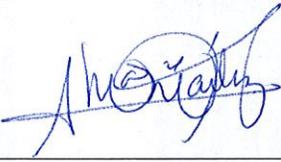


PROCESO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	Aprobación:	Nivel:	Código:
	04/09/2014	3	PR-D.2-6

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable	
Firma:			
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda	
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad	
Fecha:	25/08/2014	27/08/2014	
	<i>Recomienda</i> Comité Técnico Consultivo FISDL	APROBADO Consejo de Administración FISDL	
	Recomienda: Comité Técnico Consultivo	Aprueba: Consejo de Administración	
Sesión: DL – 897/2014	Fecha: 01/09/2014	Sesión: DL – 826/2014	Fecha: 04/09/2014



Proceso de Gestión de la Calidad y Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	3	PR-D.2-6	

I. Mapa de Proceso



Proceso de Gestión de la Calidad y Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	3	PR-D.2-6	

II. Caracterización

TIPO DE PROCESO:		Proceso - Directriz		
CÓDIGO Y NOMBRE DEL PROCESO:		PROPIETARIO DEL PROCESO:		
PR-D.2 Gestión de la Calidad y Mejora Continua		Jefe del Departamento de Organización y Calidad		
OBJETIVO:				
Evaluar el Sistema de Gestión de Calidad de la institución para mejorar continuamente su desempeño y lograr así aumentar la capacidad para cumplir con los requisitos, satisfacción de los clientes y otras partes interesadas.				
ALCANCE:				
Este proceso comprende la planificación y ejecución de las auditorías de calidad, el seguimiento de las acciones correctivas, preventivas y de mejora, la identificación y el tratamiento de producto/ servicio no conforme y la revisión del sistema de gestión de calidad por la Dirección.				
RECURSOS:		SISTEMAS FISDL NECESARIOS PARA REALIZAR EL PROCESO:		
<ul style="list-style-type: none"> - Equipo de cómputo - Teléfono - Mobiliario (Escritorio, silla, archivos) - Papelería (Papel, bolígrafos, lápices, etc.) - Copiadora, escáner e impresor - Servicio de Internet - Servicio de correo electrónico - Proyector - Sala de reuniones - Talento Humano 		N/A		
CONTROLES DEL PROCESO:		RESPONSABLE DEL CONTROL:		
Meta: $\geq 75\%$ Alerta: $<75\%$ y $>65\%$ Crítico: $\leq 65\%$		Jefe del Departamento de Organización y Calidad		
OBJETIVO DE INDICADOR:		INDICADOR DEL PROCESO:		
Lograr implementar el 75% de los planes de acción que han sido programados mensualmente, con el fin de mejorar continuamente el Sistema de Gestión de Calidad.		(planes de acción implementados en el mes/planes de acción programados en el mes) X100%		
RESPONSABLE DE MEDICIÓN:	FRECUENCIA DE MEDICIÓN:	REQUISITOS NORMA ISO 9001:		
Técnico de Organización y Calidad	Mensual	4.1 Requisitos Generales		



Proceso de Gestión de la Calidad y Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	3	PR-D.2-6	

RESPONSABLE DE ANÁLISIS: Jefe del Departamento de Organización y Calidad	FRECUENCIA DE ANÁLISIS: Mensual	4.2 Requisitos de documentación 5.1 Compromiso de la Dirección 5.3 Política de Calidad 5.4.1 Objetivos de Calidad 5.5.2 Representante de la Dirección 5.6 Revisión por la Dirección 7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio 8.1 Generalidades 8.2.2 Auditoría Interna 8.2.3 Seguimiento y Medición de los Procesos 8.3 Control del producto no conforme 8.4 Análisis de Datos 8.5 Mejora
--	---	---



Proceso de Gestión de la Calidad y Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	3	PR-D.2-6	

III. Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del proceso en el Manual de Calidad.	Consejo de Administración Sesión: DL-619/2010 Fecha: 29/07/2010	16/08/2010
0	1	Aprobación del proceso como documento independiente.	Consejo de Administración Sesión: DL-650/2011 Fecha: 17/03/2011	17/03/2011
1	2	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de los insumos, proveedores, productos, clientes; asimismo, se validaron los procesos de apoyo. Se agregó el apartado II. Caracterización. 	Presidenta del FISDL Fecha: 13/04/2012	16/04/2012
2	3	<ul style="list-style-type: none"> Se reformuló el indicador de la siguiente forma: "(# de acciones cerradas a tiempo/ # total de acciones cerradas) X100" 	Presidenta del FISDL Fecha: 15/05/2012	16/05/2012
3	4	<ul style="list-style-type: none"> Se incorporó como parte del proceso, el procedimiento PO-D.2.4 Control de producto/servicio no conforme. Revisión y actualización de los insumos y productos. 	Presidenta del FISDL Fecha: 09/07/2012	10/07/2012
4	5	Se agregó el apartado III. Historial de Cambios al proceso. Se modificó el indicador el proceso a "(auditorías internas de calidad ejecutadas / auditorías internas de calidad programadas) X 100%; asimismo, en éste sentido, se replantearon el objetivo, la meta y la frecuencia de medición del mismo.	Consejo de Administración Sesión: DL-739/2012 Fecha: 29/11/2012	17/12/2012
5	6	Se actualizó el mapa de procesos, ya que se eliminó el PR-A.2 Comunicación Interna y cambio de	Consejo de Administración Sesión: DL-826/2014	01/10/2014



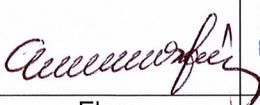
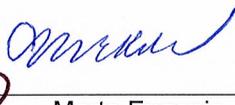
Proceso de Gestión de la Calidad y Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	3	PR-D.2-6	

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
		<p>nombre del proceso PR-A.4 Gestión del Talento Humano.</p> <p>Cambio del indicador del proceso de “(auditorías internas de calidad ejecutadas / auditorías internas de calidad programadas) X 100%” a “(planes de acción implementados en el mes/planes de acción programados a implementar en el mes) X100%”; asimismo, se modificó el objetivo, controles del proceso, frecuencias de medición y análisis.</p>	Fecha: 04/09/2014	



PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD	Aprobación:	Nivel:	Código:
	02/07/2015	4	PO-D.2.1-6

FISDL

	Elabora / Modifica	Revisa	Revisa	Responsable
Firma:				
Nombre:	Dolores Maritza de Avelar	Astrid Martínez de Pineda	Elena Cardoza de Gómez	Marta Eugenia Roldán de Bottari
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad/ Representante de la Dirección	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional	Gerente General / Coordinador del Comité de Calidad
Fecha:	26/06/2015	26/06/2015	26/06/2015	26/06/2015
<i>Visto Bueno</i> Comité Técnico Consultivo FISDL		APROBADO Consejo de Administración FISDL		
Recomienda: Comité Técnico Consultivo		Aprueba: Consejo de Administración		
Sesión: DL-938/2015	Fecha: 29/06/2015	Sesión: DL-865/2015	Fecha: 02/07/2015	

Vigencia a partir de: 02/07/2015



Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	02/07/2015	4	PO-D.2.1-6	

I. Objetivo General:

Establecer los lineamientos a seguir para realizar una auditoría interna de calidad en la institución, con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos aplicables y la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008, para mejorarlo continuamente.

II. Alcance:

Este procedimiento inicia con la elaboración y aprobación de Programa Anual de Auditorías de Calidad y comprende la planificación y la ejecución de cada una de las auditorías programadas hasta la presentación de los informes de auditorías de calidad y la evaluación de los auditores.

Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	02/07/2015	4	PO-D.2.1-6	

IV. Descripción General:

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
1	<p>Elabora/ Modifica el Programa Anual de Auditorías de Calidad.</p> <p>El Representante de la Dirección elabora el Programa Anual de Auditorías de Calidad</p> <p>A criterio del Representante de la Dirección pueden realizarse auditorías adicionales al programa previsto o cuando se tenga información suficiente que permita prever el incumplimiento de los requisitos fijados por el Sistema de Gestión de la Calidad en algún proceso en particular, para lo cual se realiza una modificación en el Programa Anual de Auditorías de Calidad colocando la fecha de modificación y sometiendo nuevamente el programa a aprobación.</p>	Representante de la Dirección	FO-D.2.1-1 Programa Anual de Auditorías de Calidad	No
2	<p>Revisa y aprueba el Programa Anual de Auditorías de Calidad.</p> <p>El Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional revisa el Programa Anual de Auditorías de Calidad.</p> <p><u>Control de Calidad</u></p> <p>La revisión se realizará teniendo en cuenta la relevancia y estado de los procesos, áreas o necesidades que se detecten en las operaciones, en el Sistema de Gestión de Calidad y los resultados de las auditorías internas y externas de calidad realizadas con anterioridad. Si no hay observaciones, el Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional firma de aprobado el Programa Anual de Auditorías de Calidad.</p>	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional		Si
a.	<p>¿Aprueba Programa Anual de Auditorías de Calidad?</p> <p>Si el Programa Anual de Auditorías de Calidad es aprobado, continuar con la actividad "Divulga el Programa Anual de Auditorías de Calidad", en caso contrario regresar a la actividad "Elabora/Modifica el</p>			

Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	02/07/2015	4	PO-D.2.1-6	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	Programa Anual de Auditorías de Calidad”.			
3.	<p>Divulga el Programa Anual de Auditorías de Calidad.</p> <p>El Representante de la Dirección da a conocer el Programa Anual de Auditorías de Calidad a los Gerentes y Jefes de cada Unidad. Cada jefatura tendrá la responsabilidad de dar a conocer el programa al personal bajo su cargo.</p>	Representante de la Dirección/ Gerente/Jefe de Área		No
4.	<p>Verifica en el Programa las fechas de las auditorías próximas a realizar.</p> <p>Revisa en el Programa Anual de Auditorías de Calidad las fechas de las auditorías que están próximas a realizarse y los procesos que se auditarán, para preparar la logística necesaria.</p>	Representante de la Dirección		No
5.	<p>Prepara logística para realizar la auditoría de calidad.</p> <p>Esta actividad comprende la conformación de los equipos de auditoría, programación de las fechas para realizar la auditoría según los procesos a auditar, la preparación de la documentación a entregar (calendario de auditoría, documentos a auditar, formularios para la auditoría, etc.).</p> <p>Nota: En el Calendario de Auditorías de Calidad, se presentan fechas propuestas para realizar las auditorías; sin embargo, éste calendario puede estar sujeto a cambios durante el consenso del Plan de Auditoría de Calidad del Equipo Auditor con los Gerentes/Jefes de Área.</p>	Representante de la Dirección/ Técnico de Organización y Calidad	FO-D.2.1-2 Calendario de Auditorías de Calidad	No
6.	<p>Proporciona los lineamientos para realizar la auditoría y documentos base.</p> <p>El Representante de la Dirección convoca a los auditores para dar conocer las fechas programadas para la auditoría, los procesos/subprocesos asignados y la conformación de cada equipo auditor;</p>	Representante de la Dirección/ Técnico de Organización y Calidad		No

Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	02/07/2015	4	PO-D.2.1-6	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	asimismo, proporciona los procedimientos, formularios, guías operativas y otros documentos base para realizar la auditoría y Solicitudes de acciones correctivas/ preventivas/ mejora abiertas o abiertas reprogramadas que puedan ser verificadas (si existen). Además se proporcionan los formularios de Plan de Auditoría de Calidad, Listas de Verificación e Informe de Auditoría Interna de Calidad.			
7.	Analiza la documentación Analiza la documentación que se considerará como criterio de auditoría y que es aplicable a cada proceso/ subproceso en particular.	Equipo Auditor		No
8.	Elabora/ modifica y consensa el Plan de Auditoría de Calidad. Cada equipo auditor designado es responsable de elaborar el Plan de Auditoría de Calidad de acuerdo a lo establecido en el calendario de auditoría. El plan deberá considerar lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo de la auditoría. • Alcance de la auditoría • Criterios de auditoría. • Desarrollo del plan, que incluye: horario, requisito de la norma, proceso/ subproceso, personal a auditar, auditores, documentación de referencia. El equipo auditor designado presenta el plan de auditoría al Gerente y/o Jefe del Área correspondiente a efectos de que sea consensado en lo que respecta a los horarios y fechas propuestos en el plan de auditoría. Si no hay observaciones en el Plan de Auditoría el Gerente y/o Jefe de Área firman de aprobado. El Gerente/Jefe responsable del Área a auditar será responsable de comunicar al personal a su cargo. El equipo auditor dejará copia del Plan de Auditoría	Equipo Auditor	FO-D.2.1-4 Plan de Auditoría de Calidad	No

Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	02/07/2015	4	PO-D.2.1-6	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	de Calidad al Gerente/Jefe de Área del proceso a auditar.			
9.	<p>Elabora Listas de Verificación</p> <p>El Equipo Auditor designado deberá elaborar las Listas de Verificación conteniendo aquellas preguntas que le servirán de guía durante la tarea de investigación en la auditoría.</p>		FO-D.2.1-3 Lista de Verificación	No
10.	<p>Ejecuta la auditoría de calidad</p> <p>El Equipo Auditor se presenta en la fecha y hora acordada y verifica las evidencias objetivas contrastándolas con los requisitos normativos establecidos, la documentación aplicable a las mismas (procesos, subprocesos, procedimientos, subprocedimientos, guías, documentos externos, registros de la implementación de los procesos o indicadores, la norma ISO 9001:2008), los objetivos fijados y los resultados. El auditor toma como referencia las preguntas y aspectos a verificar preparados en las listas de verificación.</p> <p>Además verifica la implementación y efectividad de las acciones correctivas/ preventivas/ mejora abiertas o abiertas reprogramadas, si existen. En caso de existir, analiza las evidencias y registra el estatus. Si las evidencias de efectividad de las acciones son suficientes, el equipo auditor cierra las solicitudes correspondientes.</p> <p>Notifica al equipo auditor que originalmente identificó las no conformidades u oportunidades de mejora, en caso de no ser el mismo.</p> <p>Los hallazgos detectados son analizados por el equipo auditor para determinar si constituyen conformidades, no conformidades (reales y potenciales), oportunidades de mejora, observaciones y fortalezas.</p>	Equipo Auditor		No
11	Realizan reunión de cierre	Equipo Auditor/		

Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	02/07/2015	4	PO-D.2.1-6	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	Al finalizar la auditoría, el equipo auditor da a conocer los resultados preliminares de la auditoría al Gerente/ Jefe del Área y/o personal auditado.	Personal Auditado		
12	Ir al procedimiento PR-D.2.3 Gestión de la Mejora Continua. Este procedimiento tiene como objetivo definir las acciones requeridas para el tratamiento, evaluación y control de las no conformidades reales/potenciales y oportunidades de mejora que se detecten en el Sistema de Gestión de la Calidad, así como la identificación, selección, planificación y seguimiento de los proyectos de mejora en los procesos de la institución.			
13	Elabora y envía al DOC el informe final y solicitudes de AC/ AP/ AM El Equipo Auditor elabora y presenta el informe final al DOC, que deberá estar debidamente firmado por el Gerente y/o Jefe de Área. Asimismo, envía las solicitudes de acción correctiva/ preventiva/ mejora correspondientes. Nota: Una vez el DOC tenga todos los informes de auditoría de calidad, procederá a modificar el calendario de auditorías de calidad con las fechas reales de ejecución.	Equipo Auditor	FO-D.2.1-5 Informe de Auditoría Interna de Calidad	No
14	Presenta informe de auditoría de calidad al CCA. Los resultados de la auditoría de calidad son presentados al Comité de Calidad por el Representante de la Dirección.	Representante de la Dirección		No
15	Evalúan el desempeño de los Auditores Internos de Calidad La evaluación del desempeño de los auditores de calidad se realizará antes, durante y después del proceso de la auditoría de calidad y deberá incluir:	Representante de la Dirección/ Técnico de Organización y Calidad, Personal	FO-D.2.1-6 Evaluación del Desempeño Auditores de Calidad – DOC	No

Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	02/07/2015	4	PO-D.2.1-6	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	<p>1. Evaluación por el Departamento de Organización y Calidad</p> <p>2. Evaluación por el personal auditado</p> <p>3. Autoevaluación por los auditores de calidad</p> <p>Para lo anterior se utilizarán los formularios de Evaluación del Desempeño Auditores de Calidad correspondientes a la evaluación por parte del DOC, personal auditado y autoevaluación.</p> <p>Los criterios incluidos en las evaluaciones son los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Responsabilidad 2. Técnicas de Auditoría 3. Conocimientos 4. Redacción de Hallazgos 5. Atributos personales <p>Si en los resultados de la evaluación se identifican áreas de mejora, el personal del Departamento de Organización y Calidad establecerá acciones en conjunto con los auditores de Calidad, con el objetivo de mejorar; asimismo, cuando se considere necesario se organizarán reuniones de coordinación y actualización con los auditores.</p> <p>Para los auditores en entrenamiento, la evaluación será realizada utilizando los criterios establecidos en el formulario Evaluación del Desempeño - Auditores de Calidad en entrenamiento.</p>	Auditado y Equipo Auditor	<p>y</p> <p>Autoevaluación</p> <p>FO-D.2.1-7</p> <p>Evaluación del Desempeño Auditores de Calidad – Por los Auditados</p> <p>FO-D.2.1-8</p> <p>Resumen de Evaluación del Desempeño Auditores de Calidad</p> <p>FO-D.2.1-9</p> <p>Evaluación del Desempeño - Auditores de Calidad en entrenamiento</p>	
b.	<p>¿Programa Anual de Auditoría de Calidad ejecutado completamente?</p> <p>Si el Programa Anual de Auditoría de Calidad aún no ha sido ejecutado completamente, regresa a la actividad "Verifica en el Programa las fechas de las auditorías próximas a realizar". Si el Programa Anual de Auditoría de Calidad no tiene auditorías de calidad pendientes a realizar, el procedimiento finaliza.</p>			



Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	02/07/2015	4	PO-D.2.1-6	

V. Documentos Relacionados:

- Norma ISO 9001:2008. Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos.
- Documentos base para la auditoría (manuales, procesos, procedimientos, formularios, guías, etc.)

VI. Control de Registros

Registro	Llenado	Archivo Consulta				Disposición Final
		Responsable	Lugar	Criterio	Tiempo de Consulta	
Programa Anual de Auditorías de Calidad	Representante de la Dirección	Técnico de Organización y Calidad	Archivo DOC	Cronológico	5 años	Archivo General
Calendario de Auditoría	Representante de la Dirección	Técnico de Organización y Calidad	Archivo DOC	Por auditoría	5 años	Archivo General
Lista de Verificación	Equipo Auditor	Técnico de Organización y Calidad	Archivo DOC	Por auditoría/ por proceso	3 años	Destrucción
Plan de Auditoría de Calidad	Equipo Auditor	Técnico de Organización y Calidad	Archivo DOC	Por auditoría/ por proceso	5 años	Archivo General
Informe de Auditoría Interna de calidad	Equipo Auditor	Técnico de Organización y Calidad	Archivo DOC	Por auditoría/ por proceso	5 años	Archivo General
Evaluación de desempeño del auditor - DOC y Autoevaluación / Evaluación del Desempeño	Representante de la Dirección/ Técnico de Organización y Calidad	Técnico de Organización y Calidad	Archivo DOC	Por auditoría/ por auditor	5 años	Archivo General



Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	02/07/2015	4	PO-D.2.1-6	

Registro	Llenado	Archivo Consulta				Disposición Final
		Responsable	Lugar	Criterio	Tiempo de Consulta	
Audidores de Calidad – Por los Auditados/ Resumen de Evaluación del Desempeño Audidores de Calidad/ Evaluación del Desempeño – Audidores de Calidad en entrenamiento						

VII. Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del procedimiento.	Consejo de Administración Sesión: DL-650/2011 Fecha: 17/03/2011	17/03/2011
0	1	Se modificó el procedimiento para considerar para considerar lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> La elaboración de los informes de auditoría de calidad será realizada por el Equipo Auditor; asimismo, se ha considerado que puede haber apelación por parte de los Auditados y que en caso de no lograr acuerdos, el DOP podrá intervenir para tal fin. Se han establecido plazos para la presentación de los informes de auditoría de calidad y para 	Gerente General Fecha: 08/08/2011	08/08/2011



Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	02/07/2015	4	PO-D.2.1-6	

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
		<p>realizar apelación en caso de existir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se ha delegado la responsabilidad de revisión y aprobación del Programa Anual de Auditorías de Calidad al Gerente General. • Se han omitido las actividades de revisión y Vo.Bo. de los Planes de Auditoría de Calidad por parte del Representante de la Dirección. En vez de ello el Equipo Auditor una vez elaborado el Plan, realizará un consenso con el personal a auditar y a partir de ello realizará las modificaciones correspondientes. • Se ha trasladado la actividad de "Elaboración de Listas de Verificación" hasta después haber elaborado y consensado el Plan de Auditoría de Calidad. • Actualización de los Documentos Relacionados y el cuadro de Control de registros. 		
1	2	<ul style="list-style-type: none"> • Actualización del nombre el puesto como Técnico de Organización y Calidad, conforme al Descriptor de Puestos vigente y sustitución de DOC. • En la actividad 1, cambia de "...para lo cual se realiza una enmienda en el Programa..." a "...para lo cual se realiza una modificación en el Programa..." • En la actividad 2, se agregó "aprueba"; asimismo, se eliminó de la descripción "La 	Presidenta del FISDL Fecha: 08/05/2012	15/05/2012



Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	02/07/2015	4	PO-D.2.1-6	

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
		<p>revisión de la Programación se realizará teniendo en cuenta la relevancia y estado de los procesos, áreas o necesidades que se detecten en las operaciones, en el Sistema de Gestión de Calidad y los resultados de las auditorías internas y externas de calidad realizadas con anterioridad” y se agregó como descripción del Control de Calidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> La actividad 6 cambia de: “Dá los lineamientos para realizar la auditoría y proporciona documentos” a “Proporciona los lineamientos para realizar la auditoría y documentos base”. En la actividad 8 se agregó en la descripción: tipo de auditoría, desarrollo del plan, que incluye: horario, requisito de la norma, proceso/subproceso, personal a auditar, auditores, documentación de referencia. <p>Se eliminó: fecha efectiva de realización (la que se acuerda contactando al responsable del proceso a ser auditado), personal a ser entrevistado, duración estimada de cada actividad.</p> <ul style="list-style-type: none"> En la actividad 10, se sustituyó “si en el proceso existen Solicitudes” por “la implementación y efectividad”. <p>Se agregó:” Notifica al equipo auditor que originalmente</p>		



Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	02/07/2015	4	PO-D.2.1-6	

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
		<p>identificó las no conformidades u oportunidades de mejora, en caso de no ser el mismo.”</p> <p>Se agregó no conformidades (reales y potenciales), y fortalezas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la actividad 17, se agregó “Durante la realización de la auditoría y posterior a la misma..” • Se actualizaron los apartados Documentos Relacionados y Control de Registros. 		
2	3	<p>En la actividad 12, se cambió “Realiza reunión con Gerente/ Jefe de Área/ Personal involucrado” por “Envía informe borrador al Gerente/ Jefe de Área”.Se cambió el orden de las actividades 14 y 15.</p> <p>En la actividad 15, se cambió de ““Elabora y envía al DOC el informe final” por “Elabora y envía al DOC el informe final y solicitudes de AC/ AP/ AM”.</p> <p>Actualización del diagrama de flujo.</p>	<p>Presidenta del FISDL Fecha: 09/07/2012</p>	10/07/2012
3	4	<p>Cambio de responsabilidad de la aprobación del Programa Anual de Auditoría del Gerente General al Representante de la Dirección.</p> <p>Se agregó el apartado VII. Historial de Cambios al procedimiento.</p>	<p>Consejo de Administración Sesión: DL-739/2012 Fecha: 29/11/2012</p>	17/12/2012
4	5	<p>En la actividad 15 “Evalúan el desempeño de los Auditores Internos de Calidad”, se actualizó con la nueva metodología de evaluación del desempeño de los auditores.</p>	<p>Consejo de Administración Sesión: DL-826/2014 Fecha: 04/09/2014</p>	01/10/2014



Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	02/07/2015	4	PO-D.2.1-6	

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
		<p>Se incluyó la utilización de los formularios FO-D.2.1-7 Evaluación del Desempeño Auditores de Calidad – Por los Auditados y FO-D.2.1-8 Resumen de Evaluación del Desempeño Auditores de Calidad.</p> <p>Se eliminaron las actividades de elaboración de informe borrador y reunión de apelación con los auditados.</p> <p>Se incluyeron las actividades de reunión de cierre y presentación de resultados preliminares durante esta reunión.</p>		
5	6	<p>Se cambia al responsable en la actividad de revisión y aprobación del programa anual de auditoría y se designa al Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional</p> <p>Se cambia como responsable en la actividad de elaboración del programa anual de auditoría y se designa al Representante de la Dirección.</p> <p>Se incluye la utilización del formulario FO-D.2.1-9 Evaluación del Desempeño - Auditores de Calidad en entrenamiento.</p>	<p>Consejo de Administración Sesión: DL-865/2015 Fecha: 02/07/2015</p>	02/07/2015

FORMULARIO: PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS DE CALIDAD	Aprobación:	Nivel:	Código:
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-1-2

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable	
Firma:			
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda	
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad	
Fecha:	25/08/2014	27/08/2014	
	<i>Recomendó</i> Comité Técnico Consultivo FISDL	APROBADO Consejo de Administración FISDL	
	Recomienda: Comité Técnico Consultivo	Aprueba: Consejo de Administración	
Sesión: DL – 897/2014	Fecha: 01/09/2014	Sesión: DL – 826/2014	Fecha: 04/09/2014



Vigencia a partir de: 01/10/2014

Formulario: Programa Anual de Auditorías de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-1-2	

PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS DE CALIDAD



Objetivo:

No.	Proceso/ Subproceso	Requisitos de la Norma ISO 9001:2008	AÑO											
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic

Elaborado por: _____

Modificado por: _____

Aprobado por: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____



Vigencia a partir de: 01/10/2014

|

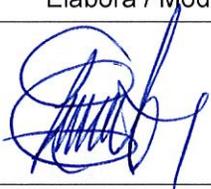
Formulario: Programa Anual de Auditorías de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-1-2	

Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del formulario.	Consejo de Administración Sesión: DL-650/2011 Fecha: 17/03/2011	17/03/2011
0	1	Se agregó el espacio para el "Objetivo" del programa anual de auditorías.	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 28/01/2013	28/01/2013
1	2	Se incorporó el logo institucional.	Consejo de Administración Sesión: DL-826/2014 Fecha: 04/09/2014	01/10/2014

FORMULARIO: CALENDARIO DE AUDITORÍAS DE CALIDAD	Aprobación:	Nivel:	Código:
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-2-2

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable	
Firma:			
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda	
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad	
Fecha:	25/08/2014	27/08/2014	
	<p><i>Recomendó</i> Comité Técnico Consultivo <i>FISDL</i></p>	<p>APROBADO Consejo de Administración FISDL</p>	
	Recomienda: Comité Técnico Consultivo	Aprueba: Consejo de Administración	
Sesión: DL – 897/2014	Fecha: 01/09/2014	Sesión: DL – 826/2014	Fecha: 04/09/2014



Vigencia a partir de: 01/10/2014

Formulario: Calendario de Auditorías de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-2-2	

FISDL	CALENDARIO DE AUDITORÍAS DE CALIDAD
--------------	--

No. de Auditoría:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
Proceso/Subproceso (E. Auditores)				
dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
Proceso/Subproceso (E. Auditores)				
dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa
Proceso/Subproceso (E. Auditores)				

Elaborado por:

Modificado por:

Fecha:

Fecha:

FO-D.2.1-2-2

Vigencia a partir de: 01/10/2014

Página 2 de 3



Formulario: Calendario de Auditorías de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-2-2	

Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del formulario.	Consejo de Administración Sesión: DL-650/2011 Fecha: 17/03/2011	17/03/2011
0	1	Se eliminó "Fecha de Auditoría" y se agregó "Modificado por" y "Fecha".	Gerente de Sistemas y Procesos Fecha: 08/08/2011	08/08/2011
1	2	Se actualizó el logo institucional.	Consejo de Administración Sesión: DL-826/2014 Fecha: 04/09/2014	01/10/2014



FORMULARIO: LISTA DE VERIFICACIÓN	Aprobación:	Nivel:	Código:
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-3-2

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable	
Firma:			
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda	
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad	
Fecha:	25/08/2014	27/08/2014	
	<p>Recomiendo Comité Técnico Consultivo FISDL</p>	<p>APROBADO Consejo de Administración FISDL</p>	
	Recomienda: Comité Técnico Consultivo	Aprueba: Consejo de Administración	
Sesión: DL – 897/2014	Fecha: 01/09/2014	Sesión: DL – 826/2014	Fecha: 04/09/2014



Vigencia a partir de: 01/10/2014



Formulario: Lista de Verificación	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-3-2	

FISDL	Lista de Verificación
--------------	------------------------------

Auditoría No.:		Fecha de Auditoría:	
Auditados:		Proceso/	
		Subproceso:	
		Procedimiento:	
		Área:	

No.	Preguntas	C	NC	OM
1	¿Pregunta? E/O:			
2	¿Pregunta? E/O:			
3	¿Pregunta? E/O:			
4	¿Pregunta? E/O:			

Audidores: _____

Firma: _____



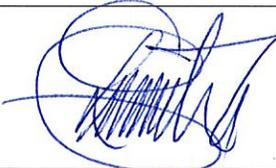
Formulario: Lista de Verificación	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-3-2	

Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del formulario.	Consejo de Administración Sesión: DL-650/2011 Fecha: 17/03/2011	17/03/2011
0	1	En el encabezado del formulario se modificó el ítem de "Proceso Auditado" a "Proceso/Subproceso" y se agregó el ítem "Procedimiento". Se eliminó la columna de "Evidencia/Observaciones" y se agregó en la misma columna de "Pregunta".	Gerente de Sistemas y Procesos Fecha: 08/08/2011	08/08/2011
1	2	Actualización del logo institucional.	Consejo de Administración Sesión: DL-826/2014 Fecha: 04/09/2014	01/10/2014

FORMULARIO: PLAN DE AUDITORÍA DE CALIDAD	Aprobación:	Nivel:	Código:
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-4-2

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable	
Firma:			
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda	
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad	
Fecha:	25/08/2014	27/08/2014	
<p style="text-align: center;"><i>Recomendó</i> Comité Técnico Consultivo FISDL</p>		<p style="text-align: center;">APROBADO Consejo de Administración FISDL</p>	
Recomienda: Comité Técnico Consultivo		Aprueba: Consejo de Administración	
Sesión: DL – 897/2014	Fecha: 01/09/2014	Sesión: DL – 826/2014	Fecha: 04/09/2014



Vigencia a partir de: 01/10/2014

Formulario: Plan de Auditoría de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-4-2	

FISDL	PLAN DE AUDITORÍA DE CALIDAD
--------------	-------------------------------------

Objetivo:					
Alcance:					
Criterios de auditoria					
ISO 9001:2008	Manual de Calidad	Procedimientos del SGC	Procedimientos de la organización	Requisitos Legales	Registros
Desarrollo del Plan de Auditoría					
Horario	Requisito de la Norma 9001:2008	Proceso/Subproceso	Personal a Auditar	Audidores	Documentación de Referencia a auditar
(fecha)					
(fecha)					

Elaborado: _____
 Fecha: _____

Modificado por: _____
 Fecha: _____

Aprobado por: _____
 Fecha: _____



Formulario: Plan de Auditoría de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-4-2	

Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del formulario.	Consejo de Administración Sesión: DL-650/2011 Fecha: 17/03/2011	17/03/2011
0	1	Se eliminó el tipo de auditoría: interno y externo.	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 01/10/2012	03/10/2013
1	2	Incorporación del logo institucional actualizado.	Consejo de Administración Sesión: DL-826/2014 Fecha: 04/09/2014	01/10/2014

FORMULARIO: INFORME DE AUDITORÍA DE CALIDAD	Aprobación:	Nivel:	Código:
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-5-3

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable	
Firma:			
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda	
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad	
Fecha:	25/08/2014	27/08/2014	
<p style="text-align: center;"><i>Recomendó</i> Comité Técnico Consultivo FISDL</p>		<p style="text-align: center;">APROBADO Consejo de Administración FISDL</p>	
Recomienda: Comité Técnico Consultivo		Aprueba: Consejo de Administración	
Sesión: DL – 897/2014	Fecha: 01/09/2014	Sesión: DL – 826/2014	Fecha: 04/09/2014



Vigencia a partir de: 01/10/2014

Formulario: Informe de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-5-3	

(CARÁTULA)

FISDL

(DIA) de (MES) de (AÑO).

**PROCESO/ SUBPROCESO
GERENCIA/ DEPARTAMENTO**



Formulario: Informe de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-5-3	

GENERALIDADES

Fecha de Auditoría:

No. de Auditoría:

Objetivo de la Auditoría:

Alcance de la Auditoría:

Resumen de No Conformidades/Oportunidades de Mejora:

Proceso/Subproceso/Área	No Conformidades Reales	No Conformidades Potenciales	Oportunidades de Mejora
Total			



Formulario: Informe de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-5-3	

NO CONFORMIDADES / OPORTUNIDADES DE MEJORA

Proceso:

Subproceso:

Área:

Fecha:

No.	No Conformidad Real o Potencial / Oportunidad de Mejora	Requisito de la Norma/Documento

Fortalezas:

-

Observaciones:

Procedimiento 1

-
-

Procedimiento 2

-
-



Formulario: Informe de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-5-3	

Proceso:

Subproceso:

Área:

Fecha:

No.	No Conformidad Real o Potencial / Oportunidad de Mejora	Requisito de la Norma/Documento

Fortalezas:

-

Observaciones:

Procedimiento 1

-
-

Procedimiento 2

-
-



Formulario: Informe de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-5-3	

CONCLUSIONES

-
-

Audidores:

(Nombre y Firma)

(Nombre y Firma)

(Nombre y Firma)

Gerente de Área:

(Si aplica) _____
(Nombre y Firma)

Jefe de Área:

(Nombre y Firma)

Fecha:



Formulario: Informe de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-5-3	

Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del formulario.	Consejo de Administración Sesión: DL-650/2011 Fecha: 17/03/2011	17/03/2011
0	1	<p>Se eliminó el formulario FO-D.2.1-5 No Conformidades/Oportunidades de Mejora, por lo anterior se realizó un cambio en el código del FO-D.2.1-6 Informe de Auditoría Interna de Calidad a FO-D.2.1-5-1 Informe de Auditoría Interna de Calidad.</p> <p>Se modificó del formulario FO-D.2.1-5-1 Informe de Auditoría Interna de Calidad, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se eliminó el cuadro de "Equipo de Auditores". • En el apartado de "No Conformidades/Oportunidades de Mejora" se agregó el ítem "Área" y se eliminó "Req. de la Norma". • El cuadro de "No Conformidades" se modificó de tal forma que se incluyeran en el mismo las "Oportunidades de Mejora". • Se agregó la columna de "Requisito de la Norma/ Documento". • El apartado de "Observaciones" se estructuró de tal forma que las observaciones se ordenen por procedimiento auditado. • Se ha sustituido al 	Gerente de Sistemas y Procesos Fecha: 08/08/2011	08/08/2011

Formulario: Informe de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-5-3	

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
		<p>Representante de la Dirección como responsable de firma de elaboración, en vez de éste se han agregado a los "Auditores" y al "Gerente/Jefe" del Área auditado.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se eliminó el apartado de Anexos. 		
1	2	<p>Se modificó el formulario de la siguiente forma:</p> <p>Se agregó un apartado para colocar las "Fortalezas".</p> <p>Se especificó en el cuadro resumen una columna para "no conformidades potenciales" y para "no conformidades reales"; asimismo, en el informe como tal.</p> <p>Se agregó "(si aplica)" para la firma del Gerente de Área.</p>	<p>Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 08/05/2012</p>	15/05/2012
2	3	Actualización del logo institucional.	<p>Consejo de Administración Sesión: DL-826/2014 Fecha: 04/09/2014</p>	01/10/2014

FORMULARIO: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO AUDITORES DE CALIDAD – DOC Y AUTOEVALUACIÓN	Aprobación:	Nivel:	Código:
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-6-5

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable	
Firma:			
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda	
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad	
Fecha:	25/08/2014	27/08/2014	
<p style="text-align: center;"><i>Recomendó</i> Comité Técnico Consultivo FISDL</p>		<p style="text-align: center;">APROBADO Consejo de Administración FISDL</p>	
Recomienda: Comité Técnico Consultivo		Aprueba: Consejo de Administración	
Sesión: DL – 897/2014	Fecha: 01/09/2014	Sesión: DL – 826/2014	Fecha: 04/09/2014



Vigencia a partir de: 01/10/2014

Formulario: Evaluación del Desempeño Auditores de Calidad – DOC y Autoevaluación	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-6-5	

**EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO AUDITORES DE CALIDAD
(DOC Y AUTOEVALUACIÓN)**

FISDL

Nombre del auditor:

Fecha de la Auditoría:

Auditoría:

Fecha de evaluación:

Indicaciones:

A continuación encontrará una serie de criterios de evaluación, a los cuales deberá valorar señalando con una equis (X) en una escala de valores así: 1=Deficiente, 2 = Regular, 3 =Bueno, 4 = Muy bueno y 5=Excelente:

Aspectos a evaluar	CALIFICACIÓN					Comentarios
	1	2	3	4	5	
1. Responsabilidad						
1.1 La notificación del plan de auditoría se realizó en el tiempo oportuno.						
1.2 El auditor se presentó a realizar la auditoría a la hora programada.						
1.3 Realizó la auditoría de acuerdo al plan establecido según las fechas, horarios y personal programado.						
1.4 El informe de auditoría y solicitudes de acciones se entregaron en la fechas establecidas.						
2. Técnicas de la Auditoría						
2.1 El auditor utilizó listas de verificación, donde registraron los hallazgos encontrados.						
2.2 Se observó que el auditor tomó evidencia durante la auditoría.						
2.3 Durante la auditoría, las preguntas se formularon de forma clara y coherente						
3. Conocimientos						
3.1 El auditor mostró conocimiento sobre las actividades, documentación, funcionamiento de los procesos auditados y/o leyes y reglamentos aplicables.						



Formulario: Evaluación del Desempeño Auditores de Calidad – DOC y Autoevaluación	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-6-5	

Aspectos a evaluar	CALIFICACIÓN					Comentarios
	1	2	3	4	5	
4. Redacción de Hallazgos						
4.1 Las no conformidades están redactadas adecuadamente de forma que especifica la evidencia que lo sustenta y el requisito incumplido.						
4.2 Las oportunidades de mejora están redactadas adecuadamente de forma que especifica el beneficio que traerá a la organización.						
4.3 Las fortalezas describen el impacto positivo que han traído a la organización.						
4.4 Las conclusiones del informe de auditoría reúnen todos los elementos necesarios: tendencia de indicadores, actividades desarrolladas, cumplimiento del objetivo de auditoría.						
5. Atributos Personales						
5.1 Mentalidad Abierta. Se mostró abierto ante las ideas o puntos de vista de los demás.						
5.2 Seguridad en sí mismo. Actúa y funciona de forma independiente a la vez que se relaciona eficazmente con otros.						
5.3 Diplomático. Posee tacto en el trato con las personas auditadas.						
5.4 Ético. Mostró imparcialidad, objetividad y sin conflicto de intereses.						
5.5 Persistente. Mostró tenacidad y orientación hacia el logro de los objetivos.						
Aspectos a Mejorar:						



Nombre del Evaluador:

Vigencia a partir de: 01/10/2014

|

Formulario: Evaluación del Desempeño Auditores de Calidad – DOC y Autoevaluación	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-6-5	

Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del formulario.	Consejo de Administración Sesión: DL-650/2011 Fecha: 17/03/2011	17/03/2011
0	1	Cambio de código del formulario de FO-D.2.1-7 a FO-D.2.1-6. Se realizaron las siguientes modificaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Se eliminó “Horas Prácticas del Auditor”. • Se agregó el espacio para colocar el “N° de Auditoría” correspondiente. • Se agregó a los cuadros de evaluación una celda para “Observaciones”. • Se agregó un espacio para la fecha, nombre y firma del Auditor Evaluado. 	Gerente de Sistemas y Procesos Fecha: 08/08/2011	08/08/2011
1	2	Se agregó al final del formulario, un espacio para colocar el “Puntaje Obtenido” y la “Calificación”. En la columna de acciones, se agregó “(Si aplica)”	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 08/05/2012	15/05/2012
2	3	Revisión y mejora del formulario de evaluación del desempeño de auditores de calidad.	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 12/03/2013	12/03/2013
3	4	Cambios al nombre del formulario, ya que se utilizará para la evaluación por el DOC y para la autoevaluación de los auditores.	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 13/09/2013	13/09/2013



Formulario: Evaluación del Desempeño Auditores de Calidad – DOC y Autoevaluación	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-6-5	

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
4	5	Inclusión del logo institucional.	Consejo de Administración Sesión: DL-826/2014 Fecha: 04/09/2014	01/10/2014



SC-CER202197

FORMULARIO: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO AUDITORES DE CALIDAD – POR LOS AUDITADOS	Aprobación:	Nivel:	Código:
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-7-1

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable	
Firma:			
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda	
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad	
Fecha:	25/08/2014	27/08/2014	
	<i>Recomienda</i> Comité Técnico Consultivo FISDL	APROBADO Consejo de Administración FISDL	
	Recomienda: Comité Técnico Consultivo	Aprueba: Consejo de Administración	
Sesión: DL – 897/2014	Fecha: 01/09/2014	Sesión: DL – 826/2014	Fecha: 04/09/2014



Vigencia a partir de: 01/10/2014

|

Formulario: Evaluación del Desempeño Auditores de Calidad – Por los Auditados	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-7-1	

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO AUDITORES DE CALIDAD (POR LOS AUDITADOS) **FISDL**

Nombre del auditor:

Fecha de la Auditoría:

Auditoría:

Fecha de evaluación:

Indicaciones:

A continuación encontrará una serie de criterios de evaluación, a los cuales deberá valorar señalando con una equis (X) en una escala de valores así: 1=Deficiente, 2 = Regular, 3 =Bueno, 4 = Muy bueno y 5=Excelente:

Aspectos a evaluar	Calificación					Observaciones
	1	2	3	4	5	
1. Responsabilidad						
1.1 Coordinación previa para la ejecución de la auditoria.						
1.2 Cumplimiento y puntualidad en el desarrollo de la auditoria.						
2. Técnicas de Auditoría						
2.1 Claridad en la formulación y expresión de las preguntas del auditor.						
2.2 Auditoría realizada con base a evidencia.						
3. Conocimientos						
3.1 Conocimiento de la documentación relacionada con los procesos auditados y/o leyes y reglamentos aplicables.						
4. Redacción de Hallazgos						
4.1 Promoción a mejorar el Sistema de Gestión de Calidad.						
5. Atributos Personales						
5.1 Comunicación, cooperación y amabilidad del auditor.						
5.2 Manejo del auditor durante la auditoria (Objetividad e imparcialidad).						
5.3 Mente abierta a las respuestas brindadas durante la auditoria.						
Aspectos a Mejorar:						



Formulario: Evaluación del Desempeño Auditores de Calidad – Por los Auditados	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-7-1	

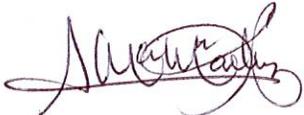
Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del formulario	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 13/09/2013	13/09/2013
0	1	Se incluyó el logo institucional.	Consejo de Administración Sesión: DL-826/2014 Fecha: 04/09/2014	01/10/2014



FORMULARIO: RESUMEN DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO – AUDITORES DE CALIDAD	Aprobación:	Nivel:	Código:
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-8-0

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable	
Firma:			
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda	
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad	
Fecha:	25/08/2014	27/08/2014	
		APROBADO Consejo de Administración FISDL	
	Recomienda: Comité Técnico Consultivo	Aprueba: Consejo de Administración	
Sesión: DL – 897/2014	Fecha: 01/09/2014	Sesión: DL – 826/2014	Fecha: 04/09/2014



Formulario: Resumen de Evaluación del Desempeño – Auditores de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-8-0	

**RESUMEN DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO
AUDITORES DE CALIDAD**

FISDL

AUDITOR	Autoevaluación	Evaluación DOC	Evaluación por Auditados	Evaluación Global
	CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN



Formulario: Resumen de Evaluación del Desempeño – Auditores de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.1-8-0	

Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del formulario	Consejo de Administración Sesión: DL-826/2014 Fecha: 04/09/2014	01/10/2014



PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN DEL SGC POR LA DIRECCION	Aprobación:	Nivel:	Código:
	02/07/2015	4	PO-D.2.2-6

FISDL

	Elabora / Modifica	Revisa	Revisa	Responsable
Firma:				
Nombre:	Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda	Elena Graciela Cardoza de Gómez	Marta Eugenia Roldán de Bottari
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad y Representante de la Dirección	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional	Gerente General y Coordinador del Sistema de Calidad
Fecha:	26/06/2015	26/06/2015	26/06/2015	26/06/2015
				
Recomienda: Comité Técnico Consultivo			Aprueba: Consejo de Administración	
Sesión: DL-937/2015		Fecha: 29/06/2015	Sesión: DL-865/2015	
				

Procedimiento de Revisión del SGC por la Dirección	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	02/07/2015	4	PO-D.2.2-6	

I. Objetivo General

Establecer los lineamientos a seguir para realizar la revisión del Sistema de Gestión de Calidad por la Dirección, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continua.

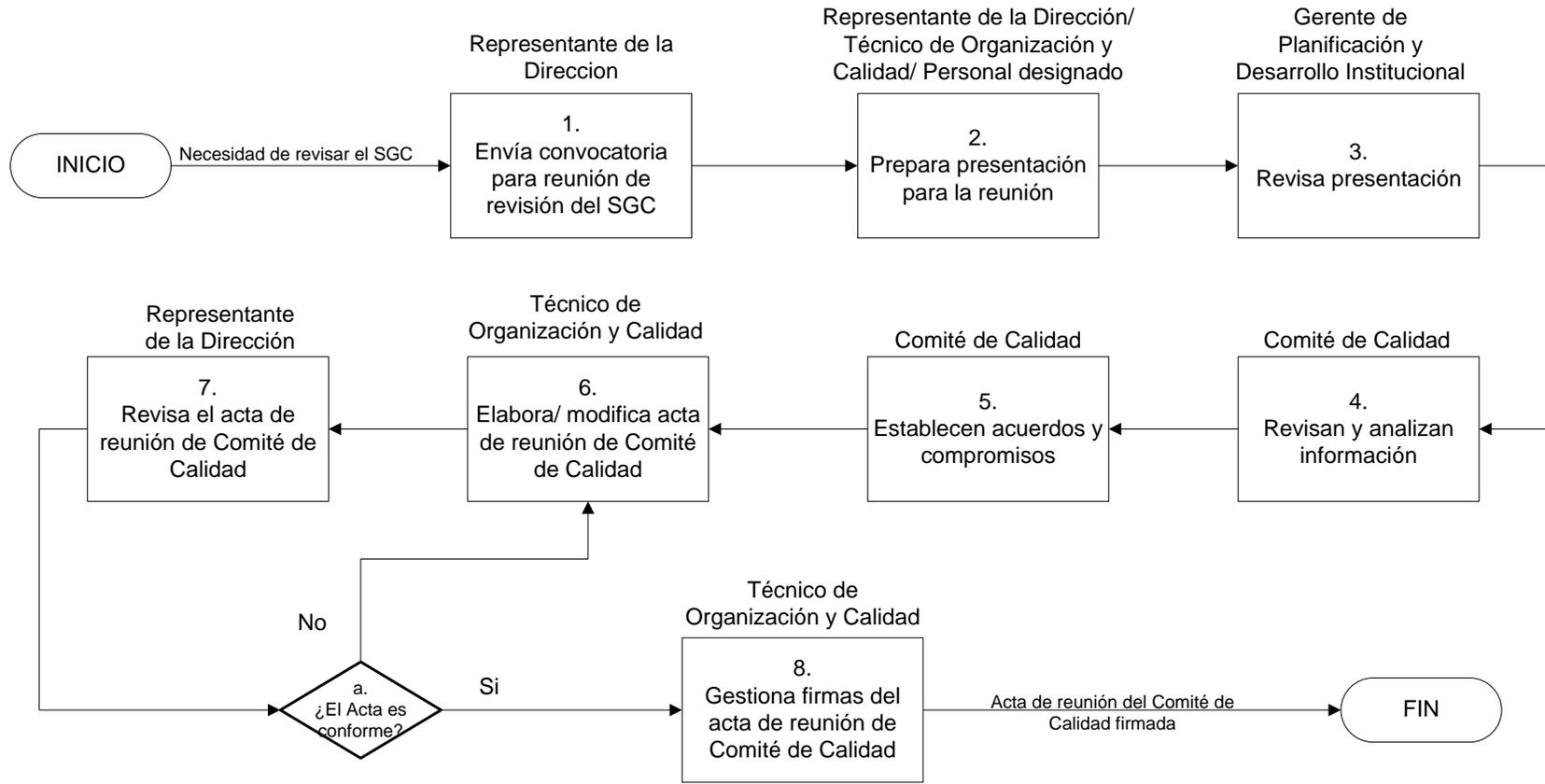
II. Alcance

Desde la elaboración de la agenda para el desarrollo de la sesión de Comité de Calidad, hasta la elaboración y aprobación del Acta de Reunión del Comité de Calidad.



Procedimiento de Revisión del SGC por la Dirección	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	02/07/2015	4	PO-D.2.2-6	

III. Flujograma:



Procedimiento de Revisión del SGC por la Dirección	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	02/07/2015	4	PO-D.2.2-6	

IV. Descripción General:

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
1	<p>Envía convocatoria para reunión de revisión del Sistema de Gestión de Calidad.</p> <p>La convocatoria deberá incluir la agenda de sesión de los puntos a tratar en la reunión, la fecha, hora y lugar donde se desarrollará al Comité de Calidad.</p>	Representante de la Dirección		No
2	<p>Preparan presentación para la reunión</p> <p>La presentación para la revisión deberá incluir la siguiente información:</p> <p>a) los resultados de auditorías, b) la retroalimentación del cliente, c) el desempeño de los procesos y la conformidad del producto, d) el estado de las acciones correctivas, preventivas y de mejora. e) las acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas, f) los cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad, g) las recomendaciones para la mejora, y h) otros.</p>	Representante de la Dirección/ Técnico de Organización y Calidad/ Personal Designado		No
3	<p>Revisa presentación</p> <p>Revisa la presentación a tratar en la reunión, en caso de tener observaciones, las traslada al Representante de la Dirección para que sean incorporadas.</p> <p><u>Control de Calidad</u></p> <p>Revisa la información y de ser necesario solicita los cambios que estime convenientes, el control de calidad.</p>	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional		Si
4	<p>Revisan y analizan información</p> <p>El Representante de la Dirección presenta la información en la reunión del Comité de Calidad,</p>	Comité de Calidad		No

Procedimiento de Revisión del SGC por la Dirección	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	02/07/2015	4	PO-D.2.2-6	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	realizan el análisis y la revisión de la información correspondiente identificando oportunidades para la mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de calidad en cada uno de los puntos antes mencionados.			
5	<p>Establecen acuerdos y compromisos</p> <p>Con base a la revisión y análisis efectuado toman acuerdos y compromisos para:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos b) la mejora del producto en relación con los requisitos del cliente, y c) las necesidades de recursos <p>Los compromisos y acuerdos adquiridos, serán plasmados en el formulario de Matriz de Seguimiento de Acuerdos de Comité de Calidad y su seguimiento se realizará de acuerdo a la fecha que sea estipulada por el Comité de Calidad.</p>	Comité de Calidad	FO-D.2.2-1 Matriz de Seguimiento de Acuerdos de Comité Calidad	No
6	<p>Elabora/ modifica acta de reunión de Comité de Calidad.</p> <p>El acta de reunión incluye todos los puntos tratados y los acuerdos y compromisos tomados por el Comité de Calidad.</p>	Técnico de Organización y Calidad		No
7	<p>Revisa el acta de reunión de Comité de Calidad.</p> <p>El Representante de la Dirección revisa que el acta esté redactada de forma correcta e incluya todos los acuerdos y compromisos tomados en la reunión.</p> <p><u>Control de Calidad</u></p> <p>Verifica cada uno de los puntos vistos en la sesión y de ser necesario realiza los cambios que estime convenientes, el control de calidad queda evidenciado con la firma del</p>	Representante de la Dirección		Si

Procedimiento de Revisión del SGC por la Dirección	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	02/07/2015	4	PO-D.2.2-6	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	Representante de la Dirección en el Acta.			
	<p>¿El Acta es conforme?</p> <p>Si el Acta es conforme, continuar con la actividad "Gestiona firmas del acta de reunión de Comité de Calidad".</p> <p>En caso contrario, regresar a la actividad "Elabora/modifica acta de reunión de Comité de Calidad".</p>			
8	<p>Gestiona firmas del Acta de Reunión de Comité de Calidad.</p> <p>El Técnico de Organización y Calidad gestiona las firmas de aprobación del acta de reunión de Comité de Calidad, a más tardar 15 días hábiles después de realizada la sesión.</p> <p>Fin del procedimiento.</p>	Técnico de Organización y Calidad		No

V. Documentos Relacionados:

- Norma ISO 9001:2008 Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos.

VI. Control de Registros

Registro	Llenado	Archivo Consulta				Disposición Final
		Responsable	Lugar	Criterio	Tiempo de Consulta	
Acta de reunión de Comité de Calidad y sus anexos (Presentación de Revisión del Sistema de Gestión de	Técnico de Organización y Calidad	Gerente General	Original - Archivo de Gerencia General	Por número de Sesión de CCA	5 años	Archivo General
		Técnico de Organización y Calidad	Copia - Archivo DOC	Por número de Sesión de CCA	5 años	Archivo General



Procedimiento de Revisión del SGC por la Dirección	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	02/07/2015	4	PO-D.2.2-6	

Calidad y otros)						
Lista de asistencia	Miembros del Comité de Calidad	Técnico de Organización y Calidad	Archivo DOC	Por número de Sesión de CCA	5 años	Archivo General
Matriz de Seguimiento de Acuerdos de Comité de Calidad	Técnico de Organización y Calidad	Técnico de Organización y Calidad	Archivo digital en H:\ ORGANIZACIÓN Y CALIDAD	Por nombre	Indefinido	Indefinido

VII. Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del procedimiento.	Consejo de Administración Sesión: DL-650/2011 Fecha: 17/03/2011	17/03/2011
0	1	<p>Se modificó el procedimiento para considerar para considerar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cambio de nombre de "Procedimiento de Revisión del Sistema de Gestión de la Calidad por la Dirección" a "Procedimiento de Revisión del SGC por la Dirección". Se incluyó la actividad de "Revisión del Acta de Reunión de Comité de Calidad" por parte del Representante de la Dirección. Se incluyó la actividad de "Gestionar firmas del Acta de Reunión de Comité de Calidad" por el personal del DOP; asimismo, se estableció un plazo para realizar esta actividad. 	Gerente General Fecha: 08/08/2011	08/08/2011

Procedimiento de Revisión del SGC por la Dirección	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	02/07/2015	4	PO-D.2.2-6	

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
		<ul style="list-style-type: none"> Actualización del apartado de Documentos Relacionados y el cuadro de Control de registros. 		
1	2	<p>El procedimiento se modificó de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se actualizaron los nombres de los puestos por “Técnico de Organización y Calidad”, “Jefe del Departamento de Organización y Calidad” y “Personal del DOC”. En la actividad 1, se eliminó “al Comité de Calidad”. En la actividad 2, se agregó en el literal d) “ acciones de mejora” En la actividad 3, se agregó identificando no conformidades reales y potenciales”. Se agregó a la actividad 6 un Control de Calidad: “Verifica cada uno de los puntos vistos en la sesión y de ser necesario realiza los cambios que estime convenientes”. <p>Se actualizaron los apartados Documentos</p>	Presidenta del FISDL Fecha: 08/05/2012	15/05/2012
2	3	<p>El procedimiento se modificó de la siguiente forma:</p> <p>Se actualizaron los nombres de los puestos por “Técnico de Organización y Calidad”, “Jefe del Departamento de Organización y Calidad” y “Personal del DOC”.</p> <p>En la actividad 1, se eliminó “ al Comité de Calidad”.</p>	Presidenta del FISDL Fecha: 09/07/2012	10/07/2012



Procedimiento de Revisión del SGC por la Dirección	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	02/07/2015	4	PO-D.2.2-6	

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
		<p>En la actividad 2, se agregó en el literal d) “ acciones de mejora”</p> <p>En la actividad 3, se agregó “identificando no conformidades reales y potenciales”.</p> <p>Se agregó a la actividad 6 un Control de Calidad: “Verifica cada uno de los puntos vistos en la sesión y de ser necesario realiza los cambios que estime convenientes”.</p> <p>Se actualizaron los apartados Documentos Relacionados y Control de Registros.</p>		
3	4	Se agregó el apartado VII. Historial de Cambios al procedimiento.	Consejo de Administración Sesión: DL-739/2012 Fecha: 29/11/2012	17/12/2012
4	5	<p>En la actividad 2, se incluyó también como responsable al Técnico de Organización y Calidad y Personal Designado.</p> <p>En la actividad 5 se sustituyó al responsable “Secretario de Comité de Calidad” por “Técnico de Organización y Calidad”.</p> <p>Se incluyó en la actividad 6 que el control de calidad queda evidenciado con la firma del Representante de la Dirección en el acta.</p> <p>Se incluyó la utilización del FO-D.2.2-1 Matriz de Seguimiento de Acuerdos de Comité Calidad.</p> <p>Actualización del control de registros.</p>	Consejo de Administración Sesión: DL-826/2014 Fecha: 04/09/2014	01/10/2014
5	6	Se incluyó al Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional en la actividad de revisión de la presentación para reunión.	Consejo de Administración Sesión: DL-865/2015 Fecha: 02/07/2017	02/07/2017



FORMULARIO: MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE ACUERDOS DE COMITÉ DE CALIDAD	Aprobación:	Nivel:	Código:
	04/09/2014	6	FO-D.2.2-1-0

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable	
Firma:			
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda	
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad	
Fecha:	25/08/2014	27/08/2014	
<i>Recomendó</i> Comité Técnico Consultivo FISDL		APROBADO Consejo de Administración FISDL	
Recomienda: Comité Técnico Consultivo		Aprueba: Consejo de Administración	
Sesión: DL – 897/2014	Fecha: 01/09/2014	Sesión: DL – 826/2014	Fecha: 04/09/2014



Vigencia a partir de: 01/10/2014

Formulario: Matriz de Seguimiento de Acuerdos de Comité de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.2-1-0	

MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE ACUERDOS DE COMITÉ DE CALIDAD					FISDL
No.	SESIÓN CCA	ACUERDOS	RESPONSABLES	FECHA DE REALIZACIÓN	SEGUIMIENTO



Formulario: Matriz de Seguimiento de Acuerdos de Comité de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.2-1-0	

Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del formulario.	Consejo de Administración Sesión: DL-826/2014 Fecha: 04/09/2014	01/10/2014

PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE MEJORA CONTINUA	Aprobación:	Nivel:	Código:
	04/09/2014	4	PO-D.2.3-5

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable	
Firma:			
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda	
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad	
Fecha:	25/08/2014	27/08/2014	
	<i>Recomiendo</i> Comité Técnico Consultivo FISDL	APROBADO Consejo de Administración FISDL	
	Recomienda: Comité Técnico Consultivo	Aprueba: Consejo de Administración	
Sesión: DL – 897/2014	Fecha: 01/09/2014	Sesión: DL – 826/2014	Fecha: 04/09/2014



Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	4	PO-D.2.3-5	

I. Objetivo General

Definir las acciones requeridas para el tratamiento, evaluación y control de las No Conformidades reales y potenciales que se detecten en el Sistema de Gestión de la Calidad, así como la identificación, selección, planificación y seguimiento de los proyectos de mejora institucionales.

II. Alcance

Este procedimiento aplica desde que se detectan no conformidades, oportunidades de mejora y proyectos de mejora hasta la presentación de resultados de las mejoras implementadas.



Procedimiento de Gestión de Mejora Continua

Aprobación:

04/09/2014

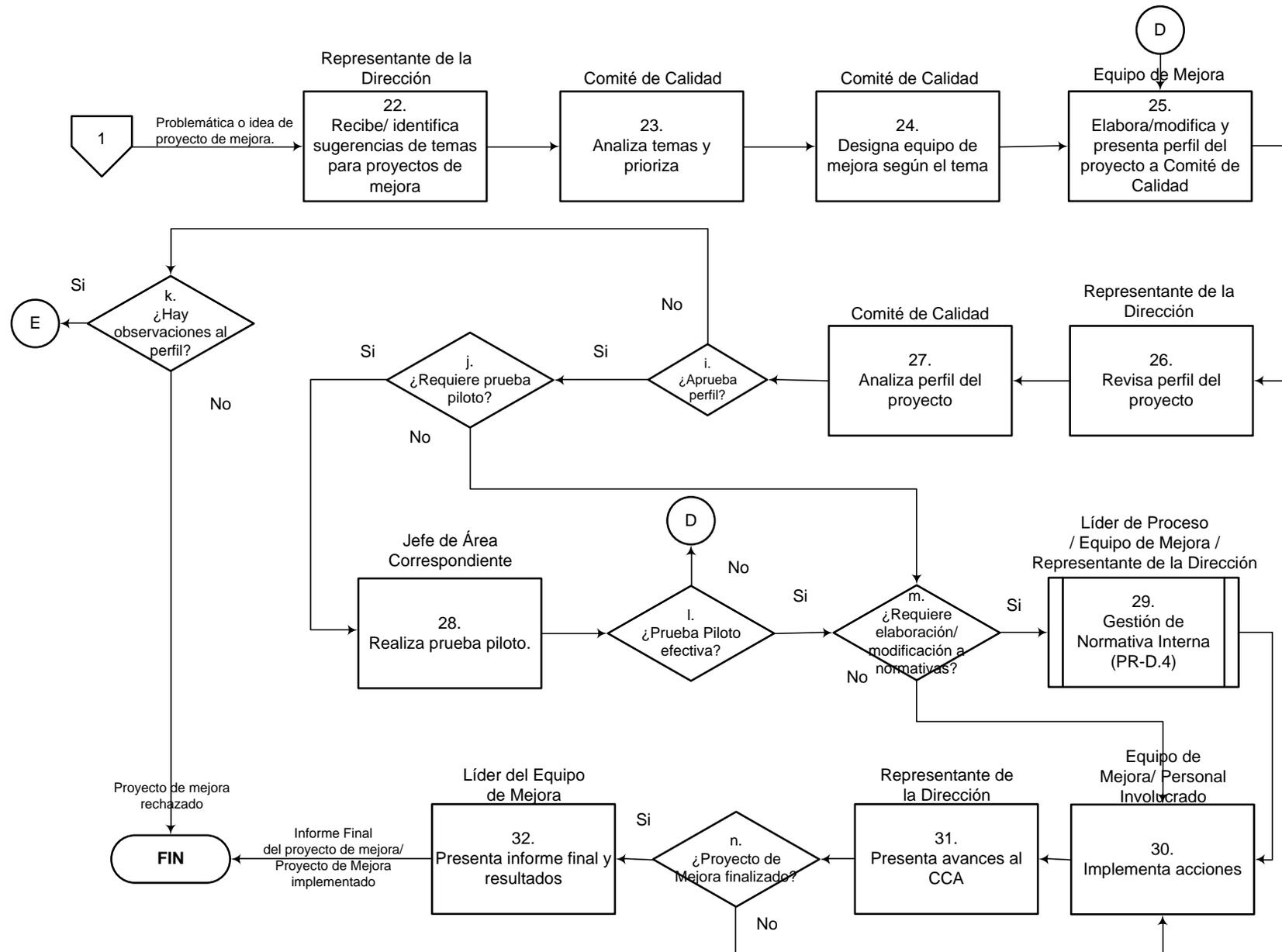
Nivel:

4

Código:

PO-D.2.3-5

FISDL



Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	4	PO-D.2.3-5	

IV. Descripción General:

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
1	<p>Detecta no conformidad/ oportunidad de mejora/ proyecto de mejora.</p> <p>El personal del FISDL o el Equipo Auditor detecta la no conformidad real, no conformidad potencial, oportunidad de mejora o proyecto de mejora.</p> <p>Un hallazgo puede detectarse de las siguientes fuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auditorías internas de calidad • Auditorías externas de calidad • Producto no conforme • Revisión del sistema de gestión de calidad por la dirección • Análisis de tendencias de los indicadores • Quejas de clientes • Medición de la satisfacción del cliente • Mejora Continua • Otros orígenes 	Personal del FISDL/ Equipo Auditor		No
a.	<p>¿Es una NC/ OM?</p> <p>Si es una no conformidad o una oportunidad de mejora, el procedimiento continua con la actividad "Completa solicitud de acción correctiva/ preventiva/ mejora".</p> <p>Si es un proyecto de mejora, el procedimiento continúa con la actividad "Recibe/ identifica sugerencias de temas para proyectos de mejora".</p>			
2	<p>Completa solicitud de acción correctiva/ preventiva/ mejora.</p> <p>Registra en la solicitud de acción correctiva/ preventiva/ mejora: tipo, fecha de solicitud, responsable, área, proceso/ subproceso,</p>	Personal del FISDL/ Equipo Auditor	FO-D.2.3-1 Solicitud de Acción Correctiva/ Preventiva/ Mejora	No

Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	4	PO-D.2.3-5	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	detectada por, fecha de detección, descripción de hallazgo y origen.			
3	<p>Recibe, analiza y registra NC/ OM en la Lista de Control de No Conformidades y Oportunidades de Mejora.</p> <p>Recibe la solicitud de AC/ AP/ AM, asigna código y registra la información en la Lista de Control de No Conformidades y Oportunidades de Mejora.</p> <p>El código asignado tendrá la siguiente estructura:</p> <p style="text-align: center;">AA – PR - X.X.X.X- 00</p> <p>Dónde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AA: iniciales que pueden ser, OM (Oportunidad de Mejora) o NC (No Conformidad) • PR-X.X.X: proceso o subproceso al que corresponde la no conformidad u oportunidad de mejora. • 00: Número correlativo, que inicia con 01. <p>En el caso de tener observaciones, regresa al solicitante para que haga las correcciones o modificaciones necesarias.</p>	Representante de la Dirección/ Técnico de Organización y Calidad		No
4	<p>Remite solicitud al área correspondiente</p> <p>Remite solicitud de Acción Correctiva/ Preventiva/ Mejora al Gerente/ Jefe del Área correspondiente o Líder de proceso, para su respectivo tratamiento.</p>	Técnico de Organización y Calidad		No
b.	<p>¿Es Oportunidad de Mejora?</p> <p>Si es Oportunidad de Mejora, continuar con la actividad “Analiza si procede la Oportunidad de Mejora”, caso contrario, ir a la actividad “Analizan las causas de la No Conformidad”.</p>			



Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	4	PO-D.2.3-5	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
5	Analiza si procede la Oportunidad de Mejora. El Gerente/ Jefe de Área/ Líder de Proceso evalúan las mejoras que pueda traer la implementación de acciones para la oportunidad de mejora detectada y si es factible de realizar.	Gerente/ Jefe de Área/ Líder de Proceso		No
c.	¿Procede la Oportunidad de Mejora? Si la oportunidad de mejora procede, ir a la actividad “Elabora/modifica el plan de acción”. Si la oportunidad de mejora no procede, continuar con la actividad “Registra la justificación en la Solicitud y entrega al DOC”.			No
6	Registra la justificación en la solicitud y entrega al DOC. El Gerente/ Jefe de Área deberá registrar en la solicitud, la justificación del porque la Oportunidad de Mejora no procede y entrega la Solicitud al DOC. Ir a la actividad “Actualiza la Lista de Control de No Conformidades y Oportunidades de Mejora”.	Gerente/Jefe de Área/ Líder de Proceso	FO-D.2.3-1 Solicitud de Acción Correctiva/ Preventiva/ Mejora	No
7	Analizan las causas de la No Conformidad En caso que sea necesario realizar una “corrección ¹ ” inmediata, se establece la acción, nombre y firma del responsable y fecha de realización en la solicitud. Luego se determinan las causas que han originado el problema, para definir las acciones correctivas o preventivas a implementar. El análisis de causas deberá realizarse utilizando una metodología definida por el	Gerente/Jefe de Área/ Líder de Proceso/ Personal Responsable	FO-D.2.3-1 Solicitud de Acción Correctiva/ Preventiva/ Mejora	No



¹ *Corrección:* acción tomada para eliminar una no conformidad detectada. Norma ISO 9000:2005. Sistemas de Gestión de Calidad. Fundamentos y Vocabulario.

Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	4	PO-D.2.3-5	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	DOC y su desarrollo deberá quedar evidenciada en la solicitud.			
8	<p>Elabora/ modifica el plan de acción y registra en la solicitud</p> <p>A partir del análisis de causas efectuado, se determinan las acciones correctivas² o acciones preventivas³ a implementar para eliminar las causas de la no conformidad real o potencial.</p> <p>Asimismo, para el caso de oportunidad de mejora, se establecen las acciones de mejora⁴ necesarias.</p> <p>También se establecerán fechas de finalización, responsables y fecha en que se podrá evidenciar la efectividad del plan.</p> <p>Una vez completado el plan de acción, deberá ser firmado de aprobado y remitirlo al DOC.</p>	Gerente/Jefe de Área/ Líder de Proceso/ Personal Involucrado	FO-D.2.3-1 Solicitud de Acción Correctiva/ Preventiva/ Mejora	No
9	<p>Revisa el plan de acción propuesto.</p> <p>Revisa que el plan de acción propuesto sea adecuado.</p> <p>En caso que la NC/ OM sea detectada en una auditoría de calidad la revisión del plan será responsabilidad del Equipo Auditor que la identificó, en caso que haya sido detectada de otras fuentes, la revisión del plan será responsabilidad del Departamento de Organización y Calidad.</p> <p><u>Control de Calidad</u></p> <p>Verifica que las acciones propuestas sean</p>	Equipo Auditor/ Personal del DOC		Si

² *Acción correctiva:* acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable. Norma ISO 9000:2005. *Sistemas de Gestión de Calidad. Fundamentos y Vocabulario.*

³ *Acción preventiva:* Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente no deseable. Norma ISO 9000:2005. *Sistemas de Gestión de Calidad. Fundamentos y Vocabulario.*

⁴ *Acción de mejora:* Acción realizada para optimizar y potencializar el desempeño de un proceso o el cumplimiento de los requisitos.



Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	4	PO-D.2.3-5	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	adecuadas de tal forma que eliminen las causas que originan la no conformidad y/o conlleven a una mejora. Firma de revisado en la Solicitud de Acción Correctiva/ Preventiva/ Mejora.			
d	¿Plan de acción aceptado? Si el plan de acción propuesto no es aceptado, regresar a la actividad "Elabora/ modifica el plan de acción y registra en la solicitud", si el plan de acción propuesto es aceptado continuar con la actividad "Implementa el plan de acción propuesto".			
10	Implementa el plan de acción propuesto El personal responsable implementa el plan de acciones correctivas/ preventivas/ mejora en los plazos establecidos.	Personal Responsable		No
11	Verifica fecha de finalización del plan de acción El equipo auditor o personal del DOC revisa las fechas de finalización de implementación del plan de acción con el fin de dar seguimiento, determinando los planes de acción que pueden ser verificados o no durante la próxima auditoría de calidad programada.	Equipo Auditor/ Personal del DOC	FO-D.2.3-1 Solicitud de Acción Correctiva/ Preventiva/ Mejora	
e.	¿Existen planes de acción que pueden verificarse antes de la próxima auditoría? Si existen planes de acción que pueden verificarse antes de la próxima auditoría de calidad, ir a la actividad "Programa fecha de visita de seguimiento", si las acciones serán verificadas en la próxima auditoría de calidad se hace un llamado al "PO-D.2.1 Auditorías Internas de Calidad."			
12.	PO-D.2.1 Auditorías Internas de Calidad			No

Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	4	PO-D.2.3-5	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	Este procedimiento tiene como objetivo establecer los lineamientos a seguir para realizar una auditoría interna de calidad en la institución, con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos aplicables y la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008, para mejorarlo continuamente. Ir al fin del procedimiento.			
13	Programa fecha de visita de seguimiento El Equipo Auditor/ Personal del DOC programa visitas de seguimiento para la verificación de la implementación y efectividad de las acciones, con el Gerente/Jefe de Área o Líder de Proceso.	Equipo Auditor / Personal del DOC		No
14	Verifica la implementación del plan de acción Realiza la visita de seguimiento y verifica que la corrección (si aplica), el plan de acción, esté implementado y registra la evidencia/ observación sobre la implementación en la hoja de Seguimiento de Planes de Acción. <u>Control de Calidad</u> La visita queda evidenciada en la hoja Seguimiento de Planes de Acción debidamente firmada por el Equipo Auditor o Personal del DOC que realizó el seguimiento.	Equipo Auditor/ Personal del DOC	FO-D.2.3-4 Seguimiento de Planes de Acción	Si
f	¿Plan de Acción implementado? Si el plan de acción no ha sido implementado continuar con la decisión “¿Es la 2da reprogramación?”, si el plan de acción ha sido implementado ir a la actividad “Verifica la efectividad del plan de acción”.			
g	¿Es la 2da reprogramación? Si la segunda reprogramación, continuar con			

Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	4	PO-D.2.3-5	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	la actividad "Registra en la hoja de seguimiento". Si no es la segunda reprogramación, ir a la actividad "Reprograman fecha de implementación y efectividad del plan de acción".			
15	Registra en la hoja de seguimiento Registra evidencia y observaciones correspondientes al plan de acción.	Equipo Auditor/ Personal del DOC	FO-D.2.3-4 Seguimiento de Planes de Acción	
16	Presenta el caso en sesión del Comité de Calidad El Representante de la Dirección presenta el caso al Comité de Calidad, al informar sobre el estado de las acciones correctivas, preventivas y de mejora. El Comité de Calidad resuelve y establece acciones a seguir por los responsables. Ir al fin del procedimiento.	Representante de la Dirección		
17	Reprograman fechas de implementación y efectividad del plan de acción El Equipo Auditor o personal del DOC, solicita al personal responsable establezca una nueva fecha de implementación del plan de acción y registra en la hoja de Seguimiento de Planes de Acción.	Equipo Auditor/ Personal del DOC/ Gerente/ Jefe de Área/ Líder de Proceso	FO-D.2.3-4 Seguimiento de Planes de Acción	No
18	Registra reprogramación en la hoja de seguimiento El Equipo Auditor/ Personal del DOC registra en la hoja de Seguimiento de Planes de Acción, observaciones y la fecha de reprogramación de implementación y efectividad. Cuando la verificación es realizada por un Equipo Auditor, deberá entregar al DOC la	Equipo Auditor/ Personal del DOC	FO-D.2.3-4 Seguimiento de Planes de Acción	No

Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	4	PO-D.2.3-5	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	<p>hoja de Seguimiento de Plan de Acción</p> <p>El personal del DOC deberá actualizar la Lista de Control de No Conformidades y Oportunidades de Mejora con las fechas de reprogramación.</p> <p>Ir a la actividad "Implementa el plan de acción propuesto".</p>			
19	<p>Verifica la efectividad del plan de acción</p> <p>Verifica si el plan de acción ha eliminado las causas de la no conformidad o si las mejoras fueron efectivas y registra en la hoja de Seguimiento de Planes de Acción.</p>	Equipo Auditor/ Personal del DOC	FO-D.2.3-4 Seguimiento de Planes de Acción	No
h.	<p>¿Plan de acción efectivo?</p> <p>Si el plan de acción no ha sido efectivo ir a la actividad "Reprograman fechas de implementación y efectividad del plan de acción", si las acciones han sido efectivas, continuar con la decisión "¿Registra NC/OM en hoja de seguimiento?".</p>			
20.	<p>Registra el cierre NC/OM en hoja de seguimiento.</p> <p>El Equipo Auditor/ Personal del DOC registra el cierre de la no conformidad u oportunidad de mejora en la hoja de Seguimiento de Planes de Acción.</p> <p>El equipo auditor entrega debidamente completada al DOC.</p>	Equipo Auditor/ Personal del DOC	FO-D.2.3-4 Seguimiento de Planes de Acción	No
21.	<p>Actualiza la Lista de Control de No Conformidades y Oportunidades de Mejora.</p> <p>Recibe la hoja de Seguimiento de Planes de Acción y actualiza la Lista de Control de No Conformidades y Oportunidades de Mejora. Ir al fin el procedimiento.</p>	Técnico de Organización y Calidad		No

Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	4	PO-D.2.3-5	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
22	<p>Recibe/ identifica sugerencias de temas para proyectos de mejora</p> <p>El Representante de la Dirección identifica o recibe sugerencias de las áreas sobre temas de interés para su inclusión en los proyectos de mejora a desarrollar.</p>	Representante de la Dirección		No
23	<p>Analiza temas y prioriza</p> <p>El Comité de Calidad analiza los temas y prioriza aquellos que por su aplicabilidad, impacto u otros sea necesaria su implementación.</p>	Comité de Calidad		No
24.	<p>Designa equipo de mejora según el tema</p> <p>El Comité de Calidad designa a los miembros de los equipos de mejora (incluyendo al líder), entre distintos departamentos que interactúan en los procesos que puedan necesitar mejoras.</p>	Comité de Calidad		No
25.	<p>Elabora/ modifica y presenta perfil del proyecto a Comité de Calidad</p> <p>El equipo de mejora elabora un Perfil del Proyecto de mejora, incluyendo el análisis de causas, plan de trabajo y lo presenta al Comité de Calidad.</p>	Equipo de Mejora	FO-D.2.3-2 Perfil de Proyecto	No
26.	<p>Revisa el Perfil de Proyecto de Mejora.</p> <p>Previo a la presentación al Comité de Calidad, el Representante de la Dirección revisará el perfil y verificará que incluya todos los elementos necesarios.</p>	Representante de la Dirección		No
27	<p>Analiza perfil del proyecto</p> <p>Analiza y verifica la información contenida en el perfil, la aplicabilidad del proyecto, tiempos de ejecución, áreas involucradas, etc. Sobre la base de ésta información el Comité de Calidad aprueba o rechaza el perfil.</p> <p><u>Control de calidad</u></p>	Comité de Calidad		Si

Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	4	PO-D.2.3-5	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	Verifican la información contenida en el perfil y la factibilidad de la implementación del proyecto de mejora, la evidencia se registra en el Acta de Comité de Calidad.			
i	¿Aprueba perfil? Si no se aprueba el perfil, verifica si es la condición “¿Hay observaciones al perfil?”. Si se aprueba, se continúa con la condición ¿Requiere prueba piloto?			
k	¿Hay observaciones al perfil? Si hay observaciones al perfil, devuelve a la actividad “Elabora/ modifica y presenta perfil del proyecto a Comité de Calidad”. Si no hay observaciones al perfil, es que el proyecto no se aprueba para implementación, por tanto el procedimiento finaliza.			
j	¿Requiere prueba piloto? Si el proyecto de mejora requiere de prueba piloto, se continúa con la actividad “Realiza prueba piloto”. Si no requiere de prueba piloto, ir a la condición “¿Requiere cambios a normativas?”.			
28	Realiza prueba piloto Realiza una prueba piloto de las acciones de mejora a implementar.	Jefe del Área correspondiente/ Equipo de Mejora		No
l.	¿Prueba piloto efectiva? Si la prueba piloto fue efectiva ir a la condición “¿Requiere cambios a normativas?”, caso contrario habrá que reformular el proyecto de mejora, regresar a la actividad “Elabora/ modifica y presenta perfil del proyecto a Comité de Calidad”.			
m.	¿Requiere elaboración/ modificación a normativas? Si las acciones requieren la elaboración/			



Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	4	PO-D.2.3-5	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	<p>modificación de normativas, se hace un llamado al proceso "PR-D.4 Gestión de normativa interna".</p> <p>Si las acciones no requieren la elaboración/modificación de normativas, se continúa con la actividad "Implementa acciones".</p>			
29.	<p>PR-D.4 Gestión de Normativa Interna</p> <p>Se hace un llamado al proceso "PR-D.4 Gestión de Normativa Interna", el cual define la metodología para la elaboración/modificación, emisión, revisión, aprobación y control de cambios en los documentos.</p>			No
30.	<p>Implementa acciones</p> <p>El Jefe de Área Correspondiente o el Equipo de Mejora (si aplica) procede a realizar las actividades descritas en el perfil del proyecto de mejora.</p>	Jefe de Área Correspondiente/ Equipo de Mejora		No
31.	<p>Presenta avances al Comité de Calidad</p> <p>El Representante de la Dirección solicita avances del proyecto de mejora al Líder del Equipo de Mejora y los presenta al CCA.</p>	Representante de la Dirección		No
n.	<p>¿Proyecto de Mejora finalizado?</p> <p>Si el proyecto de mejora ha sido finalizado, continuar con la actividad "Presenta informe final y resultados".</p> <p>Si el proyecto de mejora no ha sido finalizado regresar a la actividad "Implementa acciones".</p>			
32.	<p>Presenta informe final y resultados</p> <p>El líder del equipo de mejora presenta el informe final y resultados al CCA, mostrando evidencia de los cambios y mejoras realizadas.</p> <p>Fin del procedimiento.</p>	Líder del Equipo de Mejora		No

Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	4	PO-D.2.3-5	

V. Documentos Relacionados:

- Manual de procesos y procedimientos aprobado.
- Ley y Reglamento de Creación del FISDL.
- Norma ISO 9001:2008 Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos.

VI. Control de Registros

Registro	Llenado	Archivo Consulta				Disposición Final
		Responsable	Lugar	Criterio	Tiempo de Consulta	
Solicitud de Acción Correctiva/ Preventiva/ Mejora	Equipo Auditor/ Gerente/Jefe de Área/ Líder de Proceso/ Personal de DOC	Técnico de Organización y Calidad	Archivo DOC	Por proceso, por código asignado.	5 años	Archivo General
Seguimiento de Plan de Acción	Equipo Auditor/ Personal de DOC	Técnico de Organización y Calidad	Archivo DOC	Por proceso, por código asignado.	5 años	Archivo General
Lista de Control de No Conformidades y Oportunidades de Mejora	Técnico de Organización y Calidad	Técnico de Organización y Calidad	Servidor DOC	Por nombre	Indefinido	Indefinido
Perfil de Proyecto	Equipo de mejora designado	Representante de la Dirección	Archivo DOC	Cronológico	5 años	Archivo General
Actas de Comité de Calidad	Técnico de Organización y Calidad	Representante de la Dirección	Archivo DOC	Por número de Sesión de CCA	5 años	Archivo General
Informe Final	Equipo de Mejora/ Área involucrada	Representante de la Dirección	Archivo DOC	Por proyecto de mejora	5 años	Archivo General

Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	4	PO-D.2.3-5	

VII. Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del procedimiento.	Consejo de Administración Sesión: DL-650/2011 Fecha: 17/03/2011	17/03/2011
0	1	<p>Se modificó el procedimiento para considerar lo siguiente:</p> <p><u>No Conformidad/ Oportunidad de Mejora</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Se han detallado más claramente las actividades a seguir en caso de presentarse una No Conformidad; asimismo, una Oportunidad de Mejora. Se han incluido las actividades de programación de visitas de seguimiento a los planes de acción, verificación de la implementación de acciones, verificación de la efectividad de las acciones y reprogramaciones en las fechas de implementación, en caso de existir, hasta completar el plan de acción propuesto. <p><u>Proyectos de Mejora</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Se incluyeron actividades en caso de requerir la realización de prueba piloto y de ser o no efectiva; asimismo, se incluyó la presentación de informes de avances mensuales de los proyectos de mejora. Actualización del apartado de Documentos Relacionados y el cuadro de Control de registros. 	Gerente General Fecha: 08/08/2011	08/08/2011
1	2	Se realizaron cambios de forma a los apartados: "Objetivo general" y	Presidenta del FISDL	16/05/2012

Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	4	PO-D.2.3-5	

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
		<p>“Alcance”.</p> <p>Actualización del “Flujograma”.</p> <p>Se actualizaron los nombres de los puestos “Tecnico de Organización y Calidad”.</p> <p>Se incluyó la actividad 1, “Detecta no conformidad/ oportunidad de mejora/ proyecto de mejora”, y se detallaron las fuentes de donde pueden detectarse.</p> <p>Se eliminó de la actividad 2, “Al detectar la no conformidad u oportunidad de mejora completa la “Solicitud de Acción Correctiva/ Preventiva/ Mejora” e identifica si la No Conformidad u Oportunidad de Mejora se debe...”</p> <p>Y se agregó “Completa la solicitud de acción correctiva/ preventiva/ mejora registrando la siguiente información: responsable área y/o proceso, fecha de solicitud, quien la detectó y fecha de detección; asimismo, la descripción y el origen de la misma”.</p> <p>En la actividad 6, se agregó “....si es factible de realizar”.</p> <p>Se incluyó la definición de “acción correctiva y acción preventiva” en el pie de página.</p> <p>En la actividad 14, se eliminó “ La verificación podrá realizarse a partir de los 5 días hábiles después de notificada la visita...”</p> <p>La decisión c cambió a “Es la 2da reprogramación”.</p>	Fecha: 15/05/2012	



Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	4	PO-D.2.3-5	

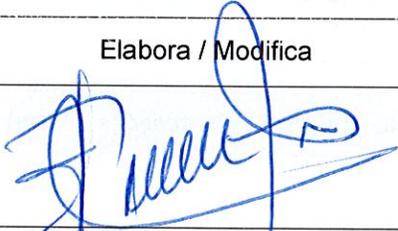
VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
		<p>Se agregaron las actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 16. Registra en la hoja de verificación de la solicitud e informa al DOC. • 17. Presenta el caso al Comité de Calidad en sesión mensual. <p>En la actividad 33, se cambió como responsable al "Líder del Equipo de Mejora".</p> <p>Se actualizaron los apartados: "Documentos Relacionados y Control de Registros".</p> <p>En general, mejoras en la redacción del procedimiento.</p>		
2	3	<p>En la actividad 17, se cambió la actividad de "Presenta el caso al Comité de Calidad en sesión mensual" a "Presenta el caso en sesión del Comité de Calidad."</p> <p>En la actividad 32, se eliminó que la presentación de avances de proyectos de mejora debe de ser mensuales.</p>	<p>Presidenta del FISDL Fecha: 09/07/2012</p>	10/07/2012
3	4	<p>Se agregó el apartado VII. Historial de Cambios al procedimiento.</p>	<p>Consejo de Administración Sesión: DL-739/2012 Fecha: 29/11/2012</p>	17/12/2012
4	5	<p>Se eliminó como formulario la FO-D.2.3-3 Control de No Conformidades y Oportunidades de Mejora, ya que por su naturaleza es un control del cual se pueden obtener reportes y no un formulario. Queda como registro.</p> <p>Se incluyó como responsable al Líder de Proceso en las actividades relacionadas con el análisis de causas, establecimiento de planes de</p>	<p>Consejo de Administración Sesión: DL-826/2014 Fecha: 04/09/2014</p>	01/10/2014

Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	4	PO-D.2.3-5	

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
		<p>acción e identificación de NC/OM.</p> <p>Se ha modificado el procedimiento de tal forma que la verificación se realice por plan de acción completo y no por acción.</p> <p>Se ha creado un nuevo formulario FO-D.2.3-4 Seguimiento de Planes de Acción al cual se hace referencia.</p> <p>Actualización del Diagrama de Flujo y Control de Registros.</p>		

FORMULARIO: SOLICITUD DE ACCION CORRECTIVA/ PREVENTIVA/ MEJORA	Aprobación:	Nivel:	Código:
	07/10/2013	6	FO-D.2.3-1-3

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable
Firma:		
Nombre:	Arnoldo Javier Figueroa Díaz	Astrid María Martínez de Pineda
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento Organización y Calidad
Fecha:	03/10/2013	04/10/2013
Firma:		
Aprueba:	Gladys Eugenia Schmidt de Serpas	
Cargo:	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional	
Fecha:	07/10/2013	



FISDL	Formulario: Solicitud de Acción Correctiva/ Preventiva/ Mejora	Aprobación:	Nivel:	Código:
		07/10/2013	6	FO-D.2.3-1-3

I. GENERALIDADES DEL HALLAZGO

				Numero:		
Tipo:	NCR		NCP		OM	
					Fecha de Solicitud:	
Responsable:				Área:		
Proceso / Subproceso:						
Detectada por:				Fecha de Detección:		

Descripción del Hallazgo

ORIGEN DEL HALLAZGO					
Auditorías Internas de Calidad:			Auditorías Externas de Calidad:		
Producto No Conforme			Revisión del SGC por la Dirección		
Indicadores			Quejas/ Reclamos de los clientes		
Medición de la Satisfacción del clientes			Mejora Continua		
Otros orígenes:		Especificar:			

CORRECCIÓN INMEDIATA (Solo para No Conformidades Reales)			
Nombre y Firma Responsable:		Fecha de Corrección:	

FISDL	Formulario: Solicitud de Acción Correctiva/ Preventiva/ Mejora	Aprobación:	Nivel:	Código:
		07/10/2013	6	FO-D.2.3-1-3

II. SUPERACIÓN DEL HALLAZGO

ANÁLISIS DE CAUSAS (Solo para No Conformidades Reales o Potenciales)				
Problema a superar	Causa 1 del problema	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?
	Causa 2 del problema	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?
	Causa 3 del problema	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?

PLAN DE ACCION PROPUESTO						
No.	ACCIÓN A REALIZAR	RESPONSABLE	FECHA FIN	TIPO DE ACCIÓN		
				P	M	C
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fecha de efectividad del Plan de Acción:		 Fecha posterior a la finalización del Plan de Acción Propuesto, en la cual se podrá evidenciar la implementación total del mismo.	P: Preventiva; M: Mejora; C: Correctiva
---	--	--	---

Nombre y Firma de quien(es) Aprueba(n)*:			
Fecha :			

*Aprobación de los Gerentes/Jefes de las Áreas involucradas en la implementación del Plan de Acción.

Nombre y Firma de quien(es) revisa(n)**:			
Fecha:			

**Revisión por parte del Equipo Auditor y/o El Depto. de Organización y Calidad.

FISDL	Formulario: Solicitud de Acción Correctiva/ Preventiva/ Mejora	Aprobación:	Nivel:	Código:
		07/10/2013	6	FO-D.2.3-1-3

Historial de Cambios

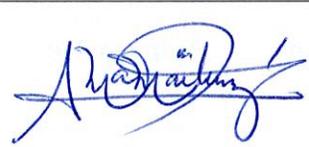
VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del formulario.	Consejo de Administración Sesión: DL-650/2011 Fecha: 17/03/2011	17/03/2011
0	1	<p>Se modificó el formulario según se describe a continuación:</p> <p>Se adicionó al nombre del formulario "Mejora".</p> <p>Sección Origen de la NC / OM, se eliminó "Reclamo de Cliente", cambio "Fecha de Recibido" a "Fecha de Detección", se agregó apartado para el análisis de la validez de la NC / OM.</p> <p>Sección Corrección, se agregó ésta sección para el caso en que aplique la realización de correcciones inmediatas.</p> <p>Apartado Acciones, cambio a "Plan de Acción Propuesto". En la "Fecha de Implementación", se agregaron las columnas "Fecha de Inicio" y "Fecha de Finalización". Se agregó el espacio para la fecha, nombre y firma de elaborado y aprobado; asimismo, la fecha, nombre y firma para la revisión del plan de acción.</p> <p>Apartado Verificación Acción Correctiva/ Preventiva, cambio de nombre de "Verificación Acción Correctiva/ Preventiva" a "Verificación de implementación y efectividad de acciones", se modificó el apartado de tal forma que en la verificación de las acciones se incluyan las fechas, evidencias y observaciones para la verificación de implementación, efectividad y reprogramación (si aplica).</p>	Gerente de Sistemas y Procesos Fecha: 08/08/2011	08/08/2011

FISDL	Formulario: Solicitud de Acción Correctiva/ Preventiva/ Mejora	Aprobación:	Nivel:	Código:
		07/10/2013	6	FO-D.2.3-1-3

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
1	2	<p>En el apartado de "Generalidades", se agregó: "fecha de solicitud, proceso/ subproceso, área y responsable".</p> <p>Se separaron los orígenes de no conformidades reales, no conformidades potenciales y oportunidades de mejora.</p> <p>Se estableció una nueva metodología para el análisis de causas.</p> <p>En el apartado de "Verificación de Implementación y Efectividad de Acciones", se agregó un espacio para el "No. NC/ OM" y se realizaron cambios de forma.</p>	<p>Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional</p> <p>Fecha: 15/05/2012</p>	16/05/2012
2	3	Revisión y mejora del formulario.	<p>Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional</p> <p>Fecha: 07/10/2013</p>	07/10/2013

FORMULARIO: PERFIL DE PROYECTO DE MEJORA	Aprobación:	Nivel:	Código:
	04/09/2014	6	FO-D.2.3-2-1

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable	
Firma:			
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda	
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad	
Fecha:	25/08/2014	27/08/2014	
	<i>Recomendó</i> Comité Técnico Consultivo FISDL	APROBADO Consejo de Administración FISDL	
	Recomienda: Comité Técnico Consultivo	Aprueba: Consejo de Administración	
Sesión: DL – 897/2014	Fecha: 01/09/2014	Sesión: DL – 826/2014	Fecha: 04/09/2014



Vigencia a partir de: 01/10/2014

Formulario: Perfil de Proyecto de Mejora	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.3-2-1	

FISDL	PERFIL DE PROYECTO DE MEJORA
--------------	-------------------------------------

I. Nombre de Proyecto de Mejora:

II. Objetivo del Proyecto:

III. Descripción:

III.1. Antecedentes del problema

III.2. Problemática encontrada

IV. Alcance: Equipo de Mejora:

V. Medición:

VI. Varios:

VII. Plan de Acción:

Plan de Acción						
Nº.	Acción	Responsable	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Recursos	Observaciones
1						
2						
3						
4						
5						

VIII. Anexos:

VIII.1. Anexo 1: Diagrama de Ishikawa

VIII.2. Anexo 2: Otros....



Formulario: Perfil de Proyecto de Mejora	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.3-2-1	

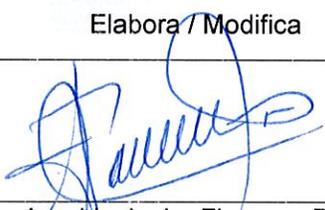
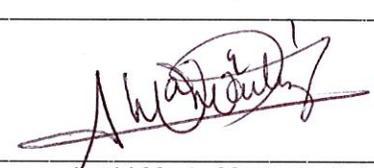
Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del formulario.	Consejo de Administración Sesión: DL-650/2011 Fecha: 17/03/2011	17/03/2011
0	1	Cambio de formulario utilizado.	Gerente General Fecha: 08/08/2011	08/08/2011
1	2	Revisión y mejora del formulario.	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 08/02/2013	11/02/2013
2	3	Actualización del logo institucional.	Consejo de Administración Sesión: DL-826/2014 Fecha: 04/09/2014	01/10/2014



FORMULARIO: SEGUIMIENTO DE PLANES DE ACCIÓN	Aprobación:	Nivel:	Código:
	07/10/2013	6	FO-D.2.3-4-0

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable
Firma:		
Nombre:	Arnoldo Javier Figueroa Díaz	Astrid María Martínez de Pineda
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento Organización y Calidad
Fecha:	03/10/2013	04/10/2013
Firma:		
Aprueba:	Gladys Eugenia Schmidt de Serpas	
Cargo:	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional	
Fecha:	07/10/2013	



FISDL	Formulario: Seguimiento de Planes de Acción	Aprobación:	Nivel:	Código:
		07/10/2013	6	FO-D.2.3-4-0

I. SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN

IMPLEMENTACIÓN		EFECTIVIDAD	
Nombre y Firma de quien verificó:		Fecha:	
Nombre y Firma de quien verificó:		Fecha:	
Nombre y Firma de quien verificó:		Fecha:	



FISDL	Formulario: Seguimiento de Planes de Acción	Aprobación:	Nivel:	Código:
		07/10/2013	6	FO-D.2.3-4-0

Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del formulario.	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 07/10/2013	07/10/2013



PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE PRODUCTO O SERVICIO NO CONFORME	Aprobación:	Nivel:	Código:
	04/09/2014	4	PO-D.2.4-2

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable	
Firma:			
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda	
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad	
Fecha:	25/08/2014	27/08/2014	
	Recomendó Comité Técnico Consultivo FISDL	APROBADO Consejo de Administración FISDL	
	Recomienda: Comité Técnico Consultivo	Aprueba: Consejo de Administración	
	Sesión: DL – 897/2014	Fecha: 01/09/2014	Sesión: DL – 826/2014
			Fecha: 04/09/2014



Procedimiento de Control de Producto o Servicio No Conforme	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	4	PO-D.2.4-2	

I. Objetivo General

Establecer los lineamientos que deben ser aplicados para la identificación y tratamiento de los productos o servicios no conformes¹ aplicable a los procesos definidos en el alcance del Sistema de Gestión de Calidad.

II. Alcance

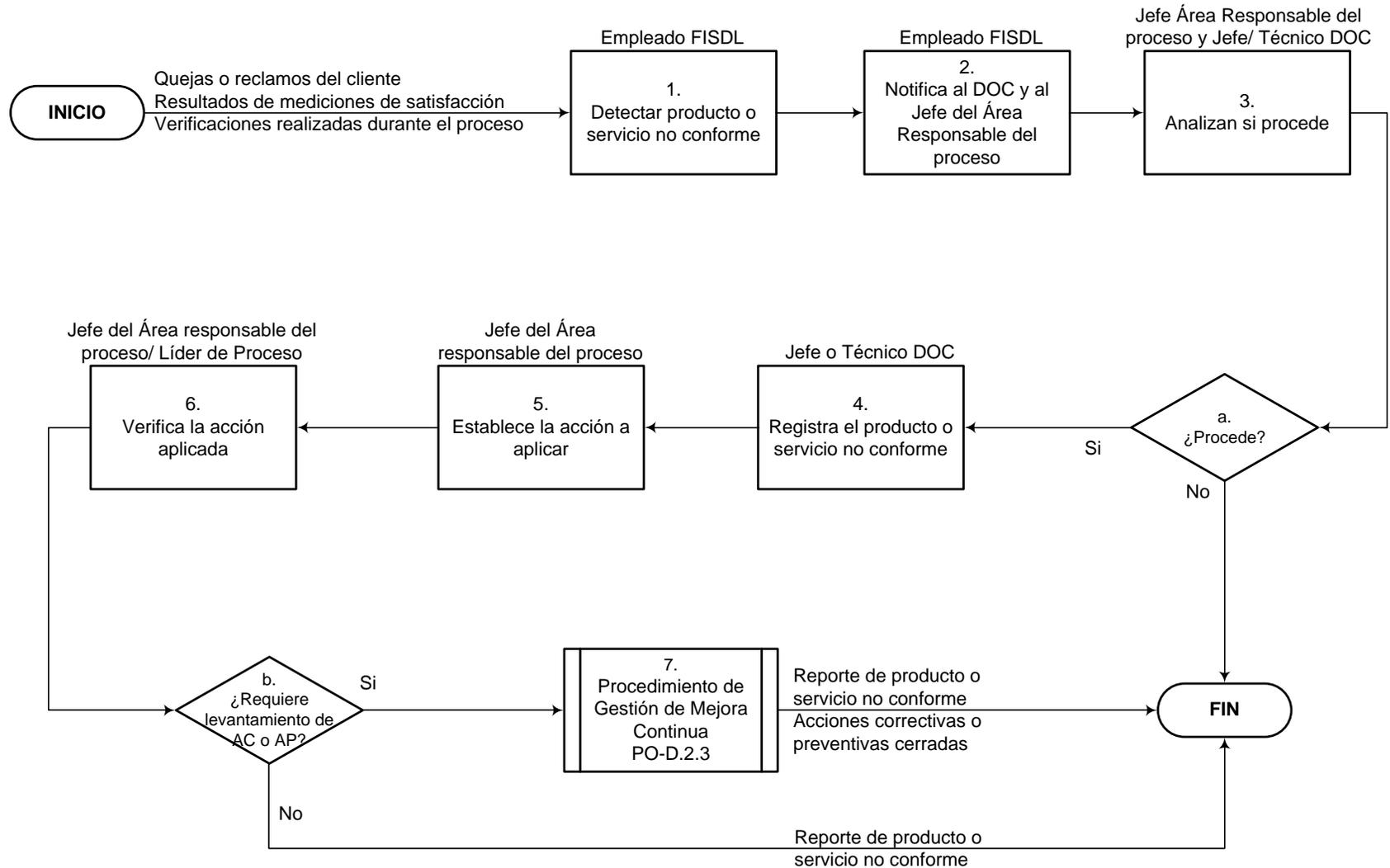
El procedimiento es aplicable para el SGC y los procesos involucrados en el alcance del sistema, es decir la cadena de valor desde que se detecta el producto o servicio no conforme, hasta que se toman acciones para su tratamiento.



¹ Productos o servicios no conformes: Resultado de un proceso que no cumple con los requisitos especificados.

Procedimiento de Control de Producto o Servicio No Conforme	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	4	PO-D.2.4-2	

III. Flujograma:



Procedimiento de Control de Producto o Servicio No Conforme	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	4	PO-D.2.4-2	

IV. Descripción General:

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
1	<p>Detectar producto o servicio no conforme</p> <p>Un producto y/o servicio no conforme es aquel que no cumple con los requisitos establecidos en cada proceso.</p> <p>El producto y/ o servicio no conforme puede ser detectado durante o después de la ejecución del proceso por el personal involucrado en los procesos, los clientes o usuarios (queja), los resultados de las evaluaciones de satisfacción, etc.</p>	Empleado FISDL		No
2	<p>Notifica al DOC y al Jefe del Área Responsable del proceso</p> <p>La persona que identifica el producto o servicio no conforme notifica de manera verbal o escrita al Jefe o técnico DOC y al Jefe del Área Responsable del proceso.</p>	Empeado FISDL		No
3	<p>Analizan si procede</p> <p>Analizan si procede la detección para hacer un registro de producto no conforme.</p>	Jefe Área Responsable del proceso y Jefe/ Técnico DOC		Si
a.	<p>¿Procede?</p> <p>En caso proceda, se continúa con la actividad: Registra el producto o servicio no conforme. Si no procede se finaliza el procedimiento.</p>			
4.	<p>Registra el producto o servicio no conforme</p> <p>En caso de proceder la notificación de producto o servicio no conforme, el Jefe o Técnico DOC registra en el formulario correspondiente.</p>	Jefe/ Técnico DOC	FO-D.2.4-1 Lista de Control de Producto o servicio no conforme	No
5	<p>Establece la acción a aplicar</p> <p>Se debe establecer el tratamiento a aplicar al producto o servicio no conforme, este puede ser:</p> <ol style="list-style-type: none"> Rechazar el producto/ servicio no conforme. Corregir el producto o servicio. 	Jefe Área Responsable del proceso	FO-D.2.4-2 Reporte de Producto o servicio no conforme	No

Procedimiento de Control de Producto o Servicio No Conforme	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	4	PO-D.2.4-2	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	3. Dar concesión para la utilización o liberación del producto o servicio que no es conforme con los requisitos.			
6	<p>Verifica la acción aplicada</p> <p>Una vez aplicado el tratamiento (acción), el líder del proceso y Jefe deben verificar la eficacia de las acciones tomadas. Si las acciones no fueron eficaces, se debe proceder nuevamente de acuerdo al paso 5.</p> <p>Los resultados deberán quedar descritos en el reporte correspondiente.</p> <p>Remite copia del reporte al DOC para su actualización en la lista de producto o servicio no conforme.</p>	Jefe Área Responsable del proceso	FO-D.2.4-2 Reporte de Producto o servicio no conforme FO-D.2.4-1 Lista de Control de Producto o servicio no conforme	Si
b.	<p>¿Requiere levantamiento de AC o AP?</p> <p>De acuerdo a los resultados obtenidos de las acciones tomadas o en caso fuese un producto o servicio no conforme que se detecte de forma repetitiva (3 veces en el transcurso de seis meses), se podrán abrir acciones correctivas con objeto de corregir las causas del problema que dieron origen a la no conformidad, en caso de la apertura de una acción correctiva se debe proceder de acuerdo al procedimiento de PO-D.2.3 Gestión de Mejora Continua.</p> <p>Caso contrario el procedimiento finaliza.</p>			No
8	<p>Procedimiento de Gestión de Mejora Continua (PO-D.2.3)</p> <p>Procedimiento que define las acciones requeridas para el tratamiento, evaluación y control de las No Conformidades reales y potenciales que se detecten en el Sistema de Gestión de la Calidad, así como la identificación, selección, planificación y seguimiento de los proyectos de mejora institucionales.</p>			No



Procedimiento de Control de Producto o Servicio No Conforme	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	4	PO-D.2.4-2	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	Fin del procedimiento.			

V. Documentos Relacionados:

- Norma ISO 9001:2008

VI. Control de Registros

Registro	Llenado	Archivo Consulta				Disposición Final
		Responsable	Lugar	Criterio	Tiempo de Consulta	
FO-D.2.4-1 Lista de Control de Producto o servicio no conforme	Jefe/ Técnico DOC	Técnico de Organización y Calidad	Archivo DOC	Por proceso, por código asignado.	3 años	Digitalización
FO-D.2.4-2 Reporte de Producto o servicio no conforme	Jefe Área Responsable del proceso	Técnico de Organización y Calidad	Archivo DOC	Por código asignado.	3 años	Digitalización
		Jefe Área Responsable del proceso	Archivo del Departamento	Por código asignado.	3 años	Digitalización

VII. Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del procedimiento.	Consejo de Administración. Sesión: DL – 720/2012 Fecha: 19/07/2012	19/07/2012
0	1	Se agregó el apartado VII. Historial de Cambios al procedimiento.	Consejo de Administración Sesión: DL-739/2012 Fecha: 29/11/2012	17/12/2012
1	2	Mejoras en la redacción del documento.	Consejo de Administración Sesión: DL-826/2014 Fecha: 04/09/2014	01/10/2014



FORMULARIO: LISTA DE CONTROL DE PRODUCTO O SERVICIO NO CONFORME

Aprobación:

Nivel:

Código:

04/09/2012

6

FO-D.2.4-1-1

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable	
Firma:			
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda	
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad	
Fecha:	25/08/2014	27/08/2014	
	Recomendó Comité Técnico Consultivo FISDL	APROBADO Consejo de Administración FISDL	
	Recomienda: Comité Técnico Consultivo	Aprueba: Consejo de Administración	
Sesión: DL – 897/2014	Fecha: 01/09/2014	Sesión: DL – 826/2014	Fecha: 04/09/2014



Vigencia a partir de: 01/10/2014

Formulario: Lista de Control de Producto o Servicio No Conforme	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	04/09/2014	6	FO-D.2.4-1-1	

LISTA DE CONTROL DE PRODUCTO O SERVICIO NO CONFORME

FISDL

Correlativo	Descripción del Producto o Servicio No Conforme	Origen	Fecha de detección	Estado	Plan de Acción	Responsable	Fecha de Finalización



Formulario: Lista de Control de Producto o Servicio No Conforme	Aprobación:	Nivel:	Código:	
	04/09/2014	6	FO-D.2.4-1-1	

Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del procedimiento.	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 19/07/2012	19/07/2012
0	1	Actualización del logo institucional.	Consejo de Administración Sesión: DL-826/2014 Fecha: 04/09/2014	01/10/2014

**FORMULARIO: REPORTE DE PRODUCTO
O SERVICIO NO CONFORME**

Aprobación:

Nivel:

Código:

04/09/2014

6

FO-D.2.4-2-1

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable	
Firma:			
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda	
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad	
Fecha:	25/08/2014	27/08/2014	
<i>Recomendó Comité Técnico Consultivo FISDL</i>		APROBADO Consejo de Administración FISDL	
Recomienda: Comité Técnico Consultivo		Aprueba: Consejo de Administración	
Sesión: DL – 897/2014	Fecha: 01/09/2014	Sesión: DL – 826/2014	Fecha: 04/09/2014



Formulario: Reporte de Producto o Servicio No Conforme	Aprobación:	Nivel:	Código:	
	04/09/2014	6	FO-D.2.4-2-1	

	REPORTE DE PRODUCTO O SERVICIO NO CONFORME
---	---

Descripción del Producto o Servicio No Conforme
¿Producto o servicio no conforme repetitivo por más de 3 veces en los últimos seis meses? Si _____ ó No _____

Acciones a realizar
<input type="checkbox"/> Rechazar el producto/ servicio no conforme <input type="checkbox"/> Corregir el producto o servicio <input type="checkbox"/> Dar concesión para la utilización o liberación del producto o servicio que no es conforme con los requisitos.
Descripción de la(s) acción(es): 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Responsable: _____ Fecha: ____/____/____ <div style="text-align: center; margin-left: 150px;"> <i>(Nombre y Firma)</i> </div>
Verificación de las acciones: Verificado por: _____ Fecha: ____/____/____ <div style="text-align: center; margin-left: 150px;"> <i>(Nombre y Firma)</i> </div>



Formulario: Reporte de Producto o Servicio No Conforme	Aprobación:	Nivel:	Código:	
	04/09/2014	6	FO-D.2.4-2-1	

Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del procedimiento.	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 19/07/2012	19/07/2012
0	1	Actualización del logo institucional.	Consejo de Administración Sesión: DL-826/2014 Fecha: 04/09/2014	01/10/2014

