

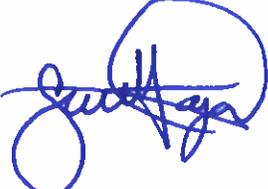
	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 1 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0



## Academia Nacional de Seguridad Pública

### 1.0 CONTROL DE CAMBIOS

Revisión:	0	1	2	3	4	5	6	7
Fecha:								

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
		
Licenciado José Francisco Vargas Gálvez Jefe Unidad de Gestión Documental y Archivo	 Licenciado José Antonio García Hernández Secretario Técnico y de Planificación Institucional	 Licenciado Pablo de Jesús Escobar Baños Director General ANSP

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 2 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

## INDICE

0.	INTRODUCCIÓN.....	5
0.1	GENERALIDADES.....	5
1.	OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN.....	5
2.	REFERENCIAS NORMATIVAS.....	5
3.	TÉRMINOS Y DEFINICIONES.....	6
4.	CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN.....	8
4.1.	COMPRESION DE LA IRGANIZACIÓN Y SU CONTEXTO.....	8
4.2.	COMPRESIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS.....	9
4.3.	DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	10
4.4.	SISTEMA DE GESTIÓN CALIDAD Y SUS PROCESOS.....	10
5.	LIDERAZGO.....	13
5.1.	LIDERAZGO Y COMPROMISO.....	13
5.2.	POLÍTICA.....	14
5.3.	ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN.....	15
6.0.	PLANIFICACIÓN.....	18
6.1.	ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES.....	18
	General.....	19
	Específicos.....	19
	A. Valoración del Riesgo.....	20
	B. Definición del Contexto Estratégico.....	21
	Contexto estratégico.....	21
	Contexto externo.....	22
	Contexto del Proceso.....	23
	Contexto interno.....	23
	Análisis de Factores Internos y Externos.....	24

	<b>GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>CÓDIGO :</b> GC-MA-002
	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>PÁG. :</b> 3 de 81 <b>FECHA :</b> 17/07/2020 <b>VERSIÓN:</b> 0

<b>C. Fases para la identificación del Riesgo .....</b>	<b>28</b>
1. Identificación del riesgo .....	28
2. Análisis de Riesgo y Valoración de Controles.....	32
3. Evaluación del Riesgo.....	40
4. Tratamiento de los Riesgos .....	42
5. Seguimiento y Revisión a los Planes de Tratamiento: .....	46
6. Desarrollo del Rol del Gestor de Riesgos .....	50
<b>B. Enfoque basado en Riesgos.....</b>	<b>52</b>
6.2. OBJETIVOS DE CALIDAD Y PLANIFICACION PARA LOGRARLOS.....	53
6.3. PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS .....	54
<b>7.0 APOYO.....</b>	<b>54</b>
7.1. RECURSOS.....	54
7.2. COMPETENCIA.....	55
7.3. TOMA DE CONCIENCIA .....	56
7.4. COMUNICACIÓN.....	56
7.5. INFORMACIÓN DOCUMENTADA.....	57
<b>8.0. OPERACIÓN.....</b>	<b>67</b>
8.1. PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL.....	67
8.2. REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIO.....	67
8.3. DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS .....	68
8.4. CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE .....	69
8.5. PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO .....	70
8.6. LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS .....	70
8.7. CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES.....	71
<b>9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO.....</b>	<b>71</b>
9.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD. ....	71
9.2 AUDITORIA DE CALIDAD.....	71

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 4 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

<b>INFORME FINAL</b> .....	78
9.3 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN .....	80
10. MEJORA .....	81
10.1. GENERALIDADES. ....	81
10.2. NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA.....	81
10.3. MEJORA CONTINUA.....	81
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	81

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 5 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

## 0. INTRODUCCIÓN

### 0.1 GENERALIDADES

Identificar y establecer el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) de la Academia Nacional de Seguridad Pública (ANSP), basado en la norma ISO 9001:2015, para el desarrollo de los procesos institucionales, con el fin de prestar un servicio educativo de calidad a nuestros usuarios y partes interesadas, mediante el cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales, mediante el desarrollo del pensamiento estratégico y la calidad.

Estructurando el Manual del Sistema de Gestión de Calidad, está estructurado con base en los numerales de la Norma Técnica Salvadoreña, NTS ISO 9001:2015, Sistema de Gestión de la Calidad.

### 1. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN

En las normas ISO 9000 y 9001 versión 2015 se establecen los requisitos para que la Academia Nacional de Seguridad Pública (ANSP), construya y aplique un Sistema de Gestión de Calidad (SGC), que permita mejorar la gestión institucional para la satisfacción del usuario y de las partes interesadas.

El campo de aplicación del presente SGC, es toda la ANSP y define los lineamientos generales para la interacción de los procesos, así como también los principios y valores institucionales; se convierte en el soporte del pensamiento estratégico, de la cultura organizacional, en la base del cumplimiento de la misión y visión y en el elemento generador de sinergia que permitirá las interrelaciones de los procesos institucionales.

### 2. REFERENCIAS NORMATIVAS

Constitución de la República de El Salvador.

Ley Orgánica de la Academia Nacional de Seguridad Pública.

Ley de Acceso a la Información pública (LAIP).

Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública-LACAP.

Ley del Servicio Civil.

Ley de la Carrera Policial.

Ley de Educación Superior.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 6 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

Reglamento General de la Ley de Educación Superior.

Reglamento Interno de Trabajo.

Reglamento Ley de Acceso a la Información Pública.

Reglamento para el uso y control de las TICS en las entidades estatales.

Normas Técnicas de Control Interno específicas de la ANSP, vigentes año septiembre de 2015.

ISO 9001 - 2015 Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos.

ISO 9000 - 2015 Sistemas de Gestión de la Calidad - Fundamentos y vocabulario.

Norma Técnica Salvadoreña NTS-ISO 9001:2015.

Lineamientos de Gestión Documental y Archivos.

Manual de Organización y Funciones.

Plan Cuscatlán

### **3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES.**

Los términos y definiciones asociados a los Sistemas de Gestión de la Calidad están basados en la norma ISO 9000: 2015 (Sistemas de Gestión de Calidad Fundamentos y Vocabularios).

**Sistema:** conjunto de elementos de una organización interrelacionados y que interactúan para el logro de un fin.

**Gestión:** actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.

**Calidad:** grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto, cumple con unos requisitos previamente establecidos.

**Control de Calidad:** actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo en la calidad, establecimiento de políticas y objetivos que permitan el aseguramiento y la mejora en calidad.

**Gestión por procesos:** La gestión de procesos es una forma sistémica de identificar, comprender y aumentar el valor agregado de los procesos de la Institución, para cumplir con la planeación estratégica y elevar el nivel de satisfacción de los usuarios.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 7 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

**Partes Interesada:** Son grupos que de alguna forma se puedan ver afectados por la actividad Institucional o cuyas decisiones afecten al Sistema de Gestión de Calidad.

**Usuario:** Es quien recibe o hace uso de un producto y/o servicio, que busca la satisfacción de sus necesidades.

**Planear:** Es donde se establece el plan para desarrollar el proceso y obtener el resultado a través de actividades.

**Hacer:** Es donde se ejecutan las actividades que fueron planeadas y todas aquellas que conllevan con la ejecución del proceso.

**Verificar:** Es donde se recopila la información de funcionamiento del proceso, indicadores o puntos de control que permiten compararlos con los requisitos de nuestras partes interesadas, para saber si se han cumplido y, en su caso, evaluar si se ha producido la mejora esperada.

**Actuar:** A partir de los resultados conseguidos en la fase anterior, se procede a recopilar lo aprendido y a ponerlo en marcha. También suelen aparecer recomendaciones y observaciones que suelen servir para volver al paso inicial de Planificar y así el círculo nunca dejará de fluir.

**Proceso:** Es el conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

**Procedimiento:** Es el conjunto de tareas requeridas para cumplir con una actividad crítica de un proceso; establece la descripción para realizarlas, la asignación de responsabilidad en su ejecución, documentos de entrada y salida, puntos de control, documentos asociados y su normativa.

**Guía:** Lineamientos a través de los cuales se orienta el desarrollo de las actividades de los diferentes procesos y tareas de los procedimientos de la ANSP.

**Riesgos:** Efecto de la incertidumbre sobre los objetivos (NTC- ISO 31000).

**Acción Correctiva:** Está definida como aquella acción formulada para eliminar la causa raíz de un problema identificado y está compuesta por la corrección, análisis de causas, tareas formuladas con plazos definidos con su respectiva evidencia, seguimiento y cierre.

**No conformidad:** Es el incumplimiento de algún requisito del Sistema de Gestión de Calidad.

**Eficacia:** Grado en que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 8 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

**Eficiencia:** Relación de los resultados alcanzados y los resultados utilizados.

**Efectividad:** Capacidad de lograr el efecto que se desea.

**Cliente Interno:** somos todos los miembros de la organización que formamos los diferentes departamentos de la misma.

**Cliente Externo:** son quienes utiliza los servicios prestados por la Institución.

**Parte Interesada:** son aquellas personas o instituciones externos que ejercen influencia sobre la Institución.

**Mejora continua:** Actividad recurrente para aumentarla capacidad para cumplir los requisitos.

**Polivalente:** se entenderá por aquel talento humano valioso en diferentes situaciones o que ofrece varias prestaciones. Lo polivalente, por lo tanto, tiene valor (es importante o útil) en distintos contextos.

**ANSP:** Academia Nacional de Seguridad Pública.

## 4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN.

La ANSP, presta un servicio de educación, formando policías profesionales, especializados en seguridad pública, con respeto a los derechos humanos y con capacidad de garantizar la seguridad ciudadana y la convivencia comunitaria.

### 4.1. COMPRESION DE LA ORGANIZACIÓN Y SU CONTEXTO

Con el propósito de ofrecer un servicio educativo de calidad, se conforma una estructura orgánica que se articula de manera sincrónica, garantizando a sus estudiantes el desarrollo de competencias y habilidades, necesarias para el desempeño de sus funciones que le serán asignadas por la PNC.

#### 4.1.1. MISIÓN

“Formamos profesionales en seguridad pública para servir a la sociedad.”

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 9 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

#### 4.1.2. VISIÓN

“Ser una institución reconocida a nivel nacional e internacional, por formar profesionales en seguridad pública, ciudadana y ciencias policiales, con altos estándares académicos, respetuosos de los derechos humanos y libertades de las personas.”

#### 4.1.3. SEDES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

La ANSP, para el desarrollo de los servicios prestados se cuentan con las sedes siguientes:

Sede Santa Tecla: av. Melvin Jones frente al Parque San Martín, Santa Tecla, La libertad, El Salvador, C.A.

Sede San Luis Talpa: contiguo al Aeropuerto Internacional Monseñor Oscar Arnulfo Romero y Galdámez, La Paz, El Salvador, C.A.

### 4.2. COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS

La ANSP fue creada con la misión de formar a los futuros integrantes de la Policía Nacional Civil, contribuyendo inicialmente a satisfacer las necesidades y expectativas de formación, capacitación y especialización de los estudiantes.

La Corte de Cuentas de la República (CCR) y el Ministerio de Educación (MINED), Ministerio de Justicia y Seguridad Pública (MJSP), constituyen las principales partes interesadas de los servicios misionales de la ANSP, tomando en cuenta que el primero es un órgano independiente del ejecutivo a cargo de la fiscalización de la hacienda pública en general y de la ejecución del presupuesto en particular y la segunda parte interesada es el ente rector de la educación superior en El Salvador y como tal, vela por el cumplimiento de la Ley de Educación Superior y su Reglamento.

#### 4.2.1. USUARIOS

**Internos:** todos los alumnos (Formación inicial, actualización y especialidades y ascensos), personal administrativo y personal policial en comisión de servicio.

**Externos:** Policía Nacional Civil, Empresas de Seguridad Privada y Estatales, y persona natural que presta servicio de seguridad privada, Vice Ministerio de Transporte (Gestores de Tránsito) y Alcaldías Municipales (Personal de los Cuerpos de Agentes Municipales), Dirección General de Centros Penales (Personal de seguridad de Centros Penales).

#### 4.2.2. PROVEEDORES

Toda persona natural o jurídica que provea bienes y/o servicios a la ANSP.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 10 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

#### **4.2.3. CONSEJO ACADÉMICO**

“El Consejo Académico estará integrado por ocho miembros civiles con destacada actuación en la vida civil, cultural, jurídica, técnica policial o académica y política del país, quienes serán nombrados por el Presidente de la República a propuesta del Ministro de Seguridad Pública y Justicia, con base en los criterios de pluralismo político. Durarán en sus funciones tres años.

El Director de la Academia Nacional de Seguridad Pública presidirá el Consejo Académico. El Director General de la Policía Nacional Civil o su representante, podrán participar en el Consejo Académico como observadores con derecho a voz.

Los miembros del Consejo Académico cesarán en sus funciones por las mismas causales establecidas en el Art.9 de la presente Ley.” ( LEY ORGANICA DE LA ACADEMIA NACIONAL DE SEGURIDAD, 1992)

#### **4.2.4. FUNCIONARIOS**

La esencia de la ANSP, se fundamenta en un ambiente y equipo de trabajo con altas competencias para el logro de los objetivos institucionales, por tal razón en el proceso de construcción del PEI 2020-2024, se determinaron los valores con los cuales se debe desarrollar la mística de trabajo institucional siendo los siguientes: integridad, disciplina, servicio, solidaridad, justicia y equidad. Además de los pilares y políticas bajo los cuales la ANSP.

### **4.3. DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

#### **4.3.1. APLICACIÓN**

El presente Manual del Sistema de Gestión de Calidad, constituye el inicio de la articulación institucional que mediante los procesos y requisitos de la ISO 9001 versión 2015, que busca la satisfacción de las necesidades y expectativas de nuestros usuarios y partes interesadas, sustentada bajo un enfoque de riesgos y soportada en procesos, propiciando la mejora como oportunidad para el desarrollo y madurez del SGC.

#### **4.3.2. NO APLICABILIDAD**

La ANSP, no ha determinado ninguna no aplicabilidad en su Sistema de Gestión de la Calidad.

### **4.4. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SUS PROCESOS**

La ANSP ha determinado el enfoque por procesos para desarrollar la gestión y control de las actividades que realiza; este le permite trabajar en forma sistemática y articulada, facilitando la optimización de recursos y el alcance de los resultados bajo el ciclo PHVA (P: Planear, H: hacer, V: verificar, A: actuar).

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 11 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

La gestión por procesos está compuesta por: mapa de procesos, caracterización de proceso y documentos asociados, niveles de responsabilidad y autoridad, mediante los cuales permite la transformación de los recursos para la satisfacción de los usuarios y partes interesadas, dejando la verticalidad en su funcionamiento y adoptando un enfoque transformador, que en lo sucesivo podrá verse en los numerales siguiente:

#### 4.4.1 MAPA DE PROCESOS

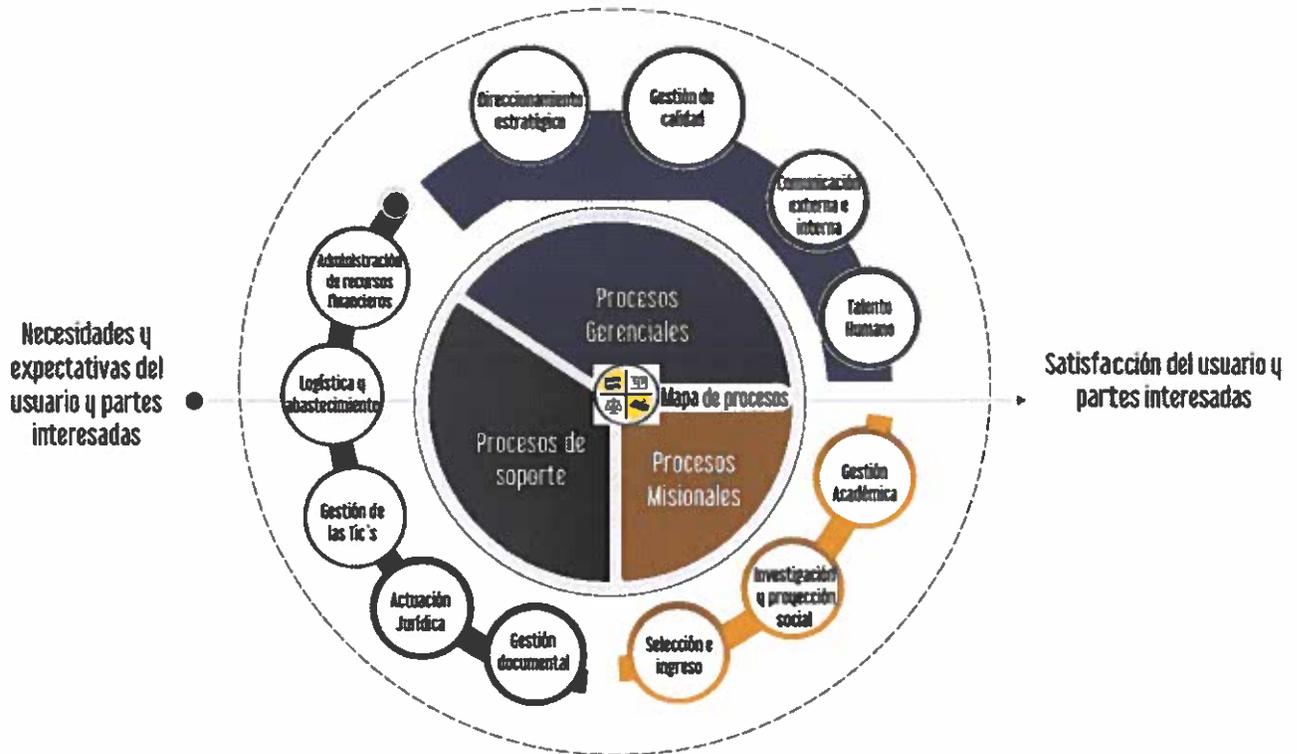


Grafico N° 1 Mapa de Procesos de la ANSP e IES ANSP

La ANSP, adoptó el mapa de procesos definido como un esquema que, en primera instancia, identifica las necesidades y expectativas de los usuarios y partes interesadas; posteriormente las transforma en entradas por medio de los procesos, con una transversalización de la evaluación y mejora bajo el ciclo PHVA. Como resultado se obtiene el cumplimiento de las necesidades y expectativas de los usuarios (internos y externos) y partes interesadas.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 12 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

Este esquema evidencia la interrelación que existe entre los procesos, en la que, generalmente, la salida de uno constituye la entrada del siguiente, lo que permite desarrollar una gestión sistémica, articulada y enfocada a la misión de la Institución.

#### 4.4.1.1 Clasificación de los procesos

**Procesos gerenciales:** están vinculados al ámbito estratégico institucional, Se refieren fundamentalmente a los procesos de planificación, estableciendo políticas y estrategias, fijación de objetivos, medios y métodos de comunicación, gestión del talento humano entre otros, que se consideran ligados a factores claves.

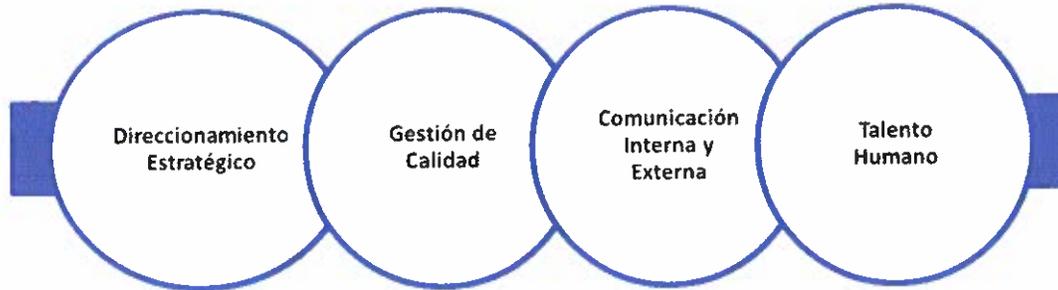


Grafico N° 2 Procesos Gerenciales de la ANSP

**Procesos misionales:** están ligados directamente al establecimiento de lineamientos y a la prestación del servicio educativo policial, en cumplimiento de las funciones sustantivas, objeto y razón de ser de la ANSP.



Grafico N° 3 Procesos Misionales de la ANSP

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 13 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

**Procesos de soporte:** suministran los recursos, servicios e información necesarios a los demás procesos, para el cumplimiento de sus objetivos.

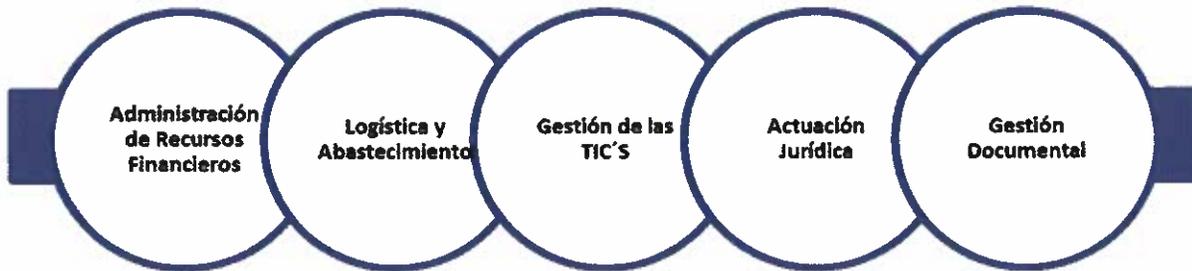


Grafico N° 4 Procesos de Soporte de la ANSP

#### 4.4.2. INFORMACIÓN DOCUMENTADA

La ANSP, documentará sus procesos acordes a las necesidades institucionales y con base en la ISO 9001 versión 2015, siendo responsables los Líderes de Procesos de supervisar el resguardo y difusión de las actualizaciones. Los Gestores Documentales serán los encargados de gestionar las actualizaciones, difundir y resguardar la información documentada, que determine la confianza de que los procesos se realizaron según lo planificado, así mismo generar registros que permitan documentar el actuar de la ANSP, y en cumplimiento de la Ley de Acceso a la Información Pública y de los Lineamientos de Gestión Documental y Archivo.

## 5. LIDERAZGO

### 5.1. LIDERAZGO Y COMPROMISO

#### 5.1.1. GENERALIDADES

La Alta Dirección conformada en primera instancia por la máxima autoridad de la ANSP y en segunda instancia por los líderes de cada proceso quienes ratifican su compromiso con el adecuado cumplimiento de los requisitos definidos en el presente manual, de forma coordinada con los funcionarios que conforman los equipos de procesos y de aquellos que ejecutan cada una de las actividades de las caracterizaciones establecidas.

La alta dirección es consciente de los beneficios que genera el Sistema de Gestión de Calidad (SGC), como modelo organizacional, y de la participación activa de sus integrantes para el mejoramiento continuo en la prestación del servicio de educación policial, para lo cual dispone:

- La ANSP, trabajará articuladamente mediante el enfoque por procesos, y bajo el mismo mapa de procesos establecido en el numeral 4.4.1. del presente manual.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 14 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

- La Alta Dirección participará activamente en los eventos que promuevan una cultura de calidad.
- Cada uno de los líderes de procesos, deben promover y articular la cultura de la calidad bajo el ciclo PHVA.
- Los procesos misionales deberán cumplir los requisitos del usuario y partes interesadas de manera permanente, a partir de una interacción constante con el usuario y la satisfacción de sus necesidades y expectativas.

No obstante, la máxima autoridad anualmente determinará lineamientos operacionales específicos para la implementación, mantenimiento y mejora del sistema de gestión de Calidad (SGC), asegurando su alineación con el plan estratégico Institucional.

#### **5.1.2. ENFOQUE AL USUARIO**

La Alta Dirección a través de liderazgo y compromiso, asegura la oportuna y adecuada atención para los usuarios (internos y externos) y partes interesadas, siendo los líderes de procesos, quienes deben propender la aplicabilidad de la mejora y sostenibilidad del Sistema de Gestión de la Calidad.

### **5.2. POLÍTICA**

#### **5.2.1. ESTABLECIMIENTO DE LA POLÍTICA DE LA CALIDAD**

La Política de la Calidad de la ANSP, será:

En la ANSP, nos comprometemos a formar, actualizar y especializar integralmente policías al servicio de la comunidad:

- Con docentes altamente capacitados para orientar los programas académicos, a las necesidades teórico-prácticas de todos los procesos formativos desarrollados por la institución.
- Con instalaciones, tecnología y logística apropiadas y de calidad, para los entornos de aprendizaje en las modalidades presencial, semipresencial y virtual, en beneficio del bienestar de los estudiantes.
- Con atención amable y oportuna en servicios académicos y administrativos.

Comprometidos con la calidad buscamos el mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad, para consolidarnos como institución que aporta a la innovación educativa, a la profesionalización Policial y a la investigación y proyección social.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 15 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

### ***5.2.2. COMUNICACIÓN DE LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y DE CALIDAD.***

Se difundirán los contenidos de la Política de Calidad, a través, de los diferentes medios institucionales determinados para la comunicación (boletines informativos, afiches, web, fondos de escritorio, charlas de difusión entre otros que permitan su comunicación). Con el fin de garantizar que todo el personal que presta su servicio en la Institución, especialmente la comunidad educativa, asimile el contenido de esta política y los elementos que la componen.

## **5.3. ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN**

### ***5.3.1. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD***

Las responsabilidades y autoridades delegadas al interior de la ANSP, están consignadas y aprobadas mediante actos administrativos:

- Reglamento Interno de Trabajo.
- Acuerdo para definir Estructura Orgánica de la ANSP.
- Acuerdo de Nombramiento de Líderes y Equipo de Gestores.
- Manual de Organización y Funciones ANSP.
- Manual de Descripción de Puestos de la ANSP.

### ***5.3.2. REPRESENTANTE DE LA ALTA DIRECCIÓN.***

La Alta Dirección designará la responsabilidad en el Jefe de la Secretaría Técnica y de Planificación Institucional (STPI) quien debe: asegurarse de que se establezcan, implementen y mantengan los procesos necesarios para el cumplimiento del Sistema de Gestión de Calidad, en coordinación con los líderes de proceso, informando a la alta dirección (ver numeral 9.3) sobre el desempeño de los mismos y de cualquier necesidad de mejora, asegurando que se promueva la toma de conciencia en todos los niveles de la Institución y liderar el Comité de Calidad.

### ***5.3.3. ROLES DEL SGC***

La ANSP, establece diferentes roles dentro de la gestión por procesos, determinados por la responsabilidad, autoridad y ejecución sobre los procesos así:

**Líder de proceso**, quien tiene como responsabilidad:

- Revisar y proponer al Comité de Calidad y a la Dirección General, a través de la STPI, la modificación y actualización de procesos y documentos asociados que considere pertinente.
- Realizar el control de calidad del proceso y efectuar los ajustes necesarios.
- Responder por el cumplimiento del objetivo del proceso.
- Liderar acciones para la apropiación e interiorización de la política y los objetivos de calidad.
- Monitorear los resultados de la gestión del proceso y el enfoque basado en riesgos.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 16 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

- Promover la mejora del proceso.
- Promover el cumplimiento de las actividades de gestión documental de acuerdo a los lineamientos, parámetros y directrices para el control de documentos de los procesos.
- Designar funciones y actividades a los funcionarios del proceso o dependencia relacionada con el cumplimiento del objetivo y actividades del proceso bajo su cargo.

**Gestor de proceso**, quien tiene como responsabilidades fundamentales:

- Apoyar al Líder de Procesos para la implementación y aseguramiento del Sistema de Gestión de Calidad.
- Informar y socializar oportunamente con los integrantes de cada proceso las nuevas modificaciones y cambios que se realicen.
- Coadyuvar con acciones para la apropiación e interiorización de la formulación estratégica de la ANSP y documentos del proceso (procedimientos, guías, formatos, entre otros).
- Proponer ajustes necesarios para la mejora de la ejecución y gestión al líder del proceso.
- Realizar seguimiento y facilitar el logro en el cumplimiento de los objetivos del proceso a través de la medición de los indicadores.
- Hacer seguimiento a la satisfacción de los usuarios o partes interesadas.
- Coordinar con el Líder y Gestor de Riesgos para la identificación de los riesgos que afectan la ejecución del proceso.
- Ejercer las funciones o actividades determinadas por el líder del proceso.

**Gestor de mejora continua:**

- Implementar acciones de mejora necesarias, sobre el resultado de la gestión del proceso.
- Desarrolla actividades de acompañamiento a los procesos sobre la evaluación de la mejora.
- Identificar oportunidades de mejoramiento.
- Orientar y realizar seguimiento a las acciones de mejoramiento formulados por los procesos a partir de los resultados de autoevaluaciones de gestión, auditorías de entes contralores, auditorías de calidad, materialización de riesgos, identificación del servicio no conforme y demás insumos que permitan diseñar acciones para eliminar la causa raíz.
- Realizar seguimiento, a la satisfacción de los usuarios o partes interesadas de acuerdo a los resultados obtenidos por el gestor de procesos.
- Apoyar al Líder de Proceso y Gestor de Mejora en la aplicación de la metodología para la mejora propuesta en el presente manual, cuando se materialice algún riesgo.
- Ejecutar acciones para la apropiación e interiorización de la política y los objetivos de calidad.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 17 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

- Ejercer las funciones o actividades determinadas por el líder del proceso.

#### **Gestor de riesgos:**

- Desarrollar la formulación Plan de Gestión de Riesgos del Proceso, así como socializar el mismo con el equipo de gestores del proceso.
- Identificar los riesgos que afectan la ejecución del proceso con base en la metodología definida en el presente manual.
- Realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades preventivas formuladas en el plan de gestión de riesgos del proceso.
- Elaborar los informes de seguimiento de las actividades preventivas formuladas en el Plan de Gestión de Riesgos de cada proceso.
- Realizar seguimiento y control de las acciones preventivas que garantice el cumplimiento de los planes de tratamiento, así como apoyar para que estas realicen.
- Ejercer las funciones o actividades determinadas por el líder del proceso.

#### **Gestor documental:**

- Identificar y socializar las guías, manuales o instructivos que se publiquen para el mejoramiento del Sistema de Gestión de Calidad.
- Desarrollar actividades de gestión documental de acuerdo a los lineamientos, parámetros y directrices para el control de documentos de los procesos.
- Realizar auto verificación de la gestión documental.
- Establecer oportunidades de mejoramiento asociadas a la gestión documental.
- Debe mantener la reserva y confidencialidad frente al manejo de la documentación.
- Ejercer las funciones o actividades determinadas por el líder del proceso.

#### **Audidores de Calidad:**

- Construir el programa de auditorías por año.
- Establecer criterios y alcance de la auditoría de calidad.
- Desarrollar el programa de auditoria con independencia, diligencia, respeto y prudencia sobre las auditorias de calidad realizadas.
- Realizar las observaciones y hallazgos necesarios, para verificar que se tomen las correcciones o acciones correctivas pertinentes a los incumplimientos de los requisitos del SGC que fueron identificados.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 18 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

- Informar a la Jefatura de la STPI, los registros e informe de los resultados de la auditoría de calidad.

**Ejecutores de proceso** quienes tienen como responsabilidades fundamentales:

- Conocer ampliamente el proceso que ejecuta y los procesos con quien interactúa, teniendo siempre como referente la satisfacción del usuario y partes interesadas.
- Ejecutar las actividades del proceso dejando evidencia de la realización de los mismos en los formatos u otros medios definidos para registro.
- Trabajar permanentemente para lograr el objetivo del proceso y los objetivos estratégicos.
- Interiorizar la política y los objetivos de calidad.
- Ejercer las funciones o actividades determinadas por el líder del proceso.

**Comité de Calidad:**

- Realizar reuniones periódicas (mensualmente o como disponga el Comité en sus sesiones) para seguimiento de la implementación y funcionamiento del SGC.
- Coadyuvar en la implementación y desarrollo del SGC.
- Aportar en la construcción de documentos que regulan el funcionamiento del SGC.
- Analizar la información asociada al grado de satisfacción de los usuarios y partes interesadas.

## 6.0. PLANIFICACIÓN

### 6.1. ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES

#### 6.1.1. AL PLANIFICAR EL SGC

Una vez analizado el contexto de la ANSP, establecido en el apartado 4.1. y los requisitos del 4.2. de este manual, se determinarán los riesgos y oportunidades a fin de asegurar que se logren los resultados previstos y prevenir o reducir efectos no deseados, con un enfoque basado en riesgos.

Por consiguiente, para la determinación de los riesgos se utilizará la metodología para la formulación del plan de gestión de riesgos, la cual debe ser aplicada en todos los procesos.

##### 6.1.1.1. METODOLOGIA PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS

La NTC-ISO 9001:2015 afirma que "...el pensamiento basado en riesgos le permitirá a la institución determinar los factores que podrían causar que sus procesos y su sistema de gestión de la calidad se desvíen de los resultados planificados, para poner en marcha controles preventivos, que minimicen los efectos negativos y maximizar el uso de las oportunidades a medida que surjan".

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 19 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

La Academia Nacional de Seguridad Pública (ANSP), en cumplimiento a su misión, visión, fines, objetivos, funciones y competencias, ha establecido un estilo de gestión que permite administrar un nivel de riesgo razonable, el cual se basa en la valoración de riesgos.

Siendo una institución de formación educativa en donde la diversidad y particularidad de sus funciones, estructura, manejo presupuestal, precisa identificar los riesgos a los que está permanentemente expuesta, que puedan poner en peligro el cumplimiento de sus objetivos institucionales, así como aprovechar las oportunidades, siendo estas los factores externos que pueden incidir positivamente en la buena gestión y la obtención de resultados esperados.

### 6.1.1.2. OBJETIVOS

#### General

Fortalecer la implementación y desarrollo de la política de administración del riesgo a través de una metodología que brinde lineamientos para un adecuado tratamiento de los riesgos institucionales, incluyendo los de corrupción y seguridad en la información, identificados en cada uno de los procesos que hacen parte del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) de la Institución, a fin de garantizar el cumplimiento de la misión y objetivos estratégicos de la ANSP.

#### Específicos.

- a) **Orientar** la formulación del Plan de Gestión de Riesgos Institucional, que asegure la efectiva identificación de los riesgos potenciales e inherentes vinculados a las actividades y funciones, que garantice la calidad en el efectivo desarrollo de los procesos que integran al Sistema de Gestión de Calidad, basado en la norma ISO 9001:2015.
- b) **Implementar** el enfoque basado en el riesgo en el Sistema de Gestión de Calidad, el cual permite adaptarse a los cambios del entorno, para el cumplimiento de los Objetivos Estratégicos.
- c) **Asegurar** una formulación y seguimiento acertado de las acciones preventivas que permitan la mitigación de los riesgos identificados.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 20 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

### 6.1.1.3. POLITICA DE ADMINISTRACION DE LA GESTION DE RIESGOS

La Academia Nacional de Seguridad Pública, se **compromete** a identificar y gestionar de manera integral los riesgos inherentes a la misión Institucional y a los objetivos de sus procesos misionales, estratégicos y de apoyo, promoviendo la alineación entre **planificación estratégica y planificación del Sistema de Gestión de Calidad**, para lograrlo la ANSP está comprometida a proporcionar recursos y esfuerzos necesarios para la implementación y cumplimiento de:

- Lineamientos generales dictados en la norma ISO 9001: 2015
- Proporcionar capacitación a todos los empleados para generar conciencia y compromiso sobre la importancia de la gestión integral de los riesgos.
- Cumplir y hacer cumplir el presente manual, específicamente en lo concerniente a la administración del riesgo, para prevenir o mitigar afectaciones adversas que dificulten el cumplimiento de los objetivos estratégicos y de calidad.

### 6.1.1.4. METODOLOGIA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

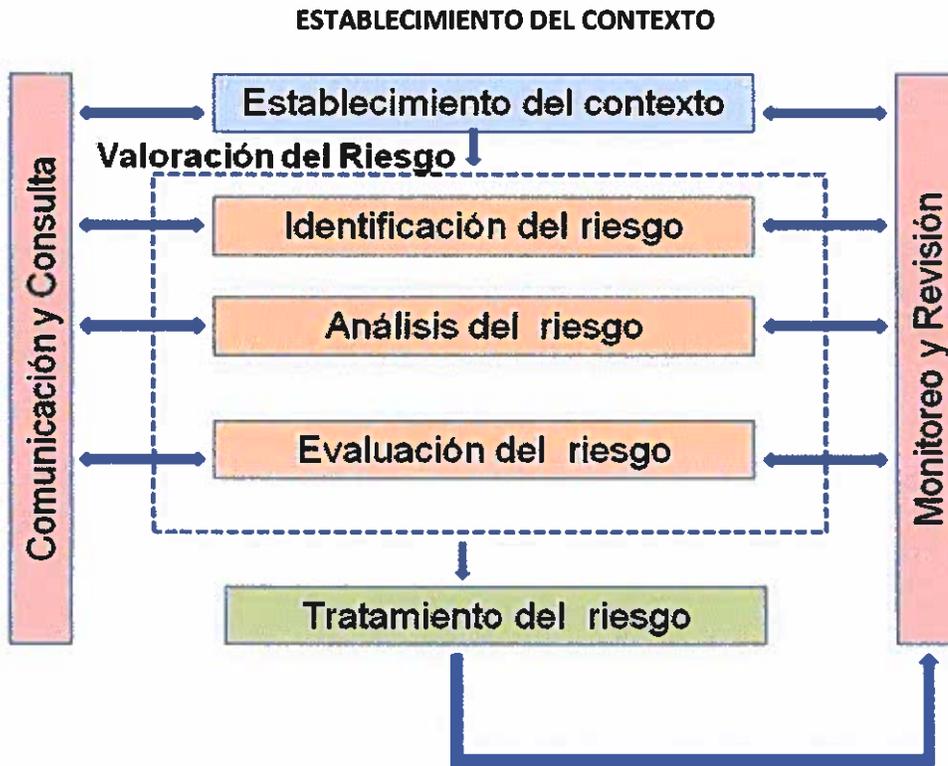
#### A. Valoración del Riesgo

En términos generales, pueden reconocerse **4 fases** en la Gestión del Riesgo que son: la identificación, el análisis y evaluar riesgos, tomar acciones y verificación.

- a) **Identificar Riesgos.** La gestión comienza por identificar los riesgos de la Institución y su contexto, comprendiendo sus necesidades, las de sus usuarios y las de sus partes interesadas.
- b) **Analizar y evaluar riesgos** Una vez identificados los riesgos, debe estimarse la probabilidad de que ocurran y cuáles serían sus consecuencias. Existen numerosas herramientas para realizar esta evaluación, la adoptada en esta metodología es el análisis de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades (DAFO).
- c) **Tomar acciones:** Luego de realizada la evaluación, se deben definir las acciones preventivas que hagan frente a los riesgos que se han identificado y cuantificado,
- d) **Verificación de la toma de acciones:** La etapa final consiste en evaluar la eficacia de las acciones tomadas, mediante el seguimiento y la revisión.

El diagrama estructural que a continuación se presenta, engloba el proceso de la gestión de riesgos en el cual se puede visualizar, cómo interactúan la valoración y el tratamiento de los riesgos.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 21 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0



## B. Definición del Contexto Estratégico

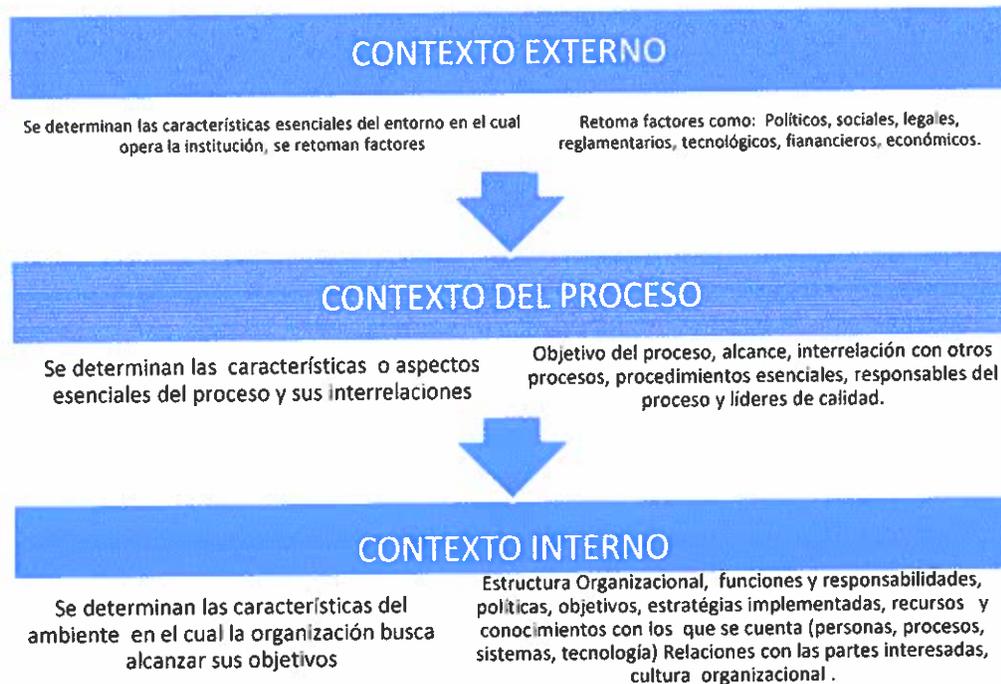
### Contexto estratégico.

Una adecuada elaboración del contexto estratégico facilita la identificación de los riesgos y posibilita su análisis y evaluación, al brindar información necesaria para estimar el grado de exposición a los mismos. **El contexto estratégico** es la base para la identificación de los riesgos asociados al cumplimiento de la misión, la visión, los objetivos institucionales y los objetivos del proceso.

El análisis se realiza para conocer el **entorno** en el cual la ANSP persigue sus objetivos, tanto la diversidad de criterios de riesgo, como las expectativas y necesidades de las **partes interesadas**, todo en conjunto ayudará a revelar y evaluar la naturaleza y complejidad de sus riesgos.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 22 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

Con el fin de identificar los factores externos e internos que inciden en el desempeño de los procesos y en el logro de las metas y objetivos establecidos en la planeación estratégica, que se convertirán en insumo para la identificación de los riesgos y las oportunidades que inciden en la gestión. Se muestra la interrelación entre los contextos.



### Contexto externo.

Para definir el **contexto externo**, todos los involucrados en cada uno de los procesos que conforman el Sistema de Gestión de Calidad, deben considerar los **factores claves** que determinan aquellas condiciones del entorno: políticas económicas, sociales, tecnológicas, ambientales, legales, entre otras, que puedan llegar afectar tanto los objetivos de los procesos como influenciar la dinámica de los aspectos asociados a la estructura organizacional, asignación presupuestal, la gestión del talento humano, la imagen institucional, los trámites internos de la Institución y la gestión de los procesos.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 23 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

**ESTABLECIMIENTO DEL CONTEXTO EXTERNO**

Se determinan las características o aspectos esenciales del entorno en el cual opera la ANSP, se pueden considerar factores como:

**FACTORES CLAVES**

---

- 📌 Políticos,
- 📌 Sociales y culturales
- 📌 Legales y reglamentarios
- 📌 Tecnológicos
- 📌 Financieros
- 📌 Económicos
- 📌 Impulsores claves y tendencias que tienen impacto en los objetivos de la Institución; y Las relaciones con las partes involucradas externas, sus percepciones y valores.

**Contexto del Proceso**

En el análisis del **contexto del proceso** se determinan las características o aspectos esenciales del **proceso** y sus interrelaciones:

**ESTABLECIMIENTO DEL CONTEXTO DEL PROCESO**

---

Se determinan las **características** o aspectos esenciales del proceso y sus interrelaciones, se pueden considerar factores como:

**CARACTERÍSTICAS ESCENCIALES**

---

- 📌 Objetivo del Proceso
- 📌 Alcance del Proceso
- 📌 Interrelación con otros procesos
- 📌 Procedimientos asociados

**Contexto interno.**

En el establecimiento del contexto interno es necesario tener en cuenta la planeación estratégica institucional, la relación entre los procesos, los recursos y conocimientos con que se cuenta (personas, procesos, sistemas, tecnología), las relaciones con las partes interesadas y la cultura organizacional. Todos los involucrados en el funcionamiento del proceso deben considerar los siguientes factores claves que determinan el referido contexto, así:

- 📌 Dirección, estructura organizacional, funciones y obligaciones; Políticas, objetivos y estrategias que se han implementado para lograrlo; capacidades,

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 24 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

- entendidas en términos de recursos y conocimientos (por ejemplo recursos financiero, tiempo, talento humano, procesos, internos y tecnologías)
- ✚ Sistemas de información, flujos de información y comunicaciones (tanto formales como informales); relaciones con las partes involucradas internas y sus percepciones y valores.
- ✚ La cultura de la organización; Normas, directrices y modelos adoptados por la Institución (SGC); Forma y extensión de las relaciones contractuales. Se ilustra en el siguiente resumen:

**ESTABLECIMIENTO DEL CONTEXTO INTERNO**

---

Se determinan las características o aspectos esenciales del ambiente en el cual la organización busca alcanzar sus objetivos. Se pueden considerar factores como:

- ✚ Estructura organizacional
- ✚ Funciones y Responsabilidades
- ✚ Políticas, Objetivos y Estrategias Implementadas
- ✚ Recursos y conocimientos con que se cuenta (personas, procesos,

### Análisis de Factores Internos y Externos.

Este análisis permite conformar un cuadro de la situación actual de la Institución, permitiendo de esta manera obtener un diagnóstico, a partir de los factores internos y externos que influyen sobre la ANSP y sus objetivos, estos factores permiten conocer los detalles específicos de las variables que afectan la misión institucional y sus objetivos, con el fin de analizar e identificar rápidamente los riesgos e impactos que pueden poner en peligro el cumplimiento de la misión y sus objetivos.

El análisis de factores internos, permite identificar **debilidades y fortalezas** y el análisis de factores externos, permite identificar **oportunidades y amenazas**. Las variables “fortalezas y debilidades” son elementos donde la ANSP puede controlar directamente, en cambio las **oportunidades y amenazas** son de carácter externo, por lo que en general resulta difícil su control; sin embargo, pueden ser aprovechadas para definir puntos de control o estrategias que permitan mitigar el impacto de los riesgos o la probabilidad de ocurrencia de los mismos.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 25 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

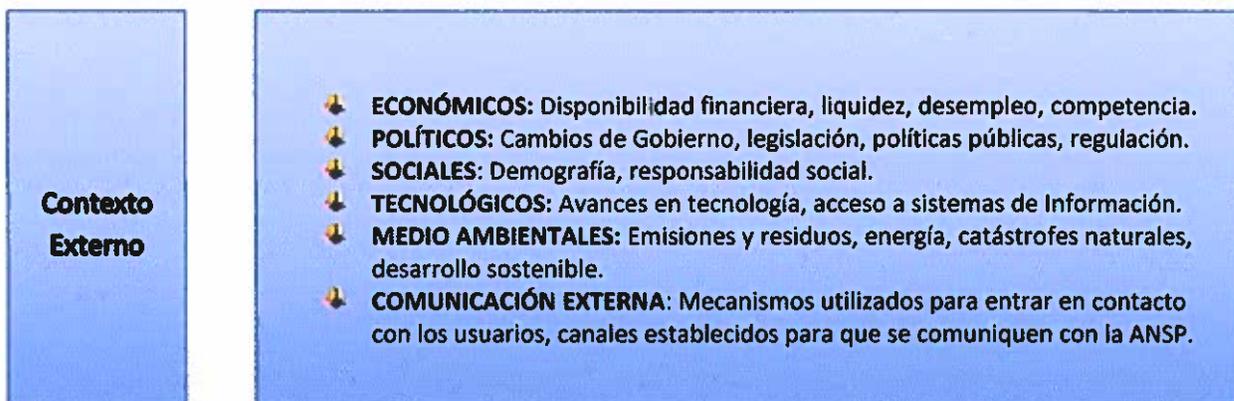
Aunque la intención del análisis para la gestión del riesgo es principalmente la búsqueda de **amenazas y debilidades**, es necesario realizar el análisis completo, de forma que se analicen desde diversos factores: financiero, sociocultural, político, legal, tecnológico, es decir analizar tanto los elementos que afectan positivamente los objetivos de la Institución que se desarrollan exitosamente, como también aquellos que no lo hacen, y por el contrario pueden ocasionar dificultades para alcanzar los resultados esperados.

Dicho análisis puede ser realizado mediante una lluvia de ideas, con la colaboración del personal que tiene el conocimiento apropiado de la Institución o de las actividades claves que desarrollan de acuerdo a la naturaleza operacional que genera el proceso, lo cual permitirá definir de manera general los elementos que conformarán el cuadro de la situación actual.

Es importante resaltar que la definición del contexto **estratégico** podrá ser modificada ante cualquier cambio o inicio de nuevos lineamientos de gestión teniendo en cuenta las actualizaciones del ejercicio de planeación institucional y los cambios del entorno.

Es importante asegurar que la descripción de la causa o agente generador, sea clara y ajustada a la dinámica de la Institución, a fin de permitir a los usuarios de consulta conocer detalladamente las características relacionadas a los mismos: se resumen los factores por tipo de contexto, para una mayor facilidad de identificar sus causas y la manera de cómo deben ser tratados.

A continuación, se ilustran algunos factores que pueden ser generadores del riesgo, a fin de facilitar la identificación.



	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 26 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

**Contexto  
Interno**

- ↓ **FINANCIEROS:** Presupuesto de funcionamiento, recursos de inversión, infraestructura, capacidad instalada.
- ↓ **PERSONAL:** Competencia del personal, disponibilidad del personal.
- ↓ **PROCESOS:** Capacidad, diseño, entradas, salidas, gestión del conocimiento.
- ↓ **TECNOLOGÍA:** Integridad de datos, disponibilidad de datos y sistemas, desarrollo, mantenimiento del Sistema de Información.
- ↓ **ESTRATEGICOS:** Direccionamiento Estratégico, Planeación Institucional, liderazgo, trabajo en equipo.
- ↓ **COMUNICACIÓN INTERNA:** Canales utilizados y su efectividad, flujo de la información necesaria para el desarrollo de las operaciones.

**Contexto del  
Proceso**

- ↓ **DISEÑO DEL PROCESO:** Claridad en la descripción del alcance y objetivo del proceso.
- ↓ **INTERACCIONES CON OTROS PROCESOS:** Relación precisa con otros procesos en cuanto a insumos, proveedores, productos, usuarios o clientes.
- ↓ **TRANSVERSALIDAD:** Procesos que determinan lineamientos necesarios que determinan el desarrollo de todos los procesos.
- ↓ **PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS:** Pertinencia en los procedimientos que desarrollan los procesos.
- ↓ **COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROCESOS:** Efectividad en los flujos de información determinados en la interacción de los procesos.

	<b>GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>CÓDIGO :</b> GC-MA-002
	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>PÁG. :</b> 27 de 81 <b>FECHA :</b> 17/07/2020 <b>VERSIÓN:</b> 0

**Formato GC-FR-006: Contexto Estratégico**

	<b>GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>Código:</b> GC-FR-006
	<b>CONTEXTO ESTRATÉGICO</b>	<b>Fecha:</b> 20/4/2020 <b>Versión:</b> 1
<b>FECHA:</b>		
<b>NOMBRE DEL PROCESO:</b>		
<b>ALCANCE:</b>		
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO RELACIONADO AL PROCESO:</b>		
<b>OBJETIVO DEL PROCESO:</b>		
<b>ACTIVIDADES CRÍTICAS DEL PROCESO</b>		
<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>N°</b>
1		6
2		7
3		8
4		9
5		10
6		12
<b>MATRIZ DE ANALISIS DE FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS</b>		
<b>DEBILIDADES</b>		<b>OPORTUNIDADES</b>
<b>No</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>No</b>
1		1
2		2
3		3
4		4
5		5
<b>AMENAZAS</b>		<b>FORTALEZAS</b>
<b>No</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>No</b>
1		1
2		2
3		3
4		4
5		5
<b>Gestor de Riesgos</b>	<b>Lider de Proceso</b>	<b>Jefe de Secretaría Técnica y de Planificación Institucional</b>
<b>ELABORÓ</b>	<b>REVISÓ</b>	<b>APROBÓ</b>

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 28 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

Para el ejercicio de identificación, se tomarán como referencia las amenazas y debilidades para identificar los riesgos que impactan **negativamente** a la Institución; a su vez se tomarán como referencia las **oportunidades y fortalezas** para reconocer ventajas que facilitan la aplicación de puntos de control y la mitigación de los riesgos.

El análisis debe realizarse en el **contexto interno y externo** considerando **abordar las oportunidades** (riesgos positivos) a fin de poder plantear el tratamiento adecuado, en el formato identificado con el código **GC-FR-006** "CONTEXTO ESTRATÉGICO". Se inicia describiendo el nombre del proceso, el alcance, los objetivos estratégicos a los cuales apunta y el objetivo del proceso, enlista las actividades críticas, refiriéndose a las actividades estratégicas que conforman el **PHVA**: Planear, Hacer, Verificar, y Actuar.

## C. Fases para la identificación del Riesgo

### 1. Identificación del riesgo

La identificación de los riesgos se realiza a partir de la información recolectada mediante la lluvia de ideas en el formato código **GC-FR-006** "CONTEXTO ESTRATÉGICO", que corresponde a identificar las actividades críticas de los procesos que conforman el Sistema de Gestión de Calidad (SGC), las amenazas y debilidades que podrían poner en riesgo el cumplimiento de los objetivos Estratégicos y los objetivos de los diferentes procesos, que son desarrollados para el cumplimiento de la misión, visión y las oportunidades que se podrían aprovechar.

Esto posibilita conocer los eventos particulares que presentan algún grado de amenaza al logro de los objetivos trazados con efectos desfavorables para sus partes interesadas, a partir de los cuales se analizan las causas y los efectos que se pueden presentar con su ocurrencia. Para la identificación se puede dar respuesta a las siguientes interrogantes: **¿Qué?, ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿Por qué? y ¿Cómo?** puede suceder.

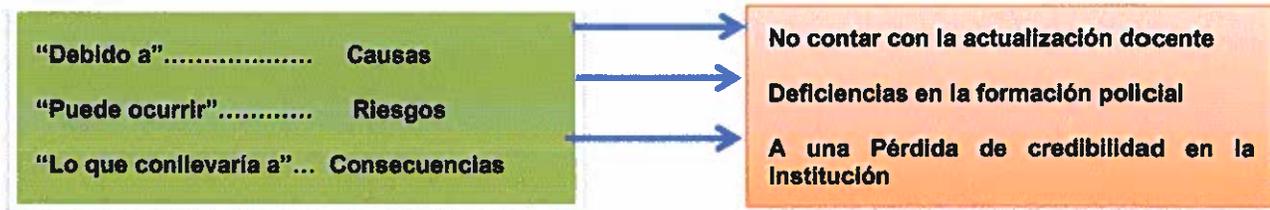
Tomando como base la información recolectada (amenazas y debilidades), en el formato código: **GC-FR-006** "CONTEXTO ESTRATÉGICO", se pasa a la etapa siguiente de identificación de riesgos la cual se desarrolla en el formato código: **GC-FR-007** "IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS"; en esta etapa se procede a identificar los posibles riesgos (de cada amenaza o debilidad se identifica un posible riesgo), para lo cual se

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 29 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

puede tener en cuenta las siguientes frases que permitan identificar los verdaderos riesgos evitando confundirlos con las causas o consecuencias de los mismos:

- “Debido a” ..... Causas
- “Puede ocurrir” ..... Riesgos
- “Lo que conllevaría a” ..... Consecuencias

**Ejemplo de aplicación**



**Tabla “2”: Ejemplo de Identificación de Riesgos**

FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS			
No	DEBIDO A: <u>AMENAZAS Y DEBILIDADES (CAUSAS)</u>	PUEDE OCURRIR: (RIESGOS)	LO QUE CONLLEVARÍA A: (CONSECUENCIAS)
1	Frecuentes modificaciones en la legislación.	Que se desarrolle una formación inadecuada.	Pérdida de credibilidad en la formación
2	Asignación de presupuesto limitado	Deficiencias en la formación policial	Pérdida de credibilidad en la Institución
3	Cambio de gobierno.	Retrocesos en los procesos de formación, especialización y actualización	Cumplimiento de metas en tiempos extemporáneos, o incumplimiento de las misma
4	Cambio en la normativa que regula la Academia.	Retrocesos en el desarrollo de los procesos.	Pérdida de recursos financieros, desgaste en el recurso humano
5	No contar con suficiente personal docente capacitado en las nuevas técnicas pedagógicas y didácticas.	Formación policial deficiente o inadecuada.	Pérdida de credibilidad en la formación

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 30 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

En la parte superior del formato se identifican todos los posibles riesgos a los cuales se puede ver inmerso el proceso y en la segunda parte del formato se **clasifican** los riesgos comunes.

PUEDE OCURRIR: (RIESGOS COMUNES)	RIESGOS RESULTANTE DE LOS RIESGOS COMUNES
Que se desarrolle una formación inadecuada.	R 1 Desarrollo inadecuado de la formación policial
Deficiencias en la formación policial.	
Formación policial deficiente o inadecuada.	
Retrocesos en los procesos de formación, especialización y actualización.	R2 Retroceso o estancamiento de los procesos que se desarrollan en la ANSP.
Retrocesos en el desarrollo de los procesos.	



## 2. Análisis de Riesgo y Valoración de Controles

Una vez identificados los **riesgos relevantes del proceso**, se analizarán determinando la **probabilidad de ocurrencia**, así como determinar la **consecuencia** expresada de manera cuantitativa y cualitativa.

El nivel del riesgo se puede formular como la **calificación del impacto**, que lo identifica la letra "I" y por la **calificación de probabilidad**, con la letra "P" y representarse como se muestra en la siguiente matriz de evaluación y calificación, que tiene una escala de 1 a 5 en el eje X, para registrar el impacto y una escala de 1 a 5 en el eje Y, para registrar la probabilidad.

I x P	
Nivel de Riesgo A	$= 5 \times 5 = 25$
Nivel de Riesgo B	$= 3 \times 4 = 12$
Nivel de Riesgo C	$= 4 \times 4 = 16$

Situación Antes de Controles						
ZONA DE RIESGO						
P r o b a b i l i d a d	5					A
	4			B	C	
	3					
	2					
	1					
	1					
		1	2	3	4	5
		Impacto				

### a) Criterios para la calificación de la probabilidad

Para determinar de manera objetiva la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias se debe tomar como marco de referencia la siguiente tabla:

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 33 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

VALOR	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA
5	Muy probable	Se espera que ocurra en la mayoría de las circunstancias.	>50%
4	Alto	Probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias.	>=30% - <50%
3	Medio.	Podría ocurrir en algún momento.	>=20% - <30%
2	Bajo	Pudo ocurrir en algún momento.	>=5% - < 20%
1	Remoto	Puede ocurrir sólo en circunstancias excepcionales.	<5%

**b) *Crterios para la calificación del Impacto.***

Los efectos o impactos generados por la ocurrencia de un determinado evento pueden ser tangibles o intangibles y dependerán del **tipo de riesgo**, el momento de ocurrencia, los lugares, elementos afectados o situaciones involucradas.

Para calificar la severidad del **impacto potencial** de forma genérica para la Academia Nacional de Seguridad Pública se puede utilizar la siguiente tabla:

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 34 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

**Tabla "3": Calificación del Impacto**

VALOR	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
5	Catastrófico	Afectación de la credibilidad a nivel nacional e internacional, desaparición de la institución. Muerte cuando se trata del impacto sobre afectación del recurso humano.
4	Mayor	Afectación de la credibilidad a nivel nacional, investigaciones penales, disciplinarias y administrativas con pérdida de la libertad y desvinculación de funcionarios, pérdida financiera mayor.
3	Moderado	Afectación de la credibilidad a nivel nacional, investigaciones penales, disciplinarias y administrativas, pérdida financiera alta.
2	Menor	Sanciones disciplinarias, pérdida financiera menor.
1	Insignificante	Sin perjuicios, baja pérdida financiera.

Para determinar el impacto de manera específica sobre otros aspectos en que suele impactar la ocurrencia de los riesgos se pueden utilizar las siguientes tablas:

- ↓ **Afectación al Recurso Humano:** Se entiende como los daños que pueden presentarse en la integridad física de las personas relacionadas con la Institución directa o indirectamente.

VALOR	DESCRIPCIÓN
5	Muerte o lesión que implique a largo plazo una limitación total y permanente de los funcionarios.
4	Lesión que requiera hospitalización pero no implique a largo plazo una limitación total y permanente.
3	Lesión que requiere de un tratamiento médico ambulatorio y que genere incapacidad total por más de 30 días, pero menos de 90.
2	Lesión que requiere de un tratamiento médico ambulatorio y que genere incapacidad total entre 1 y 30 días.
1	Lesión que requiere atención de primeros auxilios.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 35 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

- 
**Afectación a la credibilidad e imagen o la satisfacción del usuario:** se refiere a la pérdida de estas frente a diferentes actores sociales o dentro de la Institución.

VALOR	DESCRIPCIÓN
5	Hechos o noticias que afectan la imagen a nivel Internacional.
4	Hechos o noticias que afectan la imagen a nivel País.
3	Hechos o noticias que afectan la imagen a nivel Ciudad.
2	Hechos o noticias que afectan la imagen a nivel Todos los funcionarios dentro de la ANSP.
1	Hechos o noticias que afectan la imagen a nivel Grupos de funcionarios.

- 
**Afectación financiera.** El impacto económico, se refiere a la pérdida de dinero o bienes públicos, es decir al detrimento del patrimonio público. Se expresa en términos de salarios mínimos mensuales legales vigentes.

VALOR	DESCRIPCIÓN, SMMLV
5	Más de 201
4	151-200
3	101-150
2	51-100
1	0-50

- 
**Afectación a la integridad de la información:** hace referencia a la salvaguarda de la información exacta y completa.

VALOR	DESCRIPCIÓN
5	La información no puede repararse y ocasiona pérdidas graves para el país.
4	La información no puede repararse y ocasiona pérdidas graves para la Institución.
3	Difícil reparación y pérdidas significativas de información.
2	Puede repararse, pérdidas graves de información.
1	No afecta la operación y la información puede repararse o recuperarse fácilmente.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 36 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

Cuando se evalúe el impacto asociado a la ocurrencia o materialización de un riesgo deben calificarse los diferentes elementos afectados y el impacto resultante será aquel de **mayor criticidad** (en la escala de 1 a 5), sobre el elemento mayormente afectado, este mismo será multiplicado por el valor de la probabilidad para definir el nivel de riesgo.

En la siguiente Matriz, se logra evidenciar como se realiza la valoración del impacto real del riesgo (De los diferentes tipos de impacto afectados, se tomará como referencia aquel impacto de mayor criticidad en la escala de 1 a 5, como ejemplo en la siguiente ilustración.)

#### Ejemplo de Valoración del Impacto

No	RIESGOS	PROBABILIDAD	IMPACTO		EVALUACIÓN ANTES DE CONTROLES	No	RIESGOS	PROBABILIDAD	IMPACTO		EVALUACIÓN ANTES DE CONTROLES
			TIPOS	VALOR					TIPOS	VALOR	
R1.	Atención inadecuada a los requerimientos de datos a DTI	4	Afectación a Recurso Humano	1	<b>E12 Zona de Riesgo Extrema</b>	R2.	Daños en equipos informáticos por mal uso	4	Afectación a Recurso Humano	1	<b>E16 Zona de Riesgo Extrema</b>
			Credibilidad imagen y Satisfacción usuario	3					Credibilidad imagen y Satisfacción usuario	2	
			Afectación Financiera	2					Afectación Económica	3	
			Afectación a la integridad de la información	3					Afectación a la integridad de la información	4	
			<b>IMPACTO</b>	<b>3</b>					<b>IMPACTO</b>	<b>4</b>	

#### c) *Crterios para la calificación de controles*

Para lograr una valoración acertada de los controles existentes es necesario describirlos, estableciendo si son **preventivos** por cuanto ellos **disminuyen la probabilidad** o **correctivos** **disminuyen el impacto**. Como resultado de la valoración de los controles obtenemos la nueva valoración del riesgo. La valoración del riesgo se hace a través de la evaluación de los controles existentes para lo cual se debe responder a las siguientes preguntas:

- ⬇ ¿Los controles están documentados?
- ⬇ ¿Se están aplicando en la actualidad?
- ⬇ ¿Son efectivos para minimizar el riesgo?

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 37 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

Los controles existentes de los riesgos detectados se registran en el formato **GC-FR-008 "ANÁLISIS DE RIESGOS Y VALORACIÓN DE CONTROLES"**

Para cada uno de los riesgos se realiza un análisis e identificación de los controles que existen actualmente y para determinar el valor total, se promedian los resultados de cada uno de ellos. (Ejemplo Tabla 3)

**Tabla "4": Criterios y Valoración de Controles Existentes**

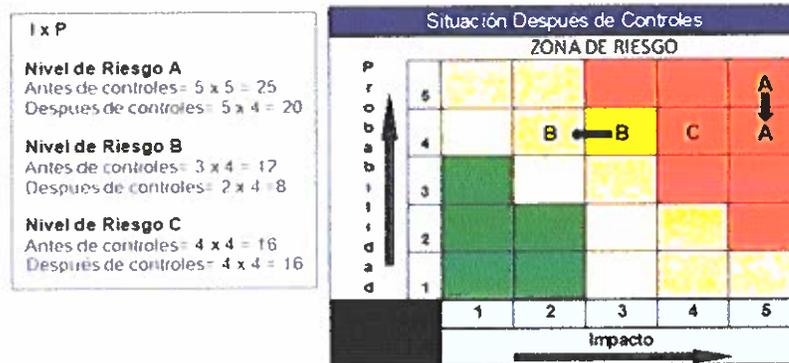
CRITERIOS	PONDERACIÓN	NUEVA VALORACIÓN RIESGO
No existen controles	4	Se mantiene el resultado de la evaluación del impacto y la probabilidad antes de controles.
Los controles existentes no son efectivos	3	Se mantiene el resultado de la evaluación del impacto y la probabilidad antes de controles.
Los controles existentes no están documentados pero son efectivos	2	Cambia el resultado a una casilla inferior de la matriz de evaluación antes de controles (el desplazamiento depende de si el control afecta la probabilidad o el impacto.)
Los controles están documentados, se aplican y son efectivos	1	Cambia el resultado a una casilla inferior de la matriz de evaluación antes de controles (el desplazamiento depende de si el control afecta la probabilidad o el impacto.)

En la tabla anterior se muestra la influencia de los controles según su eficacia, en la determinación del nivel del riesgo, donde puede mantenerse o variar la calificación del impacto y/o de la probabilidad.

En la nueva valoración del riesgo como producto de la valoración de los controles existentes es importante tener en cuenta que si estos son preventivos afectan la probabilidad es decir esta disminuye, y si son correctivos afectan el impacto disminuyendo igualmente, esto se evidencia en el formato código **GC-FR-008 "ANÁLISIS DE RIESGOS Y VALORACIÓN DE CONTROLES"** columna "valoración después de controles".

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 38 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

### Ilustración de la tabla de controles



En el ejemplo mostrado el **riesgo A**, cambió de nivel 25 a nivel 20, cambiando la probabilidad de 5 a 4, lo cual puede ocurrir si los controles son eficaces para disminuir la posible ocurrencia del riesgo, es decir los controles tienen una ponderación de 1 o 2.

El **riesgo B**, cambió de nivel 12 a nivel 8, por disminución del impacto de 3 a 2, lo que puede ocurrir si los controles son eficaces para reducir el impacto, y tienen una ponderación de 1 o 2.

El **riesgo C**, no cambió de posición, lo cual puede ocurrir cuando la ponderación de los controles es de 3 o 4.



**GESTIÓN DE CALIDAD**

**MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

**CÓDIGO :** GC-MA-002

**PÁG. :** 39 de 81

**FECHA :** 17/07/2020

**VERSIÓN:** 0

**FORMATO GC FR 008: ANALISIS DE RIESGO Y VALORACIÓN DE CONTROLES.**

		GESTIÓN DE CALIDAD										Código:			
		ANÁLISIS DE RIESGOS Y VALORACIÓN DE CONTROLES										GC-FR-008			
FECHA:												Fecha:			
NOMBRE DEL PROCESO:												28/07/2020			
ALCANCE:												Versión:			
OBJETIVO ESTRATÉGICO QUE PODRÍA SER AFECTADO:												1			
OBJETIVO DE PROCESO QUE PODRÍA SER AFECTADO:															
Nº	DESCRIPCIÓN	IMPACTO		EVALUACIÓN ANTES DE CONTROLES	CONTROLES EXISTENTES	TIPO DE CONTROL	ANÁLISIS DE RIESGO				VALORACIÓN DE RIESGO DE CONTROLES		VALORACIÓN DE RIESGO DE CONTROLES	ACCIONES DE CONTINGENCIA	RESPONSABLE
		FINANCIERO	HUMANO				Probabilidad	Impacto	Total	Probabilidad	Impacto				
R1	Afectación al Recurso Humano														
	Credibilidad, imagen y Satisfacción usuario														
	Afectación Financiera														
	Afectación a la Integridad de la Información														
	<b>IMPACTO</b>	<b>Ponderación de Controles</b>													
R2	Afectación al Recurso Humano														
	Credibilidad, imagen y Satisfacción usuario														
	Afectación Económica														
	Afectación a la Integridad de la Información														
	<b>IMPACTO</b>	<b>Ponderación de Controles</b>													
R3	Afectación al Recurso Humano		1												
	Credibilidad, imagen y Satisfacción usuario		3												
	Afectación Financiera		3												
	Afectación a la Integridad de la Información		2												
	<b>IMPACTO</b>	<b>Ponderación de Controles</b>													
R4	Afectación al Recurso Humano		1												
	Credibilidad, imagen y Satisfacción usuario		3												
	Afectación Financiera		3												
	Afectación a la Integridad de la Información		2												
	<b>IMPACTO</b>	<b>Ponderación de Controles</b>													
<b>Elaboró</b> Gestor de Riesgos				<b>Revisó</b> Líder de Proceso				<b>Aprobó</b> Jefe de Secretaría, Técnica y de Planificación Institucional							

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 40 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

### 3. Evaluación del Riesgo

La evaluación consiste en comparar los resultados de la calificación del nivel del riesgo con los criterios definidos, a fin de establecer el grado de exposición de la Academia Nacional de Seguridad Pública al riesgo identificado; de esta forma es posible distinguir entre los riesgos tolerables, moderados, importantes o inaceptables y fijar las prioridades de las acciones requeridas para su tratamiento.

El análisis de todos los riesgos identificados se registra en el Formato **GC-FR-009** "MAPA DE RIESGOS".

El instrumento que facilita la evaluación es a través de la matriz de calificación, evaluación y respuesta a los riesgos que permite ubicar el riesgo de acuerdo al resultado de la calificación del Impacto y de la Probabilidad en diferentes zonas; donde para cada una de ellas se suministra la opción para el tratamiento adecuado y manejo de los riesgos, permitiendo tomar decisiones oportunas.

**B:** Color **verde**. Zona de riesgo baja - Riesgos tolerables. Opciones de manejo: asumir el riesgo, administrar mediante procedimiento de rutina, haciendo seguimiento a los controles.

**M:** Color **amarillo**. Zona de riesgo moderada – Riesgos moderados. Opciones de manejo: asumir el riesgo o reducir el riesgo. Debe especificarse responsabilidad para su tratamiento.

**A:** Color **naranja**. Zona de riesgo **alta** - Riesgos importantes. Opciones de manejo: reducir el riesgo, evitar el riesgo, compartir o transferir. Necesita atención de la alta dirección.

**E:** Color **rojo**. Zona de riesgo **extrema** – Riesgos inaceptables. Opciones de manejo: evitar el riesgo, reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo. Requieren acción inmediata.

A continuación se presenta la Matriz de Calificación, Evaluación y Respuesta a los riesgos que representa el instrumento de valoración que permite ubicar el riesgo en diferentes zonas e Impactos: Columna Vertical determina la zona "A" (Muy probable) "B" (Alto) "C" (Bajo) "E" (raro, remoto) columna horizontal determina los

	<b>GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>CÓDIGO :</b> GC-MA-002
	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>PÁG. :</b> 41 de 81 <b>FECHA :</b> 17/07/2020 <b>VERSIÓN:</b> 0

impactos Insignificantes, Menor, Moderado, Mayor y Catastrófico, de acuerdo a la siguiente Matriz de Calificación, Evaluación y Respuesta a los riesgos.

### MATRIZ DE CALIFICACIÓN, EVALUACION Y RESPUESTA

MATRIZ DE CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y RESPUESTA A LOS RIESGOS						
PROBABILIDAD	VALOR	ZONAS DE RIESGO				
<b>A</b> (Muy Probable)	5	A5 Zona de Riesgo Alta	A10 Zona de Riesgo Alta	E15 Zona de Riesgo Extrema	E20 Zona de Riesgo Extrema	E25 Zona de Riesgo Extrema
<b>B</b> (Alto)	4	M4 Zona de Riesgo Moderado	A8 Zona de Riesgo Alta	A12 Zona de Riesgo Alta	E16 Zona de Riesgo Extrema	E20 Zona de Riesgo Extrema
<b>C</b> (Medio)	3	B3 Zona de Riesgo Baja	M6 Zona de Riesgo Moderado	A9 Zona de Riesgo Alta	E12 Zona de Riesgo Extrema	E15 Zona de Riesgo Extrema
<b>D</b> (Bajo)	2	B2 Zona de Riesgo Baja	B4 Zona de Riesgo Baja	M6 Zona de Riesgo Moderado	A8 Zona de Riesgo Alta	E10 Zona de Riesgo Extrema
<b>E</b> (Raro, remoto)	1	B1 Zona de Riesgo Baja	B2 Zona de Riesgo Baja	M3 Zona de Riesgo Moderado	A4 Zona de Riesgo Alta	A5 Zona de Riesgo Alta
<b>IMPACTO</b>	<b>INSIGNIFICANTE</b>	<b>MENOR</b>	<b>MODERADO</b>	<b>MAYOR</b>	<b>CATASTRÓFICO</b>	
Valor	1	2	3	4	5	

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 42 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

### FORMATO DE GC-FR-009. MAPA DE RIESGO

		GESTIÓN DE CALIDAD				Código: GC-FR-009		
		MAPA DE RIESGOS				Fecha: 20/4/2020		
						Versión: 1		
FECHA:								
NOMBRE DEL PROCESO:								
ALCANCE:								
OBJETIVO ESTRATEGICO QUE PODRIA SER AFECTADO								
OBJETIVO DE PROCESO QUE PODRIA SER AFECTADO								
No	PROCESO	RIESGOS	DESCRIPCIÓN	CAUSAS	CLASE DE RIESGO	EFECTOS	VALORACION DESPUES DE CONTROLES	COMO SE MATERIALIZA EL RIESGO
1								
2								
3								
4								
Gestor de Riesgos ELABORO			Lider de Proceso REVISO			Jefe de Secretaria Técnica y de Planificación Institucional APROBO		

Es importante aclarar que si bien es cierto que la metodología describe que los riesgos pueden quedar valorados en una zona de riesgo baja “Riesgos tolerables” dentro de sus opciones no requiere plan de tratamiento.

#### 4. Tratamiento de los Riesgos

El tratamiento del riesgo involucra la selección de una o más opciones para modificar los riesgos, de acuerdo con su ubicación en la matriz y las causas generadoras del riesgo. Se deben analizar las posibles acciones a emprender, las

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 43 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

cuales deben ser factibles y efectivas; la selección de las acciones más convenientes debe considerar la viabilidad jurídica, técnica, institucional y económica y se puede realizar con base a los siguientes criterios:

- ✚ **Los resultados** de la valoración del riesgo.
- ✚ **El balance** entre el costo de la implementación de cada acción contra el beneficio de la misma.
- ✚ **La disponibilidad** de las personas para la ejecución de las acciones de control establecidas (estas deben ser realizables).

Para la ejecución de las acciones se deben identificar las áreas o dependencias responsables de llevarlas a cabo, **definir un cronograma** (o calendarización de las acciones a ejecutar) y evidencias que permitan verificar el cumplimiento y su efectividad para tomar medidas de mejora cuando sea necesario.

Se deben tener en cuenta las siguientes **opciones para el tratamiento del riesgo**, las cuales pueden considerarse cada una de ellas independientes, interrelacionadas o en conjunto.

- ✚ **Evitar** el riesgo, significa tomar las medidas encaminadas a prevenir su materialización.
- ✚ **Reducir** el riesgo, implica tomar medidas encaminadas a disminuir tanto la probabilidad (medidas de prevención), como el impacto (medidas de protección).
- ✚ **Compartir** o transferir el riesgo, implica reducir su efecto a través del traspaso de las pérdidas a otras organizaciones, como el caso de los contratos de seguros.
- ✚ **Asumir** el riesgo, luego de que el riesgo ha sido reducido o transferido puede quedar un riesgo remanente que se mantiene, en este caso simplemente se **acepta** la pérdida residual probable y elabora una corrección para el manejo de la misma.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 44 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

Se debe definir **plan de tratamiento a todos los riesgos** ubicados en la Matriz de Calificación, Evaluación y Respuesta, en zona de riesgo extrema, alta y moderada, no obstante, a los que se encuentren en zona de **riesgo baja** se les hará verificación periódica de los controles existentes, o según **criterio de calidad** de acuerdo a la incidencia de afectación entre los demás procesos.

En caso de **materialización** de riesgos, se deberá ejecutar la **metodología de mejora** con el fin de mitigar los efectos resultantes de la materialización, en aras de evitar que esta situación contribuya en la materialización de otros riesgos.

**EL Plan de mejora** de acuerdo a lo establecido en el presente Manual, debe garantizar la continuidad de la funcionalidad de la Academia y la protección de la información además de su infraestructura física y tecnológica.

Una vez aplicados los formatos de contexto estratégico, identificación y mapa de riesgos se debe proceder a diligenciar el formato **GC-FR-010 "PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS"**, en donde se establecen acciones preventivas que permiten evitar y reducir los riesgos o mitigar sus efectos, y pueden considerar además de las opciones anteriores retirar la fuente de riesgo, cambiar la probabilidad o cambiar las consecuencias a partir de las causas detectadas.

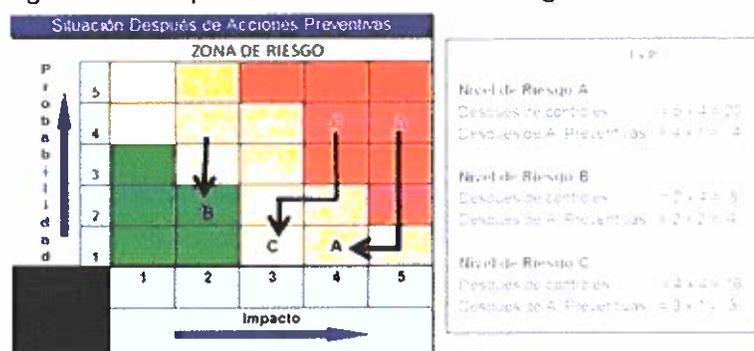
	<b>GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>CÓDIGO :</b> GC-MA-002
	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>PÁG. :</b> 45 de 81 <b>FECHA :</b> 17/07/2020 <b>VERSIÓN:</b> 0

		<b>GESTIÓN DE CALIDAD</b>					<b>Código:</b>	GC-FR-0010	
		<b>PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS</b>					<b>Fecha:</b>	20/4/2020	
							<b>Versión:</b>	1	
<b>FECHA:</b>									
<b>NOMBRE DEL PROCESO:</b>									
<b>ALCANCE:</b>									
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO QUE PODRÍA SER AFECTADO</b>									
<b>OBJETIVO DE PROCESO QUE PODRÍA SER AFECTADO</b>									
N°	RIESGOS	VALORACION DESPUES DE CONTROLES		CAUSA(S) RAIZ	DESCRIPCION ACCIONES PREVENTIVAS	Denominación y cantidad de la unidad de medida de la actividad	FECHA INICIO	FECHA FINAL	RESPONSABLE
		I	NR						
2									
Gestor de Riesgos ELABORÓ:		Líder de Proceso REVISÓ:			Jefe de Secretaria Técnica y de Planificación Institucional APROBÓ				

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 46 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

El plan de tratamiento de riesgos debe identificar el orden de prioridad en que se deben **implementar las acciones** individuales para cada riesgo; espera que como resultado de la eficacia, eficiencia y efectividad de las acciones propuestas, el nivel de los riesgos se vaya desplazando progresivamente hacia las zonas de riesgo baja, dentro de la Matriz, como se aprecia en la siguiente figura:

Figura de tabla para clasificar el nivel del Riesgo



### 5. Seguimiento y Revisión a los Planes de Tratamiento:

Con base en lo anterior, el Gestor de Riesgos de la STPI, deberá consolidar en una matriz de seguimiento la totalidad de las acciones preventivas establecidas por los diferentes procesos en el formato **GC-FR-010 "PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS"**; con el propósito de verificar su ejecución para lo cual podrá tomar como referencia el siguiente ejemplo y ajustarlo a las necesidades o expectativas de la Academia Nacional de Seguridad Pública.

Se muestra como ejemplo el seguimiento en formato Excel, el cual está diseñado con las fórmulas de cálculo establecidas para estimar el nivel de eficacia y el porcentaje de logro alcanzado de las acciones ejecutadas.



**GESTIÓN DE CALIDAD**

---

**MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

**CÓDIGO :** GC-MA-002  
**PÁG. :** 47 de 81  
**FECHA :** 17/07/2020  
**VERSIÓN:** 0

AÑO	PERIODO	PROCESO	RESPONSABLE	RIESGO	DESCRIPCIÓN A IDENTIFICAR EL RIESGO	Descripción y nivel de la probabilidad de ocurrencia de la materialización	FECHA INICIO	FECHA FIN	IMPACTO	IMPACTO RESUMIDO	LINK REPORTE (SI EXISTE)
2018	Agosto a Diciembre	DESARROLLO DE ESTRATEGIA	Lic. José A. Orellana Hernández	R 1. Definir estrategias adecuadas para el cumplimiento de los objetivos, la misión y la visión institucional.	Diseño de la Guía Metodológica para la planeación estratégica.	(1) Guía Metodológica	01/08/2018	31/12/2018	23012018	SI	<a href="#">LINK REPORTE (SI EXISTE)</a>
2018	Octubre a Diciembre	DESARROLLO DE ESTRATEGIA	Lic. José A. Orellana Hernández	R3. Bajo nivel de ejecución de planes, programas o proyectos con recursos de la cooperación nacional e internacional.	Gestionar cooperación con el sector de cooperación externa.	(1) Oficios y reuniones electrónicas y otros medios de gestión de cooperación internacional realizadas.	01/10/2018	31/12/2018	23012018	SI	<a href="#">LINK REPORTE (SI EXISTE)</a>
2018	Octubre a Diciembre	DESARROLLO DE ESTRATEGIA	Lic. José A. Orellana Hernández	R3. Bajo nivel de ejecución de planes, programas o proyectos con recursos de la cooperación nacional e internacional.	Gestionar con los directores de ASER que requieren fortalecimiento y capacitación para mejorar su operatividad.	(1) Escuelas de directores de necesidades de cooperación internacional realizadas.	01/10/2018	31/12/2018	23012018	SI	<a href="#">LINK REPORTE (SI EXISTE)</a>
2018	Septiembre a Noviembre	GESTIÓN DE CALIDAD	Lic. José A. Orellana Hernández	R1 No lograr implementar adecuadamente el SGC	Formular la guía de Control de documentos del SGC y remitir a la DG para su aprobación.	(1) Guía de Control de Documentos de la SGC, remitida a la DG para su aprobación.	01/09/2018	30/11/2018	23012018	SI	<a href="#">LINK REPORTE (SI EXISTE)</a>
2018	Septiembre a Noviembre	GESTIÓN DE CALIDAD	Lic. José A. Orellana Hernández	R1 No lograr implementar adecuadamente el SGC	Formular la guía para la formulación de Planes de Mejora que deben validarse con el Comité de Proceso.	(1) Guía de Mejoramiento remitida a la DG para su aprobación.	01/09/2018	30/11/2018	23012018	SI	<a href="#">LINK REPORTE (SI EXISTE)</a>
2018	Octubre a Diciembre	GESTIÓN DE CALIDAD	Lic. José A. Orellana Hernández	R 2 Implementación Inadecuada de riesgos.	Divulgación de la Guía para la mejora continua, aprobado por el DG.	(1) Taller de trabajo con líderes y gestores de mejora continua para diseñar y practicar la guía para la mejora continua.	01/10/2018	31/12/2018	23012018	SI	<a href="#">LINK REPORTE (SI EXISTE)</a>
2018	Noviembre a Diciembre	COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA	Lic. Lidia Estela López de Cerón	R1. Que no se logre fortalecer la comunicación digital interna y externa mediante la diversificación de canales de comunicación electrónicos.	Realizar el muestreo de usuarios y realizar un análisis del nivel de satisfacción de usuarios.	Resultados de la encuesta realizada con el fin de conocer la satisfacción de usuarios.	01/11/2018	31/12/2018	23012018	SI	<a href="#">LINK REPORTE (SI EXISTE)</a>

**a) Criterios para identificar la Materialización de los Riesgos**

Cuando ocurren situaciones inesperadas por causas internas o externas, y como consecuencia obstaculizan o restringen el cumplimiento de los objetivos y generan efectos negativos para el desarrollo eficiente de los procesos, se dice que estos han sido materializados; por ejemplo, la pérdida de información, fallas tecnológicas, acciones terroristas, desastres naturales, entre otros.

Para el caso, en la presente metodología se estableció el formato **GC-FR-009 “MAPA DE RIESGOS**, donde en la columna **¿CÓMO SE MATERIALIZA EL RIESGO?** captura la información relacionada con la forma cómo se puede materializar el riesgo, permitiendo de esta manera un seguimiento y control más oportuno por parte del Líder responsable del proceso afectado, así como para la Secretaría Técnica y de Planificación Institucional (Secretaría encargada de hacer seguimiento y control a los riesgos identificados).

Para el cumplimiento oportuno, eficiente y efectivo de la presente metodología, la Secretaría Técnica y de Planificación Institucional (STPI) deberá contar con un funcionario que facilite el seguimiento a los planes de tratamiento propuestos

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 48 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

por los responsables de los procesos, a fin de evaluar su cumplimiento y efectividad.

### **Indicador para el Seguimiento y Control**

Con el fin de medir la eficacia en los planes de tratamiento implementados para minimizar la materialización de los riesgos identificados, se implementa un indicador de eficacia:

#### **↓ Indicador de eficacia.**

Nombre: Eficacia en la gestión integral del riesgo.

Objetivo del indicador: Medir la eficacia de los planes de tratamiento establecidos para minimizar la materialización de los riesgos identificados en la ANSP.

Responsable de la medición: Jefatura de la Secretaría Técnica y de Planificación Institucional.

Fuentes de información: Registro de seguimiento en formato Excel.

**Fórmula de cálculo:** (Número de soportes entregados en la fecha planificada o antes \* 0.25) + Número de soportes que cumplen con lo planificado \* 0.75) / Número total de soportes a evaluar en el periodo.

**Meta: 95%**

	<b>GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>CÓDIGO :</b> GC-MA-002
	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>PÁG. :</b> 49 de 81 <b>FECHA :</b> 17/07/2020 <b>VERSIÓN:</b> 0

Figura de hoja de vida del indicador

	<b>GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>Código:</b> GC-FR-025		
	<b>HOJA DE VIDA DE INDICADOR</b>	<b>Fecha:</b> 20/04/2020 <b>Versión:</b> 0		
<b>Fecha de elaboración:</b>				
<b>CARACTERÍSTICAS DEL INDICADOR</b>				
Proceso / Dependencia		Nombre del indicador		
Academia Nacional de Seguridad Pública		Eficacia en la gestión integral del riesgo		
Objetivo del indicador	Iniciativa del PEI al cual contribuye	Objetivo de calidad al cual contribuye		
Medir la eficacia de los planes de tratamiento establecidos para minimizar la materialización de los riesgos identificados en la ANSP.	N/A	N/A		
Responsable de la medición (Cargo)	Fuentes de información (Bases de datos, encuestas, etc.)	Fórmula de cálculo		
Secretario Técnico y de Planificación Institucional	Registro de seguimiento en formato Excel	$((\text{Número de soportes entregados en la fecha planificada o antes} \cdot 0.25) + (\text{número de soportes que cumplen con lo planificado} \cdot 0.75)) / \text{Número total de soportes a evaluar en el}$		
Unidad de medida (Unidades, %, etc. Personas, etc)	Frecuencia de medición	Meta para la última medición	Vigencia	Valor para la última medición (Logro, resultado del último periodo)
Porcentaje	Semestral	95%	Anual	100%
<small>Observaciones, comentarios, eventos no deseados, imprevistos</small>				

**b) Actualización y Control del mapa de riesgos**

Cada Líder y Gestor de Riesgos de los diferentes procesos, deberá darle seguimiento al Mapa de Riesgo con el objetivo de medir la efectividad de ejecución de acciones definidas en el Plan de tratamiento y el desempeño del proceso e informar a la Secretaría Técnica y de Planificación Institucional, quien en su oportunidad, deberá presentar ante el Comité de Calidad los resultados de la evaluación a fin de considerar los cambios necesarios de las acciones que no estén generando impacto de mitigación al riesgo planteado, tomando iniciativas de replantear nuevas acciones que mejoren o corrijan el desarrollo de una posible materialización del mismo, por lo que es necesario actualizar el mapa de riesgos cuando el proceso evaluado presente cambios organizacionales, como objetivo, alcance y/o actividades se deberá actualizar el mapa, teniendo como mínimo una revisión y/o actualización anual a partir de su última fecha de revisión.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 50 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

## 6. Desarrollo del Rol del Gestor de Riesgos

### a) *Coordinación de Actividades*

El Gestor de Riesgos de cada proceso, deberá coordinar con los responsables de realizar las actividades necesarias que darán origen al cumplimiento de las acciones , para ello es necesario gestionar periódicamente según programa de entrega (revisar Plan de Tratamiento de Riesgos) para solicitar al personal que opera la acción, las evidencias que respaldan la acción realizada, seguidamente responder al formato “GC-FR-013 de INFORME DE REALIZACIÓN DE ACCIÓN PREVENTIVA DEL PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS” en el cual se debe desarrollar el contenido de los apartados que permiten ampliar la información del desarrollo de la acción y los datos necesarios a los que hace referencia el riesgo identificado. Finalmente asegurarse de agregar las evidencias al formato de informe en un mismo archivo, la cantidad de Anexos deben coincidir con los descritos en el informe como prueba de la realización de la acción.

### b) *Seguimiento de las actividades realizadas.*

Uno de los roles específicos y de responsabilidad del Gestor de Riesgos es, **asegurar** que durante el **período** programado para realizar la acción se esté ejecutando y de una manera coordinada y efectiva con el personal involucrado en el proceso a fin de evitar contratiempo o falta de evidencias al término del período de entrega. Para ello deberá mantener comunicación, reuniones periódicas con los involucrados en el proceso o cualquier otro mecanismo de seguimiento del cronograma de actividades que requiera la ejecución de la acción y que además se esté ejecutando debidamente en tiempo programado, a fin de evitar que el riesgo identificado se materialice y/o caer en un nivel de incumplimiento al Plan de Gestión de Riesgo.

### c) *Validación de evidencias.*

Además debe gestionar la firma del Líder del proceso para validar el informe(s) y anexo(s) que presenta el reporte, el formato contiene un apartado que se denomina “En caso de Incumplimiento” el cual permite ampliar las razones del referido incumplimiento, a fin de facilitar la formulación y el seguimiento del Plan de Mejora (GC-FR-011) o aprovechar la oportunidad de proponer otra acción en el siguiente plan después de una evaluación de oportunidades.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 51 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

**d) Envío de documentación de respaldo.**

Finalmente se debe enviar la documentación de respaldo a la Secretaría Técnica y de Planificación Institucional, **vía correo electrónico** en formato digital según fecha de finalización de entrega al correo del responsable de la Gestión de Riesgos STPI, con copia a la Jefatura de la STPI a fin de proceder al Seguimiento y Monitoreo General de la ejecución de las acciones, para evaluar el cumplimiento del Plan de Tratamiento.

A continuación, se muestra el formato estándar para informar el desarrollo de las acciones programadas en el Plan de Tratamiento.

**GC-FR-013 “Informe de realización de Acción Preventiva del Plan de Tratamiento de Riesgo”**

	PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO	GC-FR-013
	INFORME DE REALIZACIÓN DE ACCIÓN PREVENTIVA DEL PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS	FECHA	20/04/2020
		VERSIÓN	3

**PROCESO:**  
**PERIODO A REPORTAR:** INICIO XX/XX/201X F. FINAL XX/XX/201X

- I. RIESGO IDENTIFICADO.
- II. DESCRIPCIÓN ACCIÓN PREVENTIVA PROGRAMADA A INFORMAR.
- III. DENOMINACIÓN Y CANTIDAD DE LA UNIDAD DE MEDIDA DE LA ACTIVIDAD (INDICADOR).
- IV. ACCIÓN DESARROLLADA O EJECUTADA.
- V. EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO\*.
- VI. JUSTIFICACIÓN EN CASO DE INCUMPLIMIENTO.

F. \_\_\_\_\_  
Lider de Proceso

\*La evidencia de cumplimiento, debe ser enviada en un solo archivo digital junto con el informe de realización de la acción preventiva. La evidencia, comprende documentos documentales tanto unitarios, como varios.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 52 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

#### 6.1.1.6. GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

##### A. Enfoque basado en Riesgos

El enfoque basado en Riesgos permite evaluar los resultados obtenidos de los seguimientos de: Desempeño de los Procesos, Planes de Tratamiento y Planes de Mejora de un período finalizado (semestral, anual, o fin de un período quinquenal) con el objetivo de aprovechar los efectos de las oportunidades sobre los resultados esperados.

En primer lugar debe de analizarse y evaluarse la información del proceso que se ha obtenido gracias a los datos aportados por el seguimiento y la medición, mediante el uso de métodos (estadísticos, método PHVA según el utilizado por el Líder responsable) con el propósito de cuantificar el desempeño del proceso.

Seguidamente se deben comparar los resultados de la información del desempeño del proceso con los distintos requisitos previamente definidos o resultados esperados del proceso. Esto confirmaría la eficacia y la eficiencia del proceso e identificaría la necesidad de aplicar la metodología de mejora descrita en el presente manual.

Se deben de distinguir las **diferentes oportunidades** de mejora del proceso, basado en los resultados del análisis de la información que generó el seguimiento de la efectividad del mismo. De esta manera se prevé que no puedan ocurrir en el **resto de procesos** riesgos similares identificados.

La Gestión de las Oportunidades consiste en realizar un análisis FODA (Contexto Estratégico, formato **GC-FR-011** con el objetivo de evaluar las oportunidades identificadas en el análisis realizado de cada uno de los procesos. Para ello es necesario evaluar los resultados obtenidos de los seguimientos antes mencionados.

Una vez realizada su identificación en el formato GC-FR-011 Contexto del Entorno se realiza su análisis a fin de **proponer iniciativas** que permitan abordar las **oportunidades** para el logro de los **objetivos estratégicos** plasmados en el PEI de la ANSP.

Las Oportunidades son aquellos factores que pertenecen al entorno y que poseen un potencial de aprovechamiento y que no han sido adoptados, para ello es necesario buscar las oportunidades, ya que a veces, están escondidas entre las trivialidades del entorno.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 53 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

### 6.1.2. LA ORGANIZACIÓN DEBE PLANIFICAR

La gestión integral del riesgo dentro de la ANSP, se lidera desde la Secretaría Técnica y de Planificación Institucional (STPI); está orientada a establecer, mantener y mejorar continuamente el Sistema de Gestión de Calidad, a través de estrategias con los factores humanos, físicos, tecnológicos y financieros, entre otros, a fin de que en el corto plazo se mantenga el funcionamiento institucional y garantice la prestación eficiente de los servicios, minimizando los incumplimientos ocasionados por la materialización de los riesgos, desarrollando las siguientes actividades:

- Socializar la metodología de gestión del riesgo.
- Coordinar, acompañar y orientar a los gestores de riesgos para la elaboración o modificación de los mapas de riesgos.
- Formular el Plan de Gestión de Riesgos institucional, de acuerdo al insumo de información resultante de aplicación de la metodología para la identificación.
- Asegurar la difusión y distribución del Plan de Gestión de Riesgos a nivel Institucional aprobado para su cumplimiento.
- Elaborar el informe anual sobre los resultados del monitoreo de acciones preventivas, establecidas en los planes de tratamiento del Plan de Gestión de Riesgos a fin de realizar la medición de resultados de la gestión de riesgos.

De acuerdo con lo anterior, la ANSP, ha desarrollado un marco de referencia que permite el manejo integral de los riesgos, estudiando los elementos comunes que los conforman y los factores que determinan su impacto. La operacionalización metodológica se establece como aspecto fundamental para el desarrollo secuencial y sistemático de las fases de identificación, definición, gestión y cierre.

### 6.2. OBJETIVOS DE CALIDAD Y PLANIFICACION PARA LOGRARLOS

Los objetivos de calidad de la ANSP, se transforman en un reto para lograr la satisfacción del usuario y partes interesadas; estos se articulan con la planeación estratégica, lo que a su vez permite la medición de los mismos.

**Objetivo de Calidad 1:** Impulsar la profesionalización de los estudiantes mediante el fortalecimiento de los programas académicos, las competencias docentes y la investigación, con el fin de formar agentes de policía polivalentes que aporten con liderazgo a la seguridad pública salvadoreña.

**Objetivo de Calidad 2:** Fortalecer los aspectos tecnológicos y logísticos, generando buenas prácticas de organización y administración de las capacidades, para consolidar entornos modernos y apropiados que permitan al estudiante un aprendizaje con calidad y bienestar.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 54 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

**Objetivo de Calidad 3:** Proveer servicios académicos y administrativos complementarios bajo las premisas de amabilidad y oportunidad que permitan la satisfacción de los empleados, estudiantes, usuarios y partes interesadas con quienes interactúa la Academia.

Para lograr la planificación de los objetivos de calidad la ANSP, implementará sus procesos y realizará seguimiento a los resultados de los indicadores, siendo responsables los líderes de cada proceso para su cumplimiento.

La medición de los indicadores de los procesos se realizará trimestralmente, con resultados anuales.

### 6.3. PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS

Con la finalidad de mejorar continuamente la prestación de los servicios, la ANSP debe determinar un Plan de Mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad, para planificar los cambios que pueden ser atendidos por la institución con base a los resultados obtenidos de las Auditorías de Calidad, Revisión por la Dirección, seguimiento a PEI y POA, y cualquier otra evaluación que permita obtener resultados para la aplicación del mejoramiento.

## 7.0 APOYO

### 7.1. RECURSOS

#### 7.1.1. GENERALIDADES

La ANSP, recibe por parte del Estado los recursos para ejecutar y mantener su operación, dichos recursos se configuran en los elementos y capacidades que son necesarias para la prestación de los diferentes servicios misionales de la ANSP, tales como: talento humano, infraestructura, transporte, tecnología, información, equipamiento, presupuesto y financiamiento, por lo que corresponde a cada uno de estos la planificación, ejecución, utilización y control, bajo la supervisión y fiscalización de la Corte de Cuentas de la República y el Ministerio de Educación.

#### 7.1.2. PERSONAS.

La ANSP, a través de su Proceso de Talento Humano, ha definido una serie de actividades que son críticas para el cumplimiento de su objetivo, el cual está relacionado con el mejoramiento de las competencias del personal que labora en la Institución, en aras de mejorar la prestación de los servicios hacia los usuarios y partes interesadas.

#### 7.1.3. INFRAESTRUCTURA.

La ANSP, a través del Proceso de Logística y Abastecimiento, tomando en cuenta las limitantes presupuestarias, proporcionará y mantendrá la infraestructura necesaria para la operación de los

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 55 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

procesos. (Edificios, equipo, transporte, tecnología, mobiliario, etc), para dar cumplimiento a las necesidades de usuarios internos y externos.

#### **7.1.4. AMBIENTE PARA LA OPERACIÓN DE LOS PROCESOS.**

La ANSP, deberá determinar, proporcionar y mantener las condiciones en un ambiente adecuado, de inclusión, participación y equidad, que faciliten la calidad del servicio prestado a los usuarios y partes interesadas. Sin olvidar el cumplimiento de las normas seguridad, salud e higiene ocupacional.

#### **7.1.5. RECURSOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN.**

Debido a la naturaleza de la asignación de recursos presupuestales de la nación este numeral fue excluido del Sistema de Gestión de Calidad.

Con el propósito de establecer los diferentes criterios para la evaluación y seguimiento, de los diferentes equipos institucionales, la ANSP realizará la asignación y la verificación del cumplimiento de la calibración de los equipos tales como: las maquinas recargadora, bomba de dispensación de combustible y equipo de laboratorio clínico.

#### **7.1.6. CONOCIMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN**

En la ANSP, este conocimiento está plasmado y documentado, dentro del Sistema de Gestión de la Calidad, en las caracterizaciones de Procesos, Mapa de Procesos y todas las normativas que regula el funcionamiento institucional. (Instructivos, Manuales, Planes, Acuerdos, Procedimientos o Guías.)

### **7.2. COMPETENCIA.**

Con el objetivo de determinar la competencia del personal de la ANSP, establecidas en el Manual de Descripción de Puestos, a través del Proceso de Talento Humano se deberá iniciar una identificación de los perfiles de cada uno de los funcionarios; identificando la educación, formación, habilidades y experiencia, que constituyen elementos prioritarios que integran la competencia de un funcionario de acuerdo al cargo asignado.

Una vez se identifiquen los aspectos mencionados en el párrafo anterior, se determinarán los rangos de medición que permitan establecer si el funcionario cumple total o parcialmente las actividades establecidas en el Manual de Descripción de Puestos; en los casos que sea necesario, se elaborará un plan de capacitación y reubicación acorde con la información recolectada, en aras del crecimiento individual y colectivo para el logro de los objetivos institucionales.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 56 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

### 7.3. TOMA DE CONCIENCIA

La toma de conciencia es un proceso progresivo y de carácter permanente en el que se pretende sensibilizar a los integrantes de la ANSP, sobre la pertinencia e importancia de sus actividades y su contribución al logro de los objetivos y de la política de calidad; generando su apropiación frente a los conceptos generales del Sistema de Gestión de la Calidad e información de relevancia para mejorar el desempeño individual.

Los líderes de procesos y el equipo gestor realizarán actividades de capacitación, talleres de sensibilización, liderazgo, etc., como articuladores del SGC al interior de sus equipos; cada funcionario debe tener claro como contribuye desde su puesto de trabajo o tarea asignada, al cumplimiento de la misión de la Institución, a la política de calidad y a los objetivos de calidad que buscan el logro de la visión y cumplimiento de la Misión de la ANSP.

### 7.4. COMUNICACIÓN

Desde el Proceso Comunicación Interna y Externa, se establecen parámetros de aplicación para la comunicación que cada uno de los integrantes de la ANSP debe seguir en cuanto al correcto uso de la imagen, identidad y la gestión adecuada de las comunicaciones estratégicas relativos a todos los públicos con los que se relaciona la organización; los usos, aplicativos y formas de gestión de la identidad, lineamientos y asesoría de la comunicación pública en los niveles estratégico y operacional, garantizando acciones para fortalecer el posicionamiento, respeto y credibilidad de la ANSP; estableciendo espacios de comunicación e interacción con la comunidad lo que permitirá desarrollar una cultura de integración, cooperación y de ambiente académico.

#### 7.4.1 COMUNICACIÓN INTERNA.

Comunicación organizativa que gestiona acciones para promover los cambios de comportamiento ante los retos del entorno, entre ellos, la consolidación del funcionamiento del Sistema de Gestión como modelo gerencial que soporta el cumplimiento de los objetivos institucionales.

La gestión de la comunicación al interior de la ANSP, vela por la unidad de mensajes estratégicos que se quieren dar a conocer a todas las personas que conforman la Institución.

#### 7.4.2 COMUNICACIÓN EXTERNA.

En este aspecto los esfuerzos se han focalizado a la mejora de la imagen y posicionamiento institucional con aquellos actores con los cuales la ANSP, debe tener relación. Para ello el Proceso de Comunicación Interna y Externa dispone de parámetros y líneas de acción a fin de fortalecer los

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 57 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

canales de comunicación con la comunidad externa en general garantizar la mejora y posicionamiento institucional.

## **7.5. INFORMACIÓN DOCUMENTADA.**

### **7.5.1. GENERALIDADES**

El Líder de Proceso de Gestión Documental es el responsable de proporcionar las directrices, lineamientos y controles que garanticen que la información documentada se encuentre adecuadamente protegida. Desarrollará una política de salvaguarda, conservación, recuperación y acceso a la documentación originada por la ANSP, con el fin de facilitar su utilización y conservación, teniendo en cuenta la normativa vigente en materia archivística, la optimización de los recursos asignados y los lineamientos del Instituto de Acceso a la Información Pública (en cuanto a la regulación documental) que esta sea acorde a las necesidades de la Institución, no omitiendo que los responsables por aplicar y cumplir dicho lineamientos son los mismo líderes de procesos que producen la información.

### **7.5.2. CREACIÓN Y ACTUALIZACIÓN.**

Los parámetros para la elaboración, modificación y eliminación de documentos del SGC, se establecen en la metodología para “Control de Documentos del Sistema de Gestión de la Calidad” y en el Proceso de Gestión Documental, garantizando la interacción de los integrantes de la organización con el Sistema y la aplicabilidad en la ejecución de los procesos gerenciales, misionales y de soporte.

Un documento es una información materializada en diferentes tipos de medios impresos o electrónicos, como los digitales, analógicos, audiovisuales, fotográficos o impresos, donde se describe, se prueba, se establece o se hace constar algo.

Los documentos externos pueden ser leyes, reglamentos, normas, estándares, instrucciones o recomendaciones de organismos oficiales, libros, artículos científicos, etc.

Los procesos documentados, procedimientos y especificaciones, son documentos del Sistema de Gestión de la Calidad que desempeñan múltiples funciones, representan las herramientas que tienen la intención de reducir los errores relacionados con la mala comunicación.

Finalmente, cabe advertir que el diseño de la documentación es una tarea fundamental y necesita etapas de prueba antes de su aprobación e implementación definitiva.

¿Qué es un “documento”?

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 58 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

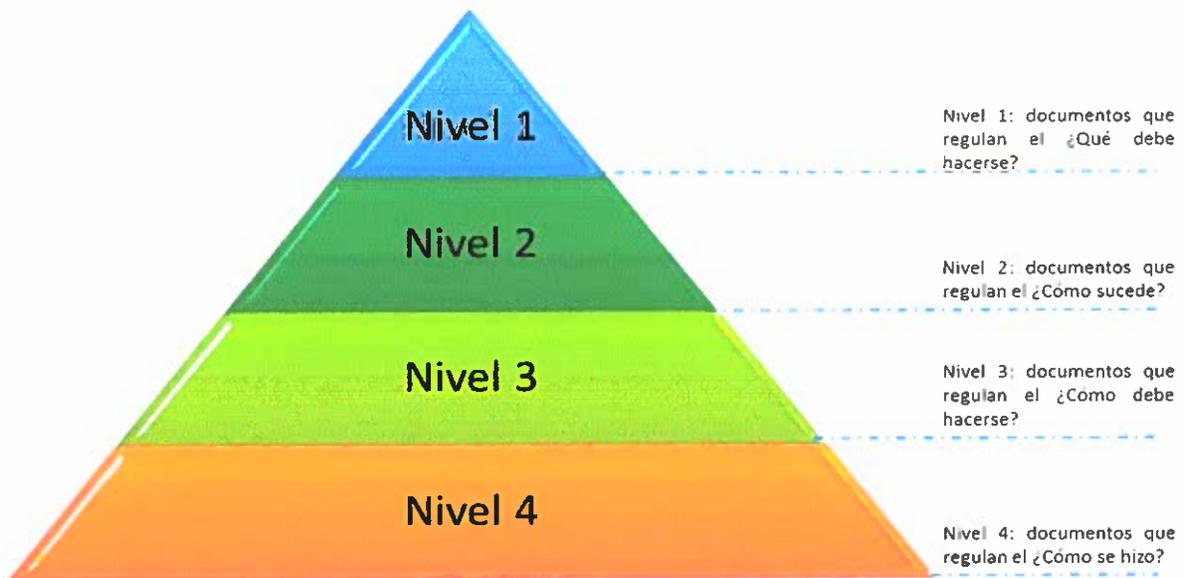
**Documento:** información y su medio de soporte.

**Información:** datos que poseen significado.

**Medio de soporte:** puede ser papel, disco magnético, óptico o electrónico, fotografía o una combinación de éstos.

Además de la documentación externa o interna en un sistema de gestión de la calidad existen cuatro niveles de documentación, que debemos elaborar:

### PIRÁMIDE DOCUMENTAL DEL SGC



	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 59 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

 Nivel 1	Documentos que regulan el ¿Qué debe hacerse?	Tipos Documentales: Política Estatuto Acuerdo Administrativo Resolución Manual
 Nivel 2	Documentos que regulan el ¿Cómo sucede?	Tipos Documentales: Reglamento Mapa Estratégico Caracterización de Proceso Circular
 Nivel 3	Documentos que regulan el ¿Cómo debe hacerse?	Tipos Documentales: Instructivo Procedimiento Guía Directiva
 Nivel 4	Documentos que regulan el ¿Cómo se hizo?	Tipos Documentales: Formatos y/o formularios Son todos aquellos que documentan las actividades que se desarrollan.

Suele decirse que:

***Si se documenta, debe hacerse.  
Si se hace, debe documentarse.  
Lo que no está documentado, jamás se ha hecho.***

Los Instructivos, guías o procedimientos, son documentos que proporcionan las instrucciones necesarias para la correcta ejecución de tareas tanto de orden administrativo como técnico.

Los registros pueden utilizarse para:

- Documentar la historia del proceso, el origen de la información, la aplicación de un procedimiento, la prestación de un servicio.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 60 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

- Presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
- Proporcionar evidencia para la toma de decisiones y auditorías de calidad.

Para el caso de los tipos documentales del Nivel 4, se encuentran incluidos: oficios, memorandos, listas de asistencia, actas, y todos los formularios y formatos que hacen parte de los documentos normativos institucionales, lo cuales son registrados y controlados.

El Sistema de Gestión de Calidad es flexible para incorporar nuevos tipos documentales o dejar de usar los que estime pertinentes para el logro de sus objetivos y adecuada gestión, esto sucederá en la medida en que el sistema de gestión vaya madurando en la Institución.

### **¿CÓMO SE CONTROLAN LOS DOCUMENTOS?**

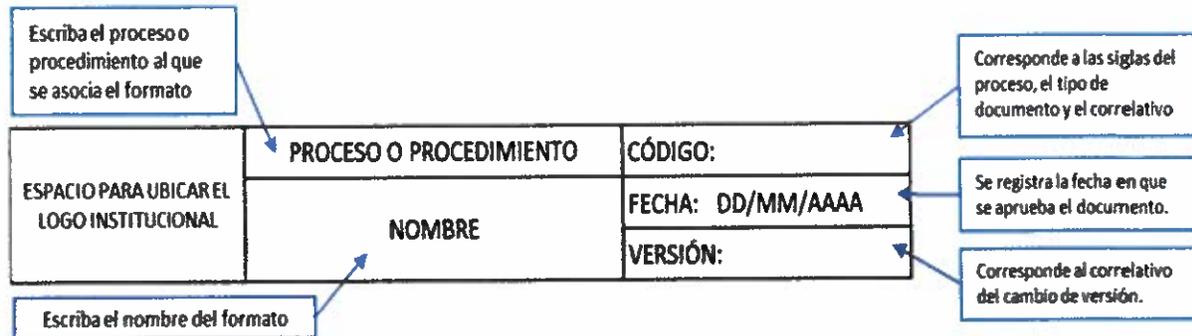
**ACTIVIDAD 1:** identifique las actividades que deben documentarse a través de una guía, procedimiento, o cualquiera de los tipos documentales descritos anteriormente.

**ACTIVIDAD 2:** desarrollar el documento que necesita en el formato estandarizado para ello, (Estatuto, acuerdo administrativo, resolución, manual, reglamento, instructivo, guía, caracterización, directiva, circular, etc.), el cual estará disponible en un repositorio web para todos los empleados.

**ACTIVIDAD 3:** si lo que necesita es diseñar o crear un formato o formulario para el desarrollo de la actividad, estrúctúrelo en Word, Excel o Power Point, colocando siempre el encabezado o pie de página institucional que permita establecer el código dado por el gestor documental del proceso que lo genera y registrar en el listado maestro de los documentos para efectos de su identificación y control.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 61 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

**Codificación tipo 1:**



Nota: El código, la fecha de aprobación y la versión serán dadas por el Gestor Documental del proceso al que pertenece el documento y consensuado con Gestor Documental de Secretaría Técnica y de Planificación Institucional (STPI).

**Codificación tipo 2:**

Corresponde al que lleva la identificación de los códigos al pie de página, debido a que por su uso u origen requiere otra ubicación y estilo.

**Ejemplo:**

GC-FR-003 Ver 0 Aprob. 20/03/2018	Página 5 de 12
---	----------------

Nota: El código, la fecha de aprobación y la versión serán dadas por el Gestor Documental del proceso al que pertenece el documento y consensuado con Gestor Documental de Secretaría Técnica y de Planificación Institucional (STPI). Colocar el número de página es opcional.



# GESTIÓN DE CALIDAD

CÓDIGO : GC-MA-002

## MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

PÁG. : 62 de 81

FECHA : 17/07/2020

VERSIÓN: 0

### CODIFICACIÓN TIPO 1

#### Formato ilustrativo

ANSP		GESTIÓN DE CALIDAD		Código: GC-FR-004
POZA ZE WOA DE ADICAR				Fecha: 20/03/2018
				Versión: 0
<b>CAPACIDADES DEL MODULADOR</b>				
Proceso / Dependencia		Número de actividades		
Número de Personal de Salud del Equipo		Estrategia de gestión y registro de riesgo		
Capacidad de atención	Medicina del PC (Atención ambulatoria)	Opciones de calidad o nivel de atención		
Capacidad de atención	Medicina del PC (Atención ambulatoria)	A.A	A.A	
Exposición de la población (Carga)	Formas de atención (Atención primaria, secundaria, etc.)	Formas de entrega		
Grupos de atención (Atención primaria, secundaria, etc.)	Registros de atención (Atención primaria, secundaria, etc.)	Atención de emergencia (Atención primaria, secundaria, etc.)		
El nivel de atención (Atención primaria, secundaria, etc.)	Entorno de atención (Atención primaria, secundaria, etc.)	Medios para la atención (Atención primaria, secundaria, etc.)	Agencia	Valor para la calidad (Atención primaria, secundaria, etc.)
Atención	Atención	Atención	Atención	Atención
Opciones de atención (Atención primaria, secundaria, etc.)				

### CODIFICACIÓN TIPO 2

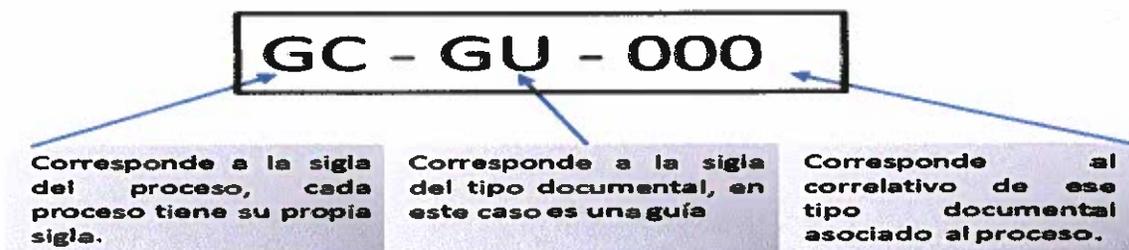
#### Formato ilustrativo

ANSP		GESTIÓN DE CALIDAD		Código: GC-FR-004
POZA ZE WOA DE ADICAR				Fecha: 20/03/2018
				Versión: 0
<b>CAPACIDADES DEL MODULADOR</b>				
Proceso / Dependencia		Número de actividades		
Número de Personal de Salud del Equipo		Estrategia de gestión y registro de riesgo		
Capacidad de atención	Medicina del PC (Atención ambulatoria)	Opciones de calidad o nivel de atención		
Capacidad de atención	Medicina del PC (Atención ambulatoria)	A.A	A.A	
Exposición de la población (Carga)	Formas de atención (Atención primaria, secundaria, etc.)	Formas de entrega		
Grupos de atención (Atención primaria, secundaria, etc.)	Registros de atención (Atención primaria, secundaria, etc.)	Atención de emergencia (Atención primaria, secundaria, etc.)		
El nivel de atención (Atención primaria, secundaria, etc.)	Entorno de atención (Atención primaria, secundaria, etc.)	Medios para la atención (Atención primaria, secundaria, etc.)	Agencia	Valor para la calidad (Atención primaria, secundaria, etc.)
Atención	Atención	Atención	Atención	Atención
Opciones de atención (Atención primaria, secundaria, etc.)				

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 63 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

**ACTIVIDAD 4:** sobre el documento en medio magnético, el gestor documental de cada proceso deberá dar el código, fecha, y versión del documento con apoyo de la herramienta Excel creada para este fin (Listado Maestro de Documentos).

Nota: se debe tener especial cuidado con el código y número de la versión dado a los documentos, ya que pueden ser creados, modificados o eliminados, lo cual tiene un orden.



### SIGLAS DE PROCESOS

PROCESO	SIGLA
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	DE
GESTIÓN DE CALIDAD	GC
COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA	CM
TALENTO HUMANO	TH
GESTIÓN ACADÉMICA	GA
INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL	IP
ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS	AF
LOGÍSTICA Y ABASTECIMIENTO	LA
GESTIÓN DE LAS TIC'S	GT
ACTUACIÓN JURÍDICA	AJ
SELECCIÓN E INGRESO	SI
GESTIÓN DOCUMENTAL	GD

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 64 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

## SIGLAS DE TIPOS DOCUMENTALES

TIPO DOCUMENTAL	SIGLA
POLÍTICA	PL
ESTATUTO	ES
ACUERDO ADMINISTRATIVO	AC
RESOLUCIÓN	RS
MANUAL	MA
REGLAMENTO	RG
MAPA ESTRATÉGICO	ME
CARACTERIZACIÓN DE PROCESO	CP
CIRCULAR	CR
INSTRUCTIVO	IN
PROCEDIMIENTO	PR
GUÍA	GU
DIRECTIVA	DI
FORMATOS O FORMULARIOS	FR

**HERRAMIENTA DE CONTROL:** Los gestores documentales de cada proceso poseen una herramienta en formato Excel, que permite controlar manualmente la asignación del código para los documentos que se van generando para documentar los procesos.

**ACTIVIDAD 5:** una vez estructurado el documento nuevo, haga una pequeña prueba con el equipo de gestores y los posibles usuarios de su documento, socialice el formato para que realicen sugerencias de mejora y aplique las que estime conveniente. Para realizar la prueba y socialización se cuenta con 5 día hábiles.

**ACTIVIDAD 6:** complete el formulario GC-FR-015 de forma clara y precisa, detallando los cambios propuestos, la justificación de los cambios o la creación del documento. Debe dejar una copia del formulario como registro a la creación, cambios o eliminación.

**ACTIVIDAD 7:** cuando elabore un estatuto, reglamento, guía, procedimiento, instructivo, caracterización de proceso o un formato, enviar el documento a la STPI por correo

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 65 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

electrónico o por memorando para que se realice una revisión técnica; la revisión de la STPI no sustituye ninguna otra revisión que los documentos requieran por conducto regular de autorización.

**ACTIVIDAD 8:** La STPI realiza la revisión técnica al documento recibido y brinda firma en formato GC-FR-015, cuando se requieran ajustes o mejoras al documento propuesto, STPI deberá requerir al solicitante los ajustes necesarios a través del correo electrónico, medio físico o en una sesión de trabajo, lo importante es tener el documento más apropiado frente a las necesidades institucionales.

**ACTIVIDAD 9:** Concluidas las anteriores tareas por la unidad generadora del documento, la STPI lo devolverá por correo electrónico al solicitante para que se imprima y se firme.

**ACTIVIDAD 10:** el proceso interesado imprimirá el documento final, usando el papel por ambas caras y lo pasará para ser firmado por las siguientes personas:

- Elaboró: autor o autores del documento (si requiere más firmas, incorpórelas no hay límite para ello)
- Revisó:
  - Firma 1 – Jefe superior inmediato del área organizativa o líder de proceso.
  - Firma 2 - Jefe de la STPI como líder del proceso de gestión de la Calidad. (Obligatoria en todos los documentos)
  - (Si requiere más firmas, incorpórelas no hay límite para ello).
- Aprobó:
  - Siempre será el señor Director General de la Institución.

Una vez firmado el documento por quienes lo elaboran, enviar a la STPI.

**ACTIVIDAD 11:** una vez verificado que se ha completado el control de cambios, el Jefe de la STPI, procederá a firmar el documento y el gestor documental por medio del conducto regular, se encargará de remitirlo a la Dirección General para revisión y aprobación.

De no haber ajustes se procederá a informar al interesado de la aprobación y se realizará la distribución del documento a todo el personal de la institución y el gestor documental del proceso interesado lo publicará en el repositorio web.

De haber observaciones por parte de la Dirección General se repetirán las actividades de la 8 a la 11.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 66 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

ACTIVIDAD 12: El gestor documental o el responsable de cada proceso publicará en la página WEB el documento terminado, así mismo enviará un correo electrónico a los líderes de proceso y todo el personal interesado informando la nueva versión, para que se apropie la información y se empiece a utilizar en las diferentes actividades por cada a uno de los usuarios.

ACTIVIDAD 13: La STPI será la responsable de archivar los originales de manera adecuada bajo los lineamientos y políticas de conservación documental emitidas por la Unidad de Gestión Documental y Archivos.

ACTIVIDAD 14: Cuando se realiza la modificación de un documento que ya está aprobado y publicado, se efectúan las actividades desde la 1 a la 13, solo que se parte desde la versión vigente y se completa siempre el formulario GC-FR-015.

ACTIVIDAD 15: Cuando se requiera la eliminación de un documento del SGC, se debe justificar a la STPI a través de un memorando las razones por las cuales se hace y adjuntar al mismo el formulario GC-FR-015.

ACTIVIDAD 16: luego la STPI verificará la solicitud realizada, según el caso que se atienda; se deberán eliminar los formatos o formularios vigentes que estén asociados a la solicitud de eliminación y deberá quedar registrado en el formulario GC-FR-015.

ACTIVIDAD 17: si la propuesta de eliminación no tiene afectaciones, la STPI contesta al solicitante que es viable la eliminación y realiza lo siguiente:

- Conserva el original con el respectivo sello de obsoleto.
- Da de baja en listado maestro de documentos, no es eliminado, pero debe quedar como un documento obsoleto. (STPI y Gestor Documental del Proceso solicitante)
- Procede a informar la eliminación y obsolescencia a líderes, jefes de dependencia y a los equipos gestores y auditores de calidad, para detener el uso de este formato o documento.

ACTIVIDAD 18: Los documentos externos que son producidos por otras entidades, no requieren de su publicación en el repositorio web, pero si debe quedar relacionada la siguiente información:

- Nombre de documento externo.
- Cuál es la Entidad productora del documento.
- En qué proceso de la Institución se utiliza.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 67 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

- En que página web se pueden consultar o si está en medio impreso en que dependencia se encuentra y a cargo de quien está.

### **7.5.3. CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA.**

El listado maestro de procesos, procedimientos, formatos, guías e instructivos serán establecidos por la Secretaría Técnica y de Planificación Institucional (STPI).

El Proceso de Gestión Documental será el encargado del almacenamiento, conservación y disposición final del acervo documental.

## **8.0. OPERACIÓN**

### **8.1. PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL.**

La planificación de cada proceso del Sistema de Gestión de Calidad de ANSP, se establece durante la revisión del mismo, para ello se toman en cuenta la aplicación de los objetivos, la política de calidad y las caracterizaciones de los procesos relacionados: actividades, responsables, recursos necesarios de entrada, documentos de salida; y los parámetros de control adicionales como: manuales, procedimientos, guías, formatos e instructivos, etc., requeridos para la adecuada operación y conformidad de los procesos respecto a los productos y servicios que se generen en su ejecución.

### **8.2. REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIO.**

#### **8.2.1. COMUNICACIÓN CON EL USUARIO.**

La ANSP, a través del Proceso de Comunicación Interna y Externa, dispone de los mecanismos para dar información al usuario interno y externo mediante diferentes canales de comunicación: personal, telefónicas, página web e intranet, en respuesta a las solicitudes, peticiones, denuncias, procesos de amparo, contestación de demandas, entre otros.

#### **8.2.2. DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIO**

La ANSP, debe asegurarse que todos los procesos, en especial los de Gestión Académica e Investigación y Proyección Social, de acuerdo con los elementos y campos que componen los criterios de aceptación, rechazo, seguimiento y capacidad de los procesos y unidades, cumplan con los requisitos asociados a los servicios prestados. Esto se evidencia mediante el cumplimiento de los parámetros operacionales para la identificación, control y tratamiento del producto o servicio no conforme.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 68 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

### 8.3. DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS

Los requisitos para el desarrollo de los servicios son establecidos de acuerdo con las exigencias definidas por los usuarios, partes interesadas, leyes y parámetros de control definidos por la Institución. La evidencia de la alineación se reflejará de forma implícita y explícita, tanto en las matrices de servicios, características y estándares, así como en los documentos asociados a los procedimientos y actividades de los procesos de los cuales se despliega la siguiente matriz:

Servicio: Gestión Académica

Tipo de Servicio	Característica	Estándar
Realizar el diseño, rediseño o adecuación curricular	Actualización de currículo	Las asignaturas o temas a desarrollar deben estar actualizadas de acuerdo con la normativa vigente
	Legal	El plan de estudios debe cumplir con la normativa y lineamientos establecidos por las autoridades académicas
Desarrollo de los planes de estudio académico	Idoneidad Docente	El docente que desarrolle cualquier materia o seminario debe cumplir con el perfil previamente requerido.
	Componente práctico en el desarrollo de la materia	Las materias previamente definidas por las autoridades académicas deben desarrollar un componente práctico, frente al ejercicio de la función policial.
	Continuidad de los docentes	Los docentes titulares deben permanecer durante el desarrollo total de la materia asignada salvo se presente una situación de fuerza mayor (enfermedad, misión oficial fuera de la ANSP, accidente)
	Legal	Los planes de estudio deben cumplir con la intensidad horaria o unidades valorativas previamente establecidas
Realizar el registro académico	Veracidad	Sin errores de tipo gramatical o numérico, especialmente relacionado con nombres, apellidos, identificación y título académico.
	Legal	Solo se le entregará certificado o diploma, a quien cumpla con los requisitos previamente establecidos por las autoridades académicas

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 69 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

<b>Administrar Material Bibliográfico</b>	Flexibilidad Horaria	Cumplimiento horario establecido
<b>Asistencia psico-social</b>	Eficacia	Cumplimiento de los talleres programados por periodo académico y a toda la población establecida

Además, debe identificar de forma clara los requerimientos legales que se establecen en los documentos de entrada de cada una de las actividades relacionadas con la planificación y ejecución del proceso de Gestión Académica y en el cuadernillo de estudios N°5 Fundamentos del Sistema Educativo Policial Integral (SEPI) de la Academia Nacional de Seguridad Pública.

#### **8.3.4. CONTROLES DE DISEÑO Y DESARROLLO.**

Los controles de este apartado, dentro de la ANSP, varían teniendo en cuenta factores como el tipo de servicio, características y marco normativo aplicable; gestionando la incorporación de los materiales necesarios para atender las necesidades de sus usuarios internos y externos, a través, de las diferentes fuentes de información y líneas de acción establecidas en diversos tipos documentales como manuales, guías, procedimientos, etc. No obstante, el desarrollo de las actividades de los procesos misionales de SI-CP-001 Selección e Ingreso, GA-CP-001 Gestión Académica e IP-CP-001 Investigación y Proyección Social, brinda elementos para su control (indicadores del proceso).

### **8.4. CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE**

#### **8.4.1. GENERALIDADES**

En el proceso de Administración de Recursos Financieros se asegura que los bienes y servicios cumplan los requisitos, de acuerdo a la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP) y de la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado y el Sistema de Administración Financiera Integrado.

#### **8.4.2. TIPO Y ALCANCE DEL CONTROL**

A través del proceso de Administración de Recursos Financieros y de los procesos que se conviertan en requirentes de bienes y servicios, se definirán las características técnicas de los bienes y servicios adquiridos para el funcionamiento de la ANSP.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 70 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

### **8.4.3. INFORMACIÓN PARA LOS PROVEEDORES EXTERNOS**

La ANSP, brindan la información a sus proveedores de acuerdo con las formas de contratación establecidas por la ley (licitación pública, libre gestión y contratación directa) y aquellas disposiciones definidas por la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional-UACI.

## **8.5. PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO**

### **8.5.1 CONTROL DE LA PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO**

La ANSP, ha documentado los procesos para satisfacer las necesidades y expectativas de sus partes interesadas, con el fin de alcanzar los resultados mediante la planificación que, bajo condiciones controladas, permita contar con:

- La disponibilidad de información que describa las características de los servicios.
- La utilización de equipos apropiados.
- La disponibilidad de información que permita el seguimiento y la medición.
- La implementación de acciones para prevenir errores humanos.

### **8.5.2. IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD**

Los servicios a realizar y los ejecutados, se encuentran planificados en las diferentes etapas del ciclo PHVA, lo cual permite la descripción, evidencia y trazabilidad en las diferentes actividades del proceso.

### **8.5.3 PROPIEDAD PERTENECIENTE A LOS USUARIOS O PROVEEDORES EXTERNOS**

El único evento donde se podrá establecer una propiedad perteneciente al usuario, es respecto a la propiedad intelectual de las tesis y/o trabajos de grado (propiedad literaria, artística, científica e industrial) según lo establecido en el decreto legislativo 604 del 15/07/1993, donde se aprobó la Ley de Fomento y Protección de la Propiedad Intelectual.

### **8.5.4. PRESERVACIÓN**

La ANSP, cuenta con el Proceso de Gestión Documental, el cual debe resguardar, manipular y controlar de manera adecuada el cumplimiento de los requisitos establecidos por la Ley de Acceso a la Información Pública, Reglamento de la Ley de Acceso a la Información Pública y los Lineamientos de Gestión Documental y Archivo a fin de permitir la consulta y verificación de los productos del SGC.

## **8.6. LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS**

La ANSP, mediante el Proceso de Gestión Documental cumple con las disposiciones legales referentes a brindar información a los usuarios y partes interesadas; dicha información deberá ser

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 71 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

previamente autorizada por la Dirección y haber completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas.

### **8.7. CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES**

La ANSP, a través del Proceso de Gestión de Calidad, ha implementado la metodología para la “formulación del plan de gestión de riesgos” y para la “Mejora”; con lo cual se previenen e identifican las no conformidades e incumplimientos detectados respecto a los requisitos del SGC; con este resultado se completa el formato GC-FR-011 “formato Plan de Mejora”.

## **9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO**

### **9.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.**

#### **9.1.1. GENERALIDADES**

La medición, seguimiento, análisis y mejora del Sistema de Gestión de Calidad de la ANSP constituye el insumo principal para la aplicación de la mejora continua; por tal razón, se establece como lineamiento en el presente manual, la obligatoriedad de evaluar de manera trimestral la gestión de los procesos de la organización de acuerdo a los parámetros fijados en la metodología de “Mejora”, conservando las fuentes de información como soporte y evidencia objetiva del origen de los datos relacionados con los indicadores de medición.

Así mismo los procesos deben estar encaminados a cumplir con el Sistema de Supervisión y Mejoramiento de la Calidad de la Educación Superior de El Salvador, como parte de la evaluación de la ANSP, aplicada por parte del Ministerio de Educación.

#### **9.1.2. SATISFACCIÓN DEL USUARIO**

La ANSP, mediante el SGC, realiza mediciones utilizando parámetros métricos (encuestas) de percepción de los usuarios; tomando como base la retroalimentación recibida del Proceso de Gestión de Calidad, conforme a las incidencias detectadas en las no conformidades.

#### **9.1.3. ANÁLISIS Y EVALUACIÓN**

En el SGC, los líderes de procesos son responsables de recopilar y analizar los datos, con el fin de identificar las oportunidades de mejora mediante indicadores de gestión (cualitativos y/o cuantitativos) que determinen el cumplimiento de los objetivos de calidad.

### **9.2 AUDITORIA DE CALIDAD**

La ANSP, establece mediante el Proceso de Gestión de Calidad y la metodología para “Realizar Auditoria de Calidad”, los lineamientos que indican la metodología para verificar que el SGC cumple con los requisitos que determina la norma ISO 9001:2015, definiendo los siguientes aspectos:

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 72 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

- Programa anual de auditoría de Calidad.
- Establecer los criterios y el alcance de la auditoría de calidad.
- Informar los resultados de la auditoría de calidad a la Dirección General.
- Realizar la verificación del plan de mejora del año anterior, tomando en cuenta los incumplimientos a los requisitos del SGC que se hayan identificado.

### **AUDITORÍA DE CALIDAD**

En la institución se realizarán auditorías de calidad al Sistema de Gestión de Calidad, que se refieren a la verificación del cumplimiento de los requisitos y criterios definidos en sus procesos, que buscan proveer la generación de valor, toma de decisiones, mitigar los riesgos y la mejora institucional.

La actividad de auditoría de calidad se desarrolla con independencia, objetividad y bajo la orientación de los principios rectores de integridad, imparcialidad, debido cuidado profesional, confidencialidad y enfoque basado en la evidencia, concebida como un ejercicio que busca evaluar la gestión y el control de los procesos documentados e identificar los aspectos que requieren mejorar para fortalecer el desempeño y correcta ejecución de los mismos.

El desarrollo de la auditoría de calidad, se ejecutará bajo las siguientes fases:

- Fase de programación general de auditorías.
- Fase de planeación de la auditoría.
- Fase de ejecución de la auditoría.
- Fase de comunicación de resultados de auditoría.
- Fase de seguimiento al cumplimiento de los planes de mejora.

Cada fase debe considerar la ejecución de tareas y actividades que serán descritas en la presente guía y formatos diseñados para su ejecución.

#### **I. FASE DE PROGRAMACIÓN GENERAL DE AUDITORÍAS:**

La fase comprende desde el conocimiento previo de los procesos documentados del Sistema de Gestión de Calidad hasta la formulación del Programa anual de Auditorías, el cual establece los objetivos y metas a cumplir por el equipo auditor durante su vigencia.

Los criterios mínimos que deben ser tomados en cuenta para la construcción del programa anual de auditorías son:

- a. **DIRECTRICES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD, ALTA DIRECCIÓN Y COMITÉ DE CALIDAD.**

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 73 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

El equipo de Auditores de Calidad y la Secretaría Técnica y de Planificación Institucional, tomará en cuenta las directrices plasmadas en los procesos documentados, aquellas emanadas desde la Alta Dirección y el Comité de Calidad, en búsqueda de la verificación de la gestión y mejoramiento continuo.

**b. PRIORIZACIÓN DE LOS PROCESOS BAJO EL ENFOQUE DE RIESGOS.**

Tomar en cuenta aquellos procesos que una vez analizados bajo el enfoque de riesgos son prioritarios y pueden llegar a afectar o impactar la gestión institucional, priorizando aquellos procesos que tengan ver con la misionalidad institucional y aquellos que tengan la mayor cantidad de riesgos y acciones de control identificadas, o que presenten incumplimientos consecutivos en sus planes de tratamiento.

**c. CAPACIDAD OPERATIVA DEL EQUIPO AUDITOR DE CALIDAD.**

Para estructurar la programación de auditorías es necesario evaluar la capacidad operativa del Equipo Auditor, en aras de asegurar su disponibilidad, los cuales serán nombrados por el Director General y el desarrollo adecuado de la actividad, a partir de los siguientes aspectos:

- Disponibilidad del equipo auditor durante el período programado para la auditoría.
- Recursos logísticos y tecnológicos para el cumplimiento de la actividad.

**d. CONSOLIDACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍAS.**

- La elaboración del programa anual de auditorías será realizada en coordinación entre el equipo auditor y la Secretaría Técnica y de Planificación Institucional.
- Aprobación del programa anual de auditorías por la Dirección General a recomendación del Comité de Calidad.
- Difusión del programa de auditorías aprobado por la Dirección General, por parte de la Secretaría Técnica y de Planificación Institucional, a través de los medios internos de comunicación.
- En las auditorías al Sistema de Gestión de Calidad, cuando sea necesario podrán incluirse en el equipo auditor expertos técnicos, quienes deberán operar bajo la dirección del equipo auditor y su función será de apoyo.

**II. FASE DE PLANEACIÓN DE LA AUDITORÍA:**

La planeación de las auditorías del SGC contiene los siguientes pasos:

1. Con base a propuesta de la Secretaría Técnica y de Planificación Institucional la Dirección General designará al líder y equipo auditor, diez (10) días hábiles antes de realizar la auditoría.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 74 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

2. Los miembros del Equipo Auditor no podrán auditar procesos en los cuales estén involucrados o que sean parte del mismo.
3. El equipo auditor debe elaborar el plan de auditoría a realizar, en caso de ser necesario pueden incluirse profesionales expertos. El Plan de Auditoría (GC-FR-017) debe incluir objetivos de la auditoría, criterios, alcance incluyendo los procesos documentados a auditar, fechas y lugares donde se van a realizar las actividades de auditoría, hora y duración estimadas de las acciones en el sitio.
4. El auditor líder debe enviar el plan de auditoría al Líder de Proceso auditado, cinco (5) días hábiles antes del inicio de la auditoría, esto con el fin de establecer fechas, duración, acceso a documentos y registros.
5. El auditor líder debe comunicarse con el líder de proceso que será sujeto de auditoría de calidad y solicitar la información necesaria; el gestor de proceso será el enlace con el equipo auditor, en caso que el gestor de proceso esté ausente el líder de proceso justificará la ausencia y será este quien atienda al equipo auditor.

### III. FASE DE EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA

En esta fase se desarrolla el plan de auditoría, se ejecutan las actividades definidas para obtener y analizar toda la información de los procesos que se auditan y obtener evidencia suficiente para emitir resultados, esta fase consta de los siguientes pasos:

1. **Reunión de apertura e inicio de la auditoría, para lo cual se tendrá en cuenta lo siguiente:**
  - a. Debe estar presente el líder y gestores de proceso objeto de auditoría.
  - b. El líder del equipo auditor comunicará el objetivo y alcance de la auditoría.
  - c. Presentación del equipo auditor, incluyendo los expertos técnicos en caso de ser necesario, así como los métodos de auditoría.
  - d. El gestor de procesos será el encargado de facilitar y agilizar la labor de auditoría, entre las actividades que desarrollará el gestor de procesos se encuentran las siguientes:
    - Colaborar con los auditores a identificar a las personas que participarán en la ejecución de la auditoría.

	<b>GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>CÓDIGO :</b> GC-MA-002
	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	<b>PÁG. :</b> 75 de 81 <b>FECHA :</b> 17/07/2020 <b>VERSIÓN:</b> 0

- Proporcionar aclaraciones, recopilación de información y documentación necesaria para la ejecución de la auditoría.

e. Se debe informar en la apertura y cierre de la auditoría, el compromiso del equipo auditor, líderes y gestores de proceso auditado, sobre el resguardo y confidencialidad de la información; lo anterior deberá quedar documentado en las actas.

f. Registro de esta actividad en el formato de acta (GD-FR-008), el cual debe contener lo siguiente:

Título del acta: REUNIÓN DE APERTURA DE LA AUDITORÍA (se escribe el proceso a auditar).

#### **TEMAS A TRATAR**

- Objetivo de la auditoría.
- Alcance de la Auditoría.
- Presentación del plan de auditoría
- De acuerdo con la interacción de información previa de la auditoría, presentar ante los asistentes el plan a desarrollar.
- Presentación equipo auditor
- Observaciones de los asistentes.
- Resguardo y confidencialidad de la información
- Designación del Enlace de Auditoría
- Firma de los intervinientes.

#### **2. Realización de las actividades de auditoría**

- a. Cada auditor en el ejercicio de auditoría dejará los registros de la verificación efectuada a cada proceso documentado, en la Lista de Verificación código GC-FR-018.
- b. Se debe obtener la información y documentación necesaria para iniciar la auditoría.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 76 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

- c. Los registros físicos y electrónicos que soportan el proceso serán una de las fuentes donde se obtienen datos, los cuales deben relacionarse claramente en los documentos de trabajo.
- d. Determinación de la muestra de auditoría: cuando no es posible realizar una verificación total de las actividades o hechos ocurridos en un proceso, se determinará una muestra la cual debe ser representativa de acuerdo con la complejidad del proceso.
- e. Métodos para recopilar información: para la ejecución de las labores de verificación se tendrán en cuenta, entre otras las siguientes técnicas:

MÉTODOS DE AUDITORÍA	
Entrevista	Es una conversación que se da entre una, dos o más personas guiada por un entrevistador designado para preguntar con base a la planeación de la auditoría.
Observación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consiste en observar a las personas, los procedimientos o los procesos.</li> <li>- Una limitación importante de la observación es que proporciona información en un momento determinado, por lo que el auditor no puede concluir que lo observado es representativo de lo que sucede de forma general. Este método suele documentarse a través de fotografías, videos o atestados documentales.</li> </ul>
Revisión de documentos incluyendo los registros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La revisión de comprobantes se realiza específicamente para probar la validez de la información documentada o registrada.</li> </ul>

- f. Aplicación de pruebas de apoyo: como evidencia del desarrollo de esta actividad los auditores deben registrar la información en el formato Prueba de Apoyo GC-FR-019.
- g. Dentro de la prueba de apoyo debe registrarse la información de lo que se verificó e indicar clara y específicamente aquella que presentó incumplimientos o no conformidades.
- h. Cuando un auditor evidencie una no conformidad del proceso o procedimiento, debe comunicarlo al líder de proceso y dejar registro de lo actuado, en el formato reporte de no conformidad GC-FR-020.

### 3. Reunión de cierre de auditoría

- a. Reunión de cierre de la auditoría, debe estar presente el líder de proceso, con el objeto de exponer los resultados de la auditoría por parte del equipo auditor y permitir que se den a conocer los argumentos del auditado, en caso de presentarse desacuerdos frente a los resultados, así como resolver las dudas que surjan sobre estos. En caso que el líder auditado no esté de acuerdo con alguna no conformidad, tendrá 3 días hábiles para presentar las evidencias respectivas.

	<b>GESTIÓN DE CALIDAD</b>	CÓDIGO : GC-MA-002
	<b>MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</b>	PÁG. : 77 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

Realización de acta de cierre (GD-FR-008) que debe contener lo siguiente:

<p><b>Título:</b></p> <p>REUNIÓN DE CIERRE DE LA AUDITORÍA AL SGC POR PARTE DEL EQUIPO AUDITOR</p> <p><b>TEMAS A TRATAR:</b></p> <p>Presentación resultados de la auditoría</p> <p>Fortalezas (si las hubiere),</p> <p>No conformidades (si las hubiere),</p> <p>Acciones de mejora</p> <p>Conclusiones</p> <p>Intervención de líder o gestores del proceso auditado en caso de considerarlo.</p> <p><b>Cierre de la auditoría.</b></p> <p>Se relaciona la finalización de la auditoría en sitio, expresando quien presidió la reunión y se firma.</p>
--

#### **IV. FASE DE COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA AUDITORÍA**

##### **1. Informe de Auditoría**

Constituye la fase final de la actividad de Auditoría, en la cual se dan a conocer los resultados del ejercicio de auditorías al proceso de gestión de calidad junto al soporte documental para sustentar el informe de auditoría.

Las dependencias o procesos que han sido auditados deben aplicar la metodología para la Mejora, para la elaboración de los planes de mejora correspondientes.

##### **Informe Final de Auditoría**

Constituye la fase final de la actividad de Auditoría, en la cual se dan a conocer los resultados finales del ejercicio de auditorías, junto al soporte documental para sustentar el informe final de auditoría.

El líder de auditores del proceso de gestión de calidad elaborará el informe de auditoría realizada, dentro de los cinco (5) días hábiles después de lo descrito en la fase de comunicación de los resultados de la auditoría, el cual debe contener como mínimo los siguientes aspectos:



## GESTIÓN DE CALIDAD

CÓDIGO : GC-MA-002

PÁG. : 78 de 81

FECHA : 17/07/2020

VERSIÓN: 0

## MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

### a. AUDITORIA AL SGC DE LA ACADEMIA NACIONAL DE SEGURIDAD PÚBLICA

#### INFORME FINAL

#### 1. OBJETIVOS

##### 1.1 Objetivo General

Escribir el objetivo general de la auditoría.

##### 1.2 Objetivos Específicos

Escribir la relación de los objetivos específicos de la auditoría

#### 2. ALCANCE

Escribir el alcance de la auditoría.

#### 3. METODOLOGÍA

Describir las técnicas de auditoría que fueron utilizadas para el desarrollo de la misma.

#### 4. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

##### 4.1 EJECUCIÓN PLAN DE AUDITORÍA

En este punto debe incluirse, la ejecución del plan de auditoría, manifestando si se cumplió o no cada actividad, con las observaciones del caso si fuera necesario.

#### 5. FORTALEZAS O ASPECTOS RELEVANTES

En este numeral del informe, los auditores reconocen un desempeño satisfactorio observado en la dependencia auditada si existiere.

#### 6. RELACIÓN DE NO CONFORMIDADES

La situación evidenciada del ejercicio de la auditoría debe registrarse con la menor cantidad de palabras posibles, claras y entendibles, describiendo la ubicación, la naturaleza de la no conformidad, la evidencia, requisito, norma o procedimiento incumplido. La información relacionada con las no conformidades debe ser reportada mediante el diligenciamiento del formato Reporte de Hallazgos GC-FR-020.

**El auditor estará en la capacidad de clasificar las no conformidades de acuerdo a al nivel siguiente:**

**Misionales:** están ligados directamente al establecimiento de lineamientos y a la realización del producto o a la prestación del servicio educativo policial, en cumplimiento del objeto o razón de ser de la ANSP.

**Gerenciales:** están vinculados al ámbito de las responsabilidades de la Dirección. Se refieren fundamentalmente a los procesos de planificación, establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, medios y métodos de comunicación, gerenciamiento del talento humano entre otros que se consideran ligados a factores claves o estratégicos.

**De Soporte:** suministran los recursos, servicios e información necesarios a los demás procesos para el cumplimiento de los objetivos de cada uno.

**Hallazgos de la auditoría:**

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 79 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

Los hallazgos de la auditoría pueden indicar conformidad o no conformidad, los cuales deben incluir las buenas prácticas junto con la evidencia que las apoya y las oportunidades de mejora.

1. Conformidad: que cumpla con los requisitos fijados en el Sistema de Gestión de Calidad; así como exaltar las buenas prácticas.
2. No conformidad:
  - a) En caso de ser aplicable:
    - ✓ Tomar acciones para controlarla y corregirla
  - b) Evaluar en caso de considerarlo necesario, las acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de prevenir su ocurrencia en todo el Sistema:
    - ✓ Revisión y análisis de la no conformidad
    - ✓ Determinar las causas de la no conformidad
    - ✓ Establecer si existen no conformidades similares, o que puedan llegar a ocurrir
  - c) Implementar acciones que representen oportunidad de mejora
  - d) Si fuere necesario, proponer actualizar los riesgos determinados durante la planificación
  - f) El Sistema de Gestión de Calidad es dinámico, lo que permite que se puedan realizar ajustes que optimicen su funcionamiento.

Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.

Se realizará la relación de no conformidades y observaciones de acuerdo a los resultados de la reunión de cierre, los cuales deben describirse teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

Hallazgo N°.

Nivel: Misional ( ) Gerencial ( ) De soporte ( )

Proceso:

Procedimiento:

Redacción hallazgo.

Se debe registrar el incumplimiento observado en el ejercicio de la auditoría indicando de forma clara y específica la evidencia que soporta el hallazgo.

Criterio: *(Relacione normatividad, procesos, procedimientos, estrategias, entre otros, incumplidos por la unidad auditada y que generaron el hallazgo.)*

## 7. CONCLUSIONES

Las conclusiones de la auditoría son opiniones que surgen de comparar los objetivos planteados para la auditoría, con los hallazgos, evidenciados en el desarrollo de la misma.

## 8. RECOMENDACIONES

Acción de aconsejar o recomendar a alguien algo como bueno o conveniente que permite a los procesos o dependencias realizar acciones preventivas para mejorar el desempeño.

Firma auditor líder

1. El Jefe de la Secretaría Técnica y de Planificación Institucional, debe distribuir el informe final de la auditoría así:

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 80 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

- a. A las dependencias auditadas, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes después del plazo de la elaboración del informe final.
  - b. A los líderes de procesos, se remitirá el formulario que contienen los hallazgos en los procesos que lideran, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes después del plazo de entrega del informe final.
2. En caso que producto de la auditoria se evidencien hallazgos o incumplimientos la dependencia o proceso, sujetos de auditoria de calidad se remitirá a la metodología para la Mejora, para la elaboración de las correcciones o acciones de mejora correspondientes.

#### V. FASE DE SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

El seguimiento es la supervisión y monitoreo a la implementación y ejecución de la acción correctiva, o verificar el cumplimiento de una corrección, buscando comprobar que se cumpla con lo planificado y que las evidencias solicitadas sean las requeridas.

Con base a la metodología determinada para la Mejora, de manera selectiva los auditores en las diferentes auditorias revisarán la efectividad de las acciones implementadas.

### 9.3 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

#### 9.3.1 GENERALIDADES

La Dirección General de la ANSP, realizará la verificación del Sistema de Gestión de Calidad de la institución, al menos una vez al año, para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación con la Planeación Estratégica y su contribución al logro de los objetivos institucionales.

#### 9.3.2 ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Mediante el proceso de Direccionamiento Estratégico y la "Guía para realizar Revisión por la Dirección" (DE-GU-001), la Secretaría Técnica y de Planificación Institucional, entregará el Informe de Revisión por la Dirección a la Dirección General.

#### 9.3.3 SALIDAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Las salidas de la Revisión por la Dirección son las decisiones y acciones reflejadas en un documento que establezca las oportunidades de mejora, necesidades de cambio en el SGC (incluyendo la política y los objetivos de calidad) y la priorización de recursos para asegurar la continuidad SGC en la ANSP y aumentar la satisfacción del usuario y partes interesadas.

	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO : GC-MA-002
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PÁG. : 81 de 81 FECHA : 17/07/2020 VERSIÓN: 0

## 10. MEJORA

### 10.1. GENERALIDADES.

La ANSP, tiene la obligación de mejorar permanentemente el desempeño del Sistema de Gestión de Calidad, a fin de alcanzar la visión y cumplir de manera efectiva la misión institucional; por ello, es parte de su cultura institucional aplicar las correcciones y acciones correctivas pertinentes frente a las oportunidades de mejora identificadas durante las autoevaluaciones de gestión, auditorías de calidad, materialización de riesgos, identificación del servicio no conforme y demás insumos que permitan diseñar acciones para eliminar la causa raíz de la situación o problema presentado.

### 10.2. NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA.

La ANSP, ha establecido que por medio del "Formato plan de mejora" (GC-FR-011) se evidenciará el registro y la corrección, basado en los lineamientos de mejora establecidos en la metodología para la "Mejora", a fin de implementar acciones necesarias para evitar reincidencias y garantizar el cumplimiento de los requisitos del SGC.

### 10.3. MEJORA CONTINUA.

La ANSP, tiene como compromiso la mejora continua a fin de garantizar la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC, tomando en cuenta la política y los objetivos de calidad, los resultados de la auditoría y las acciones de mejora que la Dirección determine.

## BIBLIOGRAFÍA

LEY ORGANICA DE LA ACADEMIA NACIONAL DE SEGURIDAD, Decreto Legislativo N°195 ( ÓRGANO LEGISLATIVO 03 de 03 de 1992).

NORMA TECNICA SALVADOREÑA NTC-ISO 9001 2015-OSN.

LINEAMIENTOS DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVOS "GUÍA GRAFICA DE EXPLICACIÓN" IAIP-2017.

PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2015-2019 "FORMACIÓN INTEGRAL EN SEGURIDAD PUBLICA CON PARTICIPACIÓN SOCIAL.

CALIDAD Y SERVICIO CONCEPTOS Y HERRAMIENTAS MARTHA HELENA VARGAS QUIÑONEZ, LUZ ANGELA ALDANA DE VEGA ECOE UNIVERSIDAD DE LA SABANA-COLOMBIA.

