



REGISTRO NACIONAL
DE LAS PERSONAS NATURALES

PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS DEL SGC

APROBACIÓN DE JUNTA DIRECTIVA

ACTA No. 840 PUNTO No. 5

FECHA 11/JUNIO/2015

Registro

Nacional

de las Personas Naturales
Aseguramiento de Calidad

DOCUMENTO ELABORADO POR:

Nombre y Apellido: Lic. Xenia M. Gomez Alfaro

Cargo: Consultora Externa

DOCUMENTO REVISADO POR:

Nombre y Apellido: No Aplica

Firma:

Cargo: No Aplica

Fecha:

DOCUMENTO REVISADO POR ASEGURAMIENTO DE CALIDAD:

Nombre y Apellido: Ing. José Ricardo Avendaño Castañeda

Firma:

Cargo: Director de Aseguramiento de Calidad (Ad Honorem)

Fecha: 01 de oct 2014

DOCUMENTO APROBADO POR DIRECCION:

Nombre y Apellido: No Aplica

Firma:

Cargo: No Aplica

Fecha:

DOCUMENTO APROBADO POR PRESIDENCIA:

Nombre y Apellido: Lic. María Margarita Velado Puentes

Firma:

Cargo: Registradora Nacional de las Personas Naturales

Fecha: 20 de marzo 2015

CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

1. **Objetivo:**
2. **Alcance de aplicación:**
3. **Otros documentos de referencia:**
4. **Definiciones:**
5. **Responsabilidades:**
6. **Actividades del Proceso:**
7. **Anexos o formularios:**
8. **Modificaciones del documento:**

**REGISTRO NACIONAL DE LAS
PERSONAS NATURALES - RNPN**

COPIA CONTROLADA No. _____

FECHA _____

1. OBJETIVO:

- ♦ Establecer la metodología para la elaboración de documentos, su revisión, aprobación, modificación, actualización, control y distribución (digital y física), eliminación, manejo e identificación de documentos obsoletos del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) del RNPN con el fin de facilitar su presentación, utilización y disposición final
- ♦ Definir los controles necesarios para la identificación (nombre del registro o evidencia), almacenamiento (lugar físico o carpeta digital), protección (quién tiene acceso a consultar los registros), recuperación (criterio de almacenamiento ej. cronológico), tiempo de retención (en meses) y disposición final (ej.: destrucción, escanear, reciclar) de los registros establecidos en el SGC del RNPN.
- ♦ Establecer los lineamientos para colocar los documentos del SGC en la intranet del RNPN, así como otros documentos relacionados tales como: Normas Técnicas de Control Interno Especificas del RNPN, Organigrama del RNPN, Política de Calidad, entre otros.

2. ALCANCE DE APLICACIÓN:

El procedimiento aplica a todas las direcciones, unidades, departamentos y áreas del RNPN, así como también, a cualquier tipo de documento que se encuentre dentro del campo de aplicación del SGC y todos los procesos, subprocesos y/o actividades que han adoptado el Sistema de Gestión de la Calidad del RNPN.

El medio de soporte puede ser papel, disco magnético, óptico o electrónico, fotografía o muestra patrón o una combinación de éstos.

3. OTROS DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

- ♦ Norma ISO 9001:2008 Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos.
- ♦ Norma ISO 19011:2011 Directrices para la Auditoría de los Sistemas de Gestión.
- ♦ Norma ISO 9000:2005 Sistema de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario.
- ♦ Manual de Calidad - RNPN -
- ♦ Manual de organización y funciones
- ♦ Manual de descripción de procesos.

4. DEFINICIONES:

- ♦ **Actividad:** Conjunto de operaciones o tareas propias de una entidad o persona. Un conjunto de actividades es un proceso.
- ♦ **Almacenamiento de los registros:** definición del sitio en el cual se archiva temporal o definitivamente un registro relacionado con el sistema de calidad

- ♦ **Calidad:** Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.
- ♦ **Control de los Registros:** Administración y mantenimiento de los documentos que presentan resultados obtenidos o proporcionan evidencia de actividades desempeñadas.
- ♦ **Copia Controlada:** Documento del SGC del que se lleva un registro de distribución.
- ♦ **Copia No Controlada:** Documento copia del original, entregado con fines de información; no se tiene registro de él y por lo tanto no se actualiza a la persona que lo posea por cambios de versión.
- ♦ **Difusión:** Utilización de cualquier medio de comunicación para dar a conocer la información del sistema
- ♦ **Dirección, Unidad, Departamento y áreas responsables del SGC del RNPN:** Son los encargados en el RNPN de la definición, documentación, implementación, mantenimiento y mejora del SGC del RNPN, entre los que se encuentra la Dirección de Planificación y Gestión de Calidad.
- ♦ **Disposición:** Destino o fin que se le da a un registro, una vez terminado el tiempo de retención.
- ♦ **Distribución Digital:** Es la entrega de los documentos del SGC por medio de sistema informático, correo electrónico, diskettes, discos compactos, etc.
- ♦ **Distribución Física:** Es la entrega de documentos del SGC que se realiza por medio físico.
- ♦ **Documento:** Datos que poseen significado y su medio de soporte (puede ser en papel, digital, fotografía o muestra patrón o una combinación de éstos).
- ♦ **Documento de Origen Externo:** Son aquellos documentos, normativa externa que regula las actividades descritas en los documentos del SGC, son relevantes y necesarios para el funcionamiento de la Institución y son generados por entidades diferentes a esta (ej. leyes, decretos, acuerdos, normativas, entre otros)
- ♦ **Documento de Origen Interno:** Son aquellos documentos elaborados y aplicados dentro del RNPN que definen los servicios que presta la institución, son necesarios para su funcionamiento y se generan al interior de la institución, pueden modificarse de manera independiente, incluye los documentos propios de las dependencias del RNPN.
- ♦ **Documento Obsoleto:** Es aquel documento que es reemplazado por una revisión y actualización del mismo o de su eliminación, pierde su vigencia.
- ♦ **Documento Original del Sistema de Gestión de Calidad:** Son documentos del SGC que han sido revisados, aprobados y firmados en original y subidos a la intranet del RNPN. (Manual de Proceso, Procedimientos, Opiniones Jurídicas)
- ♦ **Evidencia:** Datos que respaldan la existencia o veracidad de algo
- ♦ **Formato / Formulario:** Es un esquema para la recopilación de información en forma estandarizada.
- ♦ **Formato PDF:** Formato de Documento Portátil (por sus siglas en inglés) es el estándar para la distribución e intercambio seguros y fiables de documentos y formularios electrónicos por todo el mundo; es un formato de archivo universal que mantiene las fuentes, imágenes, gráficos y apariencia de cualquier documento de origen, independientemente de su aplicación y plataforma utilizadas para crearlo.
- ♦ **FUR:** Fecha de última revisión, representa la fecha que fue modificado el documento por última vez.
- ♦ **FV:** Fecha de vigencia, corresponde a la fecha que entra en vigencia el documento por primera vez.
- ♦ **Legibilidad:** que pueda leerse la información contenida en el registro.
- ♦ **Manual:** Documento guía que muestra de forma explícita, sencilla, ordenada y sistemática la información de la Institución, contiene un conjunto armónico de guías e instrucciones aplicables a un tema o área específica.
- ♦ **Manual de la Calidad (MAC):** Documento que describe y especifica el SGC de la Institución.

- ♦ **Manual de Organización y Funciones (MOF):** Documento que describe la estructura organizativa, los objetivos y funciones de las diferentes áreas del RNPN, los niveles de autoridad y responsabilidad asignados a cada miembro de la organización
- ♦ **Manual de Perfiles de Puesto (MDPP):** Conjunto de Perfiles de Puesto del trabajo.
- ♦ **Matriz de gestión de documentos y registros:** Formato donde cada proceso y/o subproceso registra los documentos internos y externos para controlar sus versiones, fecha de vigencia, método de actualización, y para los registros los criterios de almacenamiento, protección, recuperación, retención y disposición final.
- ♦ **Objetivos de la Calidad:** Algo ambicionado o pretendido, relacionado con la calidad. Generalmente se basan en la Política de la Calidad de la Institución.
- ♦ **Plan de la Calidad o Plan de Acción:** Documento que especifica qué procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quién debe aplicarlos y cuándo deben aplicarse a un proyecto, proceso, producto, necesidad o contrato específico.
- ♦ **Plan de Trabajo:** Documento que comprende los objetivos, funciones, metas, etc. que posee una Dirección, Unidad, Departamento o área del RNPN en un período determinado.
- ♦ **Proceso y/o Subproceso:** Conjunto de actividades relacionadas entre sí para generar valor y que convierte las entradas en resultados
- ♦ **Procedimiento:** Documento que describe la forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso, identifica el responsable por el desarrollo de cada etapa y las evidencias producto de las actividades.
- ♦ **Protección:** Actividad tendiente a garantizar el estado de un registro y definir los niveles de acceso; asegurar la integridad de los registros durante todo su periodo útil.
- ♦ **Recuperación:** Facilidad para consultar un registro almacenado dependiendo del tipo de archivo en el que se encuentre; actividad que permite identificar 1 consultar los registros con prontitud cuando sean requeridos. Este aspecto involucra la identificación y almacenamiento como variables indispensables para la recuperación.
- ♦ **Registro:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
- ♦ **Responsable:** Personal dentro de la institución encargado del almacenamiento, ubicación, recuperación y estado de los documentos y registros en cualquier tipo de soporte.
- ♦ **Revisión:** Indica la cantidad de actualizaciones que ha tenido el documento.
- ♦ **SGC:** Es el Sistema de Gestión de Calidad del RNPN para dirigir y controlar la institución con respecto a la definición de Calidad.
- ♦ **Tiempo de Retención:** Es el plazo en términos de tiempo en que los documentos deben permanecer en el archivo, los tiempos de retención están establecidos por términos legales y/o políticas de la Institución
- ♦ **Usuario:** Organización o persona que recibe un producto o servicio.

5. RESPONSABILIDADES:

5.1 De la Elaboración, Actualización, Revisión y Aprobación de los Documentos del Sistema de Gestión de Calidad del RNPN.

Para el adecuado manejo y control de los documentos y registros Institucionales se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones:

- ♦ Quien elabora un documento, no podrá revisar y/o aprobar el documento.
- ♦ La actualización de los procedimientos se realizará cuando se presente algunos de siguientes casos:
 1. Cuando la unidad responsable haya sufrido cambios en su estructura organizativa y estos tengan impacto significativo en la forma de operar.
 2. Cuando cambia el marco legal.
 3. Por asignación de nuevas funciones y responsabilidades.
 4. Por el establecimiento de nuevos métodos o sistemas de trabajo.
 5. Como resultado del proceso de simplificación administrativa y/o de mejora continua.
- ♦ La estructura al elaborar un procedimiento debe realizarse de acuerdo a explicación de la plantilla de Formato para Elaborar Procedimientos

Es responsabilidad de la Presidencia del RNPN:

- ♦ Aprobar todos los documentos del SGC del RNPN y sus modificaciones.

Es responsabilidad del Jefe de la Dirección de Planificación y Gestión de Calidad (DPGC)

- ♦ Aprobar este Procedimiento y sus modificaciones posteriores.
- ♦ Implementar y difundir entre los otros Jefes de Dirección, Unidad, Departamento y área del RNPN el presente procedimiento del SGC.

Es responsabilidad de los miembros de la Dirección de Planificación y Gestión de Calidad (DPGC):

- ♦ Asesorar a las Direcciones, Unidades, Departamentos y área del RNPN en la elaboración, revisión, aprobación, difusión, implementación y mejora de los documentos del SGC.
- ♦ Recibir documentos provenientes de las Direcciones, Unidades, Departamentos y Áreas del RNPN
- ♦ Revisar y actualizar los documentos obligatorios del SGC y sus formatos
- ♦ Revisar que los documentos del SGC cumplan con los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2008 y los lineamientos del presente procedimiento.
- ♦ Gestionar la aprobación de los documentos elaborados en las Direcciones, Unidades, Departamentos y áreas del RNPN por la Presidencia, una vez que haya sido revisado y aprobado por la máxima autoridad del área donde haya sido elaborado el documento en cuestión.
- ♦ Una vez que los documentos han sido revisados, aprobados y firmados en original por la Presidencia y por quien corresponda de cada Dirección, Unidad, o Departamento, DPGC debe publicar los documentos del SGC en la intranet del RNPN.
- ♦ Elaborar, actualizar, revisar, distribuir, controlar y hacer aprobar el Manual de Calidad, los procedimientos propios de Planificación y Gestión de Calidad (ej.: procedimientos para medición de la satisfacción del cliente, atención de reclamos y tratamiento de las sugerencias) y los procedimientos exigidos por la norma ISO 9001:2008.
- ♦ Gestionar la MATRIZ DE GESTION DE DOCUMENTOS Y MATRIZ DE GESTION DE REGISTROS vigentes.

Es responsabilidad de las Jefaturas de Dirección, Unidad, Departamento y área del RNPN:

- ♦ Elaborar, revisar, actualizar, aprobar por la máxima autoridad de la Dirección en cuestión. Es importante observar, que los Jefes de las Direcciones son responsable de asegurar que el contenido de los documentos pertinentes (ej.: mapa de procesos y procedimientos de los procesos misionales u operativos del RNPN) se encuentran dentro de los permitido por el marco legal y normativo. Además, los Jefes aseguran que se cumple con el marco legal aplicable y normativo aplicable al RNPN.
- ♦ Enviar los documentos en versión final y soporte digital en formato Word a DPGC para que éstos gestionen las firmas correspondientes a la elaboración, revisión y aprobación del mismo y su posterior publicación en la intranet del RNPN.
- ♦ Difundir los documentos del SGC pertinentes a la Dirección, Unidad y Departamento los documentos del SGC que aplican a todo el RNPN (ej.: Política de Calidad, Manual de Calidad, Procedimiento de Control de Documentos y Registros, etc.). Dejar registro en el FORMULARIO DE REGISTRO DE INDUCCIÓN.
- ♦ Cumplir y hacer cumplir lo establecido en los documentos del SGC.

Es responsabilidad de los Empleados:

- ♦ Cumplir con lo establecido en los documentos del SGC, proponer mejoras sobre los mismos al Jefe inmediato;
- ♦ En caso de ser designado por Jefe de Dirección, Unidad, Departamento o Área, elaborar y actualizar los documentos del SGC.

5.2 Del Control y Distribución de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad del RNPN.**Es responsabilidad de la Presidencia del RNPN o a quien delegue:**

- ♦ Autorizar copias no controladas de los documentos del SGC a instituciones externas que lo soliciten, debiendo agregar la leyenda “Copia No Controlada” (uso de sello).

Es responsabilidad de la Dirección de Planificación y Gestión de Calidad (DPGC):

- ♦ Recibir los documentos en Word proveniente de las otras Direcciones, Unidades, Departamentos y Áreas, así como los propios del DPGC.
- ♦ Una vez que los documentos han sido revisados, aprobados y firmados en original por la Presidencia y por quien corresponda de cada Dirección, DPGC debe publicar los documentos del SGC en la intranet del RNPN.
- ♦ En la intranet estarán disponibles los documentos vigentes, serán solo de lectura.
- ♦ DPGC es responsable de actualizar la MATRIZ DE GESTION DE DOCUMENTOS VIGENTES en la intranet, cada vez que se emita, anule o modifique un documento.
- ♦ Comunicar (por ejemplo vía correo electrónico), cuando corresponda, a la institución cuando se ha modificado la lista de documentos vigentes.
- ♦ Archivar magnéticamente los **documentos vigentes** (en formato Word y PDF) del SGC en la carpeta DOCUMENTOS VIGENTES DEL SGC.
- ♦ Almacenar los documentos del SGC que han **sido sustituidos o eliminados (obsoletos)**, guardándolos en la carpeta DOCUMENTOS OBSOLETOS DEL SGC.

- ♦ Asegurar que los documentos del SGC sean legibles.
- ♦ Controlar la distribución de los documentos que se entregan de manera física, en cualquier nivel de la organización en caso que aplique. Dejar evidencia de la distribución de estos documentos **FORMULARIO PARA CONTROLAR LA DISTRIBUCION DE DOCUMENTOS.**
- ♦ Recuperar las copias controladas de los documentos.

Es responsabilidad de las Jefaturas de Dirección, Unidad, Departamento y área del RNPN:

- ♦ Mantener actualizadas, archivadas y disponibles las copias de los documentos de su área para consulta, conocimiento y aplicación por el personal responsable del procedimiento.
- ♦ No está permitida la distribución de documentación y datos externamente sin autorización de la Dirección de Planificación y Gestión de Calidad.
- ♦ Asegurar de tener acceso a la intranet para consultar los documentos del SGC del RNPN.
- ♦ Reportar a quien corresponda las fallas que se presenten al utilizar la intranet ante las consultas al SGC.
- ♦ Informar a DPGC por medio de nota, memorando o correo electrónico, para que se realice el descargo cuando un documento del SGC requiere de anulación, debiendo justificar dicha situación.
- ♦ En caso de tener la necesidad de distribuir copias controladas al personal bajo su cargo de los documentos pertinentes a la Dirección, Unidad, Departamento o Área, que sean indispensables para la ejecución de sus tareas, y no sea posible acceder vía intranet. Notificar a DPGC para que gestione tal distribución de documentos.

Es responsabilidad del Departamento de Desarrollo de TIC del RNPN:

- ♦ Efectuar la actualización de los accesos a la intranet solicitados por DPGC.
- ♦ Atender las fallas que se presenten en la utilización de la intranet en relación a los documentos del SGC.

5.3 Del Control de los Registros del Sistema de Gestión de Calidad del RNPN.

Los registros son documentos que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia objetiva de actividades desempeñadas.

Los registros suministran evidencia por lo cual estos no pueden ser modificados posterior a su emisión

Los registros deben conservarse legibles, fácilmente identificables y recuperables y sin enmendaduras

Tiempo de retención: Corresponde al tiempo (años) que el registro debe permanecer almacenado en el archivo

Disposición Final del registro: Se debe identificar la disposición final de cada registro de calidad después de haber estado en el archivo central, siendo estos por ejemplo: Conservar Totalmente, Eliminar, Microfilmear.

Almacenamiento del registro: Los registros de calidad deben almacenarse en el archivo de gestión de la dependencia responsable del proceso donde se genera el registro según lo dispuesto en el tiempo de retención y posteriormente en el archivo central, deben estar debidamente archivados, identificados y almacenados en la dependencia, estos pueden estar en forma física (papel) o medio magnético.

Los registros de calidad almacenados electrónicamente deben tener un respaldo y realizar (backup) periódicamente.

Recuperación del registro: Cada una de las dependencias responsables del proceso donde se genera el registro, debe identificar el funcionario responsable del almacenamiento de los registros (de acuerdo con su identificación) y de administrar el control en cuanto a los periodos de permanencia en el archivo.

Es responsabilidad de DPGC:

- ♦ Gestionar con los Jefes de Direcciones, Unidades, Departamentos y Áreas la definición del tratamiento a darle a los registros en soporte papel y digital correspondientes al SGC del RNPN. Se debe completar la MATRIZ DE GESTION DE REGISTROS VIGENTES.

Es responsabilidad de las Jefaturas de la Dirección, Unidad, Departamento y área del RNPN:

- ♦ Dar cumplimiento a lo establecido en la MATRIZ DE GESTION DE REGISTROS VIGENTES del SGC para el control de los registros.
- ♦ Distribuir este procedimiento de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de Control de Documentos y Registros.

Es responsabilidad de los Empleados:

- ♦ Cumplir con lo establecido en el presente procedimiento del SGC, así como proponer mejoras sobre el mismo al Jefe inmediato;
- ♦ Está bajo la responsabilidad de cada miembro de la institución la generación y archivo de los registros que sirven como evidencia a los procesos que realiza
- ♦ El que participa de procesos y/o subprocesos debe garantizar la protección de los registros impresos o electrónicos de factores que alteren sus condiciones físicas tales como polvo, humedad, elevadas temperaturas, entre otros; así como la seguridad de la información que contienen. Lo anterior no exime la responsabilidad que le es inherente a cada funcionario en el cargo que desempeña

6. ACTIVIDADES DEL PROCESO:

6.1 ELABORACION, ACTUALIZACION, REVISION Y APROBACION DE DOCUMENTOS DEL SGC:

| Paso | Responsable | Actividad | Evidencia |
|------|----------------------------|---|-----------|
| 1. | Cualquier persona del RNPN | Cualquier integrante de las Direcciones, Unidades, Departamentos y/o Áreas, cuyos procesos se encuentran dentro del alcance del SGC del RNPN puede detectar la necesidad de crear un nuevo documento o de modificar uno ya existente. En todos los casos, lo sugiere al Jefe de la Dirección, Unidad, Departamento o a DPGC, según corresponda. | Aviso |

| Paso | Responsable | Actividad | Evidencia |
|------|---|--|-------------------------------|
| | | Si se trata de documentos de su Área, al Jefe inmediato. En caso de documentos correspondientes a la Gestión de Calidad, a DPGC. | |
| 2. | Jefe de Dirección, Unidad, Depto / Jefe DPGC | Analiza la viabilidad de la solicitud de elaborar o modificar documento. En caso negativo, finaliza el proceso. En caso de tratarse de documentos que afecten a todo el Sistema de Gestión, éste consulta con DPGC. | Consulta |
| 3. | Jefe de Dirección, Unidad, Depto / Jefe DPGC | De aceptarse la solicitud, el máximo responsable de la Dirección, Unidad, Depto o Área, identifica la persona más idónea para la redacción del documento | |
| 4. | Persona indicada para documentar (empleado RNPN) | Elabora, modifica y/o actualiza procedimiento, tomará de referencia las pautas del FORMATO DE PROCEDIMIENTO o el que aplique según lo determine DPGC. | Documento elaborado o editado |
| 5. | Jefe de Dirección, Unidad, Depto / O A Quien Delege | Revisa el contenido y modificaciones realizadas en el documento pertinente a la Dirección, Unidad, Depto o Área. | Documento revisado |
| 6. | Jefe de Dirección, Unidad, Depto / O A Quien Delege | Envía a DPGC documento elaborado o editado, y ya revisado por Jefe correspondiente, en formato Word. | Mail |
| 7. | DPGC | Revisa si el documento cumple con los lineamientos definidos en el presente procedimiento en el punto 5.1 | Documento revisado |
| 8. | DPGC | En caso de que el documento esté correcto, gestiona firmas por revisión. | Documento revisado |
| 9. | DPGC | Una vez firmado de revisado el documento, gestiona firmas de aprobación. | |
| 10. | Jefe de Dirección, Unidad, Depto / Presidencia | En caso de estar de acuerdo con el documento, aprueba el mismo a través de firmas respectivas. | Documento aprobado |

6.2 PUBLICACION Y DISTRIBUCION DE LOS DOCUMENTOS DEL SGC:

| Paso | Responsable | Actividad | Evidencia |
|------|-------------------------------------|---|--|
| 1. | DPGC | Actualiza matriz de documentos vigentes. | Matriz de gestión de documentos vigentes |
| 2. | DPGC | Actualiza carpetas de documentos vigentes y documentos obsoletos. | carpeta de documentos vigentes y obsoletos |
| 3. | DPGC | Publica en intranet. | Intranet |
| 4. | DPGC | Informa por correo electrónico al RNPN que se ha actualizado los documentos del Sistema de Gestión, identificando en el comunicado los cambios pertinentes (ej.: nuevo procedimiento, o procedimiento modificado) | email |
| 5. | Jefe de Dirección, Unidad, Depto | Verifica los documentos aprobados y publicados en la intranet. En caso de necesitar copias de documentos en físico, notifica a DPGC. | |
| 6. | DPGC | Ante solicitud de distribución, evalúa, y en caso afirmativo, realiza el control de distribución de documento según formato correspondiente. | Formulario para controlar la distribución de documento |
| 7. | DPGC | Al distribuir una nueva versión del documento se encarga de retirar y destruir las copias obsoletas, identificándolas para evitar posibles errores y prevenir su uso no intencionado. Se conservará el original del documento obsoleto en sus diferentes versiones, para evidenciar las mejoras y cambios que se han realizado, identificándolo con el sello "DOCUMENTO OBSOLETO". | Documentos Obsoletos |
| 8. | Jefe de Dirección, Unidad, Depto | Realiza la difusión del documento entre sus subalternos. | Formulación de difusión e inducción al personal |

NOTA: respecto a los documentos externos, DPGC debe asegurar a través de la matriz de documentos vigentes, que estén identificados los responsables y mecanismos de actualización de los mismos. Su distribución se controla de la misma manera que la explicada en el punto 6.2.

7. ANEXOS O FORMULARIOS:

- ♦ Formulario para controlar la distribución de documentos
- ♦ Formulario de registro de inducción.

- ♦ Formato de Procedimiento
- ♦ Formato de Manual de Calidad
- ♦ Matriz 1. Procesos por Unidad Organizativa del SGC
- ♦ Matriz 2. Gestión de Procesos, Documentos y Registros del SGC
- ♦ Matriz 3.1 Gestión de Documentos Internos del SGC
- ♦ Matriz 3.2 Gestión de Documentos Externos del SGC
- ♦ Matriz 4. Gestión de Registros del SGC

8. MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO:

| Revisión nro. | Modificaciones | FUR |
|----------------------|-----------------------|------------|
| | | |

ANEXO

FORMULARIO PARA CONTROLAR LA DISTRIBUCION DE DOCUMENTOS

INSTRUCCIONES PARA FORMULARIO PARA CONTROLAR LA DISTRIBUCION DE DOCUMENTOS

1x

LOGOTIPO: Logo identificativo y nombre de la institución u organización (parte superior izquierda).

NOMBRE DEL FORMULARIO: Titulo del formulario.

2x

TITULO DOCUMENTO: Colocar el nombre del documento que se distribuye

UNIDAD ORGANIZATIVA: Colocar la Unidad organizativa a la cual pertenece el documento, Indicando la Dirección, Unidad, Departamento o área correspondiente

REVISIÓN: Numero de revisión del documento

FUR: Indica la fecha en la cual se realizó la última revisión del documento

3x

NÚMERO COPIA CONTROLADA: Colocar el número de copia que se coloca de manera correlativa

COPIA CONTROLADA ENTREGADA A: Colocar el nombre de la persona a quien se le entrega una copia del documento

FECHA ENTREGA: Colocar la fecha en la cual se hace entrega del documento

FIRMA DE RECIBO: Firma de la persona que recibe la copia del documento dando constancia que la recibe a satisfacción

ANEXO

FORMULARIO DE REGISTRO

DE INDUCION

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR FORMULARIO DE REGISTRO DE INDUCCION

1x

LOGOTIPO: Logo identificativo y nombre de la institución u organización (parte superior izquierda).

NOMBRE DEL FORMULARIO: Titulo del formulario.

2x

DOCUMENTO A DIVULGAR: Nombre del documento del SGC a divulgar; este puede ser un Manual, Procedimiento, Diagrama, Instrucción, otros.

OBJETIVO DE LA INDUCCION: El dar a conocer el contenido del documento, y la manera de utilizarlo dentro del proceso

3x

LUGAR: Ubicación donde se realiza la divulgación del documento

DURACION: Tiempo estimado que dura la inducción y divulgación del documento

EXPOSITOR: Persona que realiza la explicación y divulgación del documento

FECHA: Día en que se realizara la divulgación del documento

HORARIO: Hora establecida para realizar la divulgación del documento

PERSONAL ASISTENTE

4x

No. CORR: Colocar un numero correlativo que indique el total de personas que asisten a la divulgación del documento del SGC

UNIDAD ORGANIZATIVA: Colocar la Unidad organizativa a la cual pertenece el documento, indicando la Dirección, Unidad, Departamento o área correspondiente

NOMBRE: Colocar nombre de la persona que asiste a la divulgación e inducción del documento

FIRMA: Firma de cada asistente como constancia de su asistencia

COMENTARIO: En caso de tener algún comentario esta columna esta destina para ese fin

5x

REALIZADO POR: Nombre y firma de la persona que elabora el formulario de inducción

APROBADO POR: Persona que aprueba la realización de la inducción programada según fecha y hora indicada en el formulario

ANEXO

FORMATO PARA

ELABORAR PROCEDIMIENTO

| | | | |
|---|--|---|--|
|  | <p align="center">PROCEDIMIENTO DE (colocar nombre)</p> | <p>REVISION Nro.: FV: FUR:</p> | <p align="center">35</p> <p align="center">4</p> |
| 1 | 2 | 5 | |

DOCUMENTO ELABORADO POR:

Nombre y Apellido:

Firma:

Cargo:

Fecha:

6

DOCUMENTO REVISADO POR:

Nombre y Apellido:

Firma:

Cargo:

Fecha:

6

DOCUMENTO REVISADO POR PLANIFICACION Y GESTION DE CALIDAD:

Nombre y Apellido:

Firma:

Cargo:

Fecha:

DOCUMENTO APROBADO POR DIRECCION:

Nombre y Apellido:

Firma:

Cargo:

Fecha:

6

DOCUMENTO APROBADO POR PRESIDENCIA:

Nombre y Apellido:

Firma:

Cargo:

Fecha:

CONTENIDO DEL DOCUMENTO:

1. Objetivo:
2. Alcance de aplicación:
3. Otros documentos de referencia:
4. Definiciones:
5. Responsabilidades:
6. Actividades del Proceso:
7. Anexos o formularios:
8. Modificaciones del documento:

7

8

| |
|---|
| <p>REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS NATURALES - RNPN</p> <p>COPIA CONTROLADA No. _____</p> <p>FECHA _____</p> |
|---|

INSTRUCCIONES PARA ELABORAR PROCEDIMIENTO

ENCABEZADO

1

LOGOTIPO: Logo identificativo y nombre de la institución u organización (parte superior izquierda).

2

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: El Técnico de Calidad debe determinar, en combinación con Técnico Ad-hoc o persona responsable de sección, departamento, unidad o dirección donde aplique el documento en cuestión, el nombre del procedimiento.

3

REVISION: El Técnico de Calidad en coordinación con Técnico Ad-hoc o persona responsable de sección, departamento, unidad o dirección donde aplique el documento en cuestión, coloca el número correlativo de revisión del procedimiento en cuestión, según matriz de control de documentos

4

FV: Anotar la fecha (día, mes y año) desde la cual el procedimiento se encuentra vigente

5

FUR: Anotar la fecha (día, mes y año) de la última revisión que se realiza al procedimiento de acuerdo al correlativo de este. En el caso de elaborarse un procedimiento por primera vez la fecha de vigencia es igual a la fecha de última revisión

6

CARATULA

Todos los procedimientos deberán incluir los nombres, puestos y firmas de los responsables de la elaboración, revisión y autorización de estos. Además debe colocarse la fecha en la cual se realizó.

- ♦ Elaboración corresponde a la persona con su sección, departamento o unidad administrativa responsable de la emisión y redacción.
- ♦ Revisión corresponde al superior jerárquico que supervisa e implementa el procedimiento elaborado. Además se requiere Revisión por la Dirección de Calidad en la cual se valida el cumplimiento de documento con el Sistema de Gestión de Calidad
- ♦ Autorización corresponde a la persona establecida con máxima autoridad en la Dirección o en la Institución para aprobar el procedimiento elaborado.

7

INDICE O CONTENIDO: Se debe detallar de manera ordenada las secciones de los procedimientos

8

SELLO: Colocar sello de identificación de tipo de copia, número de la misma y fecha en la cual es entregada. En el caso de ser un documento que se ha reemplazado por una versión posterior o que quede en desuso, debe colocarse el sello de OBSOLETO.

- 9 1. **OBJETIVO:**
- 100 2. **ALCANCE DE APLICACIÓN:**
- 110 3. **OTROS DOCUMENTOS DE REFERENCIA:**
- 120 4. **DEFINICIONES:**
- 130 6. **RESPONSABILIDADES:**
- 144 7. **ACTIVIDADES DEL PROCESO:**

| Nro. | Responsable | Actividad | Evidencia |
|------|-------------|-----------|-----------|
| | | | |
| | | | |

- 150 8. **ANEXOS O FORMULARIOS:**
- 160 9. **MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO:**

| Revisión nro. | Modificaciones | FUR |
|---------------|----------------|-----|
| | | |

INSTRUCCIONES PARA ELABORAR PROCEDIMIENTO

CUERPO

9

OBJETIVO: En este apartado se debe anotar lo que pretende alcanzar la sección, departamento o unidad administrativa con la aplicación del procedimiento, el objetivo debe responder a las preguntas: ¿Qué se quiere lograr? y ¿Para qué se hace? El objetivo deberá iniciar con un verbo en infinitivo y, en lo posible, evitar utilizar gerundios y adjetivos calificativos; deberá ser breve, claro y preciso.

El objetivo debe redactarse de forma breve y concisa; especificará los resultados o condiciones que se desean lograr, iniciará con un verbo en infinitivo y, en lo posible, se evitará utilizar gerundios y adjetivos calificativos.

Los objetivos son uniformar y controlar el cumplimiento de las rutinas de trabajo y evitar su alteración arbitraria; simplificar la responsabilidad por fallas o errores; que tanto los empleados como sus jefes conozcan si el trabajo se está realizando adecuadamente.

10

ALCANCE DE APLICACIÓN: En este apartado se describe brevemente el ámbito de acción, área o campo de aplicación del procedimiento; es decir, a quiénes afecta o qué límites o influencia tiene. Se deberán describir las áreas usuarias y puestos principales a quienes va dirigido el procedimiento

11

OTROS DOCUMENTOS DE REFERENCIA: Son los documentos jurídico-administrativos vigentes que regulan la operación de los procedimientos; los cuales se deben indicar en forma precisa, citando la fecha de publicación y última reforma. Se incluirá un listado con todas las normas, documentos, capítulos del manual de calidad, procedimientos u otros documentos que complementen o sean necesarios para la aplicación del documento.

12

DEFINICIONES: Lista de conceptos, palabras o términos de carácter técnico que se emplean o están relacionados con el contenido y técnicas de elaboración de los procedimientos, las cuales, por su significado o grado de especialización requieren de mayor información o ampliación de su significado, y sirven de apoyo al usuario para hacer más accesible el uso y consulta del procedimiento.

13

RESPONSABILIDADES: Unidades administrativas y/o puestos que intervienen en los procedimientos en cualquiera de sus fases o actividades

14

ACTIVIDADES DEL PROCESO: El procedimiento es la secuencia lógica y cronológica de cada una de las actividades u operaciones que realizan las diferentes personas que intervienen en la realización

del servicio, se debe precisar de manera sistemática el cómo realizar una función o un aspecto de ella, asegurando su realización de forma satisfactoria; de tal manera que permita al personal comprenderlas, seguirlas y aplicarlas aun cuando sea de recién ingreso al área.

El nombre del procedimiento debe dar idea clara de su contenido. Las actividades deberán redactarse en forma sencilla, clara y en orden lógico, evitando párrafos extensos y, en lo posible, se evitará utilizar gerundios y adjetivos calificativos. La redacción de la actividad, iniciará con un verbo conjugado en infinitivo, por ejemplo: recibir, verificar, archivar, registrar, entre otros.

Debe ser una presentación por escrito, en forma narrativa y secuencial, de cada una de las operaciones que se realizan en el procedimiento, explicando en qué consisten, cuándo, cómo, dónde, con qué, y cuánto tiempo se hacen, enumerando de manera consecutiva los pasos a realizar, señalando los responsables de la ejecución y cumplimiento de las actividades que se llevan a cabo, el detalle de la actividad a ejecutar así como la evidencia que se genera en cada actividad y los puntos o criterios de control que se realizan durante la actividad.

| Nro. | Responsable | Actividad | Evidencia |
|------|-------------|-----------|-----------|
| | | | |

15

ANEXOS: Son todas aquellas formas o documentos que se utilizan periódicamente para registrar información y evidencia relacionada con el sistema de trabajo de la Institución

16

MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO: Es el control de las revisiones y modificaciones realizadas, registrando el número y fechas de revisión del documento, así como de manera general, el motivo de dicha revisión

| Revisión nro. | Modificaciones | FUR |
|---------------|----------------|-----|
| | | |

Revisión número: Se anotará el número (arábigo) correspondiente a la revisión del documento.

Modificaciones: Es la descripción del cambio: Se mencionarán en forma breve las razones que motivaron el cambio de revisión del procedimiento.

FUR: Fecha de la actualización: Es la fecha en la cual se modificó el procedimiento.

Anexo. Formato de Manual de Calidad

ANEXO

FORMATO PARA ELABORAR

EL MANUAL DE CALIDAD

| | | |
|--|---------------------------------|--------------------------------|
|  REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS NATURALES | MANUAL DE CALIDAD DE RNP | REVISION nro. : FV: FUR: |
| 1 | 2 | 3 |

DOCUMENTO ELABORADO POR:

Nombre y Apellido:

Firma:

Cargo:

Fecha:

DOCUMENTO REVISADO POR DPGC:

Nombre y Apellido:

Firma:

Cargo:

Fecha:

4

DOCUMENTO APROBADO POR PRESIDENTE RNP:

Nombre y Apellido:

Firma:

Cargo:

Fecha:

1 **LOGOTIPO:** Logo identificativo y nombre de la institución u organización (parte superior izquierda).

2 **NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:** El Técnico de Calidad debe determinar, en combinación con Técnico Ad-hoc o persona responsable de sección, departamento, unidad o dirección donde aplique el documento en cuestión, el nombre del procedimiento.

3 **REVISION:** El Técnico de Calidad en coordinación con Técnico Ad-hoc o persona responsable de sección, departamento, unidad o dirección donde aplique el documento en cuestión, coloca el número correlativo de revisión del procedimiento en cuestión, según matriz de control de documentos

FV: Anotar la fecha (día, mes y año) desde la cual el procedimiento se encuentra vigente

FUR: Anotar la fecha (día, mes y año) de la última revisión que se realiza al procedimiento de acuerdo al correlativo de este. En el caso de elaborarse un procedimiento por primera vez la fecha de vigencia es igual a la fecha de última revisión

4 Debe incluir los nombres, puestos y firmas de los responsables de la elaboración, revisión y autorización del Manual. Además debe colocarse la fecha en la cual se realizó.

- ♦ Elaboración corresponde a la persona con su sección, departamento o unidad administrativa responsable de la emisión y redacción.
- ♦ Revisión corresponde al superior jerárquico que supervisa e implementa el procedimiento elaborado. Además se requiere Revisión por la Dirección de Planificación y Gestión de Calidad en la cual se valida el cumplimiento de documento con el Sistema de Gestión de Calidad
- ♦ Autorización corresponde a la persona establecida con máxima autoridad en la Dirección o en la Institución para aprobar el procedimiento elaborado.

INDICE

Desglose de cada apartado que comprende el Manual y el número de página en la cual se encuentra el desglose

1. OBJETIVO:

Colocar el propósito a seguir para el control de la calidad del producto o servicio brindado por la institución, las disposiciones adoptadas para cumplir políticas, objetivos, requisitos legales, contractuales y normativos relacionados con la calidad; así como, los requisitos exigidos en las normas

2. PRESENTACION DEL RNPN:

Explicar los aspectos fundamentales de la empresa, es decir, a qué se dedica, qué tamaño tiene, en qué sectores compete etc. es la carta de presentación de la institución.

2.1 RESEÑA HISTORICA:

Describir cómo se originó el RNPN

2.2 MARCO LEGAL:

Enumerar aquí las leyes y reglamentos más representativos que apliquen

2.3 PARTES INTERESADAS:

Describir la relación con otras instituciones gubernamentales (Alcaldías, TSE, PNC, entidades reguladoras)

2.4 ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD:

Se refiere a las secciones, áreas o procesos que va a cubrir, lo que abarca; es la determinación de las actividades que componen el sistema de calidad.

2.4.1 PRODUCTOS Y SERVICIOS:

Describir los productos y servicios del RNPN

2.4.2 ORGANIGRAMA:

Colocar aquí el organigrama vigente.

2.4.3 MAPA DE PROCESOS:

Colocar la representación gráfica de los procesos que existen en la institución y la interrelación entre ellos, nos ayuda a visualizar todos los procesos que existen

2.4.4 VISION:

Colocar la visión de la Institución, se enfoca en la situación futura que desea alcanzar la institución, como quiere ser percibida en el futuro

2.4.5 MISION:

Se escribe la razón de ser de la institución, es un enunciado simple y preciso del como la institución debe desarrollar sus funciones

2.4.6 POLITICA DE CALIDAD:

Colocar la Política de Calidad que se establece para la Institución

3. RESPONSABILIDADES:

Se detalla el ámbito de responsabilidad por cada uno de los involucrados de acuerdo a su perfil de puesto

4. ISO 9001:2008 - Capítulo 4: SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD:

Colocar los requisitos generales y los requisitos para gestionar la documentación dentro de un sistema de gestión de calidad

4.1 REQUISITOS GENERALES:

Se colocaran los requisitos para identificar los procesos que deben controlar y las correlaciones que existan entre ellos. La organización también deberá determinar cómo controlar cada proceso tercerizado.

4.2 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN:**4.2.1 GENERALIDADES:**

Hace referencia a la documentación que debe incluir el Sistema de Gestión de Calidad

4.2.2 MANUAL DE LA CALIDAD:

Es el documento que describe la organización del sistema de gestión de la calidad de una organización

4.2.3 CONTROL DE LOS DOCUMENTOS:

Se hace referencia al procedimiento documentado que se requiere para llevar el control de los documentos tanto internos como externos que se utilizan en la institución, este procedimiento es de acuerdo a los lineamientos de la norma ISO 9001:2008

4.2.4 CONTROL DE LOS REGISTROS:

Se hace referencia al procedimiento documentado que se requiere para llevar el control sobre los registros o evidencias que se obtienen de los resultados de las actividades desempeñadas dentro de la institución, este procedimiento es de acuerdo a los lineamientos de la norma ISO 9001:2008

5. ISO 9001:2008 - Capítulo 5: RESPONSABILIDAD DE LA ALTA DIRECCION:

Contiene los requisitos que debe cumplir la dirección de la organización, tales como definir la política, asegurar que las responsabilidades y autoridades están definidas, aprobar objetivos, el compromiso de la dirección con la calidad, etc.

5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN:

Desarrollar de manera explicativa el compromiso de la Alta Dirección con el desarrollo y la implementación del sistema de calidad como herramienta de mejora

5.2 ENFOQUE AL CLIENTE

Identificar las necesidades presentes y futuras del cliente, por satisfacer sus requerimientos y por superar sus expectativas, deberán asegurarse que los requisitos del cliente han sido determinados y satisfechos para aumentar la satisfacción del cliente.

5.3 POLÍTICA DE LA CALIDAD:

Es la manifestación de la Alta Dirección de orientar la organización y gestión de la institución según el sistema de Gestión de buscar la mejora continua, enfocarse a la satisfacción de los clientes, de la propia organización y de las partes interesadas.

5.4 PLANIFICACIÓN:

5.4.1 OBJETIVOS DE LA CALIDAD:

Se desglosan los Objetivos de calidad establecidos y que llevan el enfoque de cumplir con los requisitos del cliente, se establecen para cumplirse por los diferentes niveles y funciones de la institución

5.4.2 PLANIFICACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD:

5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN:

Colocar referencias a las descripciones de las funciones que realizan los miembros de la institución, los diagramas, los procedimientos con responsabilidades y otros métodos para comunicar de manera clara las responsabilidades y autoridades

5.5.1 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD:

Contiene los requisitos que debe cumplir la dirección de la institución, tales como definir la política, asegurar que las responsabilidades y autoridades están definidas, aprobar objetivos, el compromiso de la dirección con la calidad, etc.

5.5.2 REPRESENTANTE DE LA DIRECCION:

Colocar la designación de la persona que será el Representante de la Dirección para el sistema de gestión de calidad

5.5.3 COMUNICACIÓN INTERNA:

Indicar la manera en la cual se mantiene la comunicación interna, ya sea a través de reuniones periódicas con el personal, páginas web, tableros informativos, boletines, intranet, etc.

5.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN:

Detallar el método establecido para realizar la revisión por la Dirección, considerando la información mínima que debe analizarse, las acciones a tomar sobre esta información, frecuencia de revisión, registros a revisar, oportunidades de mejora que surjan, etc.

5.6.1 GENERALIDADES:

5.6.2 INFORMACION DE ENTRADA PARA LA REVISION:

5.6.3 RESULTADOS DE LA REVISION:

6. ISO 9001:2008 - Capítulo 6: GESTION DE LOS RECURSOS:

Definir la asignación de recursos distinguiendo los diferentes tipos de recursos sobre los cuales se debe actuar: económicos, recursos humanos, infraestructura, y ambiente de trabajo. Aquí se detallan los requisitos exigidos en su gestión

6.1 PROVISIÓN DE LOS RECURSOS:

Explicar detalladamente la asignación de recursos que se proporciona para implementar y mantener el sistema de gestión de calidad, lograr el cumplimiento de los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente

6.2 RECURSOS HUMANOS

Definir el procedimiento a utilizar para proporcionar personal competente en la realización de las actividades

6.2.1 GENERALIDADES:

6.2.2 COMPETENCIA, FORMACION Y TOMA DE CONCIENCIA:

6.3 INFRAESTRUCTURA

Identificar la infraestructura necesaria, las evidencias de la realización del mantenimiento, el tipo de mantenimiento, etc.

6.4 AMBIENTE DE TRABAJO

Detallar las condiciones de trabajo en las que se encuentra operando la institución

7. ISO 9001:2008 - Capítulo 7: GESTION DE LOS PROCESOS PARA LA REALIZACION DE LOS PRODUCTOS YSERVICIOS:

Aquí están contenidos los requisitos del producto que se produce o el servicio que se brinda, desde la atención al cliente, hasta la entrega del producto o el servicio.

7.1 PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO / SERVICIO

Se hace énfasis en los requisitos de planificación del producto o servicio brindado, el objetivo consiste en entender y gestionar la realización del producto como sistema de procesos correlacionados entre sí.

7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE:

Acá se pide determinar los requisitos del cliente, es necesario determinar cuáles serán las necesidades de los clientes

7.2.1 DETERMINACION DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO / PRODUCTO:

7.2.2 REVISION DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO / SERVICIO:

7.2.3 COMUNICACIÓN CON LAS PARTES INTERESADAS

Determinar los procesos necesarios para asegurar una buena comunicación con el cliente y partes interesadas, se deben identificar métodos de comunicación a utilizarse para que la información resultante de la comunicación llegue a las personas que la necesitan.

7.3 DISEÑO Y DESARROLLO:

Colocar el desglose de la planificación y desarrollo del producto o servicio, designando los responsables, definiendo las diferentes fases, control de tiempos de ejecución, etc.

7.3.1 PLANIFICACION DEL DISEÑO Y DESARROLLO:

Colocar las responsabilidades, defina las fases de proyecto, determine cuándo será necesario revisar el diseño, prepare un esquema de tiempos y asegúrese de que se haya aclarado la comunicación entre los diferentes grupos involucrados.

7.3.2 ELEMENTOS DE ENTRADA PARA EL DISEÑO Y DESARROLLO:

7.3.3 RESULTADOS DEL DISEÑO Y DSARROLLO:

7.3.4 REVISION DEL DISEÑO Y DESARROLLO:

7.3.5 VERIFICACION DEL DISEÑO Y DESARROLLO:

7.3.6 VALIDACION DEL DISEÑO Y DESARROLLO:

7.3.7 CONTROL DE LOS CAMBIOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO:

7.4 COMPRAS:

Hacer referencia al procedimiento del área de adquisiciones y contrataciones en el cual establece el método de selección de las compras, la recepción de los bienes o servicio así como la evaluación de los proveedores

7.4.1 PROCESO DE COMPRAS:

7.4.2 INFORMACION DE LAS COMPRAS:

7.4.3 VERIFICACION DE LOS PRODUCTOS COMPRADOS:

7.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO:

Colocar el desarrollo de los procesos en condiciones controladas, las condiciones que previamente se definieron durante la etapa de planificación, se detallan las conexiones entre los procesos de realización del producto y los controles implementados.

7.5.1 CONTROL DE LA PRODUCCION Y DE LA PRESTACION DEL SERVICIO:

7.5.2 VALIDACION DE LOS PROCESOS DE PRODUCCION Y DE LA PRESTACION DEL SERVICIO

7.5.3 IDENTIFICACION Y TRAZABILIDAD:

Detallar la manera con la cual se identifica al producto que se ofrece y como esta identificación garantiza que se pueda realizar una ruta de trazabilidad cada vez que se requiera

7.5.4 PROPIEDAD DEL DERECHOHABIENTE:

Desglosar la manera en la cual la institución asegura que cuando un cliente proporciona algo para incorporar en el producto, existan los procesos adecuados para protegerlo y hacer que sea adecuado para el uso; además de mantener el rastreo de toda propiedad del cliente inutilizable o perdida e informar al cliente.

7.5.5 PRESERVACION DEL PRODUCTO:

Estableces según el sistema de gestión de calidad la estructura apropiada para la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento, protección y entrega al destino previsto del producto

7.6 CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN:

Establecer el control de los dispositivos de seguimiento y medición, el plan de calibraciones se ser necesario.

8. ISO 9001:2008 - Capítulo 8: MEDICION, ANALISIS Y MEJORA:

Se colocan los criterios para los procesos que recopilan información, como se recopila, analiza, y el seguimiento que se le da así como las acciones que puedan generarse. El objetivo es mejorar continuamente la capacidad de la institución para suministrar productos y/o servicios que cumplan con los requisitos.

8.1 GENERALIDADES:

Detallar los métodos a aplicar, las técnicas estadísticas, puntos de control e indicadores a considerar

8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN:

Desglosar las diferentes fuentes de datos que sirven para analizar y establecer acciones de mejora a implementar

8.2.1 PERCEPCION DE CALIDAD DEL USUARIO Y OTRAS PARTES INTERESADAS:

Se coloca lo que la institución prepara como planificación en la cual determina qué fuentes de información tiene, qué fuentes de información necesita y qué se hace con la información que se obtiene de las encuestas, focus Group, etc. de los clientes que son consultados

8.2.2 AUDITORIA INTERNA:

Hacer referencia al procedimiento documentado que requiere la norma ISO 9001:2008 el cual contiene las actividades a realizar para la ejecución de las Auditorias

8.2.3 SEGUIMIENTO Y MEDICION DE LOS PROCESOS:

Detallar los procesos identificados como procesos clave identificando una medición que pueda efectuar para poder monitorear los resultados obtenidos.

8.2.4 SEGUIMIENTO Y MEDICION DEL PRODUCTO / SERVICIO:

Detallar los procesos identificados como procesos clave identificando una medición que pueda efectuar para poder monitorear los resultados obtenidos relacionados al reproceso del producto.

8.3 CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME:

Hacer referencia al procedimiento documentado que requiere la norma ISO 9001:2008 en el cual debe estar desglosado las acciones a tomar, así como las responsabilidades para decidir las disposiciones a tomar sobre el producto no conforme

8.4 ANÁLISIS DE DATOS:

Definir la documentación y metodología a utilizar para realizar el análisis de los datos obtenidos

8.5 MEJORA:

Hacer referencia al procedimiento documentado que requiere la norma en el que esta detallada la metodología a utilizar en la aplicación de los proyectos de mejora, y acciones a realizar dentro de la institución

8.5.1 MEJORA CONTINUA:

Establecer el método para mejorar la eficacia de su sistema aplicando la política de calidad, los objetivos de calidad, los resultados de las auditorias, el análisis de los datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión de la Dirección.

8.5.2 ACCIONES CORRECTIVAS:

Hacer referencia al procedimiento elaborado para darle el tratamiento a los diferentes tipos de acciones detectadas

8.5.3 ACCIONES PREVENTIVAS:

Hacer referencia al procedimiento elaborado para darle el tratamiento a los diferentes tipos de acciones detectadas, analizando la causa de su detección y tomando medidas necesarias para evitar su aparición

9. MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO:

| Revisión nro. | Modificaciones | FUR |
|---------------|----------------|-----|
| | | |
| | | |

ANEXO

FORMATO DE MATRIZ 1.

PROCESOS POR UNIDAD

ORGANIZATIVA DEL SGC

ANEXO

FORMATO DE MATRIZ 2.

GESTION DE PROCESOS,

DOCUMENTOS Y

REGISTROS DEL SGC

ANEXO

FORMATO DE MATRIZ 3.1.

GESTION DE DOCUMENTOS

INTERNOS DEL SGC

MATRIZ 3.1 GESTION DE DOCUMENTOS INTERNOS DEL SGC
VIGENTE AL _____ / 201__

| No. | Código | Nombre del Documento | p/d | Fecha de vigencia | Fecha de última revision | Revisión No. | Método de actualización | Responsable de la Revisión |
|-----|--------|----------------------|-----|-------------------|--------------------------|--------------|-------------------------|----------------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

ENCABEZADO

LOGOTIPO: Logo identificativo y nombre de la institución u organización (parte superior izquierda).
NOMBRE DEL FORMULARIO: Nombre con el que se identifica el formulario e indica el contenido del mismo, conforme a la fecha en la cual se adicionan, modifican o eliminan datos así se coloca la vigencia.

CUERPO

No.: Correlativo que se utiliza para identifica la lista de procesos identificados por unidad organizativa
CODIGO: Identificación que puede colocarse a los documentos para su rápida correlación con la unidad que lo utiliza

NOMBRE DEL DOCUMENTO: Nombre del documento que se encuentra bajo el control del SGC

P / D: Documento en formato físico - Papel o en formato electrónico – Digital

FECHA DE VIGENCIA FV: Anotar la fecha (día, mes y año) desde la cual el procedimiento se encuentra vigente

FECHA DE ÚLTIMA REVISION FUR: Anotar la fecha (día, mes y año) de la última revisión que se realiza al procedimiento de acuerdo al correlativo de este. En el caso de elaborarse un procedimiento por primera vez la fecha de vigencia es igual a la fecha de última revisión

REVISION Nro.: El Técnico de Calidad en coordinación con Técnico Ad-hoc o persona responsable de sección, departamento, unidad o dirección donde aplique el documento en cuestión, coloca el número correlativo de revisión del procedimiento según corresponda. El número 01 se utilizará para designar los documentos publicados por primera vez (publicación original),

METODO DE ACTUALIZACION: Describe el método usado para realizar la actualización del documento

RESPONSABLE DE LA REVISION: Persona designada para realizar la actividad de actualización del documento

ANEXO

FORMATO DE MATRIZ 3.2.

GESTION DE DOCUMENTOS

EXTERNOS DEL SGC

| No. | Código | Nombre del Documento | p/d | Fecha de última revisión | Método de actualización | Responsable | Lugar de Almacenamiento |
|-----|--------|----------------------|-----|--------------------------|-------------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ENCABEZADO

LOGOTIPO: Logo identificativo y nombre de la institución u organización (parte superior izquierda).

NOMBRE DEL FORMULARIO: Nombre con el que se identifica el formulario e indica el contenido del mismo, conforme a la fecha en la cual se adicionan, modifican o eliminan datos así se coloca la vigencia.

CUERPO

No.: Correlativo que se utiliza para identifica la lista de procesos identificados por unidad organizativa

CODIGO: Identificación que puede colocarse a los documentos para su rápida correlación con la unidad que lo utiliza

NOMBRE DEL DOCUMENTO: Nombre del documento que se encuentra bajo el control del SGC

P / D: Documento en formato físico - Papel o en formato electrónico – Digital

FECHA DE ÚLTIMA REVISION FUR: Anotar la fecha (día, mes y año) de la última revisión que muestra el documentos externo que se utiliza en los procesos de la institución

METODO DE ACTUALIZACION: Describe el método usado para realizar la actualización del documento

RESPONSABLE DE LA REVISION: Persona designada para realizar la actividad de actualización del documento

LUGAR DE ALMACENAMIENTO: Ubicación física o electrónica en la cual se guardan los documentos sean estos físicos o digitales

ANEXO

FORMATO DE MATRIZ 4.

GESTION DE REGISTROS DEL SGC

TIEMPO DE RETENCION: Tiempo durante el cual deben ser conservados los registros del Sistema de Gestión de Calidad, teniéndose en cuenta el marco legal y normativo como referencia. Establece en años o meses el tiempo que los registros originales tendrán que conservarse. Se define teniendo en cuenta los requisitos de las partes interesadas, cliente, legales y propiamente de la institución, este tiempo se establece de acuerdo a la utilidad e importancia de la información registrada.

DISPOSICION FINAL: Tiene que ver con el fin último que se le da al registro después del tiempo de retención, ya sea destruyendo los registros, identificándolos como archivo muerto o reutilizando el papel para colocar nueva información por la parte que se encuentra en blanco. Se toman en cuenta aquellos registros cuyo plazo de conservación o uso ha prescrito, con el fin de proceder a su baja definitiva o transferirlos al archivo histórico