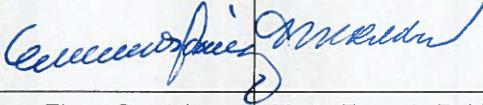


PROCESO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	Aprobación:	Nivel:	Código:
	24/05/2018	3	PR-D.2-6.3

FISDL

	Elabora / Modifica	Revisa		Responsable
Firma:				
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda	Elena Graciela Cardoza de Gómez	Marta Eugenia Roldan De Bottari
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional	Gerente General
Fecha:	14/05/2018	16/05/2018	16/05/2018	18/05/2018
Recomendó Comité Técnico Consultivo FISDL		APROBADO Consejo de Administración FISDL		
Recomienda: Comité Técnico Consultivo		Aprueba: Consejo de Administración		
Sesión: DL-1097/2018	Fecha: 21/05/2018	Sesión: DL-1013/2018	Fecha: 24/05/2018	



Proceso de Gestión de la Calidad y Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	24/05/2018	3	PR-D.2-6.3	

I. Mapa de Proceso



INSUMOS:

Planeación Estratégica
 Plan Operativo Anual (POA)
 Política y Objetivos de Calidad
 Norma ISO 9001
 No Conformidades/ Oportunidades de mejora abiertas
 Necesidades de mejora
 Necesidad de revisar el SGC
 Quejas de los clientes
 Medición de la Satisfacción

PROVEEDOR:

Alta Dirección
 Comité de Calidad y Riesgos
 Unidades del FISDL
 Departamento de Organización y Calidad

PO- D.2.1 AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD

PO-D.2.2 REVISIÓN DEL SGC POR LA DIRECCIÓN

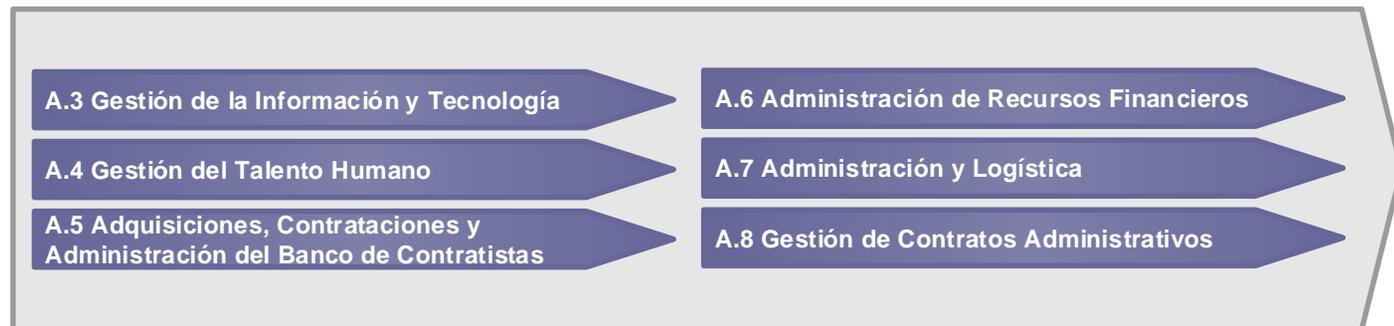
PO-D.2.3 GESTIÓN DE MEJORA CONTINUA

PRODUCTOS:

Informes de auditoria de calidad
 Evaluación de auditores de calidad
 Acta de Reunión del Comité de Calidad y Riesgos firmada
 Planes de acción implementados y eficaces

CLIENTES:

Alta Dirección
 Comité de Calidad y Riesgos
 Unidades del FISDL



Proceso de Gestión de la Calidad y Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	24/05/2018	3	PR-D.2-6.3	

II. Caracterización

TIPO DE PROCESO: Proceso - Directriz	
CÓDIGO Y NOMBRE DEL PROCESO: PR-D.2 Gestión de la Calidad y Mejora Continua	PROPIETARIO DEL PROCESO: Jefe del Departamento de Organización y Calidad
OBJETIVO: Dar seguimiento al desempeño del Sistema de Gestión de Calidad de la institución para su mejora continua y lograr así aumentar la capacidad para cumplir con los requisitos, satisfacción de los clientes y otras partes interesadas.	
ALCANCE: Este proceso comprende la planificación y ejecución de las auditorías de calidad, el seguimiento de las acciones correctivas, mejora y tratamiento de riesgos y oportunidades y revisión del sistema de gestión de calidad por la Dirección.	
RECURSOS DE APOYO: - Equipo de cómputo - Teléfono - Mobiliario (Escritorio, silla, archivos) - Papelería (Papel, bolígrafos, lápices, etc.) - Copiadora, escáner e impresor - Servicio de Internet - Servicio de correo electrónico - Proyector - Sala de reuniones - Talento Humano	PROVEEDORES EXTERNOS: - Organismo Certificador
SISTEMAS INFORMÁTICOS NECESARIOS PARA REALIZAR EL PROCESO: N/A	

Proceso de Gestión de la Calidad y Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	24/05/2018	3	PR-D.2-6.3	

CONTROLES DEL PROCESO: <ul style="list-style-type: none"> - Auditorías Internas de Calidad Seguimiento del Programa Anual de Auditorías de Calidad - Revisión por la Dirección Seguimiento de actividades del Plan Operativo Anual - Seguimiento de Acciones Plazo oportuno de seguimiento de planes = primeros 15 días hábiles del siguiente mes a partir del mes de efectividad. Meta: >= 90% Alerta: <90% y >80% Crítico: <=80% 		RESPONSABLE DEL CONTROL: Jefe del Departamento de Organización y Calidad
OBJETIVO DE INDICADOR: Realizar el seguimiento oportuno de planes de acción para impulsar la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad de la institución.		INDICADOR DEL PROCESO: = (# de planes de acción verificados / # de planes de acción programados a verificar en el mes) X 100%
RESPONSABLE DE MEDICIÓN: Técnico de Organización y Calidad	FRECUENCIA DE MEDICIÓN: Mensual	REQUISITOS NORMA ISO 9001: <ol style="list-style-type: none"> 4. Contexto de la Organización 5. Liderazgo. 6. Planificación. 7.3 Toma de Conciencia. 7.5 Información Documentada. 8.7 Control de las Salidas No Conformes. 9. Evaluación del Desempeño 10. Mejora.
RESPONSABLE DE ANÁLISIS: Jefe del Departamento de Organización y Calidad	FRECUENCIA DE ANÁLISIS: Mensual	

Proceso de Gestión de la Calidad y Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	24/05/2018	3	PR-D.2-6.3	

III. Historial de Cambios

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



Proceso de Gestión de la Calidad y Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	24/05/2018	3	PR-D.2-6.3	

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
		medición y análisis.		
6	6.1	Revisión y modificación del indicador de proceso.	Consejo de Administración Sesión: DL-966/2017 Fecha: 06/07/2017	07/07/2017
6.1	6.2	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación de procedimiento de Control de Producto y Servicio No Conforme. • Modificación del indicador • Actualización de los requisitos de la norma ISO 9001:2015. 	Consejo de Administración Sesión: DL-1008/2018 Fecha: 19/04/2018	20/04/2018
6.2	6.3	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión y actualización de mapa de proceso y la información en la caracterización del proceso. • Se incluyó el apartado "Proveedores Externos". 	Consejo de Administración Sesión: DL-1013/2018 Fecha: 24/05/2018	25/05/2018



PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD	Aprobación:	Nivel:	Código:
	14/06/2018	4	PO-D.2.1-7.1

FISDL

	Elabora / Modifica	Revisa	Revisa	Responsable
Firma:				
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda	Elena Graciela Cardoza de Gómez	Marta Eugenia Roldán de Bottari
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad/ Representante de la Dirección	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional	Gerente General/ Coordinador del Comité de Calidad
Fecha:	28/05/2018	30/05/2018	30/05/2018	01/06/2018
Recomendó Comité Técnico Consultivo FISDL		APROBADO Consejo de Administración FISDL		
Recomienda: Comité Técnico Consultivo		Aprueba: Consejo de Administración		
Sesión: DL-1100/2018	Fecha: 11/06/2018	Sesión: DL-1016/2018	Fecha: 14/06/2018	

Vigencia a partir de: 18/06/2018



Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.1-7.1	

I. Objetivo General:

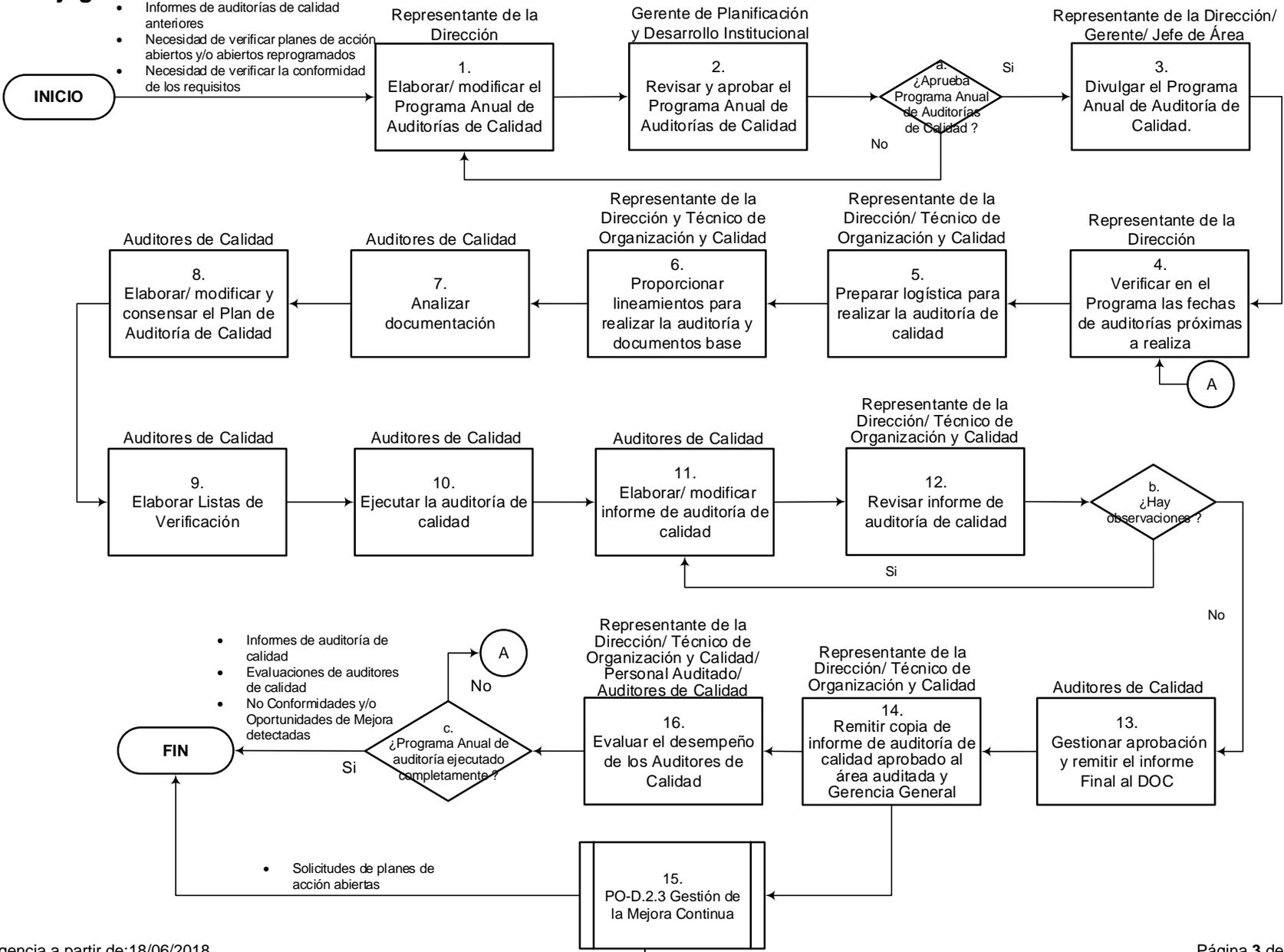
Establecer los lineamientos a seguir para realizar auditorías internas de calidad a intervalos planificados, con el fin de verificar la conformidad con los requisitos propios de la institución y los requisitos de la norma ISO 9001:2015 para el Sistema de Gestión de Calidad.

II. Alcance:

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

Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.1-7.1	

III. Flujograma:



Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.1-7.1	

IV. Descripción General:

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

Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.1-7.1	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	el Programa Anual de Auditorías de Calidad”.			
3	<p>Divulgar el Programa Anual de Auditorías de Calidad.</p> <p>El Representante de la Dirección da a conocer el Programa Anual de Auditorías de Calidad a los Gerentes y Jefes de cada Unidad. Cada jefatura tendrá la responsabilidad de dar a conocer el programa al personal bajo su cargo.</p>	Representante de la Dirección/ Gerente/Jefe de Área		No
4	<p>Verificar en el Programa las fechas de las auditorías próximas a realizar.</p> <p>Revisa en el Programa Anual de Auditorías de Calidad las fechas de las auditorías que están próximas a realizarse y los procesos que se auditarán, para preparar la logística necesaria.</p>	Representante de la Dirección		No
5	<p>Preparar logística para realizar la auditoría de calidad.</p> <p>Esta actividad comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selección de los auditores de calidad, que se realizará tomando en cuenta los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> ○ Principio de Independencia, es decir, que el auditor no deberá tener conflicto de interés con el proceso y/o área a auditar. ○ La periodicidad en que ha realizado auditorías. ○ La carga de trabajo del auditor. • Elaboración del Calendario de auditorías de calidad; con las fechas propuestas, procesos y auditores de calidad designados. • Preparación de la documentación base (Normativa Interna a auditar, formularios a utilizar, etc.). <p>Nota: En el Calendario de Auditorías de Calidad, se presentan fechas propuestas para realizar las auditorías; sin embargo, éste calendario puede estar</p>	Representante de la Dirección y/o Técnico de Organización y Calidad	FO-D.2.1-2 Calendario de Auditorías de Calidad	No



Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.1-7.1	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	sujeto a cambios durante el consenso del Plan de Auditoría de Calidad de los Auditores de Calidad con los Gerentes/Jefes de Área.			
6	<p>Proporcionar los lineamientos para realizar la auditoría y documentos base.</p> <p>El Representante de la Dirección convoca a los auditores para dar conocer las fechas programadas para la auditoría, los procesos/ subprocesos y Auditores de Calidad designados; asimismo, proporciona los documentos base para realizar la auditoría y planes de acción abiertos o abiertos reprogramados que puedan ser verificados (si existen).</p> <p>Además se proporcionan los formularios de Plan de Auditoría de Calidad, Listas de Verificación e Informe de Auditoría Interna de Calidad.</p>	Representante de la Dirección y/o Técnico de Organización y Calidad		No
7	<p>Analizar la documentación</p> <p>Analizan la documentación que se considerará como criterio de auditoría y que es aplicable a cada proceso/ subproceso en particular.</p>	Auditores de Calidad		No
8	<p>Elaborar/ modificar y consensar el Plan de Auditoría de Calidad.</p> <p>Los Auditores de Calidad designados son responsables de elaborar el Plan de Auditoría de Calidad de acuerdo a lo establecido en el calendario de auditoría y de presentarlo al Gerente y/o Jefe del Área correspondiente a efectos de que sea consensado en lo que respecta a los horarios y fechas propuestos en el plan de auditoría. Si no hay observaciones en el Plan de Auditoría el Gerente y/o Jefe de Área firman de aprobado.</p> <p>El Gerente/ Jefe responsable del Área a auditar será responsable de comunicar al personal a su cargo.</p> <p>Los Auditores de Calidad deberán remitir copia del plan al Gerente/Jefe de Área del proceso a auditar y el original al Departamento de Organización y</p>	Auditores de Calidad	FO-D.2.1-4 Plan de Auditoría de Calidad	No

Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.1-7.1	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	Calidad.			
9	<p>Elaborar Listas de Verificación</p> <p>Los Auditores de Calidad designados deberán elaborar las Listas de Verificación conteniendo aquellas preguntas que le servirán de guía durante la tarea de investigación en la auditoría.</p>	Auditores de Calidad	FO-D.2.1-3 Lista de Verificación	No
10	<p>Ejecutar la auditoría de calidad</p> <p>Los Auditores de Calidad se presentan en la fecha y hora acordada y verifican las evidencias objetivas contrastándolas con los requisitos normativos establecidos y la documentación aplicable a las mismas (procesos, subprocesos, procedimientos, subprocedimientos, instructivos, documentos externos, registros de la implementación de los procesos, indicadores y la norma ISO 9001:2015), los objetivos fijados y los resultados. Los Auditores de Calidad toman como referencia las preguntas y aspectos a verificar preparados en las listas de verificación.</p> <p>Además, de requerirse, verifican la implementación y eficacia de los planes de acción abiertos o abiertos reprogramados, si existen. En caso de existir, analizan las evidencias y registran el estatus en el formulario correspondiente. Si las evidencias de la eficacia de las acciones son suficientes, el equipo auditor cierra los planes de acción correspondientes.</p> <p>Los hallazgos detectados son analizados por los Auditores de Calidad para determinar si constituyen conformidades, no conformidades, oportunidades de mejora y/o fortalezas.</p> <p>Al finalizar la auditoría los Auditores de Calidad realizan la reunión de cierre, donde dan a conocer los resultados preliminares de la auditoría al Gerente/ Jefe del Área y/o personal auditado.</p>	Auditores de Calidad	FO-D.2.1-3 Lista de Verificación FO-D.2.3-2 Seguimiento de Planes de Acción	No
11	Elaborar/ modificar informe de auditoría de calidad	Auditores de Calidad	FO-D.2.1-5 Informe de	No



Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.1-7.1	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	Los Auditores de Calidad elaboran y presentan el informe en borrador al DOC para su revisión. Si en la revisión del informe borrador por parte del DOC resultan observaciones, deberán analizarlas y consensarlas a fin de realizar los cambios que apliquen para que el informe sea claro.		Auditoría Interna de Calidad	
12	<p>Revisar informe de auditoría de calidad El borrador del informe de auditoría de calidad es revisado por el personal del DOC.</p> <p>Control de Calidad El control de calidad consiste en verificar la aplicabilidad de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 en los hallazgos de la auditoría y si es necesario se realizan recomendaciones en cuanto a la redacción del documento. El control de calidad queda evidenciado mediante correos electrónicos.</p>	Representante de la Dirección/ Técnico de Organización y Calidad	FO-D.2.1-5 Informe de Auditoría Interna de Calidad	Si
b	<p>¿Hay observaciones? Si existen observaciones, regresar a la actividad "Elaborar/ modificar informe de auditoría de calidad". Si no existen observaciones, continuar con la actividad "Gestionar aprobación y remitir el informe final al DOC"</p>			
13	<p>Gestionar aprobación y remitir el informe final al área involucrada Los Auditores de Calidad gestionan la aprobación del informe con el responsable del proceso auditado y envían el documento original impreso al DOC. El Técnico de Organización y Calidad será responsable de remitir el informe en digital al responsable del área involucrada.</p>	Equipo Auditor y Técnico de Organización y Calidad		No
14	<p>Remitir copia de informe de auditoría de calidad aprobado al área auditada y Gerencia General El Representante de la Dirección o Técnico de Organización y Calidad remiten al área involucrada el</p>	Representante de la Dirección/ Técnico de Organización y		No

Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.1-7.1	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	informe de auditoría de calidad firmado en forma digital. Asimismo, se remite copia del informe a Gerencia General para dar a conocer los resultados de la auditoría.	Calidad		
15	Ir al procedimiento PR-D.2.3 Gestión de Mejora Continua. Se hace un llamado al procedimiento de Gestión de Mejora Continua (PO-D.2.3) con el fin de completar las solicitudes de planes de acción para los hallazgos detectados durante la auditoría de calidad.			
16	Evaluar el desempeño de los Auditores Internos de Calidad La evaluación del desempeño de los auditores de calidad se realizará antes, durante y después del proceso de la auditoría de calidad y deberá incluir la: <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación por el Departamento de Organización y Calidad 2. Evaluación por el personal auditado 3. Autoevaluación por los auditores de calidad 4. Evaluación por parte del auditor de calidad/ auditor líder (si aplica) Para lo anterior se utilizarán los formularios correspondientes. Los criterios incluidos en las evaluaciones son los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Responsabilidad 2. Técnicas de Auditoría 3. Conocimientos 4. Redacción de Hallazgos 5. Atributos personales Si en los resultados de la evaluación se identifican áreas de mejora, el personal del Departamento de Organización y Calidad establecerá acciones en conjunto con los auditores de Calidad, con el objetivo de mejorar; asimismo, cuando se considere	Representante de la Dirección/ Técnico de Organización y Calidad, Personal Auditado/ Auditores de Calidad	FO-D.2.1-6 Autoevaluación del Desempeño de Auditores de Calidad FO-D.2.1-7 Evaluación del Desempeño Auditores de Calidad por los Auditados FO-D.2.1-8 Resumen de Evaluación del Desempeño Auditores de Calidad FO-D.2.1-9 Evaluación del Desempeño - Auditores de Calidad en entrenamiento FO-D.2.1-10 Evaluación del	No

Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.1-7.1	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	necesario se organizarán reuniones de coordinación y actualización con los auditores. Para los auditores en entrenamiento, la evaluación será realizada utilizando los criterios establecidos en el formulario Evaluación del Desempeño - Auditores de Calidad en entrenamiento.		Desempeño por parte del DOC FO-D.2.1-11 Evaluación del Desempeño por parte del auditor líder/ equipo auditor	
	¿Programa Anual de Auditoría de Calidad ejecutado completamente? Si el Programa Anual de Auditoría de Calidad aún no ha sido ejecutado completamente, regresa a la actividad "Verificar en el Programa las fechas de las auditorías próximas a realizar". Si el Programa Anual de Auditoría de Calidad no tiene auditorías de calidad pendientes a realizar, el procedimiento finaliza. Fin del procedimiento.			

V. Documentos Relacionados:

- Norma ISO 9001:2015. Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos.
- Documentos base para la auditoría (manuales, procesos, procedimientos, formularios, instructivos, etc.)



Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.1-7.1	

VI. Control de Registros

Registro	Llenado	Archivo Consulta				Disposición Final
		Responsable	Lugar	Criterio	Tiempo de Consulta	
Programa Anual de Auditorías de Calidad	Representante de la Dirección	Técnico de Organización y Calidad	Archivo DOC	Por año	5 años	Archivo Central
Calendario de Auditoría	Representante de la Dirección	Técnico de Organización y Calidad	Archivo DOC	Por auditoría	5 años	Archivo Central
Lista de Verificación	Audidores de Calidad	Técnico de Organización y Calidad	Archivo DOC	Por auditoría/ por proceso	3 años	Destrucción
Plan de Auditoría de Calidad	Audidores de Calidad	Técnico de Organización y Calidad	Archivo DOC	Por auditoría/ por proceso	5 años	Archivo Central
Informe de Auditoría Interna de calidad	Audidores de Calidad	Técnico de Organización y Calidad	Archivo DOC	Por auditoría/ por proceso	5 años	Archivo Central
Evaluaciones del desempeño de los auditores	Representante de la Dirección/ Técnico de Organización y Calidad/ Personal auditado/ Audidores de Calidad	Técnico de Organización y Calidad	Archivo DOC	Por auditoría/ por auditor	5 años	Archivo Central

Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.1-7.1	

VII. Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del procedimiento.	Consejo de Administración Sesión: DL-650/2011 Fecha: 17/03/2011	17/03/2011
0	1	Se modificó el procedimiento para considerar para considerar lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> La elaboración de los informes de auditoría de calidad será realizada por el Equipo Auditor; asimismo, se ha considerado que puede haber apelación por parte de los Auditados y que en caso de no lograr acuerdos, el DOP podrá intervenir para tal fin. Se han establecido plazos para la presentación de los informes de auditoría de calidad y para realizar apelación en caso de existir. Se ha delegado la responsabilidad de revisión y aprobación del Programa Anual de Auditorías de Calidad al Gerente General. Se han omitido las actividades de revisión y Vo.Bo. de los Planes de Auditoría de Calidad por parte del Representante de la Dirección. En vez de ello el Equipo Auditor una vez elaborado el Plan, realizará un consenso con el personal a auditar y a partir de ello realizará las modificaciones correspondientes. Se ha trasladado la actividad de "Elaboración de Listas de Verificación" hasta después haber elaborado y consensado el Plan de Auditoría de Calidad. Actualización de los Documentos Relacionados y el cuadro de Control de registros. 	Gerente General Fecha: 08/08/2011	08/08/2011
1	2	Actualización del nombre el puesto como Técnico de Organización y Calidad, conforme al Descriptor de Puestos vigente y sustitución de DOC. En la actividad 1, cambia de "...para lo cual se realiza una enmienda en el Programa..." a "...para lo cual se realiza una modificación en el	Presidenta del FISDL Fecha: 08/05/2012	15/05/2012



Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.1-7.1	

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
		<p>Programa...”</p> <p>En la actividad 2, se agregó “aprueba”; asimismo, se eliminó de la descripción “La revisión de la Programación se realizará teniendo en cuenta la relevancia y estado de los procesos, áreas o necesidades que se detecten en las operaciones, en el Sistema de Gestión de Calidad y los resultados de las auditorías internas y externas de calidad realizadas con anterioridad” y se agregó como descripción del Control de Calidad.</p> <p>La actividad 6 cambia de: “Dá los lineamientos para realizar la auditoría y proporciona documentos” a “Proporciona los lineamientos para realizar la auditoría y documentos base”.</p> <p>En la actividad 8 se agregó en la descripción: tipo de auditoría, desarrollo del plan, que incluye: horario, requisito de la norma, proceso/ subproceso, personal a auditar, auditores, documentación de referencia.</p> <p>Se eliminó: fecha efectiva de realización (la que se acuerda contactando al responsable del proceso a ser auditado), personal a ser entrevistado, duración estimada de cada actividad.</p> <p>En la actividad 10, se sustituyó “si en el proceso existen Solicitudes” por “la implementación y efectividad”.</p> <p>Se agregó:” Notifica al equipo auditor que originalmente identificó las no conformidades u oportunidades de mejora, en caso de no ser el mismo.”</p> <p>Se agregó no conformidades (reales y potenciales), y fortalezas.</p> <p>En la actividad 17, se agregó “Durante la realización de la auditoría y posterior a la misma.”</p> <p>Se actualizaron los apartados Documentos Relacionados y Control de Registros.</p>		
2	3	<p>En la actividad 12, se cambió “Realiza reunión con Gerente/ Jefe de Área/ Personal involucrado” por “Envía informe borrador al Gerente/ Jefe de Área”.Se cambió el orden de las actividades 14 y 15.</p>	<p>Presidenta del FISDL Fecha: 09/07/2012</p>	10/07/2012



Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.1-7.1	

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
		En la actividad 15, se cambió de ""Elabora y envía al DOC el informe final" por "Elabora y envía al DOC el informe final y solicitudes de AC/ AP/ AM". Actualización del diagrama de flujo.		
3	4	Cambio de responsabilidad de la aprobación del Programa Anual de Auditoría del Gerente General al Representante de la Dirección. Se agregó el apartado VII. Historial de Cambios al procedimiento.	Consejo de Administración Sesión: DL-739/2012 Fecha: 29/11/2012	17/12/2012
4	5	En la actividad 15 "Evalúan el desempeño de los Auditores Internos de Calidad", se actualizó con la nueva metodología de evaluación del desempeño de los auditores. Se incluyó la utilización de los formularios FO-D.2.1-7 Evaluación del Desempeño Auditores de Calidad – Por los Auditados y FO-D.2.1-8 Resumen de Evaluación del Desempeño Auditores de Calidad. Se eliminaron las actividades de elaboración de informe borrador y reunión de apelación con los auditados. Se incluyeron las actividades de reunión de cierre y presentación de resultados preliminares durante esta reunión.	Consejo de Administración Sesión: DL-826/2014 Fecha: 04/09/2014	01/10/2014
5	6	Se cambia al responsable en la actividad de revisión y aprobación del programa anual de auditoría y se designa al Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Se cambia como responsable en la actividad de elaboración del programa anual de auditoría y se designa al Representante de la Dirección. Se incluye la utilización del formulario FO-D.2.1-9 Evaluación del Desempeño - Auditores de Calidad en entrenamiento.	Consejo de Administración Sesión: DL-865/2015 Fecha: 02/07/2015	02/07/2015
6	7	Se incluyen la utilización de los formularios: FO-D.2.1-10 Evaluación del Desempeño por parte del DOC FO-D.2.1-11 Evaluación del Desempeño por parte del auditor líder/ equipo auditor	Consejo de Administración Sesión: DL- 913/2016 Fecha: 30/06/2016	30/06/2016

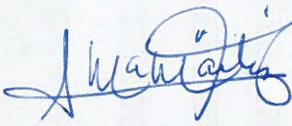


Procedimiento de Auditoría Interna de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.1-7.1	

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
		Cambio en el nombre del formulario. FO-D.2.1-6 Autoevaluación del Desempeño de Auditores de Calidad Mejoras en la redacción del documento.		
7	7.1	Se incorporó un punto de control de calidad en la elaboración del informe de auditoría de calidad. Se incorpora la remisión de informes de auditorías de calidad a Gerencia General. Mejora en la redacción del procedimiento.	Consejo de Administración Sesión: DL- 1016/2018 Fecha:14/06/2018	18/06/2018

FORMULARIO: PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS DE CALIDAD	Aprobación:	Nivel:	Código:
	16/03/2018	6	FO-D.2.1-1-2.1

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable
Firma:		
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad
Fecha:	14/03/2018	14/03/2018
Aprueba:		
Nombre:	Elena Graciela Cardoza de Gómez	
Cargo:	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional	
Fecha:	16/03/2018	



Vigencia a partir de: 16/03/2018

Formulario: Programa Anual de Auditorías de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	16/03/2018	6	FO-D.2.1-1-2.1	

PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS DE CALIDAD														FISDL
AÑO _____														
OBJETIVO:														
ALCANCE:					CRITERIOS:									
RIESGOS:					RECURSOS:									
PROCESOS/ SUBPROCESOS	ÁREAS INVOLUCRADAS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	RESPONSABLE DEL PROCESO
PROCESOS DE DIRECTRICES														
PROCESOS CLAVES														
PROCESOS DE APOYO														
Elaborado por:	Modificado por:				Aprobado por:									
Fecha:	Fecha:				Fecha:									



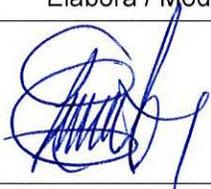
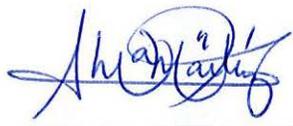
Formulario: Programa Anual de Auditorías de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	16/03/2018	6	FO-D.2.1-1-2.1	

Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del formulario.	Consejo de Administración Sesión: DL-650/2011 Fecha: 17/03/2011	17/03/2011
0	1	Se agregó el espacio para el "Objetivo" del programa anual de auditorías.	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 28/01/2013	28/01/2013
1	2	Se incorporó el logo institucional.	Consejo de Administración Sesión: DL-826/2014 Fecha: 04/09/2014	01/10/2014
2	2.1	Se incluye un apartado con los riesgos asociados al cumplimiento de programa de auditorías; asimismo, se incluyen alcance, criterios, recursos, áreas involucradas y responsables de los procesos/ subprocesos. Se eliminan los requisitos de la norma aplicables, ya que estos se consideran en cada plan de auditoría.	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha:16/03/2018	16/03/2018

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

FISDL

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



Vigencia a partir de: 01/10/2014

CALENDARIO DE AUDITORÍAS DE CALIDAD

No. de Auditoría:

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

Elaborado por:

Modificado por:

Fecha:

Fecha:

Historial de Cambios

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

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

FISDL

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



Vigencia a partir de: 01/10/2014

Auditoría No.: _____

Fecha de Auditoría: _____

Auditados: _____

Proceso/
Subproceso: _____

Procedimiento: _____

Área: _____

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

Auditores: _____

Firma: _____

Historial de Cambios

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

FORMULARIO: PLAN DE AUDITORÍA DE CALIDAD	Aprobación:	Nivel:	Código:
	03/05/2018	6	FO-D.2.1-4-2.1

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable
Firma:		
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad
Fecha:	02/05/2018	02/05/2018
Aprobado por:		
Nombre:	Elena Graciela Cardoza de Gómez	
Cargo:	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional	
Fecha:	03/05/2018	



Vigencia a partir de: 03/05/2018



Formulario: Plan de Auditoría de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	03/05/2018	6	FO-D.2.1-4-2.1	

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

OBJETIVO:				ALCANCE:			
AREAS A AUDITAR:				AUDITORÍA No:			
HORA		LUGAR	PROCESO/ SUBPROCESO/ ACTIVIDAD	REQUISITOS APLICABLES NORMA ISO 9001:2015	PERSONAL A AUDITAR (<i>nombre y cargo</i>)	AUDITORES	DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA A AUDITAR
INICIO	FIN						
<i>(Fecha)</i>							
<i>(Fecha)</i>							

Elaborado: _____
 Fecha: _____

Modificado por: _____
 Fecha: _____

Aprobado por: _____
 Fecha: _____



Vigencia a partir de: 03/05/2018

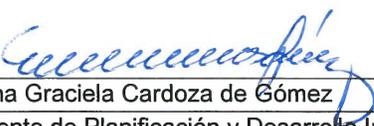
Formulario: Plan de Auditoría de Calidad	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	03/05/2018	6	FO-D.2.1-4-2.1	

Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del formulario.	Consejo de Administración Sesión: DL-650/2011 Fecha: 17/03/2011	17/03/2011
0	1	Se eliminó el tipo de auditoría: interno y externo.	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 01/10/2012	03/10/2013
1	2	Incorporación del logo institucional actualizado.	Consejo de Administración Sesión: DL-826/2014 Fecha: 04/09/2014	01/10/2014
2	2.1	<ul style="list-style-type: none"> Se actualizó la referencia a la versión de la norma ISO 9001:2015. Se incluyeron los ítems: Áreas a auditar, Auditoría No, Lugar, Hora – Inicio y Hora – Fin. Se agregó el ítem “Actividad” a la columna “Proceso/ Subproceso”. 	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 03/05/2018	03/05/2018

FORMULARIO: INFORME DE AUDITORÍA DE CALIDAD	Aprobación:	Nivel:	Código:
	14/06/2018	6	FO-D.2.1-5-3.1

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable
Firma:		
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad
Fecha:	14/06/2018	14/06/2018
Firma:		
Aprueba:	Elena Graciela Cardoza de Gómez	
Cargo:	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional	
Fecha:	14/06/2018	



Vigencia a partir de: 14/06/2018

(CARÁTULA)

FISDL

(DIA) de (MES) de (AÑO).

**PROCESO/ SUBPROCESO
GERENCIA/ DEPARTAMENTO**

GENERALIDADES

Fecha de Auditoría:

No. de Auditoría:

Objetivo de la Auditoría:

Alcance de la Auditoría:

Resumen de No Conformidades/Oportunidades de Mejora:

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

NO CONFORMIDADES / OPORTUNIDADES DE MEJORA

Proceso:

Subproceso:

Área:

Fecha:

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

Fortalezas:

-

Observaciones:

Procedimiento 1

-
-

Procedimiento 2

-
-

Proceso:

Subproceso:

Área:

Fecha:

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

Fortalezas:

-

Observaciones:

Procedimiento 1

-

-

Procedimiento 2

-

-

CONCLUSIONES

-
-

Audidores:

(Nombre y Firma)

(Nombre y Firma)

(Nombre y Firma)

Gerente de Área:

(Si aplica) _____
(Nombre y Firma)

Jefe de Área:

(Nombre y Firma)

Fecha:

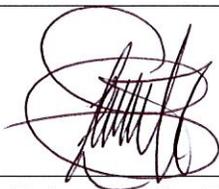
Historial de Cambios

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

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

FORMULARIO: AUTOEVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE AUDITORES DE CALIDAD	Aprobación:	Nivel:	Código:
	05/05/2016	6	FO-D.2.1-6-6

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable
Firma:		
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad
Fecha:	05/05/2016	05/05/2016
Aprueba:		
Nombre:	Elena Graciela Cardoza de Gómez	
Cargo:	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional	
Fecha:	05/05/2016	



Vigencia a partir de: 05/05/2016

|

AUTOEVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE AUDITORES DE CALIDAD

Nombre del auditor: _____

Auditoría: _____

Proceso/ Área auditada: _____

Indicaciones:

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

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

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

Fecha: _____

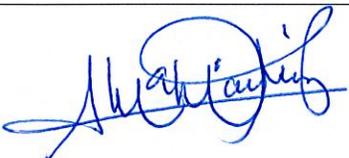
Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del formulario.	Consejo de Administración Sesión: DL-650/2011 Fecha: 17/03/2011	17/03/2011
0	1	Cambio de código del formulario de FO-D.2.1-7 a FO-D.2.1-6. Se realizaron las siguientes modificaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Se eliminó "Horas Prácticas del Auditor". • Se agregó el espacio para colocar el "N° de Auditoría" correspondiente. • Se agregó a los cuadros de evaluación una celda para "Observaciones". • Se agregó un espacio para la fecha, nombre y firma del Auditor Evaluado. 	Gerente de Sistemas y Procesos Fecha: 08/08/2011	08/08/2011
1	2	Se agregó al final del formulario, un espacio para colocar el "Puntaje Obtenido" y la "Calificación". En la columna de acciones, se agregó " <i>(Si aplica)</i> "	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 08/05/2012	15/05/2012
2	3	Revisión y mejora del formulario de evaluación del desempeño de auditores de calidad.	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 12/03/2013	12/03/2013
3	4	Cambios al nombre del formulario, ya que se utilizará para la evaluación por el DOC y para la autoevaluación de los auditores.	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 13/09/2013	13/09/2013
4	5	Inclusión del logo institucional.	Consejo de Administración Sesión: DL-826/2014	01/10/2014

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
			Fecha: 04/09/2014	
5	6	Cambio del nombre del formulario de "Evaluación del Desempeño Auditores de Calidad – DOC y Autoevaluación" a "Autoevaluación del Desempeño de Auditores de Calidad" y mejoras al mismo.	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha:05/05/2016	05/05/2016

FORMULARIO: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE AUDITORES DE CALIDAD POR LOS AUDITADOS	Aprobación:	Nivel:	Código:
	05/05/2016	6	FO-D.2.1-7-2

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable
Firma:		
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad
Fecha:	05/05/2016	05/05/2016
Aprueba:		
Nombre:	Elena Graciela Cardoza de Gómez	
Cargo:	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional	
Fecha:	05/05/2016	



Vigencia a partir de: 05/05/2016



EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE AUDITORES DE CALIDAD POR LOS AUDITADOS

Nombre del auditor: _____

Auditoría: _____

Proceso/ Área auditada: _____

Indicaciones:

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

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

5.3 Mente abierta a las respuestas brindadas durante la auditoria.						
Aspectos a Mejorar:						

Fecha: _____

Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del formulario	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 13/09/2013	13/09/2013
0	1	Se incluyó el logo institucional.	Consejo de Administración Sesión: DL-826/2014 Fecha: 04/09/2014	01/10/2014
1	2	Mejoras al formulario.	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha:05/05/2016	05/05/2016

FORMULARIO: RESUMEN DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO – AUDITORES DE CALIDAD	Aprobación:	Nivel:	Código:
	05/05/2016	6	FO-D.2.1-8-1

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable
Firma:		
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad
Fecha:	05/05/2016	05/05/2016
Aprueba:		
Nombre:	Elena Graciela Cardoza de Gómez	
Cargo:	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional	
Fecha:	05/05/2016	



Vigencia a partir de: 05/05/2016

|

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

FISDL

Nombre del auditor: _____

Auditoría: _____

Proceso/ Área auditada: _____

TIPO DE EVALUACIÓN	AUTO EVALUACIÓN (%)	EVALUACIÓN DOC (%)	EVALUACIÓN AUDITOR LIDER/ EQUIPO AUDITOR (%)	EVALUACIÓN AUDITADOS (%)	CALIFICACIÓN
PUNTAJE OBTENIDO					

Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del formulario	Consejo de Administración Sesión: DL-826/2014 Fecha: 04/09/2014	01/10/2014
0	1	Mejoras al formulario.	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha:05/05/2016	05/05/2016

FORMULARIO: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO - AUDITORES DE CALIDAD EN ENTRENAMIENTO	Aprobación:	Nivel:	Código:
	05/05/2016	6	FO-D.2.1-9-0

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable
Firma:		
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad
Fecha:	05/05/2016	05/05/2016
Aprueba:		
Nombre:	Elena Graciela Cardoza de Gómez	
Cargo:	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional	
Fecha:	05/05/2016	



Vigencia a partir de: 05/05/2016

|

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO – AUDITORES DE CALIDAD EN ENTRENAMIENTO

FISDL

Nombre del auditor:

Fecha de la Auditoría:

Auditoría:

Fecha de evaluación:

Indicaciones:

A continuación encontrará una serie de criterios de evaluación, a los cuales deberá valorar de acuerdo a la siguiente escala: 1 = Deficiente, 2 = Regular, 3 = Bueno, 4 = Muy bueno y 5 = Excelente:

Aspectos a evaluar	CALIFICACIÓN					Comentarios
	1	2	3	4	5	
1. Responsabilidad						
1.1 ¿Asistió a las reuniones del equipo auditor?	<input type="radio"/>					
1.2 ¿Realizó las actividades asignadas según lo solicitado?	<input type="radio"/>					
1.3 ¿Asistió a las jornadas de auditoría a la hora programada?	<input type="radio"/>					
2. Técnicas de la Auditoría						
2.1 ¿Utilizó listas de verificación como herramienta para comprender el proceso de auditoría?	<input type="radio"/>					
2.2 ¿Participó activamente durante las jornadas de auditoría de calidad?	<input type="radio"/>					
2.3 ¿Formuló preguntas de forma clara y coherente?	<input type="radio"/>					
3. Conocimientos						
3.1 ¿Mostró conocimiento sobre la documentación y actividades relacionadas con la auditoría de calidad?	<input type="radio"/>					
4. Redacción de Hallazgos						
4.1 ¿Hizo valoraciones y aportes para la elaboración del informe de auditoría?	<input type="radio"/>					
5. Atributos Personales						
5.1 Mentalidad Abierta. Se mostró abierto ante las ideas o puntos de vista de los demás.	<input type="radio"/>					
5.2 Seguridad en sí mismo. Actúa y funciona de forma independiente a la vez que se relaciona eficazmente con otros.	<input type="radio"/>					
5.3 Diplomático. Posee tacto en el trato con las personas auditadas.	<input type="radio"/>					
5.4 Ético. Muestra imparcialidad, objetividad y sin conflicto de intereses.	<input type="radio"/>					
5.5 Persistente. Mostró tenacidad y orientación hacia el logro de los objetivos.	<input type="radio"/>					
Aspectos a Mejorar:						

Nombre del Evaluador:

Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del formulario.	Gerencia de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha:05/05/2016	05/05/2016

FORMULARIO: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE AUDITORES DE CALIDAD POR EL DOC	Aprobación:	Nivel:	Código:
	05/05/2016	6	FO-D.2.1-10-0

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable
Firma:		
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad
Fecha:	05/05/2016	05/05/2016
Aprueba:		
Nombre:	Elena Graciela Cardoza de Gómez	
Cargo:	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional	
Fecha:	05/05/2016	



Vigencia a partir de: 05/05/2016

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE AUDITORES DE CALIDAD POR EL DOC

Nombre del auditor: _____

Auditoría: _____

Proceso/ Área auditada: _____

Indicaciones:

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

Aspectos a evaluar	CALIFICACIÓN					Comentarios
	1	2	3	4	5	
1. Responsabilidad						
1.1 Asistió a la reunión inicial para dar lineamientos de auditoría.						
1.2 La notificación del plan de auditoría se realizó en el tiempo oportuno.						
1.3 Realizó la auditoría de acuerdo al plan establecido según las fechas, horarios y personal programado.						
1.4 El informe de auditoría y solicitudes de acciones se entregaron en la fechas establecidas.						
2. Redacción de Hallazgos						
2.1 Las no conformidades están redactadas adecuadamente de forma que especifica la evidencia que lo sustenta y el requisito incumplido.						
2.2 Las oportunidades de mejora están redactadas adecuadamente de forma que especifica el beneficio que traerá a la organización.						
2.3 Las fortalezas describen el impacto positivo que han traído a la organización.						
2.4 Las conclusiones del informe de auditoría reúnen todos los elementos necesarios: tendencia de indicadores, actividades desarrolladas, cumplimiento del objetivo						

Aspectos a evaluar	CALIFICACIÓN					Comentarios
	1	2	3	4	5	
de auditoría.						
Aspectos a Mejorar:						

Evaluated by: _____

Date: _____

Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del formulario.	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 05/05/2016	05/05/2016

FORMULARIO: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO POR PARTE DEL AUDITOR LIDER/ EQUIPO AUDITOR	Aprobación:	Nivel:	Código:
	05/05/2016	6	FO-D.2.1-11-0

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable
Firma:		
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad
Fecha:	05/05/2016	05/05/2016
Aprueba:		
Nombre:	Elena Graciela Cardoza de Gómez	
Cargo:	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional	
Fecha:	05/05/2016	



Vigencia a partir de: 05/05/2016

|

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO POR PARTE DEL AUDITOR LÍDER/ EQUIPO AUDITOR

FISDL

Nombre del auditor: _____

Auditoría: _____

Proceso/ Área auditada: _____

Indicaciones:

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

Aspectos a evaluar	CALIFICACIÓN					Comentarios
	1	2	3	4	5	
1. Responsabilidad						
Participación en la elaboración de documentos de auditoria y entrega de éstos en tiempo y con la calidad requerida:						
1.1 Plan de Auditoría de Calidad						
1.2 Listas de Verificación						
1.3 Informe de Auditoría de Calidad y Solicitudes de Acciones Correctivas/ Preventivas/ Mejora						
1.4 Asistencia y puntualidad en las reuniones/ entrevistas de auditoría programadas.						
2. Técnicas de la Auditoría						
2.1 Utilizó listas de verificación, donde se registraron los hallazgos encontrados.						
2.2 Se observó que tomó evidencia durante la auditoría.						
2.3 Durante la auditoría, las preguntas se formularon de forma clara y coherente.						
3. Atributos Personales						
3.1 Mentalidad Abierta. Se mostró abierto ante las ideas o puntos de vista del equipo y hacia los auditados.						

Aspectos a evaluar	CALIFICACIÓN					Comentarios
	1	2	3	4	5	
3.2 Seguridad en sí mismo. Actúa y funciona de forma independiente a la vez que se relaciona eficazmente con otros.						
3.3 Diplomático. Posee tacto en el trato con el equipo y el personal auditado.						
3.4 Ético. Muestra imparcialidad, objetividad y sin conflicto de intereses.						
3.5 Persistente. Mostró tenacidad y orientación hacia el logro de los objetivos.						
Aspectos a Mejorar:						

Evaluado por: _____

Fecha: _____

Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del formulario.	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 05/05/2016	05/05/2016

PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN DEL SGC POR LA DIRECCION	Aprobación:	Nivel:	Código:
	14/06/2018	4	PO-D.2.2-6.1

FISDL

	Elabora / Modifica	Revisa	Revisa	Responsable
Firma:				
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda	Elena Graciela Cardoza de Gómez	Marta Eugenia Roldán de Bottari
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad/ Representante de la Dirección	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional	Gerente General/ Coordinador del Comité de Calidad
Fecha:	28/05/2018	30/05/2018	30/05/2018	01/06/2018
Recomendó Comité Técnico Consultivo FISDL		APROBADO Consejo de Administración FISDL		
Recomienda: Comité Técnico Consultivo		Aprueba: Consejo de Administración		
Sesión: DL-1100/2018	Fecha: 11/06/2018	Sesión: DL-1016/2018	Fecha: 14/06/2018	

Vigencia a partir de: 18/06/2018



Procedimiento de Revisión del SGC por la Dirección	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.2-6.1	

I. Objetivo General

Establecer los lineamientos a seguir para realizar la revisión del Sistema de Gestión de Calidad por la Dirección a intervalos planificados, con el fin de asegurarse de su conveniencia, adecuación eficacia y alineación continuas con la dirección estratégica de la institución.

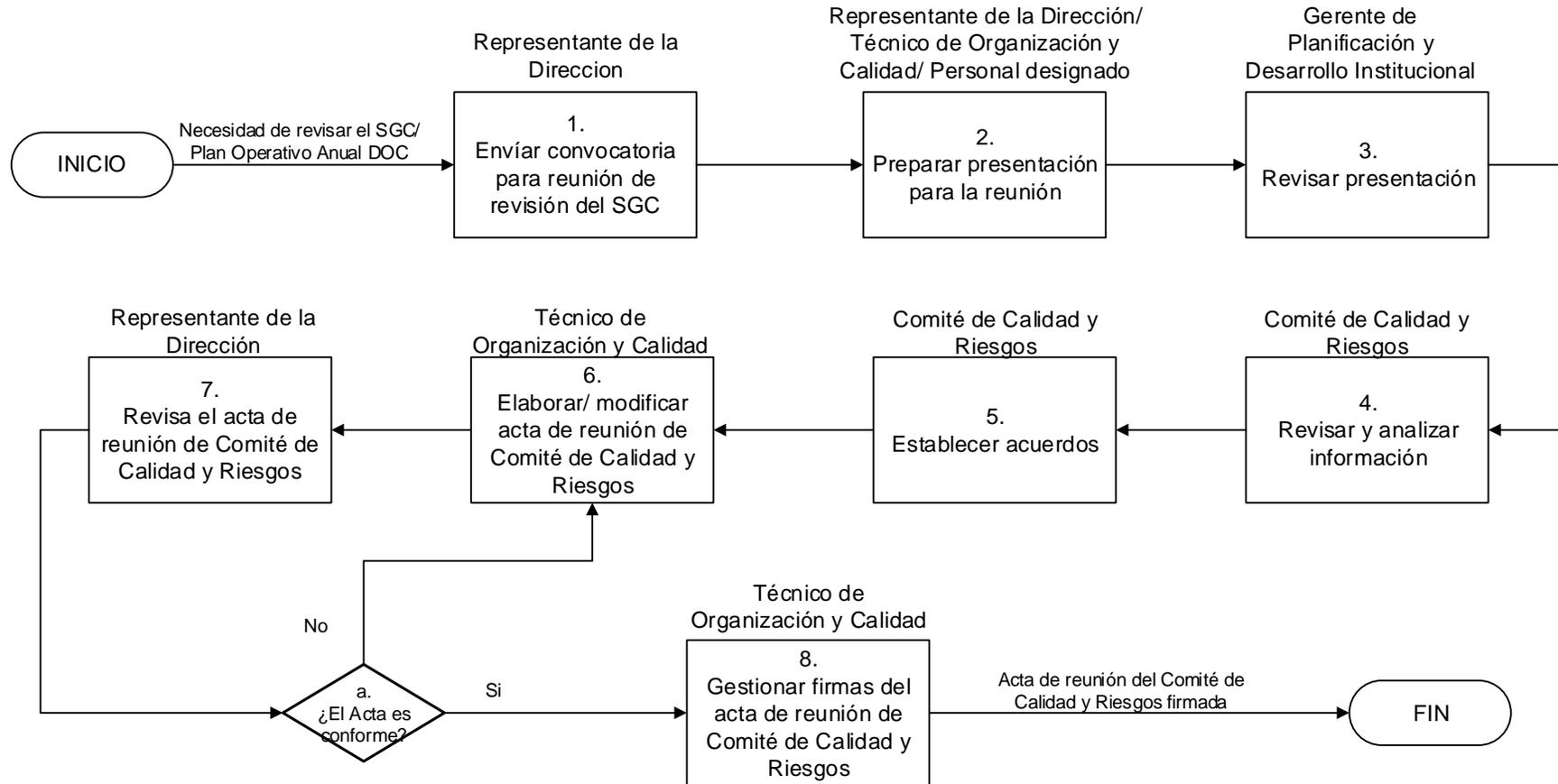
II. Alcance

Desde la elaboración de la agenda para el desarrollo de la sesión de Comité de Calidad y Riesgos, hasta la elaboración y aprobación del acta correspondiente.



Procedimiento de Revisión del SGC por la Dirección	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.2-6.1	

III. Flujograma:



Procedimiento de Revisión del SGC por la Dirección	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.2-6.1	

IV. Descripción General:

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
1	<p>Enviar convocatoria para reunión de revisión del Sistema de Gestión de Calidad.</p> <p>La convocatoria deberá incluir la agenda de sesión de los puntos a tratar en la reunión, la fecha, hora y lugar donde se desarrollará al Comité de Calidad y Riesgos.</p>	Representante de la Dirección		No
2	<p>Preparar presentación para la reunión</p> <p>La presentación para la revisión deberá incluir la siguiente información:</p> <p>a) el estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas;</p> <p>b) los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema de gestión de calidad;</p> <p>c) la información sobre el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidas las tendencias relativas a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la satisfacción del cliente y la retroalimentación de la partes interesadas pertinentes; 2. el grado en que se han logrado los objetivos de calidad; 3. el desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios; 4. las no conformidades y acciones correctivas; 5. los resultados de seguimiento y medición; 6. los resultados de las auditorías; 7. el desempeño de los proveedores externos; <p>d) la adecuación de los recursos;</p> <p>e) la eficacia de las acciones tomadas para</p>	Representante de la Dirección/ Técnico de Organización y Calidad/ Personal Designado		No

Procedimiento de Revisión del SGC por la Dirección	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.2-6.1	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	abordar los riesgos y oportunidades (véase 6.1); f) las oportunidades de mejora; Nota: Todos los puntos antes mencionados, se deberán analizar al menos una vez al año y podrán ser revisados en distintas sesiones del CCR.			
3	Revisar presentación Revisa la presentación a tratar en la reunión, en caso de tener observaciones, las traslada al Representante de la Dirección para que sean incorporadas. Descripción del Control de Calidad Revisa la información y de ser necesario solicita los cambios que estime convenientes, el control de calidad queda evidenciado a través de correo electrónico.	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional		Si
4	Revisar y analizar información El Representante de la Dirección presenta la información en la reunión del Comité de Calidad y Riesgos, realizan el análisis y la revisión de la información correspondiente identificando oportunidades para la mejora, la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de calidad y/o las necesidades de recursos en cada uno de los puntos antes mencionados.	Comité de Calidad y Riesgos		No
5	Establecer acuerdos Con base a la revisión y análisis efectuado definen acuerdos que serán establecidos en el formulario de Matriz de Seguimiento de Acuerdos de Comité de Calidad y Riesgos y su seguimiento se realizará de acuerdo a la fecha que sea estipulada por el Comité de Calidad y Riesgos.	Comité de Calidad y Riesgos	FO-D.2.2-1 Matriz de Seguimiento de Acuerdos de Comité Calidad y Riesgos	No
6	Elaborar/ modificar acta de reunión de Comité	Técnico de		No



Procedimiento de Revisión del SGC por la Dirección	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.2-6.1	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	<p>de Calidad y Riesgos</p> <p>El acta de reunión incluye todos los puntos tratados y los acuerdos tomados por el Comité de Calidad y Riesgos.</p>	Organización y Calidad		
7	<p>Revisar el acta de reunión de Comité de Calidad y Riesgos</p> <p>El Representante de la Dirección revisa que el acta esté redactada de forma correcta e incluya todos los acuerdos tomados en la reunión.</p> <p><u>Descripción del Control de Calidad</u></p> <p>Verifica cada uno de los puntos vistos en la sesión y de ser necesario realiza los cambios que estime convenientes, una vez este conforme el Representante de la Dirección firmará el acta.</p>	Representante de la Dirección		Si
a	<p>¿El Acta es conforme?</p> <p>Si el Acta es conforme, continuar con la actividad “Gestionar firmas del acta de reunión de Comité de Calidad”.</p> <p>En caso contrario, regresar a la actividad “Elaborar/modificar acta de reunión de Comité de Calidad y Riesgos”.</p>			
8	<p>Gestionar firmas del Acta de Reunión de Comité de Calidad y Riesgos.</p> <p>El Técnico de Organización y Calidad gestiona las firmas de aprobación del acta de reunión de Comité de Calidad, a más tardar 15 días hábiles después de realizada la sesión.</p> <p>Fin del procedimiento.</p>	Técnico de Organización y Calidad		No

V. Documentos Relacionados:

- Norma ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos.



SC-CER202197

Procedimiento de Revisión del SGC por la Dirección	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.2-6.1	

VI. Control de Registros

Registro	Llenado	Archivo Consulta				Disposición Final
		Responsable	Lugar	Criterio	Tiempo de Consulta	
Acta de reunión de Comité de Calidad y Riesgos y sus anexos (Presentación de Revisión del Sistema de Gestión de Calidad y otros)	Técnico de Organización y Calidad	Gerente General	Original - Archivo de Gerencia General	Por número de Sesión de CCA	5 años	Archivo Central
		Técnico de Organización y Calidad	Copia - Archivo DOC	Por número de Sesión de CCA	5 años	Archivo Central
Lista de asistencia	Miembros del Comité de Calidad y Riesgos	Técnico de Organización y Calidad	Archivo DOC	Por número de Sesión de CCA	5 años	Archivo Central
Matriz de Seguimiento de Acuerdos de Comité de Calidad y Riesgos	Técnico de Organización y Calidad	Técnico de Organización y Calidad	Archivo digital en H:\ ORGANIZACIÓN Y CALIDAD	Por nombre	Indefinido	Indefinido

VII. Historial de Cambios

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

Procedimiento de Revisión del SGC por la Dirección	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.2-6.1	

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



Procedimiento de Revisión del SGC por la Dirección	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.2-6.1	

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
		“identificando no conformidades reales y potenciales”. Se agregó a la actividad 6 un Control de Calidad: “Verifica cada uno de los puntos vistos en la sesión y de ser necesario realiza los cambios que estime convenientes”. Se actualizaron los apartados Documentos Relacionados y Control de Registros.		
3	4	Se agregó el apartado VII. Historial de Cambios al procedimiento.	Consejo de Administración Sesión: DL-739/2012 Fecha: 29/11/2012	17/12/2012
4	5	En la actividad 2, se incluyó también como responsable al Técnico de Organización y Calidad y Personal Designado. En la actividad 5 se sustituyó al responsable “Secretario de Comité de Calidad” por “Técnico de Organización y Calidad”. Se incluyó en la actividad 6 que el control de calidad queda evidenciado con la firma del Representante de la Dirección en el acta. Se incluyó la utilización del FO-D.2.2-1 Matriz de Seguimiento de Acuerdos de Comité Calidad. Actualización del control de registros.	Consejo de Administración Sesión: DL-826/2014 Fecha: 04/09/2014	01/10/2014
5	6	Se incluyó al Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional en la actividad de revisión de la presentación para reunión.	Consejo de Administración Sesión: DL-865/2015 Fecha: 02/07/2017	02/07/2017
6	6.1	Actualización de objetivo y alcance del procedimiento. Mejora en la redacción de las actividades	Consejo de Administración Sesión: DL-1016/2018 Fecha: 14/06/2018	18/06/2018

FORMULARIO: MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE ACUERDOS DE COMITÉ DE CALIDAD Y RIESGOS	Aprobación:	Nivel:	Código:
	14/06/2018	6	FO-D.2.2-1-1

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable
Firma:		
Nombre:	Claudia Maricela García de Gómez	Astrid María Martínez de Pineda
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad
Fecha:	14/06/2018	14/06/2018
Firma:		
Aprueba:	Elena Graciela Cardoza de Gómez	
Cargo:	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional	
Fecha:	14/06/2018	



Vigencia a partir de: 14/06/2018



Formulario: Matriz de Seguimiento de Acuerdos de Comité de Calidad y Riesgos	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	6	FO-D.2.2-1-1	

MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE ACUERDOS DE COMITÉ DE CALIDAD Y RIESGOS

FISDL

TEMA	No.	SESIÓN CCR	ACUERDOS	RESPONSABLES	FECHA PROPUESTA DE REALIZACIÓN	ESTADO	SEGUIMIENTO



Formulario: Matriz de Seguimiento de Acuerdos de Comité de Calidad y Riesgos	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	6	FO-D.2.2-1-1	

Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del formulario.	Consejo de Administración Sesión: DL-826/2014 Fecha: 04/09/2014	01/10/2014
0	1	Se agregan las columnas "Tema" y "Estado". Se actualiza el nombre "Comité de Calidad y Riesgos".	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 14/06/2018	14/06/2018



PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE MEJORA CONTINUA	Aprobación:	Nivel:	Código:
	14/06/2017	4	PO-D.2.3-5.1

FISDL

	Elabora / Modifica	Revisa	Revisa	Responsable
Firma:				
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda	Elena Graciela Cardoza de Gómez	Marta Eugenia Roldán de Bottari
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad/ Representante de la Dirección	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional	Gerente General/ Coordinador del Comité de Calidad
Fecha:	28/05/2018	30/05/2018	30/05/2018	01/06/2018
Recomendó Comité Técnico Consultivo FISDL		APROBADO Consejo de Administración FISDL		
Recomienda: Comité Técnico Consultivo		Aprueba: Consejo de Administración		
Sesión: DL-1100/2018	Fecha: 11/06/2018	Sesión: DL-1016/2018	Fecha: 14/06/2018	



Vigencia a partir de: 18/06/2018

Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.3-5.1	

I. Objetivo General

Definir las actividades para la identificación, análisis y establecimiento de planes de acción de las no conformidades u oportunidades de mejora; asimismo, el seguimiento de los planes de acción incluyendo lo correspondiente a riesgos y oportunidades.

II. Alcance

Este procedimiento aplica desde la detección de no conformidades y oportunidades de mejora e incluye el análisis y elaboración de planes de acción; así como, la verificación de planes de acción incluyendo las provenientes de riesgos y oportunidades hasta la presentación de resultados de las mejoras implementadas.

Procedimiento de Gestión de Mejora Continua

Aprobación:

Nivel:

Código:

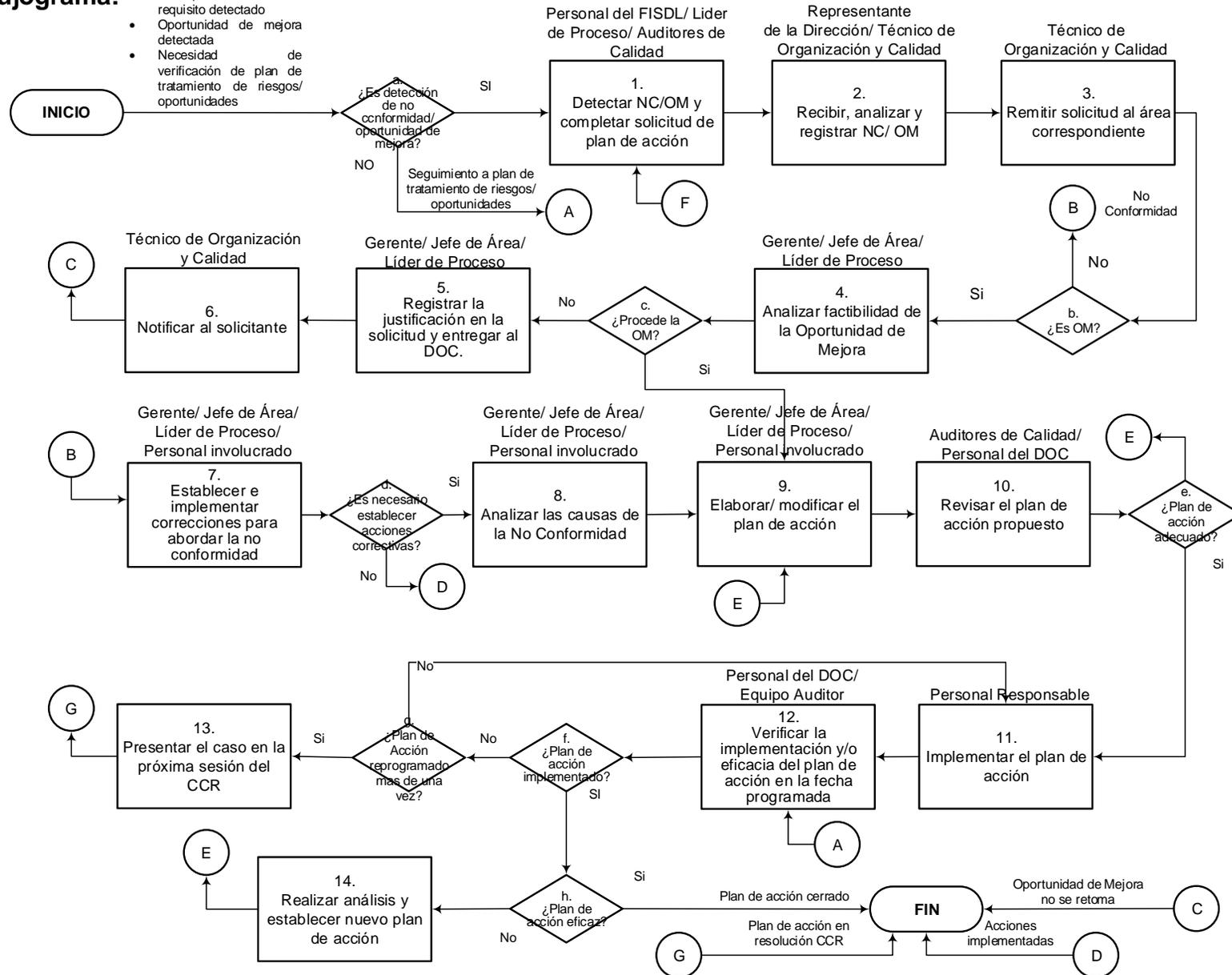
14/06/2018

4

PO-D.2.3-5.1

FISDL

- III. Flujograma:**
- Incumplimiento a un requisito detectado
 - Oportunidad de mejora detectada
 - Necesidad de verificación de plan de tratamiento de riesgos/oportunidades



Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.3-5.1	

IV. Descripción General:

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
a.	<p>¿Es detección de no conformidad/ oportunidad de mejora?</p> <p>Si es detección de no conformidad/ oportunidad de mejora, continuar con la actividad “Completar solicitud de plan de acción”.</p> <p>Si es seguimiento a plan de acción de riesgos/ oportunidades, ir a la actividad “Verificar la implementación y/o eficacia del plan de acción en la fecha programada”</p>			
1	<p>Detectar NC/OM y completar solicitud de plan de acción</p> <p>El personal del FISDL o los Auditores de Calidad detectan una no conformidad u oportunidad de mejora. y registra en la Solicitud de Plan de Acción la identificación del hallazgo.</p>	Personal del FISDL/ Auditores de Calidad	FO-D.2.3-1 Solicitud de Plan de Acción	No
2	<p>Recibir, analizar y registrar NC/ OM</p> <p>Recibe la solicitud de Plan de Acción, asigna código y registra la información en la Lista de Control de No Conformidades y Oportunidades de Mejora.</p> <p>El código asignado tendrá la siguiente estructura:</p> <p style="text-align: center;">AA – PR - X.X.X.X- 00</p> <p>Dónde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AA: iniciales que pueden ser, OM (Oportunidad de Mejora) o NC (No Conformidad) • PR-X.X.X: proceso o subproceso al que corresponde la no conformidad u oportunidad de mejora. • 00: Número correlativo, que inicia con 01. <p>En el caso de tener observaciones, regresa al solicitante para que haga las correcciones o</p>	Representante de la Dirección/ Técnico de Organización y Calidad	FO-D.2.3-1 Solicitud de Plan de Acción	No

Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.3-5.1	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	modificaciones necesarias.			
3	Remitir solicitud al área correspondiente Remite solicitud de Plan de Acción al Gerente/ Jefe del Área correspondiente o Líder de proceso para su respectivo tratamiento.	Técnico de Organización y Calidad		No
b.	¿Es Oportunidad de Mejora? Si es Oportunidad de Mejora, continuar con la actividad "Analizar factibilidad de la Oportunidad de Mejora", caso contrario, ir a la actividad "Analizar las causas de la No Conformidad".			
4	Analizar factibilidad de la Oportunidad de Mejora El Gerente/ Jefe de Área/ Líder de Proceso evalúan las mejoras que pueda traer la implementación de acciones para la oportunidad de mejora detectada y si es factible de realizar.	Gerente/ Jefe de Área/ Líder de Proceso		No
c.	¿Procede la Oportunidad de Mejora? Si la oportunidad de mejora procede, ir a la actividad "Elabora/modifica el plan de acción". Si la oportunidad de mejora no procede, continuar con la actividad "Registrar la justificación en la solicitud y entregar al DOC.".			No
5	Registrar la justificación en la solicitud y entregar al DOC. El Gerente/ Jefe de Área deberá registrar en la solicitud, la justificación del porque la Oportunidad de Mejora no procede y entrega la Solicitud al DOC.	Gerente/Jefe de Área/ Líder de Proceso	FO-D.2.3-1 Solicitud de Plan de Acción	No
6	Notificar al solicitante El Técnico de Organización y Calidad notifica al solicitante y registra justificación en la Lista de Control de No Conformidades y Oportunidades de Mejora. Ir al fin del procedimiento.	Técnico de Organización y Calidad		No

Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.3-5.1	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
7	<p>Establecer e implementar correcciones¹ para abordar la no conformidad</p> <p>El personal involucrado establece en el formulario de Solicitud de Plan de Acción e implementa las acciones para controlar, corregir y hacer frente a las consecuencias de la no conformidad.</p> <p>Una vez establecidas las acciones, la solicitud del plan de acción es remitida al DOC para su registro, programación de seguimiento y resguardo.</p>	Gerente/Jefe de Área/ Líder de Proceso/ Personal Responsable	FO-D.2.3-1 Solicitud de Plan de Acción	No
d.	<p>¿Es necesario establecer acciones correctivas?</p> <p>El Gerente/Jefe de Área/ Líder de Proceso/ Personal Responsable determina si es necesario establecer acciones correctivas, de ser necesario continuar con la actividad “Analizar las causas de la No Conformidad”.</p> <p>Caso contrario, ir al fin del procedimiento.</p>			
8	<p>Analizar las causas de la No Conformidad</p> <p>El análisis de causas se realiza con fin de determinar las causas que han originado el problema y deberá realizarse utilizando una metodología definida quedando evidencia en la Solicitud de Plan de Acción.</p> <p>Asimismo, se determinará si existen no conformidades similares, o que potencialmente puedan ocurrir.</p>	Gerente/Jefe de Área/ Líder de Proceso/ Personal Responsable	FO-D.2.3-1 Solicitud de Plan de Acción	No
9	<p>Elaborar/ modificar el plan de acción</p> <p>A partir del análisis de causas efectuado, se</p>	Gerente/Jefe de Área/ Líder de	FO-D.2.3-1 Solicitud de Plan de	No



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

Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.3-5.1	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	<p>determinan las acciones correctivas² a implementar para eliminar las causas de la no conformidad. Asimismo, para el caso de oportunidad de mejora, se establecen las acciones de mejora³ necesarias.</p> <p>También se establecerán fechas de finalización, responsables y fecha en que se podrá evidenciar la eficacia del plan.</p> <p>Una vez establecidas las acciones, la solicitud del plan de acción deberá ser firmada de aprobada por el Gerente/ Jefe del Área responsable y deberá ser remitida al DOC para su revisión.</p>	Proceso/ Personal Involucrado	Acción	
10	<p>Revisar el plan de acción propuesto.</p> <p>Revisan que el plan de acción propuesto sea adecuado.</p> <p>Si la no conformidad/ oportunidad de mejora ha sido detectada en una auditoría de calidad, la revisión del plan de acción la realizará el Auditor de Calidad que identificó el hallazgo</p> <p>Si la detección se origina de otras fuentes, la revisión del plan de acción la realizará el personal del Departamento de Organización y Calidad.</p> <p><u>Descripción del Control de Calidad</u></p> <p>El control de calidad consiste en verificar que las acciones propuestas sean adecuadas de tal forma que eliminen las causas que originan la no conformidad y/o conlleven a una mejora.</p> <p>El control de calidad quedará evidenciado con la</p>	Auditores de Calidad/ Personal del DOC	FO-D.2.3-1 Solicitud de Plan de Acción	Si



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

³ *Acción de mejora:* Acción realizada para optimizar y potencializar el desempeño de un proceso o el cumplimiento de los requisitos.

Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.3-5.1	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	<p>firma de revisado por el Auditor de Calidad o Personal de DOC en la Solicitud del Plan de Acción.</p> <p>Una vez revisada y firmada, la Solicitud del Plan de Acción original es remitida al DOC para su registro, programación de seguimiento y resguardo.</p>			
e	<p>¿Plan de acción adecuado?</p> <p>Si el plan de acción propuesto no es adecuado, regresar a la actividad “Elaborar/ modificar el plan de acción”; si el plan de acción propuesto es adecuado, continuar con la actividad “Implementar el plan de acción propuesto”.</p>			
11	<p>Implementar el plan de acción propuesto</p> <p>El personal responsable implementa el plan de acción en los plazos establecidos.</p>	Personal Responsable		No
12	<p>Verificar la implementación y/o eficacia del plan de acción en la fecha programada</p> <p>Realiza el seguimiento de la implementación y/o eficacia del plan de acción en la fecha programada.</p> <p><u>Descripción del Control de Calidad</u></p> <p>El seguimiento queda evidenciado en la hoja Seguimiento de Planes de Acción debidamente firmada por el Auditor de Calidad o Personal del DOC que lo realizó.</p> <p>El resultado de los seguimientos deberá registrarse en la Lista de Control de No Conformidades y Oportunidades de Mejora.</p> <p>Si el plan de acción ha sido implementado y es eficaz, se coloca en estatus de CERRADO.</p> <p>Si el plan de acción no ha sido implementado, se coloca en estatus de ABIERTO-REPROGRAMADO y el área involucrada deberá</p>	Auditores de Calidad/ Personal del DOC	FO-D.2.3-2 Seguimiento de Planes de Acción	Si

Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.3-5.1	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
	<p>proponer una fecha de reprogramación para la implementación.</p> <p>Si el plan de acción no ha sido implementado y es la 2ª Reprogramación, se coloca en estatus de en RESOLUCIÓN DE COMITÉ DE CALIDAD Y RIESGOS.</p> <p>Si el plan de acción ha sido implementado pero no es eficaz, se establece un nuevo plan de acción para abordar la no conformidad.</p>			
f	<p>¿Plan de Acción implementado?</p> <p>Si el plan de acción no ha sido implementado continuar con la decisión “¿Es la 2da reprogramación?”.</p> <p>Si el plan de acción ha sido implementado ir a la decisión “¿Plan de acción eficaz?””.</p>			
g	<p>¿El plan de acción ha sido reprogramado más de una vez?</p> <p>Si el plan de acción ha sido reprogramado más de una vez, continuar con la actividad “Presentar el caso en la próxima sesión del Comité de Calidad y Riesgos”.</p> <p>Caso contrario, regresar a la actividad “Implementar el plan de acción”.</p>			
13	<p>Presentar el caso en la próxima sesión del Comité de Calidad y Riesgos</p> <p>El Representante de la Dirección presenta el caso al Comité de Calidad y Riesgos, al informar sobre el estado de las no conformidades y oportunidades de mejora.</p> <p>Ir al fin del procedimiento.</p>	Representante de la Dirección		No
h.	<p>¿Plan de acción eficaz?</p> <p>Si el plan de acción no ha sido eficaz, ir a la actividad “Establecer un nuevo plan de acción”.</p> <p>Si las acciones han sido eficaces, ir al fin del procedimiento.</p>			

Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.3-5.1	

Nº.	Descripción de Actividad	Responsable	Formulario	Control Calidad
14	Establecer un nuevo plan de acción Establecen un nuevo plan de acción para abordar las causas de la no conformidad. Regresar a la actividad "Elaborar/ modificar el plan de acción".	Gerente/Jefe de Área/ Líder de Proceso/ Personal Involucrado		No
	Fin del procedimiento.			

V. Documentos Relacionados:

- Manual de procesos y procedimientos aprobado.
- Ley y Reglamento de Creación del FISDL.
- Norma ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos.

VI. Control de Registros

Registro	Llenado	Archivo Consulta				Disposición Final
		Responsable	Lugar	Criterio	Tiempo de Consulta	
Solicitud de Plan de Acción	Equipo Auditor/ Gerente/Jefe de Área/ Líder de Proceso/ Personal de DOC	Técnico de Organización y Calidad	Archivo DOC	Por proceso, por código asignado.	5 años	Archivo Central
Seguimiento de Plan de Acción	Equipo Auditor/ Personal de DOC	Técnico de Organización y Calidad	Archivo DOC	Por proceso, por código asignado.	5 años	Archivo Central
Lista de Control de No Conformidades y Oportunidades de Mejora	Técnico de Organización y Calidad	Técnico de Organización y Calidad	H:\ORGANIZACION Y CALIDAD\Calidad\5- Acciones Correctivas Preventivas y Mejora	Por nombre	Indefinido	Indefinido

Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.3-5.1	

VII. Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del procedimiento.	Consejo de Administración Sesión: DL-650/2011 Fecha: 17/03/2011	17/03/2011
0	1	<p>Se modificó el procedimiento para considerar lo siguiente: <u>No Conformidad/ Oportunidad de Mejora</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se han detallado más claramente las actividades a seguir en caso de presentarse una No Conformidad; asimismo, una Oportunidad de Mejora. • Se han incluido las actividades de programación de visitas de seguimiento a los planes de acción, verificación de la implementación de acciones, verificación de la efectividad de las acciones y reprogramaciones en las fechas de implementación, en caso de existir, hasta completar el plan de acción propuesto. <p><u>Proyectos de Mejora</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se incluyeron actividades en caso de requerir la realización de prueba piloto y de ser o no efectiva; asimismo, se incluyó la presentación de informes de avances mensuales de los proyectos de mejora. • Actualización del apartado de Documentos Relacionados y el cuadro de Control de registros. 	Gerente General Fecha: 08/08/2011	08/08/2011
1	2	<p>Se realizaron cambios de forma a los apartados: "Objetivo general" y "Alcance". Actualización del "Flujograma".</p> <p>Se actualizaron los nombres de los puestos "Tecnico de Organización y Calidad". Se incluyó la actividad 1, "Detecta no conformidad/ oportunidad de mejora/ proyecto de mejora", y se detallaron las fuentes de donde pueden detectarse. Se eliminó de la actividad 2, "Al detectar la no conformidad u</p>	Presidenta del FISDL Fecha: 15/05/2012	16/05/2012

Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.3-5.1	

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
		<p>oportunidad de mejora completa la “Solicitud de Acción Correctiva/ Preventiva/ Mejora” e identifica si la No Conformidad u Oportunidad de Mejora se debe...”</p> <p>Y se agregó “Completa la solicitud de acción correctiva/ preventiva/ mejora registrando la siguiente información: responsable área y/o proceso, fecha de solicitud, quien la detectó y fecha de detección; asimismo, la descripción y el origen de la misma”.</p> <p>En la actividad 6, se agregó “...si es factible de realizar”.</p> <p>Se incluyó la definición de “acción correctiva y acción preventiva” en el pie de página.</p> <p>En la actividad 14, se eliminó “ La verificación podrá realizarse a partir de los 5 días hábiles después de notificada la visita...”</p> <p>La decisión c cambió a “Es la 2da reprogramación”.</p> <p>Se agregaron las actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 16. Registra en la hoja de verificación de la solicitud e informa al DOC. • 17. Presenta el caso al Comité de Calidad en sesión mensual. <p>En la actividad 33, se cambió como responsable al “Líder del Equipo de Mejora”.</p> <p>Se actualizaron los apartados: “Documentos Relacionados y Control de Registros”.</p> <p>En general, mejoras en la redacción del procedimiento.</p>		
2	3	<p>En la actividad 17, se cambió la actividad de “Presenta el caso al Comité de Calidad en sesión mensual” a “Presenta el caso en sesión del Comité de Calidad.”</p> <p>En la actividad 32, se eliminó que la presentación de avances de</p>	Presidenta del FISDL Fecha: 09/07/2012	10/07/2012

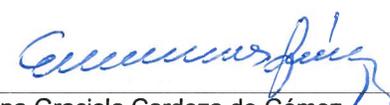


Procedimiento de Gestión de Mejora Continua	Aprobación:	Nivel:	Código:	FISDL
	14/06/2018	4	PO-D.2.3-5.1	

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
		proyectos de mejora debe de ser mensuales.		
3	4	Se agregó el apartado VII. Historial de Cambios al procedimiento.	Consejo de Administración Sesión: DL-739/2012 Fecha: 29/11/2012	17/12/2012
4	5	Se eliminó como formulario la FO-D.2.3-3 Control de No Conformidades y Oportunidades de Mejora, ya que por su naturaleza es un control del cual se pueden obtener reportes y no un formulario. Queda como registro. Se incluyó como responsable al Líder de Proceso en las actividades relacionadas con el análisis de causas, establecimiento de planes de acción e identificación de NC/OM. Se ha modificado el procedimiento de tal forma que la verificación se realice por plan de acción completo y no por acción. Se ha creado un nuevo formulario FO-D.2.3-4 Seguimiento de Planes de Acción al cual se hace referencia. Actualización del Diagrama de Flujo y Control de Registros.	Consejo de Administración Sesión: DL-826/2014 Fecha: 04/09/2014	01/10/2014
5	5.1	Se eliminaron las actividades correspondientes a: Tratamiento de No Conformidades Potenciales y establecimiento de Acciones Preventivas. Gestión de Proyectos de Mejora. Mejora en el diagrama de flujo y la descripción del procedimiento.	Consejo de Administración Sesión: DL-1016/2018 Fecha: 14/06/2018	18/06/2018

FORMULARIO: SOLICITUD DE PLAN DE ACCIÓN	Aprobación:	Nivel:	Código:
	14/06/2018	6	FO-D.2.3-1-3.1

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable
Firma:		
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad
Fecha:	14/06/2018	14/06/2018
Firma:		
Aprueba:	Elena Graciela Cardoza de Gómez	
Cargo:	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional	
Fecha:	14/06/2018	



FISDL	Formulario: Solicitud de Plan de Acción	Aprobación:	Nivel:	Código:
		14/06/2018	6	FO-D.2.3-1-3.1

				Código:	
Tipo:	NC		OM		Fecha de Solicitud:
Responsable del Proceso:			Área:		
Proceso / Subproceso:					
Detectada por:				Fecha de Detección:	

Descripción del Hallazgo

ORIGEN DEL HALLAZGO			
Auditorías Internas/ Externas de Calidad:		Seguimiento y Medición:	
Salidas No Conformes:		Revisión del SGC por la Dirección:	
Quejas de los clientes:		Mejora Continua:	
Otros orígenes:	Especificar:		

CORRECCIÓN			
Nombre y Firma Responsable:			Fecha de Implementación:

FISDL	Formulario: Solicitud de Plan de Acción	Aprobación:	Nivel:	Código:
		14/06/2018	6	FO-D.2.3-1-3.1

ANÁLISIS DE CAUSAS				
Problema a superar	Causa 1 del problema	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?
	Causa 2 del problema	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?
	Causa 3 del problema	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?

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

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

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

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

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

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

FISDL	Formulario: Solicitud de Plan de Acción	Aprobación:	Nivel:	Código:
		14/06/2018	6	FO-D.2.3-1-3.1

Historial de Cambios

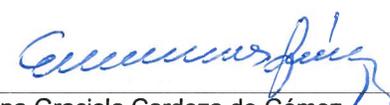
VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del formulario.	Consejo de Administración Sesión: DL-650/2011 Fecha: 17/03/2011	17/03/2011
0	1	<p>Se modificó el formulario según se describe a continuación: Se adicionó al nombre del formulario "Mejora". Sección Origen de la NC / OM, se eliminó "Reclamo de Cliente", cambio "Fecha de Recibido" a "Fecha de Detección", se agregó apartado para el análisis de la validez de la NC / OM. Sección Corrección, se agregó ésta sección para el caso en que aplique la realización de correcciones inmediatas. Apartado Acciones, cambio a "Plan de Acción Propuesto". En la "Fecha de Implementación", se agregaron las columnas "Fecha de Inicio" y "Fecha de Finalización". Se agregó el espacio para la fecha, nombre y firma de elaborado y aprobado; asimismo, la fecha, nombre y firma para la revisión del plan de acción. Apartado Verificación Acción Correctiva/ Preventiva, cambio de nombre de "Verificación Acción Correctiva/ Preventiva" a "Verificación de implementación y efectividad de acciones", se modificó el apartado de tal forma que en la verificación de las acciones se incluyan las fechas, evidencias y observaciones para la verificación de implementación, efectividad y reprogramación (si aplica).</p>	Gerente de Sistemas y Procesos Fecha: 08/08/2011	08/08/2011
1	2	<p>En el apartado de "Generalidades", se agregó: "fecha de solicitud, proceso/ subproceso, área y responsable". Se separaron los orígenes de no conformidades reales, no conformidades potenciales y oportunidades de mejora. Se estableció una nueva metodología para el análisis de causas. En el apartado de "Verificación de Implementación y Efectividad de Acciones", se agregó un espacio para</p>	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 15/05/2012	16/05/2012

FISDL	Formulario: Solicitud de Plan de Acción	Aprobación:	Nivel:	Código:
		14/06/2018	6	FO-D.2.3-1-3.1

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
		el "No. NC/ OM" y se realizaron cambios de forma.		
2	3	Revisión y mejora del formulario.	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 07/10/2013	07/10/2013
3	3.1	Se realizaron los siguientes cambios: <ul style="list-style-type: none"> - "Código" en vez de "Número" - "Fecha de implementación" en vez de "Fecha de corrección". - "Fecha de eficacia" en vez de "Fecha de efectividad". Se eliminó la referencia a no conformidades potenciales. Actualización del apartado "Origen del Hallazgo". Cambio del nombre del formulario: "Solicitud de Plan de Acción" en vez de "Solicitud de Acción Correctiva/ Preventiva/ Mejora".	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 14/06/2018	14/06/2018

FORMULARIO: SOLICITUD DE PLAN DE ACCIÓN	Aprobación:	Nivel:	Código:
	14/06/2018	6	FO-D.2.3-1-3.1

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable
Firma:		
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad
Fecha:	14/06/2018	14/06/2018
Firma:		
Aprueba:	Elena Graciela Cardoza de Gómez	
Cargo:	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional	
Fecha:	14/06/2018	



FISDL	Formulario: Solicitud de Plan de Acción	Aprobación:	Nivel:	Código:
		14/06/2018	6	FO-D.2.3-1-3.1

				Código:	
Tipo:	NC		OM		Fecha de Solicitud:
Responsable del Proceso:			Área:		
Proceso / Subproceso:					
Detectada por:				Fecha de Detección:	

Descripción del Hallazgo

ORIGEN DEL HALLAZGO			
Auditorías Internas/ Externas de Calidad:		Seguimiento y Medición:	
Salidas No Conformes:		Revisión del SGC por la Dirección:	
Quejas de los clientes:		Mejora Continua:	
Otros orígenes:	Especificar:		

CORRECCIÓN			
Nombre y Firma Responsable:			Fecha de Implementación:

FISDL	Formulario: Solicitud de Plan de Acción	Aprobación:	Nivel:	Código:
		14/06/2018	6	FO-D.2.3-1-3.1

ANÁLISIS DE CAUSAS				
Problema a superar	Causa 1 del problema	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?
	Causa 2 del problema	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?
	Causa 3 del problema	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?

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

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

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

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

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

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

FISDL	Formulario: Solicitud de Plan de Acción	Aprobación:	Nivel:	Código:
		14/06/2018	6	FO-D.2.3-1-3.1

Historial de Cambios

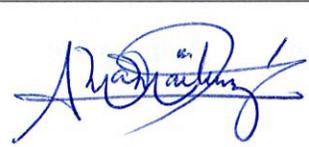
VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del formulario.	Consejo de Administración Sesión: DL-650/2011 Fecha: 17/03/2011	17/03/2011
0	1	<p>Se modificó el formulario según se describe a continuación: Se adicionó al nombre del formulario "Mejora". Sección Origen de la NC / OM, se eliminó "Reclamo de Cliente", cambio "Fecha de Recibido" a "Fecha de Detección", se agregó apartado para el análisis de la validez de la NC / OM. Sección Corrección, se agregó ésta sección para el caso en que aplique la realización de correcciones inmediatas. Apartado Acciones, cambio a "Plan de Acción Propuesto". En la "Fecha de Implementación", se agregaron las columnas "Fecha de Inicio" y "Fecha de Finalización". Se agregó el espacio para la fecha, nombre y firma de elaborado y aprobado; asimismo, la fecha, nombre y firma para la revisión del plan de acción. Apartado Verificación Acción Correctiva/ Preventiva, cambio de nombre de "Verificación Acción Correctiva/ Preventiva" a "Verificación de implementación y efectividad de acciones", se modificó el apartado de tal forma que en la verificación de las acciones se incluyan las fechas, evidencias y observaciones para la verificación de implementación, efectividad y reprogramación (si aplica).</p>	Gerente de Sistemas y Procesos Fecha: 08/08/2011	08/08/2011
1	2	<p>En el apartado de "Generalidades", se agregó: "fecha de solicitud, proceso/ subproceso, área y responsable". Se separaron los orígenes de no conformidades reales, no conformidades potenciales y oportunidades de mejora. Se estableció una nueva metodología para el análisis de causas. En el apartado de "Verificación de Implementación y Efectividad de Acciones", se agregó un espacio para</p>	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 15/05/2012	16/05/2012

FISDL	Formulario: Solicitud de Plan de Acción	Aprobación:	Nivel:	Código:
		14/06/2018	6	FO-D.2.3-1-3.1

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
		el "No. NC/ OM" y se realizaron cambios de forma.		
2	3	Revisión y mejora del formulario.	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 07/10/2013	07/10/2013
3	3.1	Se realizaron los siguientes cambios: <ul style="list-style-type: none"> - "Código" en vez de "Número" - "Fecha de implementación" en vez de "Fecha de corrección". - "Fecha de eficacia" en vez de "Fecha de efectividad". Se eliminó la referencia a no conformidades potenciales. Actualización del apartado "Origen del Hallazgo". Cambio del nombre del formulario: "Solicitud de Plan de Acción" en vez de "Solicitud de Acción Correctiva/ Preventiva/ Mejora".	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 14/06/2018	14/06/2018

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

FISDL

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



Vigencia a partir de: 01/10/2014

I. Nombre de Proyecto de Mejora:

II. Objetivo del Proyecto:

III. Descripción:

III.1. Antecedentes del problema

III.2. Problemática encontrada

IV. Alcance: Equipo de Mejora:

V. Medición:

VI. Varios:

VII. Plan de Acción:

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

VIII. Anexos:

VIII.1. Anexo 1: Diagrama de Ishikawa

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

Historial de Cambios

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

FORMULARIO: SEGUIMIENTO DE PLANES DE ACCIÓN	Aprobación:	Nivel:	Código:
	22/06/2018	6	FO-D.2.3-2-1

FISDL

	Elabora / Modifica	Responsable
Firma:		
Nombre:	Dolores Maritza Escalante de Avelar	Astrid María Martínez de Pineda
Cargo:	Técnico de Organización y Calidad	Jefe del Departamento de Organización y Calidad
Fecha:	22/06/2018	22/06/2018
Firma:		
Aprueba:	Elena Graciela Cardoza de Gómez	
Cargo:	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional	
Fecha:	22/06/2018	



Vigencia a partir de: 02/07/2018



FISDL	Formulario: Seguimiento de Planes de Acción	Aprobación:	Nivel:	Código:
		22/06/2018	6	FO-D.2.3-2-1

I. SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN		CÓDIGO:	
IMPLEMENTACIÓN		EFICACIA	
Nombre y Firma de quien verificó:		Fecha:	
Nombre y Firma de quien verificó:		Fecha:	
Nombre y Firma de quien verificó:		Fecha:	



FISDL	Formulario: Seguimiento de Planes de Acción	Aprobación:	Nivel:	Código:
		22/06/2018	6	FO-D.2.3-2-1

Historial de Cambios

VERSIÓN ANTERIOR	VERSIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	APROBACIÓN (Instancia/Fecha)	VIGENCIA (Fecha)
-	0	Creación y aprobación del formulario.	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 07/10/2013	07/10/2013
0	1	Cambio en el código del formulario de FO-D.2.3-4 a FO-D.2.3-2. Cambia "Efectividad" por "Eficacia". Cambia "Número" por "Código".	Gerente de Planificación y Desarrollo Institucional Fecha: 22/06/2018	02/07/2018

