

ANEXO A

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTION DE CALIDAD DEL MINISTERIO DE FINANZAS

INTRODUCCION	2
TITULO I: CONTROL DE LA DOCUMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	3
ARTICULO 1º: TIPIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN EL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	3
ARTÍCULO 2º: CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS.....	3
ARTÍCULO 3º: DEL CONTROL DE DOCUMENTOS EXTERNOS.....	11
TITULO II: PLANIFICACION Y MEJORA	13
ARTÍCULO 4º: PLANIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS.....	13
ARTÍCULO 5º: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	16
TITULO III: MEDICION, SEGUIMIENTO Y MEJORA	20
CAPITULO I: CONTROL DE EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICION.....	20
ARTÍCULO 6º: CONTROL DE PROGRAMAS INFORMATICOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICION	20
CAPITULO II: MEDICIONES.....	22
ARTÍCULO 7º: MEDICIONES DE SATISFACCIÓN	22
ARTÍCULO 8º: AUDITORIAS INTERNAS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	25
CAPITULO III: GESTION DE ACCIONES.....	33
ARTÍCULO 9º: TRATAMIENTO DEL PRODUCTO NO CONFORME	33
ARTÍCULO 10º: TRATAMIENTO DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES	35
ARTÍCULO 11º: GESTION DE EVENTOS Y ACCIONES	36

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

INTRODUCCION

El Gobierno de la Provincia ha adoptado como principio rector, el desempeño solidario, eficiente y de servicio de la función estatal en todos los aspectos de su actividad; de promover la información amplia y oportuna, la transparencia de la gestión pública, la constante rendición de cuentas y la plena responsabilidad de los funcionarios; la garantía de calidad de las prestaciones y servicios a su cargo o de aquéllos que estén sujetos a su control.

Que este modelo de gestión permite hacer foco en los procesos y en las personas, y que permite dejar de lado la antigua práctica de identificar a los individuos como responsable de los errores, y en cambio, buscar corregir día a día los procesos.

Que la implementación de Sistemas de Gestión de Calidad contribuye a la mejora continua de los procesos que se llevan a cabo en organismos públicos o privados como medio para lograr una mayor seguridad interna y externa en el cumplimiento de sus funciones.

Que en tal sentido, y con el objeto de optimizar la capacidad de gestión, este Ministerio de Finanzas establece en el presente Manual de procedimientos un marco referencial para la implementación y el mantenimiento de procesos comunes a las Reparticiones y Órganos que lo conforman tendiendo a lograr su integración gradual y armónica, pero manteniendo su descentralización operativa.

Ha sido diseñado considerando los requisitos de la norma ISO 9001:2008 y fija criterios y pautas básicas a cumplir, siendo facultad de cada Repartición u Órgano establecer criterios y/o pautas complementarias fundadas en las *diferencias* propias de cada organización, entre otras, sus estructuras orgánicas y funcionales, culturales, tecnológicas y las propias de los procesos principales que desarrollan.

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

TITULO I: CONTROL DE LA DOCUMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

ARTICULO 1º: TIPIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN EL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

La Gestión de la Calidad en el ámbito del Ministerio de Finanzas se podrá establecer a través de uno o más Sistemas que deberán incluir al menos los siguientes documentos:

A DOCUMENTOS INTERNOS: Generados por las Reparticiones y Órganos del Ministerio de Finanzas en el ámbito de sus facultades:

1. La Política de Calidad de la Repartición u Órgano.
2. Un Manual de Calidad.
3. Los procedimientos requeridos por la Norma ISO 9001 y los no exigidos por ésta pero determinados como necesarios para la gestión del sistema de calidad.
4. Los procedimientos necesarios para asegurar el resultado de los procesos específicos de cada Dirección, los que estarán incluidos en los compendios o cuerpos normativos establecidos por Resoluciones dictadas a tal fin.
5. Los procedimientos para los procesos de apoyo que permitan asegurar la gestión del capital humano y la disponibilidad de los recursos materiales y tecnológicos necesarios, enmarcados en legislación provincial y siguiendo las pautas fijadas por la Dirección General de Administración y Recursos Humanos del Ministerio y la Sub-Secretaría de Informática y Telecomunicaciones (o los sectores posteriormente designados para realizar dichas funciones).
6. Los Documentos y Registros asociados a los procedimientos para aplicar lo establecido en ellos y evidenciar su cumplimiento.

B DOCUMENTOS EXTERNOS: Generados por organismos provinciales, nacionales y/o internacionales que fijan obligaciones a los procesos incluidos en el sistema de gestión de la calidad.

- Leyes
- Decretos
- Decretos reglamentarios
- Resoluciones
- Sentencias judiciales
- Normas
- Convenios
- Otros

ARTÍCULO 2º: CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS

1. Responsables Intervinientes

- Representante de la Dirección de la Repartición u Órgano
- Responsable de aprobación

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

- Responsable del proceso/actividad
- Administrador del Sistema de Gestión de la Calidad de la Repartición u Órgano
- Responsable de confección
- Responsables de archivo
- Nexos para publicaciones en página Web

2. Del procedimiento para el control de documentos internos

2.1 Emisión de documentos internos

a- Política de Calidad

Se entiende por "Política de Calidad" las Intenciones globales y orientación de una organización relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección.

Contenidos mínimos

- Una descripción del propósito de la organización.
- El compromiso de cumplir con los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad y mejorar continuamente su eficacia.

Esta servirá de marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad.

Elaboración

Las Autoridades del Ministerio de Finanzas

1. Establecen los propósitos generales del Ministerio de Finanzas, en base a su visión, misión y valores, que servirán de marco para que las Direcciones de las Reparticiones y Órganos que de él dependen, definan sus Políticas de Calidad.

El Titular de la Repartición u Órgano

2. Establece y mantiene actualizada frente a cambios la Política de Calidad de su Repartición. Es a partir de ésta, que serán definidos los objetivos de calidad para los procesos a su cargo, en el alcance del Sistema de Gestión de Calidad.
3. Arbitra los medios para garantizar que la misma sea conocida y comprendida por todo el personal involucrado.

El Administrador del SGC de la Repartición u Órgano

4. Incorpora la Política de Calidad al Manual de Calidad
5. Comunica su publicación a todos los involucrados
6. Actualiza la Lista de documentos internos del SGC.

b- Manual de Calidad de la Repartición u Órgano

Contenidos mínimos

- La Política de Calidad de la Repartición u Órgano,
- El alcance de su Sistema de Gestión de la Calidad,
- El mapa de los procesos alcanzados por el SGC, reflejando la secuencia e interacción de los mismos, y
- Una referencia a los procedimientos documentados establecidos.

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

Elaboración

El Administrador del SGC de la Repartición u Órgano

1. Recopila los datos y documentos requeridos.
2. Confecciona el proyecto del Manual, solicitando cuando sea requerido, la colaboración de otros miembros de la organización con responsabilidad en el alcance del SGC.
3. Revisa que el documento respete los contenidos mínimos establecidos.
4. Remite el proyecto de Manual a los Titulares de las Direcciones de los procesos involucrados en el SGC para su revisión.
5. De no mediar observaciones, remite el borrador del Manual revisado al Titular de la Repartición u Órgano, responsable de su aprobación.

El Titular de la Repartición u Órgano

6. Revisa y aprueba el Manual de Calidad.
7. Teniendo en cuenta la modalidad de aprobación establecida por cada Repartición u Órgano, promueve las acciones necesarias para formalizarla.

Nota: entre los medios de aprobación podemos citar:

- 7.1 Resolución interna: gestionando la publicación del documento en el Boletín Oficial.
- 7.2 Formulario de Incidente y posterior Resolución de los incidentes aprobados en el mes.
- 7.3 Órdenes de servicio.
- 7.4 Memorando.
- 7.5 Circular interna.
8. Comunica la vigencia y disponibilidad del documento a las funciones definidas en la Resolución.

El Administrador del SGC de la Repartición u Órgano

8. Publica o solicita al Responsable de publicación involucrado la publicación del documento aprobado en el sitio de archivo definido en la Lista de documentos internos vigentes. (página Web del Ministerio de Finanzas del Gobierno de la Provincia de Córdoba, intranet, BCC, etc.)
9. Comunica a todo el personal la publicación del documento aprobado.
10. Incorpora el documento a la Lista de documentos internos del SGC, actualizando su vigencia.

c- Procedimientos

Contenidos mínimos

- Nombre del proceso cuyo procedimiento se establece.
- Responsables Intervinientes: Nombre de los puestos o funciones que tienen responsabilidades asignadas en el proceso que se documenta.
- Descripción del procedimiento: secuencia lógica de actividades que se llevan a cabo para lograr el resultado previsto indicando para cada una de ellas el responsable de ejecutarla
- Documentos y registros asociados: Se incluirán aquellos que se establezcan como necesarios para aplicar lo establecido y evidenciar el cumplimiento de las actividades citadas en la descripción del procedimiento.

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

Se establecerá para cada uno:

- Nombre del registro o documento, el que deberá ser utilizado en todos los casos de modo de permitir su fácil identificación. Podrán proponerse modelos en el cuerpo del procedimiento o establecer formularios de uso obligatorio los que podrán incorporarse como anexos de la resolución mediante la cual se aprueba el procedimiento.
 - Confecciona: el puesto o función responsable.
 - Archiva: Puesto o función responsable y lugar de archivo físico o electrónico (el lugar físico o la ruta de acceso serán establecidos en el procedimiento o en la lista de documentos internos del SGC de la Repartición u Órgano cuando estos sean utilizados por más de una Repartición u Órgano)
 - Tiempo de archivo: plazo (tiempo o condición) y disposición del documento una vez vencido el mismo. Considerar tiempo legal de archivo cuando aplique.

Elaboración

El Responsable del proceso/actividad

1. Recopila datos, analiza los documentos internos del Sistema de Gestión de Calidad vigentes y los externos relacionados con el proceso a documentar.
2. Consulta al Superior Inmediato y a los sectores involucrados.
3. Redacta el procedimiento respetando los contenidos mínimos establecidos en el presente.
4. Diseña los formularios que se proponen o establecen para los documentos y registros incorporándolos al cuerpo del procedimiento cuando sea posible.
5. Respetando las pautas para la aprobación definidas por la Repartición u Órgano, remite el documento elaborado y los formularios, cuando fuera aplicable, debidamente firmados al Administrador del SGC de la Repartición u Órgano para su revisión.

El Administrador del SGC de la Repartición u Órgano

6. Verifica que el documento cumpla con los requisitos normativos aplicables y los contenidos mínimos y requisitos formales definidos.
7. Controla la coherencia del documento elaborado con el resto de los documentos del sistema.
8. Si fuera necesario efectuar cambios en el documento, lo devuelve con las observaciones correspondientes.
9. De no existir observaciones iniciala el documento y lo remite al Responsable del proceso.

El Responsable del proceso

10. Remite el borrador del documento al Responsable de aprobación.

El Responsable de Aprobación

11. Revisa y aprueba el procedimiento.
12. Teniendo en cuenta la modalidad de aprobación establecida por cada Repartición u Órgano, promueve las acciones necesarias para formalizarla.

Nota: entre los medios de aprobación podemos citar:

- Resolución interna: gestionando la publicación del documento en el Boletín Oficial.

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

- Formulario de Incidente y posterior Resolución de los incidentes aprobados en el mes.
 - Órdenes de servicio.
 - Memorando.
 - Circular interna.
13. Comunica la vigencia y disponibilidad del documento a las funciones definidas en la Resolución.

Responsable de Aprobación

11. Cumplidas las formalidades requeridas, solicita al Responsable involucrado la publicación del documento aprobado en el sitio de archivo definido en la Lista de documentos internos del SGC. (página Web del Ministerio de Finanzas del Gobierno de la Provincia de Córdoba, intranet, BCC, etc.) y la actualización del compendio, cuerpo normativo o manual de procedimientos.

El Responsable de actualización de compendios o cuerpos normativos

12. Cuando la aprobación se formaliza mediante Resolución emitida por el Titular de la Repartición u Órgano, incorpora al mismo la leyenda:
[Incorporado por Res. N°/año – Órgano emisor – BO día/mes/año](#)

El Administrador del SGC de la Repartición u Órgano

13. Comunica a todo el personal involucrado la publicación del documento aprobado.
14. Incorpora el Procedimiento y los documentos y registros asociados a la Lista de documentos internos del SGC especificando en la misma el lugar de acceso a los mismos. Actualiza su vigencia.

d- Documentos y Registros Asociados

Contenidos mínimos

- Nombre del documento o registro tal como se establece en el procedimiento a partir del cual se genera.
- Fecha de emisión.
- Datos del responsable de su confección.

Confección

El Responsable de confección

1. Respeta los formatos cuando estos hayan sido definidos, y su identificación.
2. Completa los datos requeridos en el procedimiento que le dio origen ya sea en su descripción o en el formato incorporado.
3. Archiva el documento o registro confeccionado en los lugares definidos en el procedimiento, respetando el tiempo establecido.

2.2 Acceso a los documentos internos vigentes

a. Política de Calidad, Manual de Calidad y Procedimientos

Solo son considerados válidos y vigentes el Manual de Calidad (que contiene la Política de Calidad) y los procedimientos debidamente aprobados y publicados en los lugares definidos por la Repartición u Órgano.

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

El Administrador del SGC de la Repartición u Órgano

1. Confecciona y mantiene actualizada una “Lista de documentos internos del SGC”
Se incorpora modelo propuesto:

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CORDOBA MINISTERIO DE FINANZAS		LISTA DE DOCUMENTOS INTERNOS DEL SGC						Fecha Actualización	
ORGANO EMISOR	Tipo de documento	FORMATO ó ANEXO	NOMBRE de PROCESO / ACTIVIDAD	Estado	RESOLUCION (Nº - Emisor)	FECHA PUBLICACION B.O.	CUERPO NORMATIVO	Localización en el cuerpo normativo	Lugar de Publicacion

2. Verifica que los documentos internos vigentes estén disponibles, correctamente identificados en los lugares definidos en la lista de documentos internos del SGC.

Cuando fuera necesario imprimir documentos internos, es responsabilidad de quien los obtenga la verificación de su vigencia al momento de utilizarlos, ya que los mismos pueden haber sido modificados desde su impresión hasta su uso.

b. Documentos y registros asociados

Los documentos y registros emitidos serán accedidos desde los lugares físicos o electrónicos definidos en el procedimiento a partir del cual se originan o el lugar de publicación fijado en la lista de documentos internos del SGC.

2.3 Modificación de documentos internos

La necesidad de modificar los documentos internos (sustitución, ampliación, modificación y/o derogación) puede obedecer a:

- Cambios en la estrategia.
- Cambios en los requisitos del proceso.
- Modificación en la legislación aplicable.
- Nueva estructura organizacional.
- Cambios por innovación tecnológica.
- Otras causas.

a. Política de Calidad, Manual de Calidad y Procedimientos

Las actividades y responsabilidades involucradas en la modificación del Manual de Calidad y de los Procedimientos son las mismas definidas en el presente artículo para su emisión (punto 2.1), salvo que expresamente se establezca otra cosa.

Los motivos y la naturaleza de los cambios son documentados teniendo en cuenta la modalidad de aprobación utilizada por la Repartición u Órgano.

a-1 Resolución del titular de la Repartición u Órgano: los motivos y la naturaleza de los cambios están descriptos en los VISTO y CONSIDERANDO de la Resolución mediante la cual se aprueba la modificación.

La naturaleza del cambio en la actualización del compendio o cuerpo normativo será consignada como se indica a continuación:

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

Modificado por Res. N°/año – Órgano emisor – BO día/mes/año
Sustituido por Res. . N°/año – Órgano emisor – BO día/mes/año
Derogado por Res. N°/año – Órgano emisor – BO día/mes/año

Manteniéndose al pie del artículo actualizado, el texto original en letra mas pequeña.

a-2 Formulario de incidente: Se consignan en el mismo las modificaciones a realizar en el documento o la necesidad de su derogación. En el documento modificado se documentan en una tabla de Historial de cambios.

a-3 Órdenes de Servicio, Memorandos, Circulares internas, otros: Se consignan en el mismo las modificaciones a realizar en el documento o la necesidad de su derogación. En el documento modificado se documentan en una tabla de Historial de cambios, de Control de Cambios, según lo definido por la Repartición u Órgano.

Cuando se modifica el Manual de Calidad y/o los procedimientos:

Responsable de Aprobación

1. Cumplidas las formalidades requeridas, solicita al Responsable involucrado la publicación del documento aprobado en el sitio de archivo definido en la Lista de documentos internos del SGC. (página Web del Ministerio de Finanzas del Gobierno de la Provincia de Córdoba, intranet, BCC, etc.) y la actualización del compendio, cuerpo normativo o manual de procedimientos.

El Administrador del SGC de la Repartición u Órgano

2. Actualiza la “Lista de documentos internos del SGC” incorporando el documento modificado y retirando de la misma el documento que perdió vigencia.
3. Comunica vía correo electrónico, a todo el personal involucrado la publicación del documento modificado.

b. Documentos y registros asociados

b-1 De los formatos y/o tipo de datos que deben contener

El Responsable de aprobación

1. Modifica los formatos o los datos que deben contener los documentos y/o registros asociados siguiendo las pautas fijadas para la aprobación de los procedimientos desde los cuales se generan.

El Administrador del SGC de la Repartición u Órgano

2. Actualiza la “Lista de documentos internos del SGC”.
3. Comunica vía Correo electrónico a los involucrados la modificación aprobada.

b-2 De los contenidos de los documentos asociados

El Responsable de confección

1. Actualiza el contenido del documento asociado.
2. Consigna la fecha de modificación del documento.

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

3. Reemplaza el documento obsoleto por el vigente en el lugar de archivo establecido y lo comunica a los usuarios del documento.

2.4 Resguardo de los documentos internos

a. Política de Calidad, Manual de Calidad y Procedimientos

El Responsable de Archivo

1. Arbitra los medios tendientes a garantizar el mantenimiento de los originales de los documentos emitidos en papel.
2. Verifica que los documentos en soporte electrónico están incluidos en programas de respaldo magnético.

La conservación y respaldo de los documentos en soporte electrónico está garantizada por la Subsecretaría de Informática y Telecomunicaciones o sector afín. Cuando estos documentos estuvieran almacenados en servidores no alcanzados por el Supercentro, su conservación y respaldo esta garantizada por el proveedor del servidor a través de contratos vigentes.

b. Documentos y Registros asociados

El Responsable de Archivo

1. Asegura el correcto archivo de los documentos y registros emitidos tanto en papel como en soporte digital.
2. Controla que las condiciones de archivo de los documentos y registros en soporte papel sean adecuadas para asegurar su fácil acceso y correcta conservación por el plazo establecido.
3. Verifica que los documentos y registros en soporte digital estén almacenados en los lugares de archivo definidos ya que cuentan con el respaldo requerido para asegurar su recuperación.

La conservación y respaldo de los documentos en soporte electrónico está garantizada por la Subsecretaría de Informática y Telecomunicaciones o sector afín. Cuando estos documentos estuvieran almacenados en servidores no alcanzados por el Supercentro, su conservación y respaldo esta garantizada por el proveedor del servidor a través de contratos vigentes.

3. Documentos y registros asociados

1. **Lista de documentos internos del SGC:** modelo incorporado en punto 2.2 a-1 del presente.

Confeciona: Administrador del SGC de la Repartición u Órgano - Soporte electrónico

Archiva: Administrador del SGC de la Repartición u Órgano – en la red de la Repartición carpeta Grupos o BCC: \Sistema de Gestión de Calidad

Tiempo de archivo: Su vigencia

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

ARTÍCULO 3º: DEL CONTROL DE DOCUMENTOS EXTERNOS

1. Responsables intervinientes

- Responsables de proceso

2. Del procedimiento del control de los documentos externos

2.1 Identificación de documentos externos aplicables

El Responsable del proceso

1. Confecciona la lista de documentos externos aplicables al proceso a su cargo.
2. Revisa en forma periódica la emisión de nuevos documentos externos o la modificación o derogación de los vigentes cuando estos tienen identificando aquellos que imponen requisitos a los procesos a su cargo.
3. Verifica que el documento externo que modifica, deroga o crea nuevos requisitos para el proceso esté publicado y que haya sido retirado el documento derogado o que perdió vigencia.
4. Cuando por la naturaleza del documento este no sea publicado como Legislación vigente en los sitios definidos, lo incorpora a la Lista de documentos externos definiendo su ubicación física y lo archiva.
5. Mantiene actualizada la lista de documentos externos, eliminando de la misma el documento que perdió vigencia, identificándolo como obsoleto en papel y en soporte digital.
6. Comunica vía correo electrónico a los usuarios involucrados la actualización del documento y de la lista de documentos externos.

Nota: se incorpora a continuación un modelo de lista de documentos externos

 GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CORDOBA MINISTERIO DE FINANZAS		LISTA DE DOCUMENTOS EXTERNOS ORGANISMO:				Fecha actualización
Ámbito de aplicación	Tipo	Denominación	Fecha de emisión	Ente emisor	Contacto actualización	Lugar de acceso

7. Publica la lista de documentos externos de modo que pueda ser accedida por todos los involucrados.

2.2 Análisis y aplicación de los documentos externos

El Responsable del proceso

1. Revisa los requisitos contenidos en el nuevo documento incorporado y el impacto de los mismos en el proceso al que aplican y en los documentos internos asociados (procedimientos, documentos y registros).
2. De ser necesario, genera o modifica los documentos internos requeridos para garantizar su cumplimiento.

3. Documentos y registros asociados

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

Lista de Documentos Externos: modelo incorporado en punto 2.1 – 6 del presente.

Confecciona: Responsable de Proceso - Soporte electrónico

Archiva: Responsable de proceso – Lugar de archivo definido en la lista de documentos internos del SGC de la Repartición u Órgano.

Tiempo de archivo: Su vigencia

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

TITULO II: PLANIFICACION Y MEJORA

ARTÍCULO 4º: PLANIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS

1. Responsables Intervinientes

- Representante de la Dirección del SGC
- Responsables de proceso
- Responsables de medición
- Administrador del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) de la Repartición u Órgano

2. Del procedimiento de planificación de Objetivos

2.1. Planificación Estratégica

Las actividades y responsabilidades vinculadas a la Planificación estratégica en el marco del Sistema de Gestión por Objetivos (SGO), son las establecidas por la Subsecretaría de Control de Gestión de la Secretaría General de la Gobernación y Control de Gestión y la Dirección General de Presupuesto e Inversiones Públicas de la Secretaria de Administración Financiera del Ministerio de Finanzas.

2.2. Planificación de objetivos del SGC

Complementariamente a los objetivos estratégicos establecidos por las Autoridades del Ministerio de Finanzas, y teniendo en cuenta la Política de Calidad de la Repartición u Órgano, se establecen los objetivos del SGC.

Los Titulares de Dirección

1. Conjuntamente con los responsables de los procesos desarrollados en el ámbito de su competencia, analizan la situación actual de sus procesos y los resultados alcanzados.
2. Identifican aspectos mejorables.
3. Proponen objetivos tendientes a mejorar o realizar el seguimiento del desempeño del sistema de gestión de calidad, de los procesos y/o de los resultados.
4. Definidos los objetivos, identifican para cada objetivo las variables críticas involucradas.
5. Teniendo en cuenta esas variables definen los indicadores a utilizar y las metas a alcanzar en cada caso.
Para cada Indicador se establecen:
 - a. Su identificación
 - b. La fórmula a aplicar para el cálculo
 - c. El origen de los datos utilizados
 - d. El responsable del cálculo
 - e. La frecuencia del cálculo
 - f. La meta a alcanzar: valor inicial y cuando aplique tolerancias admitidas
6. Definen y aprueban las iniciativas mediante las que planifican cumplir con los objetivos establecidos, fijando los responsables y plazos de ejecución.

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

7. Presentan en las reuniones de revisión por la Dirección y aprueban los Objetivos del SGC a alcanzar, los indicadores y las iniciativas a implementar.
8. Documentan lo aprobado en una “Tabla de medición y seguimiento de Desempeño”.

Nota: se incorpora modelo de “Tabla de medición y seguimiento de desempeño” propuesto.

POLITICA DE CALIDAD		Alcance	Nº	OBJETIVOS SGC	INDICADORES			METAS			Nº	INICIATIVAS
					Nº	Nombre	Fórmula	Resp. y frecuencia	Valor inicial	Valor a alcanzar		

Aprobó:

9. Gestionan la provisión de los recursos necesarios para la implementación de las iniciativas aprobadas.
10. Remiten la Tabla definida al Administrador del SGC de la Repartición u Órgano para su tratamiento en reunión de revisión por la Dirección según lo establecido en el Artículo 5° del presente manual.

El Administrador del SGC de la Repartición u Órgano

11. Consolida las Tablas de medición y seguimiento de desempeño de todas las Direcciones involucradas en el SGC de la Repartición u Órgano.
12. Incorpora la tabla consolidada al Informe para la revisión por la Dirección del SGC.
13. Una vez aprobada, la publica.
14. Comunica vía correo electrónico su publicación a todos los involucrados para su conocimiento.

Los Titulares de Dirección

15. Arbitran los medios tendientes a asegurar que todo el personal conoce y comprende los objetivos planteados y las iniciativas definidas para lograrlos así como los indicadores que se usarán para medir y monitorear el resultado de su gestión.

2.3. Seguimiento de los logros alcanzados

Los Titulares de Dirección

1. Confeccionan un Registro de Seguimiento de indicadores, el que contendrá los indicadores y metas establecidos.
- Nota: se incorpora modelo de Registro de seguimiento de indicadores.

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

Indicador		Meta			EJERCICIO AÑO:											
Nº	Nombre	Valor inicial	Valor a alcanzar	Tolerancia	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic

Los Responsables de medición asignados

- Respetando la frecuencia, fórmula y origen de los datos definidos en la tabla de medición y seguimiento del desempeño, realiza los cálculos necesarios para obtener los valores de los indicadores y los comunica al Titular de la Dirección involucrada.

Los Titulares de Dirección

- Registran los valores obtenidos para todos los indicadores.
- Remite el registro actualizado al Administrador del SGC de su Repartición u Órgano para su consolidación, publicación y comunicación a los involucrados.
- Revisa con la frecuencia establecida, el grado en que se cumplen los objetivos y las actividades que conforman las iniciativas planificadas.
- Analizan las tendencias.
- Toman las acciones necesarias para corregir las desviaciones identificadas, las que son incorporadas al SGE, según pautas establecidas en el procedimiento de gestión de eventos y acciones (Artículo 11° del presente).
- Cuando las desviaciones no pueden ser corregidas por no contar con los recursos necesarios, presentan en reunión de revisión por la Dirección propuestas de ajuste de los objetivos para su aprobación.

El Administrador del SGC de la Repartición u Órgano

- Consolida los Registros de seguimiento de indicadores de todas las Direcciones involucradas en el SGC.
- Comunica vía correo electrónico su publicación a todos los involucrados para conocimiento.
- A pedido de los Representantes de la Dirección o titulares de Dirección, convoca a reuniones de revisión por la Dirección del SGC extraordinarias cuando fuera necesario modificar los objetivos aprobados.

3. Documentos y registros asociados

- Tabla de medición y seguimiento del desempeño (Dirección)**

Confeciona: Representante de la Dirección – Soporte electrónico

Archiva: Titular de la Dirección – Lugar de archivo definido en la Lista de documentos internos del SGC

Tiempo de archivo: Permanente

- Tabla de medición y seguimiento del desempeño (Consolidada)**

Confeciona: Administrador del SGC de la Repartición u Órgano – Soporte electrónico.

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

Archiva: Administrador del SGC de la Repartición u Órgano – Lugar de archivo definido en la Lista de documentos internos del SGC.
Tiempo de archivo: Permanente.

- **Registro de seguimiento de indicadores (Dirección)**

Confecciona: Representante de la Dirección – Soporte electrónico

Archiva: Representante de la Dirección – Lugar de archivo definido en la Lista de documentos internos del SGC

Tiempo de archivo: Permanente

- **Registro de seguimiento de indicadores (Consolidado)**

Confecciona: Administrador del SGC de la Repartición u Órgano – Soporte electrónico

Archiva: Administrador del SGC de la Repartición u Órgano – Lugar de archivo definido en la Lista de documentos internos del SGC

Tiempo de archivo: Permanente

ARTÍCULO 5º: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Proceso mediante el cual la Dirección del SGC, revisa en forma sistemática y planificada el Sistema de Gestión de Calidad (SGC) con el fin de asegurar su continua adecuación y eficacia incluida la Política y los Objetivos.

1. Responsables Intervinientes

- Dirección del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) de la Repartición u Órgano: conformada, al menos, por los titulares de las Direcciones de los Procesos incluidos en el alcance, Representantes de la Dirección, y Administrador del SGC de la Repartición u Órgano.
- Administrador del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) de la Repartición u Órgano.
- Responsables de la implementación de acciones.

2. Procedimiento de revisión del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)


2.1. Programación de Reuniones de Revisión

El Administrador del SGC de la Repartición u Órgano

1. Elabora la propuesta de Programa anual de revisiones del SGC proponiendo mes y semana de realización de las reuniones las que serán realizadas al menos semestralmente.
2. Remite vía correo electrónico la propuesta elaborada a todos los miembros de la Dirección del SGC.
3. De no mediar observaciones esta se considerará aprobada.
4. Publica el Programa anual de Revisiones de la Repartición u Órgano comunicando vía correo electrónico su aprobación a los miembros de la Dirección.

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

Nota: Se incorpora un modelo de programa propuesto.

		PROGRAMA DE REVISIONES POR LA DIRECCION DEL SGC AÑO				Fecha de emisión:
						Actualización
Nº	Mes / semana	Direcciones participantes	Procesos	Temas a tratar	Cumplida: Fecha	Reprogramada: Fecha
Elaboró Administrador del SGC						

5. Cuando resulte necesario realizar revisiones complementarias lo notifica, vía correo electrónico con la debida antelación, a los miembros de la Dirección del SGC.
6. Actualiza el Programa, lo publica y comunica vía correo electrónico a los involucrados.
7. Cuando sea requerido convocar a la reunión a otros participantes, lo comunica vía correo electrónico con la debida antelación.

2.2. Elaboración del Informe para Revisión del SGC

El Administrador del SGC de la Repartición u Órgano


1. Confecciona, con la colaboración de otros miembros de la organización, el informe para la revisión.
2. Lo distribuye vía correo electrónico a todos los participantes con al menos 72 horas de anticipación de modo de permitir a los destinatarios conocer y analizar los contenidos del informe previo a la reunión.

El informe incluye, con la extensión que corresponda:

- ✓ Estado de las acciones definidas por la Dirección del SGC en revisiones previas.
- ✓ Resultados de Auditorías internas y/o externas al SGC.
- ✓ Estado de las acciones correctivas, preventivas y de mejora.
- ✓ Retroalimentación de los clientes (mediciones de satisfacción, reclamos, sugerencias, etc.).
- ✓ Desempeño de los procesos y conformidad de los resultados: grado de cumplimiento de los objetivos.
- ✓ La adecuación de la política de calidad.
- ✓ Cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad de la Repartición u Órgano.
- ✓ Recomendaciones para la mejora continua.

Nota: se propone modelo de Informe para revisión del SGC

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

 GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CORDOBA MINISTERIO DE FINANZAS		INFORME PARA REVISION DEL SGC		Fecha de emisión:
Reunión Nº:		Lugar de reunión:		
Fecha de reunion		Hora:		
Participantes:				
Tema a tratar		Información vinculada		
Elaboró Administrador de Calidad				

Nota: No necesariamente en cada reunión se revisarán todos los elementos del sistema de gestión en forma simultánea, pero se garantiza al menos una revisión completa al año.


2.3. Revisión del SGC

La Dirección del SGC de la Repartición u Órgano

1. Se reúne respetando las fechas previstas en el “Programa anual de reuniones de revisión” o comunicaciones extraordinarias.
2. Trata durante la reunión los temas contenidos en el “Informe para revisión del SGC”.
3. Establece acciones relacionadas con los temas tratados, fijando responsables de su cumplimiento, plazo y recursos necesarios.

El Administrador del SGC de la Repartición u Órgano

4. Elabora el Acta de Revisión, consignando comentarios de los temas tratados y, cuando corresponda, las acciones a emprender, responsables y plazos establecidos.

 GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CORDOBA MINISTERIO DE FINANZAS		ACTA DE REVISIÓN			Fecha de reunión
Participantes:					
Tema a tratado	Comentarios y acciones a desarrollar	Responsable	Plazo	N° SGE	
Elaboró Administrador del SGC					

5. Remite vía correo electrónico el Acta de Revisión a todos los participantes.
6. De no mediar observaciones en un plazo de 72 horas se da por aprobada.
7. Registra las acciones definidas en el Sistema informático destinado a la Gestión de Eventos (SGE) para su cumplimiento por los responsables de implementación asignados según pautas establecidas en el artículo 11°.

2.4. Implementación de acciones

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

Los **Responsables de la implementación de acciones**

1. Teniendo en cuenta los plazos asignados, implementan las acciones definidas.
2. En caso de imposibilidad justificada para ejecutarlas en el plazo acordado, lo comunica al Titular de la Dirección para la redefinición de la acción o el plazo e ingresa las modificaciones en el Sistema de Gestión de Eventos (SGE).
3. Registra el cumplimiento de la acción en el Sistema de Gestión de Eventos (SGE).

3. Documentos y registros asociados

- **Programa anual de reuniones de revisión del SGC**

Confecciona: Administrador del SGC de la Repartición u Órgano - Soporte electrónico

Archiva: Administrador del SGC de la Repartición u Órgano – Lugar de archivo definido en la Lista de documentos internos del SGC

Tiempo de archivo: Su vigencia

- **Informe para revisión del SGC**

Confecciona: Administrador del SGC de la Repartición u Órgano – Soporte electrónico

Archiva: Administrador del SGC de la Repartición u Órgano - Lugar de archivo definido en la Lista de documentos internos del SGC

Tiempo de archivo: tres años / eliminación

- **Acta de Revisión**

Confecciona: Administrador del SGC de la Repartición u Órgano – Soporte electrónico

Archiva: Administrador del SGC de la Repartición u Órgano - Lugar de archivo definido en la Lista de documentos internos del SGC

Tiempo de archivo: tres años / eliminación

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

TITULO III: MEDICION, SEGUIMIENTO Y MEJORA

CAPITULO I: CONTROL DE EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICION

ARTÍCULO 6º: CONTROL DE PROGRAMAS INFORMATICOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICION

1. Responsables Intervinientes

- Titulares de Dirección
- Responsables de procesos
- Administrador del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) de la Repartición u Órgano
- Referente de control asignado

2. Del procedimiento de identificación y control de programas informáticos de seguimiento y medición

2.1. Generalidades

Complementariamente a las verificaciones y validaciones implementadas como parte del proceso de desarrollo y mantenimiento de software, en los casos en que el programa informático sea utilizado por la Repartición u Órgano para el seguimiento y/o la medición del producto, son controlados en instancias definidas por referentes asignados para asegurar su capacidad para cumplir con su aplicación prevista.


2.2. Identificación de programas informáticos de seguimiento y la medición del producto

Los Titulares de Dirección

2. Identifican, con la participación de los responsables de los procesos a su cargo, los programas informáticos utilizados para el seguimiento y/o la medición de los resultados (productos) comprometidos con el cliente.
3. Establecen para cada programa una frecuencia u oportunidad del control, y asignan un responsable de ejecutar y documentar los controles.
4. Comunican al al Administrador del SGC de la Repartición u Órgano la nómina de los programas informáticos de seguimiento y medición cuya capacidad es necesario controlar, indicando el o los módulos alcanzados y el referente del sistema.

El Administrador del SGC de la Repartición u Órgano

5. Confecciona el “Plan de control de programas informáticos”.
Se incorpora modelo:

 GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CORDOBA MINISTERIO DE FINANZAS	PLAN DE CONTROL DE PROGRAMAS INFORMATICOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICION					Fecha actualizacion	CRONOGRAMA DE SEGUIMIENTO DE CONTROLES												Fecha actualizacion
	Proceso usuario	Programa informatico	Modulo	Aplicación prevista	Frecuencia de control	Responsable de control	En	Feb	Mrz	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.


6. Consolida la información remitida por los Responsables de los procesos y la publica en la red.

2.3. Definición de las funcionalidades a controlar

Los Responsables de Control asignado

1. Establecen las especificaciones funcionales a controlar, los pasos a seguir para el control sobre los casos de prueba y los resultados esperados.
2. Documenta las especificaciones, pasos a seguir y resultados esperados en el formulario de Criterios – Registro de control.

Se incorpora modelo:

		Criterios-Registro de control					Fecha control
		Programa informatico:			Version:		
Modulo	Requisito / Funcionalidad	Finalidad prevista	Pasos para la validacion	Resultado Esperado	Casos de Prueba	Resultado obtenido	Observaciones
Responsable aprobacion criterios de control:				Responsable del control:			

3. Cuando como consecuencia del mantenimiento del sistema informático se creen, modifiquen o den de baja funcionalidades de los sistemas informáticos bajo control, se actualizan las especificaciones para el control en el documento de Criterios – registro de control.

2.4. Ejecución de los controles

El Responsable de control asignado

1. Selecciona los casos de prueba.
2. Ejecuta los controles siguiendo los pasos definidos para cada caso de prueba, registrando los resultados obtenidos en el formulario “Criterios-registro de control”.
3. Cuando durante el control detecte funcionalidades que no cumplen con los requisitos especificados, lo consigna en el registro y lo reporta al responsable de Responsable del proceso afectado.

2.5. Tratamiento de los resultados del control

El Responsable del proceso

1. Colabora con el Responsable del control, ampliando la información sobre el error detectado cuando fuera necesario.
2. Reporta el error detectado al Referente del programa informático para su corrección.
3. Comunica al Administrador del SGC de la Repartición u Órgano el resultado y la fecha del control para su registro en el plan de control/Cronograma.
4. Analiza el impacto del error en los resultados obtenidos con anterioridad a la detección y define si es necesario tomar acciones.

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

5. De corresponder, documenta las acciones definidas en el Sistema de Gestión de Eventos (SGE) según pautas establecidas en el procedimiento de Gestión de eventos y acciones que como artículo 11º forma parte del presente.

3. Documentos y registros asociados

- **Plan de control de programas informáticos de seguimiento y medición**

Confecciona: Administrador del SGC de la Repartición u Órgano – Soporte electrónico.

Archiva: Administrador del SGC de la Repartición u Órgano - Lugar de archivo definido en la Lista de documentos internos del SGC.

Tiempo de archivo: Su vigencia.

- **Criterios – Registro de Control**

Confecciona: Responsable de Control asignado.

Archiva: Responsable de control asignado - Lugar de archivo definido en la Lista de documentos internos del SGC.

Tiempo de archivo: permanente.

CAPITULO II: MEDICIONES

ARTÍCULO 7º: MEDICIONES DE SATISFACCIÓN

A los efectos del presente procedimiento, se entiende por Clientes a los destinatarios de los productos y/o servicios y/o recursos provistos: la ciudadanía en general, contribuyentes y otros grupos de ciudadanos, dependencias del Gobierno Provincial, Nacional, Municipal y Comunal, personal del organismo o de otros organismos del Gobierno Provincial, etc.

1. Responsables Intervinientes

- Representantes de la Dirección: titulares de Dirección
- Administrador del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) de la Repartición u Órgano
- Responsables de procesos
- Responsables de medición

2. Del procedimiento de mediciones de satisfacción

Con el propósito de definir las acciones necesarias para optimizar el desempeño la Repartición u Órgano implementa mediciones sistemáticas de la satisfacción de sus clientes y del personal que trabaja en las Direcciones a su cargo.

2.1. Definición de destinatarios / usuarios de los resultados de procesos

Cada Titular de Dirección

1. Identifica, con la participación de los responsables de los procesos y personal involucrado, los destinatarios de los resultados de los procesos a su cargo (internos o externos).

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

2.2. Planificación de mediciones de Satisfacción


Cada Titular de Dirección

1. Con la participación de los Responsables de procesos, confecciona el listado de los sujetos o grupos de sujetos a incluir en las mediciones, indicando proceso involucrado y los datos que permitan su contacto (nombre, dirección de correo electrónico o postal, cargo que ocupa, etc.).
2. Establece el objetivo de cada medición a realizar: puede estar dirigido a obtener información relativa al grado de satisfacción o insatisfacción de sus clientes y/o del personal respecto a todos o una parte de sus productos y/o servicios provistos, recursos, etc.
3. Define para cada medición los temas a incluir.
4. Remite vía correo electrónico el listado de clientes y los temas propuestos al Administrador del SGC de la Repartición u Órgano.
5. Actualiza el listado de clientes y los temas a incluir en las mediciones toda vez que se producen modificaciones que impacten en los datos suministrados.

El Administrador del SGC de la Repartición u Órgano:

6. Confecciona el Programa de Mediciones de Satisfacción, el que incluye para cada medición propuesta por los titulares de Dirección:
 - Período
 - Mes de realización
 - Dirección
 - Proceso: nombre del proceso involucrado en la medición
 - Alcance: población destinataria de la encuesta
 - Modalidad de implementación: personales, telefónicas, por correo electrónico, etc.
 - Responsable de la medición: teniendo en cuenta el tipo de encuesta, destinatarios y modalidad propuesta identifica y gestiona la asignación de su ejecución.

Nota: se agrega un modelo de programa de medición de satisfacción.

		PROGRAMA DE MEDICION DE SATISFACCIÓN PERIODO:				Fecha de emisión:
						Actualizada:
Mes	Dirección	Proceso	Alcance	Modalidad	Responsable de medición	Cumplida / reprogramada
Confeccionó Administrador del SGC						

7. Remite vía correo electrónico el Programa de mediciones de satisfacción elaborado a todos los Representantes de la Dirección involucrados en el SGC
8. De no mediar observaciones éste se considerará aprobado.
9. Publica el Programa y comunica su publicación a los responsables de implementarlos y a otros involucrados.
10. Realiza el seguimiento de su implementación.

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

2.3. Desarrollo de las mediciones

El Responsable de Medición asignado

1. Confecciona el formato de la encuesta (contenidos y forma de puntuación) siguiendo las pautas establecidas por el titular de la Dirección del proceso / Sector objeto de la medición.
2. Gestiona vía correo electrónico la aprobación del formulario a utilizar por el Titular de la Dirección involucrada.
3. Tramita los recursos necesarios para realizar la medición planificada, garantizando en caso de encuestas anónimas el cumplimiento de esta condición
4. Monitorea el desarrollo de la medición.
5. Toma las acciones necesarias para asegurar el cumplimiento de los plazos fijados.
6. Recolecta las respuestas y verifica su adecuación.

2.4. Tratamiento de los datos recolectados

El Responsable de la Medición:

1. Registra los datos resultantes de la medición en una Tabla de Resultados para su posterior tratamiento estadístico. Estos pueden consistir en:
 - La selección de una opción: calificación, atributo, etc.
 - Una observación o comentario: el cual será transcrito literalmente.
2. Trata estadísticamente los resultados registrados.
3. Elabora el informe de los resultados de la encuesta.
4. Remite el informe de los resultados de la encuesta y la documentación respaldatoria al Administrador del SGC de la Repartición u Órgano.

El Administrador de SGC:

5. Archiva toda la documentación vinculada a las encuestas como respaldo de la medición.
6. Remite el informe de resultados de la encuesta al Representante de la Dirección correspondiente.
7. Incorpora los resultados al Informe para Revisión del SGC (Artículo 5°).

El Representante de la Dirección

8. Actualiza el Programa de mediciones de Satisfacción y el registro de seguimiento de indicadores cuando corresponda (Artículo 4°).
9. Conjuntamente con los Responsables de los procesos, analiza los resultados de la medición.
10. Identifica niveles de satisfacción por debajo de lo esperado así como comentarios que evidencien incumplimientos de los criterios establecidos por la organización.
11. Analiza, con la participación del personal involucrado, las causas de las desviaciones y las acciones que es necesario establecer para evitar que se reiteren.
12. Documenta los eventos y las acciones que se definan en el Sistema de Gestión de Eventos (SGE) siguiendo las pautas establecidas en el Artículo 11°.

3. Documentos y registros asociados

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

- **Programa de mediciones de satisfacción**
Confecciona Administrador del SGC de la Repartición u Órgano
Archiva: Administrador del SGC de la Repartición u Órgano – Lugar de archivo definido en la Lista de documentos internos del SGC
Tiempo de archivo: tres años - Eliminación
- **Encuesta**
Confecciona Responsable de la medición
Archiva: Administrador del SGC de la Repartición u Órgano - Lugar de archivo definido en la Lista de documentos internos del SGC
Tiempo de archivo: tres años
- **Tabla de Resultados**
Confecciona Responsable de la medición
Archiva: Administrador del SGC de la Repartición u Órgano – Lugar de archivo definido en la Lista de documentos internos del SGC
Tiempo de archivo: tres años
- **Informe de Resultados de la Encuesta**
Confecciona Responsable de la medición
Archiva: Administrador del SGC de la Repartición u Órgano – Lugar de archivo definido en la Lista de documentos internos del SGC
Tiempo de archivo: tres años

ARTÍCULO 8º: AUDITORIAS INTERNAS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

1. Responsables intervinientes

- Titulares de Dirección de la Repartición u Órgano
- Responsables del proceso
- Auditor interno: líder / acompañante
- Administrador del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) de la Repartición u Órgano

2. Procedimiento de Auditorias Internas del Sistema de Gestión de Calidad (SGC)

La auditoría interna del SGC es un proceso sistemático, independiente y documentado que tiene por objeto obtener evidencias que permitan determinar, de manera objetiva, el grado en que se cumplen los criterios de auditoría.

2.1. Programación de auditorías internas del SGC


El Administrador del SGC de la Repartición u Órgano

1. Elabora un “Programa de Auditorias Internas del SGC”, estableciendo para cada auditoría los siguientes datos:
 - Mes / semana previstos para la auditoría
 - Proceso / área a auditar

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

- Equipo auditor: auditores internos designados como líder y acompañante, los que deberán contar con las competencias requeridas y en ningún caso estar vinculados a la actividad a auditar
- Alcance: Criterios de la auditoría (Política, Procedimientos, Documentos, Registros, etc.)

Nota: Se incorpora un modelo de Programa propuesto:

		PROGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS DEL SGC PERIODO:				Fecha de emisión:	
						Actualizado:.	
Nº	Semana prevista	Proceso / Área	Equipo auditor	Alcance	Cumplida: Fecha	Reprogramada: Fecha	Cerrada: Fecha
Confeccionó Administrador del SGC							


2. Para definir la frecuencia y el alcance de las auditorias, tiene en cuenta, con la extensión aplicable:
 - La importancia de los procesos y las áreas a auditar
 - Los resultados de auditorías internas o externas previas
 - Resultados de mediciones de satisfacción y reclamos de clientes internos o externos
 - La eficacia de las acciones correctivas y/o preventivas implementadas las que pueden ser consultadas del sistema de gestión de eventos (SGE)
 - Los Indicadores del desempeño del SGC y de los procesos
 - Los cambios en la organización
 - La incorporación de nuevas metodologías / tecnologías
 - Que al menos una vez al año todos los procesos sean auditados.
3. Remite vía correo electrónico el Programa a los Representantes de la Dirección involucrados en el SGC para su aprobación.
4. De no mediar observaciones, lo publica en la red, comunicándolo vía correo electrónico a todos los involucrados.

2.2. Planificación de la auditoría interna del SGC

El Auditor interno líder

- 1 Respetando el “Programa de Auditorias Internas del SGC” aprobado, acuerda con el titular de la Dirección y el Responsables de los procesos / Áreas a auditar día y hora de su realización y los interlocutores designados.
- 2 Confecciona el “Plan de auditoria”.
Nota: Se incorpora un modelo de formato:

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

 GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CORDOBA MINISTERIO DE FINANZAS		PLAN DE AUDITORIA	
Proceso/s a auditar:		Auditoría Interna Nº	
Área		Auditor interno (líder):	
Fecha de la auditoria:		Auditor interno (acompañante):	
Objetivo de la auditoria:			
Alcance de la auditoria:(Indicar procesos, actividades a auditar y criterios aplicables)			
<i>Reunión inicial:</i>		<i>Reunión de cierre:</i>	
Lugar:		Lugar:	
Hora:		Hora:	
Interlocutores designados:			
Datos sobre la auditoria propiamente dicha:			
<i>Confeccionó Auditor líder</i> <i>Fecha emisión</i>			

- 3 Remite vía correo electrónico, al menos 48 horas antes de la auditoría, el Plan de Auditoria al titular de la Dirección del proceso / Área a auditar para su aceptación por igual medio y al auditor acompañante si estuviera designado.
- 4 Confecciona la “Lista de Verificación” de la auditoría para lo cual, con la colaboración del auditor acompañante, reúne y analiza la información vinculada a la auditoria (resultados de auditorias anteriores, documentación aplicable, el estado de las acciones correctivas y/o preventivas de auditorias anteriores, etc.).

Nota: Cuando por causas justificadas, atribuibles al auditor o al auditado, no pueda llevarse a cabo la auditoria planificada, lo comunica al Administrador del SGC de la Repartición u Órgano, con al menos 24 horas de antelación para su reprogramación.

Se incorpora modelo de formato propuesto de una lista de verificación.

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

 Gobierno de la Provincia de Córdoba MINISTERIO DE FINANZAS		LISTA DE VERIFICACIÓN	
Proceso/s a auditar:		Auditoría Interna Nº:	
Área:		Criterios aplicables:	
Fecha de la auditoría:			
<i>Requerimiento</i>		<i>Resultado</i>	
<i>Confeccionó Auditor</i> <i>Fecha:</i>			

2.3. Realización de la reunión inicial

El Auditor interno líder

1. Mantiene con el titular de la Dirección del proceso / Área a auditar, los interlocutores designados y el personal vinculado, la reunión inicial de la auditoría.
2. Comunica a los auditados:
 - El objetivo y alcance de la auditoría.
 - El plan a desarrollar.
 - Procesos y criterios a auditar.
 - El procedimiento a ser utilizado durante la auditoría.
 - La forma en que serán registradas las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora identificadas.
 - Fecha y hora de la reunión de cierre de la auditoría.
3. Clarifica las dudas planteadas por los participantes de la reunión.

El Titular de la Dirección del proceso / Área a auditar

4. Presta colaboración para la realización de la auditoría, satisfaciendo los requerimientos de los auditores internos.

2.4. Realización de la Auditoría propiamente dicha

El /los auditores internos

1. Revisan los puntos contenidos en la Lista de Verificación, comprobando:
 - Verifican el acceso a los documentos del SGC de la Repartición u Órgano
 - Verifican el grado de conocimiento e implementación de los procesos y criterios aplicables
 - Identifican evidencias del cumplimiento de los criterios auditados y de su adecuación y eficacia para el logro de los resultados planificados
2. Identifican oportunidades de mejora.
3. Cuando detectan no conformidades (incumplimientos sistemáticos) u observaciones (incumplimientos aislados), las confirman con el auditado validando con el interlocutor designado las evidencias identificadas.
4. Registran en las Listas de Verificación los comentarios y evidencias objetivas recogidas durante la auditoría. Las evidencias pueden ser registros, declaraciones o cualquier información que permiten verificar el cumplimiento de los "criterios de auditoría".

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

5. Agregan como información complementaria los aspectos no contenidos en la Lista de Verificación pero que resulten importantes.
6. Tipifican los hallazgos de la auditoría identificando las evidencias objetivas que los respaldan, para su comunicación en la reunión de cierre y posterior elaboración del informe de conclusiones.

2.5. Reunión de cierre de la auditoría

El Auditor interno líder

1. Se reúne con el titular de la Dirección del proceso / Área auditada y el personal participante de la auditoría.
2. Agradece la colaboración prestada.
3. Recuerda el objetivo y alcance de la auditoría.
4. Repasa el plan efectivamente cumplido de la auditoría.
5. Comunica un resumen de los resultados de la auditoría efectuada.


2.6. Preparación del informe de conclusiones

El auditor interno líder

1. Una vez finalizada la auditoría propiamente dicha, evalúa las evidencias objetivas recogidas frente a los criterios de la auditoría. Los resultados obtenidos constituyen los hallazgos de la auditoría (conformidad o no conformidad).
2. Elabora, con la colaboración del auditor acompañante, el informe de conclusiones de la auditoría, destacando en primer término los aspectos positivos de la auditoría y consignando luego los hallazgos detectados: no conformidades, observaciones con las evidencias objetivas que las respaldan, y oportunidades de mejora identificadas.
3. Carga cada hallazgo en el Sistema de Gestión de Eventos (SGE).
4. Consigna en el Informe de conclusiones el N° de Evento asignado en el SGE.

Nota: Se incorpora a continuación un modelo de formato propuesto para el informe de conclusiones de la auditoría interna.

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

 GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CORDOBA MINISTERIO DE FINANZAS		CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA	
Proceso/s auditado/s:		Auditoría Interna N°:	
Área:		Auditor líder:	
Fecha de la auditoría:		Auditor acompañante:	
Objetivo de la auditoría:			
Alcance de la auditoría:(Indicar procesos, actividades y documentos internos auditados)			
Opinión de los auditores:			
No Conformidades	N° de evento	Evidencia Objetiva	
Observaciones	N° de evento	Evidencia Objetiva	
Oportunidades de mejora	N° de evento	Beneficio previsto	
Confeccionó Auditor Fecha:			

5. Remite vía correo electrónico al titular de la Dirección del proceso / Área auditada, el informe de conclusiones de la auditoria para su aceptación, con copia al Administrador del SGC de la Repartición u Órgano.
6. Entrega toda la documentación de la auditoría al Administrador del SGC de la Repartición u Órgano para su archivo.

El titular de la Dirección del proceso / Área auditada

7. Recibe el informe de conclusiones, toma conocimiento de su contenido y responde vía correo electrónico al auditor interno dejando evidencia de su recepción y aceptación.

El Administrador del SGC de la Repartición u Órgano:

8. Actualiza el Programa de Auditorías Internas del SGC.
9. Archiva la documentación entregada por el auditor líder.

El Responsable del Proceso / Área auditado:

10. Conformar vía correo electrónico el Informe de Conclusiones, evidenciando su aceptación.

2.7. Seguimiento de las acciones

El titular del Proceso / Área auditado:

1. Define en el SGE e implementa las acciones correctivas / preventivas / de mejora, siguiendo las pautas establecidas en el Artículo 11º del presente manual de procedimientos.
2. Las no conformidades y observaciones serán tratadas mediante la aplicación de acciones inmediatas (correcciones) cuando aplique y con acciones correctivas siempre y en el caso de no conformidades potenciales con acciones preventivas.

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

Nota: Solo podrán ser desestimadas las oportunidades de mejora, con la debida justificación.

El Auditor interno líder

3. Realiza el seguimiento de las acciones definidas como respuesta a las no conformidades, observaciones u oportunidades de mejora identificadas durante la auditoria.
4. Cumplido el plazo fijado para la implementación, verifica el cumplimiento de las acciones definidas dejando registro de las evidencias verificadas en el SGE. En caso de no haber sido cumplidas, acuerda nuevas fechas documentándolo en el SGE.
5. Cumplido el plazo establecido, verifica la eficacia de las acciones implementadas. De no verificarse la eficacia de la acción implementada, se solicita la definición de una nueva acción.
6. Cierra la auditoria solo cuando la totalidad de las acciones implementadas han sido verificadas eficaces.
7. Cierra los eventos y las acciones en el SGE.
8. Comunica los resultados de las verificaciones al Administrador del SGC de la Repartición u Órgano para la actualización del Programa.

El Administrador del SGC de la Repartición u Órgano

9. Actualiza el Programa de Auditorías Internas del SGC.
10. Presenta los resultados de las auditorías internas como tema para su revisión por la Dirección del SGC.

3. Documentos y registros asociados

- **Programa de Auditorias Internas del SGC**

Confecciona: Administrador del SGC de la Repartición u Órgano - (modelo adjunto o similar)

Archiva: Administrador del SGC de la Repartición u Órgano - Lugar de archivo definido en la Lista de documentos internos del SGC

Tiempo de archivo: tres años - Eliminación

- **Plan de Auditoria**

Confecciona: Auditor líder asignado (modelo adjunto o similar)

Archiva: Administrador del SGC de la Repartición u Órgano - Lugar de archivo definido en la Lista de documentos internos del SGC

Tiempo de archivo: tres años - Eliminación

- **Lista de Verificación**

Confecciona: Auditor líder asignado (modelo adjunto o similar)

Archiva: Administrador del SGC de la Repartición u Órgano – Lugar de archivo definido en la Lista de documentos internos del SGC

Tiempo de archivo: Hasta aceptación conclusiones de la Auditoria

- **Conclusiones de la auditoria**

Confecciona: Auditor líder (modelo adjunto o similar)

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

Archiva: Administrador del SGC de la Repartición u Órgano - Lugar de archivo
definido en la Lista de documentos internos del SGC
Tiempo de archivo: tres años - Eliminación

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

CAPITULO III: GESTION DE ACCIONES

ARTÍCULO 9º: TRATAMIENTO DEL PRODUCTO NO CONFORME

1. Responsables Intervinientes

- Titular de la Dirección
- Responsable de proceso
- Administrador del SGC de la Repartición u Órgano
- Detector (todo el personal)
- Responsable de implementar la acción inmediata
- Responsable de verificación

2. Procedimiento para el tratamiento del Producto No Conforme (PNC)

A los fines del presente procedimiento, se entiende por Producto No Conforme (PNC) al resultado de un proceso o de una actividad sobre el que se verifica el incumplimiento de un requisito establecido y a la corrección o acción inmediata a la acción tomada para eliminar la no conformidad detectada con el fin a evitar su uso, propagación o agravamiento.

2.1. Definición de los PNC

El Responsable del proceso

1. Analiza las entradas y los resultados parciales y finales de los procesos a su cargo.
2. Teniendo en cuenta los criterios de aceptación de cada uno de ellos, establece los tipos de incumplimientos que pueden presentarse.
3. Confecciona un “Listado de productos no conformes (PNC)” susceptibles de ser identificados, estableciendo para cada uno de ellos:
 - ✓ Proceso en el que se verifica el PNC
 - ✓ Producto sobre el que se verifica la no conformidad
 - ✓ Descripción de la No Conformidad
 - ✓ Responsable del registro
 - ✓ Registro utilizado
 - ✓ Acción inmediata a implementar la que incluirá cuando sea necesario su identificación y ubicación hasta su corrección
 - ✓ Responsable de implementar la acción
 - ✓ Responsable de verificar la eficacia
 - ✓ Criterio de repetitividad: valor alcanzado en un tiempo definido que de ser superado obliga a su tratamiento como una no conformidad siguiendo las pautas que para ello fija el Artículo 11º del presente.

Nota: A los fines de sistematizar su tratamiento, se proponen en el siguiente modelo datos a considerar en la confección del listado.

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

 GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CORDOBA MINISTERIO DE FINANZAS	LISTADO DE PRODUCTO NO CONFORME (PNC) DIRECCION :							Fecha de emisión:
	<i>Proceso / actividad</i>	<i>Producto</i>	<i>Descripción de la NC</i>	<i>Responsable del registro</i>	<i>Registro utilizado</i>	<i>Acción inmediata</i>	<i>Responsable de implementación</i>	<i>Responsable de verificación</i>
Aprobó Titular de la Dirección								

El Titular de la Dirección

- Aprueba el contenido del “Listado de PNC”, solicitando su adecuación cuando resulte necesario.
- Remite el Listado de PNC aprobado al Administrador del SGC de la Repartición u Órgano para su publicación.

El Administrador del SGC de la Repartición u Órgano

- Comunica a todos los involucrados para su conocimiento y aplicación la vigencia y disponibilidad del documento.

2.2. Detección de PNC

El Detector de un PNC

- Tipifica el PNC, identificado como resultado de actividades de verificación planificadas o no, considerando los definidos en el Listado de PNC.
- Documenta o solicita al responsable asignado, la documentación del PNC en el Registro establecido para tal fin.
- Comunica el PNC detectado al responsable de implementar la corrección o acción inmediata.

2.3. Tratamiento del PNC

El Responsable de implementar la acción inmediata

- Implementa la acción inmediata establecida para el PNC en la Lista de productos no conformes.
Nota: cuando la naturaleza del PNC lo permita, lo Identifica y/o segrega con el fin de evitar su uso inadvertido.
- Una vez implementada la acción, si estuviera establecido, lo comunica vía correo electrónico al responsable de verificación asignado.

El Responsable de verificación

- Constata que la acción implementada haya eliminado la no conformidad (PNC) detectada.
- Registra el resultado de la verificación y en caso de ser satisfactoria cierra el evento, lo que permitirá continuar con las actividades previstas.(uso o entrega).
- Si no la no conformidad no hubiera sido eliminada, lo devuelve al Responsable de implementación para el establecimiento de una nueva acción.

El Responsable del Proceso

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

6. Analiza periódicamente los PNC registrados en su ámbito de responsabilidad, con el fin de identificar aquellos graves o que han superado el criterio de repetitividad establecido.
7. Cuando corresponda, ingresa la no conformidad al SGE y trata según pautas definidas en el Artículo 11º del presente.

3. Documentos y registros asociados

- **Listado de productos no conformes (PNC)**

Confecciona: Responsable del proceso - electrónico

Archiva: Administrador del SGC de la Repartición u Órgano – Lugar de archivo definido en la Lista de documentos internos del SGC

Tiempo de archivo: 3 años / back-up

- **Registro del PNC - Definido en el listado de PNC**

Confecciona: Responsable asignado en el listado de PNC

Archiva: Responsable asignado - Lugar de archivo definido en el Listado de productos no conformes del proceso

Tiempo de archivo: Tiempo asignado para el registro

ARTÍCULO 10º: TRATAMIENTO DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

1. Responsables Intervinientes

- Responsable de Proceso
- Receptor de un reclamo/sugerencia (todo el personal)

2. Procedimiento para el tratamiento de Reclamos/Sugerencias/Felicitaciones

A los fines del presente procedimiento, se entiende por Queja o Reclamo a toda expresión explícita o implícita de insatisfacción formulada por los destinatarios o usuarios de los resultados de los procesos comprometidos, sean estos internos o externos, por no cumplir con los requisitos establecidos o con las expectativas generadas. Se entiende por Sugerencia a todo aporte dirigido a lograr mejoras en la capacidad de los procesos o de los resultados.

2.1. Canales de ingreso de reclamos/sugerencias/Felicitaciones:

- ✓ Telefónico
- ✓ Correo electrónico
- ✓ Página WEB - Portal de Transparencia
- ✓ Buzón del Ciudadano
- ✓ Otros medios

2.2. Recepción de reclamos / sugerencias / felicitaciones

El Receptor de un reclamo/sugerencia/felicitación

1. Identifica el responsable del proceso sobre el que se formula.

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

2. Documenta el reclamo / sugerencia / felicitación en el SGE siguiendo las pautas establecidas en el procedimiento para la gestión de eventos y acciones (Artículo 11°) citando el canal de ingreso y de ser posible su identificación (Número de reclamo, Nota, etc.).
3. Cuando el reclamo tiene su origen en el incumplimiento de un requisito comprometido, tipifica el evento como una **No Conformidad**.
4. Si es la expresión de una expectativa no satisfecha, como **Observación**.
5. Las sugerencias se registrarán como **Oportunidades de Mejora**, siempre que no se trate de una manera particular de expresar un reclamo.
6. Las felicitaciones son cargadas en el Sistema como **Fortaleza** y cuando se trate de felicitaciones nominadas, se comunican al Responsable de Calidad de la Repartición para su registro en el legajo.
7. Con el fin de lograr la trazabilidad entre el reclamo / sugerencia / felicitación y el evento correspondiente en el SGE, cuando fuera posible, consigna el número del evento asignado en el reclamo / sugerencia / felicitación recibido.

2.3. Toma de acciones

1. El **Responsable de proceso** analiza el reclamo / sugerencia / felicitación y realiza el tratamiento de los mismos según las pautas establecidas en el procedimiento de gestión de eventos y acciones (Artículo 11°).
2. En todos los casos de reclamos o quejas nominadas, la acción inmediata incluye comunicarse con quien la formula para informarle la acción tomada por la organización.

3. Documentos y registros asociados

- **Reclamo / Sugerencia**

Confecciona: Emisor - papel/electrónico

Archiva: Responsable del proceso involucrado - Lugar de archivo definido en la Lista de documentos internos del SGC

Tiempo de archivo: 3 años - eliminación

- **Registro de reclamos y sugerencias**

Confecciona: Receptor - Pantalla del SGE

Archiva: Sistema de Gestión de Eventos (SGE)

Tiempo de archivo: permanente

ARTÍCULO 11°: GESTION DE EVENTOS Y ACCIONES

1. Responsables Intervinientes

- Titular de Dirección
- Responsable del Proceso
- Administrador Sistema de Gestión de Calidad (SGC) de la Repartición u Órgano
- Todo el personal / Auditores internos

2. Procedimiento para la Gestión de eventos y acciones

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

2.1. Tipos de “eventos”

A los efectos del presente procedimiento se consideran “eventos” a:

- Las No Conformidades reales (NCR): incumplimiento de un requisito especificado,
- Las No Conformidades Potenciales (NCP): incumplimiento de un requisito especificado que puede ocurrir de no tomarse acciones,
- Las Observaciones (OBS) NCR no sistemáticas detectadas durante las auditorias internas o expectativas no cumplidas detectadas en reclamos,
- Los Productos No Conformes (PNC): Incumplimiento de un requisito establecido para un producto resultante de un proceso determinado,
- Las Oportunidades de Mejora (OM) Posibilidad de aumentar la capacidad de los procesos y/o de sus resultados y/o del sistema de gestión de la calidad,
- Fortalezas (F): Expresión que denota la superación de las expectativas del cliente, auditor u otra parte interesada.

2.2. Identificación y registro de origen y eventos

El Personal / auditor interno

1. Identifica eventos, como resultado de las actividades de seguimiento y medición.
2. Registra el evento en el Sistema de Gestión de Eventos (SGE), ingresando en primer termino el origen (proceso o actividad que permitió la identificación del evento), el que será seleccionado de un listado predefinido en el SGE:
 - a- Auditoría externa (asimilable al Artículo 8°)
 - b- Auditoría interna (Artículo 8°)
 - c- Encuesta Cliente (Artículo 7°)
 - d- Encuesta interna (Artículo 7°)
 - e- Reclamo/sugerencia/felicitación externa (Artículo 10°)
 - f- Reclamo/ sugerencia/felicitación interna (Artículo 10°)
 - g- Revisión por la Dirección (Artículo 5°)
 - h- Planificación y seguimiento de objetivos (Artículo 4°)
 - i- Verificación / control (vinculado a Artículo 9°)
3. Completa los datos complementarios requeridos: fecha de detección, comentarios.
4. Cuando el evento tiene como origen una auditoria interna o externa, es obligatorio seleccionar de la lista el/los auditores que lo identificaron y verificarán cumplimiento y eficacia de las acciones que surjan por los eventos asociados al origen que se está registrando.
5. Una vez aceptado el origen, ingresa uno o más eventos asociados al mismo. Para cada evento registra:
 - 5.1. Tipo de Evento: seleccionado de los tipos establecidos en el punto 2.1 del presente.
 - 5.2. Proceso: al que se asocia el Evento y a cuyo titular / responsable le corresponde gestionar.
 - 5.3. Descripción del Evento: documenta la descripción del evento indicando el criterio aplicado y la evidencia que lo respalda
 - 5.4. Fecha de detección: fecha en la que se detectó el evento.
 - 5.5. Plazo de definición: es la fecha límite o plazo máximo en el cual se debería definir una acción para el evento.

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

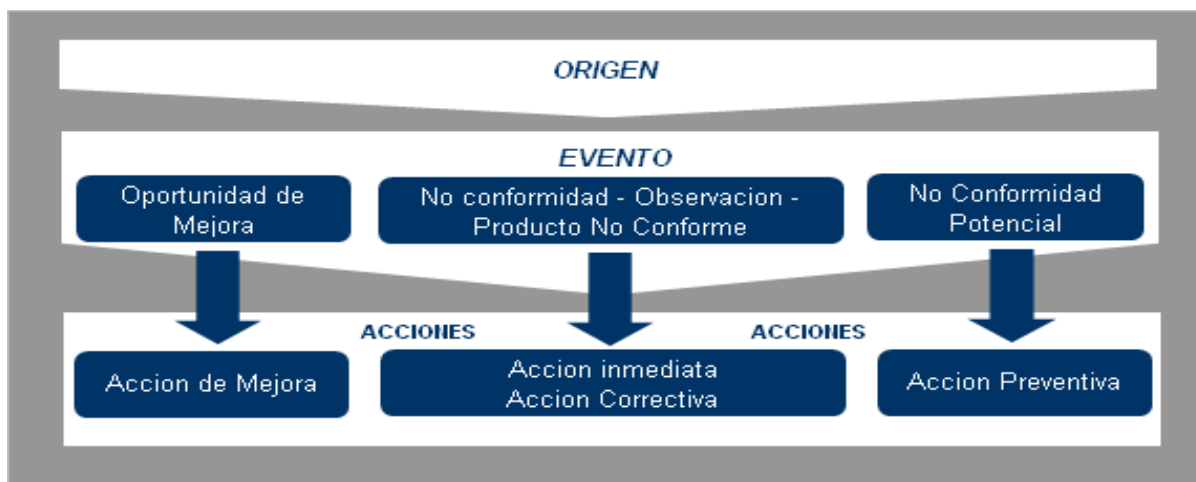
- 5.6. Lugar de Detección: (lista desplegable) el organismo donde se detectó el evento.
- 5.7. Requisito normativo involucrado: (deseable)
6. Comunica vía correo electrónico al Responsable del proceso involucrado el registro de un nuevo evento para su tratamiento, cuando este no fuera el mismo detector.

2.3. Tipos de acción

- Acción Inmediata (AI) o Corrección: acción tendiente a evitar la propagación de una no conformidad.
- Acción Correctiva (AC): acción destinada a eliminar las causas de una no conformidad existente con el fin de evitar su repetición.
- Acción Preventiva (AP): acción destinada a eliminar las causas de una no conformidad potencial con el fin de evitar que se produzca.
- Acción de Mejora (AM): acción destinada a aumentar la capacidad de resultados, procesos o sistema de gestión de la calidad para cumplir con los requisitos.

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

2.4. Definición de acciones



2.5. Definición e implementación de acciones inmediatas

El Responsable del proceso

1. Analiza los datos del evento registrado.
2. Si el tipo de evento es No Conformidad, Observación o Producto no conforme, evalúa la viabilidad de establecer una acción inmediata.
3. Define y documenta en el SGE la acción, estableciendo responsable y plazo de cumplimiento.
4. Cuando el evento tenga su origen en un Reclamo o Queja, la acción inmediata incluye, informarlo al titular de la Dirección del proceso y comunicarle a quien lo formula que ha sido recibido y que está siendo tratado.

El Responsable de implementación asignado

5. Una vez cumplida la acción inmediata, registra la fecha de cumplimiento en el SGE.

El Responsable de verificación de cumplimiento

6. Constata que la acción definida haya sido cumplida.
7. Verificado el cumplimiento, lo documenta en el SGE como verificada cumplida, adjuntando cuando sea posible la evidencia que lo respalda.
8. Cuando de la verificación surja que la acción no fue cumplida, fija un nuevo plazo de cumplimiento documentándolo en el SGE.

El Responsable de verificación de eficacia

9. Constata que la acción verificada cumplida haya eliminado la no conformidad detectada y de ser así documenta la fecha en el campo de "Fecha Verificada eficacia" y cierra la acción en el campo de estado y el evento solo si no posee otras acciones asociadas.
10. Si de la verificación surge que la acción no fue eficaz, el Responsable del Proceso debe definir y registrar en el SGE una acción de reemplazo.

2.6. Definición e implementación de acciones correctivas y preventivas

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

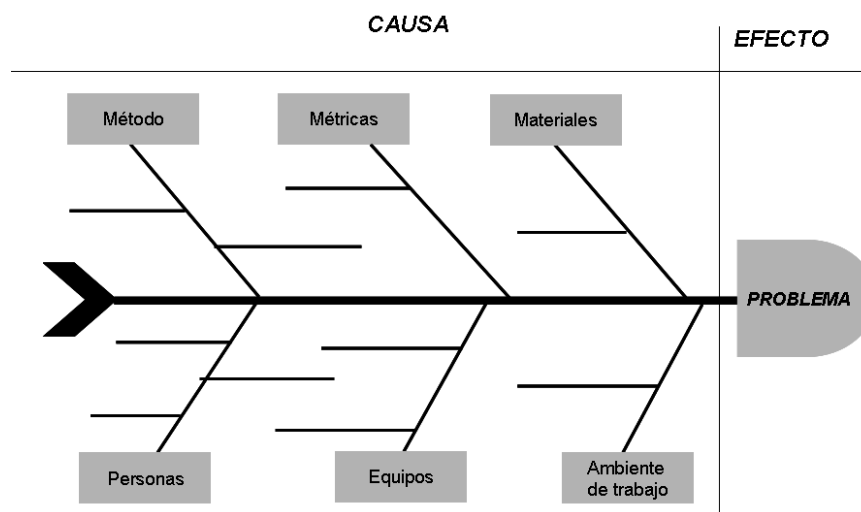
El Responsable del proceso

1. Analiza el evento registrado y la necesidad o conveniencia de implementar una acción correctiva y/o preventiva.

Nota: Cuando éste tiene su origen en auditorias internas o externas las No conformidades y Observaciones siempre deberán ser tratadas mediante acciones correctivas.

2. Identifica, con la participación de los agentes involucrados, las posibles causas que determinaron la no conformidad real, observación o no conformidad potencial
3. Solicita cuando resulta necesario la colaboración de otros miembros de la organización, incluso del cliente.
4. Documenta el análisis de causa en el SGE.

Nota: el análisis de causa es la metodología utilizada para investigar el origen de no conformidades reales o potenciales, identificar las variables más importantes que afectan a un resultado, proceso o sistema de gestión de la calidad, reconocer desviaciones que posean un origen común en contraste con sucesos aislados, etc. Para ello se propone la utilización de técnicas como la de los “Cinco por qué”, Espina de Pescado (Ishikawa), etc.



5. Teniendo en cuenta el resultado del análisis de causa define la o las acciones a implementar, solicitando cuando corresponda la aprobación del Titular de la Dirección del proceso.
6. Establece las áreas u organismos que deben ser notificados y la incidencia de las acciones sobre los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad.
7. Asigna un responsable de implementación y un plazo de cumplimiento y lo registra en el SGE y se lo comunica vía correo electrónico.
8. Gestiona los recursos necesarios para la implementación de la acción definida.

El Responsable de implementación asignado

9. Una vez cumplida la acción correctiva / preventiva definida, registra la fecha de cumplimiento en el SGE.
10. Cuando sea necesario replanificar los plazos de las acciones, lo solicita al responsable del proceso justificando la causa.

El Responsable de verificación de cumplimiento

11. Constata que la acción definida haya sido cumplida.

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

12. Verificado el cumplimiento, lo documenta en el SGE como verificada cumplida, adjuntando cuando sea posible la evidencia que lo respalda.
13. Cuando de la verificación surja que la acción no fue cumplida, fija un nuevo plazo de cumplimiento documentándolo en el SGE.

El Responsable de verificación de eficacia

14. Constata que la acción que fue verificada cumplida haya eliminado las causas de la no conformidad real o potencial y de ser así documenta la fecha en el campo de "Fecha Verificada eficacia" y cierra la acción en el campo de estado.
Nota: el evento solo podrá ser cerrado cuando todas las acciones asociadas al mismo hayan sido verificadas eficaces.
15. Si de la verificación surge que la acción no fue eficaz, el Responsable del Proceso debe definir y registrar en el SGE una acción de reemplazo.
Nota: cuando el evento tuvo su origen en una auditoría interna o externa el responsable de verificar el cumplimiento y la eficacia de las acciones es el auditor interno.

2.7. Definición e implementación de acciones de mejora

El Responsable del proceso

1. Analiza el evento registrado
2. Si el tipo de evento es Oportunidad de Mejora, Identifica los costos y los beneficios derivados de la posible implementación de una acción.
3. Solicita cuando resulta necesario la colaboración de otros miembros de la organización, incluso del cliente.
4. Documenta el análisis de costo-beneficio en el SGE.
5. Analiza la viabilidad y conveniencia de implementar una acción de mejora, pudiendo en esta instancia desestimar la OM, consignándolo en el SGE.
6. De corresponder define y documenta en el SGE la acción de mejora, el responsable y el plazo de cumplimiento, solicitando cuando corresponda la aprobación del Titular de la Dirección del Proceso.
7. Comunica la acción vía correo electrónico al Responsable de implementarla.

El Responsable de implementación asignado

8. una vez cumplida la acción de mejora, registra la fecha de cumplimiento en el SGE.

El Responsable de verificación de cumplimiento

9. Constata que la acción definida haya sido cumplida.
10. Verificado el cumplimiento, lo documenta en el SGE como verificada cumplida, adjuntando cuando sea posible la evidencia que lo respalda.
11. Cuando de la verificación surja que la acción no fue cumplida, fija un nuevo plazo de cumplimiento documentándolo en el SGE.

El Responsable de verificación de eficacia

12. Constata que se haya logrado el beneficio previsto y de ser así documenta la fecha en el campo de "Fecha Verificada eficacia", cerrándose la acción.
13. Si de la verificación surge que la acción no fue eficaz, el Responsable del Proceso debe definir y registrar en el SGE una acción de reemplazo o en su defecto desestimar el evento.

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

Nota: el evento solo podrá ser cerrado cuando todas las acciones asociadas al mismo hayan sido verificadas eficaces.

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.

3. Documentos y registros asociados

- **Registro de evento**

Confecciona: Personal / auditor interno - Pantalla del SGE

Archiva: Sistema de Gestión de Eventos (SGE)

Tiempo de archivo: permanente

- **Registro de acción**

Confecciona: Responsable del proceso - Pantalla del SGE

Archiva: Sistema de Gestión de Eventos (SGE)

Tiempo de archivo: permanente

Solo esta garantizada la vigencia del documento publicado. Las impresiones constituyen copias no controladas, siendo responsabilidad del usuario validar su vigencia previo al uso.