema de Gestión de la Calidad, 5. Responsabilidad de la Dirección, 6 Gestión de Recursos, 7 Realización del Producto, 8. Análisis y Mejora.</p> <p>El Manual de Procedimientos tiene la siguiente estructura: Lista de Contenido, Control de Cambios, 1. Objetivo, 2. Alcance, 3. Referencias, 4. Términos y Definiciones, 5. Descripción de Actividades, 6. Diagrama de Flujos, 7. Responsabilidades, 8. Registros, 9. Anexos.</p>
<b>3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El responsable del proceso somete al documento a una revisión por parte del Coordinador de la Calidad, quien verifica que el contenido del documento cumpla con las especificaciones establecidas.</li> <li>▪ Si el documento cumple con los requerimientos de elaboración citados en este procedimiento lo registra para su aprobación.</li> </ul>
<b>4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Una vez revisado el documento, es aprobado por la autoridad competente para el correcto funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad, según lo establecido en la Norma ISO 9001:2008.</li> <li>▪ Si es aprobado, el responsable del proceso recolecta las firmas de elaboración, revisión y aprobación del documento.</li> <li>▪ El responsable del proceso envía el documento al Coordinador Administrativo por correo electrónico y una copia en impreso.</li> </ul>
<b>5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Coordinador Administrativo registra el documento aprobado en el Formato para el Control de Información (código GC-RG-01).</li> <li>▪ Una vez registrado el documento aprobado se procede a actualizar la Lista Maestra de Documentos (código GC-RG-02) y publicarlo en cartelera.</li> </ul>
<b>6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El responsable del proceso difunde el documento a todos los colaboradores involucrados mediante:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Reuniones de trabajo: se da a conocer el manejo del documento, quedando como constancia el listado de asistencia.</li> <li>b) Memorando: quedando como constancia el registro de firmas de recibido del documento para el uso.</li> </ul> </li> <li>▪ El Coordinador Administrativo mantiene los registros de listas de asistencia y memorandos generados.</li> </ul>



**PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE DOCUMENTOS**

Fecha de Emisión: 10/06/2014

162

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Fecha de Revisión: 00

Código: GC-PR-02

Página 162

No.	PROCEDIMIENTO
7	<ul style="list-style-type: none"><li>En el caso de modificación del documento, el responsable del proceso realiza una solicitud por correo electrónico a la autoridad competente, explicando que cambio se requiere hacer en el documento.</li><li>La autoridad competente revisa el requerimiento, si es debidamente justificado reenvía el correo electrónico al Coordinador Administrativo con copia al solicitante, notificando su aprobación. Caso contrario notifica al solicitante la negación del pedido o responde con comentarios pertinentes.</li><li>El responsable del proceso registra la nueva versión del documento en el encabezado del documento y registra la documentación en la hoja de Control de Cambios.</li><li>Cuando se cuenta con la aprobación de la modificación del documento, el Coordinador del Sistema de Gestión de la Calidad, actualiza la Lista Maestra de Documentos (códigoGC-RG-02) y a través de la red en el servidor en la carpeta SGC FCM Documentación.</li><li>Los impresos obsoletos de los documentos del SGC son recolectados al momento de entregar la nueva versión, los mismos que son destruidos y queda solo la última versión disponible en áreas a las que se distribuyó, estos impresos tendrán la firma original de aprobación.</li><li>Los documentos electrónicos obsoletos son colocados en una carpeta que dice obsoletos de la carpeta SGC FCM Documentación</li></ul>
8	El responsable del proceso conjuntamente con el Coordinador Administrativo, revisan anualmente todos los documentos del SGC con la finalidad de asegurar su adecuación de haber cambios, caso contrario únicamente se actualiza el nivel de revisión del documento.
9	El responsable del proceso conjuntamente con el Coordinador Administrativo elaboran documentos internos en concordancia con los requerimientos de cada proceso, para su control, estos documentos se registran en el Control de Documentos Internos.
10	El Coordinador de calidad y/o la autoridad competente son los encargados de asegurar que los documentos sean de fácil acceso a todo el personal de la Institución y se encuentran identificados de acuerdo a lo establecido de acuerdo al numeral 2 de este procedimiento.

**6. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD**

- El responsable de elaborar este documento es del responsable del proceso.





**PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE DOCUMENTOS**

Fecha de Emisión: 10/06/2014

164

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Fecha de Revisión: 00

Código: GC-PR-02

Página 164

**GC-RG-02 LISTA MAESTRA DE DOCUMENTOS**

<b>COD.</b>	<b>DOCUMENTO SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD</b>

**GC-RG-03 ASISTENCIA A EVENTOS DE CAPACITACIÓN**

<b>DIRIGIDO A:</b>		
<b>FECHA:</b>	<b>DURACIÓN:</b>	
<b>RESPONSABLE</b>		
<b>No. CONVOCATORIA</b>		
<b>TEMA DEL EVENTO</b>		
<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>PROCESO</b>	<b>FIRMA</b>

**GC-RG-03 CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS**

REF: Memorando SGC-FCM-01					
<b>DOCUMENTO</b>	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO</b>	<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	<b>USUARIO DEL DOCUMENTO</b>	<b>PROCESO</b>	<b>CARGO</b>



**PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE DOCUMENTOS**

Fecha de Emisión: 10/06/2014

165

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Fecha de Revisión: 00

Código: GC-PR-02

Página 165

**9. REGISTROS DE CAMBIOS**

<b>FECHA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>PÁGINA</b>





**PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE  
REGISTROS**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Código: GC-PR-003

Fecha de Emisión: 10/06/2014


Fecha de Revisión: 00

Página 166

166


# PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE REGISTROS

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Cargo:	Representante de la Dirección:	Decano:
Firma	Firma:	Firma:

	<b>PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE REGISTROS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-003	Página 167

## CONTENIDO

1. Objetivo
2. Alcance
3. Referencias
4. Definiciones
5. Descripción de las actividades
6. Responsabilidad y Autoridad
7. Registros
8. Anexos
9. Registro de Cambios

	<b>PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE REGISTROS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-003	Página 168

## 1. OBJETIVO

Este procedimiento define la manera de aprobar, revisar, actualizar los registros, del Sistema de Gestión de la Calidad de la Facultad de Ciencias Médicas.

## 2. ALCANCE


Inicia con el aseguramiento de la legalidad de los registros y termina con la revisión de los mismos. Aplica a todos los registros que se encuentran en la Lista Maestra de Registros documentos que son parte del Sistema de Gestión de Calidad.

## 3. REFERENCIAS

- Norma ISO 9001: 2008 “Sistemas de Gestión de la Calidad - Requisitos”
- Norma ISO 9000: 2005 “Sistemas de Gestión de la Calidad - Fundamentos y Vocabulario”
- Manual de Gestión de la Calidad
- Manual de Procedimientos

## 4. DEFINICIONES

TÉRMINO	DEFINICIÓN
ALMACENAMIENTO	Lugar físico o dispositivo electrónico o impreso don se encuentra el registro.
DISPOSICIÓN	Destino final del registro y se relaciona con su archivo o eliminación.
IDENTIFICACIÓN	Nombre y/o código con que se reconoce cada registro
PROTECCIÓN	Asegurar la integridad del registro mientras dure su periodo de utilidad.


	<b>PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE REGISTROS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-003	Página 169

<b>RECUPERACION</b>	Facilidad de acceso al registro y a la información contenida en él, teniendo en cuenta su clasificación y localización.
<b>REGISTRO</b>	Documentos que presentan resultados obtenidos o proporcionan evidencias de actividades desempeñadas. Un registro no es sujeto de cambio.
<b>FORMATO</b>	Documentos sin datos, que una vez completados originarán los registros del Sistema de Gestión de la Calidad.

TÉRMINO	DEFINICIÓN
<b>TIEMPO DE RETENCIÓN</b>	Período en que el registro estará contenido dentro de un archivo impreso o magnético.
<b>VIGENCIA</b>	Tiempo de retención de un registro que requiere ser archivado de manera permanente.

## 5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

<b>SUBPROCESO: Control de Registros</b>	
No.	PROCEDIMIENTO
<b>5.1</b>	El responsable del documento, imprime los registros para asegurar que los mismos sean legibles, claros y completos.
<b>5.2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El responsable de la elaboración de los documentos, al generar o modificar un registro asociados a los mismos, lo identifica de las siguientes formas: Nombre y código.</li> <li>▪ El Coordinador Administrativo administra el Control de Registros.</li> <li>▪ Si un formato sufre alguna modificación, el responsable envía copia del formato actualizando a los usuarios correspondientes y al Líder de Calidad, quien a su vez, procede a actualizarlo en el Manual de Procedimientos.</li> </ul>
<b>5.3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Coordinador Administrativo conjuntamente con los responsables, almacenan los registros en dispositivos y equipos, los mismos son debidamente identificados y organizados de manera alfabética y cronológica.</li> <li>▪ Cuando se requiere archivar en forma permanente un registro, su tiempo de retención se define con la leyenda vigente.</li> </ul>
<b>5.4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los jefes departamentales son los responsables de la integridad y seguridad de los registros generados por el personal a su cargo, de esta manera se evita que puedan ser sustraídos, dañados, perdidos o deteriorados.</li> </ul>
<b>5.5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El responsable de la generación de los registros, clasifica físicamente por nombre, fecha, tipo de información o cualquier forma conveniente para los usuarios, así mismo los ubica en sitios accesibles al personal que necesitan para el desarrollo de su gestión.</li> </ul>

	<b>PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE REGISTROS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-003	Página 170

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es necesario aclarar que si el registro es requerido por personal externo, requiere autorización del Jefe Departamental.</li> </ul>
<b>5.6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los jefes departamentales analizan cada tipo de registro y determinan el período que se guardará el registro.</li> </ul>
<b>5.7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los jefes departamentales, de acuerdo a su uso dispone del destino final, archivo permanente o eliminación del registro, sujetándose a las definiciones de la ley.</li> <li>▪ El registro puede ser eliminado por el responsable de su generación cuando haya cumplido el tiempo de retención.</li> </ul>
<b>5.8</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El responsable de cada procedimiento, depura al menos una vez al año su archivo de registros a fin de disponer de aquellos que hayan cumplidos su tiempo de retención o vigencia.</li> </ul>

## 6. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD


El responsable de aprobar del documento, el líder del Comité de la Calidad.

- El responsable de proteger la integridad y seguridad, determinar el tiempo de retención y disponer el destino final de los registros, es el jefe departamental.
- El responsable de asegurar la legibilidad, identificación, almacenamiento y depuración de los registro, es el responsable del registro.

## 7. REGISTROS

**GR-PR-01** CONTROL DE REGISTROS

**GR-PR-02** LISTA MAESTRA DE REGISTROS

	<b>PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE REGISTROS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-003	Página 171

## 8. ANEXOS

### GR-PR-01 CONTROL DE REGISTROS

CONTROL DE REGISTROS					
Código: MPROC-J1-01					
Ref.					
NOMBRE DEL REGISTRO	CÓD.	USUARIO DEL REGISTRO	PROCESO	CARGO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN

### GR-PR-01 LISTA MAESTRA DE REGISTROS

COD.	REGISTRO SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD



**PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE  
REGISTROS**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Código: GC-PR-003

Fecha de Emisión: 10/06/2014


Fecha de Revisión: 00

Página 172

172

**9. REGISTROS DE CAMBIOS**

<b>FECHA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>PÁGINA</b>


	<b>PROCEDIMIENTO AUDITORÍA INTERNA</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-05	Página 173

173

# PROCEDIMIENTO AUDITORIA INTERNA


Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Cargo:	Representante de la Dirección :	Decano:
Firma	Firma:	Firma:



	<b>PROCEDIMIENTO AUDITORÍA INTERNA</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-05	Página 174

## CONTENIDO

1. Objetivo
2. Alcance
3. Referencias
4. Definiciones
5. Descripción de las actividades
6. Responsabilidad y Autoridad
7. Registros
8. Anexos
9. Registros de Cambios

	<b>PROCEDIMIENTO AUDITORÍA INTERNA</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-05	Página 175

## 1. OBJETIVO

Planificar y establecer los requisitos que permitan realizar auditorías internas las cuales forman parte del Sistema de Gestión de Calidad de la Facultad de Ciencias Médicas.

## 2. ALCANCE


Este procedimiento inicia con la selección de los auditores internos hasta el cierre y verificación de eficacia de las acciones tomadas.

## 3. REFERENCIAS

- Norma ISO 9001: 2008 “Sistemas de Gestión de la Calidad - Requisitos”
- Norma ISO 9000: 2005 “Sistemas de Gestión de la Calidad- Fundamentos y Vocabulario”
- Manual de Gestión de la Calidad
- Manual de Procedimientos

## 4. DEFINICIONES


TÉRMINO	DEFINICIÓN
<b>ACCIÓN CORRECTIVA</b>	Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.
<b>AUDITADO</b>	Organización u área de la organización que es auditada.
<b>AUDITOR</b>	Persona calificada para realizar una auditoría de calidad.
<b>AUDITORIA</b>	Proceso sistemático independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.
<b>CRITERIOS DE AUDITORIA</b>	Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencia, manual de calidad –norma.
<b>EQUIPO AUDITOR</b>	Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría.
<b>EVIDENCIA DE AUDITORIA</b>	Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables.

	<b>PROCEDIMIENTO AUDITORÍA INTERNA</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-05	Página 176

TÉRMINO	DEFINICIÓN
<b>NO CONFORMIDAD</b>	Incumplimiento de un requisito de la Norma ISO 9001: 2008.
<b>HALLAZGOS DE AUDITORIA</b>	Resultados de la evaluación de la evidencia de auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.
<b>PROGRAMA DE AUDITORIA</b>	Conjunto de una o más auditorias planificadas para un período determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

SUBPROCESO: Auditoría Interna	
No.	PROCEDIMIENTO
5.1	<b>a) Formación del Equipo Auditor</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El representante de la Dirección, una vez al año coordina el curso para formación de Auditores Internos de Calidad.</li> <li>▪ Se convoca vía memorando al personal que sea necesario capacitar o actualizar sobre el tema de auditoría</li> </ul>
5.2	<b>b) Preparación de la auditoría</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El representante de la Dirección selecciona el equipo auditor y designa un auditor líder, el cual se encargará de coordinar y programar todas las actividades que se realizar en el transcurso de la auditoría.</li> <li>▪ El auditor líder comunica por escrito a los responsables de las áreas a ser auditadas, invitándoles a participar en la reunión de apertura y comunicando el programa de auditoría con 5 días de anticipación.</li> </ul>
5.3	<b>c) Ejecución de la auditoría</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El auditor líder inicia la auditoría con una reunión de apertura.</li> <li>▪ Cada uno de los miembros del equipo auditor procede con la auditoría en los distintos lugares de trabajo. En el sitio de auditoría, se verifica el cumplimiento de las disposiciones dadas para el SGC. El auditor anota sus hallazgos.</li> <li>▪ El auditor comunica al auditado si se encuentra una no conformidad.</li> <li>▪ El auditor líder y los auditores en una reunión de enlace exponen sus hallazgos o desviaciones encontradas, las cuales deben ser firmadas tanto por el auditor como por la persona auditada.</li> <li>▪ El auditor líder en la reunión de cierre de auditoría, presenta un informe oral de los resultados que resume el proceso de auditoría, en el cual se mencionan los reportes de No Conformidades levantadas al sistema de calidad.</li> </ul>
5.4	<b>d) Informe de resultados de auditoría</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Una vez que finalizada la auditoría interna, el Auditor genera el Informe de Auditoría, (código GC-RG-05), donde se adjunta los formatos correspondientes a las no conformidades encontradas y las acciones correctivas acordadas.</li> <li>▪ El informe de Auditoría se enviará al Representante de la Dirección para su conocimiento e ingreso en el archivo para efectos de seguimiento y control.</li> </ul>


## 5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

	<b>PROCEDIMIENTO AUDITORÍA INTERNA</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-05	Página 177

No.	PROCEDIMIENTO
5.5	<b>e) Análisis de causas y acciones correctivas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los auditados realizan el análisis de causa y proponen las acciones correctivas para las No Conformidades como se describe en el Procedimiento para Acciones Correctivas, (código GC-PR-05), en el lapso de 10 días laborables. El responsable de área se asegura que se tomen acciones sin demora para eliminar las No Conformidades detectadas y sus causas.</li> <li>▪ El líder de la calidad realizará el seguimiento de las acciones correctivas y verificará su implantación y eficacia.</li> </ul>
5.6	<b>f) Cierre de No Conformidades</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El auditor líder, realiza la verificación del cumplimiento de la acción correctiva y posteriormente de la eficacia de las acciones correctivas, según lo indicado en el Procedimiento de Acciones Correctivas, (código GC-PR-05), finalizando el cierre de la No Conformidad.</li> </ul>

## 6. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

- El representante de la Dirección, es el responsable de planificar e implementar la auditoría interna, acordes con el presente procedimiento.
- El auditor líder, es responsable de coordinar las actividades de cierre, apertura e informe correspondiente.
- Los auditores, son responsables de preparar la auditoría, recopilación de evidencias, participar en el informe y establecer el plazo para la implementación de acciones correctivas.
- Los auditados, son responsables de brindar facilidades para la realización de la auditoría.


	<b>PROCEDIMIENTO AUDITORÍA INTERNA</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-05	Página 178


## 7. REGISTROS

- GC-RG-001** PLAN DE AUDITORÍA  
**GC-RG-002** LISTA DE VERIFICACIÓN  
**GC-RG-003** REGISTRO DE NO CONFORMIDADES  
**GC-RG-004** INFORME DE NO CONFORMIDADES  
**GC-RG-005** INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD  
**GC-RG-006** SEGUIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS

## 8. ANEXOS

- GC-RG-001** PLAN DE AUDITORIA

	<b>PLAN DE AUDITORIA INTERNA</b>			Revisión:
				Fecha de revisión:
<b>AREA:</b>				
<b>OBJETIVO:</b>				
<b>ALCANCE:</b>				
<b>CRITERIO:</b>				
Fecha (s) de auditoría:				
Equipo Auditor	Auditor Líder No.1			
	Auditor No. 2			
	Auditor No. 3			
	Auditor No. 4			
	Auditor No. 5			
	Auditor No. 6			
	Auditor No. 7			
Hora	Procesos	Cláusulas	Auditados	Auditor No.
REVISADO POR:		APROBADO POR:		
LIDER COMITÉ CALIDAD		DIRECTOR		

	<b>PROCEDIMIENTO AUDITORÍA INTERNA</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-05	Página 179

### GC-RG-002 LISTA DE VERIFICACIÓN


	<b>LISTA DE VERIFICACIÓN</b>	<b>FECHA DE EMISION:</b>
	CODIGO: GC-RG-002	


Fecha: \_\_\_\_\_

Auditor: \_\_\_\_\_

Cláusula	Proceso	Asunto	Hallazgo	Requerimiento	NC/OBS


### GC-RG-003 REGISTRO DE NO CONFORMIDADES

	<b>REGISTRO DE NO CONFORMIDADES</b> GC-RG-003		Revision: _____ Fecha Revisión: _____				
	<b>Requisito:</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NORMA</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">CLAUSULA</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	NORMA	CLAUSULA			<input type="checkbox"/> No conformidad Real <input type="checkbox"/> No conformidad Potencial
NORMA	CLAUSULA						
<b>ORIGEN</b>							
Reportado por: _____ Proceso: _____							
Detectada en Auditoria <input type="checkbox"/> Auditado: _____ Detectada fuera de Auditoria <input type="checkbox"/> Responsable: _____ Queja del cliente <input type="checkbox"/> Cliente: _____							
<b>PROBLEMA</b>							
<b>REQUISITO:</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>							
<b>HALLAZGO:</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>							
_____ Firma Auditor / Quien reporto		_____ Firma Auditado / Responsable					

	<b>PROCEDIMIENTO AUDITORÍA INTERNA</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-05	Página 180

**GC-RG-004 INFORME DE NO CONFORMIDADES**

	<b>INFORME DE NO CONFORMIDADES</b> GC-RG-004			Página:
				Revision:
			Fecha Revisión:	
<b>INFORME No.</b>	<b>AUDITORIA DE:</b>			
<b>FECHA:</b>	<b>PROCESO</b>	<b>PRODUCTO</b>	<b>AREA</b>	
<b>NOMBRE DEL AUDITOR:</b>				
<b>NOMBRE DE LA PERSONA AUDITADA:</b>				
:				
<b>PROBLEMA</b>				
<b>INFORME DEL AUDITOR:</b>				
FECHA: <span style="float: right;">FIRMA</span>				
<b>REVISIÓN DE LA ACCIÓN CORRECTIVA TOMADA:</b>				
FECHA: <span style="float: right;">FIRMA</span>				
<b>OBSERVACIONES DE LA DIRECCIÓN:</b>				
FECHA: <span style="float: right;">FIRMA</span>				
<b>NUEVA ACCIÓN CORRECTIVA PROPUESTA:</b>				
FECHA: <span style="float: right;">FIRMA</span>				
Firma Auditor / Quien reporto		Firma Auditado / Responsable		

	<b>PROCEDIMIENTO AUDITORÍA INTERNA</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-05	Página 181

**GC-RG-005 INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**

	<b>INFORME DE RESULTADOS DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>FECHA DE EMISION:</b>
	Código: GC-RG-005	

**De: Equipo Auditor**

---

**Para:**

---

**Fecha:** **No. Auditoría**

---

**1. Objetivos de la Auditoría**

---



---

**2. Alcance de la Auditoría**

---



---

**3. Nombres del Auditor Líder y Equipo Auditor:**

Auditor Líder No. 1

---

Auditor No. 2

---

Auditor No. 3

---

**4. Informe General**

---

**5. Total de No Conformidades Registradas:**

---

**6. Total de Observaciones y Oportunidades de Mejora Registradas:**

---

**7. RESUMEN DE NC (Acciones Correctivas) y Observaciones (Acciones preventivas)**

---

**8. CONCLUSIONES:**

---

**9. RECOMENDACIONES:**

---




---



---

\_\_\_\_\_  
Auditor Líder



	<b>PROCEDIMIENTO AUDITORÍA INTERNA</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-05	Página 182

182

## GC-RG-005 SEGUIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS



### SEGUIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS

FECHA:


RESPONSABLE:

Código: GC-RG-04

TIPO DE ACCIÓN	ORIGEN	PROCESO	CLAUSULA	DESCRIPCIÓN DE NC	ANÁLISIS DE CAUSA	ACCIÓN PROPUESTA	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	FECHA INICIO	FECHA FINAL	CIERRE		OBSERVACIÓN
										SI	NO	

## 9. REGISTROS DE CAMBIOS


FECHA	DESCRIPCIÓN	PÁGINA

	<b>PROCEDIMIENTO CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-05	Página 183

183


# PROCEDIMIENTO CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Cargo:	Representante de la Dirección:	Decano:
Firma	Firma:	Firma:

	<b>PROCEDIMIENTO CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-05	Página 184

## CONTENIDO

1. Objetivo
2. Alcance
3. Referencias
4. Definiciones
5. Descripción de las actividades
6. Responsabilidad y Autoridad
7. Registros
8. Anexos
9. Registro de Cambios

	<b>PROCEDIMIENTO CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-05	Página 185

## 1. OBJETIVO

Establecer un procedimiento que permita identificar el producto que no sea conforme con los requisitos con el fin de tomar acciones necesarias para prevenir su uso o entrega no intencional.

## 2. ALCANCE


Inicia la elaboración de un listado de especificaciones del servicio hasta la aplicación de acciones para el tratamiento del producto no conforme. Comprende todos los servicios de la Facultad de Ciencias Médicas definidos por los responsables de cada proceso.

## 3. REFERENCIAS

- Norma ISO 9001: 2008 “Sistemas de Gestión de la Calidad - Requisitos”
- Norma ISO 9000: 2005 “Sistemas de Gestión de la Calidad - Fundamentos y Vocabulario”
- Manual de Procedimientos
- Manual de Gestión de la Calidad

## 4. DEFINICIONES

TÉRMINO	DEFINICIÓN
<b>CLIENTE</b>	Entidad o persona que solicita a un proceso un resultado determinado. Los clientes pueden ser procesos internos o externos.
<b>PRODUCTO</b>	Resultado de un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman entradas en salidas.
<b>PRODUCTO NO CONFORME</b>	Bienes o servicios que incumplen con requisitos y están descritos en la Tabla de Producto No Conforme de cada proceso.

	<b>PROCEDIMIENTO CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-05	Página 186

<b>PROVEEDOR</b>	Entidad encargada de distribuir materiales, suministros e insumos en general para que sean utilizados en el proceso de tratamiento.
------------------	---


## 5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

<b>SUBPROCESO: Control de Producto No Conforme</b>	
No.	PROCEDIMIENTO
5.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Coordinador de Área, responsable de la calidad del proceso elabora un listado de especificaciones del servicio para la verificación.</li> </ul>
5.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El responsable de cada proceso aplica el listado de especificaciones antes de la prestación del servicio.</li> </ul>
5.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El responsable de cada proceso verifica si el servicio está conforme a las especificaciones, si el resultado es positivo, entrega del servicio al cliente.</li> </ul>
5.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si el servicio no está conforme a las especificaciones el Coordinador del Área, responsable de la calidad del proceso identifica el servicio.</li> </ul>
5.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Coordinador de Área, responsable de la calidad del proceso registra la no conformidad mediante la elaboración de una ficha del servicio.</li> </ul>
5.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Coordinador de Área, responsable de la calidad del proceso aplica un plan de acción correctiva para el servicio identificado como no conforme y evitar que se entregue al cliente.</li> </ul>

## 6. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

- La responsabilidad de cumplir con este procedimiento es de todo el personal de la Facultad de Ciencias Médicas.
- La autoridad para hacer cumplir este procedimiento es el Coordinador Administrativo y Jefes Departamentales.

## 7. REGISTROS

	<b>PROCEDIMIENTO CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014	187
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00	
	Código: GC-PR-05	Página 187	

**GC-RG-001** LISTA DE VERIFICACIÓN DE CONFORMIDAD DE LOS COMPONENTES DEL SERVICIO.

**8. ANEXOS**

**GC-RG-001** LISTA DE VERIFICACIÓN DE CONFORMIDAD DEL OS COMPONENTES DEL SERVICIO.

DESCRIPCIÓN DEL COMPONENTE DEL SERVICIO				
NOMBRE DEL COMPONENTE	PROCESO/SUBPROCESO AL QUE PERTENECE	ESTADO DE LA REVISIÓN		OBSERVACIONES
		SI	NO	

**9. REGISTROS DE CAMBIOS**

FECHA	DESCRIPCIÓN	PÁGINA



**PROCEDIMIENTO PARA ACCIONES  
CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Fecha de Emisión: 10/06/2014

188

Fecha de Revisión: 00

Código: GC-PR-06

Página 188

# PROCEDIMIENTO PARA ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Cargo:	Representante de la Dirección:	Decano:
Firma	Firma:	Firma:



**PROCEDIMIENTO PARA ACCIONES  
CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Fecha de Emisión: 10/06/2014

Fecha de Revisión: 00

Código: GC-PR-06


Página 189

189

## **CONTENIDO**

1. Objetivo
2. Alcance
3. Referencias
4. Definiciones
5. Descripción de las actividades
6. Responsabilidad y Autoridad
7. Registros
8. Anexos
9. Registros de Cambios



	<b>PROCEDIMIENTO PARA ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-06	Página 190

## 1. OBJETIVO

Definir las actividades que permitan determinar las no conformidades y tomar acciones correctivas y preventivas necesarias para aumentar la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad.


## 2. ALCANCE

Inicia con la recepción de los resultados de las auditorías internas de calidad y finaliza con la estandarización de las acciones tomadas. Aplica a todos los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad.

## 3. REFERENCIAS

- Norma ISO 9001: 2008 “Sistemas de Gestión de la Calidad - Requisitos”
- Norma ISO 9000: 2005 “Sistemas de Gestión de la Calidad - Fundamentos y Vocabulario”
- Manual de Procedimientos, Manual de la Calidad


## 4. DEFINICIONES

	<b>PROCEDIMIENTO PARA ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-06	Página 191

TÉRMINO	DEFINICIÓN
<b>ACCIÓN CORRECTIVA</b>	Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable para evitar su repetición.
<b>ACCIÓN PREVENTIVA</b>	Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra potencialmente indeseable.
<b>CAUSA</b>	Razón que genera una no conformidad.
<b>NO CONFORMIDAD</b>	Incumplimiento de un requisito del Sistema de Gestión de la Calidad, Norma ISO 9001:2008.

## 5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

SUBPROCESO: Acciones Correctivas y Preventivas	
No.	PROCEDIMIENTO
5.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El responsable de cada proceso recibe el resultado de la auditoría interna del Auditor Líder para decidir sobre las acciones correctivas y preventivas.</li> </ul>
5.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Con el informe de auditoría, el responsable de cada proceso investiga las causas de las no conformidades, con el fin de determinar la causa raíz del problema.</li> <li>▪ Los resultados del análisis de causas son registrados por los responsables de cada proceso en el Registro de No Conformidades (código GC-RG-001).</li> </ul>
5.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El auditor interno analiza las causas raíz que generaron la no conformidad, en caso de ser negada se realizará un nuevo análisis de las mismas.</li> </ul>
5.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El responsable de cada proceso es el encargado de implementar la acción correctiva y preventiva con el fin de eliminar las causas de las no conformidades, observaciones o productos no conformes.</li> </ul>
5.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El auditor realiza el seguimiento de la implementación de las acciones correctivas y preventivas para verificar la eficacia de las mismas.</li> </ul>
5.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El auditor realiza el seguimiento de la implementación de las acciones correctivas y preventivas para verificar la eficacia de las mismas.</li> </ul>

	<b>PROCEDIMIENTO PARA ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-06	Página 192

## 6. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

- Los responsables del proceso se encargarán de realizar el análisis de la causa de las No Conformidades y determinar las acciones necesarias para eliminarlas.
- El Coordinador Administrativo y el Auditor Líder son los responsables de verificar la efectividad de las acciones correctivas y preventivas.

## 7. REGISTROS

- GC-RG-001** REGISTRO DE NO CONFORMIDADES
- GC-RG-002** INFORME DE NO CONFORMIDADES
- GC-RG-003** INFORME DE AUDITORÍA INTERNA
- GC-RG-004** SEGUIMIENTOS DE ACCIONES CORRECTIVAS

## 8. ANEXOS

- GC-RG-001** REGISTRO DE NO CONFORMIDADES



**PROCEDIMIENTO PARA ACCIONES  
CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Fecha de Emisión: 10/06/2014

193

Fecha de Revisión: 00

Código: GC-PR-06

Página 193



**REGISTRO DE NO CONFORMIDADES**

GC-RG-001

Revisión:

Fecha Revisión: 04/03/09

Requisito:	NORMA	CLAUSULA	No conformidad Real	<input type="checkbox"/>	No:	<input type="text"/>
			No conformidad Potencial	<input type="checkbox"/>	Fecha:	<input type="text"/>

**ORIGEN**

Reportado por: \_\_\_\_\_  
Proceso: \_\_\_\_\_

Defectada en Auditoría	<input type="checkbox"/>	Auditado: _____
Defectada fuera de Auditoría	<input type="checkbox"/>	Responsable: _____
Queja del cliente	<input type="checkbox"/>	Cilente: _____

**PROBLEMA**

**REQUISITO:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HALLAZGO:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Auditor / Quien reporto

\_\_\_\_\_  
Firma Auditado / Responsable

**GC-RG-002 INFORME DE NO CONFORMIDADES**



**INFORME DE NO CONFORMIDADES**

GC-RG-002

Página:

Revisión:

Fecha Revisión:

<b>INFORME No.</b>	<b>AUDITORIA DE:</b>		
<b>FECHA:</b>	<b>PROCESO</b>	<b>PRODUCTO</b>	<b>AREA</b>
<b>NOMBRE DEL AUDITOR:</b>			
<b>NOMBRE DE LA PERSONA AUDITADA:</b>			

**PROBLEMA**

**INFORME DEL AUDITOR:**

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

**REVISIÓN DE LA ACCIÓN CORRECTIVA TOMADA:**

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES DE LA DIRECCIÓN:**

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

**NUEVA ACCIÓN CORRECTIVA PROPUESTA:**

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Auditor / Quien reporto

\_\_\_\_\_  
Firma Auditado / Responsable



**PROCEDIMIENTO PARA ACCIONES  
CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Fecha de Emisión: 10/06/2014

194

Fecha de Revisión: 00

Código: GC-PR-06

Página 194

**GC-RG-003 INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**

	<b>INFORME DE RESULTADOS DE AUDITORÍA INTERNA</b> Código: GC-RG-005	<b>FECHA DE EMISION:</b>
--	--	--------------------------

**De: Equipo Auditor** \_\_\_\_\_

**Para:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **No. Auditoría** \_\_\_\_\_

**1. Objetivos de la Auditoría** \_\_\_\_\_

**2. Alcance de la Auditoría** \_\_\_\_\_

**3. Nombres del Auditor Líder y Equipo Auditor:**  
Auditor Líder No. 1 \_\_\_\_\_  
Auditor No. 2 \_\_\_\_\_  
Auditor No. 3 \_\_\_\_\_

**4. Informe General** \_\_\_\_\_

**5. Total de No Conformidades Registradas:** \_\_\_\_\_

**6. Total de Observaciones y Oportunidades de Mejora Registradas:** \_\_\_\_\_

**7. RESUMEN DE NC (Acciones Correctivas) y Observaciones (Acciones preventivas)** \_\_\_\_\_

**8. CONCLUSIONES:** \_\_\_\_\_

**9. RECOMENDACIONES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Auditor Líder

**GC-RG-004 SEGUIMIENTOS DE ACCIONES CORRECTIVAS**

<b>SEGUIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS</b>	
DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD ACTUAL:	
REGISTRO/DOCUMENTO DE REFERENCIA:	
PROCESO:	
SUBPROCESO:	
DUEÑO DEL PROCESO DE DONDE PROVIENE LA NO CONFORMIDAD:	
FECHA:	
DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN CORRECTIVA Y PREVENTIVA TOMADA:	
RESPONSABLE:	
FECHA:	
RESULTADO DE LA ACCIÓN CORRECTIVA Y PREVENTIVA TOMADA:	
<input type="checkbox"/>	SOLUCIONÓ LA NO CONFORMIDAD SATISFACTORIAMENTE
<input type="checkbox"/>	SOLUCIONÓ LA NO CONFORMIDAD PARCIALMENTE
<input type="checkbox"/>	NO SOLUCIONÓ LA NO CONFORMIDAD
COMENTARIOS Y SUGERENCIAS FINALES:	
CIERRE DE SEGUIMIENTO DE LA NO CONFORMIDADES	
LIDER COMISIÓN DE LA CALIDAD	FECHA:



**PROCEDIMIENTO PARA ACCIONES  
CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Fecha de Emisión: 10/06/2014

Fecha de Revisión: 00


Código: GC-PR-06

Página 195

195


**9. REGISTROS DE CAMBIOS**

<b>FECHA</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>PÁGINA</b>

	<b>PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN DE RECLAMOS E INQUIETUDES</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-07	Página 196

# PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN DE RECLAMOS E INQUIETUDES


Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Cargo:	Representante de la Dirección:	Decano:
Firma	Firma:	Firma:

	<b>PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN DE RECLAMOS E INQUIETUDES</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-07	Página 197

## CONTENIDO

1. Objetivo
2. Alcance
3. Referencias
4. Definiciones
5. Descripción de las actividades
6. Responsabilidad y Autoridad
7. Registros
8. Anexos
9. Registros de Cambios



	<b>PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN DE RECLAMOS E INQUIETUDES</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-07	Página 198

## 1. OBJETIVO

Garantizar que los reclamos e inquietudes presentados por el usuario sean atendidos en forma oportuna, conforme a los requisitos establecidos.

## 2. ALCANCE

El procedimiento inicia con la recepción de los reclamos e inquietudes presentados por el usuario y termina con la resolución de los mismos.

## 3. REFERENCIAS


- Acuerdo Ministerial No. 2010-00086-A, Ministerio de Relaciones Laborales

## 4. DEFINICIONES

TÉRMINO	DEFINICIÓN
USUARIO	Organización o persona que recibe un producto.
PRODUCTO	Resultado de un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman entradas en salidas.
RECLAMO	Es la manifestación de inconformidad por la prestación de un servicio o proceso

## 5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES


SUBPROCESO: Atención de reclamos e inquietudes	
No.	PROCEDIMIENTO
5.1	<b>Recepción del reclamo o inquietud:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La Secretaria de Área, será el responsable de recibir directamente los reclamos e inquietudes.</li> </ul>

	<b>PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN DE RECLAMOS E INQUIETUDES</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-07	Página 199

- El usuario podrá presentar su reclamo o inquietud en forma oral o escrita, a la Secretaria del Área, quien registra en el formato de reclamos, (código ARI-PR-001)

### SUBPROCESO: Atención de reclamos o inquietudes

No.	PROCEDIMIENTO
5.2	<p><b>Tramitar el reclamo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La Secretaria de Área, entrega la solicitud de reclamo al Jefe Departamental, para que asigne el servidor competente para dar el trámite correspondiente.</li> <li>En el caso de presentarse alguna inquietud por parte del usuario, la Secretaria de Área, brindará la información requerida, caso contrario direccionará al usuario hacia el servidor del área encargada del trámite.</li> <li>El servidor competente, comprueba la veracidad de lo que el usuario establece en el reclamo, estudia las causas y determina la solución para dar al usuario una respuesta oportuna.</li> <li>El servidor competente una vez efectuada la evaluación establecerá si es procedente o no el reclamo.</li> <li>Si no es procedente el reclamo se envía una respuesta al usuario justificando la no viabilidad del reclamo.</li> <li>Los reclamos son manejados con el mismo tratamiento de las acciones correctivas.</li> <li>El servidor competente tomará la acción correctiva a aplicarse y establecer el plazo para atender el requerimiento, el mismo que se registrará en el informe.</li> <li>Si determina que se han generado causas sistemáticas y repetitivas, se procede a abrir una acción correctiva.</li> <li>La recepcionista del área contacta al usuario para verificar la satisfacción con la solución recibida ante la solicitud presentada.</li> </ul>
5.3	<p><b>Seguimiento y cierre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Una vez que se ha solucionado el reclamo del usuario, el Jefe Departamental completa el campo "Cierre" en el informe de Reclamos con las observaciones que estime conveniente y firma el informe.</li> <li>El servidor competente mantiene el archivo activo de los Informes de Reclamos atendidos, con un número secuencial.</li> </ul>


	<b>PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN DE RECLAMOS E INQUIETUDES</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-07	Página 200

## 6. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

- La Secretaria de cada una de las áreas serán la responsable de receptor los reclamos que lleguen a la institución.
- El Jefe Departamental es responsable de enviar y realizar el seguimiento a la oportuna respuesta por parte de los servidores competentes.
- Los servidores competentes deben garantizar el respectivo trámite a las solicitudes de reclamos, en un tiempo no mayor a 8 días, y una vez diligenciada deben enviar una copia al Jefe Departamental.

## 7. REGISTROS


**ARI-PR-001**    FORMATO PARA INFORMES DE RECLAMO

	<b>PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN DE RECLAMOS E INQUIETUDES</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-07	Página 201

## 8. ANEXOS


### ARI-PR-001 FORMATO PARA INFORMES DE RECLAMO

<b>FORMATO DE INFORME DE RECLAMOS Y/O INQUIETUDES</b>	
<b>DATOS INICIALES</b>	
Usuario: Dirección, teléfono, email: Descripción del reclamo y/o inquietud: Fecha:	
<b>TRAMITE</b>	
Causa del reclamo:  Descripción del trámite:  Responsable del trámite:  Plazo:  Firma del Jefe Departamental:	
<b>SEGUIMIENTO Y CIERRE</b>	
Comentarios y observaciones al seguimiento y cierre:  Firma del Jefe Departamental:	

	<b>PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN DE RECLAMOS E INQUIETUDES</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: GC-PR-07	Página 202


## 9. REGISTROS DE CAMBIOS

FECHA	DESCRIPCIÓN	PÁGINA

	<b>PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE TALENTO HUMANO</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: RI-PR-01	Página 203


# PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE TALENTO HUMANO

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Cargo:	Representante de la Dirección:	Decano:
Firma	Firma:	Firma:

	<b>PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE TALENTO HUMANO</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: RI-PR-01	Página 204

## CONTENIDO

1. Objetivo
2. Alcance
3. Referencias
4. Definiciones
5. Descripción de las actividades
6. Responsabilidad y Autoridad
7. Registros
8. Anexos
9. Registros de Cambios

	<b>PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE TALENTO HUMANO</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: RI-PR-01	Página 205

## 1. OBJETIVO

Definir las actividades que debe realizar el Área de Talento Humano. Este procedimiento es parte del Sistema de Gestión de la Calidad.

## 2. ALCANCE

Aplica a los procedimientos relacionados con la Administración del Talento Humano de la Institución, que inicia con la selección hasta la capacitación permanente de los funcionarios.


## 3. REFERENCIAS

- Manual de Gestión de la Calidad
- Manual de Procedimientos
- Manual de Funciones
- Ley Orgánica del Servicio Público

## 4. DEFINICIONES


TÉRMINO	DEFINICIÓN
<b>EMPLEADOR</b>	Quien ordena el servicio y paga una remuneración por la prestación del servicio.
<b>EMPLEADO</b>	Persona que trabaja para otra o para una institución a cambio de un sueldo.
<b>CAPACITACIÓN</b>	Actividad realizada en una organización, respondiendo a sus necesidades, que busca mejorar la actitud, conocimiento, habilidades o conductas de su personal.



	<b>PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE TALENTO HUMANO</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: RI-PR-01	Página 206


## 5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

No.	PROCEDIMIENTO
5.1	<p><b>SELECCIÓN DE PERSONAL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Analista de Talento Humano, convoca al tribunal de méritos y oposición para la elaboración de las bases del concurso, las mismas que servirán para la elaboración de la convocatoria (este numeral únicamente aplica para cubrir vacantes de nombramiento).</li> <li>▪ Una vez validada la convocatoria por el Jefe inmediato y el Analista de Talento Humano, se enviará el documento para la aprobación de la autoridad competente y luego se realizará el reclutamiento interno o externo.</li> <li>▪ El Analista de Talento Humano, luego de finalizado el proceso de reclutamiento, iniciará el proceso de Selección de Personal.</li> <li>▪ El Analista de Talento Humano, calificará el perfil curricular de los candidatos de acuerdo al perfil de puestos.</li> <li>▪ El Analista de Talento Humano, realizará el análisis de resultados con el objetivo de obtener los puntajes de los aspirantes.</li> <li>▪ El Analista de Talento Humano, convocará al Tribunal de Méritos y Oposición para tomar la decisión final, y mediante acta declara ganador del concurso al aspirante que haya obtenido el mayor puntaje, datos que deberán ser publicados en la página de Socio Empleo. (en el caso de nombramiento)</li> <li>▪ El Analista de Talento Humano, luego de realizar la evaluación del aspirante, analizará los resultados obtenidos por los participantes del proceso y enviará los informes de los finalistas al Responsable de Director de Talento Humano, quien definirá a la persona idónea para ocupar la vacante (en el caso de contrato)</li> <li>▪ El Analista de Talento Humano, elaborará el informe final y conjuntamente con la documentación recopilada en el transcurso del proceso, elaborará el expediente del ganador del concurso de méritos y oposición y se procederá a la emisión de la Acción de Personal o el contrato.</li> <li>▪ El Analista de Talento Humano, revisará el expediente y confirmando que la información se encuentre completa se remitirá a las instancias externas para la respectiva legalización.</li> </ul>
5.2	<p><b>EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Director de Talento Humano, se encargará de definir los parámetros, alcance, metodología y cronograma para realizar la evaluación semestral del desempeño a cada uno de los servidores públicos que laboran en la Institución.</li> <li>▪ La autoridad competente, será la encargada de aprobar el plan definido por el Director de Talento Humano para realizar la evaluación de desempeño.</li> <li>▪ El Analista de Talento Humano, a través de medios de comunicación interna difundirá el programa de evaluación del desempeño y solicitará el apoyo de los Jefes de cada área para</li> </ul>

	<b>PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE TALENTO HUMANO</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: RI-PR-01	Página 207

	<p>ejecutar el levantamiento de la información.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Analista de Talento Humano, una vez realizadas las evaluaciones del desempeño procederá a la tabulación de las evaluaciones, la realización de los informes respectivos y presentación de los resultados procesados al Director de Talento Humano.</li> <li>▪ El Director de Talento Humano, deberá constituir el Comité de Reclamos de Evaluación de Desempeño, el mismo que será el órgano competente para conocer y resolver los reclamos presentados por los funcionarios.</li> </ul>
--	---

No.	PROCEDIMIENTO
5.2	<p><b>EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Director y el Analista de Talento Humano, elaborarán el informe en base a los datos obtenidos a través de la evaluación del desempeño. El Director de Talento Humano presentará a la autoridad competente el informe, para conocimiento y aprobación.</li> <li>▪ El Director de Talento Humano, enviará al Ministerio de Relaciones Laborales los resultados de la Evaluación de Desempeño, a través de la página web.</li> </ul>
5.3	<p><b>CAPACITACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Analista de Talento Humano, determinará las brechas de capacitación en las áreas de la Institución en base a: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Resultados obtenidos en la evaluación del desempeño por competencias.</li> <li>✓ Proyectos propios de la Institución.</li> <li>✓ Desarrollo Profesional, basado en el desarrollo institucional.</li> <li>✓ Formulario de detección de necesidades de capacitación por área.</li> </ul> </li> <li>▪ El Analista de Talento Humano, será el encargado de procesar los resultados obtenidos y determinar las necesidades reales de capacitación en el formato de levantamiento de la información.</li> <li>▪ El Analista de Talento Humano, luego de obtener el cuadro de detección de necesidades de capacitación, será el encargado de determinar el programa de capacitación adecuado para cubrir la necesidad de cada área.</li> <li>▪ El Director de Talento Humano, Analista de Talento Humano y Analista Financiero, definirán el presupuesto de capacitación.</li> <li>▪ El Analista de Talento Humano, con la consolidación presupuestaria, procederá a la elaboración del plan de capacitación, incluyendo en el mismo, objetivo, contenido programático, lista de potenciales participantes y los costos referenciales.</li> <li>▪ El Director de Talento Humano, enviará al Plan de Capacitación a la autoridad competente para su validación y aprobación.</li> <li>▪ Una vez realizadas las evaluaciones de satisfacción, el Analista de Talento Humano, realizará las tabulaciones respectivas con los datos obtenidos. Así mismo, dependiendo del tema y</li> </ul>

	<b>PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE TALENTO HUMANO</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: RI-PR-01	Página 208

	<p>contenido del curso coordinará con el instructor una evaluación para medir conocimientos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Analista de Talento Humano, procederá a realizar el informe final del evento de capacitación y lo presenta al Director de Talento Humano que a su vez presentará a la autoridad competente para su conocimiento y aprobación.</li> <li>▪ El Analista de Talento Humano, semestralmente deberá actualizar la detección de necesidades en base a la última evaluación del desempeño realizada y a los nuevos proyectos de la Institución, ésta información deberá ser validada con el Jefe de Área y el Director de Talento Humano.</li> </ul>
--	---


## 6. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

- La aprobación, el control y evaluación de este procedimiento es responsabilidad de la autoridad competente.
- El responsable de planificar, ejecutar y controlar de este procedimiento es el Director de Talento Humano.
- El responsable de la ejecución, seguimiento de este procedimiento es el Director de Talento Humano.


## 7. REGISTROS

<b>TH-RG-001</b>	REQUERIMIENTO DE PERSONAL
<b>TH-RG-002</b>	FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS
<b>TH-RG-003</b>	EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO
<b>TH-RG-004</b>	EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN
<b>TH-RG-005</b>	ACTA DE CAPACITACIÓN

## 8. ANEXOS

	<b>PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE TALENTO HUMANO</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: RI-PR-01	Página 209

**TH-RG-001 REQUERIMIENTO DE PERSONAL**

	<b>REQUERIMIENTO DE PERSONAL</b>	Fecha de Elaboración:
	CÓDIGO: TH-RG-001	Revisión: N <sup>a</sup>
		Fecha de Revisión:


Fecha: \_\_\_\_\_  
División /Departamento: \_\_\_\_\_  
Solicitante: \_\_\_\_\_  
Cargo Solicitado: \_\_\_\_\_  
Cantidad: \_\_\_\_\_  
Educación: \_\_\_\_\_  
Formación: \_\_\_\_\_  
Habilidades: \_\_\_\_\_  
Experiencia: \_\_\_\_\_  
Observaciones: \_\_\_\_\_

**Firma de Autorización:**

Director de Talento Humano: \_\_\_\_\_

Vicerrector Administrativo y Financiero: \_\_\_\_\_

**Uso exclusivo Talento Humano Seguimiento de Contratación:**


	<b>PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE TALENTO HUMANO</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: RI-PR-01	Página 210

## TH-RG-002 FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

	<b>FORMULARIO PARA LA RECOLECCION DE DATOS</b>	Fecha de Elaboración:
	Código: RH-RG-006	Revisión N° 3
		Fecha de Revisión:

<b>USO EXCLUSIVO DE TH</b> CARGO: ..... INGRESO: ..... SALIDA: .....
---

### DATOS PERSONALES

NOMBRES: .....	CONYUGE: .....
APELLIDOS: .....	LUGAR DE NACIMIENTO: .....
FECHA NACIMIENTO: .....	C.C. o PASAPORTE No. ....
NACIONALIDAD: .....	TIPO DE SANGRE: .....
ESTADO CIVIL: .....	SEXO: .....

### HIJOS:

NOMBRES	APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO
.....	.....	.....

### DATOS DOMICILIO


Dirección: .....	Celular: .....
Sector: .....	Telf: .....
Email: .....	Telf de Emergencia: .....

**INSTRUCCION FORMAL** (Describir el título obtenido o el nivel en cual se encuentra cursando actualmente, en Año, introducir el año de graduación o egresamiento)

INSTRUCCION	INSTITUCION	AÑO	CIUDAD	ESPECIALIDAD	NIVEL
Primaria	.....	.....	.....	.....	.....
Secundaria	.....	.....	.....	.....	.....
Superior	.....	.....	.....	.....	.....
Posgrado	.....	.....	.....	.....	.....


**LISTADO DE CURSOS Y SEMINARIOS** (Llenar de fecha menor a fecha mayor. En Duración, aclarar si son horas o días)

NOMBRE CURSO	INSTITUCIÓN	FECHA INICIO	FECHA FIN	DURACION
.....	.....	.....	.....	.....


	<b>PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE TALENTO HUMANO</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: RI-PR-01	Página 211

**TH-RG-004 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO**

	<b>EVALUACION DEL DESEMPEÑO</b>		Revisión:			
	CODIGO: RH-RG-010		Fecha de Revisión:			
<b>EVALUADO:</b> <b>ÁREA:</b> <b>CARGO:</b> <b>PERIODO DE EVALUACIÓN:</b> <b>EVALUADOR:</b>						
<b>COMPROMISOS Y REALIZACIONES:</b>						
<b>A CRITERIO DEL EVALUADOR CUALES SON LOS COMPROMISOS REALIZADOS Y METAS CUMPLIDAS DEL EVALUADO:</b>						
<b>FACTORES</b>						
FACTORES	DESCRIPCION	EXCELENTE 5	MUY BUENO 4	BUENO 3	REGULAR 2	NO ACEPTABLE 2 - 1
Adaptabilidad al cambio	Capacidad para enfrentarse con flexibilidad, facilidad, versatilidad a situaciones y personas nuevas, para aceptar los cambios positivamente y constructivamente.					
Buen léxico	Habilidad para expresarse eficazmente dando muestras de manejar un lenguaje técnico y profesional con un tono muy espontáneo, acorde a su nivel de formación y experiencia, así como del nivel del cargo que ocupe, lo que incide directamente en el nivel de impacto personal del trabajador.					
Búsqueda de información	Inquietud y curiosidad por buscar información más allá de las preguntas rutinarias o de lo que se requiere en el puesto.					
Compromiso con los procesos y políticas	Capacidad para utilizar la información, las normas, los procedimientos y políticas de la institución con precisión con el objeto de lograr los estándares de calidad con eficacia y eficiencia, en afinidad con los valores y las líneas estratégicas de la empresa.					
Compromiso con los Reglamentos de la institución	Disposición para entender, acatar, actuar dentro de las directrices y normas institucionales.					


	<b>PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE TALENTO HUMANO</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: RI-PR-01	Página 212

Comunicación eficaz	Es la competencia que posee el líder para escuchar, entender, valorar empáticamente información, ideas y opiniones que su equipo le comunique, siendo capaz de retroalimentar asertivamente el proceso comunicativo.					
Lealtad y sentido de pertenencia	Se refiere a defender y promulgar los intereses de la institución donde laboran como si fueran propios. Se aprecia gran sentido de identificación con los objetivos de la institución.					
Liderazgo	Capacidad para dirigir a las personas, lograr que éstas contribuyan de forma efectiva y adecuada a la consecución de los objetivos. Comprometerse en el desarrollo de sus colaboradores, su evaluación y la utilización del potencial y las capacidades individuales de los mismos.					
Negociación y manejo de conflictos	Capacidad para plantear soluciones y resolver diferencias de ideas u opiniones de las partes, apoyándose en la suficiente autoridad y justicia, centrándose en los intereses comunes, tratando de conciliar y mediar de manera equitativa para las partes, evitando la parcialidad de los intereses personales.					
Orientado resultados	Capacidad para dirigir sus acciones hacia el cumplimiento total de los objetivos establecidos tanto a nivel profesional como personal.					
Pensamiento analítico	Manejo de habilidades como comprensión, análisis, síntesis de ideas, conceptos, principios científicos.					
Planificación y Control	Capacidad para determinar de forma eficaz, fases, etapas, metas y prioridades para la consecución de objetivos, por medio del desarrollo de planes de acción, incluyendo los recursos necesarios y los sistemas de control.					
Pro actividad	Cualidad positiva de anticiparse a una acción o actividad, realizar más de dos actividades o dar un plus a la tarea original sin necesidad de una orden superior.					
Relaciones interpersonales	Capacidad para establecer y mantener relaciones cordiales, recíprocas y cálidas.					
Trabajo bajo presión	Capacidad continuar actuando eficazmente aun en situaciones de presión de tiempo, oposiciones y diversidad. Es la facultad de responder y trabajar con alto desempeño en situaciones de mucha exigencia.					
Trabajo en equipo	Es la capacidad de trabajar con otros para conseguir metas comunes. Las personas que poseen esta habilidad se caracterizan porque anteponen los intereses colectivos a los personales.					

	<b>PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE TALENTO HUMANO</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: RI-PR-01	Página 213

<b>COMENTARIOS</b>		
<b>COMENTARIOS DEL EVALUADOR, ÁREAS A MEJORAR / DESARROLLAR:</b>		
NOMBRE: C.I.	(f)	FECHA:
<b>COMENTARIOS DEL EVALUADO:</b>		
cursos ,necesidades y compromisos de mejora		
NOMBRE: C.I.	(f)	FECHA:
<b>COMENTARIOS DEL NIVEL SUPERIOR:</b>		
NOMBRE: C.I.	(f)	FECHA:



	<b>PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE TALENTO HUMANO</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: RI-PR-01	Página 214

**TH-RG-005 ACTA DE CAPACITACIÓN**

	<b>ACTA DE CAPACITACIÓN</b>	Fecha de Elaboración: Fecha de Revisión: Revisión:
	Código: RH-RG-014	


**FECHA:** \_\_\_\_\_ **REUNION:** \_\_\_\_\_  
**TEMA:** \_\_\_\_\_ **CAPACITACION:** \_\_\_\_\_  
**DIRECTOR /  
CAPACITADOR:** \_\_\_\_\_ (f) \_\_\_\_\_

**CONTROL DE ASISTENCIA**

Nº	NOMBRE	CARGO	FIRMA


**9. REGISTROS DE CAMBIOS**

FECHA	DESCRIPCIÓN	PÁGINA

	<b>PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN Y USO DE RECURSOS INFORMÁTICOS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: RI-PR-01	Página 215


# PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN Y USO DE RECURSOS INFORMÁTICOS

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Cargo:	Representante de la Dirección:	Decano:
Firma	Firma:	Firma:

	<b>PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN Y USO DE RECURSOS INFORMÁTICOS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: RI-PR-01	Página 216

## CONTENIDO

1. Objetivo
2. Alcance
3. Referencias
4. Definiciones
5. Descripción de las actividades
6. Responsabilidad y Autoridad
7. Registros
8. Anexos
9. Registros de Cambios

	<b>PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN Y USO DE RECURSOS INFORMÁTICOS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: RI-PR-01	Página 217

## 1. OBJETIVO

Este procedimiento define las actividades para la administración y uso de los recursos informáticos. Este procedimiento es parte del Sistema de Gestión de Calidad.

## 2. ALCANCE


Este procedimiento se aplica a todas las áreas de la Institución y al personal que está involucrado en el mismo.

## 3. REFERENCIAS

- Manual de Gestión de la Calidad
- Manual de Procedimientos
- Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado
- Reglamento de Bienes del Sector Público

## 4. DEFINICIONES

TÉRMINO	DEFINICIÓN
<b>REGISTRO</b>	Se identifica como registro a las entradas de documentos, formularios y que no sean considerados como reportes o informes, en el que se anotan los eventos que han sucedido. Un registro no es sujeto modificaciones
<b>INFORMES</b>	Es un documento en el que se dan a conocer ordenadamente los resultados de un trabajo.
<b>REPORTE</b>	Es un documento en el cual se refleja el resultado total de las operaciones diarias, semanales, quincenales, mensuales o anuales con base en la realización de una actividad o tarea.
<b>KIT DE MANTENIMIENTO</b>	Es un conjunto de materiales, equipos, CD'S de instalación, etc.; necesarios para el diagnóstico, actualización y arreglo de hardware o software


	<b>PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN Y USO DE RECURSOS INFORMÁTICOS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: RI-PR-01	Página 218

<b>USUARIO</b>	Toda persona que tiene a su cargo alguno(s) de los recursos informáticos de la Institución.
----------------	---


<b>TÉRMINO</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
<b>ANTIVIRUS</b>	Es un programa de cómputo creado para prevenir o evitar la activación de los virus informáticos, así como su propagación y contagio en las computadoras. Cuenta además con rutinas de detención, eliminación y reconstrucción de los archivos y las áreas infectadas del sistema
<b>ANTISPYWARE</b>	Anti-espías, es un programa de cómputo clasificado como tecnología de seguridad que ayuda a proteger a los usuarios de los programas (spyware y otro software no deseado), que voluntaria o involuntariamente se instalan en la computadora, detectándolos y eliminándolos de la misma.

## 5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

<b>No.</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>
5.1	<p><b>SOPORTE TÉCNICO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Analista Informático recepta de cualquier área, una petición de soporte técnico a través de llamada telefónica, correo electrónico, o carta de petición.</li> <li>▪ Recibida la petición de soporte técnico, (código MN-RG-001) el Analista Informático procede a atender telefónicamente al solicitante de soporte técnico para conocer si se debe designar un técnico puede resolver el problema, y procede a registrar el caso en una base de datos.</li> <li>▪ El Asistente Técnico acude al sitio de trabajo solicitado, y ejecuta las revisiones necesarias, verifica las conexiones y procede a dar la solución respectiva. Una vez corregido el inconveniente, realiza todas las pruebas y procede a informarle al usuario cual fue el inconveniente.</li> <li>▪ Cuando el Asistente Técnico finaliza el soporte técnico en el sitio, llena el formulario de Soporte Técnico, en el cual se describe el inconveniente presentado, cual fue la solución ejecutada y demás detalles del mismo, este es entregado al usuario para su firma de aceptación.</li> <li>▪ De igual forma se registra en la base de datos de soporte técnico, en formato digital, los resultados del soporte técnico. Esta base de datos se encuentra en el servidor asignado para este fin.</li> </ul>
5.2	<p><b>RESPALDOS DE LA INFORMACION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Jefe Informático, define una estructura de carpetas en servidores, para que cada área de la Institución con su respectivo responsable, suba archivos, documentos e información que se considere material de respaldo en el Registro de Respaldo de información. (código MN-RG-001)</li> </ul>

	<b>PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN Y USO DE RECURSOS INFORMÁTICOS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: RI-PR-01	Página 219

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La retención de los respaldos, es incremental y se mantendrá hasta 5 años, salvo estricta solicitud de las autoridades de la Institución con algún tipo de información especial.</li> </ul>
5.3	<p><b>GESTIÓN DE SEGURIDAD INFORMÁTICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es responsabilidad de cada usuario al que se le ha asignado un equipo informático, el verificar el funcionamiento óptimo del mismo, reportando cualquier falla, novedad o comportamiento anormal en su equipo, al área informática de la Institución.</li> <li>▪ El Analista Informático se encargará de instalar, activar y mantener los sistemas antivirus, firewall y antispyware en todas las estaciones de trabajo y servidores cuidando que sean versiones actualizadas.</li> <li>▪ El usuario en caso de detectar la presencia de un virus u otro programa potencialmente peligroso en la red, deberá notificar inmediatamente al Analista Informático; además, colocar el o los equipos en cuarentena hasta que el problema sea resuelto e informar al técnico a fin de que brinde la asistencia técnica.</li> <li>▪ El Asistente Técnico deberá identificar las causas que provocaron el problema para evitar que otros equipos se contagien y propaguen el virus por la red. Además debe seleccionar el antivirus adecuado a las necesidades institucionales.</li> </ul>
5.4	<p><b>MANTENIMIENTO PREVENTIVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Jefe Informático prepara la planificación anual del Mantenimiento Preventivo, donde constan todos los equipos computacionales de la Institución, personal asignado y la ubicación.</li> <li>▪ El Asistente Técnico acude al sitio para ejecutar las actividades de mantenimiento preventivo. En caso de detectar errores en piezas, sistemas operativos o fallas complejas que demanden tiempo de reparación superior a 3 horas, se coordina con el Área de Electrónica, para ingresar el equipo a Laboratorio, y se determine la falla del equipo.</li> <li>▪ Una vez finalizado el mantenimiento preventivo, el Asistente Técnico, lo registra en el formulario de Mantenimiento Preventivo (código MN-RG-002). Este debe contener la firma del usuario y la firma del técnico, y se archiva.</li> </ul>
5.5	<p><b>CONTROL DE INVENTARIO DE INFORMÁTICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Jefe de Informática lleva el inventario físico de los lugares donde se encuentran todos los equipos informáticos en el formulario control de inventario de Informática, que es un archivo de Excel.</li> <li>▪ El Decano autoriza los movimientos tanto de equipos como de software.</li> <li>▪ El Analista Informático asigna y entrega el equipo informático al usuario, quien llena el Acta de Entrega Recepción de Equipos Informáticos, la misma que la entrega al usuario para su firma. Las actas firmadas son archivadas por el Analista Informático.</li> </ul>

	<b>PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN Y USO DE RECURSOS INFORMÁTICOS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: RI-PR-01	Página 220


## 6. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

- El responsable de elaborar este documento es el Área de Informática de la Facultad.
- El responsable de revisar este documento es el Representante de la Dirección para el Sistema de Gestión de Calidad.
- La aprobación de este documento es responsabilidad del Decano.
- Es responsabilidad de cumplir este procedimiento es del personal del Área de Informática de la Facultad y los responsable de los procesos institucionales.
- La autoridad para hacer cumplir este procedimiento es del Jefe del Área Informática.

## 7. REGISTROS

- MN-RG-001** RESPALDO DE LA INFORMACIÓN
- MN-RG-002** FORMULARIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO
- MN-RG-003** CONTROL DE INVENTARIO DE INFORMÁTICA
- MN-RG-004** ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN DE EQUIPOS INFORMÁTICOS
- MN-RG-005** FORMULARIO DE SOPORTE TÉCNICO


## 8. ANEXOS

	<b>PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN Y USO DE RECURSOS INFORMÁTICOS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: RI-PR-01	Página 221

**MN-RG-001      RESPALDO DE LA INFORMACIÓN**

CENTRAL      RESPALDO DE LA INFORMACIÓN      Fecha de Emisión				
FECHA DE RESPALDO	UBICACION DEL RESPALDO	ARCHIVOS RESPALDADOS	RESPONSABLE	PESO DEL RESPALDO (MB)


**MN-RG-002      FORMULARIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO**

	<b>FORMULARIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO</b>	Fecha de revisión:
	<b>CÓDIGO: MN-RG-002</b>	
<b>Descripción del Equipo:</b> _____ <b>Marca:</b> _____ <b>Código:</b> _____ <b>Ubicación:</b> _____ <b>Nivel de criticidad:</b> _____	_____ _____ _____ _____	
<b>MANTENIMIENTO PREVENTIVO</b>		
_____ _____		
<b>MANTENIMIENTO CORRECTIVO (IMPREVISTOS)</b>		
_____ _____		
<b>COMPRA DE REPUESTOS</b>		
_____ _____		
<b>OBSERVACIONES:</b> _____ _____ _____		


 FIRMA TÉCNICO  
(NOMBRE)

 FIRMA USUARIO  
(NOMBRE)



	<b>PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN Y USO DE RECURSOS INFORMÁTICOS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: RI-PR-01	Página 222

**MN-RG-003 CONTROL DE INVENTARIO DE INFORMÁTICA**

	CONTROL DE INVENTARIO DE INFORMÁTICA	Fecha de revisión:
	CÓDIGO: MN-RG-003	

CÓDIGO	FECHA DE COMPRA	ORDEN DE COMPRA	PROVEEDOR	CARACTERÍSTICAS								ESTADO		DISPONIBLE		DATOS DE ASIGNACIÓN					SOFTWARE		OBSERVACIONES			
				PROCESADOR	MEMORIA	DISCO DURO	MONITOR	MAINBOARD	MOUSE	TECLADO	UNIDADES DE DISCO	OTROS	OPERATIVO	DADO DE BAJA	SI	NO	EMPLEADO	DIVISIÓN	DEPARTAMENTO	SECCIÓN	CARGO	FECHA DE ASIGNACIÓN		INSTALADO	LICENCIAS	

ELABORADO POR:

**MN-RG-004 ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN DE EQUIPOS INFORMÁTICOS**

	<b>ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN DE EQUIPOS INFORMATICOS</b>	Fecha de revisión:
	<b>CÓDIGO: MN-RG-004</b>	

En Quito, a los xxx días del mes de XXXXX del XXXX, comparecen el Responsable Técnico, y (nombre del trabajador), portador de la cédula de ciudadanía No....., a quien se le denominará el servidor, quienes comparecen en forma libre y voluntaria a la celebración de la siguiente Acta:

**PRIMERA.-** El responsable técnico entrega al empleado el siguientes equipos informáticos

**EQUIPO CON CÓDIGO:**


EQUIPO / PARTE	CARACTERÍSTICAS	MARCA	No. SERIE

**SEGUNDA.-** El servidor y acepta que desde esta fecha el mencionado equipo queda bajo su responsabilidad y se compromete a mantenerlo adecuadamente, manejar y utilizar de manera adecuada, reportar cualquier falla o novedad sobre el mismo al Responsable Técnico.


**TERCERA.-** En caso de ser trasladado de oficina o dejar sus funciones en la Institución, el servidor, se compromete a entregar el equipo, previa la revisión y mediante constancia escrita de descargo, al Responsable Técnico. De no hacerlo la FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, previo informe técnico, descontará del rol de pagos o liquidación respectiva el costo de reparación o reposición del equipo.

ENTREGA CONFORME  
(NOMBRE)  
RESPONSABLE TÉCNICO

RECIBE CONFORME  
(NOMBRE SERVIDOR)  
CC.


	<b>PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN Y USO DE RECURSOS INFORMÁTICOS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: RI-PR-01	Página 223

**MN-RG-005 FORMULARIO DE SOPORTE TÉCNICO**

	<b>FORMULARIO DE SOPORTE TÉCNICO</b> <b>CÓDIGO: MN-RG-005</b>	Fecha de Emisión:
<b>SOPORTE TELEFONICO</b> <input type="checkbox"/> <b>SOPORTE INSITU</b> <input type="checkbox"/>		
<b>ORDEN DE TRABAJO:</b>		
<b>DATOS DEL USUARIO</b>		
Area:	Ruc:	INTERNO <input type="checkbox"/>
Nombre:	Ciudad:	EXTERNO <input type="checkbox"/>
Cargo:		
División /		
Departamento /		
Sección:	E-mail:	
Dirección:		
Teléfono:		
Contacto:		
<b>DATOS TÉCNICOS</b>		
Mantenimiento <input type="checkbox"/>	Instalación <input type="checkbox"/>	
Reparación <input type="checkbox"/>	Capacitación <input type="checkbox"/>	
TRABAJO SOLICITADO: _____		
_____		
_____		
<b>DIAGNOSTICO Y EJECUCION</b>		
Fecha de Inicio	(dd/mm/aaaa)	Hora de Inicio
		(hh:mm)
Fecha de Finalización	(dd/mm/aaaa)	Hora de Finalización
		(hh:mm)
DIAGNÓSTICO: _____		
_____		
TRABAJO REALIZADO: _____		
_____		
OBSERVACIONES: _____		
_____		
_____		

\_\_\_\_\_  
**FIRMA TÉCNICO**  
(NOMBRE)  
(CARGO)


\_\_\_\_\_  
**FIRMA USUARIO**  
(NOMBRE)  
(CARGO)

	<b>PROCEDIMIENTO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: ADQ-PR-01	Página 224

224

# PROCEDIMIENTO ADQUISICIÓN DE BIENES, SERVICIOS Y CONSULTORÍA


Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Cargo:	Representante de la Dirección:	Decano:
Firma	Firma:	Firma:

	<b>PROCEDIMIENTO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: ADQ-PR-01	Página 225

225

## CONTENIDO

1. Objetivo
2. Alcance
3. Referencias
4. Definiciones
5. Descripción de las actividades
6. Responsabilidad y Autoridad
7. Registros
8. Anexos
9. Registros de Cambios

	<b>PROCEDIMIENTO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: ADQ-PR-01	Página 226

## 1. OBJETIVO

Facilitar bienes, materiales y /o servicios para la ejecución de las actividades del Sistema de Gestión de la Calidad.

## 2. ALCANCE


Este procedimientos aplica para a la Unidad de Contratación Pública, Unidad de Adquisiciones y Control de Bienes y termina con la entrega recepción del bien adquirido y el registro en base de datos del inventario.

## 3. REFERENCIAS

- Manual de Gestión de la Calidad
- Manual de Procedimientos
- Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y su Reglamento
- Reglamento de Bienes del Sector Público


## 4. DEFINICIONES

TÉRMINO	DEFINICIÓN
<b>CERTIFICACIÓN PRESUPUESTARIA</b>	Documento mediante el cual se garantiza el principio de legalidad, es decir, la existencia del rubro y la apropiación presupuestal suficiente para atender un gasto determinado.
<b>CONTRATO</b>	Acuerdo escrito, por el que dos o más partes se comprometen recíprocamente a respetar y cumplir una serie de condiciones.
<b>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS</b>	Documento en el que se describen detalladamente las características o condiciones mínimas que se debe cumplir un producto.
<b>MATERIALES</b>	Se hace referencia a equipos,
<b>PLAN ANUAL DE CONTRATACIÓN</b>	Planificación anual que debe realizar toda Entidad Contratante, para realizar la adquisición de bienes, servicios, obras y consultorías necesarias para desarrollar y cumplir con sus actividades de manera eficiente
<b>SERVICIO</b>	Es un conjunto de actividades que buscan responder a las necesidades de la gente.

	<b>PROCEDIMIENTO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: ADQ-PR-01	Página 227

## 5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

No.	PROCEDIMIENTO
5.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La responsable de Compras Públicas y el Agente de Compras, coordinan actividades de adquisición de bienes y servicios que se encuentran establecidos en el Plan Anual de Compras y el cronograma de adquisiciones.</li> </ul>
5.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Agente de compras solicita al Departamento Financiero la certificación presupuestaria con precios referenciales en base al análisis de mercado.</li> </ul>
5.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Decano autoriza la adquisición de los bienes y servicios.</li> </ul>
5.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Decano nombra la Comisión Técnica para los procesos de acuerdo del Art. 18 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública, conformación: delegado de la máxima autoridad, el titular del área o su delegado; y, a fin al objeto de la contratación designado por la máxima autoridad o su delegado (excepto los procesos de ínfima cuantía por cuanto es selección del sistema informático del Servicio Nacional de Contratación Pública (SERCOP)</li> </ul>
5.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Agente de Compras, elabora y redacta la Resolución de Inicio y pliegos, para aprobación del Decano.</li> </ul>
5.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Agente de Compras ingresa la información en el Portal de Compras Públicas, para el inicio de la contratación y/o adquisición de bienes, materiales y/o servicios demandados según el cronograma del proceso.</li> </ul>
5.7	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La Comisión Técnica califica las ofertas a los proveedores calificados de acuerdo a los requerimientos solicitados y elabora el informe con la recomendación de adjudicación, cancelación o declaratoria de desierto.</li> </ul>
5.8	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La Comisión Técnica sugiere a la autoridad competente al proveedor más idóneo para los intereses institucionales.</li> </ul>
5.9	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La Agente de Compras verifica documentos de garantías, notifica adjudicación y elabora el contrato con la designación del Administrador por parte de la autoridad competente, para revisión del asesor legal de la Institución y posterior legalización.</li> </ul>
5.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La Agente de Compras deberá coordinar con el Caucionado de Control de Bienes la recepción de mercadería para la constatación de las condiciones detalladas en la Orden de Compra, y posterior verificación y aprobación.</li> </ul>
5.11	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Caucionado de Control de Bienes elabora el Acta de entrega recepción en la que participarán de conformidad al Art. 124 del Reglamento General de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública, conformada por el administrador del contrato y un técnico que no haya intervenido en el proceso y el contratista.</li> </ul>
5.12	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El Agente de Compras coordina con el Administrador del Contrato y Área Requirente, remite al Departamento Financiero para pagos, custodia y control de Garantías y archivo del proceso, concluye el proceso en el Portal de Compras Públicas.</li> </ul>

	<b>PROCEDIMIENTO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: ADQ-PR-01	Página 228

## 6. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

- El responsable de elaborar estos documentos es el Agente de Compras.
- El responsable de revisar estos documentos es el Representante de la Dirección.
- La aprobación de estos documentos es responsabilidad del Decano de la Facultad.
- La responsabilidad de cumplir este procedimiento es el representante de Contratación Pública.
- La autoridad para hacer cumplir este procedimiento es el Decano.

## 7. REGISTROS

**ADQ-RG-001** REQUISICIÓN DE COMPRA


**ADQ-RG-002** ORDEN DE COMPRA

**ADQ-RG-003** REGISTRO DE EVALUACIÓN DE PROVEEDORES

**ADQ-RG-004** LISTA DE PROVEEDORES CALIFICADOS

## 8. ANEXOS

**ADQ-RG-001** REQUISICIÓN DE COMPRA

	<b>PROCEDIMIENTO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: ADQ-PR-01	Página 229

229


	<b>REQUISICION DE COMPRA</b>	FECHA DE REVISIÓN
	CODIGO: ADQ-RG-001	REQUISICIÓN N°:

<b>DEPARTAMENTO SOLICITANTE:</b>		<b>RESPONSABLE:</b>		
<b>JUSTIFICACIÓN / PROYECTO:</b>		<b>FECHA DE ORDEN DE COMPRA:</b>		
<b>FECHA DE REQUISICIÓN:</b>		<b>TIEMPO DE ENTREGA:</b>		
<b>BIEN O SERVICIO</b>	<b>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS</b>	<b>U.MEDIDA</b>	<b>CANTIDAD REQUERIDA</b>	<b>STOCK BODEGA</b>
<b>OBSERVACIONES:</b>				
<b>ELABORADO POR:</b>		<b>RECIBIDO POR:</b>	<b>APROBADO POR:</b>	
<b>CARGO:</b>				

**ADQ-RG-002 ORDEN DE COMPRA**


	<b>ORDEN DE COMPRA</b>	Fecha de emisión:		
	CODIGO: ADQ-RG-002			
<b>ORDEN DE COMPRA N° 0000001</b>				
PROVEEDOR: _____	FECHA: _____			
CODIGO: _____	ENTREGA: _____			
DIRECCION: _____	FORMA DE PAGO: _____			
CONTACTO: _____	FAX: _____			
TELEFONO: _____	DESPACHO A: _____			
<b>CODIGO</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>P.UNITARIO</b>	<b>SUBTOTAL</b>
<b>ELABORADO:</b> (NOMBRE) (CARGO)	<b>AUTORIZADO:</b>	<b>APROBADO:</b>	<b>TOTAL USD</b>	



	<b>PROCEDIMIENTO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS</b>	Fecha de Emisión: 10/06/2014
	<b>FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS</b>	Fecha de Revisión: 00
	Código: ADQ-PR-01	Página 230

230

### ADQ-RG-003 REGISTRO DE EVALUACIÓN DE PROVEEDORES

	<b>REGISTRO DE EVALUACION DE PROVEEDORES</b>							Revisión:		
	<b>CODIGO: ADQ-RG-003</b>							Fecha de revisión:		
PROVEEDOR	ORDEN COMPRA	FECHA	ESPECIFI	CALIDAD	PUNTUALIDAD	CANT.	ATENCIÓN	DESCRIPCIÓN NO CONFORMIDAD	ACCIÓN CORRECTIVA SOLICITADA	CUMPLIÓ SI / NO

### ADQ-RG-004 LISTA DE PROVEEDORES CALIFICADOS

	<b>LISTA DE PROVEEDORES CALIFICADOS</b>	Fecha de Emisión:
	<b>CODIGO: ADQ- RG -004</b>	

PRODUCTO	PROVEEDOR	CONTACTO	DIRECCION/ PAÍS	TEL.	FAX	CELULAR	E-MAIL	FORMA DE PAGO	RUC

ELABORADO POR:  
(NOMBRE)  
(CARGO)

### 9. REGISTROS DE CAMBIOS

FECHA	DESCRIPCIÓN	PÁGINA

ANEXO F –Programa de Mantenimiento -Facultad de Ciencias Médicas


PROGRAMA DE MANTENIMIENTO INTEGRAL 2014													
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR													
RUTINA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO													
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS													
INSTALACIONES	ENERO	FEB.	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENCARGADO
IMPERMEABILIZACIÓN LOSA													
SANITARIAS													Personal
ELECTRICAS													Jornal de la
AGUA POTABLE													Sección de
CERRAJERIA													Mantenim.
CARPINTERIA													Supervisados
ALBANILERÍA													
ILUMINACIÓN EXTERIOR													
MESONES LABORATORIOS													
PINTURA INTERIOR													
PINTURA EXTERIOR													por Técnicos
AREAS VERDES													de la sección
REVISIÓN BAÑOS													
CAMINERIA, PARQUEAD.													

Contemplan rutinas de mantenimiento: Impermeabilización losas de terraza una vez al año, en época seca (verano), Revisión instalaciones sanitarias, agua potable, eléctricas, dos veces por mes, puertas, ventanas seguridades interiores y exteriores, revisión laboratorios  
 Pintura interior una vez cada semestre época de vacaciones, pintura exterior 1 vez cada dos años, revisión baños dos veces al mes cada cuatrimestre,  
 Mantenimiento áreas verdes, (podar cespes, flores y árboles), en periodo verano 4 o 5 semanas y en periodo de lluvia cada 2 o 3 semanas.  
 Arreglo de pisos periodo vacacional de semestres , impermeabilización de paredes y terrazas en periodo de verano .  
 Alcantarillado interior y exterior dos veces al año. Mantenimiento caminería y parqueaderos dos veces al año, Mesones laboratorios una vez al mes

## ANEXO G: Matriz de Levantamiento de Indicadores

RESUMEN DE INDICADORES Código: FCM-RI-01							
PROCESO	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA DE CÁLCULO	META	FRECUENCIA	RESPONSABLE	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESULTADOS
ELABORACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LA FACULTAD	Nivel de Cumplimiento de las metas del Plan Estratégico de la Facultad	(Metas cumplidas del Plan Estratégico/ Metas propuestas en el Plan Estratégico) x 100	90%	Semestral	Decano	Plan Estratégico, indicadores de gestión	
GESTIÓN DE LA CALIDAD	Cumplimiento de las acciones correctivas, preventivas y mejoras (CPM)	(Número de Acciones CMP ejecutadas/ Número de acciones emitidas) x 100	90%	Semestral	Analista de Proceso	Matriz de seguimiento de acciones correctivas	
EXPEDICIÓN DE TÍTULOS ACADÉMICOS	Cumplimiento en entrega de títulos académicos	(Número de títulos académicos tramitados/ Número de títulos académicos requeridos) x 100	100%	Semestral	Asistente Administrativo	Archivos de las carreras	
ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS ACADÉMICOS	Eficacia en la entrega de solicitudes académicas	(Número de solicitudes académicas tramitadas/ Número de solicitudes académicas recibidas) x 100	90%	Mensual	Asistente Administrativo	Archivos de las carreras	
MANEJO DE COMUNICACIONES INTERNAS Y EXTERNAS	Respuesta oportuna a las comunicaciones	(Número de comunicaciones tramitadas/ Número de comunicaciones recibidas) x 100	90%	Mensual	Secretaría del Área	Archivos de las áreas administrativas	
ELABORACIÓN DE CONTRATOS DE SERVICIOS DOCENTES	Eficacia en la entrega de contratos de servicios docentes	(Número de contratos de servicios docentes gestionados/ Número de contratos de servicios docentes solicitados) x 100	95%	Semestral	Analista Administrativo	Archivos de Talento Humano	
SOPORTE AL USUARIO	Respuesta oportuna a las solicitudes de soporte técnico	(Número de requerimientos solucionados/ Número de requerimientos solicitados) x 100	90%	Mensual	Analista Informático	Matriz de Soporte Técnico	


## ANEXO H -Plan de Auditoría

	<b>PLAN DE AUDITORIA INTERNA</b>	Revisión: 01
	<b>Código: GC-RG-001</b>	


<b>NORMA:</b>	ISO 9001: 2008	
<b>OBJETIVO:</b>	Evaluar la conformidad de los requisitos Norma ISO 9001:2008	
<b>ALCANCE:</b>	Procesos de Auditoria de Gestión de Sistemas Integrados normas	
<b>CRITERIO:</b>	Se auditarán las cláusulas 4, 5, 6, 7 y 8	
Fecha (s) de auditoría:	31 de octubre del 2014	
Equipo Auditor	Auditor Líder No.1	Catalina Quimbita

Hora	Proceso	Cláusulas	Auditados	Auditor No.
8:00 a 9:00	Elaboración Documentos Académicos	4.1, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4	Secretaria de Área	1
9:00 a 10:00	Elaboración Documentos Académicos	5.1, 5.2, 5.3, 5.4.1, 5.5.1, 5.5.2, 5.5.3	Secretaria de Área	1
10:00 a 10:30	Elaboración Documentos Académicos	6.3.	Secretaria de Área	1
10:30 a 11:30	Elaboración Documentos Académicos	6.3, 7.2.2, 7.2.3, 7.5.3	Secretaria de Área	1
11:30 a 12:30	Elaboración Documentos Académicos	8.5.2, 8.5.3, 7.5.3	Secretaria de Área	1

## ANEXO I -Lista de Verificación

		<b>LISTA DE VERIFICACION</b>	REVISION: 01
		<b>Código: GC-RG-002</b>	
Norma:	ISO 9001:2008	Macroproceso: Gestión de Trámites	
Fecha:	06/11/2014	Proceso: Elaboración de Documentos Académicos	
Auditor:	Catalina Quimbita	Auditado: Mariana Jiménez	
Cláusula	PREGUNTA	EVIDENCIAS DE AUDITORIA	NC/OBS
4.1	¿Se ha establecido documentado, implantado, mantenido y mejorado un sistema de gestión de la calidad?	Se dispone del Manual de Calidad, que contempla el Mapa de Procesos. La funcionaria reconoce los procesos establecidos en el Mapa de Procesos de la Institución	
4.2.1	¿Se ha documentado los seis procedimientos establecidos en la norma?	Se evidencia los seis procedimientos de la norma: Control de Documentos, Control de Registros, Productos no conformes, Acciones Correctivas y Preventivas, Auditorías Internas. No son identificados por la servidora	Observación
4.2.2	¿En el manual de calidad contiene el alcance del sistema de gestión de la calidad y la justificación de las exclusiones de existirías?	Dentro del Manual de la Calidad en los numerales 1.2 y 1.3, se establece el alcance del sistema y las exclusiones	
4.2.3	¿Cuenta con el procedimiento de control de documentos?	Se identifica el procedimiento de control de documentos. Conoce como se realiza el control de documentos, pero no aplica.	Observación
4.2.4	¿El procedimiento control de registros incluye el tiempo de retención, protección y eliminación de registros?	Se identifica el procedimiento de control de registros. Es conocido pero no es aplicado	Observación
5.1	¿La alta dirección ha establecido la política de calidad?	Existe la política de calidad	
5.2	¿Cómo se asegura la alta dirección de que los requisitos del clientes se cumplieron y este queda satisfecho?	Solicitud estudiantil debidamente legalizada por las autoridades competentes de la Institución, con firma de recepción de conformidad.	
5.3	¿La política de calidad ha sido comunicada dentro de la Institución?	Se evidencia que la política de calidad se encuentra difundida, la servidora la conoce de manera general	
5.4.1	¿Se ha establecido compromisos continuos para el logro de los objetivos de calidad?	Se han definidos los objetivos de la calidad, pero desconoce si se están cumpliendo	NC
5.5.1	¿Cómo se asegura la alta dirección de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la Institución?	Las funciones están definidas y conocidas por el servidor contempladas en el Manual de Clasificación y Valoración de Puestos.	
5.5.2	¿Se ha designado dentro la Institución un servidor de la alta dirección como Representante de la Dirección?	Se ha designado como Representante de la Dirección al Dr. Henry Ortiz, docente de la Facultad de Ciencias Médicas	
5.5.3	¿Cuáles son los medios de comunicación que la Institución ha establecido?	Los medios son: vía telefónica, reuniones, oficios, cartas, memorandos, correos electrónicos.	
6.3	¿Se ha determina y proporcionado la infraestructura para lograr la conformidad con los requisitos del producto ?	Se verifica que se cuenta con oficinas, equipos y sistemas informáticos y vehículos para movilización	
7.2.1	¿Cómo se determinan los requisitos del cliente?	Se evidencia el requerimiento del interesado, mediante la solicitud, respalda en la hoja de ruta, entregada al interesado.	
7.2.3	¿Se cuenta con mecanismos de retroalimentación del cliente?	Cuenta con el procedimiento de atención de reclamos e inquietudes, se evidencia algunos registros pero no se evidencia el seguimiento y solución.	NC
7.5.3	¿Se puede identificar el producto por algún medio a través de toda la realización del producto?	Se evidencia la utilización de la matriz de seguimiento de solicitudes.	
8.2.3	¿Cómo realiza el seguimiento y medición del proceso?	Se constata que se ha determinado el indicador de eficacia en la respuesta oportuna de las solicitudes de información estudiantil.	
8.4	¿Cuáles son las fuentes de los datos del indicador del proceso?	Se genera hojas de ruta de validación del trámite de solicitudes estudiantiles	
8.5.2	¿Cuál es el estado de sus acciones correctivas?	Cuenta con el procedimiento de acciones correctivas y preventivas, no evidencia como se detecta y maneja una acción correctiva	NC
8.5.3	¿Cuál es el estado de sus acciones preventivas?	Cuenta con el procedimiento de acciones correctivas y preventivas, no evidencia como se detecta y maneja una acción preventiva	NC

## ANEXO J – Informe de Auditoría

 <b>INFORME DE AUDITORÍA</b> <b>Código: GC-RG-005</b>		REVISION: 01
Norma: Macroroceso: Gestión de Trámites Fecha: Proceso: Elaboración Documentos Académicos Auditor: Auditado: Mariana Jiménez		
<b>1. Objetivo de la Auditoría</b>		
Revisar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2008 en los procesos de Elaboración		
<b>2. Alcance de la Auditoría</b>		
La auditoría se realiza a la Gestion de Trámites de Documentos Académicos		
<b>3. Nombre y apellido del Auditor Líder y Equipo Auditor</b>		
Líder: Catalina Quimbita		
Auditor 2: Juan Sarmiento		
Auditor 3: Fabiola Zurita		
Cláusula	Descripción del hallazgo	NC/OBS
4.1	Se dispone del Manual de Calidad, que contempla el Mapa de Procesos. La funcionaria reconoce los procesos establecidos en el Mapa de Procesos de la Institución	
4.2.1	Se evidencia los seis procedimientos de la norma: Control de Documentos, Control de Registros, Productos no conformes, Acciones Correctivas y Preventivas, Auditorías Internas. No son identificados por la servidora	Observación
4.2.2	Dentro del Manual de la Calidad en los numerales 1.2 y 1.3, se establece el alcance del sistema y las exclusiones	
4.2.3	Se identifica el procedimiento de control de documentos. Conoce como se realiza el control de documentos, pero no aplica.	Observación
4.2.4	Se identifica el procedimiento de control de registros. Es conocido pero no es aplicado	Observación
5.1	Existe la política de calidad	
5.2	Solicitud estudiantil debidamente legalizada por las autoridades competentes de la Institución, con firma de recepción de conformidad.	
5.3	Se evidencia que la política de calidad se encuentra difundida, la servidora la conoce de manera general	
5.4.1	Se han definidos los objetivos de la calidad, pero desconoce si se están cumpliendo	NC
5.5.1	Las funciones están definidas y conocidas por el servidor contempladas en el Manual de Clasificación y Valoración de Puestos.	
5.5.2	Se ha designado como Representante de la Dirección al Dr. Henry Ortiz, Docente de la Facultad de Ciencias Médicas	
5.5.3	Los medios son: vía telefónica, reuniones, oficios, cartas, memorandos, correos electrónicos.	
6.3	Se verifica que se cuenta con oficinas, equipos y sistemas informáticos y vehículos para movilización	



7.2.1	Se evidencia el requerimiento del interesado, mediante la solicitud, respalda en la hoja de ruta, entregada al interesado.	
7.2.3	Cuenta con el procedimiento de atención de reclamos e inquietudes, se evidencia algunos registros pero no se evidencia el seguimiento y solución.	NC
7.5.3	Se evidencia la utilización de la matriz de seguimiento de solicitudes.	
8.2.3	Se constata que se ha determinado el indicador de eficacia del proceso de Elaboración de Documentación académicas.	
8.4	La fuente de los datos del indicador del proceso son hojas las hojas ruta de validación del trámite de solicitudes estudiantiles	
8.5.2	Cuenta con el procedimiento de acciones correctivas y preventivas, no evidencia como se detecta y maneja una acción correctiva	NC
8.5.3	Cuenta con el procedimiento de acciones correctivas y preventivas, no evidencia como se detecta y maneja una acción preventiva	NC
<b>4. Total de No Conformidades Registradas</b>		<b>4</b>
<b>5. Total de Observaciones Registradas</b>		<b>3</b>
<b>6. CONCLUSIONES</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Considerando que el tiempo de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad es de un mes y medio, se puede determinar que ha existido compromiso y apertura por parte de la responsable del proceso auditado.</li> <li>- La actitud demostrada en la implementación del sistema ha sido positiva y de gran beneficio para la Facultad</li> <li>- Tomando en cuenta que se no se ha logrado un amplio entendimiento de la documentación y su utilización, es necesario fortalecer el conocimiento de la temática de procesos y documentación del SGC.</li> <li>- Genera mayor compromiso por parte de las autoridades en el emponderamiento a los servidores, a fin de afianzar los conocimientos, y proceder con evaluaciones</li> </ul>		
ELABORADO POR: Catalina Quimbita		
AUDITOR LIDER		

**ANEXO K: Socialización de los Resultados de la Auditoría**

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Oficio Circular No. 0215 -F.C.M.D  
Quito, D.M., 13 de noviembre del 2014

Señores

**DECANO**

**SUBDECANO**

**RESPONSABLES DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS**

Presente.-

Me permito comunicar a ustedes, los resultados obtenidos en la auditoría realizada el 06 de noviembre del 2014, al proceso de Elaboración de Documentos Académicos, a fin de que se tomen las acciones pertinentes, y dar cumplimiento a las recomendaciones efectuadas por el área de Auditoría.

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Henry Ortiz', is written over a faint circular stamp.

Dr. Henry Ortiz

**REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN**

js/



## ANEXO L - Seguimiento de Acciones Correctivas

SEGUIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS											
TIPO DE ACCIÓN	ORIGEN	PROCESO	CLAUSULA	DESCRIPCIÓN DE NC	ACCIÓN PROPUESTA	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	FECHA INICIO	FECHA FINAL	CIERRE		OBSERVACIÓN
									SI	NO	
AC	AUDITORÍA 1	ELABORACIÓN DOCUMENTOS ACADÉMICOS	4.2.1	Se evidencia los seis procedimientos de la norma, pero no son identificados por la servidora.	Establecer un nuevo programa de capacitación para fortalecer el conocimiento de los procedimientos y evaluar el entendimiento de los mismos.	Coordinador de la Calidad	18-nov-14	20-nov-14	X		Si cumple
AC	AUDITORIA 1	ELABORACIÓN DOCUMENTOS ACADÉMICOS	4.2.3	Se identifica el procedimiento de control de documentos, pero no conoce como se debe realizarlo.	Capacitar nuevamente, evaluar el entendimiento del procedimiento de control de documentos.	Coordinador de la Calidad	18-nov-14	20-nov-14	X		Si cumple
AC	AUDITORIA 1	ELABORACIÓN DOCUMENTOS ACADÉMICOS	4.2.4	Se identifica el procedimiento de control de registros. Es conocido pero no es aplicado	Determinar responsabilidades, y realizar chequeos esporádicos para controlar su ejecución.	Secretario Abogado	28-nov-14	29-nov-14	X		Si cumple
AC	AUDITORIA 1	ELABORACIÓN DOCUMENTOS ACADÉMICOS	5.4.1	Se han definidos los objetivos de la calidad, pero desconoce si se están cumpliendo	Socializar los objetivos de calidad y su cumplimiento en todos los niveles de la Institución.	Representante de la Dirección	17-nov-14	19-nov-14	X		Si cumple
AC	AUDITORIA 1	ELABORACIÓN DOCUMENTOS ACADÉMICOS	7.2.3	Cuenta con el procedimiento de atención de reclamos e inquietudes, se evidencia algunos registros pero no se evidencia el seguimiento y solución.	Determinar responsabilidades. Se presentará un informe de las acciones tomadas frente a las solicitudes de reclamos e inquietudes, presentados por los interesados	Director/a de Carrera	18-nov-14	21-nov-14	X		Si cumple
AC	AUDITORIA 1	ELABORACIÓN DOCUMENTOS ACADÉMICOS	8.5.2	Cuenta con el procedimiento de acciones correctivas, no evidencia como se detecta y maneja una acción correctiva	Brindar capacitación, afianzando conocimientos referente al procedimiento de acciones correctivas.	Coordinador de la Calidad	18-nov-14	20-nov-14	X		Si cumple
AC	AUDITORIA 1	ELABORACIÓN DOCUMENTOS ACADÉMICOS	8.5.3	Cuenta con el procedimiento de acciones preventivas, no evidencia como se detecta y maneja una acción preventiva	Fomentar el compromiso de los servidores y brindar capacitación, referente al procedimiento de acciones preventivas.	Coordinador de la Calidad	18-nov-14	20-nov-14	X		Si cumple

