**MANUAL**

de Procedimientos

APLICADO A:

UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD

SAN SALVADOR, NOVIEMBRE 2016

***MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD***

**Elaborado por: Licda. Nancy Castro de Archila** SELLO

 Fecha de **elaboración: 4 de JULIO 2016**

**Revisado por:**

Nombre de la comisión con sus respectivas firmas

**NOMBRE**  **FIRMA**

Fecha de **revisión:**

**AUTORIZADO:**

**NOMBRE SELLO** **FIRMA**

Presidente

Fecha de **autorización**:

**Índice**

Introducción…………………………………………………………………………………………………………..4

Objetivo…………………………………………………………………………………………………………….……5

Marco Legal………………………………………………………………………………………………………..…...6

Procedimiento 1: PROGRAMA DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD…………………..…..7

Procedimiento 2: PLAN DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD …………………………..…...9

Procedimiento 3: INFORME DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD**.**……………………….11

Procedimiento 4: CONTROL DE DOCUMENTOS……………………………………………………….13

Procedimiento 5: MANEJO DE ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS. (APC)……..15

Procedimiento 6: CONTROL DE REGISTROS…………………………………………………………….17

Glosario………………………………………………………………………………………………………………....19

Formatos o anexos……………………………………………………………………………………………….…21

**Introducción**

El presente Manual es una descripción de la secuencia y de la interacción de los procesos incluidos en el Sistema de Gestión de la Calidad. Tiene como propósito contar con una guía clara y especifica que garantice la óptima operación y desarrollo del as diferentes actividades de la Unidad de Gestión de la Calidad.

Contempla el desarrollo de procedimientos con sus respectivos diagramas de flujo y formatos utilizados.

**Objetivo**

Establecer los lineamientos y directrices del desarrollo correcto y oportuno de las labores encomendadas al personal de la Unidad de Gestión de la Calidad.

**Marco Legal**

-Normas Técnicas de Control Interno específicas del CSSP.

**Procedimiento 1 PROGRAMA DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD.**

1. **Objetivo del procedimiento: Establecer proceso a seguir según requisitos de las Norma ISO durante una auditoria de calidad.**
2. **Definición del Procedimiento: El programa de auditoria es el que contribuirá a la mejora del sistema de gestión y a su desempeño.**
3. **Unidades o puestos de trabajo que intervienen: Unidad de Gestión de la Calidad, Unidades Organizativas.**
4. **Documentos que se utilizan: Formato Programa de Auditoria Interna de Calidad.**

**Matriz para la descripción de procedimientos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **RESPONSABLE** | **DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD** |
| **1** | **Gestor de calidad** | **Elabora Programa de Auditoria Interna de Calidad.** |
| **2** | **Presidencia** | **Autoriza programa de Auditoria Interna de Calidad.** |
| **3** | **Gestor de calidad** | **Socializa con personal involucrado.** |
| **4** | **Gestor de calidad** | **Ejecuta el programa.** |

**Diagrama de flujo**

Gestor de Calidad elabora programa de auditoria interna de calidad

Presidencia autoriza programa

Gestor de Calidad socializa con personal involucrado

Gestor de Calidad ejecuta el programa

**Procedimiento 2: PLAN DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD**

1. **Objetivo del procedimiento: Facilitar la programación y la coordinación de la auditoria.**
2. **Definición del Procedimiento: Refleja el alcance y la complejidad de la auditoria.**
3. **Unidades o puestos de trabajo que intervienen: Unidad de Gestión de la Calidad, Unidades Organizativas.**
4. **Documentos que se utilizan: Formato Plan de Auditoria interna de Calidad.**

**Matriz para la descripción de procedimientos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **RESPONSABLE** | **DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD** |
| **1** | **Gestor de calidad** | **Elabora Plan de Auditoria.** |
| **2** | **Gestor de calidad** | **Socializa con el personal involucrado antes de iniciar la auditoria interna de calidad.** |

**Diagrama de flujo**

Gestor de Calidad elabora plan de auditoria

Gestor de Calidad socializa plan de auditoria con involucrados

**Procedimiento 3: INFORME DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD.**

1. **Objetivo del procedimiento: Establecer los lineamientos para documentar los resultados de una auditoria interna de calidad, a fin de analizar la conformidad de la operación, enfocadas a las Normas ISO.**
2. **Definición del Procedimiento: Elaboración del informe de auditoría interna de calidad que abarca la evaluación de las diferentes Normas ISO/IEC aplicadas en Procedimientos de Unidades o Juntas de Vigilancia, el cual debe ser preciso, conciso, completo y representar un registro claro de la auditoria.**
3. **Unidades o puestos de trabajo que intervienen: Unidad de Gestión de la Calidad.**
4. **Documentos que se utilizan: Plan de auditoria. Programa de auditoria, lista de chequeo de la Norma, solicitud de acciones preventivas y correctivas, Implementación de acciones preventivas y correctivas, Manejo de Acciones preventivas y correctivas, Informe de auditoría. anexos.**

**Matriz para la descripción de procedimientos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **RESPONSABLE** | **DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD** |
| **1** | **Gestor de calidad** | **Elabora informe de auditoría interna de calidad.** |
| **2** | **Gestor de calidad** | **Se reúne con los involucrados y con la alta dirección para establecer acciones correctivas y preventivas, se estima el tiempo que tardara en implementarlas y así verificar el cumplimiento.** |
| **3** | **Gestor de calidad** | **Da seguimiento a las acciones preventivas y correctivas.** |
| **4** | **Gestor de calidad** | **Archiva documentos.** |

**Diagrama de flujo**

Gestor de Calidad elabora informe de auditoría interna de calidad

Gestor de calidad se reúne con involucrados y alta dirección para implementar acciones correctivas y preventivas

Gestor de Calidad da seguimiento a las acciones preventivas y correctivas.

Gestor de Calidad archiva documentos.

**Procedimiento 4 CONTROL DE DOCUMENTOS.**

1. **Objetivo del procedimiento: Tener una guía para el control de documentos que se generan como parte del sistema de gestión de calidad.**
2. **Definición del Procedimiento: La aplicación de las medidas de revisión, manejo, formato, clasificación, aprobación y control deben ser acordes a los lineamientos expuestos en este procedimiento.**
3. **Unidades o puestos de trabajo que intervienen: Unidad de Gestión de la Calidad, Unidad de Informática.**
4. **Documentos que se utilizan: Según lo solicite la Norma ISO.**

**Matriz para la descripción de procedimientos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **RESPONSABLE** | **DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD** |
| **1** | **Unidad Organizativa** | **Genera nuevo documento según la Norma ISO, y la remite al Gestor de Control de Calidad por medio de correo electrónico solicitando la revisión del documento. Cuándo los archivos son demasiado grandes, estos pueden ser entregados utilizando discos extraíbles y el responsable del área tendrá que dejar constancia de la entrega del documento por correo electrónico.** |
| **2** | **Gestor de Calidad** | **Elabora y/o alimenta matriz general de control de documentos revisando versiones vigentes y el estatus de aprobación de los documentos que conforman el sistema de gestión; se encuentra en el computador y bajo la custodia del Gestor de Control de Calidad quien es el responsable de su revisión, manejo y actualización.** |
| **3** | **Gestor de Calidad** | **Realiza cambio y alimenta matriz de unidades organizativas, informa a la Unidad de Informática para hacer cambios en carpeta electrónica.** |
| **4** | **Gestor de Calidad** | **Notifica al área organizativa aprobación de documento.** |

**Diagrama de flujo**

Unidad organizativa genera documento y la remite al Gestor de Calidad

Gestor de calidad revisa documento y ya autorizado procede a codificar y realizar cambio en la MGCD

Gestor de Calidad solicita a la Unidad de Informática realice cambios en carpeta electrónica

Gestor de Calidad notifica a la Unidad Organizativa la aprobación de documento.

**Procedimiento 5: MANEJO DE ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS. (APC).**

1. **Objetivo del procedimiento: Definir un mecanismo para manejar las no conformidades y asegurar la eficiencia de respuesta y eficacia de toda acción preventiva o correctiva tomada. Asegurando la debida evaluación con la implementación de cambios positivos.**
2. **Definición del Procedimiento: Es el mecanismo de control de las no conformidades generadas en auditorías internas de calidad y las acciones de implementación.** **Las solicitudes de acciones correctivas se presentan principalmente, como resultado de: Reportes de auditoría interna de calidad, Reportes de auditoría de acreditación, Quejas, Incumplimientos a procedimientos detectados.**
3. **Unidades o puestos de trabajo que intervienen: Unidad de Gestión de la Calidad, Presidencia, Unidades Organizativas.**
4. **Documentos que se utilizan:**

**-Solicitud de Acciones Preventivas y Correctivas.**

**-Implementación de Acciones Preventivas y Correctivas.**

**Matriz para la descripción de procedimientos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **RESPONSABLE** | **DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD** |
| **1** | **Gestor de calidad** | **Envía copia del formulario completo de acciones preventivas y correctivas por medio de correo electrónico al Gestor de Calidad.** |
| **2** | **Gestor de Calidad** | **Le da seguimiento al caso junto con el Jefe de la Unidad Administrativa, implementando acciones preventivas y correctivas.** |

**Diagrama de flujo**

Gestor de calidad envía copia del formulario completo de accionespreventivas y correctivas por medio de correo electrónico al Gestor de Calidad.

Gestor de calidad le da seguimiento al caso junto con el Jefe de la Unidad Administrativa, implementandoacciones preventivas **y** correctivas.

**Procedimiento 6: CONTROL DE REGISTROS**

1. **Objetivo del procedimiento: Establecer los controles necesarios para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, así como para definir el tiempo de retención y la disposición de los registros.**
2. **Definición del Procedimiento: Es una guía para el control de los registros que se generen como parte de las actividades relacionadas a las Normas ISO.**
3. **Unidades o puestos de trabajo que intervienen: Unidad de Gestión de la Calidad.**
4. **Documentos que se utilizan: No Aplica.**

**Matriz para la descripción de procedimientos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **RESPONSABLE** | **DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD** |
| **1** | **Gestor de Calidad** | **Archivo Activo:**  **Si la información está en medios electrónicos, se procederá a realizar un back up de la información.**  **Con archivo en físico:**  **Archivo físico: Agrupa los documentos en carpetas, las que identificara y archivara.** |
| **2** | **Gestor de Calidad** | **Archivo inactivo:**  **Culminando el tiempo de archivo activo la documentación se agrupan de acuerdo a su información y se colocan en cajas que se identificaran además de una breve descripción del contenido, después de 5 años se destruirán.** |

**Diagrama de flujo**

Gestor de Calidad:

Archivo Activo:

Si la información está en medios electrónicos, se procederá a realizar un back up de la información.

Con archivo en físico:

Archivo físico: Agrupa los documentos en carpetas, las que identificara y archivara.

Gestor de Calidad:

Archivo inactivo:

Culminando el tiempo de archivo activo la documentación se agrupan de acuerdo a su información y se colocan en cajas que se identificaran además de una breve descripción del contenido, después de 5años se destruirán.

**Glosario**

**Auditoría:** proceso sistemático independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado de cumplimiento de los criterios de auditoría.

**Acción correctiva:** pasos ejecutados para eliminar las causas de una no conformidad existente, o bien para realizar mejoras en la calidad.

**Acción preventiva**: pasos implementados para eliminar las causas de una potencial no conformidad, o como una mejora al proceso de calidad.

**Registro:** documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas. Un formulario se transforma en un registro cuando se le incorporan los datos.

**Informe:** Conjunto de datos obtenidos de seguir un procedimiento, instrucción o actividad.

**Revisión del Sistema de Gestión**: Los responsables de área harán una revisión completa de todos los documentos que están bajo su custodia al menos una vez al año. Durante la revisión de un documento se pueden identificar aspectos superficiales que ameriten su corrección, si hay corrección se enviará un memorándum al Gestor de Control de Calidad dejando constancia de los aspectos revisados y se mantiene la versión actual del documento. El documento debe ser revisado por el Gestor de Control de Calidad y posteriormente deberá guardarlo en el computador.

Los registros de revisiones de documentos se guardan en los archivos de documentos obsoletos.

**Cambio de Versión de Documentos Vigentes:** Las propuestas de cambio de versión de documentos vigentes son enviadas al Gestor de Control de Calidad vía correo electrónico para ser revisadas. Una vez que el documento ha sido revisado, tendrá que ser aprobado por Presidencia. Una vez que el documento ha sido aprobado, se envía al Gestor de Control de Calidad para incorporarlo al sistema de gestión y este oficializará a través de memorando la existencia de una nueva versión de documento a las áreas interesadas. Una nueva versión del documento indica cambios relevantes al documento.

Cualquier copia física de un manual, política, procedimiento o instrucción se considera una copia no controlada. El Gestor de Control de Calidad convierte las versiones vigentes de los documentos en archivos de PDF para limitar el manejo incorrecto de los documentos; de esta manera dicha documentación no puede ser alterada si no es a través del sistema y con las debidas autorizaciones. Para asegurar que es un documento controlado, se le coloca el anuncio “Copia Controlada” o “Copia no Controlada” en el pie de página por debajo del número de página, con letra mayúscula, Times New Roman, número 9.

**Archivo vigente:** Es un registro de calidad que se mantiene vigente en un área organizativa.

**Archivo Inactivo:** Es un registro de calidad no vigente en un área organizativa, que se encuentra en un lugar específico disponible en el tiempo estipulado de retención de documentos inactivos, para su consulta.

**Formatos o anexos**

**INFORME DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD.**

**1. Introducción**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Resumen de la Auditoria**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Áreas auditadas:** |  | | | |
| **Requisito** | **Falla Sistémica** | **No Conformidad** | **Acción Correctiva** | **Acción Preventiva** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |
| **Porcentaje de cumplimiento general:** | | | **%** | |

**2.2 Aspectos relevantes**

|  |  |
| --- | --- |
| **Descripción General:** | |
| Organismo de inspección: |  |
| Sistema de gestión: |  |
| Documentación: |  |
| Personal: |  |

**3. Auditoria**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Área** | **Norma** | **Criterios de aplicación** |
|  | ISO/IEC | Todos |

**3.2 Equipo auditor**

|  |  |
| --- | --- |
| (Nombre) | Auditor líder. (Competencia) |
| (Nombre) | Auditor apoyo. (Competencia) |

**4. Hallazgos**

|  |  |
| --- | --- |
| **N° no conformidad:** |  |
| **N° de requisito/sub requisito:** |  |
| **Área:** |  |
| **Responsable/Auditado:** |  |
| **Descripción del hallazgo** | |
|  | |
| **Plazo de cumplimiento / revisión:** | |
|  | |

**5. Acciones Preventivas/Correctiva**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Área Organizativa** | **Requisito** | **Descripción de la acción preventiva** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Última línea** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Área Organizativa** | **Requisito** | **Descripción de la acción Correctiva** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Última línea** | | | |

**6. Anexos**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma del Auditor líder de Calidad.

|

**BITACORA DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos Generales** | | | | | | | | | | | | |
| **Alcance** | | | | Norma ISO/IEC | | | | | | | | |
| **Fecha:** | | | |  | | | **Hora:** | | |  | | |
| **Lugar:** | | | |  | | | | | | | | |
| **Auditor (a) líder:** | | | |  | | | | | | | | |
| **Auditor (a) Apoyo** | | | |  | | | | | | | | |
| **Asistencia en reunión inicial** | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre** | | | | | | **Cargo** | | | | | **Firma** | |
| 1 |  | | | | |  | | | | |  | |
| 2 |  | | | | |  | | | | |  | |
| **Puntos tratados en reunión inicial** | | | | | | | | | | | | |
|  | | Recordar el alcance y la metodología del plan de auditoria interna de calidad | | | | | | | | | | |
|  | | Discutir el plan de auditoria interna de calidad y comunicar las actividades específicas | | | | | | | | | | |
|  | | Asegurar la disponibilidad de todos los recursos para realizar adecuadamente los procesos de auditoria | | | | | | | | | | |
| **Resumen de acuerdos de la reunión inicial** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Reunión final** | | | | | | | | | | | | |
| **Fecha:** | | |  | | | | | | **Hora:** | | |  |
| **Participó mismo personal:** | | | | | **Si:** | | | **No:** | | | | **Detalles:** |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Puntos tratados en reunión final** | | | | | | | | | | | | |
|  | | Exponer los resultados de auditoría interna de calidad | | | | | | | | | | |
|  | | Comunicación y consenso de los temas y hallazgos expuestos | | | | | | | | | | |
|  | | Acordar un plan de seguimiento para la entrega de las no conformidades y solicitudes de acciones correctivas y preventivas | | | | | | | | | | |
| **Resumen de acuerdos tratados en reunión final** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Auditor Líder:** |  |
| **Firma:** |  |
| **Auditor Apoyo:** |  |
| **Firma:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | **Programa de Auditoria Interna de Calidad** | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  | **NR** (uso interno): | | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Actualizado por:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
| Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Alcance | | Responsable | AÑO XXXX | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PLAN DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD**

|  |
| --- |
| **NR** (uso interno): |

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Objetivo de la Auditoria** | |
|  | |
| Los registros del proceso de auditoría interna incluyen como mínimo:   * Bitácora de reunión inicial * Bitácora de reunión final * Lista de chequeo de la Norma ISO/IEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Los requisitos por evaluar están definidos en los siguientes documentos:   * Norma ISO/IEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Fecha:** |  |
| **Lugar:** |  |
| **Auditor Líder:** |  |

| **2. Alcance de la auditoria** |
| --- |
|  |
| El enfoque principal de la auditoria será para las siguientes áreas de evaluación: |
| **Lista de auditados:** |
|  |
|  |
|  |

| **3. Programación de actividades y recursos necesarios** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Actividad** | **Hora inicio** | **Hora final** | **Recursos necesarios** | **Responsable** |
| **Reunión de apertura** |  |  |  |  |
| **Área de Evaluación** |  |  |  |  |
| **Área de Evaluación** |  |  |  |  |
| **Reunión de cierre** |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4. Funciones y responsabilidades de los Auditores Internos** | | |
|  | | |
| **5. Funciones y responsabilidades del Auditado** | | |
|  | | |
|  |  |  |
|  | Firma de Auditor Líder |  |

FORMULARIO DE IMPLEMENTACION DE APC

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Información General** | |
| **Nombre del Responsable:** |  |
| **Fecha:** |  |
| **Cargo que ocupa:** |  |
| **Correo electrónico:** |  |
| 1. **Acciones ejecutadas** | |
| **Fecha de recepción de la solicitud:** |  |
| **Medio de recepción:** |  |
| **Fecha límite para acciones:** |  |
|  | |
| Lista de documentos que se adjuntan como evidencia | |
| 1. **Revisión** | |
| **Responsable de revisar la acción:** |  |
| **Fecha:** |  |
| **Cargo que ocupa:** |  |
| **Correo electrónico:** |  |
| **Firma de aprobación y conformidad:** |  |

***Nota: toda actualización deberá ser informada a la Comisión de “Revisión para Aprobación o Actualización de Manuales”.***

#### REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN

#### El manual deberá ser revisado y actualizado cada tres años o antes si fuere necesario de acuerdo a las necesidades que se generen para mejorar los procedimientos de las unidades. Además se podrá agregar a éste nuevos procedimientos previamente aprobados por la Presidencia del CSSP.

**MODIFICACIONES**

Las modificaciones de los manuales serán revisados por la comisión para su posterior aprobación por la Presidencia del CSSP. Los formularios y anexos podrán ser modificados por las Jefaturas, ajustándose a las necesidades de los servicios a prestar.

**DIVULGACIÓN**

#### Las jefaturas serán las responsables de divulgar los manuales entre todas las Unidades Administrativas del Consejo con el fin de que toda jefatura y sus colaboradores conozcan los procedimientos contenidos en el mismo para su debida aplicación.

**CUMPLIMIENTO.**

Los procedimientos integrados a los manuales serán de cumplimiento obligatorio para todos los funcionarios, jefes y personal de las Unidades del CSSP.