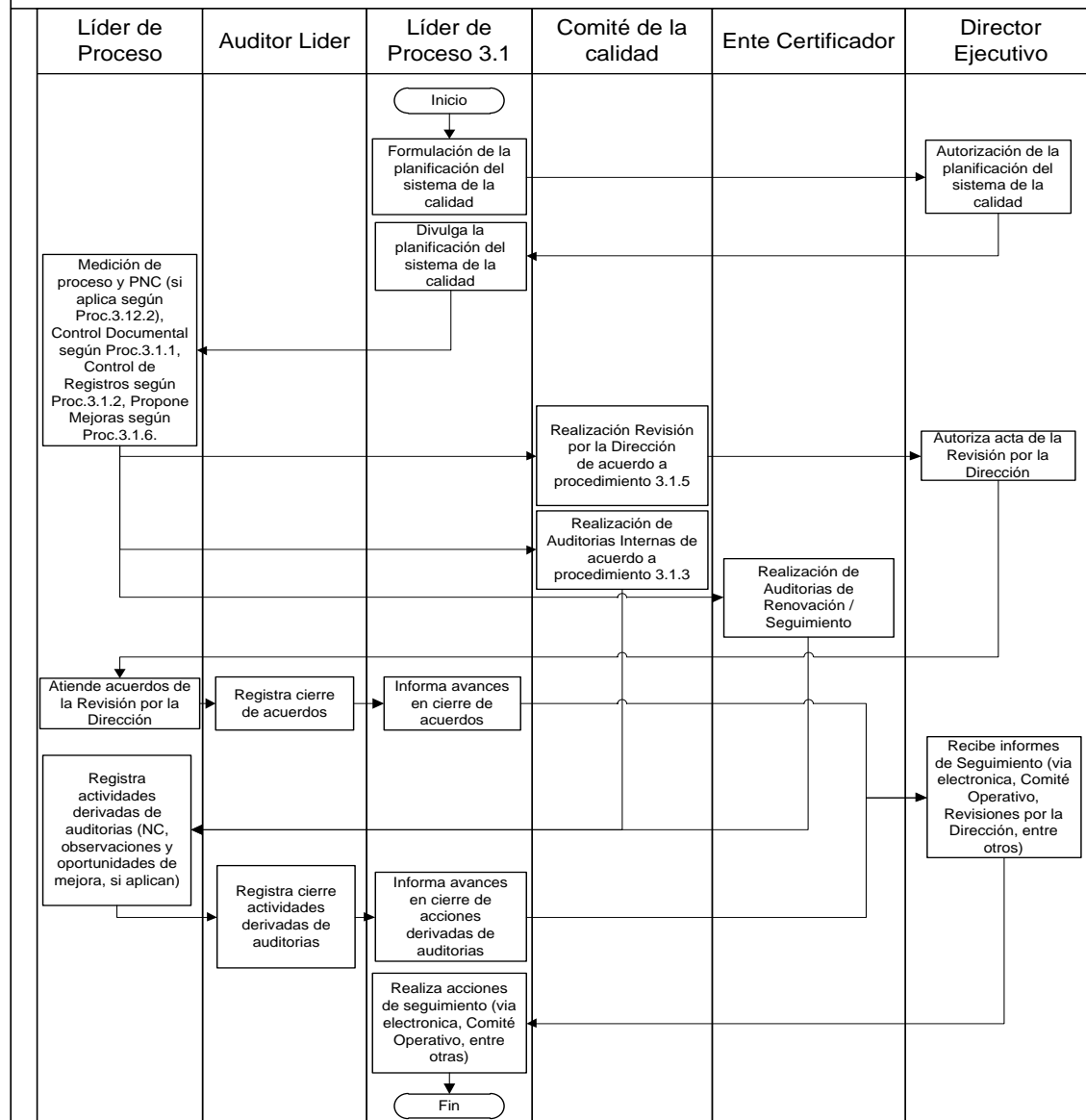


FOVIAL

Procesos y procedimientos
Gestión de Calidad.

DESARROLLO DEL PROCESO:

Proceso de Gestión de la Calidad y Mejora Continua



ALCANCE: El Proceso de Gestión de la Calidad y Mejora Continua aplica a todo el SGC de FOVIAL.

RECURSOS: Equipo Informático (Computadora e Impresor), Mobiliario, Materiales, Ambiente de trabajo adecuado (Clima organizacional, espacio físico limpio, iluminación, temperatura, libre de ruido), Software para seguimiento del SGC, fondos para contratación de auditorías externas. En relación a lo psicológico y social ver Manual de Organización y Descriptor de puestos.

INSUMOS:
 -Misión y Visión FOVIAL.
 -Requisitos de la Norma ISO 9001:2015.
 -Requisitos del cliente.
 -Requisitos legales.
 -Alcance del sistema de la calidad.
 -Matriz de Indicadores.
 -Acciones de Seguimiento, mejoras y verificación de eficacia.

PRODUCTOS:
 -Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad.
 -Política de la calidad.
 -Objetivos de la Calidad.
 -Manual de la calidad
 -Procedimientos documentados
 -Registros requeridos por la Norma ISO 9001:2015.
 -instrucciones de trabajo, Matrices y registros propios de la organización.
 -Resultados de la medición del producto.
 -Resultados de la medición del proceso.

PROVEEDORES:
 -Comité de Calidad
 -Director Ejecutivo
 -Personal de FOVIAL.
 -Usuarios de la Red.

CLIENTES:
 -Personal del FOVIAL.
 -Comité de Calidad.
 -Usuarios de la Red.

INDICADOR O CONTROL:
 Ver Matriz de Indicadores M-3.1-01 Proceso 3.1

REFERENCIAS:
 Requisitos 4.4, 7.5, 9.2, 9.3, 10.2 de la Norma ISO 9001:2015 y lineamientos propios de la organización.

RIESGOS:
 (N/A)

HISTORIAL DE CAMBIOS

FECHA	No. DE REVISION	DESCRIPCION DEL CAMBIO
19 AGOSTO 2014	08	Se actualiza el formato del proceso
15 JULIO 2016	09	Se incorpora la referencia a la matriz de riesgos, se cambia la figura de Representante de la Dirección por Coordinador del Sistema de Gestión de la Calidad, se incorpora al Auditor Líder como revisor del documento. Se agrega el apartado de Recursos del Proceso. Se incorpora el seguimiento en Comité Operativo de las Actividades del SGC.
08 DE MARZO 2017	10	Se incorpora una descripción del riesgo del proceso y se incluye el término "Control" en el apartado del indicador del proceso.
31 DE JULIO 2020	11	Se actualiza formato del proceso, logo y numero de formato. Se incorpora la presentación de informes de manera electrónica para el Director y para las acciones de seguimiento de líder de proceso 3.1. Se actualiza el apartado de riesgos, se elimina el riesgo de Pérdida del Sistema de Gestión de Calidad, se incorpora el concepto "actividades derivadas de auditoria" para referirse a No Conformidades, Oportunidades de Mejora y Observaciones.

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO:

1. DOCUMENTOS DEL SGC:

Responsable	Actividad
Líder del Proceso	1.1 Si el documento es nuevo se crea según el formato F-3.1-01 para procesos y procedimientos, iniciando la numeración de revisión del documento con cero "0", (R0). Procede con el numeral 1.3. Si es parte del manual del Manual del Sistema de Gestión del Calidad, según el formato F-3.1-07.
	1.2 Si es actualización de un documento existente, se procede a modificar ya sea en la plataforma web o de forma local. Nota: Cuando se requiera eliminar un documento del SGC, el líder de proceso deberá gestionar la aprobación correspondiente justificando la eliminación del documento. Posteriormente hará la solicitud al Coordinador del SGC para dar de baja el documento.
	1.3 Dentro del documento se deberá actualizar la revisión y la fecha en el encabezado, así como también se deberá actualizar la sección "HISTORIAL DE CAMBIOS", incluyendo las columnas "Fecha", "No. De Revisión", " Descripción del Cambio" en donde se registrará la fecha del cambio del documento, el número de revisión y por ultimo una breve descripción del cambio generado en el documento. Si el documento no contiene la sección "HISTORIAL DE CAMBIOS" se deberá incorporar a partir de la revisión 0, al menos indicando que se crea el documento.
	1.4 Se gestiona la aprobación por medio de un correo electrónico conteniendo la justificación de los cambios y/o justificación de creación del documento. Esto puede ser realizado por el líder de proceso o por el coordinador del SGC.
Director Ejecutivo	1.5 Aprueba documento por medio de correo electrónico.
Coordinador del Sistema de Gestión de la Calidad	1.6 Una vez aprobado el documento, si es modificación/eliminación se retira la versión obsoleta del archivo de su ubicación original y se mueve a la carpeta de documentos obsoletos. Se deja como versión vigente la última que se aprobó. Informa al menos a los líderes de proceso, sobre la existencia de cambio en un documento. La versión vigente de los documentos será la que se encuentre publicada en la carpeta electrónica designada controlada por el Coordinador del SGC. A esta fecha la carpeta se encontrará en el esquema de almacenamiento de Office 365 de FOVIAL.

2. **REGLAMENTACION EXTERNA:** La Asesoría Legal será responsable de su control, manteniendo actualizada la carpeta H:\REGLAMENTACION\EXTERNA, con las leyes y reglamentos vigentes.
3. **REGLAMENTACION INTERNA:** La Gerencia Financiera y Administrativas será responsable de su control, manteniendo actualizada la carpeta H:\REGLAMENTACION\INTERNA con la reglamentación Interna.
4. **FORMATOS:**
En lo que a formatos se refiere, se aclara que estos no requieren aprobación del Director Ejecutivo. El líder de proceso actualiza el documento y lo envía por correo electrónico al Coordinador del SGC para la actualización de la carpeta electrónica designada. Si se requiere dar de baja un formato solamente se debe solicitar por correo electrónico al Coordinado del SGC.
5. **AUTORIZACIONES Y REVISIONES:**
El Director Ejecutivo autoriza la documentación del Manual de Calidad, Procesos, Procedimientos, Matrices de Indicadores, Matrices de Riesgos y Matrices de Partes interesadas. El Coordinador del SGC revisa la documentación generada por los líderes de proceso. Los documentos del manual de Calidad son revisados por el coordinador del SGC.

ALCANCE: El presente procedimiento se aplica a los Documentos del SGC y Reglamentación Interna y Externa, comprende la aprobación, modificación e identificación de los documentos hasta la divulgación del mismo. La Reglamentación Interna y Externa deberá mantenerse actualizada, ordenada y accesible.

RECURSOS: Equipo Informático (Computadora e Impresor), Mobiliario, Materiales, Ambiente de Trabajado adecuado. En relación a lo psicológico y social ver Manual de Organización y Descriptor de puestos.

INSUMOS:
Documentos elaborados

PRODUCTOS:
Documentos revisados y aprobados. (controlados)

PROVEEDORES:
Personal relacionado con el Sistema de Gestión de la Calidad

CLIENTES:
Personal relacionado con el Sistema de Gestión de la Calidad

INDICADOR O CONTROL:
Ver Matriz de Indicadores M-3.1-01 Proceso 3.1

REFERENCIAS:
Este documento está relacionado con la cláusula 7.5 de la norma ISO-9001:2015 y con la sección 3.1 del Manual de la Calidad: Proceso Gestión de la Calidad y Mejora Continua.

HISTORIAL DE CAMBIOS

FECHA	No. DE REVISION	DESCRIPCION DEL CAMBIO
19 AGOSTO 2014	18	Se actualiza el formato del procedimiento
22 AGOSTO 2016	19	Se incorpora la referencia a la matriz de riesgos y se cambia la figura de Representante de la Dirección por Coordinador del Sistema de Gestión de Calidad. Se cambia el nombre del procedimiento "Control de Documentos" por "Control de la información Documentada", según lo define la nueva versión de la norma ISO 9001:2015. Se actualiza el apartado de Autorizaciones y Revisiones, incorporando al Auditor Líder para revisar los documentos generados por el Coordinador del Sistema de Gestión de la Calidad. Se establece que el manual de calidad será controlado en forma digital solamente, definiendo los mecanismos pertinentes.
08 MARZO 2017	20	Se elimina la referencia a la matriz de riesgos, ya que se expone en forma detallada en el proceso
15 JUNIO 2018	21	Se actualiza la sección 1.4 y 1.5 del procedimiento indicando que el memo de solicitud de aprobación es elaborado y enviado por el Líder de Proceso. Se incorpora el envío del documento de aprobación al Coordinador del SGC.
22 ENERO 2019	22	Se actualiza el procedimiento de acuerdo al nuevo esquema de almacenamiento de la carpeta del COMITÉ DE CALIDAD en office 365, según acuerdo de la 1ª. Revisión por la Dirección proceso 3.1 Gestión de la Calidad y Mejora Continua
17 FEBRERO 2020	23	Se actualiza la sección 1.2 indicando que la modificación del documento se puede hacer en la web o de forma local. Se actualiza la sección 1.4 indicando que la aprobación del documento puede ser gestionada por el líder de proceso o por el Coordinador del SGC. En el apartado 5 se elimina la revisión realizada por el auditor líder en relación a los documentos generados por el Coordinador del SGC.
31 JULIO 2020	24	Se incorpora la aprobación por medio de correo electrónico según acuerdo de 2ª. Revisión por la Dirección año 2020, antes solamente por memo. Se actualiza formato y logo del procedimiento. Se actualiza la metodología para la creación y eliminación de formatos, lo cual se hará por correo electrónico.

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO:

1. Las diferentes Gerencias y Unidades almacenarán los registros de sus procesos en Fólderes, sobres o en medios magnéticos, los cuales se identificarán con la viñeta del formato F-3.1-02, cuya información se ajustará según las necesidades de cada unidad. Los registros se almacenarán y protegerán en archiveros metálicos, escritorios y/o librerías de escritorio ubicadas en el área de trabajo y/o bodegas asignadas.
2. El resguardo de la información magnética se controlará de acuerdo al "Manual de Tecnología y Sistemas de Información".
3. El tiempo de retención en oficinas de dichos registros quedará establecido en la Matriz de Registros M-3.1-02. Posteriormente serán enviados, en coordinación con el Técnico de Archivos y Expedientes, a la empresa de resguardo de documentos contratada por la institución.
4. La disposición final de los registros será definida por el Consejo Directivo de FOVIAL.

ALCANCE: El procedimiento de Control de los Registros, aplica a todos los registros generados en los procesos del SGC desde su identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición final de los mismos. Se incluye los registros de carácter interno y externo que sean aplicables.

RECURSOS: Equipo Informático (Computadora e Impresor), Mobiliario, Materiales, Ambiente de Trabajo adecuado. En relación a lo psicológico y social ver Manual de Organización y Descriptor de puestos.

INSUMOS:
Registro

PRODUCTOS:
Registro controlado

PROVEEDORES:
Todos los procesos del SGC y sus usuarios

CLIENTES:
Todos los Procesos del Sistema de Calidad y sus usuarios

INDICADOR O CONTROL:
Ver Matriz de Indicadores M-3.1-01 Proceso 3.1

REFERENCIAS:
Este documento está relacionado con la cláusula 7.5.3 de la norma ISO 9001:2015 y con la sección 3.1 del Manual de la Calidad: Proceso Gestión de la Calidad y Mejora Continua.

HISTORIAL DE CAMBIOS

FECHA	No. DE REVISION	DESCRIPCION DEL CAMBIO
19 AGOSTO 2014	11	Se actualiza el formato del procedimiento
15 JULIO 2016	12	Se incorpora la referencia a la matriz de riesgos y se actualizan la codificación y numeración de los procesos según el nuevo manual del SGC elaborado según la norma ISO 9001:2015. Se actualiza la figura de Representante de la Dirección por Coordinador del SGC.
1 DE MARZO 2017	13	Se elimina la referencia a la matriz de riesgos, ya que se expone en forma detallada en el proceso.
31 DE JULIO 2020	14	Se actualiza formato y logo del procedimiento. Se cambia Unidades de Gestión por Gerencias y Unidades

FICHA DEL PROCEDIMIENTO: 3.1.3 AUDITORIA INTERNA DE LA CALIDAD
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Determinar si el Sistema de Gestión de la Calidad, SGC, es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, los requisitos de la organización, requisitos legales y del cliente, y si el SGC se mantiene de manera eficaz.

Sección: 3.1.3

Revisión : 20

Fecha: 28 OCTUBRE 2019

Pág.: 1 de 2

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO:

Preparación y ejecución de la auditoría interna de la calidad.

Coordinador del SGC/ Auditor Líder	1.1. Prepara Plan de Actividades del SGC que incluye Auditorías Internas. 1.2. Propone al Director Ejecutivo el tipo de Auditoría a ejecutar, ya sea con Auditor Externo o con Auditores Internos. Si es con Auditor Externo realiza las gestiones pertinentes para la contratación respectiva, y si es con Auditores Internos el Auditor Líder propone al equipo de auditores internos. 1.3. Los criterios para la frecuencia de las Auditorías Internas de la Calidad, pueden ser: 1.3.1. Se hará al menos una auditoría interna al año, en el período que se considere más adecuado para la institución. En caso se requiera de otras auditorías serán establecidas en Comité Operativo. 1.3.2. Cuando se considere conveniente las auditorías internas podrán ser desarrolladas por un consultor externo.
Auditor Líder/ Coordinador del SGC	1.4. Elabora, en coordinación con el Auditor el Plan de Auditoría Interna. Elabora la Agenda de la Auditoría Interna, establece fechas y horas.
Auditor Líder/ Coordinador del SGC	1.5. Envía calendarización de Auditoría a TODO EL PERSONAL involucrado en los procesos del SGC.
Auditor de la calidad	1.6. Ejecuta la auditoría. Si existiesen No Conformidades procede a registrar el hallazgo, incluyendo la evidencia que la apoya, la cual pudiera ser: 1.6.1. Nombre del registro u otra identificación que contribuya a aclarar dicha evidencia. 1.6.2. Se debe incluir el apartado de norma o documento que se incumpla. 1.6.3. Si existiesen observaciones y oportunidades de mejora se deberá incluir en el informe de auditoría. 1.7. Procede a redactar informe de auditoría, incluyendo las No Conformidades, observaciones, etc. 1.8. Se presenta el informe de auditoría al Director ejecutivo y Comité Operativo en la reunión de cierre.
Líder de Proceso.	1.9. Registra la información de las No conformidades en el software de seguimiento del SGC tal como lo expone el procedimiento 3.1.4 Acciones Correctivas, incluyendo el Análisis de Causa y las correcciones y acciones correctivas, si hubiesen, registrando la fecha en la que se compromete a superar la No conformidad.
Coordinador de SGC	1.10. Actualiza software de seguimiento al SGC, subiendo el informe de la auditoría, registrando en el mismo las Observaciones y Oportunidades de mejora, si hubiesen.
Líder/Gestor del Proceso	1.11. Si hubiesen observaciones, el líder/gestor de proceso deberá registrar en el software de seguimiento del SGC, el análisis de causa respectivo.

Seguimiento de No Conformidades

Líder del Proceso	1.12. Registra evidencia de las actividades realizadas para atender la No Conformidad en el software de control del SGC para que se considere el cierre correspondiente.
Auditor Líder	1.13. Evalúa la(s) acción(es) tomada(s) por el líder del proceso. Si procede el cierre de las mismas se registra en el software de seguimiento del SGC. Nota: los cierres de las actividades del proceso 3.2 auditoría interna serán realizadas por el Coordinador del SGC, asimismo, en ausencia del auditor líder, será el Coordinador del SGC el encargado del cierre de las actividades.
Coordinador del SGC	1.14. Informa en las Revisiones por la Dirección el estado de las No Conformidades pendientes de atender derivadas de auditorías internas.

ALCANCE: El presente documento aplica a todo el SGC, para la realización de las auditorías internas de calidad.

RECURSOS: Equipo Informático (Computadora e Impresor), Mobiliario, Materiales, Ambiente de Trabajo adecuado. En relación a lo psicológico y social ver Manual de Organización y Descriptor de puestos.

INSUMOS:
 -Manual de la Calidad
 -Procesos y Procedimientos
 -Normas ISO aplicables
 -Registros del SGC
 -Medición de Indicadores
 -Medición de PNC

PRODUCTOS:
 Sistema de Gestión de la calidad evaluado

PROVEEDORES:
 Equipo auditor y Comité de Calidad

CLIENTES:
 Alta Dirección y Líderes de proceso

INDICADOR O CONTROL:
 Ver Matriz de Indicadores M-3.1-01 Proceso 3.1

REFERENCIAS:
 Este procedimiento está basado en la cláusula 9.2 de la Norma ISO 9001:2015 y relacionado con la ISO 19011:2011.
 Está relacionado con el Proceso de Gestión de la Calidad y Mejora Continua, sección 3.1 del Manual de la Calidad.

FICHA DEL PROCEDIMIENTO: 3.1.3 AUDITORIA INTERNA DE LA CALIDAD

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Determinar si el Sistema de Gestión de la Calidad, SGC, es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, los requisitos de la organización, requisitos legales y del cliente, y si el SGC se mantiene de manera eficaz.

Sección: 3.1.3

Revisión : 20

Fecha: 28 OCTUBRE 2019

Pág.: 2 de 2

Seguimiento de Observaciones y Oportunidades de Mejora

Líder del Proceso	1.15. Informa al auditor líder/Líder del proceso 3.1 que la Observación/Oportunidad de Mejora ha sido superada o el estado de esta. Registra en el software de control del SGC la evidencia respectiva.
Auditor Líder/ Coordinador del SGC	1.16. Verifica la eficacia de la(s) acción(es) tomada(s) por el líder del proceso. Registra el seguimiento o cierre en el software de control del SGC.
Coordinador del SGC	1.17. Informa junto al Director Ejecutivo en las Revisiones por la Dirección, sobre el estado de las Observaciones y Oportunidad de Mejora.
FIN DEL PROCEDIMIENTO.	

HISTORIAL DE CAMBIOS

FECHA	No. DE REVISION	DESCRIPCION DEL CAMBIO
19 AGOSTO 2014	16	Se actualiza el formato del procedimiento
15 JULIO 2016	17	Se incorpora la referencia a la matriz de riesgos y se cambia la figura de Representante de la Dirección por Coordinador del Sistema de Gestión de la Calidad. Se elimina el uso del formato F-GCMC-06A Acciones Correctivas, registrando toda la información de manera digital en el software de seguimiento del SGC.
1 DE MARZO DE 2017	18	Se elimina la referencia a la matriz de riesgos, ya que se expone de forma detallada en el proceso.
15 JUNIO DE 2018	19	Se agrega en el apartado 1.14 la Nota: "los cierres de las actividades del proceso 3.2 auditoría interna serán realizadas por el Coordinador del SGC, asimismo, en ausencia del auditor líder, será el Coordinador del SGC el encargado del cierre de las actividades." Se elimina el apartado 1.12. "Comité de Calidad realiza evaluación del equipo auditor", según formato F-3.1-08, debido a que dicha evaluación era considerada como indicador, el cual fue dado de baja anteriormente. En la sección 1.3.1 se eliminan los periodos de realización de las auditorías, y se define que se realizarán de acuerdo a la conveniencia de la institución, lo cual se establecerá en Comité Operativo.
28 OCTUBRE DE 2019	20	Se elimina el Programa Anual de Auditorías y se incorpora el Plan de actividades del Sistema de Gestión de Calidad, en donde se definen las auditorías a realizar. Se adecúa el procedimiento a las disposiciones actuales para la realización de las auditorías. Se actualiza el logo.

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO:**1 Generalidades**

- 1.1 La No Conformidad puede originarse en base a los siguientes aspectos:
- Resultado del seguimiento y el análisis de PNC del proceso según el procedimiento 3.12.2 Producto no conforme
 - Resultado del análisis de las quejas.
 - Resultado de la medición de los indicadores establecidos para los diferentes procesos del SGC.
 - Reportes y hallazgos de auditorías de calidad (internas o Externas)
 - Resultados de Revisiones por la Dirección.
 - Cualquier otra información relevante de reprocesos, mediciones, entre otros.
- 1.2 Cuando suceda una No Conformidad, el responsable de proceso, debe realizar un análisis de levantamiento de Acciones correctivas.
- 1.3 Después de la aparición de una no conformidad se investigan las causas raíz para establecer las ACCIONES CORRECTIVAS que eliminen su recurrencia para que gradualmente desaparezcan.

2 Documentación de Acciones Correctivas.

- 2.1** Cuando se detecten No Conformidades, le líder de proceso o el coordinador del SGC las registrarán en el software de seguimiento del SGC en un tiempo máximo de un mes. Si la acción correctiva fue ingresada por el Líder de proceso, se deberá notificar al coordinador del SGC para que sea verificada.
- A continuación se detalla la información a completar en los campos de mayor importancia, aclarando que se deben llenar todos los campos requeridos:
- **Descripción del hallazgo:** en este espacio se describe el incumplimiento y se hará referencia a la cláusula de la norma ISO 9001:2015 o el requisito que aplique. Se deberá incluir la evidencia en donde se encontró el hallazgo. Además, se deberá detallar los aspectos cuantificables, si es el caso.
 - **Análisis de Causa raíz:** este consiste en buscar el origen o causa de la No Conformidad, pudiendo utilizar las herramientas que el líder del proceso considere convenientes, ej.: Diagrama de causa y efecto, pareto, etc. Se deberá detallar las causas raíz determinadas, exponiendo el caso.
 - **Corrección (si aplica):** El líder de proceso evaluará la necesidad de una corrección.
 - **Acciones Correctivas:** el líder de proceso y los involucrados propondrán un plan de acciones correctivas para eliminar la aparición de la misma. Se deberán llenar los campos de descripción, responsable y fecha de implementación para cada una de las acciones. Si existiese más de una causa raíz, el líder de proceso deberá asegurarse que las acciones correctivas a implementar atiendan todas las causas encontradas.
 - **Fecha propuesta de cierre de la acción correctiva:** El líder de proceso determinará y registrará la fecha de finalización de las acciones.
- 2.2.** El líder de proceso deberá registrar en el software de seguimiento del SGC la evidencia respectiva que soporte el cierre de la No conformidad. El auditor líder o el Coordinador del SGC evaluarán la evidencia presentada y registrará en el software de seguimiento del SGC el seguimiento o cierre respectivo. Posteriormente el Auditor Líder o uno de los auditores designados verificarán la eficacia de las acciones tomadas para determinar si la acción correctiva fue eficaz, registrando la información en el software de seguimiento del SGC.
- 2.3** El Auditor Líder o uno de los auditores designados registrará en el sistema de seguimiento la eficacia de las acciones tomadas y el cierre de la No Conformidad.

ALCANCE: El presente documento es aplicable a todo el SGC. Este procedimiento aplica para determinar correcciones, acciones correctivas y/o acciones preventivas de acuerdo a la no conformidad detectada.

RECURSOS: Equipo Informático (Computadora e Impresor), Mobiliario, Materiales, Ambiente de Trabajo adecuado. En relación a lo psicológico y social ver Manual de Organización y Descriptor de puestos.

INSUMOS:

- Quejas de los clientes.
- Resultados de la Revisión por la Dirección.
- Resultado de las mediciones de satisfacción del cliente.
- Resultados de medición de los procesos.
- Resultados de medición de los productos.
- Reporte de las auditorías de la calidad.
- Control de producto no conforme

PRODUCTOS:

Mejora del Sistema de la Calidad, mejora del producto, mejora del proceso y aumento de la satisfacción del cliente.

PROVEEDORES:

Todos los procesos del SGC

CLIENTES:

- **Interno:** Todos los procesos del SGC
- **Externo:** Usuarios de la red vial, Grupos de interés

INDICADOR O CONTROL:

Ver Matriz de Indicadores M-3.1-01 Proceso 3.1

REFERENCIAS:

La presente documentación está basada en la cláusula 10.2 de la Norma ISO 9001:2015. Este procedimiento está relacionado con la sección 7.1 del Manual de la Calidad: Proceso de Gestión de Calidad y Mejora Continua.

FICHA DEL PROCEDIMIENTO: 3.1.4 ACCIONES CORRECTIVAS**OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:** Identificar, analizar y eliminar las causas de las no conformidades del SGC de FOVIAL.

Sección: 3.1.4

Revisión : 15

Fecha:10 SEPTIEMBRE 2019

Pág.: 2 de 2

HISTORIAL DE CAMBIOS

FECHA	No. DE REVISION	DESCRIPCION DEL CAMBIO
19 AGOSTO 2014	12	Se actualiza el formato del procedimiento
15 JULIO 2016	13	Se incorpora la referencia a la matriz de riesgos y se cambia la figura de Representante de la Dirección por Coordinador del Sistema de Gestión de la Calidad. Se eliminan las actividades relacionadas con las Acciones Preventivas, ya que no son requeridas por la nueva versión de la norma ISO 9001:2015. Se elimina el uso del formato F-GCMC-06A Acciones Correctivas, registrando toda la información de manera digital en el software de seguimiento del SGC.
1 MARZO 2017	14	Se elimina la referencia a la matriz de riesgos, ya que se expone en forma detallada en el proceso
10 SEPTIEMBRE 2019	15	Se incorpora en el apartado 2.1 que las acciones correctivas se deberán documentar en un máximo de un mes y que serán verificadas por el coordinador del SGC.

FICHA DEL PROCEDIMIENTO: 3.1.5 REVISION POR LA DIRECCION
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Informar a la Dirección sobre el estado de los Procesos, facilitando la toma de decisiones oportuna para mantener y mejorar el Sistema de Gestión de la Calidad.

Sección: 3.1.5

Revisión : 15

Fecha: 31 JULIO 2020

Pág.: 1 de 2

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO:

Responsable	Actividad
Coordinador del SGC	Prepara la agenda para desarrollar la Revisión por la dirección, la cual debe contener como mínimo: lugar y fecha, el número de la revisión, revisión de la política y objetivos de la calidad, los puntos a revisar según el anexo 1 de este documento, la metodología a seguir y otros que se consideren necesarios.
Director Ejecutivo	Autoriza la agenda, por medio físico o correo electrónico.
Coordinador del SGC	Envía convocatoria a la Revisión por la Dirección y Coordina el lugar para su realización.
Líderes de Proceso	Revisan y coordinan junto con el Líder del Proceso 3.1, la información a presentar. Elaboran una presentación conteniendo toda la información que revisará la Dirección Ejecutiva incluyendo los requisitos del Anexo 1 que correspondan.
Coordinador del SGC	Revisa la información sobre el estado de las Actividades del SGC según lo establecido en el anexo 1 de este documento.
Coordinador del SGC y Líderes de Proceso	Presentan a la Dirección Ejecutiva sus correspondientes presentaciones. Puede ser de forma presencial o virtual.
Director Ejecutivo, Coordinador del SGC y Líderes de Proceso	Analizan cada presentación y aportan sus comentarios para validar lo presentado o para recomendar otras acciones de mejora.
Coordinador del SGC	Anota en detalle resultados por la dirección, incluyendo todo aquello que quede pendiente para futuras actividades a realizar dentro del sistema. Levanta el Acta de Revisión por la Dirección, la cual debe contener los acuerdos de la Dirección a los cuales se les dará seguimiento. Envía acta por correo electrónico a los participantes para revisión, y al Director Ejecutivo para aprobación.
Director Ejecutivo	Autoriza acta por medio físico o correo electrónico.
Coordinador del SGC	Actualiza el software de control del SGC con los acuerdos de la Revisión por la Dirección, y almacena correo electrónico con autorización de acta de parte del Director Ejecutivo.
Líderes de proceso	En caso de detectarse NO Conformidades en sus respectivos procesos, activan el procedimiento de acciones correctivas completando los formatos declarados en la sección 3.1.4. Los proyectos de mejora surgidos de las revisiones por la Dirección se deberán documentar de acuerdo al formato F-3.1-06.
Líderes de proceso	Procede a registrar en el software de seguimiento del SGC la evidencia para dar por cerrados los acuerdos derivados de la revisión por la dirección.
Auditor Líder/ Coordinador del SGC	Encargado de evaluar la evidencia para el cierre de los acuerdos derivados de la revisión por la Dirección. Se registra dicho seguimiento o cierre en el software de control del SGC.

Anexo 1

El Coordinador del SGC, el auditor líder y los líderes de proceso, son los responsables de informar en la revisión por la dirección sobre:

- Acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas.
El Coordinador del SGC presenta el consolidado de los acuerdos de las Revisiones por la Dirección previas. Cada líder de proceso presentará el seguimiento a los acuerdos de las revisiones por la Dirección previas que se encuentren abiertos.

ALCANCE: El presente documento es aplicable a todo el SGC. La frecuencia de las Revisiones por la Dirección será de al menos dos veces por año, con intervalos no mayores a los ocho meses.

RECURSOS: Equipo Informático (Computadora e Impresor), Mobiliario, Materiales, Ambiente de Trabajo adecuado. En relación a lo psicológico y social ver Manual de Organización y Descriptor de puestos.

INSUMOS:

- Resultados de auditorías previas.
- Retroalimentación del cliente.
- Desempeño de los procesos y conformidad de los productos.
- Estado de las acciones correctivas y acciones preventivas.
- Acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previa.
- Cambios que podrían afectar al SGC.
- Recomendaciones para la mejora.

PRODUCTOS:

Informe de la Revisión por la Dirección.

PROVEEDORES:

Director Ejecutivo, Coordinador del SGC, Auditor Líder y Líderes de proceso.

CLIENTES:

Comité de Calidad

INDICADOR O CONTROL:

Ver Matriz de Indicadores M-3.1-01 Proceso 3.1

REFERENCIAS:

La presente documentación está basada en la cláusula 9.3 de la Norma ISO 9001:2015.

FICHA DEL PROCEDIMIENTO: 3.1.5 REVISION POR LA DIRECCION
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Informar a la Dirección sobre el estado de los Procesos, facilitando la toma de decisiones oportuna para mantener y mejorar el Sistema de Gestión de la Calidad.

Sección: 3.1.5

Revisión : 15

Fecha: 31 JULIO 2020

Pág.: 2 de 2

- Cambios en situaciones externas y/o internas que sean pertinentes al SGC.
El Director ejecutivo/Coordinador del SGC presentará los cambios que podrían afectar el Sistema de Gestión de Calidad.
 - No conformidades y Acciones Correctivas.
El Coordinador del SGC presentará informe consolidado de los resultados de auditorías. Cada líder de proceso presentará la información correspondiente a las No Conformidades Abiertas y Acciones Correctivas correspondientes.
 - Seguimiento y resultado de mediciones.
El líder de cada proceso presentará las mediciones de los indicadores de su proceso para verificar su desempeño correspondiente.
 - Resultados de Auditorías.
El Coordinador del SGC presentará un informe de las auditorías, incluyendo un consolidado de las acciones correctivas. Cada líder de proceso presentará su respectivo seguimiento si es que hubiese.
 - Satisfacción del cliente.
Será presentada por el Líder del Proceso de Comunicaciones, mostrando la información según los últimos estudios realizados.
 - Cuestiones relativas a los proveedores externos y otras partes interesadas pertinentes.
Será presentada por la Gerencia Técnica y Gerencia de UACI en cuanto a proveedores, Gerencia Financiera, en lo relativo a Consejo Directivo y Personal y la Asesoría de Comunicaciones en lo relacionado con el cliente.
 - Adecuación de Recursos
El líder de cada proceso presentará sus correspondientes necesidades de recursos para mantener su proceso.
 - Conformidad del producto.
Será presentado por el líder del Proceso 3.12 Seguimiento a la Calidad de Proyectos de Conservación Vial, analizado según las estadísticas del producto No Conforme.
 - Eficacia de Acciones tomadas para tratar riesgos y oportunidades
El líder de cada proceso presentará el seguimiento a las acciones tomadas en su proceso para reducir los riesgos identificados.
 - Oportunidades de mejora continua potenciales.
El líder de cada proceso presentará sus correspondientes recomendaciones para la mejora del SGC.
- Los elementos de salida de la Revisión por la Dirección deberán incluir las decisiones y acciones relacionadas con:
- Las oportunidades de mejora continua;
Se deberá incluir dentro del acta de la Revisión por la Dirección los acuerdos sobre las acciones que contribuyan a mejorar la eficacia del SGC.
 - Necesidades de cambio en el sistema de gestión de la calidad
Se deberá incluir en el acta cualquier cambio a realizar que afecte el Sistema de Gestión de la Calidad.
 - Necesidades de recursos
El Director Ejecutivo evaluará la aprobación los recursos necesarios atendiendo la solicitud de cada líder de proceso.

HISTORIAL DE CAMBIOS

FECHA	No. DE REVISION	DESCRIPCION DEL CAMBIO
19 AGOSTO 2014	12	Se actualiza el formato del procedimiento
15 JULIO 2016	13	Se incorpora la referencia a la matriz de riesgos y se cambia la figura de Representante de la Dirección por Coordinador del Sistema de Gestión de la Calidad. Se establecen los requisitos de la nueva versión de la norma ISO 9001:2015 para la realización de la Revisión por la Dirección.
1 MARZO 2017	14	Se elimina la referencia a la matriz de riesgos, ya que se expone en forma detallada en el proceso.
31 DE JULIO 2020	15	Se incorpora autorización de agenda por medio físico o correo electrónico. Se incorpora autorización de acta por medio físico o correo electrónico. Se incorpora realización de presentaciones de manera presencial o virtual, esto debido a la pandemia COVID-19

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO:**Desarrollo.****Levantamiento de proyectos**

1. El Líder del proceso, debe realizar un análisis de las posibles oportunidades de mejora para su proceso, considerando como insumos los siguientes:
 - Resultado del seguimiento y el análisis de PNC del proceso según la sección 3.12.2 Control de Producto no conforme
 - Resultado del análisis de las quejas
 - Resultado de la medición de los indicadores establecidos para los objetivos de calidad
 - Observaciones y recomendaciones de auditorías de calidad (internas o Externas)
 - Resultados de Revisiones por la Dirección
 - Cualquier otra información relevante de reprocesos, mediciones, entre otros.
2. El Líder de proceso define el Responsable del proyecto y el equipo de trabajo.
3. Documenta el proyecto de mejora en el formato F-3.1-06, según como se instruye en el mismo, y lo presenta al Coordinador del SGC para su revisión. En caso de existir observaciones o sugerencias se devuelve al Líder de Proceso.
4. Revisada y avalada la propuesta, el Coordinador del SGC o Líder de Proceso la presenta para aprobación de la Dirección Ejecutiva. La presentación y aprobación puede ser en físico o por medio de correo electrónico.
5. Con la aprobación de la Dirección Ejecutiva, el Líder de Proceso implementa el Proyecto de Mejora propuesto.
6. El Coordinador del SGC/Auditor Líder da seguimiento a su cumplimiento, asegurando que el proyecto de mejora cumpla las metas establecidas, de identificarse lo contrario, el Líder de Proceso deberá determinar qué acciones son necesarias para corregirlo, la cual puede ser una reprogramación de actividades.
7. A la fecha establecida de finalización del proyecto, el líder del proceso debe presentar los resultados de la implementación del Proyecto de Mejora a la Dirección Ejecutiva para que se pueda dar por finalizada su implementación y deberá registrar en el software de seguimiento del SGC la evidencia respectiva. En dado caso no se logre cumplir en el tiempo establecido se deberá enviar su reprogramación a la Dirección Ejecutiva para que sea aprobada. Si el Líder del proceso considera que no es factible la implementación del proyecto de mejora debe enviar a la Dirección Ejecutiva la justificación de porque no se logrará implementar.
8. El auditor líder o el Coordinador del SGC registrará el cierre o seguimiento del proyecto de mejora en el software de seguimiento del SGC.

ALCANCE: El presente documento es aplicable a todo el SGC, desde identificar las oportunidades de mejora hasta definir e implementar las acciones requeridas para generar los proyectos de mejora identificados en el SGC.

RECURSOS: Equipo Informático (Computadora e Impresor), Mobiliario, Materiales, Ambiente de Trabajo adecuado. En relación a lo psicológico y social ver Manual de Organización y Descriptor de puestos.

INSUMOS:

- Quejas de los clientes.
- Resultados de la Revisión por la Dirección.
- Resultado de las mediciones de satisfacción del cliente.
- Resultados de medición de los procesos.
- Resultados de medición de los productos.
- Reporte de las auditorias de la calidad.
- Control de producto no conforme

PRODUCTOS:

Mejora del Sistema de la Calidad, mejora del producto, mejora del proceso y aumento de la satisfacción del cliente.

PROVEEDORES:

Todos los procesos del SGC y sus usuarios

CLIENTES:

Todos los Procesos del Sistema de Calidad y sus usuarios

INDICADOR O CONTROL:

Ver Matriz de Indicadores M-3.1-01 Proceso 3.1

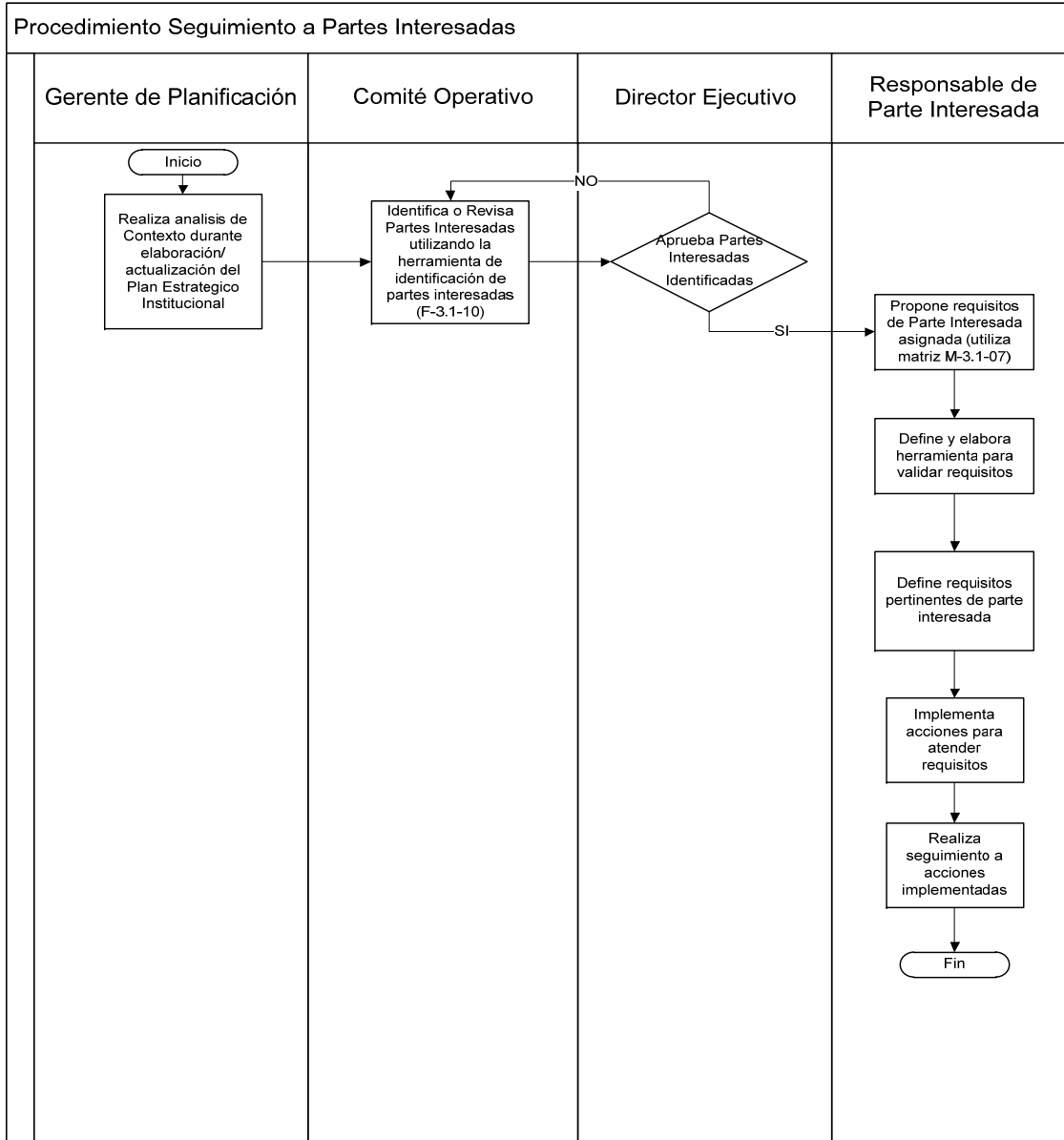
REFERENCIAS:

La presente documentación está basada en la cláusula 10.3 de la Norma ISO 9001:2015. Este procedimiento está relacionado con la sección 3.1 del Manual de la Calidad: Proceso de Gestión de Calidad y Mejora Continua.

HISTORIAL DE CAMBIOS

FECHA	No. DE REVISION	DESCRIPCION DEL CAMBIO
19 AGOSTO 2014	5	Se actualiza el formato del procedimiento
15 JULIO 2016	6	Se incorpora la referencia a la matriz de riesgos y se cambia la figura de Representante de la Dirección por Coordinador del Sistema de Gestión de la Calidad.
1 MARZO 2017	7	Se elimina la referencia a la matriz de riesgos, ya que se expone en forma detallada en el proceso.
31 JULIO 2020	8	Se actualiza formato y logo. Se incorpora presentación y aprobación de proyectos de mejora por medio físico o correo electrónico.

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO:



ALCANCE: El presente documento es aplicable a todo el SGC.

RECURSOS: Equipo Informático (Computadora e Impresor), Mobiliario, Materiales, Ambiente de trabajo adecuado (Clima organizacional, espacio físico limpio, iluminación, temperatura, libre de ruido), Software para seguimiento del SGC. En relación a lo psicológico y social ver Manual de Organización y Descriptor de puestos.

INSUMOS:
-Plan estratégico de FOVIAL
-Leyes y reglamentos.

PRODUCTOS:
Identificación e implementación de oportunidades para mejorar los niveles de satisfacción de las partes interesadas.

PROVEEDORES:
-Comité de Calidad
-Director Ejecutivo
-Partes Interesadas

CLIENTES:
-Partes interesadas.

INDICADOR O CONTROL:
Ver Matriz de Indicadores M-3.1-01 Proceso 3.1

REFERENCIAS:
Requisito 4.2 de la Norma ISO 9001:2015.

HISTORIAL DE CAMBIOS

FECHA	No. DE REVISION	DESCRIPCION DEL CAMBIO
15 JULIO 2016	0	Se crea el documento del procedimiento
1 MARZO 2017	1	Se elimina la referencia a la matriz de riesgos, ya que se expone en forma detallada en el proceso
17 FEBRERO 2020	2	Se elimina la aprobación de herramienta de validación de requisitos. Se actualiza logo institucional.