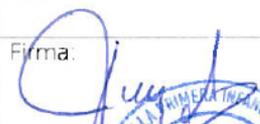




Código: DOC.GPDI.003	Versión de revisión/actualización: VERSIÓN: 01	Fecha: 14/9/2023
-------------------------	---	---------------------

MANUAL DE PROCESOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

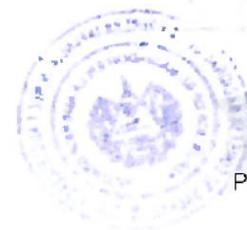
Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Lic. Erick Alberto Castro Ing. Mauricio Alens Umaña Unidad de Gestión de la Calidad	Licda. Liliana López Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional	Licda. Linda Amaya de Morán Directora Ejecutiva
Firma/s 	Firma 	Firma 
Sello 	Sello: 	Sello: 



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	3
II.	OBJETIVO Y ALCANCE DEL MANUAL	4
III.	MARCO LEGAL	4
IV.	MARCO ESTRATÉGICO	5
V.	NORMALIZACIÓN PARA CONSTRUCCIÓN DE DOCUMENTOS DE CALIDAD.....	6
VI.	LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN DOCUMENTO	8
VII.	TIPOGRAFÍA DEL DOCUMENTO	9
VIII.	FORMATO DE DOCUMENTOS DE CALIDAD	10
IX.	RESPONSABLES DE LA CONSTRUCCIÓN DEL DOCUMENTO	13
X.	REGISTROS DE LOS DUCUMENTOS	13
XI.	ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DE CALIDAD	14
XII.	PROCESAMIENTO DE LOS DOCUMENTOS.....	21
XIII.	APROBACIÓN DE UN DOCUMENTO	23
XIV.	HOJA DE RUTA PARA LA APROBACIÓN DE UN DOCUMENTO	23
XV.	FUNCIONES DE LOS RESPONSABLES DEL DOCUMENTO	23
XVI.	IMPLANTACIÓN, DISTRIBUCIÓN, REVISIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS.	24
XVII.	RESPONSABLES.....	24
XVIII.	IMPLANTACIÓN.....	25
XIX.	DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS.....	25
XX.	REVISIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS.....	26
XXI.	AUDITORÍA INTERNA DE PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO.....	27
XXII.	REGISTROS	32
XXIII.	ANEXOS: FORMULARIOS.	33





Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

I. INTRODUCCIÓN

Un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) es un conjunto de elementos interrelacionados enfocado en la gestión por procesos de trabajo orientados en alcanzar la calidad de un servicio. Estos elementos son los recursos disponibles, los procesos implementados, las políticas vigentes y los objetivos institucionales trazados. De su interrelación y alineación resulta la implantación eficaz y eficiente del SGC.

Con la implantación del SGC, el Consejo Nacional de la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia (CONAPINA), se constituye como una institución garante del cumplimiento de los derechos, mediante la gestión de la calidad en los servicios brindados a su población objetivo en las Juntas de Protección, Centros de Acogimiento e Integración y Programas desarrollados a nivel nacional.

La Gerencia de Planificación y Desarrollo Institucional tiene por competencia ser garante del SGC, que ejecuta a través de la Unidad de Gestión de la Calidad, en consonancia con las directrices emanadas desde la Dirección Ejecutiva. El SGC enfoca el énfasis en los procesos, a fin de que el trabajo institucional se estandarice y se mejore la capacidad de llevar a cabo las tareas laborales maximizando la eficiencia, orientando las acciones hacia la excelencia en términos de calidad y priorizando la innovación.

A través de la Unidad de Gestión de la Calidad, se apoya a las unidades organizativas para definir y actualizar el conjunto de procesos y procedimientos institucionales a fin de generar seguridad razonable en la consecución de objetivos y metas institucionales, implementando para ello controles internos.

La gestión por procesos se ayuda de estos controles internos para cumplir los objetivos siguientes:

- a) Orientar los procesos con los objetivos institucionales para optimizar los recursos y obtener mejores resultados de gestión.
- b) Lograr eficiencia y eficacia en las operaciones.
- c) Obtener confiabilidad y oportunidad de la información.
- d) Cumplir con leyes, reglamentos, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables.

Para sistematizar, estandarizar y homologar los procesos, se presenta el Manual de Procesos de Gestión de la Calidad. Este manual tiene como finalidad establecer las políticas y normas que regulan la elaboración de procesos, procedimientos, manuales, instructivos y formularios a utilizar. Este manual amplía lo establecido en el DOC.GPDI.001 "Lineamientos para la Formulación de Documentos Administrativos CONAPINA" de fecha 8 de marzo de 2023.



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

II. OBJETIVO Y ALCANCE DEL MANUAL

2.1 Objetivo:

Proporcionar las directrices para desarrollar el SGC a través de la gestión por procesos y estandarización de la calidad de los servicios, a fin de contribuir al mejor desempeño institucional y facilitar la toma de decisiones gerenciales y operativas en pro del cumplimiento de los derechos de la primera infancia, niñez y adolescencia.

2.2 Alcance:

Unidades organizativas del CONAPINA. Los documentos de calidad tienen alcance a nivel nacional, y tienen aplicación a partir de su firma.

III. MARCO LEGAL

-Ley de Procedimientos Administrativos regula la eliminación de requisitos innecesarios; No obligación de comparecencia a los trámites; Uniformidad de documentos; expedientes y uso de formularios oficiales; Creación de expedientes administrativos; Registro de presentación de documentos; Constancias de recepción de escritos y documentos.

-Ley de Acceso a la Información Pública tiene como objeto garantizar el derecho de acceso de toda persona a la información pública, a fin de contribuir con la transparencia de las actuaciones de las instituciones del estado.

-Ley de Creación del Sistema Salvadoreño para la Calidad en su Art. 3 establece que la finalidad del Sistema es desarrollar una cultura de calidad en las actividades de producción de bienes y la prestación de servicios, así como su mejora continua y promoción de la innovación;

-Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública define la calidad en la gestión pública como una cultura transformadora que impulsa a la Administración Pública a su mejora permanente para satisfacer cabalmente las necesidades y expectativas de la ciudadanía con justicia, equidad, objetividad y eficiencia en el uso de los recursos públicos.

-Carta Iberoamericana de los Derechos y Deberes del Ciudadano en Relación con la Administración establece que los ciudadanos son titulares del derecho fundamental a la buena Administración Pública, que consiste en que los asuntos de naturaleza pública sean tratados con equidad, justicia, objetividad, imparcialidad, siendo resueltos en plazo razonable al servicio de la dignidad humana.



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

-Carta Iberoamericana de la Función Pública persigue definir las bases que configuran un sistema profesional y eficaz de función pública, entendiendo a éste como una pieza clave para la gobernabilidad democrática de las sociedades contemporáneas, y para la buena gestión pública

IV. MARCO ESTRATÉGICO

4.1 Objetivo General de la Institución

“Contribuir a que las niñas, niños y adolescentes en El Salvador, gocen plenamente sus derechos; conforme a las directrices de la Política Nacional de Apoyo al Desarrollo Infantil Temprano y las competencias que la Ley Crecer Juntos para la Protección Integral de la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia¹ establecen al CONAPINA”.

4.2 Misión

Somos la institución rectora de derechos de la primera infancia, niñez y adolescencia que garantiza los derechos de niñas, niños y adolescentes, en corresponsabilidad con la familia, el Estado y la sociedad, mediante la articulación del Sistema Nacional de Protección, la defensa efectiva, a través de mecanismos de protección y el impulso de políticas, planes y programas.²

4.3 Visión

Ser la institución que las niñas, niños y adolescentes de El Salvador, reconocen como garante de sus derechos, la que orienta las decisiones de las familias, instituciones públicas y privadas, y la que articula al Sistema Nacional de Protección, a nivel nacional y local.³

4.4 Valores

Los valores son aquellos juicios éticos sobre situaciones imaginarias o reales a los cuales nos sentimos más inclinados por su grado de utilidad personal y social. Los valores de la Institución son los pilares más importantes, con ellos en realidad se define a sí misma, porque los valores de la Institución son los valores de su personal, y especialmente los de sus dirigentes. Para el CONAPINA, se definen los siguientes valores:

VALORES ⁴	
Dignidad Humana	Reconocemos la dignidad humana como fin de los derechos humanos, reflejado en las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos.

¹ Plan Estratégico, CONAPINA

² bis

³ bis

⁴ Plan Estratégico, CONAPINA



Código: DOC.GPDI.003	Versión de revisión/actualización: VERSIÓN: 01	Fecha: 14/9/2023
-------------------------	---	---------------------

Justicia	Obramos respetando los principios de la Ley Crecer Juntos.
Compromiso	Desarrollamos nuestras funciones orientando las capacidades personales e institucionales hacia el cumplimiento de los derechos de niñas, niños y adolescentes.
Integridad	Actuamos en el ámbito privado y público con responsabilidad, equidad, ética, transparencia y en coherencia con la doctrina de protección integral de la niñez y la adolescencia.
Excelencia	Nos comprometemos con una gestión pública de calidad aportando nuestros conocimientos, actitudes y aptitudes para prestar servicios con eficacia y eficiencia en la garantía de derechos de la niñez y de la adolescencia.
Calidez	Actuamos con comprensión, amabilidad, cariños, en todas las actuaciones con las niñas, niños y los adolescentes.
Empatía	Reconocemos y comprendemos los sentimientos de niñas, niños y adolescentes, así como las circunstancias que les afectan en un momento determinado, tratándoles con dignidad y respeto.
Solidaridad	Asumimos el trabajo como compromiso individual y colectivo producto de la cooperación entre todas las personas del CONAPINA.

V. NORMALIZACIÓN PARA CONSTRUCCIÓN DE DOCUMENTOS DE CALIDAD

Tipos De Documentos

Para este SGC, se clasifican cinco tipos de documentos de calidad homologados cada cual, en estructura y formato, que constituyen documentos normados y estandarizados. Están ordenados jerárquicamente respecto de la instancia que los aprueba. Describen las actividades específicas, de sistema y operativas.

Documento (DOC)

Es un documento macro que instruye en directrices o lineamientos transversales aplicables a toda la Institución y está redactado en prosa. Puede ser una política, manual, lineamiento, plan u otro similar. Este documento es aprobado por Dirección Ejecutiva y/o requiere de Acuerdo de Consejo Directivo para su implementación.

Procedimiento (PRD)

Documento que registra la forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso. Es de aplicabilidad específica para una unidad organizativa y generalmente de cumplimiento para otras instancias vinculadas que requieran un servicio. Refleja las etapas secuenciales en un procedimiento,



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

no describe actividades sino etapas. Este documento es aprobado por las Gerencias y Jefaturas de Unidad. Toda unidad organizativa deberá disponer, conforme a su complejidad, de al menos un procedimiento (PRD) general que fije su proceso a falta de una Política o Manual. Esta disposición no es optativa, sino de cumplimiento; por lo tanto, otro documento de calidad (ITR, FOR, MAP) no sustituye a un DOC o PRD.

Mapa de Procedimiento (MAP)

Se recomienda que previo a redactar un PRD debe elaborarse el Mapa de Procedimiento, que es la representación gráfica de éste y ofrece un panorama general resumido que sirve de guía. Utiliza elementos geométricos estandarizados que representan etapas, no actividades. Se sugiere no rebase las dos páginas, dicho mapa pasa a ser parte del procedimiento.

Instructivo de Trabajo (ITR)

Documento que describe los pasos a seguir para la ejecución de una actividad. Refleja cómo proceder respecto del PRD, siendo más específico con actividades y define tareas, responsables, tiempos, entre otros. Un ITR no reemplaza a un DOC ni a un PRD. En consecuencia, está vinculado a uno de éstos.

Formularios (FOR)

Es una matriz para el llenado de datos necesarios para gestionar un servicio o registrar una actividad en un procedimiento de una unidad organizativa. Tiene un formato definido y codificado que no debe alterarse o modificarse en su contenido mínimo, sino únicamente completarse. El registro de estos documentos es competencia del Unidad de Gestión de Calidad.

CONSIDERANDOS:

Los Mapas de Procedimientos (MAP) y Formularios (FOR) no requieren firma para su aprobación; sin embargo, ya que están vinculados a un DOC o PRD en la tabla de registros, deben haber sido previamente validados por el Unidad de Gestión de Calidad para que formen parte de la Base Documental y del Punto de Consulta y ser aplicados.

EL MAP y el FOR forman parte del corpus del documento matriz que lo contiene. Una modificación a éstos implica una NO CONFORMIDAD si no tiene el Visto Bueno (Vo.Bo.) de la GPDI.

Todo cambio a éstos debe ser comunicado previamente. La socialización de los documentos de calidad es competencia de las jefaturas de las unidades organizativas, así como su responsabilidad garantizar la implementación.

Siendo que el MAP está ligado al PRD, llevan el mismo código. Se presenta el ejemplo siguiente de cómo construirlos:

Documento de calidad	Código	PRD	MAP	SU	001
----------------------	--------	-----	-----	----	-----



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

Procedimiento	PRD.SU.001	Procedimiento		Unidad organizativa	N° correlativo
Mapa de Calidad	MAP.SU.001		Mapa de Proceso		

Los formularios llevan la misma codificación que todos los documentos de calidad. Ejemplo: FOR.SU.001

Es responsabilidad de cada jefatura socializar sus documentos con las unidades organizativas o responsables del mismo.

VI. LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE DOCUMENTOS

La elaboración de los documentos, su actualización y la disponibilidad de un Punto de Consulta; físico (impreso) o digital (alojado en dispositivo electrónico o plataforma virtual) es responsabilidad de cada unidad organizativa.

Con base en estas disposiciones, la jefatura de cada unidad organizativa debe designar la figura de **REFERENTE DE CALIDAD** para la coordinación con la Unidad de Gestión de la Calidad, a fin de volver expedita la gestión por procesos, optimizar los recursos y volver eficientes y eficaces los procesos de trabajo. Será responsabilidad del **REFERENTE DE CALIDAD** y de la jefatura de cada unidad organizativa, la actualización del **PUNTO DE CONSULTA**, así como que esté disponible en un lugar accesible y seguro, en versión física y digital. La Unidad de Gestión de Calidad hará las gestiones necesarias para formar, convocar y evaluar a los Referentes de Calidad.

Para la elaboración de un documento se recomienda seguir un proceso que incluye cuatro etapas principales: planeación, redacción, revisión y edición. La planeación y la redacción son competencia de cada unidad organizativa. La revisión y edición de la GPDI. Como etapa final se remitirá a la jefatura de la GPDI.

6.1 Planeación

- a) Investigar y recolectar información: primaria (encuestas, entrevistas) y secundaria (libros y artículos).
- b) Clasificar, analizar e interpretar la información: Se clasifica por medio de títulos, subtítulos, número romanos. Por ejemplo:
 - I. Título
 - 1.1 Subtítulo



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

- c) Definir objetivo: defina en una o dos oraciones el propósito de este. El objetivo debe ser medible, alcanzable, cuantificable e iniciar con verbo infinitivo.
- d) Adecuar el documento al público meta: es decir a quién va dirigido y el uso que le darán al mismo.
- e) Argumentar el sustento legal del documento. Al hacer referencia de una Ley es necesario citar de forma específica los artículos.
- f) Definir el alcance y la amplitud del escrito: Tiene que ser conciso, pero con la fundamentación legal y administrativa suficiente.

6.2 Redacción

Un documento inicia con un borrador, que refleja una versión preliminar del documento final. Las versiones de borradores implican una mejora continua. Éstos deben realizarse de forma comprensible, congruente y de párrafo continuado, para una mejor redacción del documento.

6.3 Revisión

Implica verificar que tenga el formato establecido, que su estructura sea la correcta. Su contenido debe agregar valor al documento. Revisar la ortografía, acentuación, puntuación, títulos y subtítulos, hacer índice, portada y bibliografía.

6.4 Edición

Se recomienda que esta labor la realice otro par técnico, a fin de que pueda identificar hallazgos potenciales de mejora al documento.

VII. TIPOGRAFÍA DEL DOCUMENTO

La tipografía de los documentos de calidad se corresponde con las directrices emanadas desde la Secretaría de Comunicaciones de la Presidencia de la República, conforme lo estipulado por la Gerencia de Comunicaciones. Para todo documento se utilizarán estas fuentes, como se muestra en el cuadro siguiente:

TIPOGRAFÍA PARA DOCUMENTOS INSTITUCIONALES			
Parte del Documento	Caracterización	Tipografía	Tamaño
Titulos	TODO Y EN NEGRITA	Bembo STD	12
Subtítulo	TODO Y EN NEGRITA	Museo Sans 700	11
Texto general	TODO	Museo Sans 100	11
Encabezado y pie de página	TODO Y EN NEGRITA	Museo Sans 100	11
Pie de página (nota que precisa o amplia)	TODO	Museo Sans 100	10



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

información respecto de un enunciado, ubicada en la parte inferior del documento)			
---	--	--	--

VIII. FORMATO DE DOCUMENTOS DE CALIDAD

Los documentos de calidad tienen un formato estándar. Deben ser impresos a doble cara, tamaño 8.5 x 11.5 (tamaño carta), interlineado 1.25 cm, margen a 2.5 cm a la izquierda, 1.5 a la derecha, 2 cm arriba y abajo. Llevan una portada, constituida por un pie de página sólo en la primera página. En las sucesivas, lleva un encabezado, como se muestra a continuación:

8.1 ENCABEZADO



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
A)	VERSIÓN: B)	1/1/2023 C)

- A) Este tipo de encabezado deberá utilizarse en cinco tipos de documentos descritos anteriormente.
Identificación del documento; según código.
- B) Número de versión del documento. En la etapa de elaboración cuando el documento es aún un borrador, se indica: borrador, número de versión del documento.
- C) Número de página, comenzando el número 1 en la carátula y acompañado del número total de páginas del documento, separados por la palabra "de": Ejemplo página: 1 de 8.

8.2 CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

La codificación de documentos es exclusiva de la Unidad de Gestión de Calidad. Consiste en la asignación alfanumérica de una serie que identifica variables y las codifica para sean únicas e irrepetibles. La codificación está constituida por tres elementos a identificar: el tipo de documento (DOC, MAP, PRD, ITR o FOR) la unidad organizativa que lo genera y el número correlativo, en un rango de tres dígitos.



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

INVENTARIO DE CÓDIGOS DE BASE DOCUMENTAL			
UNIDAD ORGANIZATIVA	CÓDIGO ALFABÉTICO	CÓDIGO NUMÉRICO	DOCUMENTO DE CALIDAD
DIRECCIÓN EJECUTIVA			
Dirección Ejecutiva	DE	001 al 099	DOC, MAP, PRD, ITR o FOR
Unidad de Auditoría Interna	UAI	001 al 099	
UNIDADES DE APOYO A DIRECCIÓN EJECUTIVA			
Gerencia Financiera	GF	001 al 099	DOC, MAP, PRD, ITR o FOR
Gerencia de Comunicaciones	GC	001 al 099	
Unidad de Proyectos y Cooperación	UPC	001 al 099	
Unidad de Compras Publicas	UCP	001 al 099	
Gerencia Legal	GL	001 al 099	
Unidad de Genero	UG	001 al 099	
Gerencia de Innovación y Desarrollo Tecnológico	GIDT	001 al 099	
Gerencia de Planificación y Desarrollo Institucional	GPDI	001 al 099	
Unidad de Acceso a la Información Pública	UAIP	001 al 099	
GERENCIA TÉCNICA			
Gerencia Técnica	GT	001 al 099	DOC, MAP, PRD, ITR o FOR
Departamento de Análisis e Investigación	DAI	001 al 099	
Unidad de Registro, Autorización y Supervisión	URAS	001 al 099	
Unidad de Programas	UP	001 al 099	
Unidad de Políticas	UPO	001 al 099	
Unidad de Derechos Colectivos y Difusos	UDCD	001 al 099	
Unidad de Protección de Derechos Individuales	UPDI	001 al 099	
GERENCIA DE OPERACIONES			
Gerencia de Operaciones	GOP	001 al 099	



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

Unidad de Salud y Nutrición Integral	USNI	001 al 099	DOC, MAP, PRD, ITR o FOR
Unidad de Soporte Logístico	USL	001 al 099	
Unidad de Flota y Mantenimiento Vehicular	UFMV	001 al 099	
GERENCIA ADMINISTRATIVA			
Gerencia Administrativa	GA	001 al 099	DOC, MAP, PRD, ITR o FOR
Unidad de Servicios Generales	USGS	001 al 099	
Unidad de Almacén y Suministros	UAS	001 al 099	
Unidad de Activo Fijo	UAF	001 al 099	
Unidad de Gestión Documental y archivo	UGDA	001 al 099	
Unidad de Medio Ambiente	UMA	001 al 099	
Unidad Especializada de Talento Humano	UETH	001 al 099	

8.3 PIE DE PÁGINA

El pie de página, ubicado en la PORTADA, tiene el formato siguiente:

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
A)	B)	C)
Firma/s:	Firma:	Firma:
Sello/s:	Sello:	Sello:

- A) Nombre, cargo, firma y sello de la JEFATURA RESPONSABLE de la elaboración, de acuerdo con la tabla de responsabilidades.
- B) Nombre, cargo, firma y sello de los responsables de la REVISIÓN, de la Gerencia de Planificación y Desarrollo Institucional.
- C) Nombre, cargo, firma y sello responsable por la APROBACIÓN del documento de acuerdo con la tabla de responsabilidades.



Código: DOC.GPDI.003	Versión de revisión/actualización: VERSIÓN: 01	Fecha: 14/9/2023
-------------------------	---	---------------------

En el Pie de página general ubicar el número de página, comenzando el número 1 en la carátula y acompañado del número total de páginas del documento, separados por la palabra "de": Ejemplo página: 1 de 8.

IX. RESPONSABLES DE LA CONSTRUCCIÓN DEL DOCUMENTO

En la tabla siguiente se enumeran los responsables de construir el documento, de darle el visto bueno y de autorizarlos, conforme a cada nivel de documentación:

RESPONSABLES DE LA CONSTRUCCIÓN DEL DOCUMENTO				
N°	Documento	Firma de elaborado por	Firma de Visto Bueno	Firma de Aprobación
1	Documentos sin formato uniforme, (DOC), Políticas y Manuales.	-Gerencias -Jefaturas de Unidad con dependencia de Dirección Ejecutiva	Jefatura de la Gerencia de Planificación y Desarrollo Institucional	Dirección Ejecutiva con Acuerdo y/o Consejo Directivo
2	Procedimiento (PRD)	-Jefatura de Unidad de Departamento -Coordinaciones	Jefatura de la Gerencia de Planificación y Desarrollo Institucional	-Dirección Ejecutiva -Gerencias
3	Instructivos de Trabajo (ITR)	-Jefatura de Unidad de Departamento -Coordinaciones	Jefatura de la Gerencia de Planificación y Desarrollo Institucional	Gerencias

X. REGISTROS DE LOS DOCUMENTOS

Es una matriz que se incorpora al final de un documento (DOC) o un procedimiento (PRD). Lista y describe todos los documentos vinculados al mismo: Mapa de Procedimiento (MAP) y formularios (FOR).



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

Nº	REGISTRO	ÁREA	CÓDIGO

XI. ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DE CALIDAD

El formato de los documentos de calidad está estandarizado, así también su estructura conforme a su tipología: Documento (DOC), Mapa de Procedimiento (MAP), Procedimiento (PRD), Instructivo de Trabajo (ITR) y Formulario (FOR). Respecto de los DOC, éstos pueden constituirse como: Manual, Política, Protocolo, Lineamientos, Guía, Plan etcétera.

11.1 MANUAL

11.1.1 ¿QUÉ ES UN MANUAL?

Es el documento que describe las actividades que deben seguirse en la realización de las funciones de una unidad organizativa, o de dos o más de ellas. El manual incluye además los puestos o unidades organizativas que intervienen precisando su responsabilidad y participación. Suelen contener información y ejemplos de formularios, autorizaciones o documentos necesarios, dispositivos y equipo de oficina a utilizar y cualquier otro dato que pueda auxiliar al correcto desarrollo de las actividades dentro de la Institución.

En él se encuentra registrada la información básica referente al funcionamiento de las instancias organizativas, facilita las labores de auditoría, la evaluación y control interno y su vigilancia. Es un baremo para identificar si el trabajo se está realizando adecuadamente o no.

11.1.2 ¿QUÉ DEBE CONTENER UN MANUAL?

Un Manual puede ser de contenido descriptivo, o constituirse en un manual de procedimientos, de carácter más específico. También, puede ser una combinación de uno y otro. Ambos son una guía para los procesos de trabajo.

11.1.3 ESTRUCTURA DEL MANUAL

a. Portada

Contiene: imago tipo institucional, título del manual y pie de página. Se estila ubicar en la página siguiente el acuerdo de su aprobación del Consejo Directivo. A continuación, se menciona el contenido que debe tener.

b. Índice o contenido

Relación de los capítulos y páginas correspondientes que forman parte del documento.

c. Prólogo y/o introducción



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

Exposición sobre el documento, su contenido, objeto, áreas de aplicación e importancia de su revisión y actualización. Puede incluir un mensaje de la máxima autoridad de las áreas comprendidas en el manual.

d. Objetivo del Manual

Explicación del propósito que se pretende cumplir. Redactado en verbo. Deber medirse y realizarse. Menciona cómo se logrará.

e. Áreas de aplicación y/o alcance de los procedimientos

Esfera de acción que cubre el manual.

f. Responsables

Unidades organizativas y/o puestos que intervienen en los procedimientos en cualquiera de sus fases.

g. Políticas o Normas de Operación

En esta sección se incluyen los criterios o lineamientos generales de acción que se determinan en forma explícita para facilitar la cobertura de responsabilidad de las distintas instancias que participaban en los procedimientos. Además, deberán contemplarse todas las normas de operación que precisan las situaciones alternativas que presentarse en la operación de los procedimientos.

h. Procedimiento (descripción de las actividades)

Presentación por escrito, en forma narrativa y secuencial, de cada una de las operaciones que se realizan en un procedimiento, explicando en qué consisten, cuándo, cómo, dónde, con qué, y cuánto tiempo se hacen, señalando los responsables de llevarlas a cabo. Cuando la descripción del procedimiento es general, y por lo mismo comprende varias áreas, debe anotarse la unidad organizativa que tiene a su cargo cada operación.

Si se trata de una descripción detallada dentro de una unidad organizativa, tiene que indicarse el puesto responsable de cada operación. Es conveniente codificar las operaciones para simplificar su comprensión e identificación, aun en los casos de varias opciones en una misma operación.

i. Formularios

Formas impresas que se utilizan en un procedimiento, las cuales se intercalan dentro del mismo o se adjuntan como apéndices. En la descripción de las operaciones que impliquen su uso, debe hacerse referencia específica de éstas, empleando para ello números indicadores que permitan asociarlas en forma concreta. También se pueden adicionar instructivos para su llenado.

j. Glosario

Palabras o términos de carácter técnico que se emplean en el procedimiento, las cuales, por su significado o grado de especialización requieren de mayor información o ampliación de su significado, para hacer más accesible al usuario la consulta del manual.



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

11.2 POLÍTICA INSTITUCIONAL

11.2.1 ¿QUÉ ES UNA POLÍTICA INSTITUCIONAL?

Una Política Institucional es un documento que rige, mediante principios o directrices, la conducción de una institución en un tema específico, siendo de carácter transversal. Para su abordaje, se formula mediante un diagnóstico, análisis del problema, aporte de soluciones, formulación de objetivos, enfoques y principios, siendo éstos los elementos básicos de su diseño.

11.2.2 ¿QUÉ DEBE CONTENER UNA POLÍTICA INSTITUCIONAL?

a) Portada

Contiene: imago tipo institucional, título del manual y pie de página. Se estila ubicar en la página siguiente el acuerdo del Consejo Directivo de su aprobación. A continuación, se menciona el contenido que debe tener.

b) Índice o contenido

Relaciona capítulos y páginas correspondientes que forman parte del documento.

c) Prólogo, Antecedentes y/o introducción.

Exposición sobre el documento, su contenido, objeto, áreas de aplicación e importancia de su revisión y actualización. Puede incluir un mensaje de la máxima autoridad de las áreas comprendidas en el manual.

d) Base jurídica, legal, económica, social, entre otras

Sustentan la creación de la política. En ella se debe mencionar los principales documentos jurídicos y administrativos que pueden ser leyes, normas, directrices, decretos ejecutivos, códigos, manuales de instructivos, políticas, entre otros, que dan soporte y razón de ser, al documento que se está presentando.

e) Identificación del problema u oportunidad

La elaboración de una Política Institucional deberá partir de la identificación de la problemática, condición, necesidad o potencialidad del contexto institucional que se requiere transformar y todas las personas usuarias que son actores y afectadas directa e indirectamente de la situación. También puede generarse para dar cumplimiento a un requisito de un estándar normativo a nivel general de la institución.

f) Diagnóstico o validación entorno con evidencia (información de entrada para establecer la viabilidad de la Política)

Las condiciones, situaciones, necesidades o problemáticas que se quieren transformar y así poder determinar los objetivos de la política deben basarse en un diagnóstico o línea de base que permita transitar de la percepción de lo que se requiere cambiar con evidencia situacional de entrada.

g) Elaborar documento preliminar de Política Institucional.



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

La elaboración del documento técnico de la Política Institucional, se debe además analizar el ámbito de aplicación de la política, ya que ésta puede ser de aplicación interna a la Unidad organizativa

h) Redacción de la Política.

Este apartado consiste en la redacción de la política y como tal es el cuerpo central del documento, el que brinda la razón de ser del mismo. En él se debe estipular los principios que van a orientar la toma de decisiones, éstos se deben basar en criterios y declaraciones para así lograr los resultados esperados por la unidad organizativa responsable.

Se recomienda hacer una redacción en prosa, apoyándose en viñetas para señalar puntos específicos. Para la redacción de la política también se puede contar con apartados detallados, los cuales pretenden especificar o puntualizar ciertos elementos que deben cumplirse y que necesitan ser considerados por el usuario, como por ejemplo se puede detallar los requisitos asociados al cumplimiento de la política, también se puede considerar plazos de respuesta que se deben atender, entre otros factores.

i) Ordenar las acciones sustantivas

Realizar mediante la confección del documento de política institucional, lo que se interpreta como canalizar el flujo de acción requerido de manera escrita, esto se llamará líneas de acción y a partir de éstas, se crea el borrador del lineamiento de política, el cual es el documento que se requiere.

j) Validar de aspectos legales del documento.

El documento preliminar se valida por parte de la instancia inmediata superior (Consejo Directivo y Director Ejecutivo. Se procura revisar el vínculo institucional y asegurar que no se generarán cruces contrarios con otras políticas o elementos de direccionamiento estratégico como directrices.

k) Anexos

Lista de documentos complementarios que respaldan actividades.

l) Glosario

Lista de conceptos de carácter técnico relacionados con el contenido y técnicas de elaboración de los manuales de procedimientos, que sirven de apoyo para su uso o consulta.

11.3 MAPA DE PROCEDIMIENTOS

11.3.1 ¿QUÉ ES UN MAPA DE PROCEDIMIENTOS?

Es la representación gráfica de un procedimiento. Hay que tener en cuenta que antes de elaborar un procedimiento es necesario construir el mapa, ya que éste detalla de manera global y profunda el funcionamiento de los procedimientos y actividades. Un mapa del procedimiento muestra las etapas, no las actividades, además de las personas que participan en un procedimiento.



Código: DOC.GPDI.003	Versión de revisión/actualización: VERSIÓN: 01	Fecha: 14/9/2023
-------------------------	---	---------------------

11.3.2 ¿CÓMO CREAR UN MAPA DE PROCEDIMIENTO?

Paso 1: Identifica las etapas relevantes del procedimiento.

Paso 2: Determina las áreas involucradas.

Paso 3: Relaciona etapas con áreas.

Paso 4: Ordena las etapas secuencialmente.

Paso 5: Diseña el flujograma.

11.3.3 ESTRUCTURA BÁSICA DE UN MAPA DE PROCEDIMIENTO

N°	Forma	Definición
1		Inicio y fin
2		Etapas
3		Decisión. Indica la ruta a seguir respecto de una etapa.
4		Conector de página. Con número. Indica que el procedimiento continúa en otra página.
5		Conector de etapa. Con letra. Se utiliza cuando una decisión lleva hacia otra etapa.
6		Flecha de continuidad y sentido del flujo entre etapas.

11.3.4 CARACTERÍSTICAS DE UN PROCESO, PROCEDIMIENTO E INSTRUCTIVO DE TRABAJO

PROCESO	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO
Flujo de secuencias de actividades que transforman elementos de entrada en resultados.	Forma específica de llevar a cabo un proceso.	Describe los pasos correctos para realizar una tarea específica.
¿Qué hacemos? ¿Quién las hace? ¿Dónde tiene lugar? ¿Cuándo sucede?	Cómo se debe realizar el trabajo y por qué	Cómo lograr una tarea específica dentro de un proceso con instrucciones muy detalladas
Orquestación del trabajo	Método obligatorio	Guía de pasos obligatorios



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

Puede responder a 0, 1 o más procedimientos	Puede constar de 0, 1 o más instrucciones de trabajo	Foco en las instrucciones de 1 tarea
Transversal por unidades organizativas	Transversal por Unidades Funcionales o una Unidad	Solo una Unidad Funcional
Participa más de un rol	Participa 1 o más de un rol	Solo 1 Rol
Encapsula las actividades	Explica cómo se debe hacer sin todos los detalles de cómo se hace	Detalla los pasos a seguir en una actividad
Proporciona el modelo de flujo a alto nivel	Documento con texto narrativo o con imágenes si es un mapa (flujo de trabajo).	Documento con el máximo detalle que explica paso a paso las instrucciones que se deben realizar en una actividad.

11.4 PROCEDIMIENTO

11.4.1 ¿QUÉ ES UN PROCEDIMIENTO?

Forma específica de llevar a cabo un proceso. Puede constar de 1 o más instrucciones de trabajo.

11.4.2 ¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE UN PROCEDIMIENTO?

Estandarizar la realización de un proceso, para minimizar errores, desvíos y variaciones. Documenta la forma en que se deben realizar las actividades para facilitar la conformidad consistente con los requisitos técnicos y de calidad del sistema y para respaldar la calidad de los datos.

11.4.3 ESTRUCTURA DE UN PROCEDIMIENTO

Debe definirse:

- a) **Objetivo:** Determina el propósito del procedimiento
- b) **Campo de aplicación:** ¿Dónde se aplica y quienes lo aplican? Se describe brevemente el área o campo de aplicación del procedimiento
- c) **Referencias:** leyes en que se basa. Aquí se registra las políticas aplicables al procedimiento
- d) **Definiciones:** conceptos que deben definirse para mejor comprensión del procedimiento.
- e) **Responsabilidades.** Se determinan funciones y experticias de los puestos de trabajo identificados como dueños de los procesos.
- f) **Descripción de las actividades,** empezando con un verbo presente de modo indicativo en tercera persona ejemplo: realiza, comunica, entrega, planear, hacer, verificar y Actuar.
- g) **Registros:** FOR e ITR vinculados a las actividades.
- h) **Anexos:** Documentos complementarios de registro o indicaciones para las actividades y MAP.

11.5 FORMULARIO

Matriz para el vaciado y registro de datos vinculados a los procedimientos y a las actividades desarrolladas por una unidad organizativa. Respecto de la estructura de un documento de calidad, éste se encuentra ubicado en el apartado REGISTROS.

Su formato de encabezado está estandarizado como todo documento de calidad. Su estructura y contenido se ajustan a las necesidades propias de cada unidad organizativa. Debe tener las



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

características de usabilidad y ser amigable para su fácil comprensión. Su extensión puede rebasar más de una página.

Debe ser completado; en algunos casos, por las partes vinculadas a la actividad descrita; tanto de la persona usuaria o área solicitante como del área que ejecutará la actividad. Es la entrada para brindar un servicio, muy útil para la sistematización e imprescindible para el registro de atenciones a la primera infancia, niñez y adolescencia atendida en los Centros. Todo Manual (DOC) y Procedimiento (PRD) debe integrar formularios (FOR).

Un conjunto de FOR es un insumo que, sistematizado genera estadísticas, mide impactos y genera trazabilidad, entre otras usabilidades.

11.6 INSTRUCTIVO DE TRABAJO

Documento que describe de manera clara y precisa la manera correcta de realizar tareas específicas. Están sobre todo enfocadas a explicar cómo se va a realizar una actividad concreta. Es decir, describen, dictan o estipulan los pasos que se deben seguir para realizar correctamente alguna actividad o trabajo específico. Un ITR no reemplaza a un PRD, sino, lo complementa, y por tanto está vinculado a éste. La figura sola de un ITR constituye una no conformidad.

11.6.1 ¿CÓMO CONSTRUIR UN INSTRUCTIVO DE TRABAJO?

Deberá definirse:

- a) **Quién ejecuta la tarea.**
- b) **Momento en que se inicia la tarea** o periodicidad de ejecución (cuándo).
- c) **Lugar donde se realiza la tarea** (dónde).
- d) **Condiciones necesarias** para realizar la tarea, como: materiales, equipamiento, instrumentos, herramientas, condiciones de seguridad otros.
- e) **Actividades por realizar**, en la secuencia en que son ejecutadas. La descripción de actividades se hace con el detalle necesario para que las personas responsables para realizarlas puedan entenderlas.
- f) **Resultado esperado** de la tarea (resultado habitual).
- g) **Eventuales anomalías** y formas de resolverlas. Puede incluir a quién consultar en caso de un problema particular.

Si hubiera más de una persona que puede ejecutar la tarea se identifica el ejecutante principal, y el alternativo. La identificación de los resultados esperados, las anomalías y su corrección, se realiza desde el punto de vista de la tarea que se describe, quién la realiza, y los ítem de control respectivos.

Tener claros los pasos a seguir y organizados cronológicamente usando vocabulario adecuado. Numerar los pasos utilizando conectores cronológicos y oraciones claras.



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

Utilizar verbos en infinitivo, imperativo o tercera persona.

Revisar que el texto sea claro y muéstralo a otras personas para que te den sugerencias.

11.6.2 ESTRUCTURA DE UN ITR

Utiliza los modelos de portada y hojas internas según formatos descritos en todos los documentos de calidad, con encabezado y pie de página. Este tipo de documento se refiere a una actividad de trabajo en particular por lo que no lleva introducción, objetivo, anexos entre otros, solo lleva lo detallado abajo en contenido.

11.6.3 CONTENIDO

El contenido de un INSTRUCTIVO DE TRABAJO se presenta en forma de tabla, que se ubica debajo del encabezado de la carátula. La tabla para utilizar tiene el formato y contenido de la figura siguiente:

Quién	Cuando:
Dónde:	
Condiciones necesarias:	
Descripción de las actividades:	
Resultado esperado:	
No conformidad (qué se hace):	

QUIÉN: cargo del funcionario responsable por la ejecución de la tarea.

CUANDO: momento o periodicidad de ejecución de la tarea.

DÓNDE: lugar físico donde debe ser realizada la tarea.

CONDICIONES NECESARIAS: listado de todo lo que sea necesario para la ejecución de la tarea, incluyendo: instrumentos, materiales, herramientas, otros.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES: descripción simple, objetiva y ordenada de la secuencia de actividades que componen la tarea, redactada de forma directa con los verbos en infinitivo.

RESULTADO ESPERADO: descripción clara y objetiva del resultado de la tarea, nombrando los respectivos ítems de control y el propio título de la tarea.

NO CONFORMIDAD: es un incumplimiento legal o un requisito del sistema. Indica las anomalías más frecuentes y las formas de resolverla en cada caso, siempre desde el punto de vista de quien ejecuta la tarea.

XII. PROCESAMIENTO DE LOS DOCUMENTOS

A través del FOR.GPDI.002. SOLICITUD DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD se recibe y registra la solicitud, se asigna al técnico que la procesará, luego; se retorna el documento



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

para revisión del jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad, quien lo devuelve si tiene observaciones para su mejora o lo remite a la jefatura de la GPDI para su Vo. Bo y su remisión al área dueña del proceso.

12.1 RESPONSABILIDADES EN EL PROCESAMIENTO DE DOCUMENTOS

El jefe de Gerencia de Planificación y Desarrollo Institucional es garante de que el documento de calidad cumpla con las normas y estándares establecidos por el SGC respecto de su contenido, estructura y formato.

12.1.1 JEFE DE UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

- a) Verificar que para la solicitud del levantamiento de un proceso sea llenando el formulario FOR.GPDI.001.
- b) Asignar al técnico que se encargará del levantamiento de este proceso.
- c) Solicitar al dueño del proceso el nombre del responsable del proceso y el teléfono al que se puede contactar.
- d) Coordinar que todas las áreas involucradas en la aplicación del proceso participen en la revisión del borrador previo a la aprobación.
- e) Verificar la correlación entre el contenido del borrador y el de algún documento ya existente u otro borrador en elaboración.
- f) Verificar la concordancia entre la presentación del borrador y la especificada en el procedimiento correspondiente a ese tipo de documento.
- g) Imprimir el original del documento.
- h) Obtener la aprobación en el nivel que corresponda según la tabla de responsabilidades del presente documento.

12.1.2 ÁREA DUEÑA DEL PROCESO

Jefatura del Área donde se levantará el proceso, es responsable de asignar a la persona responsable de colaborar en el proceso, dar seguimiento a la continuidad del documento. Sus responsabilidades son las siguientes:

- a) Conocimiento del proceso: El responsable del proceso debe poseer una buena comprensión de éste.
- b) Integrar a las personas (colaborador del proceso) que van a trabajar en el levantamiento del proceso
- c) Administrar los recursos asignados; asignar las tareas
- d) Administrar la calidad del proceso.
- e) Hacer que se cumplan los plazos del proceso.



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

12.1.3 COLABORADOR DEL PROCESO

Persona que ha sido nombrada por su superior inmediato como el encargado de garantizar que el proceso total sea efectivo y eficiente. El responsable del proceso o sub-proceso comprenderá cuál será el impacto del nuevo proceso o sub-proceso mejorado, este debe realizar el procesamiento de los documentos al proceso del cual es dueño, además se encarga de la definición de los procesos, la optimización de estos y las propuestas de mejoras.

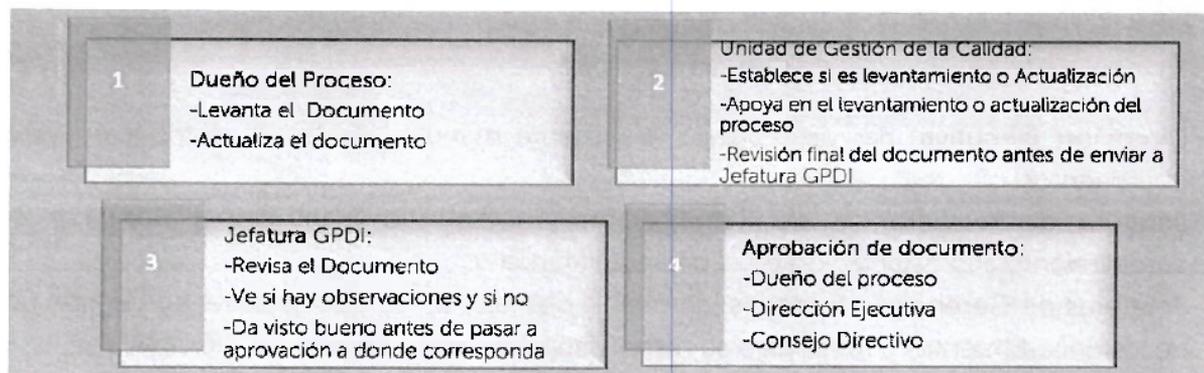
XIII. APROBACIÓN DE UN DOCUMENTO

Solo se considerarán documentos de calidad aquellos que hayan sido elaborados y mejorados en conjunto con los dueños de procesos y la Gerencia de Planificación y Desarrollo Institucional.

La aprobación se realiza por medio de la firma y sello del responsable de la aprobación en el lugar correspondiente de la carátula del documento, previo el visto bueno por parte de la Gerencia de Planificación y Desarrollo Institucional.

En caso de documentos que requieran aprobación de Dirección Ejecutiva al Consejo Directivo, Como Manuales y Políticas, deberá de ser la Gerencia de Planificación y Desarrollo Institucional el ente que remita dicho documento a la estructura mencionada, para su aprobación, caso contrario no se considerara como documento de Calidad.

XIV. HOJA DE RUTA PARA LA APROBACIÓN DE UN DOCUMENTO



XV. FUNCIONES DE LOS RESPONSABLES DEL DOCUMENTO

Jefatura de la Gerencia de Planificación y Desarrollo Institucional: Dar visto bueno a los documentos de aplicación general levantados o actualizados por otras instancias organizativas y de



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

autorizar los procedimientos, en caso de ser documentos de calidad que necesiten ser autorizados por el Consejo o Dirección Ejecutiva, será el único responsable de remitir dicho documento a las instancias en relación, caso contrario no podrá ser considerado como documento de calidad.

Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad: Actualizar los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad; así también, de brindar apoyo técnico a las instancias organizativas en el levantamiento o actualización de sus procesos.

Jefaturas de Unidades de Apoyo a Dirección Ejecutiva: Aprobar los Procedimientos en su ámbito de competencia, de acuerdo con lo establecido en la matriz de responsabilidad.

Jefaturas de Gerencias: Aprobar los Procedimientos en su ámbito de competencia, de acuerdo con lo establecido en la matriz de responsabilidad.

Jefaturas de Unidades y Departamentos de las Gerencias: Coordinar la elaboración de los Procedimientos necesarios en su ámbito de competencia.

Dueños de Proceso: Levantar o actualizar los procedimientos de aplicación exclusiva al proceso del cual es dueño.

Las/los Colaboradores: Aportar sus conocimientos para la elaboración del documento.

VI. IMPLANTACIÓN, DISTRIBUCIÓN, REVISIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS.

Es primordial asegurar que todas las personas que realizan actividades dentro del Sistema de Gestión de Calidad del CONAPINA, dispongan de la versión vigente de la documentación aplicable al procedimiento construido o actualizado de su área.

XVII. RESPONSABLES

Dirección Ejecutiva: dar visto bueno al presente manual, aprobar la distribución externa de los documentos.

Jefatura de la Gerencia de Planificación y Desarrollo Institucional: Vigilar y controlar el cumplimiento a lo establecido en el presente Manual.

Jefaturas de Gerencias, Unidades: aprobar la distribución de documentos de Gestión por Procesos de los departamentos y áreas bajo su responsabilidad, internamente en el CONAPINA.

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad: generar, a partir del original aprobado de los documentos de Sistema, y Procedimientos de aplicación general, el número de copias impresas y digitales necesarias para su distribución y de actualizar el presente procedimiento por mejoras del proceso o cambios a nivel Institucional.



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

XVIII. IMPLANTACIÓN

18.1 IMPLANTACIÓN DE MANUALES Y PROCEDIMIENTOS

Los Manuales y Procedimientos de los diferentes procesos de las Unidades de apoyo a Dirección Ejecutiva, las Gerencias, Unidades de apoyo a la Gerencias, Departamentos y Secciones de la Institución, por su carácter de utilización restringida y aplicación específica, se consideran implantados a partir de su fecha de aprobación (inicial o revisión), salvo en los casos en que el propio documento especifique un plazo, dado que son redactados tomando como base la realidad operativa.

18.2 IMPLANTACIÓN DE INSTRUCTIVOS DE TRABAJO

Los Instructivos de Trabajo se consideran implantados luego de cumplidas las etapas de:

- Adquisición de materiales, equipos nuevos o especiales.
- Adecuación o modificación de equipamientos existentes.
- Perfeccionamiento o capacitación de los operadores.
- Entrenamiento específico en la utilización del documento.

18.3 VIGENCIA DE DOCUMENTOS

Los documentos del sistema, entran en vigencia a partir de su fecha de aprobación inicial o revisión, salvo en los casos en que el propio documento especifique un plazo para su implantación y tendrán una duración máxima de 5 años fiscales.

XIX. DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS

- Se van a generar dos documentos originales para fines de control y registro.
- Una vez aprobados los dos documentos originales, uno se resguarda en la Unidad de Gestión de la Calidad de Calidad y el otro se entrega al dueño del proceso.
- Si es necesaria una copia del documento aprobado, la Unidad de Gestión de la Calidad es la responsable de la distribución de copias del documento a funcionarios del CONAPINA y se realizará de forma impresa o a través de medios digitales.
- La distribución de forma impresa se realiza a través de copia de un documento sobre la cual la Unidad de Gestión de la Calidad, debe colocar en cada una de sus páginas el sello "COPIA CONTROLADA", previo a su distribución, ya sea documentos de aplicación general, o de aplicación restringida.
- Luego que la jefatura propietaria del documento reciba la copia impresa original y digital, debe tener total control respecto a su actualización, ocupándose de la sustitución de la misma luego de cada revisión y recogiendo las copias antiguas o canceladas.



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

- f) La distribución por medios digitales de los documentos "formularios" aprobados pueden ser distribuidos a todas las áreas del CONAPINA, a través de medios digitales.
- g) Los colaboradores son informados de la aprobación de nuevos formularios a través de la entrega de una copia digital conteniendo todos los formularios debidamente aprobados, implantados y actualizados; a fin de garantizar la actualización de los mismos, la Coordinación de Procesos entregará a cada Gerente(a), Jefe de Unidad o Jefe de Departamento, la correspondiente copia digital conteniendo los formularios vigentes, ya que éstos no llevan versión. Cada vez que se cancele, adicione o modifique un formulario deberá actualizarse en cada una de las áreas.
- h) Los Formularios no pueden ser modificados o alterados si no es con la aprobación de la Unidad de Gestión de la Calidad.
- i) Cada Gerente(a), Jefe de Unidad, Departamento o Sección, dueño de proceso y colaboradores en general, serán los responsables de utilizar la última actualización de los formularios.
- j) La distribución de documentos de procesos a personas externas al CONAPINA, será a través de la Unidad de Acceso a la Información Pública, siguiendo los procedimientos legales establecidos para la mismas.

19.1 FUNCIONES DEL JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN CUANTO A LA DISTRIBUCIÓN DEL DOCUMENTO

- a) Generar, a partir del original aprobado, el número de copias necesarias para su distribución, identificándolas con un sello adecuado, dependiendo de la clase de documento que se trate.
- b) Archivar los originales de cada documento.
- c) En el caso de actualización de un documento de sistema, el original del documento que queda obsoleto se sella como "COPIA OBSOLETA" y se archiva en la versión inmediatamente anterior a la vigente, los más antiguos se destruyen. En el caso de documentos cancelados se archiva la última versión por un plazo de cinco años.
- d) Trascurridos los cinco años estos documentos son entregados al Departamento de Archivo y Gestión Institucional.
- e) Las copias de documentos son entregadas contra firma del receptor, mediante memorándum de remisión.

XX. REVISIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS

La revisión de un documento se realizará por mejoras del proceso o cambios a nivel Institucional, así como por las causas siguientes:

- a) Reajuste o alteración del proceso que el documento describe por decisión interna.



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

- b) Cambio en una característica de calidad definido por el cliente (grupo interés) o por una ley externa.
- c) No conformidad detectada en el contenido del documento por una auditoria.
- d) Sugerencia de uno a varios involucrados en la aplicación del documento.
- e) Reclamo realizado por un cliente interno o externo.
- f) Cambio de estructura organizativa del Consejo.

20.1 REALIZACIÓN DE SUGERENCIAS

Todos los colaboradores involucrados en la aplicación de un documento pueden transmitir sugerencias al responsable de su elaboración justificando la causa de las mismas. En el caso de documentos del sistema, las sugerencias se elevarán a la Jefatura de la Gerencia de Planificación y Desarrollo Institucional. Estas sugerencias deberán ser realizadas por escrito y archivadas para efecto de almacenar evidencia objetiva.

20.2 NATURALEZA DE LA REVISIÓN

En el espacio del encabezado de carátula destinado a tal efecto, se describe el motivo de la actualización

XXI. AUDITORÍA INTERNA DE PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO

Verifica el nivel de cumplimiento de los procedimientos implementados, de un proceso en particular, a través de la utilización de una metodología que facilite constatar, mediante evidencia, su conformidad con los requisitos establecidos por el Sistema de Gestión de la Calidad y su mejora continua, logrando de esta forma procesos eficaces y eficientes, que favorezcan la garantía de derechos de las niñas, niños y adolescentes a quienes se les brinde servicio de atención.

21.1 CAMPO DE APLICACIÓN

Todas las Unidades Organizativas del CONAPINA.

21.2 DEFINICIONES

- a) **Auditoria de procedimientos:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el cumplimiento de los procedimientos.
- b) **Auditado:** Unidad organizativa objeto de la auditoria de procedimiento.
- c) **Equipo auditor:** Personal que lleva a cabo la auditoria de procedimientos.
- d) **Hallazgos:** Resultado de la evaluación de las evidencias de la auditoria frente a los criterios de auditoria.



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

21.3 RESPONSABILIDADES

Jefatura de Gerencia de Planificación y Desarrollo Institucional: Autorizar la programación de auditorías y sus modificaciones, remitir nota a la jefatura del área a auditar informándole sobre la auditoría a realizar y el respectivo informe de resultados de esta, además de autorizar el presente procedimiento.

Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad: Elaborar la programación de auditorías e incorporar las modificaciones aprobadas, establecer el objetivo y alcance de las mismas, revisar, aprobar y remitir el informe de auditoría final a el/la Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional.

Jefatura de la Unidad Organizativa auditada: Designar miembros del personal para acompañar al equipo auditor, garantizar los medios para asegurar un efectivo proceso de auditoría, cooperar con el equipo auditor para garantizar los objetivos de la auditoría, determinar y ejecutar acciones que conlleven a corregir hallazgos o mejoras en los procedimientos auditados.

Equipo auditor: Realizar la auditoría, entrevistas, levantar actas de reunión, completar los formularios requeridos por el procedimiento, establecer y concertar las fortalezas, hallazgos, evidencias, y oportunidades de mejora.

Auditor responsable: Coordinar la auditoría, preparar la documentación necesaria previo a la auditoría, orientar al equipo auditor, socializar las fortalezas, hallazgos y oportunidades de mejora con el personal de la unidad auditada, preparar el plan de auditoría e informe de auditoría final conjuntamente con el equipo auditor.

Auditados: Participar activamente en las auditorías, aportando información y evidencias solicitadas por el equipo auditor, dar cumplimiento a las oportunidades de mejora.

21.4 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Las auditorías internas de procedimientos se realizarán con la finalidad de verificar el cumplimiento de las actividades que se ejecutan en relación a lo establecido en los procedimientos, y de realizar mejoras en los procesos que favorezcan la garantía de derechos de la niñez y la adolescencia.

- a) Las auditorías internas serán realizadas por personal de la Unidad de Gestión de la Calidad, sin embargo, en aquellos casos que el proceso requiera de competencias diferentes a las que posee el personal de la Unidad, la Jefatura por medio de el/la Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional, podrá solicitar el apoyo de personal especialista en la materia a otras unidades organizativas.
- b) Los miembros del equipo auditor no deberán pertenecer al proceso auditado y el alcance de la auditoría será delimitado en la programación anual.

21.5 PLANIFICACIÓN ANUAL

En los meses de noviembre del año posterior al levantamiento de procesos, la jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad elabora el FOR.GPDI.003 "Programación anual de auditorías" del próximo año, el cual contiene como mínimo: Fecha, "Nº", unidad organizativa, procedimiento a auditar, equipo



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

auditor, fecha prevista, fecha efectiva, observaciones, nombre y firma de la jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad y de La Jefatura de la Gerencia de Planificación y Desarrollo Institucional.

Para la selección de procedimientos a auditar se deberá priorizar aquellos que requieran auditorías de seguimiento, los nuevos procedimientos o que hayan sido mejorados recientemente y si hay petición de la Dirección Ejecutiva o dueño del proceso.

La programación será parte del Plan de Trabajo Anual de la Unidad de Gestión de la Calidad, la cual será autorizada por la Jefatura de la Gerencia de Planificación y Desarrollo Institucional e incorporada en las metas de Plan Operativo Anual y PAT.

Cuando exista la necesidad de realizar modificaciones a la programación de auditorías, referente a la Unidad organizativa a auditar, podrá realizarse con la justificación y aprobación de la Jefatura de la Gerencia de Planificación y Desarrollo Institucional, por medio de memorándum.

21.5.1 PLANIFICACIÓN DE LA AUDITORÍA

- a) Previo a la ejecución de la auditoría, el equipo auditor se reunirá para definir los criterios a desarrollar en la auditoría, establecer agenda, tareas, canales de comunicación entre el equipo auditor, revisión de legislación o normativa aplicable al procedimiento a auditar, determinar el tiempo estimado en que se desarrollará y revisaran de resultados de auditorías anteriores.
- b) La jefatura de la Gerencia de Planificación y Desarrollo Institucional, diez o quince días calendario antes de la ejecución de la auditoría programados, enviará nota en físico y digital a la jefatura de la unidad organizativa dueña del procedimiento a auditar detallando la fecha, hora, lugar, objetivo, alcance y otra información a desarrollar. La información será proporcionada por la jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad.
- c) Posteriormente, el equipo auditor prepara la documentación y formatos que utilizará:
 - FOR.GPDI.001 "Acta de reunión".
 - FOR.GPDI.004 "Agenda de auditoría", los puntos que contiene son: Fecha de auditoría, procedimiento a auditar, unidad organizativa, lugar, puntos de reunión (reunión de apertura, ejecución de la auditoría, reunión intermedia del equipo auditor, reunión de cierre), detalle de responsable/s de cada punto de agenda y el tiempo asignado.
 - FOR.GPDI.005 "Ficha de auditoría", que contendrá como mínimo: Fecha, unidad organizativa, nombre del procedimiento, responsable, objetivo y alcance, equipo auditor, auditor responsable, documentos de referencia (listas de verificación, informe de auditoría, acta de reunión, otros), tiempo de entrevistas e inspecciones, ajustes, observaciones, nombre y firma de la jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad y de la Unidad de Organizativa auditada (cuando haya ajustes).
 - FOR.GPDI.006 "Lista de verificación", que contiene como mínimo: Fecha, No. de auditoría, Apartado I. Elementos a verificar: Respuesta (si o no), observaciones, Apartado II. Verificación de aplicación del procedimiento: No., actividad, responsable, Doc. de apoyo,



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

cumplimiento (si o no), hallazgos, nombre y firma de Auditor responsable y de Auditor/es que le apoya/n en el trabajo a realizar.

- FOR.GPDI.007 "Fortalezas y oportunidades de mejora", que contiene como mínimo: Nombre del procedimiento auditado, unidad organizativa, fecha, objetivo de la auditoría, hora de inicio, hora de finalización; Apartado I Identificación de hallazgos: No, descripción de hallazgos, evidencias detectadas; II Fortalezas (Establecer las dos o tres más destacadas): No., Descripción de fortalezas; III Oportunidades de mejora (Establecer las tres o cuatro más destacadas): No., Descripción de oportunidades de mejora; nombre y firma de los miembros del equipo auditor y de la jefatura de la unidad organizativa en evaluación.

21.6 EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA

El día de la auditoría, el auditor responsable **apertura la reunión**, presenta a los miembros del equipo, explica el objetivo, alcance y agenda de la auditoría establecidos en el FOR.GPDI.004 "Agenda de auditoría" y el FOR.GPDI.005 "Ficha de auditoría", metodología a aplicar y los recursos necesarios; para esta actividad se deberá considerar treinta minutos como máximo.

A continuación, el auditor responsable realiza las entrevistas que considere necesarias, verifica documentación/procedimientos con ayuda de los otros miembros del equipo, solicita evidencias, datos, registros, actas de reunión y documentación requerida, lo cual es registrado por uno de los miembros del equipo en el FOR.GPDI.006 "Lista de verificación", donde sólo la información que es verificable puede constituir evidencia de auditoría, para estas actividades podrá considerarse un tiempo máximo de dos horas en promedio.

Además del FOR.GPDI.006, deberán elaborar el borrador del FOR.GPDI.007 "Fortalezas y oportunidades de mejora", en el cual registrarán lo que se considere relevante de los hallazgos y evidencias detectadas, con el fin de facilitar el establecimiento de fortalezas y oportunidades de mejora.

Previo a la reunión con el personal de la unidad organizativa auditada, el equipo auditor se reunirá a solas para compilar resultados y hallazgos, analizar registros, completar formularios, concertar fortalezas y oportunidades de mejora, y para modificar el FOR.GPDI.007 "Fortalezas y oportunidades de mejora", cuando sea necesario.

A continuación, el equipo auditor realiza la reunión de cierre con el personal de la unidad organizativa auditada, en la cual procede a:

- a) Informar sobre el desarrollo de la auditoría.
- b) Consensuar los hallazgos detectados.
- c) Convenir sobre las fortalezas y oportunidades de mejora, estableciendo un plazo no mayor de treinta días hábiles para ejecutar las acciones establecidas.
- d) Firmar el FOR.GPDI.007 "Fortalezas y oportunidades de mejora", luego de realizar modificaciones si hubiere.



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

- e) Explicar el proceso de presentación del FOR.GPDI.008 "Informe de auditoría de procedimientos", que contiene como mínimo: fecha, No. de auditoría, subdirección/gerencia, unidad organizativa, nombre del procedimiento, responsable, objetivo y alcance de la auditoría, fecha, hora, lugar, documentación de referencia, fortalezas, hallazgos, oportunidades de mejora, nombre, firma y sello de la jefatura del departamento de procesos de calidad y de el/la Gerente de Planificación e Investigación.

Al término de la reunión, el auditor responsable coordina el registro de los asistentes y acuerdos en el FOR.GPDI.001 "Acta de Reunión" y deja copia del FOR.GPDI.007 "Fortalezas y Oportunidades de Mejora" a la jefatura de la unidad organizativa auditada.

21.7 INFORME DE AUDITORÍA FINAL Y SEGUIMIENTO

Posterior a la auditoría y en un plazo máximo de cinco días hábiles, el equipo auditor prepara el FOR.GPDI.008 "Informe de auditoría de procedimientos", luego lo entrega al coordinador del área para revisión; de existir observaciones el equipo auditor las solventa.

Aprobado el informe, la jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad de Calidad lo remite a la Jefatura de la Gerencia de Planificación y Desarrollo Institucional para que lo envíe a la Jefatura de la unidad organizativa auditada, con copia a el/la Gerente o Jefe de Unidad de Apoyo a Dirección Ejecutiva correspondiente.

El equipo auditor, deberá dar seguimiento a la ejecución de las acciones de mejora que se hayan establecido en la reunión de cierre de auditoría y cuando lo considere necesario, programará auditorías para dar seguimiento a los hallazgos descritos en el FOR.GPDI.001 "Acta de reunión".

21.8 LÍNEAS TÉCNICAS PARA AUDITAR

A continuación, se describe algunas de las técnicas de auditoría que pueden ser utilizadas, sin embargo, estas deben variarse permanentemente.

- Tomar un documento y estudiar los documentos que están referenciados en él, y a los que de él se deriven.
- Examinar la documentación empleada en el lugar y verificar que cada paso es el indicado por el procedimiento.
- Elegir muestras de documentos (expedientes, libros, entre otros).

21.9 TÉCNICAS PARA REALIZAR ENTREVISTAS

- Preguntar de forma que haya una respuesta concisa. ¿Cómo?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Quién es el responsable?
- No dudar si hay necesidad de repetir preguntas.



Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

- c) Formular preguntas directas sobre elementos que no son claros (Por favor, explíqueme/muéstreme, Disculpe no le entiendo ¿Podría explicarme/repetirme?).

21.10 COMPORTAMIENTO ESPERADO DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO AUDITOR

- Actuar con cortesía, objetividad y ética.
- Utilizar lenguaje acorde al nivel del personal de la unidad organizativa evaluada.
- Mirar a la persona con la que se está hablando.
- Dar buen trato al personal de la unidad organizativa auditada y respetar sus opiniones.
- Mantener Discrecionalidad y confidencialidad de las mismas, ante los demás miembros del CONAPINA, que no tengan injerencia en la Auditoría.

XXII. REGISTROS

REGISTRO	ÁREA	CÓDIGO
Acta de reunión	Procesos de Calidad	FOR.GPDI.001
Programación anual de auditorías	Procesos de Calidad	FOR.GPDI.002
Solicitud de servicios de la Unidad de Gestión de la Calidad	Procesos de Calidad	FOR.GPDI.003
Agenda de auditoría	Procesos de Calidad	FOR.GPDI.004
Ficha de auditoría	Procesos de Calidad	FOR.GPDI.005
Lista de verificación	Procesos de Calidad	FOR.GPDI.006
Fortalezas y oportunidades de mejora	Procesos de Calidad	FOR.GPDI.007
Informe de auditoría de procedimientos	Procesos de Calidad	FOR.GPDI.008



Código: DOC.GPDI.003	Versión de revisión/actualización: VERSIÓN: 01	Fecha: 14/9/2023
-------------------------	---	---------------------

XXIII. ANEXOS: FORMULARIOS



CONSEJO NACIONAL DE LA PRIMERA INFANCIA,
NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Código: Versión de revisión/actualización: Fecha:

DOC.GPDI.003

VERSIÓN: 01

14/9/2023

 <p>CONSEJO NACIONAL DE LA PRIMERA INFANCIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA</p>	DOCUMENTO DE CALIDAD: FORMULARIO	Documento: FOR. GPDI.002 Página 1 de 1
Título: PROGRAMACIÓN ANUAL DE AUDITORÍAS. Naturaleza de la revisión: Creación		

Fecha: _____

No.	Unidad Organizativa	Procedimiento auditar	a	Equipo Auditor	Fecha prevista	Fecha Efectiva	Observaciones

Nombre, firma y sello

Jefe de Unidad de Gestión de la Calidad

Nombre, firma y sello

Jefatura Gerencia de Planificación y Desarrollo
Institucional



CONSEJO NACIONAL DE LA PRIMERA INFANCIA,
NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Código:	Versión de revisión/actualización:	Fecha:
DOC.GPDI.003	VERSIÓN: 01	14/9/2023

 CONSEJO NACIONAL DE LA PRIMERA INFANCIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA	DOCUMENTO DE CALIDAD: FORMULARIO	Documento: FOR.GPDI.003 Página 1 de 1
	Título: Solicitud de Servicios de la Unidad de Gestión de la Calidad.	Naturaleza de la revisión: Creación

Instancia Organizativa:	Firma y Sello:
Nombre de la persona solicitante del servicio:	
Fecha de Solicitud:	

SERVICIO ESPECIALIZADO REQUERIDO	
Levantamiento de proceso	<input type="checkbox"/>
Actualización de proceso	<input type="checkbox"/>
Elaboración de Manual o Instructivo	<input type="checkbox"/>
Actualización de Manual o Instructivo	<input type="checkbox"/>
Capacitación	<input type="checkbox"/>
Asesoría para elaboración de documento técnico	<input type="checkbox"/>
Detalle del servicio solicitado:	

PARA USO EXCLUSIVO DE LA GERENCIA DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

Fecha y Hora de recepción en GPDI:	Autorizado por Jefatura GPDI:	Fecha que finaliza:
Fecha y hora de recepción en CPC:	Autorizado por CPC:	
Calificación del Servicio Brindado (Favor completar este campo posterior a realizado el evento).		
Excelente <input type="checkbox"/>	Muy Buena <input type="checkbox"/>	Buena <input type="checkbox"/>
	Regular <input type="checkbox"/>	Ineficiente <input type="checkbox"/>
Sugerencias:		



CONSEJO NACIONAL DE LA PRIMERA INFANCIA,
NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Código: DOC.GPDI.003	Versión de revisión/actualización: VERSIÓN: 01	Fecha: 14/9/2023
--------------------------------	--	----------------------------

 CONSEJO NACIONAL DE LA PRIMERA INFANCIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA	DOCUMENTO DE CALIDAD FORMULARIO	Documento: FOR.GPDI.004
		Página 1 de 1
Título: Agenda de Auditoria.		Naturaleza de la revisión: Creación

Fecha: _____

Lugar: _____

Procedimiento a auditar: _____

Unidad Organizativa: _____

Puntos de Reunión	Responsable/s	Hora
Reunión de apertura		
Ejecución de la auditoría		
Reuniones intermedias del equipo auditor		
Reuniones intermedias con la jefatura y/o el personal de la unidad organizativa auditada		
Reunión de cierre		



CONSEJO NACIONAL DE LA PRIMERA INFANCIA,
NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Código: DOC.GPDI.003	Versión de revisión/actualización: VERSIÓN: 01	Fecha: 14/9/2023
--------------------------------	--	----------------------------

 CONSEJO NACIONAL DE LA PRIMERA INFANCIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA	DOCUMENTO DE CALIDAD FORMULARIO	Documento: FOR. GPDI.005 Página 1 de 1
		Título: FICHA DE AUDITORIA
		Naturaleza de la revisión: Creación

Fecha: _____

Unidad Organizativa:			
Nombre del procedimiento:			
Responsable:			
Objetivo:		Alcance:	
Equipo auditor:			
Documentos de referencia:			
Tiempo de entrevistas		Tiempo de inspecciones	
Ajustes:			
Observaciones:			

Nombre y Firma
Jefe de Unidad de Gestión de la Calidad

Nombre y Firma
Jefatura de Unidad Organizativa Auditada



CONSEJO NACIONAL DE LA PRIMERA INFANCIA,
NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Código: DOC.GPDI.003	Versión de revisión/actualización: VERSIÓN: 01	Fecha: 14/9/2023
--------------------------------	--	----------------------------

 CONSEJO NACIONAL DE LA PRIMERA INFANCIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA	DOCUMENTO DE CALIDAD FORMULARIO	Documento: FOR. GPDI.006 Página 1 de 1
Título: LISTA DE VERIFICACIÓN		Naturaleza de la revisión: Creación

Fecha: _____ No. de Auditoria: _____

Elementos a verificar	Respuesta		Observaciones
	si	no	
¿Los documentos de procedimientos de trabajo fueron socializados?			
¿El personal de la unidad organizativa tiene acceso a la documentación de los procedimientos de trabajo?			
¿La documentación de los procedimientos utilizada está vigente?			
¿Los formularios son utilizados?			
¿Los espacios de los formularios son llenados, firmados y fechados, cuando así sea requerido?			
¿Existen correcciones hechas a mano en la documentación?			
¿El archivo y resguardo de los documentos asegura su recuperación?			

I. Verificación de aplicación del procedimiento

No	Actividad	Responsable	Doc. de apoyo	Cumplimiento		Hallazgos
				Si	No	



CONSEJO NACIONAL DE LA PRIMERA INFANCIA,
NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Código: DOC.GPDI.003	Versión de revisión/actualización: VERSIÓN: 01	Fecha: 14/9/2023
--------------------------------	--	----------------------------

 CONSEJO NACIONAL DE LA PRIMERA INFANCIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA	DOCUMENTO DE CALIDAD FORMULARIO	Documento: FOR. GPDI.007 Página 1 de 2
Título: FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA.		Naturaleza de la revisión: Creación

Nombre del Procedimiento auditado	
Unidad Organizativa	
Fecha	

Objetivo de la auditoría: _____

Hora de inicio: _____ Hora de finalización: _____

Identificación de hallazgos

No.	Descripción del Hallazgo	Evidencias detectadas

Fortalezas (Establecer las 2 o 3 más destacadas)



CONSEJO NACIONAL DE LA PRIMERA INFANCIA,
NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Código: DOC.GPDI.003	Versión de revisión/actualización: VERSIÓN: 01	Fecha: 14/9/2023
--------------------------------	--	----------------------------

No.	Descripción de Fortalezas

Oportunidades de mejora (Establecer las 3 o 4 más destacadas)

No.	Descripción de Oportunidades de Mejora

Nombre Auditor responsable

Firma

Nombre Auditor de apoyo

Firma

Nombre Jefatura unidad organizativa
En evaluación

Firma



Código: DOC.GPDI.003	Versión de revisión/actualización: VERSIÓN: 01	Fecha: 14/9/2023
--------------------------------	--	----------------------------

 GOBIERNO DE EL SALVADOR		CONSEJO NACIONAL DE LA PRIMERA INFANCIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA		DOCUMENTO DE CALIDAD FORMULARIO	Documento: FOR. GPDI.008 Página 1 de 2
Título: INFORME DE AUDITORÍA DE PROCEDIMIENTOS.				Naturaleza de la revisión: Creación	
Unidad Organizativa:					
Nombre del procedimiento:					
Responsable:					
Objetivo de la Auditoria:				Alcance de la auditoria:	
Fecha:		Hora:		Lugar:	
Documentación de referencia:					
Fortalezas:					
Hallazgos:					



Código: DOC.GPDI.003	Versión de revisión/actualización: VERSIÓN: 01	Fecha: 14/9/2023
--------------------------------	--	----------------------------

Oportunidades de mejora:

Nombre, firma y sello
Jefe de Unidad de Gestión de la Calidad

Nombre, firma y sello
Jefe de Gerencia de Planificación y Desarrollo Institucional

