



UNIVERSIDAD  
**SAN IGNACIO**  
**DE LOYOLA**



UNIVERSIDAD  
**SAN IGNACIO**  
**DE LOYOLA**

## **FACULTAD DE INGENIERÍA**

**Carrera de Ingeniería Industrial y Comercial**

**“DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA MEJORAR EL SERVICIO DE CAPACITACIÓN DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD MINERA”**

**Tesis para optar el Título Profesional de Ingeniero Industrial y Comercial**

**CATERIANO CHÁVEZ, CLAUDIA YOHANNA**

**Lima – Perú**  
**2017**

# JURADO DE LA SUSTENTACIÓN ORAL

.....  
**Presidente**

.....  
**Jurado 1**

.....  
**Jurado 2**

---

**Entregado el:** 06 de Noviembre del 2017

**Aprobado por:**

.....  
**Graduando**

**CATERIANO CHÁVEZ, CLAUDIA  
YOHANNA**

.....  
**Asesor de Tesis:**

**UNIVERSIDAD SAN IGNACIO DE LOYOLA FACULTAD DE  
INGENIERIA**

**DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD**

Yo, Claudia Yohanna Cateriano Chávez, identificado/a con DNI N° 70689731 Bachiller del Programa Académico de la Carrera de Ingeniería Industrial y Comercial de la Facultad de Ingeniería de la Universidad San Ignacio de Loyola, presento mi tesis titulada: "Diseño del Sistema de Gestión de Calidad para mejorar el servicio de Capacitación del Instituto de Seguridad Minera".

Declaro en honor a la verdad, que el trabajo de tesis es de mi autoría; que los datos, los resultados y su análisis e interpretación, constituyen mi aporte. Todas las referencias han sido debidamente consultadas y reconocidas en la investigación.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad u ocultamiento de la información aportada. Por todas las afirmaciones, ratifico lo expresado, a través de mi firma correspondiente.

Lima, 06 de Noviembre del 2017

.....  
Claudia Yohanna Cateriano Chávez  
DNI N°: 70689731

## EPÍGRAFE

Las empresas excelentes no solo creen en la excelencia, también en la mejora continua y el camino constante.

(Tom Peters)

**INDICE DE CONTENIDO**

INDICE DE TABLAS	7
INDICE DE FIGURAS	8
INDICE DE ANEXOS	9
DEDICATORIA	11
AGRADECIMIENTO	12
RESUMEN	13
ABSTRACT	15
INTRODUCCIÓN	17
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	18
IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	18
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	19
<b>Problema General</b>	19
<b>Problemas Específicos</b>	19
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	29
<b>Objetivo General</b>	29
<b>Objetivos Específicos</b>	29
<b>JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN</b>	29
MARCO METODOLÓGICO	31
<b>Metodología</b>	31
<b>Enfoque</b>	31
<b>Método</b>	32

	6
<b>Paradigma</b>	<b>32</b>
<b>VARIABLES</b>	<b>32</b>
<b>Independiente</b>	<b>32</b>
<b>Dependiente</b>	<b>32</b>
<b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b>	<b>33</b>
<b>Población</b>	<b>33</b>
<b>Muestra</b>	<b>33</b>
<b>UNIDAD DE ANÁLISIS</b>	<b>33</b>
<b>INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS</b>	<b>33</b>
<b>Instrumentos</b>	<b>33</b>
<b>Técnicas</b>	<b>34</b>
<b>PROCEDIMIENTOS Y MÉTODO DE ANALISIS</b>	<b>35</b>
<b>PROCEDIMIENTO PARA EL DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN</b>	<b>40</b>
<b>Diagnóstico</b>	<b>40</b>
<b>Identificación de los procesos y definición de las responsabilidades</b>	<b>42</b>
<b>Documentación</b>	<b>42</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>44</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>44</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>45</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>46</b>

**INDICE DE TABLAS**

<b>TABLA N°1:</b> Etapas e Instrumentos para el Diseño del SGC	<b>34</b>
<b>TABLA N°2:</b> Temas para la Sensibilización y Capacitación	<b>41</b>

**INDICE DE FIGURAS**

<b>FIGURA N° 1:</b> Evolución de la Norma iso 9001	<b>23</b>
<b>FIGURA N° 2:</b> Evolución de la Iso 9001:2008 a la 9001:2015	<b>23</b>
<b>FIGURA N° 3:</b> Ciclo P-H-V-A	<b>25</b>
<b>FIGURA N° 4:</b> Elementos del Proceso	<b>26</b>
<b>FIGURA N° 5:</b> Etapas para el Diseño del SGC	<b>34</b>
<b>FIGURA N° 6:</b> Ubicación del Isem en Lima	<b>36</b>
<b>FIGURA N° 7:</b> Anexo 4 del D.S. 024-2016-EM	<b>37</b>
<b>FIGURA N° 8:</b> Anexo 6 del D.S. 024-2016-EM	<b>38</b>
<b>FIGURA N° 9:</b> Mapeo de Procesos	<b>40</b>

**INDICE DE ANEXOS**

<b>ANEXO N°1:</b> Descripción del servicio	<b>48</b>
<b>ANEXO N°2:</b> Diagnóstico Inicial	<b>54</b>
<b>ANEXO N°3:</b> Plan de Diseño del SGC	<b>100</b>
<b>ANEXO N°4:</b> FODA	<b>79</b>
<b>ANEXO N°5:</b> Partes Interesadas	<b>83</b>
<b>ANEXO N°6:</b> Organigrama	<b>88</b>
<b>ANEXO N°7:</b> Fichas de Caracterización	<b>91</b>
<b>ANEXO N°8:</b> Política y Objetivos de la Calidad	<b>101</b>
<b>ANEXO N°9:</b> Manual de Organización y Funciones	<b>105</b>
<b>ANEXO N°10:</b> Perfiles de Puestos	<b>114</b>
<b>ANEXO N°11:</b> Plan de Calidad	<b>127</b>
<b>ANEXO N° 12:</b> Manual de calidad	<b>140</b>
<b>ANEXO N°13:</b> Procedimiento para el Control de la Información Documentada	<b>167</b>
<b>ANEXO N°14:</b> Procedimiento para la Administración de los Riesgos	<b>193</b>
<b>ANEXO N°15:</b> Procedimiento para la Gestión del Cambio	<b>212</b>
<b>ANEXO N°16:</b> Procedimiento para la Gestión de no Conformidades y Acciones de Mejora	<b>223</b>
<b>ANEXO N°17:</b> Procedimiento para el Programa de Capacitación	<b>233</b>
<b>ANEXO N°18:</b> Procedimiento para la Evaluación del Personal	<b>242</b>

<b>ANEXO N°19:</b> Procedimiento para la Selección del Personal	<b>254</b>
<b>ANEXO N°21:</b> Procedimiento para la Comunicación Interna	<b>261</b>
<b>ANEXO N°22:</b> Procedimiento para el Diseño y Desarrollo	<b>269</b>
<b>ANEXO N°23:</b> Procedimiento para Compra de Bienes y Servicios	<b>283</b>
<b>ANEXO N°24:</b> Procedimiento para la Selección y Evaluación de Proveedores	<b>291</b>
<b>ANEXO N°25:</b> Procedimiento para la Inducción, Selección, Capacitación, Evaluación y Reevaluación de Entrenadores	<b>303</b>
<b>ANEXO N°26:</b> Procedimiento de Auditoría Interna	<b>311</b>
<b>ANEXO N°27:</b> Instructivo de Revisión por la Dirección	<b>329</b>
<b>ANEXO N°28:</b> Diagnóstico Final	<b>335</b>
<b>ANEXO N°29:</b> Lista Maestra para el Control de Documentos	<b>353</b>
<b>ANEXO N° 30:</b> Matriz de Consistencia	<b>355</b>

### **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo de tesis a mi hijo Sebastián Adriano, quién fue mi principal motor e inspiración para llevar a cabo esta investigación. Él es mi principal motivo de superación profesional y personal.

## **AGRADECIMIENTO**

A mis padres por el apoyo incondicional que siempre me brindan para poder cumplir mis metas y al Ingeniero Ronald Huerta-Mercado por el apoyo durante el desarrollo de la presente investigación.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación muestra los problemas que han venido surgiendo dentro de una empresa dedicada a dar servicio de capacitación en temas de seguridad a las empresas mineras del Perú. Es por ello, que la empresa está en búsqueda de mejorar sus procesos, en cara a incrementar la satisfacción de sus clientes.

El objetivo principal de esta investigación es diseñar un Sistema de Gestión de Calidad en base a la Norma ISO 9001:2015, para gestionar la organización en base a un enfoque a procesos y enfoque basado en el riesgo, con la finalidad de mejorar y captar una mayor cantidad de cliente brindando el servicio con la mejor calidad posible.

La norma ISO 9001:2015, es una norma internacional que establece requisitos de un Sistema de Gestión para dirigir y controlar a la organización en relación con la calidad. Lo que implica, determinar las necesidades de los clientes, determinar procesos, riesgos, recursos y responsabilidades necesarias para lograr los objetivos de la calidad y cumplimiento de la Política de Calidad, bajo un enfoque de mejora continua.

El diseño de un sistema de gestión de la calidad, se alineó de acuerdo al Ciclo de Mejora (PHVA). Para ello, se determinaron las siguientes etapas:

**Etapas:**

En la fase inicial, se realizó la identificación de brechas a través de la aplicación de instrumentos de gestión que permitieron identificar una línea base y elaborar el Cronograma de implementación.

Se realizó un análisis del contexto externo e interno, se identificaron las partes interesadas, se elaboraron mapas de los procesos correspondiente al servicio de capacitación, considerando los elementos de cada uno, los cuales fueron plasmados en instrumentos de gestión, se identificaron los riesgos y oportunidades asociados a su planeamiento estratégico y los procesos.

Asimismo, se propusieron mecanismos que permitan cumplir con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.

Finalmente, se concluye que el Sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2015 diseñado para ISEM va a permitir trabajar bajo estándares alineados a la mejora de sus procesos, gestionar sus riesgos e incrementar la satisfacción de sus clientes.

## ABSTRACT

This research shows the problems that have arisen within a company dedicated to provide training in safety issues to mining companies in Peru. That is why, the company is seeking to improve its processes, in order to increase the satisfaction of its customers.

The main objective of this research is to design a Quality Management System based on ISO 9001: 2015 to manage the organization based on a process approach and a risk-based approach, with the aim of improving and capturing a greater quantity of customer offering the service with the best possible quality.

The ISO 9001: 2015 standard is an international standard that establishes requirements of a Management System to direct and control the organization in relation to quality. This implies determining the needs of customers, determining processes, risks, resources and responsibilities necessary to achieve the quality objectives and compliance with the Quality Policy, under a continuous improvement approach.

The design of a quality management system was aligned according to the Improvement Cycle (PHVA). For this, the following stages were determined:

Step 1: Diagnosis

Stage 2: Awareness raising and training

Stage 3: Requirements Identification

Stage 4: Identification of Processes and Definition of Responsibilities

Step 5: Documentation

In the initial phase, the identification of gaps was made through the application of management tools that allowed to identify a baseline and elaborate the implementation schedule. An analysis of the external and internal context was carried out, the interested parties were identified, maps of the processes corresponding to the training service were elaborated, considering the elements of each one, which were embodied in management instruments,

identified the risks and opportunities associated with its strategic planning and processes.

Likewise, mechanisms were proposed to meet the requirements of ISO 9001: 2015.

Finally, it is concluded that the ISO 9001: 2015 Quality Management System designed for ISEM will allow to work under standards aligned to the improvement of its processes, to manage its risks and to increase the satisfaction of its clients

**Key words** Quality Management System, ISO 9001:2015

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el tema de calidad se ha convertido en uno de los requisitos ineludible para lograr una mejor participación en el mercado, es por ello, que cada vez aumentan las organizaciones interesadas en Implementar un Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001.

Para cumplir con este requisito, las organizaciones han tenido que empezar a reconocer la importancia de la calidad, mediante el compromiso de la Gerencia, para que se puedan atender las diferentes características de calidad requeridas por sus clientes, teniendo una organización eficiente.

Por este motivo, el fin de este trabajo es brindar una propuesta de Diseño del Sistema de Gestión de Calidad que cumpla con todos los estándares de la Norma ISO 9001:2015, para que posteriormente pueda ayudar a la organización a Implementar el SGC y finalmente poder lograr la certificación.

La metodología utilizada durante todo el trabajo de investigación presenta un enfoque basado en procesos que permite identificar todas las áreas de la organización obteniendo resultados de desempeño, eficacia en el proceso y promover la mejora continua.

## PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### Identificación del Problema

En la actualidad, para las empresas se ha vuelto de vital importancia el tema de la satisfacción de sus clientes, ya que de ellos depende que la empresa se mantenga en pie.

Por lo mencionado, la implementación del sistema de gestión de calidad dentro de una organización es importante, ya que este sistema garantiza la satisfacción del cliente, teniendo los procesos de trabajo totalmente documentados y creando conciencia en el trabajador para que siempre realice sus funciones orientado a la calidad e identificando los requisitos y exigencias de los clientes.

El ISEM es una organización, cuyo objetivo principal es contribuir a mejorar el nivel de seguridad en las minas peruanas mediante la capacitación, entrenamiento y difusión de las mejores prácticas disponibles en la actividad minera, las mismas que permitirán preservar la salud y vida de todos los que laboran en el sector minero.

Durante este tiempo la empresa ha venido presentando algunos inconvenientes que se mencionarán a continuación:

No cuenta con procesos estandarizados.

La Organización presenta rotación del personal y no cuenta con procedimientos documentados, lo que imposibilita mantener un adecuado entrenamiento.

No cuenta con las suficientes herramientas que permitan cumplir sus objetivos estratégicos, alineados a su visión.

La Organización no cumple con requisitos de calidad exigidos por sus clientes para la prestación del servicio, lo que impide una apertura a nuevos mercados.

Se plantea implementar un sistema de Gestión de Calidad para poder dar solución a los problemas mencionados anteriormente y proporcionarle a la organización elementos que permitan lograr la calidad del servicio y mantenerla en el tiempo a través de procesos, de manera que las necesidades del cliente sean satisfechas de modo constante.

## **Formulación del Problema**

### **Problema General**

¿Qué beneficios conlleva diseñar un Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001:2015 para mejorar el servicio de capacitación en el Instituto de Seguridad Minera?

### **Problemas Específicos**

¿Cuál es la metodología para estandarizar los procesos relacionados al servicio de capacitación?

¿Cuál es la metodología para documentar los procesos y/o actividades que sirvan de instrumentos en el entrenamiento del personal?

¿Qué herramientas de gestión deben de diseñarse para la formulación y seguimiento adecuado de los objetivos estratégicos?

¿Qué metodología se debe aplicar para identificar los riesgos de los procesos que impiden cumplir el objetivo del mismo?

## **MARCO REFERENCIAL**

### **Antecedentes**

Aguilar Bonilla Aureliano (2010) hizo una propuesta para la implementación del sistema de gestión de calidad en la empresa Filtración industrial especializada S.A de C.V en Veracruz. El fin del proyecto fue “hacer una implementación de un SGC para que la empresa defina los procesos, las responsabilidades, los procedimientos, detectar fallas, mejorar la eficiencia y aminorar los costos. Con los resultados se pudo ver que había una falta de elementos necesarios para el buen funcionamiento de la empresa, por ellos es que se planteó la

implementación del Sistema de Gestión de Calidad para mejorar esas falencias de la empresa”.

Miranda Vásquez, Marcela Paz (2019) elaboró un trabajo de investigación en el que propone un Sistema de Gestión de Calidad en la empresa Pointpay International basado en la norma ISO 9001:2000 en Chile, empresa dedicada a la automatización de pago, primero se detectaron las falencias en los sistemas informáticos y en los procesos, para posteriormente realizar la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en base a la Norma ISO 9001:2000. Como resultado de la implementación se logró mejorar el nivel de satisfacción de los empleados, los procesos que fueron rediseñados eliminaron los re-procesos aportando más eficiencia en todo el proceso. Se realizaron adicionalmente encuestas que dieron a conocer la precepción del servicio entregado, teniendo en cuenta los reclamos y sugerencias.

Perez Carbajal, Isabel (2016) Realiza la implementación de ISO 9001:2015 en un sistema de Gestión de Calidad certificado en ISO 9001:2008 en la empresa CCL Label en México, empresa del rubro de las artes gráficas dedicada a la fabricación de etiquetas, empaques innovadores y la distribución de productos de papelería para la oficina, la escuela y el hogar, la cual estaba certificada bajo la norma ISO 9001:2008. La finalidad de esta investigación fue dar a conocer los lineamientos y etapas para la planeación en la transición de un Sistema de Gestión de Calidad certificado en la versión ISO 9001:2008, para los cambios establecidos por la nueva versión ISO 9001:2015. Finalmente, con la transición se logró incrementar el compromiso no solo del personal operativo, sino también de la alta dirección para que sean responsables en la implementación y en la mejora continua, además permitió incrementar la capacidad de los requerimientos de los clientes, disminuyendo de tal modo los costos de operación.

Ugaz Flores, Luis Alberto (2012) hizo una propuesta de diseño e implementación de un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2008 aplicado a una empresa de fabricación de lejías. El objetivo de este trabajo fue implementar el SGC para mejorar la competitividad de la empresa y contar con un alto grado de satisfacción de sus clientes. Para lograr el objetivo primero se identificaron los principales procesos para luego rediseñarlos en base a la norma, dicha norma incluye la documentación del sistema, la gestión

de recursos, la planificación y realización del producto, los mecanismos de control y sistemas de evaluación. Luego se presenta el plan de implementación del proyecto y el cronograma de actividades para la ejecución y supervisión del sistema de calidad. Además se incluye el programa de auditorías internas y externas sugerido, y los resultados esperados de la implementación a realizar. Como resultados de la implementación se pudo ver que el Manual de Calidad sirvió como guía para orientar a los trabajadores para que conozcan cada etapa del proceso. Al contar con los procesos estandarizados se notó un incremento de producción y disminuyó el tiempo de operación: Con los procesos estandarizados, instructivos y registros con el enfoque a la mejora continua, se pudo mejorar la satisfacción de sus clientes.

Valencia Borda, Raúl Jesús (2012) realizó una implementación de un Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2008 en una pyme de confección de ropa industrial en el Perú, con énfasis en producción. El objetivo de este trabajo de investigación fue conocer el procedimiento adecuado que deben seguir las empresas de confección de ropa industrial del Perú para contar con una implementación del SGC y lograr la certificación. Se señaló en cada proceso los objetivos de calidad, los indicadores que se utilizarían y la meta siempre teniendo en cuenta la mejora continua. Se describieron detalladamente las actividades de cada proceso, para poder asegurar un eficiente desempeño de las tareas. Se establecieron los procedimientos que la norma exige, estandarizando de este modo las actividades de la organización. Finalmente luego de realizar la implementación se logró la certificación ISO 9001:2008.

Velásquez Aliaga, Dante Yhancarlo (2009) cuyo tema de investigación se titula: "Propuesta de implementación de un sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2000 en el Club Tennis de Miraflores". El objetivo de este trabajo de investigación fue proponer un sistema de Gestión de Calidad en base a la norma ISO 9001. Los problemas encontrados fueron: que no existía una planificación de la Gerencia en su gestión, había falta de gestión en las compras, no había un control de los proveedores, problemas de comunicación entre trabajadores, no hay un cronograma para organizar los eventos, por todos los problemas mencionados es que se piensa en la idea de implementar un Sistema de Gestión de Calidad que ayude a mejorar la calidad del servicio. Como conclusión, gracias a la elaboración del Cronograma de Mantenimiento y de los Check List de mantenimiento, se podrá mantener la infraestructura del

Club. Adicionalmente, por medio de las capacitaciones, se podrá mantener una cultura de mejora continua. Finalmente al contar con los procesos estandarizados y documentados, ayudan a que el conocimiento de los expertos estén en documentos, manteniendo las buenas prácticas en la organización.

### **Estado del Arte**

La ISO 9001 fue elaborada por el comité técnico ISO/TC176 de ISO (Organización Internacional para la estandarización).

En el año 1987 se publicó por primera vez la norma ISO 9001, desde entonces fue utilizada por las organizaciones para lograr ofrecer productos y servicios con una excelente calidad, y a la vez poder optimizar sus procesos, de tal modo que le ayude a ser más eficiente.

Todas las normas pasan por un proceso de revisión debido a que el mercado se encuentra en constante evolución, por tanto, este proceso ayuda a adaptarse a dichos cambios. Estas revisiones deben ser efectuadas al menos cada cinco años.

En el año 1994, se realizó la primera revisión menor de la norma, en la que no se mostraron muchos cambios.

En el año 2000, se realizó la primera revisión mayor, en la que se introdujo el enfoque a procesos, en el cual el objetivo principal era gestionar los procesos y documentos con el fin de lograr su gestión adecuada.

En el 2008 se da la segunda revisión menor, en la cual el cliente se vuelve el centro para poder satisfacer sus necesidades. La certificación ayudaba a las organizaciones a brindar un producto o servicio de calidad, así como una excelente imagen. (Rodríguez, 2016)

A continuación se muestra gráficamente la evolución de la norma:



Figura N°1: Evolución de la norma ISO 9001  
Fuente: [www.icontec.org](http://www.icontec.org)

El 23 de septiembre de 2015, la International Organization for Standardization – ISO publicó la quinta versión de la norma ISO 9001, en esta última revisión de la norma ISO 9001:2015 se hace mayor énfasis a la definición del alcance de calidad, estableciendo los límites de su aplicación. A continuación se muestra la evolución de la ISO 9001:2008 a la ISO 9001:2015.

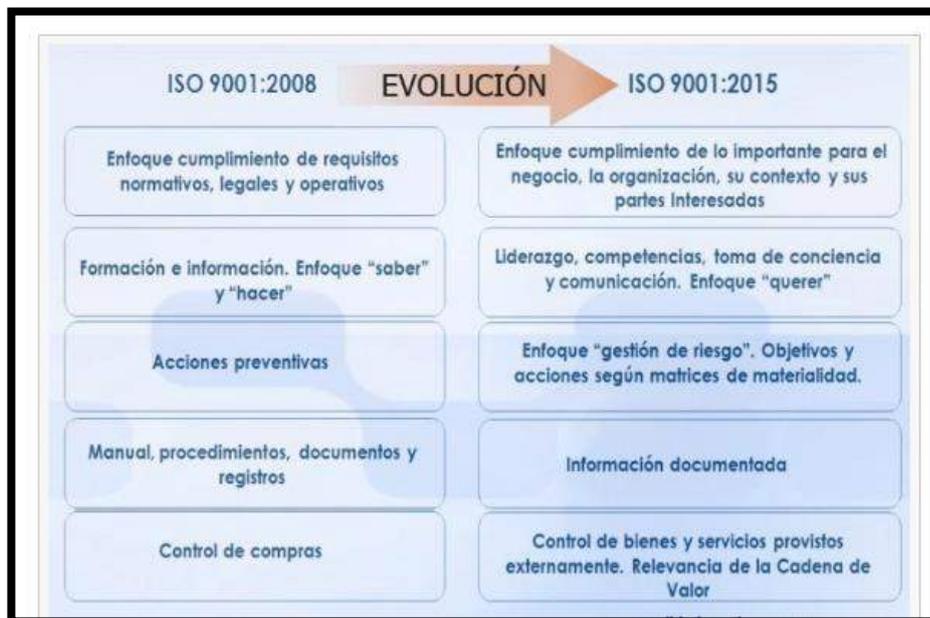


Figura N°2: Evolución de la ISO 9001:2008 a la ISO 9001:2015  
Fuente: <https://calidadgestion.wordpress.com/2016/03/01/transicion-a-iso-9001-2015-consideraciones/>

Uno de los cambios en la revisión de la **Norma ISO 9001:2015** que ha traído consigo es la importancia de definir el contexto de la organización (Análisis externo e interno) y también la detección de las partes interesadas en la organización, lo cual ayuda a determinar el alcance del SGC.

En esta nueva revisión se enfatiza mucho el enfoque basado en riesgos, para ello la organización debe de identificar los riesgos y oportunidades para estar seguros de que el SGC va a lograr sus objetivos, entonces la organización debe crear planes de acción para abordar dichos riesgos y oportunidades, integrarlos e implementarlos para luego medir la efectividad de dichas acciones. (Gonzales, 2015).

Todas las normas que fueron editadas en el 2015 tienen una estructura básica para poder hacer más fácil la interacción entre la ISO 14001, la ISO 18001.

## **Marco Teórico**

### **Calidad**

Según (Alcalde San Miguel, 2009), la calidad es la capacidad de hacer las cosas bien, hoy por hoy se está hablando mucho sobre el concepto de Gestión de la calidad Total, el cual ya no se refiere únicamente a los productos, sino también todo aquello que forma a la organización.

Para la UNE-EN ISO 9000, calidad debe entenderse como el grado en el que un conjunto de características cumplen con ciertos requisitos y los requisitos deben satisfacer las expectativas del cliente.

### **Gestión de la Calidad**

Es un conjunto de estrategias por medio de las cuales se logra conseguir la calidad. Es la forma en que una organización planifica su futuro, implanta los programas y verifica los resultados de calidad, pensando siempre en una mejora continua. (Udaondo Duran, 2002)

### El ciclo P-H-V-A:

Según (Perez Villa & Múnera Vásquez, 2007), este ciclo es denominado también como ciclo de Deming y puede ser utilizado dentro de todos los procesos de una organización.

**Planificar:** Definición de planes y metas que tiene la empresa para analizar la situación actual y detectar que áreas deben mejorar. Se plantea una posible solución a las deficiencias detectadas para finalmente hace un plan de trabajo.

**Hacer:** Aquí se lleva a cabo el plan de trabajo, bajo un control que ayuda a verificar que todo lo planeado se esté llevando a cabo.

**Verificar:** En esta etapa se comparan los resultados planeados con los obtenidos, todo esto midiendo con indicadores.

**Actuar:** Aquí se verifica que se hayan logrado los resultados esperados, en el caso de que así sea se sistematizan y documentan todos los cambios, de lo contrario se corrige y se crea un nuevo plan de trabajo.



Figura N°3: Ciclo P-H-V-A

Fuente:<https://safetya.co/phva-procedimiento-logico-y-por-etapas/>

## Normas ISO

Son un conjunto de normas que tienen como objetivo ordenar la gestión de una empresa en sus distintos ámbitos.

Estas normas son establecidas por el Organismo Internacional de Estandarización (ISO), y se componen de estándares y guías relacionados con sistemas y herramientas específicas de gestión que se pueden aplicar en cualquier tipo de organización. (ISOTools)

## Proceso

Un proceso es el conjunto de tareas que están planificadas y que involucran la participación de una cantidad de personas y de recursos relacionados para lograr un objetivo. En otras palabras, un proceso es una serie de pasos que convierte entradas en salidas. (Perez de Velazco , 2010)

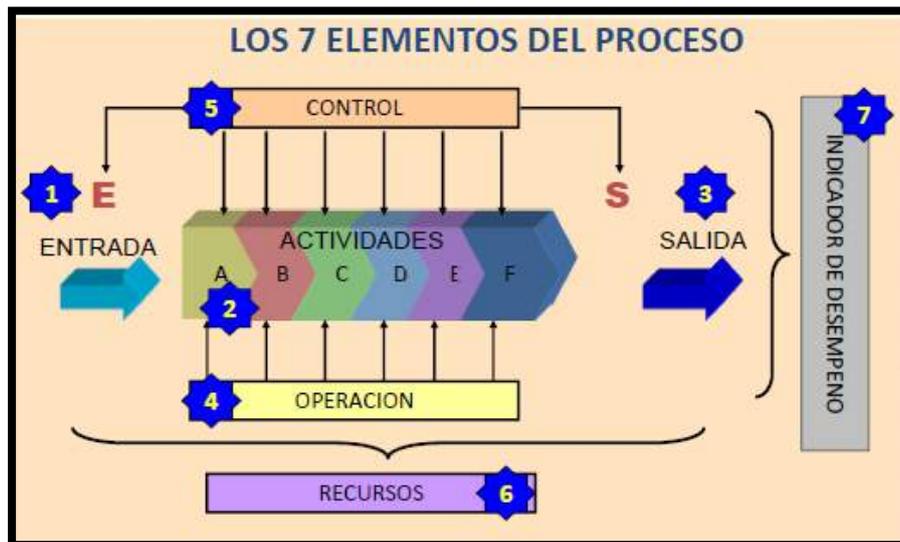


Figura N°4: Elementos del Proceso  
Fuente: Elaboración propia

## Gestión de Procesos

La gestión de procesos (GP) beneficia a una organización porque la ayuda a modelar, identificar, diseñar, controlar, mejorar y hacer más productivos sus procesos, para de esta manera lograr la confianza del cliente. (Bravo Carrasco, 2015)

## **Objetivos de la Gestión por Procesos**

Aumentar los resultados de la Empresa a través de conseguir niveles superiores de satisfacción de sus clientes.

Incrementar la productividad a través de:

Reducir los costos internos innecesarios (actividades sin valor agregado).

Acortar los plazos de entrega (reducir tiempos de ciclo).

Mejorar la calidad y el valor percibido por los clientes de forma que a éste le resulte agradable trabajar con el suministrador.

Incorporar actividades adicionales de servicio, de escaso costo, cuyo valor sea fácil de percibir por el cliente.

## **Manual de Gestión de Calidad**

Es un documento en el que se mencionan todos los epígrafes de la norma ISO 9001 y se aplica a todos los procedimientos de la organización. Contiene la descripción detallada de todo el Sistema de Gestión de Calidad, manual de consulta básico para la implantación, mantenimiento y mejora continua del SGC. (Principios de Gestión)

## **Política de Calidad y Objetivos**

La política de calidad es un compromiso de la Dirección, de gestionar la empresa según un sistema de Gestión de Calidad, en este documento se establecen objetivos de calidad que conduzcan a la mejora continua y un compromiso de brindar los recursos necesarios para luego difundir la política a todos los miembros de la organización para que trabajen alineados a los objetivos. (Principios de Gestión).

## **Partes Interesadas**

Hablar de partes interesadas en la ISO 9001:2015, es referirse a los clientes, usuarios, socios, personas de la organización, proveedores externos, etc. Los

requisitos de estas partes interesadas deben de ser revisados y actualizados constantemente, ya que van cambiando con el tiempo. (Cortez, 2017)

### **Procedimiento**

Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso (escribimos lo que hacemos).

Contiene información necesaria (ausencia perjudica el proceso).

Referencia a instrucciones de trabajo y formatos.

Describen actividades que competen funciones diferentes.

Son redactados en tiempo presente.

Se puede representar a través de textos, flujogramas de información, tablas, una combinación de éstas o por cualquier otro método adecuado.

### **Manual de Organización y Funciones (MOF)**

Según (Rios Ramos) el MOF es un documento formal que contiene, esencialmente la estructura organizacional, comúnmente llamada organigrama y la descripción de las funciones de todos los puestos en la empresa.

En la actualidad, se hace mucho más necesario contar con este tipo de documentos, porque su uso interno y diario minimiza los conflictos de áreas, marca responsabilidades, divide el trabajo y fomenta el orden, etc. Adicionalmente, las certificaciones de calidad (ISO, OHSAS, entre otras), lo requieren.

### **Gestión de Riesgos**

(Gonzales, 2015), Menciona que la Gestión de Riesgos permite a una organización determinar los factores que podrían causar que sus procesos y su sistema de gestión de la calidad se desvíen de los resultados planificados, para poner en marcha controles preventivos para minimizar los efectos negativos y maximizar el uso de las oportunidades a medida que surjan.

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Objetivo General**

Lograr diseñar un Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001:2015 para mejorar el servicio de capacitación del Instituto de Seguridad Minera.

### **Objetivos Específicos**

Lograr la estandarización de los procesos relacionados al servicio de capacitación.

Aplicar una metodología para documentar los procesos y/o actividades que sirvan de instrumento en el entrenamiento del personal.

Lograr el diseño de herramientas de gestión que permitan realizar un seguimiento adecuado de los objetivos estratégicos.

Aplicar una metodología para identificar los riesgos de los procesos, con la finalidad de minimizar su impacto en el logro del objetivo de los mismos.

## **JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

La norma ISO 9001:2015 es un documento en el que están establecidos los requisitos para la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) y tiene como principal objetivo incrementar la satisfacción del cliente, mediante procesos de mejora continua.

Por lo mencionado anteriormente, la implementación de la norma trae grandes resultados como: garantizar a sus clientes buenos servicios que cumplan con sus exigencias, cumplimiento de los requisitos legales y/o

reglamentarios aplicados al servicio, así como la mejora continua de los procesos y las competencias de su personal.

La presente investigación, se desarrolla con el fin de mejorar los procesos dentro del Instituto de Seguridad de Minería (ISEM) por medio de la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad, de tal modo que sus clientes siempre se encuentren satisfechos.

Por otro lado, lo que se quiere es implementar una metodología para identificar mecanismos preventivos en base a un enfoque basado en el riesgo.

## **HIPÓTESIS**

### **Hipótesis General**

Diseñar un Sistema de gestión de la calidad basada en la norma ISO 9001:2015, va a permitir entregar servicios de acuerdo a las necesidades de sus clientes para lograr su satisfacción, cumplir con los requisitos internos/externos, mejorar continuamente sus procesos, planificar sus actividades para el logro de sus objetivos estratégicos e ingreso a nuevos mercados e identificar mecanismos preventivos en un enfoque basado en el riesgo.

### **Hipótesis Específicas**

**H1:** Mejorar los procesos de ISEM, permitirá la estandarización de las actividades y un control oportuno en base al ciclo de la mejora continua.

**H2:** Mejorar las competencias del personal, permitirá plasmar metas del personal, identificar brechas y proporcionar acciones eficaces para el cierre de las mismas.

**H3:** Lograr una adecuada planificación y seguimiento para el cumplimiento de los objetivos estratégicos, conllevará al logro de la visión.

**H4:** Aplicar una metodología para identificar, evaluar riesgos de los procesos y plantear acciones a tomar, ayudará a minimizar su impacto en los objetivos de los procesos.

### **Hipótesis Nulas**

**H1:** Mejorar los procesos de ISEM, no permitirá la estandarización de las actividades y un control oportuno en base al ciclo de la mejora continua.

**H2:** Mejorar las competencias del personal, no permitirá plasmar metas del personal, identificar brechas y proporcionar acciones eficaces para el cierre de las mismas.

**H3** Lograr una adecuada planificación y seguimiento para el cumplimiento de los objetivos estratégicos, no conllevará al logro de la visión.

**H4:** Aplicar una metodología para identificar, evaluar riesgos de los procesos y plantear acciones a tomar no ayudará a minimizar su impacto en los objetivos de los procesos.

## **MARCO METODOLÓGICO**

### **Metodología**

Esta investigación estará basada en una metodología *Correlacional Mixta*, ya que se puede comprobar que las variables dependientes varían de acuerdo a la variable independiente tomando en cuenta factores cualitativos y cuantitativos.

### **Enfoque**

Este trabajo tiene un enfoque *cuantitativo y cualitativo*, ya que se permite examinar los datos de manera numérica y además también describir para tratar de conocer los hechos, procesos, estructuras y personas en su totalidad.

**Método**

Se utilizará un método *no experimental*, ya que el estudio solo requiere observación y análisis del entorno interno y externo.

**Paradigma**

El paradigma Positivista, ayuda a verificar, predecir y comprobar, por medio de estas etapas es que se logra interpretar la realidad a partir de la cual se plantean hipótesis y teorías.

**VARIABLES****Independiente**

Diseño del sistema de gestión de calidad

Indicador: % de avance en el diseño de la implementación.

**Dependiente**

Mejora del servicio de capacitación del instituto de seguridad minera

Procesos Estandarizados

Indicador: % de avance del mapeo y documentación de procesos.

Competencias del personal

Indicadores: % de perfiles de puestos mapeados

Logro de objetivos estratégicos

Indicador: % de avance de la fase diseño de herramientas para el seguimiento de objetivos estratégicos.

Riesgos de los procesos

Indicador: % de avance del diseño de los instrumentos para la evaluación de riesgos

## POBLACIÓN Y MUESTRA

### **Población**

Todos los procesos del Instituto de Seguridad Minera que se encuentra ubicada en la Av. La Molina 1104, Of. 301, La Molina.

### **Muestra**

Todos los procesos principales relacionados al servicio de capacitación (Requerimiento del cliente, diseño, planificación, ejecución y cierre) del Instituto de Seguridad Minera.

## UNIDAD DE ANÁLISIS INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS

### **Instrumentos**

Aplicación de instrumentos de gestión en cada etapa del proceso de diseño del SGC.

ETAPAS	INSTRUMENTOS
<b>DIAGNOSTICO Y EVALUACIÓN</b>	<p>Lista de verificación: Son formatos de check list con información requerida por la norma ISO 9001:2015. Dicho instrumento facilita la recolección de información para medir el grado de cumplimiento del Instituto de Seguridad Minera con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.</p>

<p><b>DOCUMENTACIÓN y DISEÑO</b></p>	<p>Entrevistas y observación directa: Permite recolectar la información relacionada al mapeo, rediseño y mejora de los procesos, es utilizada como instrumento complementario a la lista de verificación.</p> <p>Fichas de caracterización de procesos: Permite plasmar la información de los elementos del proceso.</p> <p>Formatos aplicables a cada proceso: Permite registrar la información relacionada al proceso, con la finalidad de evidenciar su cumplimiento y ayuda a la trazabilidad del proceso.</p>
--------------------------------------	--

Tabla N°1: Etapas e Instrumentos para el Diseño del SGC  
Fuente: Elaboración Propia

### Técnicas

- El diseño del SGC se realizó considerando las siguientes etapas:

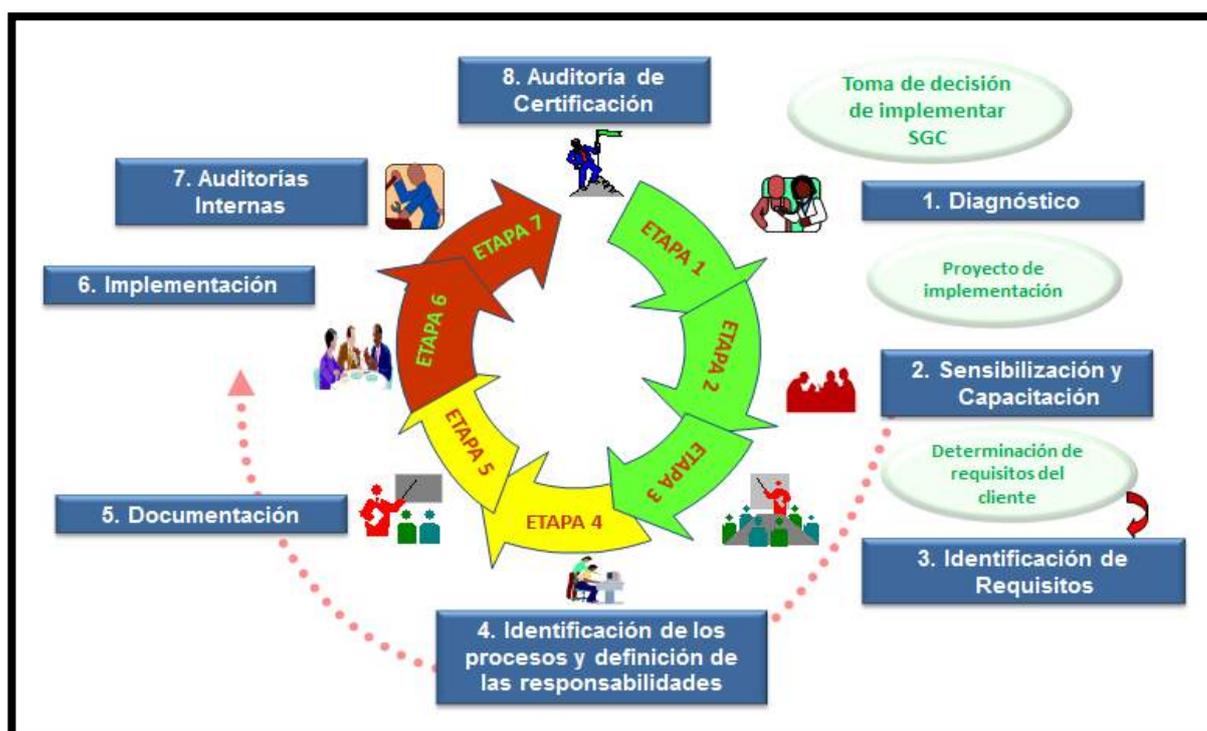


Figura N°5: Etapas para el diseño e implementación del SGC  
Fuente: Elaboración Propia

## PROCEDIMIENTOS Y MÉTODO DE ANALISIS

### LA EMPRESA

#### Descripción de la empresa

El ISEM es una organización dedicada a brindar servicios de capacitación, entrenamiento y difusión de las mejores prácticas en la actividad minera para así ayudar a preservar la salud e integridad de los trabajadores de las diferentes Unidades Mineras. La organización cuenta con una planilla conformada por 101 colaboradores.

El ISEM cuenta con un portal web para realizar las inscripciones on-line y para la emisión de certificados / copias de certificados, a total disposición de los clientes. El portal también cuenta con aulas virtuales para que, en caso las Compañías lo estimen conveniente, los cursos puedan llevarse de manera virtual.

En la actualidad ISEM brinda sus diferentes servicios a las siguientes Unidades Mineras:

Hudbay	Milpo
Volcan	Southern Perú
Minsur	Antamina
Buenaventura	Ferreyros
Raura	Shougan Hierro Peru
La Zanja	Goldfiels

#### Misión

“Promover y apoyar la gestión de la Seguridad y Salud Ocupacional en la minería peruana mediante la capacitación continua, difusión de las mejores prácticas e involucramiento a todos los actores interesados.”

## Visión

Lograr una minería peruana sin accidentes ni enfermedades ocupacionales.”

## Ubicación

El ISEM cuenta con 3 sedes en el Perú:

Sede en Lima, ubicada en la Av. La Molina 1104, La Molina



Figura N°6: Ubicación del ISEM en Lima  
Fuente: Google Maps

Sede en Arequipa, ubicada en Av. Ejército 107, Yanahuara – Arequipa (referencia entre la comisaría de Yanahuara y la clínica Sermedi)

Sede en Cajamarca, ubicada en Cite Joyería Koriwasi, ubicado en el Sur Oeste Qhapac Ñan, entre la Av. La Cantuta y la Av. II (s/n)(Referencia: a la altura de la Av. Rebaza Neira – Villa Universitaria, a espaldas de la Municipalidad Provincial de Cajamarca)

## Servicios

Con respecto al servicio de Capacitación el ISEM dicta cursos del Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional en Mina (D.S. N°024-2016-MEM / 28-07-2016) los cuales son:

### El Anexo 4 (Inducción y Orientación Básica)

INDUCCIÓN Y ORIENTACIÓN BÁSICA PARA USO DE LA GERENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL	
Titular:	Trabajador:
E.O.M./CONEXAS :	Fecha de Ingreso:
Unidad de Producción:	Registro o N° de Fotocheck:
Distrito:	Ocupación:
Provincia:	Área de Trabajo:

- Revisión del Programa de Recordó de Inducción por Ingreso del Departamento de Administración de Personal.
- Bienvenida y explicación del propósito de la orientación.
- Pasado y presente del desempeño de la unidad de producción en Seguridad y Salud Ocupacional.
- Importancia del trabajador en el Programa de Seguridad y Salud Ocupacional.
- Política de Seguridad y Salud Ocupacional.
- Presentación y explicación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional implementado en la empresa minera.
- Reglamento Interno de Seguridad y Salud Ocupacional, Reglas de Tránsito y otras normas.
- Comité Paritario de Seguridad y Salud Ocupacional.
- Obligaciones, Derechos y Responsabilidades de los trabajadores y supervisores.
- Explicación de Peligros, Riesgos, Incidentes, estándares, PETS, ATB, PETAR, IPERO y jerarquía de controles.
- Trabajos de alto riesgo en la Unidad Minera.
- Higiene ocupacional: Agentes físicos, químicos, biológicos, ergonomía.
- Código de colores y señalización.
- Control de sustancias peligrosas.
- Primeros Auxilios y Resucitación Cardíaca Pulmonar (RCP).
- Plan de emergencias en la Unidad minera.

Fecha,

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador

\_\_\_\_\_  
WGB del Gerente de Seguridad y Salud Ocupacional o Ingeniero de Seguridad

Figura N° 7: Anexo 4 del D.S. 024-2016-EM

Fuente: Reglamento de Seguridad Y Salud Ocupacional en Minería

### El anexo 6 (Capacitación Básica en Seguridad y Salud Ocupacional)

CAPACITACIÓN BÁSICA EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Horas mínimas de duración de capacitación por cada curso	3	3	2	4	4	4	4	2	3	2	2	2	2	4	3	2	3	3	3	2
	Gestión y de la Seguridad y Salud Ocupacional basado en el Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional y Política de Seguridad y Salud Ocupacional	Notificación, Investigación y reporte de Incidentes, Incidentes peligrosos y accidentes de trabajo	Liderazgo y motivación. Seguridad basada en el Comportamiento	Respuesta a Emergencias por áreas específicas.	IPERC	Trabajos en altura	Mapa de Riesgos. Riesgos psicosociales.	Significado y uso de código de señales y colores	Auditoría, Fiscalización e Inspección de Seguridad	Primeros Auxilios	Prevención y Protección Contra Incendios	Estándares y procedimiento escrito de trabajo seguro por actividades	Higiene Ocupacional (Agentes físicos, Químicos, Biológicos) Disposición de residuos sólidos. Control de Sustancias peligrosas.	Manejo defensivo y/o transporte de personal	Comité de Seguridad y Salud Ocupacional. Reglamento Interno de Seguridad y Salud Ocupacional. Programa Anual de Seguridad y Salud Ocupacional.	Seguridad en la oficina y ergonomía	Riesgos Eléctricos	Prevención de accidente por desprendimiento de rocas	Prevención de accidente por gaseamiento	El uso de equipo de protección personal (EPP)

Figura N°8: Anexo 6 del D.S. 024-2016-EM

Fuente: Reglamento de Seguridad Y Salud Ocupacional en Minería

## **Cursos de Riesgos Críticos**

Son aquellas actividades consideradas de alto riesgo por ser los causales de accidentes en los últimos años en minería, industrias, refinerías, etc. El Programa desarrollará los siguientes ítems:

- Bloqueo de Energía
- Trabajos en Altura
- Espacios Confinados
- Gases Presurizados
- Vehículos y Equipos móviles
- Cargas Suspendidas
- Herramientas Manuales
- Sustancias Químicas
- Protección de Maquinas
- Excavaciones Mineras (subterránea o cielo abierto)
- Trabajos en Caliente

Para mayor información del total de servicios brindados del ISEM ver *La Descripción de los Servicios Brindados por ISEM (Anexo 1)*

## **Procesos**

En el presente trabajo nos centramos únicamente en el servicio de Capacitación que brinda la organización, para ello se elaboró un **mapa de procesos (Figura 9)** en el que se especifican los procesos principales, los estratégicos y los de apoyo.

**Procesos principales:** Requerimiento del Cliente, Diseño, Planificación, Ejecución y Cierre

**Procesos Estratégicos:** Planificación Estratégica, Gestión Presupuestal, Gestión de Calidad

**Procesos de Apoyo:** Gestión Administrativa, Gestión de Recursos Humanos, Tecnología de la Información y Gestión Logística.

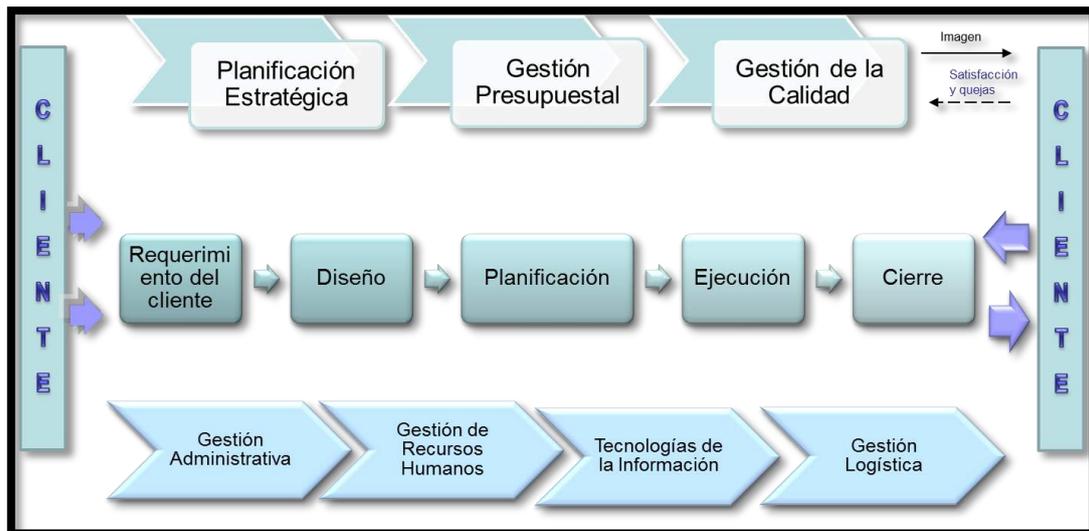


Figura N° 9: Mapeo de Procesos  
Fuente: Elaboración Propia

## PROCEDIMIENTO PARA EL DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN

### Diagnóstico

Para poder realizar el diseño del SGC ISO 9001:2015 en el ISEM, se empezó por realizar un Diagnóstico mediante un Check List, para conocer en qué situación se encontraba la empresa y verificar que puntos de la norma no se estaban cumpliendo. Con el Diagnóstico (**Anexo 2**) se logró definir:

El alcance del Sistema de gestión de la calidad (SGC) y las áreas comprometidas en el sistema a implementar.

Comparar la práctica real con los requisitos apropiados de la normas.  
Identificar requisitos del cliente, reglamentación, legislación, expectativas, entre otros.

Planificar el proyecto.

Recursos que la organización deberá proveer (incluido los humanos) para alcanzar el objetivo de implementar un SGC.

Luego de realizar el Diagnóstico se procedió a elaborar un Plan de Diseño del SGC (**Anexo 3**)

**Sensibilización y Capacitación:** Tuvo como objetivo capacitar y sensibilizar a los colaboradores del Instituto de Seguridad Minera.

A continuación se detalla los temas que se consideraron para el desarrollo de esta etapa:

<b>SENSIBILIZACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Enfoque de procesos</li> <li>○ Documentación del SGC</li> <li>○ Manejo de registros</li> <li>○ Controles en los procesos</li> <li>○ Gestión de riesgos en los procesos</li> <li>○ Política y objetivos del SGC</li> </ul>
<b>CAPACITACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Interpretación de la norma.</li> <li>○ Documentación del SGC.</li> <li>○ Aspectos técnicos relacionados al SGC (gestión de riesgos, etc.)</li> <li>○ Formación de auditores internos</li> </ul>

Tabla N°2: Temas para la Sensibilización y Capacitación  
Fuente: Elaboración Propia

**Identificación de requisitos:** Consiste en realizar una identificación de los requisitos internos (requisitos aplicables al servicio y aquellos requisitos que ISEM determine como necesarios para la operación de sus procesos) y externos (legales y/o reglamentarios). Para ello, se realizó un análisis del contexto organizacional (**Anexo 4**), se identificaron, analizaron las partes interesadas (**Anexo 5**) y se plasmaron los requisitos. Para ello se aplicaron las siguientes preguntas:

- ¿Qué es lo que las partes interesadas esperan de la organización?
- ¿Qué reciben actualmente de la organización?
- ¿Cómo valoran lo que hoy recibe?
- ¿Cuáles son sus expectativas?
- ¿Cuál es el valor que le asigna al producto?

### **Identificación de los procesos y definición de las responsabilidades**

El objetivo de esta etapa fue lograr ver los procesos de ISEM con respecto al servicio de capacitación. Para ello, la elaboración del mapa de procesos. Es una mirada holística, amplia, a todo el hacer repetitivo, ya sea frecuente. Las actividades que se realizaron en esta etapa son:

Elaborar un organigrama nuevo para proponer a la empresa, con el fin de mejorar el que ya existía. **(Anexo 6)**

La identificación de los procesos a incluir en el alcance del SGC, que consistió en la elaboración del Mapa de procesos ya mencionado anteriormente. **(Figura N°9)**

Definición del alcance o perímetro de cada proceso, consistió en determinar los elementos de cada proceso y plasmarlo en las fichas de caracterización **(Anexo 7)** con la finalidad de definir el objetivo del proceso.

### **Documentación**

Para dar inicio a esta etapa se determinaron los siguientes documentos:

Política de Calidad, sus Objetivos y las Metas **(Anexo 8)**.

Manual de Calidad **(Anexo 11)**

Plan de calidad **(Anexo 12)**

Luego se diseñaron los Procedimientos e instructivos Requeridos por la Norma ISO 9001:2015, los cuales son:

Procedimiento para el Control de la Información Documentada **(Anexo 13)**

Procedimiento para la Administración de Riesgos **(Anexo 14)**

Procedimiento para la Gestión del Cambio **(Anexo 15)**

Procedimiento para la Gestión de No Conformidades y Acciones de Mejora **(Anexo 16)**

Procedimiento del Programa de Capacitación **(Anexo 17)**

Procedimiento de Evaluación del Personal **(Anexo 18)**

Procedimiento de Selección del Personal **(Anexo 19)**

Procedimiento para la comunicación Interna **(Anexo 21)**

Procedimiento para el Diseño y Desarrollo de Actividades **(Anexo 22)**

Procedimiento para la Selección y Evaluación de Proveedores **(Anexo 24)**

Procedimiento para la Inducción, Selección, Capacitación y Evaluación de Entrenadores Externos **(Anexo 25)**

Procedimiento de Auditorías Internas **(Anexo 26)**

Instructivo de Revisión por la Dirección **(Anexo 27)**

En esta etapa también se realizó la documentación de todos los procesos. Para ello, se tuvo en cuenta lo siguiente:

Establecer responsabilidades y autoridades claras, elaborando El Manual de Organización y Funciones (MOF) y Perfiles Puesto **(Anexo 9 y Anexo 10 Respectivamente)**

Identificar los clientes internos y externos de los procesos.

Listar las tareas y contingencias

Representar los procesos, los cuales se realizan mediante flujogramas de información, se complementan con las listas de tareas y de contingencias. Esto da inicio a la gestión de esos procesos y a capitalizar el conocimiento del Instituto de Seguridad Minera.

Para tener conocimiento de cómo se está brindando el servicio, se cuenta con el resultado de las Encuesta de Satisfacción del Cliente. **(Anexo 28)**

Finalmente se Realizó la Lista Maestra de Control de Documentos (**Anexo 29**), en la que se registraron todos los documentos mencionados anteriormente.

## **RESULTADOS**

Se obtuvo un 100% de avance de acuerdo al Cronograma para el diseño del SGC, los entregables del Proyecto fueron plasmados en cada uno de los anexos.

Se obtuvo un 75% de procesos mapeados, de acuerdo al mapa de interacción de procesos planteado

Se logró un 100% en el mapeo de los perfiles de puestos del área de capacitación, obteniendo como documentos Los Perfiles de Puestos y El Manual de Organización y Funciones (MOF).

Se obtuvo un 98% de avance de la fase diseño de herramientas, los cuales se encuentran plasmados en los Procedimientos, Formatos y Registros anexados.

Se logró un 100% en el diseño de los instrumentos para la evaluación de riesgos, esto se encuentra plasmado en el Formato de Matriz de Riesgos de los Procesos y en el Formato Identificación de Riesgos.

## **CONCLUSIONES**

Mejorar los procesos de ISEM, permitirá la estandarización de las actividades y un control oportuno en base al ciclo de la mejora continua.

Mejorar las competencias del personal, permitirá plasmar metas del personal, identificar brechas y proporcionar acciones eficaces para el cierre de las mismas.

Lograr una adecuada planificación y seguimiento para el cumplimiento de los objetivos estratégicos, conllevará al logro de la visión.

Aplicar una metodología para identificar, evaluar riesgos de los procesos y plantear acciones a tomar ayudará a minimizar su impacto en los objetivos de los procesos

El Manual de la Calidad diseñado, servirá como apoyo para todos los miembros de la organización para que tengan en cuenta los pasos a seguir en cada etapa del proceso del servicio, de tal modo que cumpla con todos los requisitos de calidad pedidos por el cliente

## **RECOMENDACIONES**

Todos los integrantes de la organización deben de conocer bien los procesos de la organización para brindar el servicio y también las necesidades de sus clientes, ya que esto conllevará a tener clientes fidelizados y satisfechos.

No olvidar mantener a los integrantes de la organización en constante concientización sobre el SGC por medio de charlas, campañas de sugerencias de mejora, etc.

Hacer un constante seguimiento a los indicadores establecidos, auditorías internas y las encuestas de satisfacción del cliente, ya que estos serán los puntos claves para la mejora continua.

Una vez lograda la Implementación del SGC no marcará el fin del objetivo, sino por lo contrario es el principio de la mejora continua para la organización, la cual depende del compromiso de todos los miembros de la organización.

Nunca se debe dejar de lado las buenas prácticas, tanto para la comunicación interna (área de la empresa) como para la comunicación externa (proveedores, accionistas, etc), esto conllevará a interactuar de una manera más eficaz entre ellos.

Mantener siempre, en un orden adecuado, todos los documentos, formatos y registros diseñados para el SGC, ya que una vez implementado deberán permanecer en constante monitoreo.

## Bibliografía

- Alcalde San Miguel, P. (2009). *Calidad*. Madrid.
- Bravo Carrasco, J. (2015). *Gestión de Procesos*. Santiago de Chile: Evolución S.A.
- Carrasco, J. B. (2015). *Gestión de Procesos* .
- Cortez, J. M. (2017). *Sistemas de Gestión de Calidad ISO 9001:2015*. España: ICB, S.L (Interconsulting Bureau S.L).
- Gonzales, I. H. (2015). *Transición a la Nueva Versión ISO 9001:2015*. Buenos Aires.
- ISOTools*. (s.f.). Obtenido de Blog Calidad y Excelencia:  
<https://www.isotools.org/2015/03/19/que-son-las-normas-iso-y-cuales-su-finalidad/>
- Parra, S. (20 de Octubre de 2016). *Prezi*. Obtenido de Evolución de la Norma ISO 9001: [https://prezi.com/nwif9031\\_kia/evolucion-de-la-norma-iso-9001/](https://prezi.com/nwif9031_kia/evolucion-de-la-norma-iso-9001/)
- Perez de Velazco , J. (2010). *Gestión por Procesos*. Madrid: Es.
- Perez Villa , P., & Múnera Vásquez, F. (2007). *Reflexiones para implementación Sistemas de Gestión de la Calidad ISO 9000:2000 en Cooperativas y Empresas de Economía Solidaria*. Bogotá.
- Principios de Gestión*. (s.f.). Obtenido de Sistemas de gestión: calidad, medio ambiente y PRL: <http://abc-calidad.blogspot.pe/2011/05/manual-de-calidad.html>
- Rios Ramos, F. (s.f.). *Perfil*. Obtenido de Centro de Desarrollo Personal y Profesional: [www.eperfil.org](http://www.eperfil.org)
- Rodriguez, M. (2016). *Normas 9000.com*. Obtenido de Historia ISO 9001: [http://www.normas9000.com/Company\\_Blog/historia-iso-9001.aspx](http://www.normas9000.com/Company_Blog/historia-iso-9001.aspx)
- Udaondo Duran, M. (2002). *Gestión de la calidad*.

# ANEXOS

# ANEXO 1



## DESCRIPCION DE LOS SERVICIOS BRINDADOS POR ISEM

### INDUCCIÓN GENERAL

Servicio de requerimiento ley DS N° 024 2017 – EM.

Curso – taller de 08 horas.

### PROGRAMA INTEGRAL DE CAPACITACION EN SyS (CURSOS MATRIZ ANEXO 6)

Servicio requerido por reglamento de ley ( DS N° 024 2017 – EM).

Cursos taller de 04 - 08 horas.

Responsabilidad de la administración del programa anual de capacitación. Incluye los cursos:

Gestión de la Seguridad y Salud Ocupacional basado en el Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional.

Notificación, Investigación y reporte de Incidentes, Incidentes peligrosos y accidentes de trabajo

Liderazgo y motivación

Seguridad basada en el comportamiento

Respuesta a Emergencias por áreas específicas.

IPERC

Trabajos en altura

Mapa de Riesgos

El significado y el uso del código de señales y colores

Auditoría, Fiscalización e Inspección de Seguridad

Primeros Auxilios

Prevención y Protección Contra Incendios

Estándares y Procedimientos de trabajo seguro por actividades

Higiene Ocupacional (Agentes físicos, Químicos, Biológicos)

Ergonomía

Riesgos psicosociales

Manejo Defensivo y/o transporte de personal

Comité de Seguridad y Salud Ocupacional  
Política de Seguridad y Salud Ocupacional  
Reglamento Interno de Seguridad y Salud Ocupacional  
Programa Anual de Seguridad y Salud Ocupacional  
Seguridad en la oficina  
Riesgos Eléctricos  
Disposición de residuos sólidos  
Control de sustancias peligrosas  
El uso de equipo de protección personal (EPP)  
Otros a solicitud de la empresa.

### **PROGRAMA OBSERVADORES DE CONDUCTA**

Verificar que los trabajadores cumplan con los reglamentos nacionales e internos de Seguridad y Salud.

Asegurar el orden y limpieza de las diferentes áreas de trabajo, bajo su responsabilidad.

Instruir y verificar que los trabajadores conozcan y cumplan con los estándares y PETS y usen adecuadamente el EPP apropiado para cada tarea.

Informar a los trabajadores acerca de los peligros en el lugar de trabajo.

Investigar aquellas situaciones que un trabajador o un miembro del Comité de Seguridad y Salud Ocupacional consideren que son peligrosas.

Verificar que los trabajadores usen máquinas con las guardas de protección colocadas en su lugar.

Actuar inmediatamente frente a cualquier peligro que sea informado en el lugar de trabajo.

Ser responsable por su seguridad y la de los trabajadores que laboran en el área a su mando.

Verificar que se cumplan los procedimientos de bloqueo y señalización de las maquinarias que se encuentren en mantenimiento.

Paralizar las operaciones o labores en situaciones de alto riesgo hasta que se haya eliminado o minimizado dichas situaciones riesgosas.

Imponer la presencia permanente de un supervisor en las labores mineras de alto riesgo, de acuerdo a la evaluación de riesgos.

Comunicar violaciones de los reglamentos para sanciones posteriores.

Informar por escrito a los del turno entrante de cualquier peligro y riesgo que exija atención en las labores sometidas a su respectiva supervisión. Los supervisores del turno entrante deberán evaluar la información otorgada por los supervisores del turno saliente, a efectos de prevenir la ocurrencia de incidentes, dando prioridad a las labores consideradas críticas o de alto riesgo.

Realizar inspecciones diarias, semanales y mensuales en las diferentes áreas de trabajo (Superficie y Subterráneo).

Realizar Monitoreos diarios de emisión de gases (CO) de vehículos en Mina y superficie.

Seguimiento a Observadores de seguridad en Superficie e interior mina.

Recopilación de información de las cartillas de Observadores de Seguridad y base de datos.

Coordinar reuniones semanales (Jueves) para el análisis de resultados del programa de observadores de Seguridad.

Capacitación a personal en el relleno de las cartillas de Observación.

Realizar Informes semanales, mensuales y anual del Programa de Observadores de seguridad.

Seguimiento al cumplimiento de las medidas correctivas de los planes de acción de cada semana a las empresas con bajo indicador de Comportamientos seguros.

Seguimiento al levantamiento de las acciones correctivas de las Inspecciones.

Apoyo en las diversas actividades de gestión de Seguridad y SO.

## **FISCALIZADORES / SUPERVISORES DE SEGURIDAD**

Fiscalizar y verificar el cumplimiento de las disposiciones legales, las políticas, reglas por la vida, estándares y procedimientos del sistema de seguridad y salud en las unidades Mineras y Lima.

Desarrollar los cursos de inducción y los cursos específicos para el personal asignado a los proyectos de sostenimiento de las unidades Mineras y Corporativo.

Verificar la implementación del sistema de gestión de seguridad y salud de las empresas contratistas.

Supervisar el cumplimiento del uso adecuado de EPP del personal en general.

Reportar incidentes o accidentes al área de seguridad.

Participar en la investigación de accidentes e incidentes si la unidad lo requiere.

Participar en la actualización del IPERC y mapa de riesgos de las contratistas cada vez que se requiera.

Verificar el cumplimiento de los estándares de gestión y operacionales de seguridad y salud de la Unidades Mineras.

## **PROGRAMA DE SUPERVISORES**

Asegurar la incorporación de supervisores capacitados de acuerdo al perfil requerido por la empresa tanto para personal propio como de empresas contratistas.

Reforzar los conocimientos y comportamientos necesarios para alcanzar el nivel de excelencia en torno a las competencias corporativas y a los procedimientos de trabajo que realizan.

Se realiza seguimiento y acompañamiento a los supervisores capacitados para verificar competencias en terreno.

## **PROGRAMA AMAUTA**

Asegurar que los operadores de compañía y empresas especializadas, mejoren sus competencias y desempeño en actividades de

Sostenimiento, Acarreo y Transporte, Perforación y Voladura, con énfasis en Seguridad.

Identificar y clasificar las competencias de operadores.

Elaborar una matriz de evaluación de desempeño.

Desarrollar los componentes de competencias específicas.

Desarrollar los componentes de competencias generales y transversales.

## **SUPERVISIÓN EN HIGIENE INDUSTRIAL**

Destaque de personal de la especialidad de Ing. Higiene y seguridad Industrial para las labores de consultor de higiene industrial en las unidades mineras según requerimiento.

Proponer los protocolos para la ejecución del monitoreo de higiene industrial.

Elaborar una matriz de evaluación de higiene industrial.

Verificar el cumplimiento del programa de higiene industrial

# ANEXO 2

**DIAGNOSTICO DE EVALUACION SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD SEGÚN NTC ISO 9001-2015**

**CRITERIOS DE CALIFICACION:** A. Cumple completamente con el criterio enunciado (10 puntos: Se establece, se implementa y se mantiene; Corresponde a las fase de Verificar y Actuar para la Mejora del sistema); B. cumple parcialmente con el criterio enunciado (5 puntos: Se establece, se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase del Hacer del sistema); C. Cumple con el mínimo del criterio enunciado (3 puntos: Se establece, no se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase de identificación y Planeación del sistema); D. No cumple con el criterio enunciado (0 puntos: no se establece, no se implementa, no se mantiene N/S).

No.	NUMERALES	CRITERIO INICIAL DE CALLIFICACION			
		A-V	H	P	N/S
		A	B	C	D
<b>4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN</b>					
<b>4.1 COMPRESION DE LA ORGANIZACIÓN Y SU CONTEXTO</b>		10	5	3	0
1	Se determinan las cuestiones externas e internas que son pertinentes para el propósito y dirección estratégica de la organización.			3	
2	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas.			3	
<b>4.2 COMPRESIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS</b>					
3	Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas para el sistema de gestión de Calidad.				0

4	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos.				0		
<b>4.3 DETERMINACION DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>							
5	El alcance del SGC, se ha determinado según: Procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica				0		
6	El alcance del SGC se ha determinado teniendo en cuenta los problemas externos e internos, las partes interesadas y sus productos y servicios?				0		
7	Se tiene disponible y documentado el alcance del Sistema de Gestion.				0		
8	Se tiene justificado y/o documentado los requisitos (exclusiones) que no son aplicables para el Sistema de Gestion?				0		
<b>4.4 SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS</b>							
9	Se tienen identificados los procesos necesarios para el sistema de gestión de la organización				0		
10	Se tienen establecidos los criterios para la gestión de los procesos teniendo en cuenta las responsabilidades, procedimientos, medidas de control e indicadores de desempeño necesarios que permitan la efectiva operación y control de los mismos.				0		
11	Se mantiene y conserva información documentada que permita apoyar la operación de estos procesos.				0		
		<b>SUBTOTAL</b>		0	0	6	0
		<b>Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)</b>		<b>5%</b>			
<b>5. LIDERAZGO</b>							
<b>5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO GERENCIAL</b>							

1	Se demuestra responsabilidad por parte de la alta dirección para la eficacia del SGC.	10			
<b>5.1.2 Enfoque al cliente</b>					
2	La gerencia garantiza que los requisitos de los clientes se determinan y se cumplen.		5		
3	Se determinan y consideran los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente.		5		0
<b>5.2 POLITICA</b>					
<b>5.2.1 ESTABLECIMIENTO DE LA POLITICA</b>					
4	La política de calidad con la que cuenta actualmente la organización está acorde con los propósitos establecidos.			3	
<b>5.2.2 Comunicación de la política de calidad</b>					
5	Se tiene disponible a las partes interesadas, se ha comunicado dentro de la organización.				0
<b>5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN</b>					
6	Se han establecido y comunicado las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes en toda la organización.			3	
<b>SUBTOTAL</b>		10	10	6	0
<b>Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)</b>		<b>43%</b>			
<b>6. PLANIFICACION</b>					
<b>6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES</b>					
1	Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SGC logre los resultados esperados.				0
2	La organización ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema.				0

<b>6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACION PARA LOGRARLOS</b>				
3	Que acciones se han planificado para el logro de los objetivos del SIG-HSQ, programas de gestion?			0
4	Se manatiene informacion documentada sobre estos objetivos			0
<b>6.3 PLANIFICACION DE LOS CAMBIOS</b>				
5	Existe un proceso definido para determinar la necesidad de cambios en el SGC y la gestión de su implementación?			0
<b>SUBTOTAL</b>		0	0	0
<b>Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)</b>		<b>0%</b>		
<b>7. APOYO</b>				
<b>7.1 RECURSOS</b>				
<b>7.1.1 Generalidades</b>				
1	La organización ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC (incluidos los requisitos de las personas, mediambientales y de infraestructura)		5	
<b>7.1.5 Recursos de seguimiento y medicion</b>				
<b>7.1.5.1 Generalidades</b>				
2	En caso de que el monitoreo o medición se utilice para pruebas de conformidad de productos y servicios a los requisitos especificados, ¿se han determinado los recursos necesarios para garantizar un seguimiento válido y fiable, así como la medición de los resultados?			3
<b>7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones</b>				
3	Dispone de métodos eficaces para garantizar la trazabilidad durante el proceso operacional.			0
<b>7.1.6 Conocimientos de la organización</b>				
4	Ha determinado la organización los conocimientos necesarios para el funcionamiento de sus procesos y el logro de la conformidad de los productos y servicios y, ha implementado un proceso de experiencias adquiridas.			3

<b>7.2 COMPETENCIA</b>						
5	La organización se ha asegurado de que las personas que puedan afectar al rendimiento del SGC son competentes en cuestión de una adecuada educación, formación y experiencia, ha adoptado las medidas necesarias para asegurar que puedan adquirir la competencia necesaria	10				
<b>7.3 TOMA DE CONCIENCIA</b>						
6	Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas.		3			
<b>7.4 COMUNICACIÓN</b>						
7	Se tiene definido un procedimiento para las comunicaciones internas y externas del SIG dentro de la organización.			0		
<b>7.5 INFORMACION DOCUMENTADA</b>						
<b>7.5.1 Generalidades</b>						
8	Se ha establecido la información documentada requerida por la norma y necesaria para la implementación y funcionamiento eficaces del SGC.		3			
<b>7.5.2 Creacion y actualizacion</b>						
9	Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos.		3			
<b>7.5.3 Control de la informacion documentada</b>						
10	Se tiene un procedimiento para el control de la informacion documentada requerida por el SGC.		3			
		<b>SUBTOTAL</b>	10	5	18	0
		<b>Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)</b>	<b>33%</b>			
<b>8. OPERACIÓN</b>						
<b>8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL</b>						
1	Se planifican, implementan y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provision de servicios.	10				
2	La salida de esta planificación es adecuada para las operaciones de la organización.		5			
3	Se asegura que los procesos contratados externamente estén controlados.		5			

4	Se revisan las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso.		5		
<b>8.2 REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS</b>					
<b>8.2.1 Comunicación con el cliente</b>					
5	La comunicación con los clientes incluye información relativa a los productos y servicios.	10			
6	Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas.	10			
7	Se establecen los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.	10			
<b>8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios</b>					
8	Se determinan los requisitos legales y reglamentarios para los productos y servicios que se ofrecen y aquellos considerados necesarios para la organización.	10			
<b>8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios</b>					
9	La organización se asegura que tiene la capacidad de cumplir los requisitos de los productos y servicios ofrecidos.	10			
10	La organización revisa los requisitos del cliente antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a este.	10			
11	Se confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación por parte de estos, cuando no se ha proporcionado información documentada al respecto.	10			
12	Se asegura que se resuelvan las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.	10			
13	Se conserva la información documentada, sobre cualquier requisito nuevo para los servicios.	10			
<b>8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios</b>					
14	Las personas son conscientes de los cambios en los requisitos de los productos y servicios, se modifica la información documentada pertinente a estos cambios.	10			

<b>8.3 DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS</b>				
<b>8.3.1 Generalidades</b>				
15	Se establece, implementa y mantiene un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurar la posterior provisión de los servicios.	10		
<b>8.3.2 Planificación del diseño y desarrollo</b>				
16	La organización determina todas las etapas y controles necesarios para el diseño y desarrollo de productos y servicios.		3	
<b>8.3.3 Entradas para el diseño y desarrollo</b>				
17	Al determinar los requisitos esenciales para los tipos específicos de productos y servicios a desarrollar, se consideran los requisitos funcionales y de desempeño, los requisitos legales y reglamentarios.		5	
18	Se resuelven las entradas del diseño y desarrollo que son contradictorias.		5	
19	Se conserva información documentada sobre las entradas del diseño y desarrollo.		5	
<b>8.3.4 Controles del diseño y desarrollo</b>				
20	Se aplican los controles al proceso de diseño y desarrollo, se definen los resultados a lograr.		5	
21	Se realizan las revisiones para evaluar la capacidad de los resultados del diseño y desarrollo para cumplir los requisitos.		5	
22	Se realizan actividades de verificación para asegurar que las salidas del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de las entradas.		5	
23	Se aplican controles al proceso de diseño y desarrollo para asegurar que: se toma cualquier acción necesaria sobre los problemas determinados durante las revisiones, o las actividades de verificación y validación		5	
24	Se conserva información documentada sobre las acciones tomadas.		3	

<b>8.3.5 Salidas del diseño y desarrollo</b>				
25	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: cumplen los requisitos de las entradas		5	
26	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: son adecuadas para los procesos posteriores para la provisión de productos y servicios		5	
27	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: incluyen o hacen referencia a los requisitos de seguimiento y medición, cuando sea apropiado, y a los criterios de aceptación		5	
28	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: especifican las características de los productos y servicios, que son esenciales para su propósito previsto y su provisión segura y correcta.		5	
29	Se conserva información documentada sobre las salidas del diseño y desarrollo.			3
<b>8.3.6 Cambios del diseño y desarrollo</b>				
30	Se identifican, revisan y controlan los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios		5	
31	Se conserva la información documentada sobre los cambios del diseño y desarrollo, los resultados de las revisiones, la autorización de los cambios, las acciones tomadas para prevenir los impactos adversos.			3
<b>8.4 CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE</b>				
<b>8.4.1 Generalidades</b>				
32	La organización asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conforme a los requisitos.		5	
33	Se determina los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente.			3
34	Se determina y aplica criterios para la evaluación, selección, seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos.			3
35	Se conserva información documentada de estas actividades			3

<b>8.4.2 Tipo y alcance del control</b>					
36	La organización se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios, conformes de manera coherente a sus clientes.			3	
37	Se definen los controles a aplicar a un proveedor externo y las salidas resultantes.			3	
38	Considera el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.			3	
39	Se asegura que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad.			3	
40	Se determina la verificación o actividades necesarias para asegurar que los procesos, productos y servicios cumplen con los requisitos.			3	
<b>8.4.3 Información para los proveedores externos</b>					
41	La organización comunica a los proveedores externos sus requisitos para los procesos, productos y servicios.			3	
42	Se comunica la aprobación de productos y servicios, métodos, procesos y equipos, la liberación de productos y servicios.			3	
43	Se comunica la competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas.			3	
44	Se comunica las interacciones del proveedor externo con la organización.			3	
45	Se comunica el control y seguimiento del desempeño del proveedor externo aplicado por la organización.				0
<b>8.5 PRODUCCION Y PROVISION DEL SERVICIO</b>					
<b>8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio</b>					

46	Se implementa la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas.	10			
47	Dispone de información documentada que defina las características de los productos a producir, servicios a prestar, o las actividades a desempeñar.	10			
48	Dispone de información documentada que defina los resultados a alcanzar.	10			
49	Se controla la disponibilidad y el uso de recursos de seguimiento y medición adecuados	10			
50	Se controla la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas.	10			
51	Se controla el uso de la infraestructura y el entorno adecuado para la operación de los procesos.	10			
52	Se controla la designación de personas competentes.	10			
53	Se controla la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados.	10			
54	Se controla la implementación de acciones para prevenir los errores humanos.	10			
55	Se controla la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.	10			
<b>8.5.2 Identificación y trazabilidad</b>					
56	La organización utiliza medios apropiados para identificar las salidas de los productos y servicios.		5		
57	Identifica el estado de las salidas con respecto a los requisitos.		5		
58	Se conserva información documentada para permitir la trazabilidad.			3	

59	La organización cuida la propiedad de los clientes o proveedores externos mientras esta bajo el control de la organización o siendo utilizada por la misma.	10			
60	Se Identifica, verifica, protege y salvaguarda la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación en los productos y servicios.	10			
61	Se informa al cliente o proveedor externo, cuando su propiedad se pierda, deteriora o de algun otro modo se considere inadecuada para el uso y se conserva la información documentada sobre lo ocurrido.	10			
<b>8.5.4 Preservacion</b>					
62	La organización preserva las salidas en la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurar la conformidad con los requisitos.	10			
<b>8.5.5 Actividades posteriores a la entrega</b>					
63	Se cumplen los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios.	10			
64	Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega la organización considero los requisitos legales y reglamentarios.	10			
65	Se consideran las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y servicios.				0
66	Se considera la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios.				0
67	Considera los requisitos del cliente.	10			
68	Considera la retroalimentación del cliente.		5		
<b>8.5.6 Control de cambios</b>					
69	La organización revisa y controla los cambios en la producción o la prestación del servicio para asegurar la conformidad con los requisitos.		5		
70	Se conserva información documentada que describa la revisión de los cambios, las personas que autorizan o cualquier acción que surja de la revisión.		5		

8.6 LIBERACION DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS					
71	La organización implementa las disposiciones planificadas para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios.			0	
72	Se conserva la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios.			0	
73	Existe evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación.			0	
74	Existe trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.			0	
8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES					
75	La organización se asegura que las salidas no conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega.		5		
76	La organización toma las acciones adecuadas de acuerdo a la naturaleza de la no conformidad y su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios.		5		
77	Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.		5		
78	La organización trata las salidas no conformes de una o más maneras		5		
79	La organización conserva información documentada que describa la no conformidad, las acciones tomadas, las concesiones obtenidas e identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.			3	
<b>SUBTOTAL</b>		290	125	54	0
<b>Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)</b>		<b>59%</b>			
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO					
9.1 SEGUIMIENTO, MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION					
9.1.1 Generalidades					
1	La organización determina que necesita seguimiento y medición.			3	

2	Determina los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación para asegurar resultados validos.			3	
3	Determina cuando se lleva a cabo el seguimiento y la medición.			3	
4	Determina cuando analizar y evaluar los resultados del seguimiento y medición.			3	
5	Evalúa el desempeño y la eficacia del SGC.			3	
6	Conserva información documentada como evidencia de los resultados.			3	
<b>9.1.2 Satisfaccion del cliente</b>					
7	La organización realiza seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas.	10			
8	Determina los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar la información.	10			
<b>9.1.3 Analisis y evaluacion</b>					
9	La organización analiza y evalúa los datos y la información que surgen del seguimiento y la medición.	10			
<b>9.2 AUDITORIA INTERNA</b>					
10	La organización lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados.				0
11	Las auditorías proporcionan información sobre el SGC conforme con los requisitos propios de la organización y los requisitos de la NTC ISO 9001:2015.				0
12	La organización planifica, establece, implementa y mantiene uno o varios programas de auditoría.				0
13	Define los criterios de auditoría y el alcance para cada una.				0

14	Selecciona los auditores y lleva a cabo auditorías para asegurar la objetividad y la imparcialidad del proceso.				0
15	Asegura que los resultados de las auditorías se informan a la dirección.				0
16	Realiza las correcciones y toma las acciones correctivas adecuadas.				0
17	Conserva información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados.				0
18	La alta dirección revisa el SGC a intervalos planificados, para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continua con la estrategia de la organización.				0
<b>9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección</b>					
19	La alta dirección planifica y lleva a cabo la revisión incluyendo consideraciones sobre el estado de las acciones de las revisiones previas.				0
20	Considera los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC.				0
21	Considera la información sobre el desempeño y la eficiencia del SGC.				0
22	Considera los resultados de las auditorías.				0
23	Considera el desempeño de los proveedores externos.			3	
24	Considera la adecuación de los recursos.			3	
25	Considera la eficiencia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades.			3	
26	Se considera las oportunidades de mejora.	10			

<b>9.3.3 Salidas de la revision por la direccion</b>				
27	Las salidas de la revisión incluyen decisiones y acciones relacionadas con oportunidades de mejora.			3
28	Incluyen cualquier necesidad de cambio en el SGC.			3
29	Incluye las necesidades de recursos.			3
30	Se conserva información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones.			0
<b>SUBTOTAL</b>		40	0	36
<b>Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)</b>		<b>25%</b>		
<b>10. MEJORA</b>				
<b>10.1 Generalidades</b>				
1	La organización ha determinado y seleccionado las oportunidades de mejora e implementado las acciones necesarias para cumplir con los requisitos del cliente y mejorar su satisfacción.	10		
<b>10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCION CORRECTIVA</b>				
2	La organización reacciona ante la no conformidad, toma acciones para controlarla y corregirla.	10		
3	Evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad.	10		
4	Implementa cualquier acción necesaria, ante una no conformidad.	10		
5	Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.	10		
6	Actualiza los riesgos y oportunidades de ser necesario.			0
7	Hace cambios al SGC si fuera necesario.			0
8	Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.	10		

9	Se conserva información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades, cualquier acción tomada y los resultados de la acción correctiva.			3	
<b>10.3 MEJORA CONTINUA</b>					
10	La organización mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC.			3	
11	Considera los resultados del análisis y evaluación, las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades de mejora.		5		
<b>SUBTOTAL</b>		60	5	6	0
<b>Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)</b>		65%			
<b>RESULTADOS DE LA GESTIÓN EN CALIDAD</b>					
<b>NUMERAL DE LA NORMA</b>		<b>% OBTENIDO DE IMPLEMENTACION</b>		<b>ACCIONES POR REALIZAR</b>	
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN		5%		IMPLEMENTAR	
5. LIDERAZGO		43%		IMPLEMENTAR	
6. PLANIFICACION		0%		IMPLEMENTAR	
7. APOYO		33%		IMPLEMENTAR	
8. OPERACIÓN		59%		MEJORAR	
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO		25%		IMPLEMENTAR	
10. MEJORA		65%		MEJORAR	
<b>TOTAL RESULTADO IMPLEMENTACION</b>		33%			
Calificación global en la Gestion de Calidad		<b>BAJO</b>			

# **ANEXO 3**



<p>Comunicar a los empleados de la organización, la decisión de implementar el SGC (Significado de sus actividades y como impactan, relación de su trabajo vs resultados)</p>	<p>---</p>	<p>1 semana</p>																							
<p>Plan de Difusión</p>	<p>---</p>	<p>2 semanas</p>																							
<p><b>FASE 2: PLANIFICACIÓN</b></p>																									
<p>Establecimiento de la Política y Objetivos de la Calidad</p>	<p>Política y Objetivos de la Calidad</p>	<p>2 semanas</p>																							
<p>Realizar el FODA</p>	<p>FODA</p>	<p>3 semanas</p>																							
<p>Determinación de las partes Interesadas</p>	<p>Cuadro de Partes Interesadas</p>	<p>3 semanas</p>																							
<p>Determinación del Alcance del SGC</p>	<p>Alcance del SGC</p>	<p>2 semanas</p>																							



<p>Elaboración de los Procedimientos con respecto a los procesos principales del Mapa de Procesos Realizado</p>	<p>Procedimiento para el Diseño y Desarrollo Procedimiento para el Inicio, Ejecución y Cierre de los cursos de Capacitación</p>	<p>4 semanas</p>																						
<p>Elaboración del Procedimiento de Control de la Información Documentada</p>	<p>Procedimiento del Control de la Información Documentada</p>	<p>1 semana</p>																						
<p>Establecer la metodología de comunicación interna y consulta dentro de la organización</p>	<p>Procedimiento de Comunicación Interna</p>	<p>2 semanas</p>																						





A continuación se muestra un aproximado de lo que costaría la implementación y certificación del Sistema de Gestión de Calidad.

<b>Costo Aproximado de la Implementación y Certificación del SGC</b>	
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>COSTO</b>
<b>Conseguir Conocimiento</b>	
* Costo de Formación del personal (Interpretación de la norma, documentación e implementación Y Formulación de Auditores Internos)	S/ 70,000.00
<b>Ayuda Externa</b>	
* Costo de Consultores y Asesores	S/ 9,000.00
<b>Costo de la Certificaciones</b>	
*Costo de la Auditoría, Costo de la Entidad Certificadora, costo de las certificaciones	S/ 15,000.00
<b>COSTO TOTAL</b>	S/ 94,000.00

# ANEXO 4



# OTROS DOCUMENTOS

FODA

Código :SGC-OD-SG-001

Versión : 01

Página :1 de 3



## FODA

	ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
<b>NOMBRE</b>			
<b>CARGO</b>			
<b>FECHA</b>			
<b>FIRMA</b>			
<b>LINK:</b>			



# OTROS DOCUMENTOS

## FODA

Código :SGC-OD-SG-001

Versión : 01

Página :2 de 3



### MATRIZ FODA

MATRIZ FODA		
	<p><b>FORTALEZAS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Las grandes y medianas empresas mineras son socias del ISEM. <b>A</b></li> <li>Durante los 14 años de operación el ISEM ha asumido el liderazgo en capacitación en seguridad y salud Ocupacional. <b>A</b></li> <li>Existe un buen clima laboral e identificación de los Colaboradores con la empresa. <b>A</b></li> <li>Cuenta con una red colaborativa técnica multidisciplinaria de amplia experiencia. <b>A</b></li> <li>Descentralización de nuestros productos a sedes regionales (actualmente en Cajamarca y Arequipa). <b>A</b></li> <li>Se cuenta con la primera y única revista especializada en seguridad e higiene minera. <b>A</b></li> <li>ISEM posee los conocimientos, conoce los problemas fundamentales en seguridad y salud en la minería peruana, aplicar el principio de Pareto (80% de accidentes son por caída de rocas, tránsito y caída de personas). <b>B</b></li> <li>Cuenta con infraestructura, aulas de capacitación y Mobiliario adecuado. <b>B</b></li> <li>Soporte tecnológico para la conformación de una red virtual de servicios. <b>B</b></li> <li>Liderazgo temático del ISEM en los aspectos de seguridad minera. <b>B</b></li> <li>Visión y objetivos organizacionales dirigidos al beneficio y servicio de la sociedad minera en su conjunto. <b>C</b></li> <li>Amplios conocimientos del mercado y el sector minero en seguridad y servicios de capacitación. <b>C</b></li> <li>Participación activa de los clientes en el diseño de productos. <b>C</b></li> <li>Participación activa en los procesos de formulación y elaboración de políticas y normas en seguridad minera en el ámbito nacional. <b>C</b></li> </ol>	<p><b>DEBILIDADES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Desarrollo insuficiente de otras disciplinas aplicadas (certificación, psicología, liderazgo, motivación, seguridad basada en el comportamiento). <b>A</b></li> <li>Desarrollo insuficiente del equipo técnico para asesoría y asistencia en sistemas integrados de gestión. <b>A</b></li> <li>Tendencia reactiva a necesidades de mercado que influye en la planificación operativa. <b>A</b></li> <li>Acompañamiento insuficiente a las empresas post capacitación. <b>A</b></li> <li>Productos de calidad, establecidos bajo estándares internacionales. <b>B</b></li> <li>Contribución parcial de aspectos del desempeño (financiero) <b>B</b></li> <li>Carencia de indicadores para la evaluación del desempeño. <b>B</b></li> <li>No se cuenta con un sistema de despliegue de los planes estratégicos. <b>B</b></li> <li>Incompleto desarrollo de perfiles de puestos de trabajo. <b>B</b></li> <li>Apoyo constante a través de publicaciones en la página web. <b>C</b></li> <li>Incipiente área técnica en salud e higiene ocupacional. <b>C</b></li> <li>Desarrollo insuficiente de investigación en seguridad y salud en el trabajo. <b>C</b></li> </ol>
<p><b>OPORTUNIDADES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Existe aún muchas demandas de capacitación en la minería peruana (SIG) y en la Industria en general. <b>A</b></li> <li>Existe estándares internacionales replicables a la industria peruana con aplicación práctica. <b>A</b></li> <li>Presión legal y social por la seguridad y salud ocupacional en la minera. <b>A</b></li> <li>Realizar alianzas estratégicas con instituciones nacionales e internacionales y proveedores. <b>B</b></li> <li>Ser una Institución que certifique a las demás empresas que realizan capacitación en Seguridad y Salud Ocupacional. <b>B</b></li> <li>Desarrollar cursos de seguridad y salud ocupacional con gestión del conocimiento, basados en sus fortalezas. <b>B</b></li> </ol>	<p><b>ESTRATEGIA FO</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Desarrollar productos de SST para el mercado aprovechando los recursos de los equipos multidisciplinarios (bilingüe).</li> <li>Implementar un portal educativo para actividades e-learning (bilingüe).</li> <li>Desarrollo de espacios temáticos de discusión SST (buenas prácticas, benchmarking, certificación, fiscalización, publicaciones, entre otros).</li> </ol>	<p><b>ESTRATEGIA DO</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sistematizar experiencias de Gestión de SST y buenas prácticas de nuestros socios y compartirlas.</li> <li>Desarrollar cursos bandera (Supervisor experto, TTT, entre otros)</li> <li>Desarrollar propuestas de investigación aplicadas a SSMA con los asociados.</li> </ol>



# OTROS DOCUMENTOS

## FODA

Código :SGC-OD-SG-001

Versión : 01

Página :3 de 3



<ul style="list-style-type: none"> <li>7. E-learning <b>B</b></li> <li>8. La globalización permite tener acceso a mejores prácticas mundiales y nacionales. <b>C</b></li> <li>9. Realizar Benchmarking con instituciones extranjeras similares al ISEM, principalmente en Latinoamérica. <b>C</b></li> <li>10. Certificación en otros temas (trabajos de alto Riesgo, capacitación, Isaje, etc.) <b>C</b></li> <li>11. Participación para levantar observaciones en las fiscalizaciones (capacitación). <b>C</b></li> <li>12. Desarrollar nuevos productos (equipo técnico), cursos bandera en salud y seguridad minera (jefe de seguridad, supervisor de seguridad, supervisores, administrativos y comités) <b>C</b></li> <li>13. Desarrollo de investigaciones en seguridad y salud ocupacional. <b>C</b></li> <li>14. Publicaciones virtuales <b>C</b></li> </ul>		
<b>AMENAZAS</b>	<b>ESTRATEGIA FA</b>	<b>ESTRATEGIA DA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Competidores: Introducción de nuevas instituciones de capacitación. <b>A</b></li> <li>2. Negativas de las comunidades aledañas a una operación Minera a dialogar y manipuladas por malos dirigentes. <b>A</b></li> <li>3. Vigilancia externa (opinión pública). <b>B</b></li> <li>4. Presión global de mejorar la gestión integrado de SSMA. <b>C</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Fidelización de asociados y clientes con la agregación de valor en la post-venta de productos.</li> <li>B. Desarrollo de la imagen institucional.</li> <li>C. Productos de capacitación en gestión integrado de SSMA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Desarrollar herramientas de Gestión SST para procesos de auditoría en socios corporativos de minería subterránea y cielo abierto.</li> <li>B. Implementar un proceso de certificación bajo estándares SST y difundir nuestros logros.</li> <li>C. Desarrollar cursos y trabajos técnicos en Salud e Higiene con las empresas.</li> </ul>

# ANEXO 5



# OTROS DOCUMENTOS

## PARTES INTERESADAS

Código :SGC-OD-SG-002

Versión : 01

Página :1 de 4



## PARTES INTERESADAS

	ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
<b>NOMBRE</b>			
<b>CARGO</b>			
<b>FECHA</b>			
<b>FIRMA</b>			
<b>LINK:</b>			



## OTROS DOCUMENTOS

### PARTES INTERESADAS

Código :SGC-OD-SG-002

Versión : 01

Página :2 de 4



PARTES INTERESADAS	ROLES	NECESIDADES Y/O EXPECTATIVAS	¿CÓMO PODRIA IMPACTAR ESTE ACTOR?	
			IMPACTAR POSITIVAMENTE	IMPACTAR NEGATIVAMENTE
Ministerio de energía y minas	Ente normativo rector en materia de gestion de seguridad y salud ocupacional en minería. Establece disposiciones sectoriales en materia de seguridad y salud ocupacional	Establecimiento de normativa con una mayor exigencia en materia de seguridad y salud en minería.	Estableciendo lineamientos adecuados para la capacitacion de SSO en mineria.	Establecer normas que disminuyan la intensidad horaria de capacitaciones en el sector minero
Ministerio del Trabajo	Ente normativo en materia de seguridad y salud en el trabajo. Establece disposiciones en materia de seguridad y salud en el trabajo para todos los sectores	Establecimiento de normativa con una mayor exigencia en materia de seguridad y salud en minería.	Establecimiento de normativa referente a la capacitacion en seguridad y salud en el trabajo	Establecimiento de normas de seguridad y salud en el trabajo de menor exigencia a las empresas
Sunafil	Ente fiscalizador del ministerio de trabajo en materia de seguridad y salud laboral Verificación del cumplimiento de la normativa promulgada en materia de seguridad y salud en el trabajo	Fiscalizaciones más frecuentes a las empresas mineras	Implementando un programa más intenso de fiscalizaciones en el sector minero	N/A



## OTROS DOCUMENTOS

### PARTES INTERESADAS

Código :SGC-OD-SG-002

Versión : 01

Página :3 de 4



Osinerghmin	Ente fiscalizador del ministerio de energía y minas en materia de seguridad de infraestructura. Verificación del cumplimiento de la normativa promulgada en materia de seguridad y salud en el trabajo	Fiscalizaciones más frecuentes a las empresas mineras	Implementando un programa más intenso de fiscalizaciones en el sector minero	N/A
Sociedad de Petróleo, energía y minas	Portavoz de la opinión del empresariado minero formal para el desarrollo de la minería en el país.	Apoyo por el desarrollo de actividades para reducir la incidencia de accidentes de trabajo.	Apoyo en la importancia de desarrollo de programas de capacitación	N/A
Universidades	Instituciones de formación académica, interesadas en el desarrollo de conocimientos en el sector minero	El desarrollo de programas de formación en seguridad y salud ocupacional minera	Generación de alianzas para el desarrollo de diplomados en seguridad minera	Alianzas estratégicas con otras instituciones de capacitación de seguridad y salud ocupacional en minería
Empresas Mineras	Empresas privadas que desarrollan la actividad minera	Aumento de su preocupación por el desarrollo de actividades mineras seguras	Implementación de programas de capacitación externas	Implementación de programas de capacitación internas
Proveedores Mineros	Empresas privadas de comercialización de equipos y suministros para el sector minero	Apoyar las actividades para el reforzamiento de la seguridad y salud ocupacional en minería	Apoyo a los seminarios y eventos realizados por el ISEM	N/A

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>PARTES INTERESADAS</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-002 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :4 de 4	
---	--	--	---

Sindicatos Mineros	Grupos de presión demandante de mejoras de condiciones de trabajo en el sector minero	Exigencia de mejoras de conocimientos de los trabajadores en materia de seguridad y salud ocupacional en sus respectivas empresas	Exigencia a las empresas mineras de programas de capacitación externos	Eliminación de programas de capacitación externas o veto del ISEM
Directorio del ISEM	Establecimiento de lineamientos de funcionamiento de la institución	Apoyo en el desarrollo de nuevas áreas de negocio	Apoyo en el desarrollo de nuevas áreas de negocio	Objeción de la creación de nuevas áreas de negocios

# ANEXO 6



# OTROS DOCUMENTOS

## ORGANIGRAMA

Código :SGC-OD-SG-003

Versión : 01

Página :1 de 2



## ORGANIGRAMA

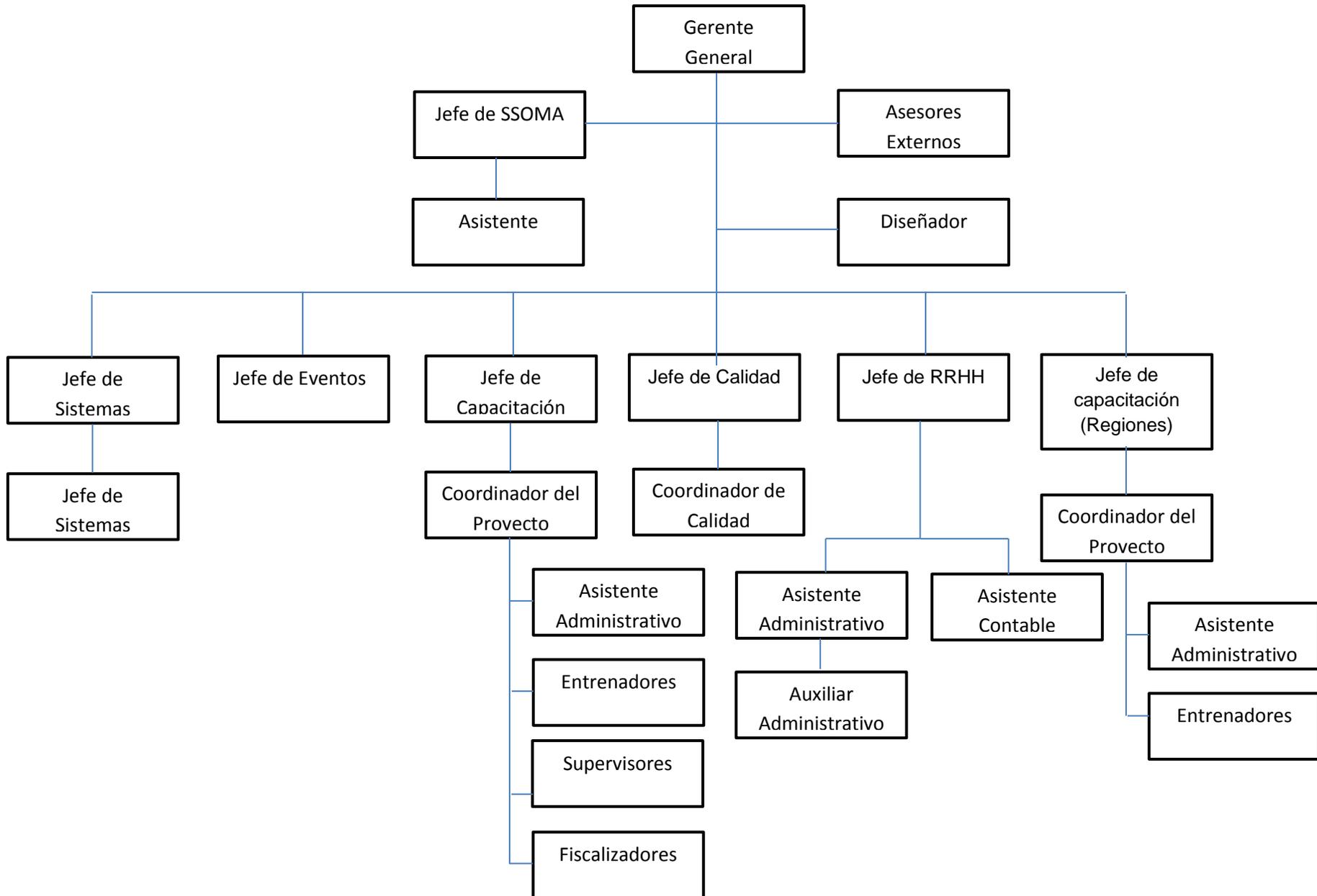
	ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
NOMBRE			
CARGO			
FECHA			
FIRMA			
LINK:			



# OTROS DOCUMENTOS

## ORGANIGRAMA

Código :SGC-OD-SG-003  
Versión : 01  
Página :2 de 2



# ANEXO 7

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>FICHAS DE CARACTERIZACIÓN</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-004 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :1 de 2	
---	---	--	---

Nombre del Proceso:	<b>REQUERIMIENTO DEL CLIENTE</b>	Responsable:	Jefe de Capacitación
Objetivo del Proceso:	Elaborar la cotización o propuesta técnica – económica cumpliendo con los requisitos solicitados por el cliente.	Alcance:	Desde el levantamiento de información de requerimientos del cliente hasta la presentación de la propuesta técnico económica.
Recursos:	Computadores, útiles de escritorio,	Documentos relacionados:	Reglamento de Seguridad

Proveedor	Entradas	Actividades	Salidas	Cliente
<b>Sub-Proceso: Revisión del requerimiento</b>				
Contratista	Solicitud de requerimiento del servicio	Envío de correo solicitando el servicio detallando los requerimientos	Correo de Solicitud de requerimiento del servicio	Jefe de Capacitación
Jefe de Capacitación	Correo de Solicitud de requerimiento del servicio	Revisión del requerimiento del cliente para ser enviado a los coordinadores y asistentes administrativos para realizar la cotización o propuesta técnico-económica	Correo adjuntando el requerimiento del servicio	Coordinadores y asistentes administrativos

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>FICHAS DE CARACTERIZACIÓN</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-004 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :2 de 2	
---	---	--	---

Sub-Proceso: Elaboración de la Propuesta Técnico-Económica				
Coordinadores y asistentes administrativos	Correo adjuntando el requerimiento del servicio	Teniendo en cuenta los requerimientos del cliente se realiza la cotización o propuesta técnico – económica	Cotización o Propuesta técnico-económica	Jefe de Capacitación
Jefe de Capacitación, coordinador y asistente administrativo	Cotización o Propuesta técnico-económica	Revisión de la cotización o propuesta técnico-económica para ser enviada al cliente y poder ser aprobada	Correo adjuntando la Cotización o propuesta técnico-económica	Cliente
Cliente	Informe de aceptación o rechazo del servicio	Aceptación o rechazo de la propuesta técnico económica	Correo institucional informando la aceptación del servicio	Jefe de Capacitación, Coordinadores y Asistentes Administrativos



## OTROS DOCUMENTOS

### FICHAS DE CARACTERIZACIÓN

Código :SGC-OD-SG-004

Versión : 01

Página :1 de 2



Nombre del Proceso:	<b>PLANIFICACIÓN</b>	Responsable:	Coordinadores y Asistentes Administrativos
Objetivo del Proceso:	Planear la ejecución de los cursos teniendo en cuenta los requerimientos y necesidades del cliente.	Alcance:	Desde la elaboración del cronograma de la capacitación hasta el destaque de los entrenadores.
Recursos:	Laptop, entrenadores, útiles de escritorio	Documentos relacionados:	Reglamento de Seguridad

Proveedor	Entradas	Actividades	Salidas	Cliente
<b>Sub-Proceso: Elaboración del cronograma para el dictado del curso</b>				
Coordinadores y Asistentes Administrativos	Requerimiento del cliente	Se revisa el requerimiento del cliente para distribuir el dictado del curso de acuerdo al tiempo requerido.	Cronograma para el dictado del curso	Unidad Minera, Jefe de Capacitación
<b>Sub-proceso: Pedido de los EPPS para los entrenadores</b>				
Jefe de Logística	Lista de entrenadores destacados	Se realiza el pedido de los EPPS necesarios para los entrenadores	Correo de Pedido de los EEPS para entrenadores	Proveedores de EEPS
Proveedores de EEPS	EPPS para los entrenadores	El ISEM recepciona los EPPS para ser entregados a los entrenadores destacados	Paquetes de EPPS para entrenadores	ISEM



## OTROS DOCUMENTOS

### FICHAS DE CARACTERIZACIÓN

Código :SGC-OD-SG-004

Versión : 01

Página :2 de 2



#### Sub-Proceso: Destaque de entrenadores

Coordinadores Asistentes Administrativos	Plataforma Virtual de ISEM, Lista de Entrenadores Disponibles	Verificar en la plataforma de ISEM qué entrenadores cuentan con los requerimientos para el dictado del curso según el requerimiento del cliente	Relación de entrenadores aptos para el dictado del curso	Asistentes Administrativos
Asistentes Administrativos	Relación de entrenadores para el dictado del curso	Revisar en la plataforma virtual de ISEM que entrenadores se encuentran disponibles para destacarlos.	Relación de entrenadores disponibles	Coordinadores
Entrenadores	Documentos requeridos de los entrenadores	Pedir la documentación requerida por el cliente a los entrenadores	Correo adjuntando los Documentos de entrenadores(examen médico, experiencia, etc)	Coordinadores y asistentes administrativos
Coordinadores y asistentes administrativos	Correo adjuntando los Documentos de entrenadores(examen médico, experiencia, etc)	Enviar los documentos requeridos de los entrenadores para ser revisados por la Unidad Minera	Correo adjuntando los Documentos de entrenadores(examen médico, experiencia, etc)	Unidad Minera
Unidad Minera	Conformidad de documentos de entrenadores	Esperar la confirmación de la unidad minera acerca de los documentos requeridos para enviar al entrenador	Correo de conformidad de los entrenadores seleccionados	Coordinadores y asistentes administrativos



# OTROS DOCUMENTOS

## FICHAS DE CARACTERIZACIÓN

Código :SGC-OD-SG-004

Versión : 01

Página :1 de 2



Nombre del Proceso:	<b>DISEÑO DE LA CAPACITACIÓN</b>	Responsable:	Coordinadores y Asistentes Administrativos
Objetivo del Proceso:	De acuerdo a los requerimientos específicos del cliente.	Alcance:	Desde la recepción de la aceptación de la propuesta técnico económica hasta la elaboración del Plan de Capacitación.
Recursos:	Capacitador, infraestructura educativa, multimedia, aulas, libros, etc.	Documentos relacionados:	Reglamento de Seguridad

Proveedor	Entradas	Actividades	Salidas	Cliente
<b>Sub-Proceso: Elaboración de la presentación</b>				
Coordinadores y entrenadores	Contenidos de los cursos (ya se encuentran establecidos)	Se muestran los contenidos del curso al cliente para verificar que puntos quiere tomar en cuenta, cuales no o que puntos quisiera adicionar.	Acuerdos de los puntos que se dictarán de cada curso	coordinadores
coordinadores	Acuerdos de los puntos que se dictarán de cada curso	Realización de las presentaciones que ayudarán al dictado de los cursos, tomando en cuenta los requerimientos del cliente.	PPTS de los temas del curso	Coordinadores



# OTROS DOCUMENTOS

## FICHAS DE CARACTERIZACIÓN

Código :SGC-OD-SG-004

Versión : 01

Página :2 de 2



### Sub-Proceso: Elaboración de la Guía del entrenador, libros, manuales o instructivos.

Coordinadores	PPTS de los temas del curso	Realización de la guía del entrenador tomando como guía las PPTS elaboradas, para que los entrenadores sepan cómo es que va a dictar el curso.	Guía del entrenador	coordinadores
Coordinadores	Guía del entrenador y PPTS	Se realiza el contenido del material que será entregado a las personas que serán capacitadas	Contenido de los libros, manuales o instructivos.	Diseñador
Diseñador	Contenido de los libros, manuales o instructivos.	Diseño de los libros, manuales o instructivos	Libros, manuales o instructivos	Coordinadores y asistentes administrativos
Coordinadores y Asistentes Administrativos	Libros, manuales o instructivos	Envío de los libros, manuales e instructivos a la Unidad Minera	Paquete de Libros, manuales o instructivos	Unidad Minera

### Sub.Proceso: Creación del curso en la plataforma virtual

Coordinadores	Plataforma Virtual de ISEM	El coordinador crea el curso en la plataforma virtual de ISEM para que los entrenadores puedan tener acceso de introducir las notas de las personas capacitadas al final del curso y para actualizar el estado del curso mientras es ejecutado.	Curso activo en la plataforma virtual de ISEM	Entrenadores, coordinadores, asistentes administrativos
---------------	----------------------------	---	---	---



# OTROS DOCUMENTOS

## FICHAS DE CARACTERIZACIÓN

Código :SGC-OD-SG-004

Versión : 01

Página :1 de 2



Nombre del Proceso:	<b>EJECUCIÓN DE LA CAPACITACIÓN</b>	Responsable:	Entrenadores
Objetivo del Proceso:	Realizar la capacitación teniendo en cuenta lo indicado en la guía del instructor.	Alcance:	Desde la ejecución del programa hasta la retroalimentación del servicio de capacitación
Recursos:	Entrenadores, infraestructura educativa, multimedia, libros, etc.	Documentos relacionados:	Reglamento de Seguridad

Proveedor	Entradas	Actividades	Salidas	Cliente
<b>Sub-Proceso: Dictado del curso</b>				
Unidad Minera	libros, manuales o instructivos	Entrega de material didáctico al personal a capacitar	Firma de conformidad de entrega	Personal a Capacitar
Entrenadores	PPTS y Guía del entrenador	Dictado del curso	PPTS	Personal a Capacitar
<b>Sub-Proceso: Evaluación</b>				
Entrenadores	Examen de evaluación	Los participantes desarrollan el examen	Examen rendido por el alumno	Personal Capacitado
Personal Capacitado	Examen rendido por el personal capacitado	Se corrigen los exámenes rendidos	Notas de los exámenes rendidos	Entrenador
Entrenadores	Notas de los exámenes rendidos	El entrenador sube las notas a la plataforma virtual de ISEM	Notas del personal Capacitado en plataforma virtual de ISEM	Personal Capacitado



## OTROS DOCUMENTOS

### FICHAS DE CARACTERIZACIÓN

Código :SGC-OD-SG-004

Versión : 01

Página :2 de 2



#### Sub-Proceso: Retroalimentación del servicio de capacitación

Entrenadores	Encuesta de capacitación	Se realiza una encuesta al personal capacitados para saber qué tan satisfechos se encuentran con el servicio	Encuestas de capacitación realizadas	Personal Capacitado
Entrenadores	Encuestas de capacitación realizadas	Las encuestas son recolectadas por los entrenadores y enviadas a los coordinadores	Conjunto de encuestas realizadas	Coordinadores
Coordinadores	Conjunto de encuestas realizadas	Evaluación de los resultados de las encuestas para mejorar si es necesario	Reporte de encuestas evaluadas	Jefe de capacitación



# OTROS DOCUMENTOS

## FICHAS DE CARACTERIZACIÓN

Código :SGC-OD-SG-004

Versión : 01

Página :1 de 1



Nombre del Proceso:	<b>CIERRE</b>	Responsable:	Jefe de Capacitación
Objetivo del Proceso:	Entregar al personal capacitado la constancia de haber participado de la capacitación (certificados)	Alcance:	Unicamente la entrega de certificados
Recursos:	Computadoras, Papel, lapiceros	Documentos relacionados:	Reglamento de Seguridad

Proveedor	Entradas	Actividades	Salidas	Cliente
<b>Sub-Proceso: Elaboración de Certificados</b>				
Plataforma ISEM	Lista de Notas	Verificar la Lista de notas de la plataforma virtual para enviar a la imprenta	Lista de personal aprobado	Imprenta
Imprenta	Certificados Impresos	trámite para hacer firmar los certificados	Conjunto de Certificados impresos	Responsables
ISEM	Certificados	Entrega de certificados al personal capacitado	Certificados Conformes	Personal capacitado

# ANEXO 8



# OTROS DOCUMENTOS

## POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD

Código :SGC-OD-SG-005  
Versión : 01  
Página :1 de 3



## POLÍTICA Y OBJETIVOS DE LA CALIDAD

	ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
NOMBRE			
CARGO			
FECHA			
FIRMA			
LINK:			

Está prohibida la reproducción parcial o total de este documento sin la autorización del Coordinador del Sistema de Gestión

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b> <b>POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD</b>	Código :SGC-OD-SG-005 Versión : 01 Página :2 de 3	
---	---	---	---

## POLITICA DE CALIDAD

El Instituto de Seguridad de Minera (ISEM), es una asociación privada sin fines de lucro, conformada por las empresas mineras industriales y comerciales; y por personas naturales; cuyo objetivo principal es contribuir a mejorar el nivel de seguridad en las minas peruanas mediante la capacitación, entrenamiento y difusión de las mejores prácticas disponibles en la actividad minera.

Nuestra empresa está comprometida a:

- ✓ Desarrollar y mantener el sistema de gestión de calidad, medio ambiente, seguridad y salud ocupacional bajo el esquema de la mejora continua
- ✓ Cumplir con la normatividad legal y otras que ISEM suscriba
- ✓ Brindar productos y servicios de acuerdo a los requerimientos de nuestros clientes con énfasis en alto rendimiento académico, cordial y oportuno.
- ✓ Prevenir y minimizar la contaminación generada por nuestros residuos, con una actitud responsable hacia el medio ambiente
- ✓ Prevenir y minimizar riesgos en seguridad y salud ocupacional de las personas vinculadas a ISEM.

Agosto, 2017

Gerencia General

	<p><b>OTROS DOCUMENTOS</b></p> <p><b>POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD</b></p>	<p>Código :SGC-OD-SG-005</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :3 de 3</p>	
---	--	--	---

### **OBJETIVOS DE LA CALIDAD**

1. Brindar un eficaz servicio de capacitación basado en el cumplimiento de plazos
2. Brindar una enseñanza de calidad a través del buen desempeño de los docentes
3. Contar con personal competente
4. Incrementar la satisfacción de nuestros clientes
5. Mejorar continuamente la eficacia del SGC

# ANEXO 9



## OTROS DOCUMENTOS

### MANUAL DE OPERACIONES Y FUNCIONES

Código :SGC-OD-SG-006

Versión : 01

Página :1 de 8



## MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES

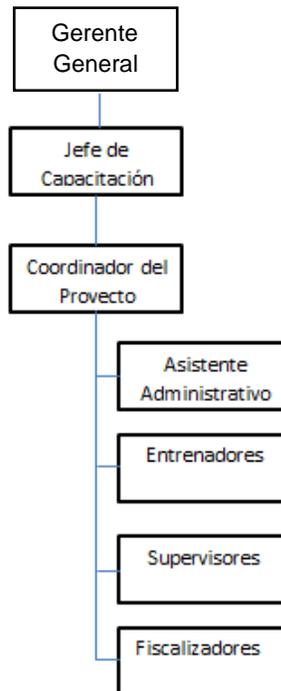
### Área de Capacitación

	ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
NOMBRE			
CARGO			
FECHA			
FIRMA			
LINK:			

Está prohibida la reproducción parcial o total de este documento sin la autorización del Coordinador del Sistema de Gestión

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>MANUAL DE OPERACIONES Y FUNCIONES</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-006  <b>Versión</b> : 01  <b>Página</b> :2 de 8	
---	---	--	---

## Organigrama



## Funciones Específicas a Nivel de Cargos

### JEFE DE CAPACITACIÓN

#### Funciones específicas:

- Participar en las reuniones para la presentación de propuesta a requerimiento de servicios de capacitación
- Preparar las propuestas técnicas - económicas para la ejecución de servicios de capacitación
- Diseñar, según alcances de servicio ganado, las estrategias para el desarrollo de las capacitaciones

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>MANUAL DE OPERACIONES Y FUNCIONES</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-006  <b>Versión</b> : 01  <b>Página</b> :3 de 8	
---	---	--	---

- Designar el equipo de trabajo para la ejecución de servicio de capacitación.
- Proponer y presentar los contenidos en línea base de los cursos que se dictarán en la capacitación
- Coordinar con el área de contabilidad la creación de nuevo centro de costos y brindar alcances del contrato de capacitación por empresa minera.
- Coordinar con el área de RRHH el perfil de entrenador para el servicio ganado, así como los alcances del mismo (tipo de destaque, compromisos del mismo como entrega o no de viáticos, etc.) periodos de servicio
- Coordinar con la gerencia la designación de recursos para la ejecución de la capacitación (compra de equipos informáticos, cantidades de EPPS, teléfonos, etc.)
- Coordinar con el área de sistemas la designación de recursos informáticos para el servicio, cuentas de correo electrónico y claves de acceso al sistema, creación de la plataforma de capacitación del ISEM para la empresa minera a la que se brindará la capacitación.
- Participar en las reuniones con las áreas de ISEM
- Representar al ISEM en las reuniones o presentaciones a las que son convocadas (Universidades, instituciones estatales y/o privadas, etc.)
- Visitar las unidades mineras en las que se tenga el servicio de capacitación, bajo un seguimiento de la ejecución del servicio

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>MANUAL DE OPERACIONES Y FUNCIONES</b>	Código :SGC-OD-SG-006 Versión : 01 Página :4 de 8	
---	---	---	---

- Revisar el sistema interno de seguimiento de capacitación (notas ingresadas, destaque de entrenadores, etc.)
- Entrevistar profesionales para todos los cargos involucrados en el servicio de ejecución de la capacitación (asistentes administrativos, coordinadores de capacitación, entrenadores)

**Líneas de autoridad y responsabilidad:**

- Depende jerárquicamente del Gerente
- Planificar, organizar y coordinar las actividades de capacitación de la Institución
- Mantiene coordinación y comunicación permanente con las áreas de Contabilidad, RR.HH., Seguridad y Salud Ocupacional, y Diseño.
- Coordina con el personal profesional de las unidades orgánicas de asesoramiento, socios activos, socios adherentes, clientes nuevos y con otras instituciones, que tengan relación directa con el desempeño de la función y por disposición expresa de sus superiores.

**COORDINADOR DEL PROYECTO**

**Funciones específicas:**

- Participar de las reuniones de coordinación de servicio
- Seleccionar y entrevistar a los entrenadores que estarán a su cargo
- Viajar a las unidades mineras a supervisar la labor de los entrenadores destacados

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>MANUAL DE OPERACIONES Y FUNCIONES</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-006 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :5 de 8	
---	---	--	---

- Coordinar con el área de sistemas todo lo referido a las necesidades de equipos y soporte de sus entrenadores (claves de acceso al sistema, computadoras, etc.)
- Coordinar con el área de administración las modalidades de destaque, uso de viáticos, generación de seguros y ejecución de exámenes médicos.
- Participar de todas las reuniones con el cliente referidos al servicio a ejecución
- Presentar un informe (semanal, quincenal, mensual) del avance de la capacitación de sus entrenadores a cargo
- Reportar al responsable de capacitación el avance del cumplimiento de la capacitación a su cargo.

**Líneas de autoridad y responsabilidad:**

- Depende jerárquicamente del Jefe de Capacitación

**ASISTENTE ADMINISTRATIVO**

**Funciones específicas:**

- Participar de las reuniones de coordinación de servicio.
- Convocar y programar al personal que será contratado como entrenador.
- Planificar las fechas de destaque, según coordinación con las unidades mineras.
- Indicar la cantidad al área de sistemas con lo referido a las necesidades de equipos y soporte de sus entrenadores.

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>MANUAL DE OPERACIONES Y FUNCIONES</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-006 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :6 de 8	
---	---	--	---

- Realizar el requerimiento de exámenes médicos, según las clínicas que la unidad minera autorice para ejecución.
- Participar de todas las reuniones con el cliente referidos al servicio a ejecución.
- Llenar en el sistema el destaque de los entrenadores a su cargo y revisar que los mismos estén ingresando las notas e información de sus actividades en mina
- Cotizar los pasajes aéreos y terrestres para el destaque de los entrenadores.
- Realizar el requerimiento de EPP dependiendo la unidad a la que será destacado los entrenadores
- Gestionar el manejo de la información a presentarse en las capacitaciones (ppt, videos, exámenes, talleres, materiales para dinámicas, etc.)
- Gestionar la impresión, en caso se requiera, del material bibliográfico para el dictado de curso
- Llenar en el sistema los títulos de los cursos que se dictarán en la mina
- En caso se requiera, imprimir los certificados para el personal asistente al curso y que haya aprobado el mismo.
- Reportar al responsable de capacitación o coordinador SSO el avance del cumplimiento de la capacitación a su cargo.

**Líneas de autoridad y responsabilidad:**

- Depende jerárquicamente del Jefe de Capacitación y coordinador de SSO

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>MANUAL DE OPERACIONES Y FUNCIONES</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-006 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :7 de 8	
---	---	--	---

- Administrar la realización del curso de Inducción de tres compañías mineras (Antamina, Buenaventura y Hudbay); así como también, la administración para el curso de Entrenando al Entrenador - TTT.
- Es responsable de la información que administra y de la documentación que archiva en su área de trabajo.
- Es responsable de la supervisión y control del personal bajo su mando.

## **ENTRENADORES**

### **Funciones específicas:**

- Revisión de las presentaciones, videos, exámenes y talleres entregados para el dictado de curso
- Informarse de los temas técnicos y legales referidos al tema designado a dictar.
- Realizar el dictado de curso, siguiendo como referencia de tiempos la guía del entrenador elaborado para cada dictado de curso
- Inspeccionar la sala de capacitación designada para el dictado de curso, buscando que cumpla las condiciones mínimas de seguridad necesarias para su uso y las condiciones de medios para el dictado de curso.
- Elaborar y revisar exámenes, ingresar notas al sistema, elaborar reportes para las unidades mineras de destaque, entregar documentos de los cursos dictados (exámenes corregidos, lista de asistencia, anexos 14B) Informar periódicamente a la Coordinación a la que pertenece sobre el proceso y resultado de su trabajo

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>MANUAL DE OPERACIONES Y FUNCIONES</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-006 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :8 de 8	
---	---	--	---

- Revisar los resultados de las encuestas tomadas al personal asistente a su curso.
- Ingresar a la base de datos de la empresa minera los datos de los participantes al curso.

**Líneas de autoridad y responsabilidad:**

- Depende jerárquicamente del Jefe de Capacitación.
- El entrenador, es una figura que emerge como respuesta a la necesidad de las personas, brinda apoyo y orientación, enseña, promueve la reflexión sobre el proceso de cambio, en lo personal como en lo profesional. Es un transmisor de información. El entrenador guía la discusión y motiva la participación.

# ANEXO 10



## OTROS DOCUMENTOS

### PERFIL DEL PUESTO

Código: SGC-OD-SG-007

Versión: 01

Página: 1 de 1



**Empresa:** Instituto de Seguridad Minera **RUC:** 20391062057

**Responsable:** Fiori Ramos Montañez **Área:** Capacitación

#### I DESCRIPCIÓN DEL PUESTO

<b>A.</b>	<b>Datos generales</b>			
	Nombre del puesto:	Jefe de Capacitación		
	Grupo funcional:	Responsables de área		
	Área:	Capacitación		
	Departamento:	Capacitación		
	Dirección/Oficina:	Av. La Molina 1104, Of. 301, La Molina		
<b>B.</b>	<b>Misión del puesto</b>	Coordinación de todas las actividades de capacitación		
<b>C.</b>	<b>Dimensiones del puesto</b>			
	Número de plazas del puesto:	1		
	Número de personas supervisadas:	Directos:	0	
		Indirectos:	0	
	Puestos supervisados directamente:	0		
	Puesto al que reporta:	Responsable de Capacitación		
	Coordinaciones áreas internas:	Todas las áreas		
Coordinaciones externas:	Gerencia de SSOMA de empresas mineras, jefes de SSOMA, Responsables de capacitación, funcionarios de instituciones (IIMP, SNMPE, MEM, DGM, OSINERGMIN, etc.)			

#### II FUNCIONES

Participar en las reuniones para la presentación de propuesta a requerimiento de servicios de capacitación

Preparar las propuestas técnicas - económicas para la ejecución de servicios de capacitación

Diseñar, según alcances de servicio ganado, las estrategias para el desarrollo de las capacitaciones

Designar el equipo de trabajo para la ejecución de servicio de capacitación

Proponer y presentar los contenidos en línea base de los cursos que se dictarán en la capacitación

Coordinar con el área de contabilidad la creación de nuevo centro de costos y brindar alcances del contrato de capacitación por empresa minera.					
Coordinar con el área de RRHH el perfil de entrenador para el servicio ganado, así como los alcances del mismo (tipo de destaque, compromisos del mismo como entrega o no de viáticos, etc.) periodos de servicio					
Coordinar con la gerencia la designación de recursos para la ejecución de la capacitación (compra de equipos informáticos, cantidades de EPPS, teléfonos, etc.)					
Coordinar con el área de sistemas la designación de recursos informáticos para el servicio, cuentas de correo electrónico y claves de acceso al sistema, creación de la plataforma de capacitación del ISEM para la empresa minera a la que se brindará la capacitación.					
Participar en las reuniones con las áreas de ISEM					
Representar al ISEM en las reuniones o presentaciones a las que son convocadas (Universidades, instituciones estatales y/o privadas, etc.)					
Visitar las unidades mineras en las que se tenga el servicio de capacitación, bajo un seguimiento de la ejecución del servicio					
Revisar el sistema interno de seguimiento de capacitación (notas ingresadas, destaque de entrenadores, etc.)					
Entrevistar profesionales para todos los cargos involucrados en el servicio de ejecución de la capacitación (asistentes administrativos, coordinadores de capacitación, entrenadores)					
<b>III COMPETENCIAS GENÉRICAS</b>					
1	Profesionalismo				
2	Ética				
3	Seguridad				
<b>IV COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DEL PUESTO</b>					
<b>A. Competencias Técnicas</b>					
	Perfil profesional:	Ingeniero: Minas, Químico, Ambiental, Industrial, Mecánico, Materiales, Higiene y Seguridad			
	Conocimientos técnicos:				
	Conocimientos	Nivel de dominio			
		Ingreso (1: bajo; 4: alto)	Permanencia (1: bajo; 4:alto)		
1	Buen dominio de M.O. (excel, word, ppt) y herramientas web	4	4		
2	Sistemas Integrados de Gestión (OHSAS, ISO, SA)	4	4		
3	Cursos especializados (TTT, matriz D.S.055-2010-EM, Seguridad y Salud Ocupacional)	4	4		
	Idiomas:	Nivel de dominio			
		Leer	Hablar	Escribir	Fluidez
	Inglés	Alto	Alto	Alto	Alto
	Francés	N/A	N/A	N/A	N/A
	Experiencia laboral:				

	Mínimo de años de experiencia en el puesto o similar:	5	Mínimo de años de experiencia funcional en el área:	3
<b>B. Competencias Personales</b>				
	Competencias	Nivel de dominio		
		Ingreso (1: bajo; 4: alto)	Permanencia (1: bajo; 4:alto)	
1	Orientación de servicio	4	4	
2	Solución de problemas	4	4	
3	Tolerancia	4	4	
4	Trabajo en equipo	4	4	
<i>En caso que el puesto requiera condiciones especiales de trabajo, complete el siguiente cuadro</i>				
<b>V CONDICIONES ESPECIALES DE TRABAJO</b>				
Disponibilidad para viajar:	Sí	Frecuencia de viaje:	Según necesidades	Horario de trabajo: 8 hrs / día ( lunes - viernes)
Periodos especiales de trabajo		Explique:	según necesidades por participación a eventos o cursos	
Condiciones especiales de trabajo		Explique:	según necesidades por participación a eventos o cursos	
Especificaciones ergonómicas		Explique:	Riesgo en efermedades por Carga mental	
<b>Observaciones</b>				
<b>VI APROBACIONES</b>				
_____		_____		
<b>Responsable de Area</b>		<b>Responsable de RR.HH.</b>		
_____				
<b>Gerencia</b>				

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>PERFIL DEL PUESTO</b>	<b>Código:</b> SGC-OD-SG-007 <b>Versión:</b> 01 <b>Página:</b> 1 de 1	
---	---	---	---

**Empresa:** Instituto de Seguridad Minera **RUC:** 20391062057  
**Responsable:** Fiori Ramos Montañez **Área:** Capacitación

I DESCRIPCIÓN DEL PUESTO				
<b>A.</b>	<b>Datos generales</b>			
	Nombre del puesto:	Coordinador del Proyecto		
	Grupo funcional:	Coordinador		
	Área:	Capacitación		
	Departamento:	Capacitación		
	Dirección/Oficina:	Av. La Molina 1104, Of. 301, La Molina		
<b>B.</b>	<b>Misión del puesto</b>	Coordinación de servicio de capacitación		
<b>C.</b>	<b>Dimensiones del puesto</b>			
	Número de plazas del puesto:	4		
	Número de personas supervisadas:	Directos:	Variable según servicio	
		Indirectos:	0	
	Puestos supervisados directamente:	0		
	Puesto al que reporta:	Responsable de Capacitación		
	Coordinaciones áreas internas:	Todas las áreas		
	Coordinaciones externas:	Capacitadores, responsables de capacitación, jefes de SSOMA de las empresas mineras		
II FUNCIONES				
Participar de las reuniones de coordinación de servicio				
Seleccionar y entrevistar a los entrenadores que estarán a su cargo				
Viajar a las unidades mineras a supervisar la labor de los entrenadores destacados				
Coordinar con el área de sistemas todo lo referido a las necesidades de equipos y soporte de sus entrenadores (claves de acceso al sistema, computadoras, etc.)				
Coordinar con el área de administración las modalidades de destaque, uso de viáticos, generación de seguros y ejecución de exámenes médicos				

Participar de todas las reuniones con el cliente referidos al servicio a ejecución					
Presentar un informe (semanal, quincenal, mensual) del avance de la capacitación de sus entrenadores a cargo					
Reportar al responsable de capacitación el avance del cumplimiento de la capacitación a su cargo.					
<b>III COMPETENCIAS GENÉRICAS</b>					
1	Profesionalismo				
2	Ética				
3	Compromiso				
4	Seguridad				
<b>IV COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DEL PUESTO</b>					
<b>A. Competencias Técnicas</b>					
Perfil profesional:		Ingeniero: Minas, Químico, Ambiental, Industrial, Mecánico, Materiales, Higiene y Seguridad			
Conocimientos técnicos:					
Conocimientos		Nivel de dominio			
		Ingreso (1: bajo; 4: alto)		Permanencia (1: bajo; 4:alto)	
1	Buen dominio de M.O. (excel, word, ppt) y herramientas web	3	4		
2	Sistemas Integrados de Gestión (OHSAS, ISO, SA)	3	3		
3	Cursos especializados (TTT, matriz D.S.055-2010-EM, Seguridad y Salud Ocupacional)	2	4		
Idiomas:		Nivel de dominio			
		Leer	Hablar	Escribir	Fluidez
Inglés		Alto	Básico	Básico	-----
Francés		N/A	N/A	N/A	N/A
Experiencia laboral:					
Mínimo de años de experiencia en el puesto o similar:		5	Mínimo de años de experiencia funcional en el área:		
			3		
<b>B. Competencias Personales</b>					
Competencias		Nivel de dominio			
		Ingreso (1: bajo; 4: alto)		Permanencia (1: bajo; 4:alto)	
1	Orientación de servicio	4	4		
2	Solución de problemas	3	4		
3	Tolerancia	4	4		
4	Trabajo en equipo	3	4		

En caso que el puesto requiera condiciones especiales de trabajo, complete el siguiente cuadro

**V CONDICIONES ESPECIALES DE TRABAJO**

Disponibilidad para viajar:	Sí	Frecuencia de viaje:	según necesidades	Horario de trabajo:	10 hrs. / Día
Periodos especiales de trabajo	Explique:		según necesidades por participación a eventos o cursos		
Condiciones especiales de trabajo	Explique:		según necesidades por participación a eventos o cursos		
Especificaciones ergonómicas	Explique:		Riesgo en enfermedades por Carga mental		

**Observaciones**

**VI APROBACIONES**

\_\_\_\_\_  
**Responsable de Area**

\_\_\_\_\_  
**Responsable de RR.HH.**

\_\_\_\_\_  
**Gerencia**

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>PERFIL DEL PUESTO</b>	<b>Código:</b> SGC-OD-SG-007 <b>Versión:</b> 01 <b>Página:</b> 1 de 1	
---	---	---	---

**Empresa:** Instituto de Seguridad Minera **RUC:** 20391062057  
**Responsable:** Jefe de Capacitación **Área:** Capacitación

I DESCRIPCIÓN DEL PUESTO				
<b>A.</b>	<b>Datos generales</b>			
	Nombre del puesto:	Asistente Administrativo		
	Grupo funcional:	Asistente Administrativo		
	Área:	Capacitación		
	Departamento:	Capacitación		
	Dirección/Oficina:	Av. La Molina 1104, Of. 301, La Molina		
<b>B.</b>	<b>Misión del puesto</b>	Ejecución de servicio de capacitación		
<b>C.</b>	<b>Dimensiones del puesto</b>			
	Número de plazas del puesto:	11		
	Número de personas supervisadas:	Directos:	0	
		Indirectos:	Variable, según empresas minera al que asiste	
	Puestos supervisados directamente:	2 (entrenador y asistente de capacitación en mina)		
	Puesto al que reporta:	Responsable de Capacitación / Coordinador SSO		
	Coordinaciones áreas internas:	Todas las áreas		
Coordinaciones externas:	Capacitadores, responsables de capacitación, logística, catering, seguridad física, centros médicos, empresas de transporte, etc.			
II FUNCIONES				
Participar de las reuniones de coordinación de servicio				
Convocar y programar al personal que será contratado como entrenador				
Planificar las fechas de destaque, según coordinación con las unidades mineras				
Indicar la cantidad al área de sistemas con lo referido a las necesidades de equipos y soporte de sus entrenadores				

Realizar el requerimiento de exámenes médicos, según las clínicas que la unidad minera autorice para ejecución.					
Participar de todas las reuniones con el cliente referidos al servicio a ejecución					
Llenar en el sistema el destaque de los entrenadores a su cargo y revisar que los mismos estén ingresando las notas e información de sus actividades en mina					
Cotizar los pasajes aéreos y terrestres para el destaque de los entrenadores					
Realizar el requerimiento de EPP dependiendo la unidad a la que será destacado los entrenadores					
Gestionar el manejo de la información a presentarse en las capacitaciones (ppt, videos, exámenes, talleres, materiales para dinámicas, etc.)					
Gestionar la impresión, en caso se requiera, del material bibliográfico para el dictado de curso					
Llenar en el sistema los títulos de los cursos que se dictarán en la mina					
En caso se requiera, imprimir los certificados para el personal asistente al curso y que haya aprobado el mismo.					
Reportar al responsable de capacitación o coordinador SSO el avance del cumplimiento de la capacitación a su cargo.					
<b>III COMPETENCIAS GENÉRICAS</b>					
1	Profesionalismo				
2	Ética				
3	Compromiso				
4	Planificación				
<b>IV COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DEL PUESTO</b>					
<b>A. Competencias Técnicas</b>					
	Perfil profesional:	Secretarias, administradores, estudiantes universitarios			
	Conocimientos técnicos:				
		Nivel de dominio			
	Conocimientos	Ingreso (1: bajo; 4: alto)	Permanencia (1: bajo; 4:alto)		
1	Buen dominio de M.O. (excel, word, ppt) y herramientas web	3	4		
2	Sistemas Integrados de Gestión (OHSAS, ISO, SA)	1	2		
3	Cursos especializados (TTT, matriz D.S.055-2010-EM, Seguridad y Salud Ocupacional)	1	2		
		Nivel de dominio			
	Idiomas:	Leer	Hablar	Escribir	Fluidez
	Inglés	Básico	N/A	N/A	-----
	Francés	N/A	N/A	N/A	N/A
	Experiencia laboral:				
	Mínimo de años de experiencia en el puesto o similar:	3	Mínimo de años de experiencia funcional en el área:	1	

<b>B. Competencias Personales</b>			
	Competencias	Nivel de dominio	
		Ingreso (1: bajo; 4: alto)	Permanencia (1: bajo; 4:alto)
1	Orientación de servicio	4	4
2	Solución de problemas	3	4
3	Tolerancia	4	4
4	Trabajo en equipo	3	4
<i>En caso que el puesto requiera condiciones especiales de trabajo, complete el siguiente cuadro</i>			
<b>V CONDICIONES ESPECIALES DE TRABAJO</b>			
Disponibilidad para viajar:	No	Frecuencia de viaje:	N / A
			Horario de trabajo: 8 hrs. / Día
Periodos especiales de trabajo		Explique:	según necesidades por participación a eventos o cursos
Condiciones especiales de trabajo		Explique:	según necesidades por participación a eventos o cursos
Especificaciones ergonómicas		Explique:	Riesgo en enfermedades por Carga mental, ergonomía
<b>Observaciones</b>			
<b>VI APROBACIONES</b>			
<hr/> <b>Responsable de Area</b>		<hr/> <b>Responsable de RR.HH.</b>	
<hr/> <b>Gerencia</b>			

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>PERFIL DEL PUESTO</b>	<b>Código:</b> SGC-OD-SG-007 <b>Versión:</b> 01 <b>Página:</b> 1 de 1	
---	---	---	---

<b>Empresa:</b>	Instituto de Seguridad Minera	<b>RUC:</b>	20391062057
<b>Responsable:</b>	Fiori Ramos Montañez /Coordinador de capacitación	<b>Área</b>	Capacitación

I DESCRIPCIÓN DEL PUESTO				
<b>A.</b>	<b>Datos generales</b>			
	Nombre del puesto:	Entrenador		
	Grupo funcional:	Entrenador		
	Área:	Capacitación		
	Departamento:	Capacitación		
	Dirección/Oficina:	Av. La Molina 1104, Of. 301, La Molina		
<b>B.</b>	<b>Misión del puesto</b>	Dictado de cursos de capacitación (Matriz, Inducción)		
<b>C.</b>	<b>Dimensiones del puesto</b>			
	Número de plazas del puesto:	1		
	Número de personas supervisadas:	Directos:	0	
		Indirectos:	0	
	Puestos supervisados directamente:	0		
	Puesto al que reporta:	Responsable de Capacitación		
	Coordinaciones áreas internas:	Administración/Sistemas		
	Coordinaciones externas:	Capacitadores, Clientes (compañías mineras y contratistas)		
II FUNCIONES				
Revisión de las presentaciones, videos, exámenes y talleres entregados para el dictado de curso				
Informarse de los temas técnicos y legales referidos al tema designado a dictar				
Realizar el dictado de curso, siguiendo como referencia de tiempos la guía del entrenador elaborado para cada dictado de curso				
Inspeccionar la sala de capacitación designada para el dictado de curso, buscando que cumpla las condiciones mínimas de seguridad necesarias para su uso y las condiciones de medios para el dictado de curso.				

Elaborar y revisar exámenes, ingresar notas al sistema, elaborar reportes para las unidades mineras de destaque, entregar documentos de los cursos dictados (exámenes corregidos, lista de asistencia, anexos 14B) Informar periódicamente a la Coordinación a la que pertenece sobre el proceso y resultado de su trabajo

Revisar los resultados de las encuestas tomadas al personal asistente a su curso

Ingresar a la base de datos de la empresa minera los datos de los participantes participantes al curso

### III COMPETENCIAS GENÉRICAS

1 Profesionalismo

2 Ética

3 Seguridad

### IV COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DEL PUESTO

#### A. Competencias Técnicas

Perfil profesional:	Ingeniero: Minas, Químico, Ambiental, Industrial, Mecánico, Materiales, Higiene y Seguridad
---------------------	---

Conocimientos técnicos:

Conocimientos	Nivel de dominio	
	Ingreso (1: bajo; 4: alto)	Permanencia (1: bajo; 4:alto)
1 Buen dominio de M.O. (excel, word, ppt) y herramientas web	3	4
2 Sistemas Integrados de Gestión (OHSAS, ISO, SA)	3	3
3 Cursos especializados (TTT, matriz D.S N° 024 - 2016 - EM / DS N° 023 - 2017 - EM, Seguridad y Salud Ocupacional)	3	4

Idiomas:

Idiomas:	Nivel de dominio			
	Leer	Hablar	Escribir	Fluidez
Inglés	Básico	Básico	Básico	-----
Francés	N/A	N/A	N/A	N/A

Experiencia laboral:

Mínimo de años de experiencia en el puesto o similiar:	3	Mínimo de años de experiencia funcional en el área:	1
--	---	---	---

#### B. Competencias Personales

Competencias	Nivel de dominio	
	Ingreso (1: bajo; 4: alto)	Permanencia (1: bajo; 4:alto)
1 Orientación de servicio	4	4
2 Solución de problemas	3	4

3	Tolerancia	4	4
4	Trabajo en equipo	3	4
<i>En caso que el puesto requiera condiciones especiales de trabajo, complete el siguiente cuadro</i>			
<b>V CONDICIONES ESPECIALES DE TRABAJO</b>			
Disponibilidad para viajar:	Sí	Frecuencia de viaje:	02 vez al mes
		Horario de trabajo:	10 hrs. / Día
Periodos especiales de trabajo	Explique:	14x7	
Condiciones especiales de trabajo	Explique:	Destaque a unidad minera	
Especificaciones ergonómicas	Explique:	Postura prolongada con carga estática y dinámica (interacción) / Riesgo en enfermedades por fonación y Carga mental	
<b>Observaciones</b>			
<b>VI APROBACIONES</b>			
<hr/> <b>Responsable de Area</b>		<hr/> <b>Responsable de RR.HH.</b>	
<hr/> <b>Gerencia</b>			

# **ANEXO 11**



## OTROS DOCUMENTOS

### PLAN DE CALIDAD

Código :SGC-OD-SG-008

Versión : 01

Página :1 de 12



## PLAN DE CALIDAD

	ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
<b>NOMBRE</b>			
<b>CARGO</b>			
<b>FECHA</b>			
<b>FIRMA</b>			
<b>LINK:</b>			

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b> <b>PLAN DE CALIDAD</b>	Código :SGC-P-SG-008 Versión : 01 Página :2 de 12	
---	---	---	---

### 1. Objetivo

Realizar el planeamiento del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) para asegurar la identificación de los procesos, responsables y los recursos necesarios, así como asegurar la integridad del SGC cuando se implementen cambios.

### 2. Alcance del Sistema de Gestión de la Calidad

Procesos de Diseño, Planificación, Ejecución y Cierre relacionados al servicio de Capacitación que brinda ISEM.

### 3. Responsables

Jefes de área	Ejecutar el Plan de la Calidad en los procesos de su competencia
Jefe de Capacitación	Mantener actualizado el Plan de la Calidad Monitorear el cumplimiento del Plan de la Calidad

### 4. Mapeo de Procesos

Procesos del Instituto de Seguridad Minera



	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>PLAN DE CALIDAD</b>	Código :SGC-P-SG-008 Versión : 01 Página :3 de 12	
---	---	---	---

## 5. Análisis del Contexto Organizacional

El ISEM realizó un análisis FODA, planteando como consecuencia estrategias. El análisis FODA confirmó que la definición de los objetivos de la calidad son pertinentes a las necesidades organizacionales. Por lo tanto, se concluye que continúan siendo adecuados.

## 6. Identificación de riesgos

El análisis FODA permitió confirmar la pertinencia de los riesgos identificados en los procesos del ISEM. Ver Procedimiento para la administración de los riesgos.

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>PLAN DE CALIDAD</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-008 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :4 de 12	
---	---	---	---

## 7. Mapeo de las Partes Interesadas

El ISEM ha identificado las partes interesadas (aliados estratégicos), y su rol dentro del SGC.

PARTES INTERESADAS	ROLES	NECESIDADES Y/O EXPECTATIVAS	¿CÓMO PODRÍA IMPACTAR ESTE ACTOR?	
			IMPACTAR POSITIVAMENTE	IMPACTAR NEGATIVAMENTE
Ministerio de energía y minas	Ente normativo rector en materia de gestión de seguridad y salud ocupacional en minería. Establece disposiciones sectoriales en materia de seguridad y salud ocupacional	Establecimiento de normativa con una mayor exigencia en materia de seguridad y salud en minería.	Estableciendo lineamientos adecuados para la capacitación de SSO en minería.	Establecer normas que disminuyan la intensidad horaria de capacitaciones en el sector minero
Ministerio del Trabajo	Ente normativo en materia de seguridad y salud en el trabajo. Establece disposiciones en materia de seguridad y salud en el trabajo para todos los sectores	Establecimiento de normativa con una mayor exigencia en materia de seguridad y salud en minería.	Establecimiento de normativa referente a la capacitación en seguridad y salud en el trabajo	Establecimiento de normas de seguridad y salud en el trabajo de menor exigencia a las empresas

	<h2>OTROS DOCUMENTOS</h2> <h3>PLAN DE CALIDAD</h3>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-008 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :5 de 12	
---	--	--	---

Sunafil	Ente fiscalizador del ministerio de trabajo en materia de seguridad y salud laboral Verificación del cumplimiento de la normativa promulgada en materia de seguridad y salud en el trabajo	Fiscalizaciones más frecuentes a las empresas mineras	Implementando un programa más intenso de fiscalizaciones en el sector minero	N/A
Osinergmin	Ente fiscalizador del ministerio de energía y minas en materia de seguridad de infraestructura. Verificación del cumplimiento de la normativa promulgada en materia de seguridad y salud en el trabajo	Fiscalizaciones más frecuentes a las empresas mineras	Implementando un programa más intenso de fiscalizaciones en el sector minero	N/A
Sociedad de Petróleo, energía y minas	Portavoz de la opinión del empresariado minero formal para el desarrollo de la minería en el país.	Apoyo por el desarrollo de actividades para reducir la incidencia de accidentes de trabajo.	Apoyo en la importancia de desarrollo de programas de capacitación	N/A

	<h2>OTROS DOCUMENTOS</h2> <h3>PLAN DE CALIDAD</h3>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-008 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :6 de 12	
---	--	--	---

Universidades	Instituciones de formación académica, interesadas en el desarrollo de conocimientos en el sector minero	El desarrollo de programas de formación en seguridad y salud ocupacional minera	Generación de alianzas para el desarrollo de diplomados en seguridad minera	Alianzas estratégicas con otras instituciones de capacitación de seguridad y salud ocupacional en minería
Empresas Mineras	Empresas privadas que desarrollan la actividad minera	Aumento de su preocupación por el desarrollo de actividades mineras seguras	Implementación de programas de capacitación externas	Implementación de programas de capacitación internas
Proveedores Mineros	Empresas privadas de comercialización de equipos y suministros para el sector minero	Apoyar las actividades para el reforzamiento de la seguridad y salud ocupacional en minería	Apoyo a los seminarios y eventos realizados por el ISEM	N/A
Sindicatos Mineros	Grupos de presión demandante de mejoras de condiciones de trabajo en el sector minero	Exigencia de mejoras de conocimientos de los trabajadores en materia de seguridad y salud	Exigencia a las empresas mineras de programas de capacitación	Eliminación de programas de capacitación externas o veto del ISEM

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b> <b>PLAN DE CALIDAD</b>	Código :SGC-P-SG-008 Versión : 01 Página :7 de 12	
---	---	---	---

		ocupacional en sus respectivas empresas	externos	
Directorio del ISEM	Establecimiento de lineamientos de funcionamiento de la institución	Apoyo en el desarrollo de nuevas áreas de negocio	Apoyo en el desarrollo de nuevas áreas de negocio	Objeción de la creación de nuevas áreas de negocios

### 3. Objetivos de la Calidad

El ISEM ha definido indicadores para el control de los procesos alineados al cumplimiento de los objetivos de la calidad. Los indicadores son revisados trimestralmente en la Reunión de análisis de datos del SGC y Revisiones por la Dirección.

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>PLAN DE CALIDAD</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-008 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :8 de 12	
---	---	---	---

N.º	Nombre del proceso	N.º	Control	Indicador	Articulación con objetivos de calidad	Periodicidad de reporte	Meta 2017
1	Gestión de la Calidad	1	Satisfacción del usuario	Porcentaje de clientes satisfechos y muy satisfechos con el servicio que brinda ISEM	Incrementar la satisfacción de nuestros clientes	Semestral	95.0%
		2	Acciones de mejora implementadas oportunamente	Porcentaje de acciones de mejora implementadas oportunamente	Mejorar continuamente la eficacia del SGC	Trimestral	50.0%
		3	Eficacia de las acciones de mejora	Porcentaje de acciones de mejora implementadas eficazmente	Mejorar continuamente la eficacia del SGC	Semestral	50.0%
		6	Cumplimiento del Programa anual de supervisiones	Porcentaje de supervisiones ejecutadas	Mejorar continuamente la eficacia del SGC	Trimestral	100%
3	Requerimiento del cliente	7	Oportunidad de la respuesta	Porcentaje de reclamos y denuncias atendidas dentro del	Incrementar la satisfacción de los	Mensual	98.0%



## OTROS DOCUMENTOS

### PLAN DE CALIDAD

Código :SGC-P-SG-008

Versión : 01

Página :9 de 12



				plazo establecido	clientes		
		9	Satisfacción de cliente	Porcentaje de clientes satisfechos con la atención.	Incrementar la satisfacción de nuestros clientes	Semestral	90.0%
4	Ejecución	10	Cumplimiento de plazos del entrenador en la entrega de notas	Porcentaje de entrenadores que cumplen con los plazos en la entrega de notas	Brindar un eficaz servicio de capacitación basado en el cumplimiento de plazos	Trimestral	90.0%
5	Cierre	12	Entrega oportuna de constancias de participación o certificado de cursos	% de cursos que han entregado constancias/certificados en el plazo establecido	Brindar un eficaz servicio de capacitación basado en el cumplimiento de plazos	Semestral	100%
7	Ejecución	17	Desempeño de entrenadores	% de entrenadores con calificación mayor a 4	Brindar una enseñanza de calidad a través del buen desempeño de los entrenadores	Trimestral	100%

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b> <b>PLAN DE CALIDAD</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-008 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :10 de 12	
---	---	---	---

8	Gestión de Recursos Humanos	19	Cumplimiento del Programa de capacitación	Porcentaje de capacitaciones ejecutadas respecto de las programadas.	Contar con personal competente	Trimestral	80%
		20	Eficacia de las capacitaciones	Porcentaje de capacitaciones eficaces	Contar con personal competente	Trimestral	80%

**1. Plan de acción para el cumplimiento de los Objetivos de la Calidad**

Nro	Tareas AÑO 2017	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Prioridad

Está prohibida la reproducción parcial o total de este documento sin la autorización del Coordinador del Sistema de Gestión

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b> <b>PLAN DE CALIDAD</b>	Código :SGC-P-SG-008 Versión : 01 Página :11 de 12	
---	---	--	---

## 2. Planificación de la realización del servicio

Tabla N° 04: Requisitos del servicio y actividades tercerizadas						
Servicio	Proceso	Normativa relacionada	Requisitos del Servicio	Actividades Tercerizadas		
				Actividad/Tarea	Realizada por	Tipo de Control
Servicio de capacitación	Requerimiento del cliente	Procedimientos de cada proceso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oportunidad</li> <li>• Confiabilidad</li> <li>• Transparencia</li> <li>• Conocimiento</li> <li>• Veracidad de la información</li> <li>• Buena atención por parte de</li> </ul>	No aplica	No aplica	No aplica
	Diseño			Impresión de materiales (Examen, Encuestas, Manuales, Libros)	Alsa Impresores, A&C	De acuerdo al requerimiento del cliente
	Planificación			Alimentación de entrenadores	Campamentos y Catering SA Multiservicios Brianny	De acuerdo al requerimiento del cliente

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b> <b>PLAN DE CALIDAD</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-008 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :12 de 12	
---	---	---	---

	Ejecución		todos los colabores de ISEM	Facilitación de entrenadores externos (en caso sea necesario)	Entrenadores calificados de la empresa Atik Corp	Evaluación desempeño de entrenadores
	Cierre					

### 3. Gestión de Cambios

El ISEM emplea el Procedimiento para la gestión del cambio para planificar y gestionar los cambios en el Sistema de Gestión de la Calidad. Asimismo, éstos son socializados en las reuniones de Análisis de Datos del SGC

# ANEXO 12

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b> <b>MANUAL DE LA CALIDAD</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-009 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :1 de 24	
---	--	---	---

## MANUAL DE CALIDAD

	ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
<b>NOMBRE</b>			
<b>CARGO</b>			
<b>FECHA</b>			
<b>FIRMA</b>			
<b>LINK:</b>			

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b> <b>MANUAL DE LA CALIDAD</b>	Código :SGC-OD-SG-009 Versión : 01 Página :2 de 24	
---	--	--	---

## **1. ACERCA DEL ISEM**

El ISEM es una asociación fundada el 25 de Febrero de 1,998 bajo el patrocinio de la Sociedad Nacional de Minería, Petróleo y Energía, el Ministerio de Energía y Minas y el Instituto de Ingenieros de Minas del Perú.

El objetivo principal es contribuir a mejorar el nivel de seguridad en las minas peruanas mediante la capacitación, entrenamiento y difusión de las mejores prácticas disponibles en la actividad minera, las mismas que permitirán preservar la salud y vida de todos los que laboran en el sector minero.

Actualmente el ISEM cuenta con la afiliación de la mayoría de empresas de la mediana y de la gran minería, habiéndose posicionado como una organización en la que las empresas mineras pueden obtener una capacitación de alto nivel para sus supervisores así como información actualizada en técnicas de prevención de accidentes.

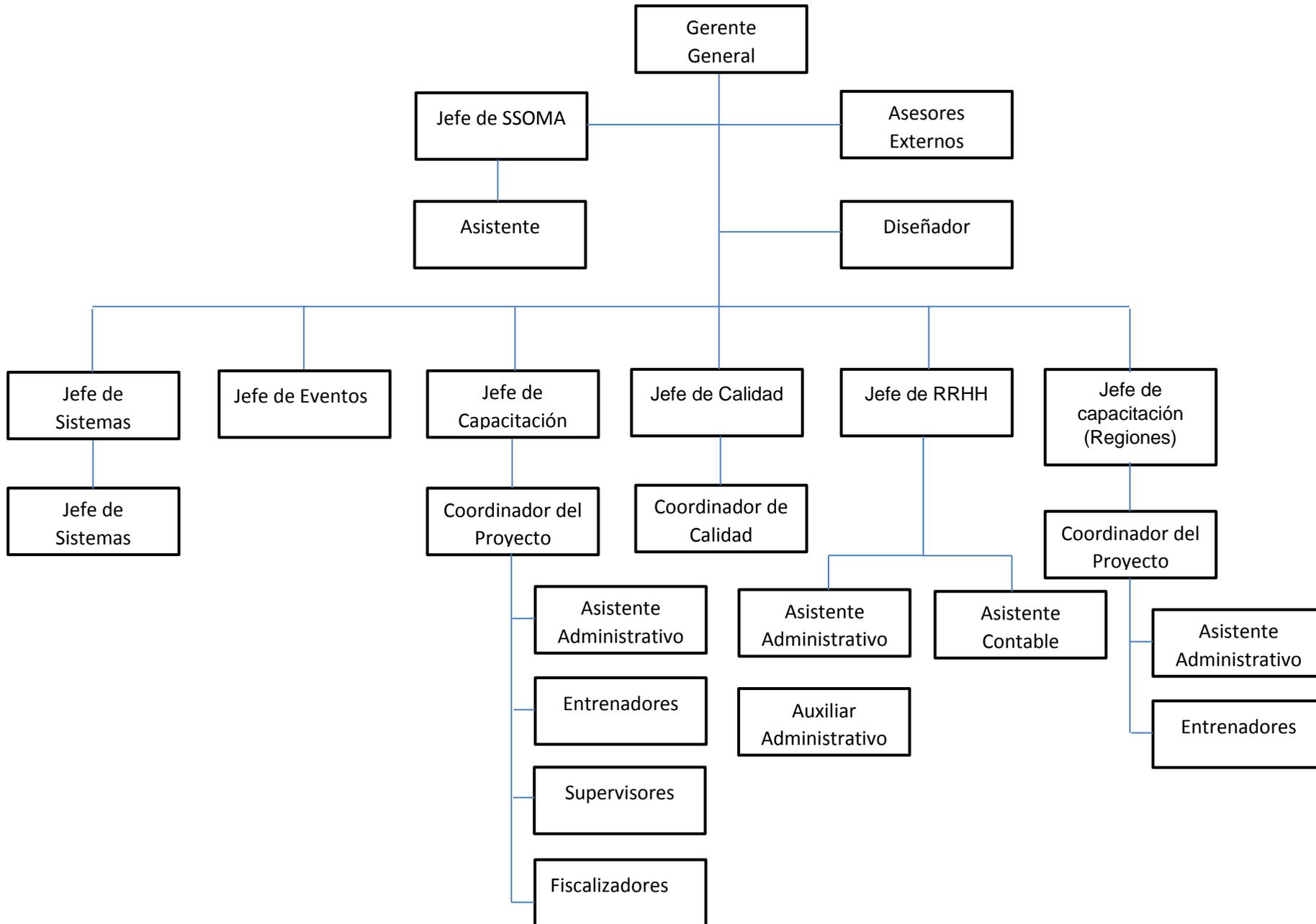
### **1.1 Misión**

“Promover y apoyar la gestión de la Seguridad y Salud Ocupacional en la minería peruana mediante la capacitación continua, difusión de las mejores prácticas e involucramiento a todos los actores interesados.”

### **1.2 Visión**

“Lograr una minería peruana sin accidentes ni enfermedades ocupacionales.”

### 1.3 Organigrama



	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-009 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :4 de 24	
---	---	---	---

## **2. ADMINISTRACION DEL MANUAL**

### **2.1 Objeto y Campo de Aplicación**

El presente Manual de la Calidad describe el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) para todos los procesos relacionados al servicio de capacitación.

### **2.2 Contenido**

Este Manual de la Calidad contiene los compromisos y lineamientos del SGC para las actividades relacionadas al servicio de capacitación. Los capítulos de este manual mantienen el orden y contienen todos los requisitos de la norma ISO 9001:2015, los mismos que han sido implementados por ISEM.

## **3. EXCLUSIONES**

El Sistema de Gestión de la Calidad descrito en este Manual excluye:

- Requisito 8.5.1 f) Validación y revalidación periódica de los procesos de la producción y de la prestación del servicio, debido a que se tienen controles y criterios de aceptación definidos en cada etapa de los procesos.
- Requisito 7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones, debido a que en los procesos no se utilizan equipos que afecten a la confiabilidad de la información.

## **4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN**

### **4.1 Comprensión y su contexto**

El ISEM, para el alcance descrito en el punto 4.3, ha determinado las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica, y que afectan la capacidad de lograr los objetivos establecidos en el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-009 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :5 de 24	
---	---	---	---

El último trimestre del año, los Jefes de Áreas realizan un análisis de los factores internos y externos, las estrategias son revisadas y plasmadas en el Plan de la Calidad del siguiente año.

#### **4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas**

El ISEM, realiza la identificación de las partes interesadas y los requisitos de éstas en el SGC. El análisis de la información es plasmada en el Plan de la Calidad.

Los clientes y miembros objetivos son considerados como Parte interesada, sus requisitos se detallan en el Plan de la Calidad.

#### **4.3 Determinación del alcance del SGC**

El ISEM, ha determinado su alcance del SGC, considerando:

- Las cuestiones internas y externas (FODA)
- Los requisitos de las partes interesadas
- La calidad del servicio

El alcance del SGC comprende los siguientes procesos:

- Proceso de requerimiento del cliente
- Proceso de diseño
- Proceso de Planificación
- Proceso de ejecución
- Proceso de cierre

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-009 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :6 de 24	
---	---	---	---

La descripción del alcance del SGC se detalla en el ***Plan de la Calidad***. El desarrollo de las actividades que se realizan para la realización del servicio se encuentra indicado en los procedimientos, Ficha de caracterización de procesos, Matriz de requisitos de calidad y Ficha de Indicadores del proceso y en el Capítulo 8 del manual.

#### **4.4 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos**

El ISEM, cuenta con un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) establecido, el cual se encuentra debidamente documentado, se mantiene y mejora continuamente de acuerdo a los requisitos de la norma ISO 9001:2015. Esto con el fin de asegurar los servicios ofrecidos a sus clientes, cumplan con los requisitos especificados, los legales, reglamentarios y normativas internas de la Organización.

Para las actividades comprendidas en el alcance del SGC, el ISEM, cuenta con Procedimientos, Instructivos, Ficha de caracterización de procesos, Matriz de requisitos de calidad y la Ficha de indicadores del proceso, en los cuales se definen:

- Los procesos que forman parte del Sistema de Gestión de la Calidad; así como su secuencia, interacción y mejora.
- Se define y documenta la manera en la cual se cumple con los requisitos de sus clientes y de las partes interesadas.
- Los objetivos puntuales y medibles de ISEM.
- Los indicadores que resultan de la medición y análisis del seguimiento a estos procesos.
- Roles y responsabilidades
- Identificación de riesgos y oportunidades

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-009 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :7 de 24	
---	---	---	---

## 5. LIDERAZGO

### 5.1 Liderazgo y compromiso

#### 5.1.1 Generalidades

La Gerencia de ISEM demuestra su compromiso y liderazgo respecto al SGC:

- Estableciendo la Política y Objetivos de la Calidad
- Asegurando la integración de los requisitos del SGC.
- Promoviendo la mejora continua, el enfoque a procesos y el pensamiento basado en riesgos
- Liderando las reuniones de Análisis de Datos del SGC
- Dotando los recursos necesarios para el funcionamiento del SGC
- Comunicando la importancia y asegurando el logro de resultados del SGC
- Apoyando a los colaboradores de ISEM para el logro de la eficacia del SGC.

#### 5.1.2 Enfoque al cliente

La Gerencia demuestra su compromiso y liderazgo con respecto al enfoque al cliente:

- Determinando, comprendiendo y cumpliendo los requisitos de los clientes, legales y/o reglamentarios. Para ello, verifica las necesidades de los clientes y partes interesadas sean entendidas en todos los niveles, a través del análisis de los resultados de las estadísticas relacionadas a las solicitudes, quejas/reclamo de los clientes y del nivel de satisfacción de las mismas

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-009 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :8 de 24	
---	---	---	---

- Determinando y considerando los riesgos y oportunidades que pueden afectar a la conformidad del servicio y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente.
- Manteniendo el enfoque en el aumento de la satisfacción del cliente, a través de encuestas realizadas al finalizar los cursos de capacitación.

## 5.2 Política

### 5.2.1 Establecimiento y comunicación de la política de la calidad

La Política y Objetivos de la Calidad han sido aprobados por la Gerencia, la cual se asegura de que esta Política sea adecuada para el propósito de los servicios que ofrece y lo revisa continuamente para determinar su adecuación. Asimismo, es comunicada, entendida dentro de ISEM y está disponible para las partes interesadas en caso lo requieran.

- **Política de Calidad**

El Instituto de Seguridad de Minera (ISEM), es una asociación privada sin fines de lucro, conformada por las empresas mineras industriales y comerciales; y por personas naturales; cuyo objetivo principal es contribuir a mejorar el nivel de seguridad en las minas peruanas mediante la capacitación, entrenamiento y difusión de las mejores prácticas disponibles en la actividad minera.

Nuestra empresa está comprometida a:

- ✓ Desarrollar y mantener el sistema de gestión de calidad, medio ambiente, seguridad y salud ocupacional bajo el esquema de la mejora continua

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b> <b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Código :SGC-OD-SG-009 Versión : 01 Página :9 de 24	
---	---	--	---

- ✓ Cumplir con la normatividad legal y otras que ISEM suscriba
- ✓ Brindar productos y servicios de acuerdo a los requerimientos de nuestros clientes con énfasis en alto rendimiento académico, cordial y oportuno.
- ✓ Prevenir y minimizar la contaminación generada por nuestros residuos, con una actitud responsable hacia el medio ambiente
- ✓ Prevenir y minimizar riesgos en seguridad y salud ocupacional de las personas vinculadas a ISEM.

Agosto, 2017

Gerencia General

- **Objetivos de la Calidad**

1. Brindar un eficaz servicio de capacitación basado en el cumplimiento de plazos
2. Brindar una enseñanza de calidad a través del buen desempeño de los docentes
3. Contar con personal competente
4. Incrementar la satisfacción de nuestros clientes
5. Mejorar continuamente la eficacia del SGC

### **5.2.2 Roles, responsabilidades y autoridades.**

Todas las responsabilidades, autoridad e interrelaciones de los servidores que conforman el ISEM y que están dentro del alcance del sistema implementado, se encuentran definidas y documentadas en el Manual de Organización y Funciones.

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-009 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :10 de 24	
---	---	--	---

Asimismo, el Coordinador en Gestión de Calidad es designada por la Gerencia para informar a la Alta Dirección lo relacionado con el establecimiento, desarrollo, mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión de la Calidad implementado según los requisitos de la norma ISO 9001:2015, y tiene la responsabilidad de:

- Asegurar que se establezcan, implementen y mantengan los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Informar a la Gerencia sobre el Sistema de Gestión de la Calidad y de cualquier necesidad de mejora.
- Asegurar que se promueva la toma de conciencia de los requisitos de los clientes en todos los niveles de la organización.
- Asegurar que se mantenga la integridad del SGC cuando se planifican e implementan cambios en el SGC.

## **6. PLANIFICACIÓN**

### **6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades**

El ISEM considera el análisis del contexto organizacional, la comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas y determina los riesgos y oportunidades que es necesario abordar para asegurar que el SGC logre los resultados previstos, aumente los efectos deseables, prevenga y reduzca efectos no deseados y logre la mejora. Para ello, cuenta con el Procedimiento para la administración de los riesgos.

### **6.2 Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos**

El despliegue de los objetivos de la calidad se encuentra descrito en el Plan de la Calidad.

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-009 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :11 de 24	
---	---	--	---

La Gerencia y Jefaturas de las Áreas aseguran de que se planifiquen las actividades con el fin de cumplir los requisitos de la norma ISO 9001:2015, así como los objetivos de la calidad indicados en el Plan de la Calidad. Estos cambios en el sistema de gestión de la calidad son revisados y analizados en las reuniones de Análisis de Datos del SGC y Revisiones por la Dirección.

### **6.3 Planificación de los cambios**

Los cambios en los procesos de ISEM se llevan de manera planificada, considerando su propósito, consecuencias potenciales, la integridad del SGC, disponibilidad de recursos, asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades. Para ello, cuenta con el Procedimiento para la gestión del cambio.

## **7. RECURSOS**

### **7.1 Recursos**

#### **7.1.1 Generalidades**

#### **7.1.2 Personas**

En el Manual de Organización y Funciones, el ISEM ha determinado y proporcionado las personas necesarias para la implementación eficaz de su SGC y para la operación sus procesos.

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-009 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :12 de 24	
---	---	--	---

### 7.1.3 Infraestructura

El ISEM, a través del Jefe del Área de Administración, determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos de sus procesos, los que se encuentran descritos en el presente Manual de la Calidad.

La infraestructura requerida por ISEM, considera los espacios de atención a los clientes, oficinas y ambientes donde realizan sus actividades; los equipos y dispositivos de apoyo, tanto informáticos, como otros que pueda requerir, lo que da el soporte necesario para la continuidad del servicio brindado.

El ISEM, realiza el mantenimiento correctivo y preventivo de los equipos informáticos utilizados en los procesos.

### 7.1.4 Ambiente para la operación de los procesos

El ISEM, proporciona el ambiente de trabajo necesario para influir positivamente en la motivación y desempeño de las actividades de los servidores, con la finalidad de asegurar de una manera permanente la conformidad con los requisitos de los procesos, lo que incluye oficinas libres de ruido, humedad, temperaturas elevadas, falta de iluminación, etc. Así como una cultura organizacional de respeto a los valores y derechos de los clientes, inculcando la mística del trabajo eficaz, por la connotación que sus actividades tienen, a nivel de la administración de la justicia.

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-009 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :13 de 24	
---	---	--	---

### 7.1.5 Recursos de seguimiento y medición

El ISEM determina el seguimiento y medición necesaria para proporcionar evidencia de la conformidad de los procesos relacionados al servicio de capacitación

### 7.1.6 Conocimientos de ISEM

El ISEM determina los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad del servicio. Para ello, cuenta con el Procedimiento para la gestión del cambio, en el cual se detalla el uso del Registro de Lecciones Aprendidas.

## 7.2 Competencia

Gestión de Personas es un proceso de apoyo a cargo del Área de Recursos Humanos

Los procedimientos comprenden actividades relacionadas a:

- Incorporación del personal
- Desarrollo de personas
- Bienestar social, seguridad y salud en el trabajo
- Gestión de compensaciones

La selección, contratación, inducción, capacitación y evaluación del desempeño de los colaboradores de ISEM, se desarrollan acorde con la legislación de cada curso, garantizando los principios de mérito, igualdad de oportunidades, profesionalismo y transparencia.

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b> <b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-009 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :14 de 24	
---	---	--	---

Cuando se contrata a nuevos servidores, se realiza una selección de acuerdo a los criterios definidos en los siguientes procedimientos:

- Procedimiento de elaboración del programa de capacitación
- Procedimiento de evaluación al personal
- Procedimiento de Selección del personal

El ISEM proporciona formación y las acciones necesarias para asegurar la competencia del colaborador, identificando las necesidades de capacitación, evaluando la eficacia de las acciones tomadas y asegurando que los colaboradores sean conscientes de la importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad.

### **7.3 Toma de conciencia**

A través de las inducciones, comunicaciones internas, el ISEM se asegura que los servidores tomen conciencia de:

- La política y objetivos de la Calidad
- Su contribución a la eficacia del SGC, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño
- Las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del SGC

### **7.4 Comunicación**

La comunicación interna se lleva a cabo en reuniones de coordinación con los Jefes, en las cuales se comunican temas relacionados al SGC y a otros temas administrativos y de mejora para los procesos, asimismo se utilizan diferentes instrumentos de comunicación como informes y memorandos.

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b> <b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-009 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :15 de 24	
---	---	--	---

Para reforzar la comunicación interna con todos los colaboradores de ISEM, el Área de Recursos Humanos cuenta con el Procedimiento para la comunicación interna en ISEM.

Para las comunicaciones externas, ISEM cuenta con la Matriz de comunicaciones externas.

### 7.5 Información documentada

Los niveles de documentación del SGC de ISEM se encuentran descritos en el Procedimiento para el control de la información documentada. Asimismo, en dicho procedimiento se contemplan requisitos para la aprobación, revisión y actualización de documentos normativos internos y externos.

El ISEM ha establecido y mantiene un Manual de Calidad que incluye:

- a) El Alcance del SGC, se encuentra detallado en el punto 3 del presente Manual
- b) La referencia a los documentos en los cuales se detallan los procesos que se desarrollan dentro del alcance del SGC, así como los procedimientos asociados, los cuales son consistentes con la Política de la Calidad, los Objetivos de la Calidad y los requisitos de la norma ISO 9001:2015.
- c) La descripción de la interacción entre los procesos del SGC, de los cuales se distinguen en tres grupos. Estos son: Procesos estratégicos, Procesos operativos y Procesos de Apoyo.

Existen procesos que pueden afectar a la calidad de los servicios que ofrece el ISEM, los cuales son realizados por terceros y se encuentran debidamente controlados. El detalle de estos procesos y sus respectivos controles se encuentra en los procedimientos del proceso y Matriz de Requisitos de Calidad.

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-009 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :16 de 24	
---	---	--	---

Se ha establecido el Procedimiento de control de la información documentada para la identificación, recolección, almacenamiento, protección, acceso, tiempo de retención y eliminación de registros. Los registros relacionados con auditorías internas, revisiones por la dirección y acciones correctivas y preventivas, se encuentran bajo la custodia y responsabilidad del Coordinador de Gestión de Calidad.

## **8. OPERACIÓN**

### **8.1 Planificación y control operacional**

Para lograr una adecuada planificación, el ISEM establece los objetivos de la calidad y los requisitos para cada proceso involucrado, documentándolo y proporcionándole recursos específicos. Así mismo, en el Procedimiento para el inicio, ejecución y cierre de Cursos de Capacitación se establece los tiempos y plazos de las actividades para la gestión eficaz de los procesos.

Las actividades de verificación, validación y control para el servicio que ofrece y los registros necesarios, se detallan en los procedimientos de cada proceso principal.

### **8.2 Requisitos para los productos y servicios**

#### **8.2.1 Comunicación con el cliente**

La comunicación con los clientes de ISEM se realiza de manera personal, por vía telefónica, e-mail y a través de la página web de ISEM. Las consultas o modificaciones son atendidas por el Jefe de Capacitación.

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-009 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :17 de 24	
---	---	--	---

### **8.2.2 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio**

El ISEM identifica los requisitos explícitos e implícitos de los clientes, así como los requisitos legales y reglamentarios, incluyendo los requisitos necesarios para el adecuado desarrollo de los procesos y los posteriores al mismo, según lo presentado en Ficha de caracterización del proceso y Matriz de requisitos de calidad

### **8.2.3 Revisión de los requisitos relacionados con el servicio**

El ISEM revisa los requisitos a través de reuniones con los Jefes de Áreas y Gerencia para analizar los flujos de información y documentación relacionados con los procesos, para asegurar la capacidad de cumplirlos.

### **8.2.4 Cambios en los requisitos del servicio**

El ISEM se asegura que cuando se cambien los requisitos de los servicios, se actualicen y difundan los documentos normativos del SGC, de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de control de la información documentada.

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-009 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :18 de 24	
---	---	--	---

### **8.3 Diseño y Desarrollo**

El ISEM, ha determinado actividades a seguir para la elaboración del Contenido del curso, correspondiente a cada uno de los cursos que brinda en el servicio de capacitación. Para ello, cuenta con el Procedimiento para el Diseño y Desarrollo.

### **8.4 Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente**

El ISEM realiza la programación y atención de requerimientos de compras así como la verificación de la conformidad del servicio, para ello cuenta con el Procedimiento para la selección y evaluación de proveedores y el Procedimiento de compra de Bienes y Servicios.

Los proveedores del Servicio de Capacitación son evaluados a través del Procedimiento para la Selección, inducción, Capacitación, Evaluación y Reevaluación de Entrenadores Externos.

### **8.5 Producción y Prestación del Servicio**

#### **8.5.1 Control de la Producción y Prestación del Servicio**

El ISEM controla sus procesos a través de la aplicación de los procedimientos documentados, que se encuentran referidos en los procedimientos de cada proceso, Fichas de Caracterización de procesos, Matriz de requisitos de calidad y Ficha de indicadores del proceso. El trabajo es controlado por medio de las actividades desarrolladas y los registros físicos e informáticos que de ellas se generan.

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b> <b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-009 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :19 de 24	
---	---	--	---

### **8.5.2 Identificación y Trazabilidad**

El ISEM, mantiene una adecuada identificación de las actividades que realiza, registrando esta información en los documentos establecidos para tal fin, siendo posible realizar una identificación y trazabilidad precisa de los procesos relacionados al servicio de capacitación.

### **8.5.3 Propiedad del cliente o proveedores**

El ISEM, identifica, verifica, protege y resguarda la información de sus clientes proporcionada por ellos para ser incluidos en los procesos que realiza, con la finalidad de evitar su mal uso.

Los productos entregados por los proveedores son canalizados y salvaguardados por el Área de Administración.

### **8.5.4 Preservación**

El ISEM, preserva el servicio (registros de capacitación) mediante los procesos internos y posteriores a la entrega para mantener la conformidad con los requisitos. Estos productos son identificados, manipulados solo por personas responsables de manera restringida, almacenados y protegidos.

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b> <b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-009 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :20 de 24	
---	---	--	---

### **8.5.5 Actividades posteriores a la entrega**

El ISEM, cumple los requisitos para las actividades posteriores al servicio de capacitación. Para ello, recolecta información de los clientes sobre el desarrollo del servicio brindado, con la finalidad de analizar la información y tomar acciones de mejora en caso sea necesario.

### **8.5.6 Control de cambios**

El ISEM, revisa y controla los cambios en la prestación del servicio, de acuerdo Procedimiento para la gestión del cambio.

### **8.6 Liberación del servicio**

El ISEM, realiza la verificación del cumplimiento de los requisitos del servicio y toma acciones en caso los resultados no satisfagan los criterios establecidos. Para ello cuenta con Matriz de requisitos de calidad de cada proceso.

### **8.7 Control de los servicios no conformes**

Los servicios no conformes pueden ser detectados tanto internamente como externamente:

Internamente cuando la detección ocurre al interior del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad.

Externamente cuando son los clientes o partes interesadas

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b> <b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Código :SGC-OD-SG-009 Versión : 01 Página :21 de 24	
---	---	---	---

Los mecanismos a seguir para la identificación y tratamiento del servicio no conforme, se detallan el Procedimiento para la gestión de las no conformidades.

## **9. EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO**

### **9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación**

El ISEM dentro del alcance del sistema de gestión de la calidad, planifica e implementa procesos de seguimiento, con el fin de demostrar la conformidad de los procesos y mejorar continuamente la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad. Esto se realiza a través de la realización de auditorías internas de calidad, procedimientos para controlar el servicio no conforme y mediante el uso de indicadores de desempeño de cada uno de los procesos involucrados en el alcance del SGC.

#### **9.1.1 Satisfacción del cliente**

Para evaluar el desempeño de los procesos que conforman el Sistema de Gestión de la Calidad, en relación con la satisfacción del cliente, se realiza siempre la encuesta de satisfacción al personal capacitado en cuanto finaliza el curso.

#### **9.1.2 Análisis y evaluación**

Los procesos son medidos y monitoreados para evaluar su desempeño. Estos monitoreo y mediciones incluyen aspectos como cumplimiento de plazos,

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-009 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :22 de 24	
---	---	--	---

capacidad de los procesos. Para ello, cuenta con herramientas informáticas que dan el soporte para el seguimiento oportuno.

Para el cumplimiento de plazos y capacidad de los procesos se utilizan indicadores de gestión presentados en la Ficha de indicadores del proceso

El ISEM se encarga de determinar y analizar los datos necesarios para demostrar la idoneidad del Sistema de Gestión de la Calidad y evaluar dónde se pueden realizar mejoras. Para ello, la Gerencia conjuntamente con los Jefes de las Áreas, realiza reuniones trimestrales de Análisis de datos del SGC, donde se revisa la información sobre:

- a) Satisfacción de los clientes, a través del análisis de los resultados de las encuestas.
- b) La conformidad con los requisitos de los procesos, a través del análisis de las acciones de mejora y su eficacia.
- c) Las características de los procesos y servicios, a través del análisis de los indicadores para los procesos.
- d) Mejoras en el SGC

Los acuerdos tomados en las reuniones de análisis de datos se plasman en el Acta de reunión de análisis de datos del SGC.

## 9.2 Auditorías internas

El ISEM establece la realización de supervisiones al SGC con la finalidad de verificar su cumplimiento e identificar oportunidades de mejora.

Las auditorías internas se encuentran alineadas a la ISO 19011 y se gestionan según el Procedimiento de auditorías internas

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-009 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :23 de 24	
---	---	--	---

### 9.3 Revisión por la Dirección

La evaluación de la conveniencia, adecuación y efectividad del SGC es llevada a cabo anualmente por la Gerencia, Jefes de Área y Coordinador en Gestión de Calidad. La revisión comprende la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en las cuestiones externas/internas del SGC, recursos, riesgos y oportunidades incluyendo la Política de la Calidad y los Objetivos de la Calidad.

Esta evaluación se realiza de acuerdo al Instructivo para la revisión por la Dirección.

## 10. MEJORA

### 10.1 No Conformidad y acción correctiva

Las acciones son generadas ante la detección de no conformidades en el Sistema de Gestión de la Calidad implementado; estas no conformidades pueden ser detectadas por:

- a) Proceso auditorías internas
- b) Auditorias de la Calidad (externas)
- c) Revisiones del Sistema de Gestión de la Calidad por parte de la Dirección
- d) Reclamos
- e) Informes de los procesos en cada servicio.

El Procedimiento para la gestión de las no conformidades y acciones de mejora explica los pasos a seguir para el tratamiento de las no conformidades e implementación de las acciones de mejora

	<p style="text-align: center;"><b>OTROS DOCUMENTOS</b></p> <p style="text-align: center;"><b>MANUAL DE CALIDAD</b></p>	<p>Código :SGC-OD-SG-009</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :24 de 24</p>	
---	--	--	---

## 10.2 Mejora Continua

El ISEM mejora constantemente su Sistema de Gestión de la Calidad en el alcance citado, mediante el uso de la política y los objetivos de la calidad, los resultados de las supervisiones internas, las reuniones de Análisis de Datos del SGC, el seguimiento de las acciones de mejora y la revisión por la dirección.

## Ficha Técnica del Indicador

**Proceso** : Gestión de la Información  
**Objetivo** : Asegurar que las quejas recibidas por la Organización sean respondidas en los plazos establecidos de acuerdo a la normativa vigente.

Conceptos	Definición									
<b>Nombre del Indicador</b>	Respuesta oportuna de las Alertas recibidas por la Organización									
<b>Definición</b>	El indicador mide el número de alertas recibidas y respondidas oportunamente por la Organización en relación al total de alertas recibidas.									
<b>Dimensión del Indicador</b>										
<b>Justificación</b>	El indicador responde a la necesidad de la Organización de medir el cumplimiento de los plazos de respuesta a las alertas recibidas en base al Procedimiento vigente, con la finalidad de brindar un servicio de calidad a los usuarios.									
<b>Precisiones técnicas</b>	Los plazos serán medidos de acuerdo a lo establecido en el procedimiento para la atención de alertas vigente de la Organización									
<b>Forma de Cálculo</b>	$\frac{\text{Número de alertas respondidas oportunamente en el trimestre}}{\text{Número de alertas recibidas en el trimestre}} \times 100$									
<b>VARIABLES para calcular el indicador</b>	Registro del total de alertas recibidas en el trimestre. Reporte de las alertas respondidas en el trimestre.									
<b>Fuente de Información, medios de verificación</b>	Informe Trimestral de atención de alertas.									
<b>Periodicidad de las mediciones</b>	Trimestral									
<b>Datos históricos anuales</b>	Detallar los valores alcanzados (históricos) así como los valores proyectados para los siguientes años.									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Histórico</th> <th colspan="2" style="width: 50%;">Meta</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">2015 (Base)</th> <th style="text-align: center;">2016</th> <th style="text-align: center;">2017</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">No aplica</td> <td style="text-align: center;">%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Histórico	Meta		2015 (Base)	2016	2017	No aplica	%	
	Histórico	Meta								
	2015 (Base)	2016	2017							
No aplica	%									
Año 2017										
<b>I TRIM</b>	<b>II TRIM</b>	<b>III TRIM</b>	<b>IV TRIM</b>							
%	%	%	%							
<b>Área responsable del cumplimiento del indicador</b>										

### MATRIZ DE REQUISITOS DE CALIDAD

<b>NOMBRE DEL PROCESO:</b>		<b>RESPONSABLE DEL PROCESO:</b>	
----------------------------	--	---------------------------------	--

Sub-Proceso / Actividad	REQUISITOS		Frecuencia	Responsable	Acciones a tomar en caso de incumplimiento del criterio de aceptación
	Control	Criterio de aceptación			

# **ANEXO 13**



**PROCEDIMIENTO**  
**CONTROL DE LA INFORMACIÓN**  
**DOCUMENTADA**

Código :SGC-P-SG-001  
Versión : 01  
Página :1 de 25



## CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA

	ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
<b>NOMBRE</b>			
<b>CARGO</b>			
<b>FECHA</b>			
<b>FIRMA</b>			
<b>LINK:</b>			

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>CONTROL DE LA INFORMACIÓN</b> <b>DOCUMENTADA</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-001  <b>Versión</b> : 01  <b>Página</b> :2 de 25	
---	--	--	---

## 1. OBJETIVO

Establecer un sistema para el desarrollo y creación de documentos y control de los documentos que asegure el empleo de los que están vigentes, evitando la ocurrencia de no conformidades ocasionadas por el uso de documentos obsoletos y propiciando la uniformidad de los documentos.

## 2. ALCANCE

Se aplica a todos los documentos que forman parte del Sistema de Gestión de Calidad.

Incluye las actividades de elaboración, aprobación, codificación, emisión, distribución, implementación, modificación, retiro de los documentos obsoletos y control del uso de los documentos del SGC.

## 3. DEFINICIONES

**3.1. SGC:** Sistema de Gestión de Calidad

**3.2. Documentos del SGC:** De acuerdo a lo establecido por la Norma ISO 9000:2015 “documento” es la información y su medio de soporte.

El término “Documentos del SGC” se refiere a los documentos requeridos por los Sistemas de Gestión, dentro de éstos se encuentran documentos de origen interno como: manuales, procedimientos, instrucciones, formatos, registros, entre otros; y documentos de origen externo como: normas técnicas, legislación aplicable, entre otros.

**3.3. Manual de Calidad:** Especifica el SGC de una organización.

**3.4. Procedimiento:** Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

**3.5. Documento obsoleto:** Documento que deja de estar vigente cuando sufre modificaciones que conllevan a un cambio de Versión.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>CONTROL DE LA INFORMACIÓN</b> <b>DOCUMENTADA</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-001  <b>Versión</b> : 01  <b>Página</b> :3 de 25	
---	--	--	---

**3.6. Documento eliminado:** Documento que deja de utilizarse o es remplazado por otro.

**3.7. Documento de procedencia externa:** Documento emitido por una organización externa al ISEM y que se ha identificado como necesario para el desarrollo de sus actividades.

**3.8. Instrucción:** Documento que detalla la forma de desarrollar una actividad específica en un proceso determinado. Puede incluir gráficos, esquemas, dibujos, fotografías, entre otros.

**3.9. Registros:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

**3.10.Formato:** Es un documento que da lugar a un registro cuando se utilice para anotar un control.

**3.11.Otros documentos:** Documentos que establecen determinados requisitos, ejemplo: planos, especificaciones, manuales, entre otros.

**3.12.Responsable del Proceso:** Persona encargada de un conjunto de actividades.

**3.13.Representante de la Dirección (RD):** Persona que dirige y controla el Sistema de Gestión.

#### **4. DOCUMENTOS A CONSULTAR**

No aplica

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>CONTROL DE LA INFORMACIÓN</b> <b>DOCUMENTADA</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-001  <b>Versión</b> : 01  <b>Página</b> :4 de 25	
---	--	--	---

## 5. RESPONSABILIDADES

5.1. El Coordinador del Sistema de Gestión y el RD es el encargado de la implementación y administración del SGC.

5.2. Los miembros de la Gerencia, Responsables de área/sector/sede e involucrados en el SGC son responsables del cumplimiento de las directivas establecidas en este procedimiento.

## 6. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES, PELIGROS Y RIESGOS ASOCIADOS

### 6.1. Peligros y Riesgos Asociados

No aplica.

### 6.2. Aspectos e Impactos Ambientales asociados

No aplica.

## 7. DESARROLLO

### 7.1. Encargados de Elaboración, Revisión y aprobación

Los encargados de la elaboración, revisión y aprobación de los documentos del Sistema de Gestión de la empresa se presenta en la Tabla 01:

**Tabla 01**

TIPO DE DOCUMENTO	ELABORACIÓN POR:	REVISIÓN	APROBACIÓN
Política de Calidad	Directorio/Gerencia	Gerencia/RD/Coordinador del Sistema de Gestión	Representante de la Alta Dirección de la Empresa
Manual de Calidad – Objetivos	Coordinador del Sistema de Gestión/ RD	RD	Representante de la Alta Dirección de la Empresa
Procedimiento	Representante de cada área/sector/sede	Coordinador del	Representante de la

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>CONTROL DE LA INFORMACIÓN</b> <b>DOCUMENTADA</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-001  <b>Versión</b> : 01  <b>Página</b> :5 de 25	
---	--	--	---

		Sistema de Gestión/RD	Alta Dirección de la Empresa
Instrucción	Representante de cada área/sector/sede	Coordinador del Sistema de Gestión/RD	Representante de la Alta Dirección de la Empresa
Otros documentos (Especificaciones, Planos, Manuales, matrices, entre otros.)	Representante de cada área/sector/sede	Coordinador del Sistema de Gestión/RD	Representante de la Alta Dirección de la Empresa
Formato	Representante de cada área/sector/sede	Coordinador del Sistema de Gestión/RD	Representante de la Alta Dirección de la Empresa

Para la elaboración o modificación de un documento del SGC, se debe considerar la existencia de una o más de las siguientes situaciones:

- Modificaciones en las actividades, instalaciones o de los responsables.
- Cambios en la legislación aplicable y otras normas que ISEM suscriba.
- Duplicidad del alcance.
- Existencia de no conformidades o potenciales no conformidades.
- Análisis y entrega de datos, información, reportes y otros documentos.
- Problemas en deslindar responsabilidades.
- Nuevas actividades, instalaciones o responsables.
- Resultados de auditorías.

## 7.2. Elaboración y Revisión

**7.2.1.** La necesidad de elaborar un documento puede ser generada en cualquier área/sector/sede de la empresa, que esté incluida en el SGC.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>CONTROL DE LA INFORMACIÓN</b> <b>DOCUMENTADA</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-001  <b>Versión</b> : 01  <b>Página</b> :6 de 25	
---	--	--	---

**7.2.2.** El responsable del proceso o elaboradores levantan la información necesaria para la preparación y desarrollo del documento.

**7.2.3.** Los documentos que están compuestos de varios Formatos, Registros, Reportes u otros documentos van a incluir los mismos en su lista de anexos, codificando sólo el documento base.

**7.2.4.** El responsable del proceso o elaboradores envía la propuesta del documento elaborado por e-mail, medios digitales o en físico a los revisores de las áreas involucradas (según Tabla 01), éstos revisan y derivan para aprobación (según Tabla 01).

**7.2.5.** Si producto de la revisión o aprobación se emiten observaciones para el mejoramiento del documento, estas se detallan en el mismo documento y se devuelve al elaborador del mismo modo en que la recibió.

**7.2.6.** El responsable del proceso o elaborador una vez realizado las modificaciones vuelve a remitir los documentos al revisor, si está conforme lo deriva para aprobación.

### **7.3. Aprobación**

**7.3.1.** El responsable de la aprobación del documento tienen un plazo de cinco (05) días útiles (contados desde la fecha de recepción del documento) para dar su aprobación.

**7.3.2.** En caso se tuvieran observaciones, estas se detallan en el mismo documento y se devuelve al revisor del mismo modo en que la recibió.

**7.3.3.** Una vez aprobado el documento, el Coordinador del Sistema de Gestión adecua la información, de ser necesario, a los esquemas establecidos en el presente documento, completa la información sobre: el código (utilizando la notación alfanumérica), número de Versión, persona que lo elabora, revisa y

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>CONTROL DE LA INFORMACIÓN</b> <b>DOCUMENTADA</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-001  <b>Versión</b> : 01  <b>Página</b> :7 de 25	
---	--	--	---

aprueba, fechas de elaboración, de revisión y aprobación y el número de páginas.

El Coordinador del Sistema de Gestión incluye el documento en la Lista Maestra de Control de Documentos, codificándolo según lo establecido en el presente documento.

**7.3.4.** Una vez realizado la revisión final del documento por el Coordinador del Sistema de Gestión, se imprime una copia y se busca a los responsables para que firmen en los cuadros o sellos destinados para dicho fin, como señal de conformidad.

#### **7.4. Emisión, Distribución e Implementación.**

##### **7.4.1. Emisión:**

**7.4.1.1.** El Coordinador del Sistema de Gestión conserva el documento original (en físico) y emite tantas copias impresas de dicho documento como sean necesarias en las sedes del ISEM. El Coordinador del Sistema de Gestión saca copia del documento aprobado para entregarlo oficialmente a los responsables de los procesos según Lista maestra de Distribución de Documentos Controlados, colocando el sello “COPIA CONTROLADA” en todas las hojas del documento impreso.

**7.4.1.2.** Para el resto de usuarios aplicables, el Coordinador del Sistema de Gestión prepara el documento en el formato PDF y lo comparte a través de la Red del Sistema para su lectura de acuerdo a los accesos que se consideren necesarios.

**7.4.1.3.** En caso de existir la necesidad por parte del área/sede/sector generador de enviar a imprimir algún documento a través de un proveedor, el responsable de dicha área debe canalizar la solicitud hacia el Coordinador del Sistema de Gestión, quien en un lapso no

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>CONTROL DE LA INFORMACIÓN</b> <b>DOCUMENTADA</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-001  <b>Versión</b> : 01  <b>Página</b> :8 de 25	
---	--	--	---

menor de 02 días útiles remite la respuesta de autorización de impresión verificando el documento se encuentre en versión vigente.

**7.4.1.4.** Una vez aprobada la solicitud, el responsable del área/sede/sector generador envía el formato al proveedor para que proceda con la impresión (previa autorización). En general, las áreas/sedes/sectores no pueden autorizar o ejecutar impresiones de documentos a través de un proveedor si es que no cuentan con la aprobación del Coordinador del Sistema de Gestión.

**7.4.1.5.** Las copias de los documentos (documentos sin sellos colocados por el Coordinador del Sistema de Gestión) son considerados documentos no controlados del SGC. Si por algún motivo se necesita sacar copia y/o imprimir los documentos del SGC, la solicitud debe ser canalizada a través del Coordinador del Sistema de Gestión, justificando si es para fines de revisión del documento, marketing, capacitación, inducción, entre otros; esté entrega dichas copias colocando un sello con la frase “COPIA NO CONTROLADA” en todas las hojas del documento. La solicitud de copia de un documento y la colocación del sello no es aplicable para la impresión de los formatos digitales vigentes, los cuales se imprimen según el acceso otorgado al área/sede/sector.

## **7.4.2. Distribución**

**7.4.2.1.** Se procede a distribuir físicamente los documentos a todas las personas de la Lista maestra de Distribución de Documentos Controlados, asignándoles un número de control y el cargo de la persona a quien está dirigido mediante el siguiente cuadro , el cual debe ubicarse en la primera hoja del documento:

COPIA CONTROLADA N°  
ASIGNADA A:

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>CONTROL DE LA INFORMACIÓN</b> <b>DOCUMENTADA</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-001  <b>Versión</b> : 01  <b>Página</b> :9 de 25	
---	--	--	---

De haber necesidad de recepcionar el documento de forma digital, se considerará hacer llegar la solicitud para el acceso a través de un medio digital.

Las personas de los puntos de distribución que reciben los documentos del SGC deben firmar el Registro de Entrega de Documentos del Sistema (SSOMA-F-SG-005) en señal de conformidad de la recepción.

La oficina del Coordinador del Sistema de Gestión es un punto de distribución obligatorio para todos los documentos del SGC.

**7.4.2.2.** La Política de Calidad y los Objetivos del SGC son parte del Manual de Calidad, para fortalecer su difusión se puede utilizar cuadros, afiches, tarjetas, publicaciones por medio escrito o cualquier otro medio a criterio del Coordinador del Sistema de Gestión. Estos medios para la difusión se consideran Copias No Controladas y es responsabilidad del Coordinador del Sistema de Gestión distribuir a las diferentes áreas/sedes/sectores la versión vigente de la Política y Objetivos, para que los mismos la pongan en un lugar visible en su área/sedes/sector.

**7.4.2.3.** Se archiva el documento en los files correspondientes de cada área/sector/ sede; si existe una versión anterior a ésta, debe ser entregada al momento de recibir la nueva versión; los nuevos documentos distribuidos se registran en la Lista maestra de Distribución de Documentos Controlados.

**7.4.3. Implementación:**

**7.4.3.1.** Una vez que se tenga los documentos en los files respectivos, los responsables o representantes de cada área, sede o sector involucrado son responsables de implementar el (los) documentos, realizando capacitaciones, reuniones o cualquier metodología que estime

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>CONTROL DE LA INFORMACIÓN</b> <b>DOCUMENTADA</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-001  <b>Versión</b> : 01  <b>Página</b> :10 de 25	
---	--	---	---

conveniente para asegurarse que se entienda y aplique el o los documentos.

**7.4.3.2.** Esto incluye mantener disponible el (los) documentos para su fácil ubicación, acceso, utilización o consulta, asimismo, el mantener la integridad del documento para que éstos permanezcan legibles y fácilmente identificables.

## 7.5. Modificaciones

**7.5.1.** De preferencia, las mismas personas que elaboraron los documentos deben efectuar la modificación del mismo, siguiendo el procedimiento indicado en los puntos de elaboración, revisión y aprobación.

- Luego de la revisión y aprobación respectiva, el Coordinador del Sistema de Gestión edita un nuevo documento incluyendo las modificaciones respectivas que han sido aprobadas, modifica el número de Versión, la fecha de elaboración, revisión, aprobación y el nombre de la persona que revisa y aprueba (de ser el caso); debiendo identificar el(los) párrafo(s) modificado(s) tal como se indica en el punto identificación de cambios (ver 7.8.3.– Pág. 10). Luego lo incluye en la Lista Maestra de Control de Documentos y sigue el proceso según lo estipulado en los puntos de elaboración, revisión y aprobación.
- La nueva versión obtenida considerará en el punto correspondiente a modificaciones llenar el siguiente cuadro:

VERSION	FECHA	MODIFICACIONES

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>CONTROL DE LA INFORMACIÓN</b> <b>DOCUMENTADA</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-001  <b>Versión</b> : 01  <b>Página</b> :11 de 25	
---	--	---	---

- 7.5.2.** En caso se necesite eliminar un documento del SGC por algún motivo justificado, el responsable del procedimiento comunica esta necesidad al Coordinador del Sistema de Gestión, quien valida la solicitud, procede a recabar el documento de los diferentes files para su destrucción según la Lista maestra de Distribución de Documentos Controlados y actualiza la misma, anotando el motivo de su eliminación.
- 7.5.3.** El Coordinador del Sistema de Gestión se asegura de solicitar a los representantes de cada área/sede/sector los documentos originales y las copias controladas obsoletas para su destrucción. Asimismo, el archivo digital de los formatos obsoletos deben ser eliminados por el Coordinador del sistema de Gestión y los responsables de cada área/sede/sector. Si por algún motivo los puntos de distribución deseen mantener justificadamente una copia impresa del documento obsoleto, éstos deben estar identificados con el sello con la palabra “OBSOLETO”.
- 7.5.4.** Si como resultado de modificar un documento se elimina un punto de distribución, El Representante del área/sede/sector que solicitó la distribución debe asegurarse del retiro del documento obsoleto e informar a los usuarios de dicho punto el cambio realizado y entregar la copia obsoleta al Coordinador del sistema de Gestión.
- 7.5.5.** En caso se incluyan o eliminen puntos de distribución de determinado documento, es necesario informar al Coordinador del sistema de Gestión para anotar esa información en la Lista maestra de Distribución de Documentos Controlados.
- 7.5.6.** El Coordinador del Sistema de Gestión conserva en archivo digital el original del documento obsoleto.
- 7.5.7.** Los representantes de Área/sede/sector deben revisar periódicamente los documentos con los cuales trabaja el personal, cuidando de informar al Coordinador del Sistema de Gestión la necesidad de actualizar los

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>CONTROL DE LA INFORMACIÓN</b> <b>DOCUMENTADA</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-001  <b>Versión</b> : 01  <b>Página</b> :12 de 25	
---	--	---	---

ejemplares, y deben entregar los ejemplares obsoletos de todos los lugares donde se utilicen, así como para asegurar que éstos no se maltraten ni se escriba sobre ellos. Además informan al personal a su cargo sobre el alcance de los cambios efectuados para optimizar su implementación.

## 7.6. Documentos de Procedencia Externa

- 7.6.1.** Los documentos externos cuyo uso tenga incidencia en el SGC (planos proporcionados por los clientes, manuales de maquinarias y equipos, especificaciones técnicas, hojas de seguridad, entre otros) deben ser visado por los Gerentes ó Responsables de área, sede o de sector antes de su uso o eliminación del Sistema, comunicando al Coordinador del Sistema de Gestión, para agregarlo en la Lista Maestra de Documentos Externos.
- 7.6.2.** Cada Gerente ó Responsable de área/sede/sector es responsable de conservar la copia u original de la versión vigente del documento externo (si es aplicable se emite copia controlada) y de mantenerlos actualizados oportunamente mediante la comunicación con la fuente de origen; la inclusión, modificación o eliminación de cualquiera de estos documentos debe ser comunicado al Coordinador del Sistema de Gestión quien mantiene actualizada en Lista Maestra de Documentos Externos.
- 7.6.3.** La distribución de este tipo de documentos se efectúa según el punto emisión, distribución e implementación, para lo cual el Gerente ó Responsable de área/sede/sector comunica los puntos de distribución al Coordinador del sistema de Gestión a fin de distribuir las copias controladas de los documentos externos según la Lista Maestra de distribución de Documentos Externos.
- 7.6.4.** Cuando exista una nueva versión del documento externo o sea necesario eliminar el documento, el encargado del área/sede/sector solicita autorización a su jefe inmediato para destruir dicho documento (la copia o el original recibido); de considerar necesaria su conservación lo identifica

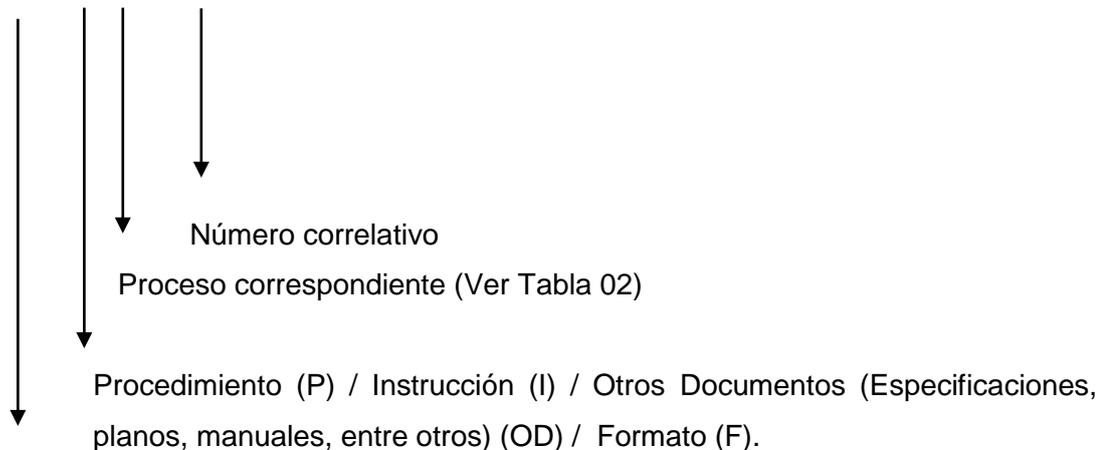
	<b>PROCEDIMIENTO</b> <b>CONTROL DE LA INFORMACIÓN</b> <b>DOCUMENTADA</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-001 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :13 de 25	
---	--	---	---

colocando de forma clara y visible el sello con la frase “OBSOLETO” para su archivo.

## 7.7. Codificación

7.7.1. El código de los documentos debe estructurarse bajo las siguientes condiciones:

**XX- P- GE - YY**



**SGC:** Sistema de Gestión de Calidad

Tabla 02

PROCESO	Directorio	Gerencia	Sistema de Gestión	Capacitación	Salud Ocupacional e Higiene	Sistemas	Contabilidad	Recursos Humanos	Mantenimiento	Recepción	Eventos	Diseño	ISEM Cajamarca	ISEM Arequipa
SIGLAS	DR	GG	SG	CA	SH O	SIS	CO	RH	MA	RE	EV	DI	IC	IA

Nota: A la fecha de aprobación del presente documento, se han definido las siglas mostradas en la tabla. Sin embargo, es posible utilizar siglas diferentes a las indicadas.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>CONTROL DE LA INFORMACIÓN</b> <b>DOCUMENTADA</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-001  <b>Versión</b> : 01  <b>Página</b> :14 de 25	
---	--	---	---

La creación de nuevas siglas debe ser coordinada (previo a su uso) con el Coordinador del Sistema de Gestión.

El Coordinador del Sistema de Gestión codifica los documentos en forma correlativa pero independiente en cuanto al tipo de documento, diferenciándose dos grupos:

- Procedimientos – Instrucciones – Otros documentos.
- Formatos.

### 7.8. Esquemas de presentación de los documentos

**7.8.1. Para Procedimientos e Instrucciones:** El encabezado tendrá el siguiente esquema, siendo éste igual para todas las hojas.

<b>Campo 1</b>	<b>Campo 2</b> <b>Campo 3</b>	<b>Campo 4</b>	<b>Campo 5</b>
----------------	----------------------------------	----------------	----------------

**Campo 1:** Debe contener el logotipo oficial de ISEM.

**Campo 2:** Debe contener el nombre del documento en letras mayúsculas, en negrita, tipo Arial, tamaño 16, Ejemplos:

**“PROCEDIMIENTO”, “INSTRUCCIÓN”**

**Campo 3:** Contiene el título del documento que se va a redactar, en letras mayúsculas, en negrita, tipo Arial, tamaño 10, Ejemplo:

**“CONTROL DE REGISTROS”**

**Campo 4:** Contiene la siguiente identificación del documento, en letras minúsculas, en negrita, tipo Arial, tamaño 09:

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>CONTROL DE LA INFORMACIÓN</b> <b>DOCUMENTADA</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-001  <b>Versión</b> : 01  <b>Página</b> :15 de 25	
---	--	---	---

**Código:** Alfanumérico que se le ha asignado al documento.

**Versión:** Número de la versión actual de documento; la primera Versión inicia con 01, las siguientes serán números correlativos.

**Página:** Compuesto de dos números, el primero indica el número de página correlativa y el segundo indica total de páginas del documento.

<b>Código</b>	<b>: SGC-P-SG-001</b>
<b>Versión</b>	<b>: 01</b>
<b>Página</b>	<b>: 1 de 2</b>

**Campo 5:** Debe contener el logotipo oficial de ISEM.

**7.8.2.Carátula del Documento:** El encabezado es igual que el punto anterior, en la parte media de la hoja se coloca el nombre del documento en mayúscula con tipo de letra arial 16 negrita; en la parte baja de la hoja se colocan los siguientes cuadros:

	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>	<b>APROBADO POR:</b>
<b>NOMBRE</b>			
<b>CARGO</b>			
<b>FECHA</b>			
<b>FIRMA</b>			
<b>LINK:</b>			

Como pie de página se coloca el siguiente texto:

Está prohibida la reproducción parcial o total de este documento sin la autorización del Coordinador del Sistema de Gestión

Está prohibida la reproducción parcial o total de este documento sin la autorización del Coordinador del Sistema de Gestión

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>CONTROL DE LA INFORMACIÓN</b> <b>DOCUMENTADA</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-001  <b>Versión</b> : 01  <b>Página</b> :16 de 25	
---	--	---	---

### 7.8.3. Estructura del contenido de los Procedimientos e Instrucciones:

#### 1. OBJETIVO

Establece la razón de ser del documento o instrucción que se va a describir y el beneficio de su aplicación.

#### 2. ALCANCE

Especifica el ámbito de aplicación del procedimiento (área, proceso, actividad, etc.).

#### 3. DEFINICIONES

Incluye términos específicos que servirán para facilitar la comprensión y ejecución del mismo. Los términos usados deben estar respaldados por alguna institución, norma, etc.

#### 4. DOCUMENTOS A CONSULTAR

Relación de documentos que contienen información necesaria para entender o aplicar el procedimiento, instrucción u otro documento que se está redactando.

#### 5. RESPONSABILIDADES

Incluye el/los cargos responsables de cumplir el procedimiento o ejecutar la tarea descrita en la instrucción que se está redactando. No se colocan nombres propios, sólo cargos.

#### 6. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES Y PELIGROS Y RIESGOS ASOCIADOS

**6.1. PELIGROS Y RIESGOS ASOCIADOS:** En este campo se listan los peligros y riesgos a los cuales se expone el personal como producto del desarrollo de las actividades descritas en el documento.

**6.2. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES ASOCIADOS:** En este campo se listan los aspectos e impactos ambientales a los cuales se expone el personal como producto del desarrollo de las actividades descritas en el documento.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>CONTROL DE LA INFORMACIÓN</b> <b>DOCUMENTADA</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-001  <b>Versión</b> : 01  <b>Página</b> :17 de 25	
---	--	---	---

## 7. DESARROLLO

Metodología y desarrollo concreto de todo el trabajo de forma detallada; se usan diagramas de bloque; flujos, fotos, notas, entre otros. La redacción debe ser sencilla y clara, para que todos los usuarios tengan un fácil entendimiento y comprensión del mismo. Cada vez que se mencione a los documentos del Sistema de Gestión de Calidad (Procedimientos, Instrucciones, Formatos, Otros), este es resaltado en negrita y en cursiva.

Ejemplo:

***Lista maestra de Distribución de Documentos Controlados (SSOMA-F-SG-002)***

## 8. REGISTRO

Se establece un listado de los registros que se generan como consecuencia de la aplicación del procedimiento, instructivo u otro documento generado. Por ejemplo: Formato de Requisición, Formato de Proforma, Formatos de Control de Calidad. En caso de no existir registros se establece: “No aplica”.

**9. ANEXOS:** Se establece la codificación en números romanos y el título de cada uno de los anexos que figuran en el procedimiento, los cuales están enunciados en la lista del punto anterior. En los anexos se indica, siempre, los formatos de los registros que se genera como consecuencia de la aplicación del procedimiento. Los anexos se paginan corridos como parte del procedimiento. En el caso de no existir anexos se establece “No aplica” Ejemplo: Anexo I: Formato para la primera página de los procedimientos.

**10. MODIFICACIONES:** Mediante una tabla, tal como se indica en el Tabla 3, las modificaciones que se le han efectuado al procedimiento desde la última versión. Además, se destacan los cambios en negrita y cursiva. Al primer procedimiento se le establece: “No aplicable a esta versión.”

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>CONTROL DE LA INFORMACIÓN</b> <b>DOCUMENTADA</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-001  <b>Versión</b> : 01  <b>Página</b> :18 de 25	
---	--	---	---

TABLA 3

VERSION	FECHA	MODIFICACIONES

**7.8.4. Para presentación de Formatos de Registro** (para Revisión y aprobación), solo se sigue el esquema del Campo 1 al campo 3 detallado en el punto anterior (7.8.2), pero teniendo en consideración los siguientes cambios:

- Campo 02: "FORMATO"
- En la parte baja de la hoja se coloca el siguiente cuadro:

	ELABORADO POR:	REVISADO POR:
NOMBRE		
CARGO		
FECHA		
FIRMA		

- Se debe aplicar el cuadro anterior solo a los formatos originales (custodiados por el Coordinador del Sistema de Gestión), las copias de estos formatos solo debe llevar su codificación y el número de versión respectiva.
- Se debe consignar en la parte inferior derecha del contenido del formato la siguiente codificación: SGC-F-SG-YYY-ZZZ, donde ZZZ representa el número de Versión en la que se encuentra este documento.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>CONTROL DE LA INFORMACIÓN</b> <b>DOCUMENTADA</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-001  <b>Versión</b> : 01  <b>Página</b> :19 de 25	
---	--	---	---

- Para aquellos formatos que por su contenido o tamaño no se puedan incluir los esquemas descritos anteriormente en el presente procedimiento, solo se usa la siguiente identificación: SGC-F-SG-ZZZ, donde ZZZ representa un número correlativo de formato.
- La estructura del contenido del formato es libre, debe presentar campos en blanco suficientes para colocar los datos o resultados de diferente tipo, esto con el objeto de contar con evidencia del desempeño de las actividades realizadas.
- Aquellos Formatos, registros u otros que hayan sido impresos antes de la implementación SGC quedará como tal sin codificación hasta que se agote su stock de unidades.
- Todos aquellos registros que salgan de un software se identifica con el nombre de sus respectivos documentos.

**7.8.5. Para la presentación de Otros documentos del Sistema,** se puede proceder de dos maneras:

- Seguir el esquema detallado del Campo 1 y el Campo 3, no se considera en el Campo 02 y siendo la estructura del contenido libre.
- Presentar los documentos con esquema y estructura de contenido libre, pero identificándolos con el siguiente cuadro en la parte superior derecha:

<b>Código</b>	:
<b>Versión</b>	:
<b>Página</b>	:

## 7.9. Identificación de Cambios

**7.9.1. Procedimientos, Instrucciones y Otros:** Con la finalidad de facilitar la identificación de cambios, se estipula proceder como lo indica el punto 7.8.3 en lo correspondiente a modificaciones (10)

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>CONTROL DE LA INFORMACIÓN</b> <b>DOCUMENTADA</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-001  <b>Versión</b> : 01  <b>Página</b> :20 de 25	
---	--	---	---

**7.9.2. Cuando un documento cambia:** Se introduce una nueva versión del mismo, el cual es emitido y distribuido según lo estipulado en emisión, distribución e implementación.

**7.9.3. Formatos:** Para este tipo de documentos, los cambios en la estructura del contenido se identifican mediante la comparación de la versión vigente contra la versión obsoleta. El Coordinador del Sistema de Gestión deberá recibir del representante de área/sede/sector el nuevo formato con las modificaciones diferenciadas.

## 7.10. Control de Registros

### 7.10.1. Identificación:

Se efectúa por el código asignado según ítem 7.7 y/o el título del registro, bajo esta codificación el responsable de calidad incluye el registro en la Lista Maestra de Control de Registros.

### 7.10.2. Modificación y Legibilidad

En caso los registros sean modificados, se procede a tachar el valor y/o texto modificado colocando las iniciales del personal que lo realizó de acuerdo al registro Lista de acrónimos (Código XXX).

El personal del ISEM es responsable de mantener los registros legibles; estos registros deben estar presentados con una estructura adecuada.

### 7.10.3. Recopilación / Recuperación

La recopilación de los registros se realiza mediante files físicos y/o carpetas electrónicas, las mismas que son almacenadas en cada área y servidor de RED respectivamente. Asimismo, el Dueño del proceso verifica que todos los casilleros deben ser llenados adecuadamente, en caso que existan vacíos (no hay datos) se deben invalidar los casilleros con líneas u otro artificio apropiado.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>CONTROL DE LA INFORMACIÓN</b> <b>DOCUMENTADA</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-001  <b>Versión</b> : 01  <b>Página</b> :21 de 25	
---	--	---	---

La recuperación de los registros electrónicos se realiza mediante el back up de forma automática de la RED y es de responsabilidad del área de Soporte Técnico de Corporativo.

**7.10.4. Acceso:**

Para tener acceso a la información relativa a la ubicación y vigencia de los registros, la persona que lo requiera consulta la Lista Maestra de Control de Registros.

El acceso a los registros relacionados a los clientes es bajo la responsabilidad del Dueño del proceso y la Jefatura, en resguardo de la seguridad, la protección de la información y de la confidencialidad del cliente, el acceso de uso de sus respectivas computadoras personales es a través una contraseña (password).

De igual forma para prevenir el acceso o corrección no autorizada de los registros almacenados electrónicamente, las computadoras a usar cuenta con una contraseña para su inicio.

**7.10.5. Tiempo de conservación:**

Para el control de los archivos se tendrá en cuenta el valor temporal y permanente de los documentos. Los documentos de valor temporal son aquellos que por su contenido dejan de ser imprescindibles una vez cumplido el fin administrativo que los originó. Los documentos de valor permanente son los relativos a los asuntos administrativos, fiscales, contables, así como los referidos a la información técnica y atribuciones de la empresa entre otros, los archivos activos son los correspondientes al año en curso y los pasivos son los correspondientes a años anteriores.

Todos los registros de calidad deben ser conservados por un periodo no menor de 4 años. En el caso de los informes de ensayo y certificados estos se almacenarán

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>CONTROL DE LA INFORMACIÓN</b> <b>DOCUMENTADA</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-001  <b>Versión</b> : 01  <b>Página</b> :22 de 25	
---	--	---	---

por espacio de 4 años, de manera que la información que contengan sea recuperable para fines estadísticos o cuando sea requerido por el cliente.

#### **7.10.6. Eliminación / Disposición:**

Cumplido el tiempo de conservación establecido deben ser adecuadamente eliminados, a través de su destrucción ó incineración. La eliminación de documentos debe ser autorizada por el Coordinador del Sistema de Gestión, para lo cual Jefe del ISEM deberá presentar la relación de documentos a eliminar.

#### **5.13.7 Registros Técnicos:**

El reporte de ensayo dependiendo del tipo de ensayo, deben contener información suficiente para facilitar la identificación de los factores que afectan la incertidumbre, ya sea condiciones medioambientales como temperatura y humedad relativa, tipo de muestra, lote del reactivo utilizado y la identificación del responsable de ensayo.

Así como también estos registros deben ser firmados por el Dueño del proceso o jefe de área, el cual se encarga de la verificación de los resultados. El mismo que asegura que sean legibles y que el servicio sea trazable.

El personal que cometa errores en los registros físicos tacha el error y anota el valor correcto al costado y las iniciales de su nombre y apellido, no se permite el uso de corrector líquido.

## **8. REGISTROS**

Los registros generados en la aplicación de este procedimiento son:

- Lista Maestra de Control de Documentos
- Lista maestra de Distribución de Documentos Controlados

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-001  <b>Versión</b> : 01  <b>Página</b> :23 de 25	
---	--	---	---

- Lista Maestra de Documentos Externos
- Lista Maestra de distribución de Documentos Externos
- Registro de Entrega de Documentos del Sistema
- Lista Maestra de Registros

Estos registros son conservados en por el Coordinador del Sistema de Gestión, pudiendo estar en copia impresa o en medios que se estime conveniente.

## 9. ANEXOS

### ANEXO Lista Maestra de Control de Documentos

LISTA MAESTRA DE CONTROL DE DOCUMENTOS						
Nombre del documento	Código	Área/Sede/Sector generador	Versión	Fecha de aprobación	Estado*	Observación

\*Estado: Actual (A) u obsoleto (Ob)

### ANEXO II: Lista maestra de Distribución de Documentos Controlados

LISTA MAESTRA DE DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS CONTROLADOS							
Nombre del documento	Código	Área/Sede/Sector generador	Fecha de aprobación	Versión	Característica*	Estado**	Observación

\*Característica: Documento Original (DO), Copia Controlada N° (CC N°) o copia no controlada (CNC).

\*\*Estado: Actual (A) u obsoleto (Ob)

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	Código :SGC-P-SG-001	
	<b>CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>	Versión : 01	
		Página :24 de 25	

ANEXO III: Lista Maestra de Documentos Externos

LISTA MAESTRA DE DOCUMENTOS EXTERNOS						
Nombre del documento	Código	Área/Sede/Sector generador	Versión	Fecha de aprobación	Estado*	Observación

\*Estado: Actual (A) u obsoleto (Ob)

ANEXO IV: Lista Maestra de distribución de Documentos Externos

LISTA MAESTRA DE DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS A EXTERNOS							
Nombre del documento	Código	Área/Sede/Sector generador	Fecha de aprobación	Versión	Característica*	Estado	Observación

\*Característica: Documento Original(DO), Copia Controlada N° (CC N°) o copia no controlada (CNC).

\*\*Estado: Actual (A) u obsoleto (Ob)

ANEXO V: Registro de Entrega de Documentos del Sistema

REGISTRO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS										
Nombre del documento	Código	Área/Sede/Sector generador	Versión	Fecha de aprobación	Receptor	Fecha de recepción	Estado*	Característica**	Observación	Firma

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p style="text-align: center;"><b>CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b></p>	<p>Código :SGC-P-SG-001</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :25 de 25</p>	
---	---	---	---

\*Característica: Documento Original(DO), Copia Controlada N° (CC N°) o copia no controlada (CNC).

\*\*Estado: Actual (A) u obsoleto (Ob)

**10. MODIFICACIONES**

No aplica

# ANEXO 14



**PROCEDIMIENTO**  
**ADMINISTRACIÓN DE LOS RIESGOS**

Código :SGC-P-SG-002

Versión : 01

Página :1 de 10



## ADMINISTRACIÓN DE LOS RIESGOS

	ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
<b>NOMBRE</b>			
<b>CARGO</b>			
<b>FECHA</b>			
<b>FIRMA</b>			
<b>LINK:</b>			

	<b>PROCEDIMIENTO</b> <b>ADMINISTRACIÓN DE LOS RIESGOS</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-002 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :2 de 10	
---	--	--	---

## 1. OBJETIVO

Definir la metodología a seguir para gestionar de manera eficaz la planificación, identificación, valorización y respuesta de los riesgos a los procesos en el ISEM

## 2. ALCANCE

Este procedimiento se aplica a todos los procesos que se desarrollan en el ISEM

## 3. DEFINICIONES

**3.1 Incidencias:** Cualquier evento o situación que no siga los lineamientos establecidos en los documentos normativos debido a factores internos o externos.

**3.2 Riesgo:** Efecto de la incertidumbre sobre los objetivos de los procesos de el ISEM.

**3.3 Probabilidad:** La posibilidad de ocurrencia del riesgo, ésta puede ser medida con criterios de frecuencia o teniendo en cuenta la presencia de factores internos y externos que puedan propiciar el riesgo, aunque éste no se haya materializado.

**3.4 Impacto:** Las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.

**3.5 Riesgo residual:** Es aquel que permanece después que el Jefe de área apruebe las acciones de control propuestas por los Coordinadores, las mismas que son necesarias para reducir la probabilidad y consecuencia del riesgo.

## 4. DOCUMENTOS A CONSULTAR

No aplica

	<b>PROCEDIMIENTO</b> <b>ADMINISTRACIÓN DE LOS RIESGOS</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-002 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :3 de 10	
---	--	--	---

## 5. Responsabilidades

- Gerente : Aprobar la “Matriz de riesgo” de cada proceso
- Jefes de área : Proponer los planes de acción aprobados como respuesta al riesgo  
Implementar los planes de acción
- Coordinadores de área : Analizar el proceso y recomendar los planes de acción para la respuesta al riesgo.  
Identificar las situaciones que generen alguna desviación al proceso y registrarlas.
- Coordinador/a en Gestión de Calidad : Ingresar los riesgos y planes de acción al formato de Solicitud y Seguimiento de Acción de Mejora y realizar su seguimiento.  
  
Revisar las propuestas de Respuesta al riesgo.

## 6. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES, PELIGROS Y RIESGOS ASOCIADOS

### 6.1 Peligros y Riesgos Asociados

No aplica.

### 6.2 Aspectos e Impactos Ambientales asociados

No aplica.

## 7. DESARROLLO

### 7.1 Identificación de los riesgos

- 7.1.1 Los riesgos son identificados en el desarrollo de los procesos a través de incidencias, visitas de supervisión, reuniones de seguimiento u otros así como también de las quejas/reclamos/denuncias/alertas del cliente

	<b>PROCEDIMIENTO</b> <b>ADMINISTRACIÓN DE LOS RIESGOS</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-002 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :4 de 10	
---	--	--	---

y/o partes interesadas

- 7.1.2 Todo el personal del ISEM, responsable de la ejecución de las actividades desarrolladas en cada proceso identifica incidencias presentadas, mismas que son evaluadas de manera periódica por los Coordinadores de las áreas, ésta evaluación puede realizarse preferentemente utilizando la herramienta “Gráfico de Pareto”
- 7.1.3 Para el caso de Quejas/Reclamos/Denuncias/Alertas, visitas de supervisión y reuniones de seguimiento y análisis de los procesos. Los riesgos son identificados utilizando de preferencia, la herramienta “Diagrama Causa – Efecto”
- 7.1.4 Finalmente los riesgos son registrados en el formato “Identificación de riesgos”, donde se plasma el subproceso, objetivo, riesgo, causas y efectos.

## 7.2 Clasificación de los riesgos

7.2.1 Los riesgos se clasifican en:

- **Riesgo estratégico:** Se asocia a la forma en que se administra el ISEM. El manejo del riesgo estratégico se enfoca en asuntos globales relacionados con la misión, políticas y el cumplimiento de los objetivos estratégicos.  
Son identificados en los procesos de planeamiento, seguimiento y evaluación, supervisión y gestión de la calidad.
- **Riesgo operativo:** Comprende riesgos relacionados a la parte operativa como técnica, incluye riesgos provenientes de deficiencias en los sistemas de información, en la definición de los procesos, en la estructura organizacional, lo cual conduce a ineficiencias, incumplimiento de requisitos y oportunidades de corrupción.

	<b>PROCEDIMIENTO</b> <b>ADMINISTRACIÓN DE LOS RIESGOS</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-002 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :5 de 10	
---	--	--	---

- **Riesgo financiero:** Se relaciona con el manejo de los recursos de la entidad e incluye, la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería y el manejo sobre los bienes.
  
- **Riesgos de cumplimiento:** Asociados con la capacidad del ISEM para cumplir con los requisitos legales, contractuales, de ética pública y compromiso con los clientes y partes interesadas.  
Son identificados en el proceso Legal.
  
- **Riesgos de tecnología:** Asociados a la capacidad para que la tecnología (Hardware y Software) satisfaga sus necesidades actuales y futuras y soporte el cumplimiento de su misión.

### 7.3 Valoración de los riesgos

- 7.3.1 Los Jefes de Área clasifican y valoran los eventos potenciales que impactan en los objetivos del proceso
  
- 7.3.2 El Jefe de Área evalúa los acontecimientos desde dos perspectivas (probabilidad e impacto) y usando una combinación de métodos cualitativos y cuantitativos.
  
- 7.3.3 La valoración de los riesgos se efectuará con base a la información obtenida en el registro “Identificación de riesgos”, con el fin de obtener información para determinar el nivel del riesgo y las acciones que se van a implementar.
  
- 7.3.4 Para la evaluación de la probabilidad e impacto de los riesgos se utilizan las siguientes escalas cualitativas y cuantitativas:

	<b>PROCEDIMIENTO</b> <b>ADMINISTRACIÓN DE LOS RIESGOS</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-002 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :6 de 10	
---	--	--	---

<b>Escalas de medida cualitativa PROBABILIDAD</b>	
<b>Categoría</b>	<b>Definición</b>
PROBABLE	Es muy frecuente la materialización del riesgo o se presume que llegará a materializarse.
POSIBLE	Es frecuente la materialización del riesgo o se presume que posiblemente se podrá materializar.
IMPROBABLE	Es poco frecuente la materialización del riesgo o se presume que no llegará a materializarse.

<b>Escalas de medida cualitativa IMPACTO</b>	
<b>Categoría</b>	<b>Definición</b>
DESASTROSO	Si el hecho llegara a presentarse, tendría alto impacto o efecto sobre el ISEM
MODERADO	Si el hecho llegara a presentarse, tendría medio impacto o efecto sobre el ISEM
LEVE	Si el hecho llegara a presentarse, tendría bajo impacto o efecto sobre el ISEM

- 7.3.5 La evaluación de la probabilidad de los riesgos está relacionado a su ocurrencia
- 7.3.6 La evaluación del impacto está relacionado al efecto sobre los objetivos del proceso, tiempo, costo, alcance y calidad.
- 7.3.7 Después de realizar el análisis cuantitativo y cualitativo, el Coordinador de Área procede a registrar la calificación de los niveles de riesgo en el formato “Matriz de riesgos”, dicha calificación se da de acuerdo al siguiente cuadro:

**Gráfico N° 01: Niveles de riesgo del proceso**

			Impacto		
			1	2	3
			Leve	Moderado	Desastroso
Probabilidad	Probable	3	3 Riesgo moderado	6 Riesgo importante	9 Riesgo inaceptable
	Posible	2	2 Riesgo tolerable	4 Riesgo moderado	6 Riesgo importante
	Improbable	1	1 Riesgo aceptable	2 Riesgo tolerable	3 Riesgo moderado

Niveles de riesgo	Descripción
Riesgo inaceptable	Se requiere acción inmediata. Planes de acción implementados y reportados a la Gerencia
Riesgo Importante	Se requiere atención de la Gerencia, planes de acción implementados y reportados a los Jefes de Área
Riesgo Moderado	Es administrado por actividades de control de calidad y procedimientos relacionados
Riesgo Tolerable	Menores efectos que pueden ser fácilmente remediados, es administrado por procedimientos y/o instrucciones
Riesgo aceptable	Riesgo insignificante, no se requiere ninguna acción

## 7.4 Respuesta al riesgo

7.4.1 Una vez que los riesgos son evaluados y registrados en el formato “Matriz de riesgos”, los Coordinadores de Área, determinan cómo responder a ellos. Para ello proponen acciones para la “Respuesta” y Acciones de control:

	<h2>PROCEDIMIENTO</h2> <h3>ADMINISTRACIÓN DE LOS RIESGOS</h3>	<p>Código :SGC-P-SG-002</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :8 de 10</p>	
---	---	--	---

Las acciones de “Respuesta” se basa en:

- **Evitar**, implica tomar las medidas para prevenir un riesgo adverso.
- **Reducir**, implica reducir tanto la probabilidad (medidas de prevención), como el impacto (medidas de protección)
- **Compartir**, consiste en trasladar el impacto negativo de una amenaza, junto con la propiedad de la respuesta, a un tercero.
- **Asumir**, luego de que el riesgo ha sido reducido o transferido puede quedar un riesgo residual que se mantiene, en este caso el dueño del proceso simplemente acepta la pérdida residual probable y elabora planes de contingencia para su manejo.

7.4.2 La Propuesta de Matriz de riesgos es socializada con todos los involucrados de manera directa o indirecta con el proceso a ser analizado, para ello hacen uso del Acta de reunión.

7.4.3 El Jefe de Área relacionado al proceso evalúa las respuestas al riesgo propuestas, así como los costos-beneficios y selecciona el riesgo residual dentro de las tolerancias al riesgo establecido.

7.4.4 El Coordinador de Área identifica las actividades de control que aseguren que las respuestas de los riesgos se lleven de manera adecuada y oportuna.

7.4.5 El Jefe de Área, evalúa si las actividades de control o acciones a tomar, son suficientes para asegurar la respuesta a los riesgos.

7.4.6 Para evaluar los riesgos residuales se aplica los siguientes criterios:

Criterios	Valoración del riesgo residual
No existen actividades de control	Se mantiene el nivel de riesgo inicial
Existen actividades de	Se reduce en un nivel de riesgo

	<b>PROCEDIMIENTO</b> <b>ADMINISTRACIÓN DE LOS RIESGOS</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-002 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :9 de 10	
---	--	--	---

control	inicial
Existen actividades de control eficaces	Se reduce en dos niveles del riesgo inicial

7.4.7 El Jefe de Área presenta al Coordinador en Gestión de Calidad, la Matriz de riesgos del proceso a su cargo.

## 7.5 Aprobación de Matriz de riesgos

7.5.1 La aprobación de la Matriz de riesgos es realizada por la Gerencia.

## 7.6 Implementación de la respuesta a los riesgos

7.6.1 Una vez aprobado la Matriz de riesgos del proceso, la Coordinación en gestión de la calidad ingresa los riesgos y planes de acción al Formato de Solicitud de Acción de Mejora.

7.6.2 El Jefe de Área es responsable de la implementación de la respuesta al riesgo.

7.6.3 La evaluación de la implementación adecuada y oportuna de las respuestas a los riesgos es realizado en auditorías internas de calidad, según el Procedimiento de auditorías internas del SGC.

7.6.4 Los resultados de las auditorías internas del SGC serán comunicados al Comité de Control Interno para conocimiento.

7.6.5 El seguimiento a la implementación de las acciones de mejora es realizado de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento para la gestión de las no conformidades y mejora continua.

## 8 Registros

	<b>PROCEDIMIENTO</b> <b>ADMINISTRACIÓN DE LOS RIESGOS</b>	Código :SGC-P-SG-002 Versión : 01 Página :10 de 10	
---	--	--	---

Identificación de riesgos

Matriz de riesgos

## 9 Anexos

Elaboración de un diagrama de Pareto

Elaboración de un diagrama causa-efecto

## Elaboración de un diagrama de Pareto

### 1. Definición:

Es una forma especial de gráfico de barras verticales el cual ayuda a determinar que problemas resolver y en qué orden.

Utilícelo cuando necesite mostrar la importancia relativa de todos los problemas o condiciones a fin de seleccionar el punto de inicio para la solución de problemas o para la identificación de la causa fundamental de un problema.

### 2. Principio:

La mayoría de los problemas son originados por pocas causas, también conocido como 80/20, que indica que el 80% de los problemas es originado por el 20% de las causas, y viceversa. Este principio fue enunciado por Wilfredo Pareto, de origen italiano, refiriéndose a un problema económico, postulaba que en su país el 80% de la riqueza la ostentaba el 20% de las personas.

### 3. Elaboración:

a) Decidir qué elementos se estudiarán; recoger y clasificar los datos:

- Tipo de problema.
- Datos necesarios y su clasificación.
- Método para la recolección de datos y su duración.

b) Tabular los datos y calcular los números acumulativos:

- Ordenar categorías y registrar los datos en una tabla,
- Las categorías que contengan pocos elementos se combinarán en una categoría de otros.
- Calcular y mostrar los números acumulativos.

c) Utilizar una tabla para calcular totales y porcentajes:

- Llenar la tabla por orden de cantidad.
- La categoría de “otros” siempre se ubica en el último renglón.

d) Dibujar dos ejes verticales y uno horizontal:

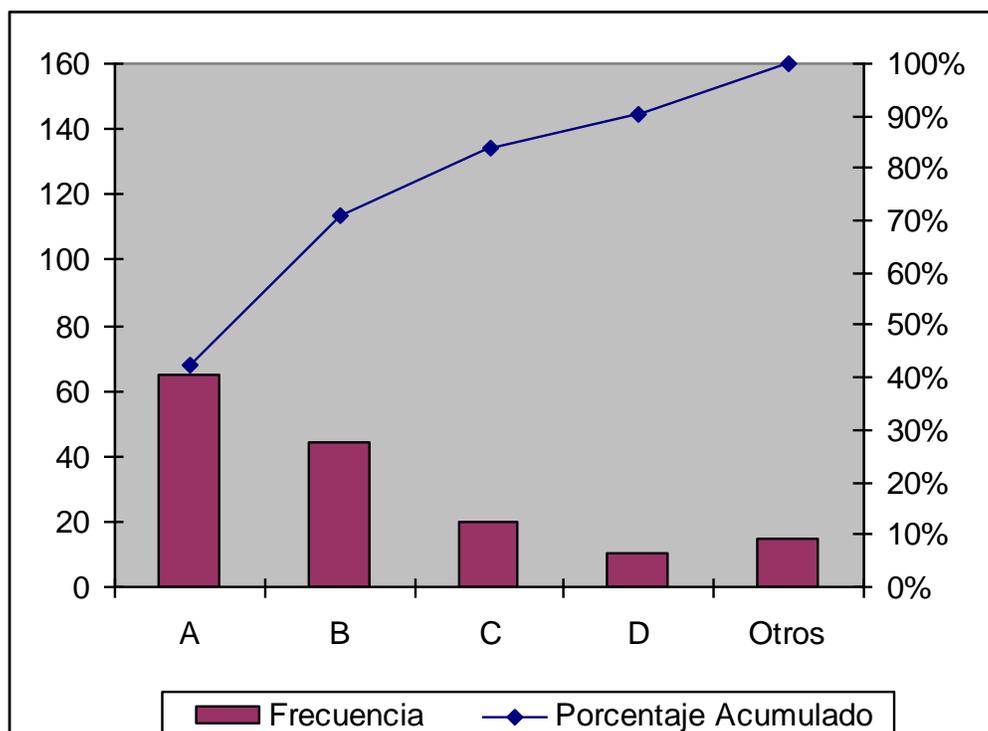
- Determinar intervalos apropiados.
- En el eje de la izquierda de 0 a “total” y el de la derecha de 0 a 100%.

## Elaboración de un diagrama de Pareto

- Eje horizontal: categorías de datos en orden descendente.
- e) Mostrar los datos como un gráfico de barras:
- En un diagrama de Pareto, las barras se dibujan una al lado de la otra y en forma descendente.
- f) Dibujar la curva acumulativa.
- g) Escribir sobre el diagrama, cualquier información necesaria:
- Título, período de tiempo, lugar, total de datos, unidades, autor, etc.
4. **Ejemplo aplicativo:**

Podemos analizar datos como por ejemplo en el análisis de reclamos de los clientes.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
A. Desempeño docente	65	42%	42%
B. Mala atención	44	29%	71%
C. Demora en entrega de certificados	20	13%	84%
D. Incumplimiento de plazos	10	6%	90%
E. Otros	15	10%	100%
TOTAL	154	100%	



## Elaboración de un diagrama Causa - Efecto

### 1. Definición:

Creado por Kaoru Ishikawa (1953), quien postulaba que el resultado de un proceso se podía atribuir a una variedad de factores, y que era posible encontrar la relación causa - efecto de esos factores. Podemos determinar la estructura o una relación múltiple causa-efecto, observándola sistemáticamente.

### 2. Principio:

Utilícelo cuando necesite explorar y mostrar todas las causas posibles de un problema o una condición específica.

Estructura:

- Factores o causas
- Característica o efectos

### 3. Elaboración:

- a) Desarrollar la declaración del problema, escoger una característica de calidad.
- b) Determinar las categorías principales de las causas, escriba las causas primarias que afectan a la característica de calidad, en forma de grandes huesos.
- c) Algunos factores causales pueden ser:
  - ✓ Problemas con materiales/herramientas
  - ✓ Problemas de entrenamiento del personal
  - ✓ Errores personales y de desempeño
  - ✓ Problemas de la metodología de trabajo
  - ✓ Problemas de comunicación inadecuada
  - ✓ Problemas gerenciales o administrativos

Algunas categorías de causas primarias pueden ser:

- ✓ Materiales
- ✓ Equipos
- ✓ Métodos
- ✓ Personal
- ✓ Gestión

## Elaboración de un diagrama Causa - Efecto

- d) Asignar la importancia de cada factor, y marcar los factores particularmente importantes que parecen tener un efecto significativo sobre la característica de la calidad.
- e) Registrar cualquier información que pueda ser de utilidad.









## ACTA DE REUNIONES

Nombre	Cargo	Firma

## SOLICITUD Y SEGUIMIENTO DE ACCIÓN DE MEJORA

<b>Reportada por:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>N°:</b>					
<b>Origen de la No Conformidad (Real o Potencial) u Oportunidad de Mejora:</b> Auditoria interna/externa <input type="checkbox"/> Revisión por la Dirección <input type="checkbox"/> Servicio No Conforme <input type="checkbox"/>							
<b>Descripción de la No Conformidad (Real o Potencial) u Oportunidad de Mejora:</b>   							
<b>Requisito que incumple (Para el caso de No Conformidad real o potencial / requisitos legales y normativos)</b>							
<i>(Espacios para ser llenados por los líderes de los procesos)</i>							
<b>ANALISIS DE CAUSAS</b>							
<b>N°</b>	<b>CAUSA</b>						
<b>PLAN DE ACCION</b>							
N°	Acción a Desarrollar	Tipo de Acción				Responsable	Fecha
		C	AC	AP	OM		
<b>C: Corrección AC: Acción correctiva AP: Acción preventiva OM: Oportunidad de mejora</b>							
<b>RESULTADO DEL SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCION</b>						<b>Fecha de seguimiento</b>	
<b>CIERRE DE LA ACCIÓN</b>							
<b>IMPLEMENTADA Y EFECTIVA</b>		<b>IMPLEMENTADA Y NO EFECTIVA</b>				<b>NO IMPLEMENTADA</b>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
<b>Fecha de cierre:</b>		<b>Firma del Coordinador de Gestión de Calidad:</b>					

# ANEXO 15



# PROCEDIMIENTO

## GESTIÓN DEL CAMBIO

Código :SGC-P-SG-003

Versión : 01

Página :1 de 7



## GESTIÓN DEL CAMBIO

	ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
<b>NOMBRE</b>			
<b>CARGO</b>			
<b>FECHA</b>			
<b>FIRMA</b>			
<b>LINK:</b>			

Está prohibida la reproducción parcial o total de este documento sin la autorización del Coordinador del Sistema de Gestión

	<h1>PROCEDIMIENTO</h1> <h2>GESTIÓN DEL CAMBIO</h2>	<p>Código :SGC-P-SG-003</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :2 de 7</p>	
---	--	---	---

### 1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos para la identificación, análisis e implementación de los cambios en los procesos de ISEM

### 2. ALCANCE

Las disposiciones contenidas en el presente documento normativo, aplica a todos los cambios en los procesos y es de cumplimiento de las Áreas del ISEM

### 3. DEFINICIONES

3.1. **Cambio:** Transformación significativa de estrategias, modelos de negocio, sistemas, procedimientos y/o prácticas de trabajo

3.2. **Gestión:** Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización

3.3. **Estrategia de gestión del cambio:** Son las actividades o acciones que se realizarán encaminadas a la implementación del cambio que se realizará

3.4. **Gestión del cambio:** Es la evaluación y planificación del proceso de cambio para asegurar que si éste se lleva a cabo, se haga de la forma más eficiente, siguiendo los procedimientos establecidos y asegurando en todo momento la calidad y continuidad del servicio.

### 4. DOCUMENTOS A CONSULTAR

No Aplica

	<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p><b>GESTIÓN DEL CAMBIO</b></p>	<p>Código :SGC-P-SG-003</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :3 de 7</p>	
---	--	---	---

## 5. RESPONSABILIDADES

Coordinador de Gestión de la Calidad : Presentar a las reuniones de Análisis de Datos del SGC el estado de los cambios y sus impactos.

Jefes de Áreas : Identificar, analizar los cambios, plantear e implementar las estrategias del cambio  
Socializar los cambios con su equipo de mejora.

Comité de Calidad : Revisar y aprobar las propuestas de mejora elevadas al Comité de Calidad  
Participar en las reuniones de análisis de datos del SGC

Coordinadores : Socializar los cambios con las áreas

## 6. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES, PELIGROS Y RIESGOS ASOCIADOS

### 6.1 Peligros y Riesgos Asociados

No aplica.

### 6.2 Aspectos e Impactos Ambientales asociados

No aplica.

	<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p><b>GESTIÓN DEL CAMBIO</b></p>	<p>Código :SGC-P-SG-003</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :4 de 7</p>	
---	--	---	---

## 7. PROCEDIMIENTO

### 7.1 Conformación de los equipos

7.1.1 El análisis, rediseño y mejora de los procesos son realizados por los colaboradores del ISEM a través de la conformación de equipos de mejora, los cuales están conformados por el Jefe de Área, Coordinadores y Asistentes Administrativos de los procesos de su competencia.

7.1.2 Los resultados del rediseño y/o proceso mejorado son presentados al Comité de calidad en las reuniones de Análisis de datos del SGC.

7.1.3 El Comité de calidad se encuentra conformado por el Jefe de Calidad, el Coordinador de Calidad y un Asistente Administrativo de Calidad.

### 7.2 Identificación de la necesidad de cambios en los procesos.

7.2.1 La identificación de los cambios en los procesos se realiza producto de:

- Supervisiones/auditorías a los procesos
- Revisiones por la Dirección
- Reunión de análisis de datos del SGC
- Hallazgos internos
- Análisis de información de los procesos
- Administración de los riesgos de los procesos
- Reclamos, denuncias y alertas de las usuarias y/o partes interesadas
- Otros

	<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p><b>GESTIÓN DEL CAMBIO</b></p>	<p>Código :SGC-P-SG-003</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :5 de 7</p>	
---	--	---	---

7.2.2 Los cambios son identificados, por el Jefe de Área después de realizar un análisis de los elementos indicados en el 7.1.1

### **7.3 Análisis del cambio y Planteamiento de estrategias.**

7.3.1 El equipo de mejora analiza la información para determinar el impacto de los cambios a nivel del proceso y a nivel del Sistema de gestión de la Calidad

7.3.2 Una vez medido el impacto, el Jefe de Área plantea las estrategias a implementar para el cambio, las mismas que deben estar alineadas a los objetivos organizacionales.

7.3.3 El Jefe de Área plasma las estrategias y/o Plan de acción en los informes bimestrales que emiten la Gerencia

### **7.4 Implementación y seguimiento.**

7.4.1 El Jefe de Área es responsable de implementar las estrategias y/o acciones.

7.4.2 El seguimiento del grado de avance de la implementación, se revisa en las reuniones de Análisis de Datos del SGC.

### **7.5 Registro del cambio.**

7.5.1 El registro y evaluación de los cambios se realiza en el Acta de reunión de análisis de datos del SGC.

	<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p><b>GESTIÓN DEL CAMBIO</b></p>	<p>Código :SGC-P-SG-003</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :6 de 7</p>	
---	--	---	---

7.5.2 En caso de acciones relacionadas a actualización de documentos normativos, el registro es identificado en los informes emitidos por los Jefes de Área con la propuesta del documento, registrando el impacto en el siguiente cuadro:

<b>“Cuadro de identificación de cambios en los documentos normativos y evaluación de impacto en los procesos”</b>			
<b>Decía</b>	<b>Dice</b>	<b>Justificación del cambio</b>	<b>Impacto generado</b>

## **7.6 Socialización de los cambios y sus impactos.**

7.6.1 El Jefe de Área es responsable de realizar la socialización de los cambios y sus impactos con los integrantes de su equipo de mejora. Para ello, hace uso de la información registrada en el Acta de Análisis de Datos del SGC e Informes bimestrales.

7.6.2 La socialización se realiza en reuniones trimestrales, las acciones realizadas y/o acuerdos tomados se plasman en el Acta de reunión, las mismas que son enviadas a la Coordinación en Gestión de Calidad para conocimiento.

7.6.3 Los Coordinadores de las Áreas realizan la socialización de los cambios con el personal

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p style="text-align: center;"><b>GESTIÓN DEL CAMBIO</b></p>	<p>Código :SGC-P-SG-003</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :7 de 7</p>	
---	--	---	---

## 8. REGISTROS

- Acta de reunión de análisis de datos del SGC



### CAMBIOS EN LOS PROCESOS

Proceso	Cambios realizados	Impacto	Acciones realizadas	Consecuencias no previstas	Acciones para mitigar el efecto adverso	Responsable y fecha de implementación

## ACTA DE REUNIÓN DE ANÁLISIS DE DATOS DEL SGC

**Fecha:**

**Participantes:**

**Puntos Tratados:**

Tema	Documento Relacionado

**1. Tema 1**

- a) Acuerdo:  
Recursos:  
Responsable:  
Fecha límite:

**2. Tema 2**

- a) Acuerdo:  
Recursos:  
Responsable:  
Fecha límite:

**Conclusiones:**

## REGISTRO DE LECCIONES APRENDIDAS

EVENTO	LECCIÓN APRENDIDA

# ANEXO 16



**PROCEDIMIENTO**  
**GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES**

Código :SGC-P-SG-004

Versión : 01

Página :1 de 7



## GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES

	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>	<b>APROBADO POR:</b>
<b>NOMBRE</b>			
<b>CARGO</b>			
<b>FECHA</b>			
<b>FIRMA</b>			
<b>LINK:</b>			

	<h1>PROCEDIMIENTO</h1> <h2>GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES</h2>	<p>Código :SGC-P-SG-004</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :2 de 7</p>	
---	---	---	---

### 1. OBJETIVO

Establecer la metodología para identificar y tratar las no conformidades de los procesos y los servicios no conformes del ISEM, con la finalidad de plantear acciones de mejora.

### 2. ALCANCE

Las disposiciones contenidas en el presente documento normativo, aplica a todas las no conformidades identificadas en los procesos y es de cumplimiento por todos los colaboradores del ISEM.

### 3. DEFINICIONES

**3.1 Hallazgo:** Resultados de la evaluación de la evidencia de la supervisión recopilada frente a los criterios de supervisión.

**3.2 No Conformidad:** Es el incumplimiento de un requisito (necesidad establecida, generalmente implícita u obligatoria)

**3.3 Observación:** Es una No Conformidad Potencial, es decir un posible incumplimiento de un requisito, y que de no ser atendido oportunamente puede llegar a producirse una no conformidad.

**3.4 Oportunidad de Mejora:** Es la identificación de actividades destinadas a la mejora del SGC

**3.5 Acciones de mejora:** Acciones correctivas, acciones preventivas y oportunidades de mejora

	<b>PROCEDIMIENTO</b> <b>GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-004 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :3 de 7	
---	--	---	---

**3.6 Acción Correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.

**3.7 Acción Preventiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.

**3.8 Servicio No Conforme:** Incidencias o incumplimiento de un requisito originado en los procesos operativos que tienen impacto al cliente y que puede ser descrito a través de hallazgo negativos.

#### 4. DOCUMENTOS A CONSULTAR

No Aplica

#### 5. RESPONSABILIDADES

Coordinador de Gestión de la Calidad : Realizar el seguimiento de las acciones de mejora derivadas de la reunión de análisis de datos del SGC.  
Realizar el seguimiento a la implementación de las Matrices de Mejora  
Evaluar los resultados de la eficacia de las acciones de mejora.

	<b>PROCEDIMIENTO</b> <b>GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES</b>	Código :SGC-P-SG-004 Versión : 01 Página :4 de 7	
---	--	--	---

Jefe de Área : Analizar los eventos negativos e identificar los servicios no conformes.  
Apoyar en el análisis de causas de las no conformidades según el ámbito de sus competencias.  
Gestionar la implementación oportuna de las acciones de mejora.

## 6. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES, PELIGROS Y RIESGOS ASOCIADOS

### 6.1 Peligros y Riesgos Asociados

No aplica.

### 6.2 Aspectos e Impactos Ambientales asociados

No aplica.

## 7. DESARROLLO

### 7.1 Identificación de las no conformidades.

7.1.1 La identificación de una desviación con respecto a los requisitos de la calidad puede darse durante:

- 7.1.1.1 Supervisiones a los procesos
- 7.1.1.2 Auditorías internas/externas
- 7.1.1.3 Revisiones por la Dirección
- 7.1.1.4 Reunión de análisis de datos del SGC
- 7.1.1.5 Hallazgos internos

	<h1>PROCEDIMIENTO</h1> <h2>GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES</h2>	<p>Código :SGC-P-SG-004</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :5 de 7</p>	
---	---	---	---

- 7.1.1.6 Análisis de información de los procesos
- 7.1.1.7 Administración de los riesgos de los procesos
- 7.1.1.8 Reclamos, denuncias y alertas de los clientes y/o partes interesadas
- 7.1.1.9 Otros

## 7.2 Tratamiento de las No Conformidades

7.2.1 Una vez identificadas las no conformidades, los mecanismos a seguir para el tratamiento de las mismas, se detallan en la Tabla siguiente:

Medios de identificación	Formulación y seguimiento a las acciones de mejora
Auditorías internas	El seguimiento a la implementación a las Solicitudes de acciones de mejora.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisiones por la Dirección ISO 9001</li> <li>• Reunión de Análisis de Datos del SGC</li> </ul>	<p>Las no conformidades/observaciones/oportunidades de mejora identificadas en las reuniones de Revisión por la Dirección y Análisis de datos del SGC son registradas en el Acta de revisión por la dirección y en el Acta de reunión de análisis de datos respectivamente.</p> <p>El seguimiento a la implementación de las acciones de mejora lo realiza el encargado de Gestión de Calidad.</p>
Registro de eventos positivos/negativos que se identifican en el	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los eventos son registrados en el Registro de Lecciones Aprendidas, de acuerdo a lo indicado en el Instructivo para el uso del Registro de Lecciones Aprendidas.</li> <li>• Cada Jefe de área es responsable de hacer seguimiento a su implementación y los resultados son reportados de manera</li> </ul>

	<h1>PROCEDIMIENTO</h1> <h2>GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES</h2>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-004 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :6 de 7	
---	---	---	---

desarrollo normal de los procesos	trimestral a la Gerencia. <ul style="list-style-type: none"> <li>Asimismo, los eventos registrados son utilizados como insumos para identificar y evaluar los riesgos del proceso, de acuerdo al Procedimiento para la administración de riesgos.</li> </ul>
-----------------------------------	---

### 7.3 Servicios No Conformes (SNC).

7.3.1 Los servicios no conformes, son aquellos incumplimientos en los procesos operativos que impactan negativamente a los requisitos de los clientes.

7.3.2 Los servicios no conformes son identificados por las Coordinaciones de área, Jefes de área, según corresponda.

7.3.3 Los medios e instrumentos para el registro de la identificación del SNC (servicio no conforme) se detalla en la Tabla siguiente:

<b>Identificación y registro de servicios no conformes (SNC)</b>	
<b>Medios de identificación</b>	<b>Registro</b>
No conformidades derivadas de auditorías internas	Solicitudes de acciones de mejora
Reclamos, denuncias y alertas	Registro de quejas
Registro de eventos positivos/negativos que se identifican en el desarrollo normal de los procesos	Registro de Lecciones Aprendidas

### 7.4 Evaluación de la eficacia de las acciones de mejora

La evaluación de la eficacia de las acciones de mejora para cada tipo de no conformidad se detalla en la siguiente tabla



# PROCEDIMIENTO

## GESTIÓN DE NO CONFORMIDADES

Código :SGC-P-SG-004

Versión : 01

Página :7 de 7



Evaluación de la Eficacia de las Acciones de Mejora		
Procedencia	Evaluación de la Eficacia	Responsable
<ul style="list-style-type: none"><li>No conformidades relacionadas a procesos operativos</li><li>Eventos registrados en el Registro de Lecciones Aprendidas</li></ul>	Se realiza de manera semestral, analizando la recurrencia por tipo de no conformidades.	Jefes de Área
Solicitudes de acciones de mejora	Se realiza después de tres meses de finalizada la implementación de los planes de acción de las Solicitudes de acciones de mejora. Los responsables de la evaluación de eficacia, realiza una verificación aleatoria sobre el cumplimiento de las acciones de mejora.	Coordinador en gestión de la calidad

## 8. REGISTROS

- Solicitudes de acciones de mejora
- Acta de reunión de análisis de datos del SGC

## SOLICITUD Y SEGUIMIENTO DE ACCIÓN DE MEJORA

<b>Reportada por:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>N°:</b>					
<b>Origen de la No Conformidad (Real o Potencial) u Oportunidad de Mejora:</b> Auditoria interna/externa <input type="checkbox"/> Revisión por la Dirección <input type="checkbox"/> Servicio No Conforme <input type="checkbox"/>							
<b>Descripción de la No Conformidad (Real o Potencial) u Oportunidad de Mejora:</b>   							
<b>Requisito que incumple (Para el caso de No Conformidad real o potencial / requisitos legales y normativos)</b>							
<i>(Espacios para ser llenados por los líderes de los procesos)</i>							
<b>ANALISIS DE CAUSAS</b>							
<b>N°</b>	<b>CAUSA</b>						
<b>PLAN DE ACCION</b>							
N°	Acción a Desarrollar	Tipo de Acción				Responsable	Fecha
		C	AC	AP	OM		
<b>C: Corrección AC: Acción correctiva AP: Acción preventiva OM: Oportunidad de mejora</b>							
<b>RESULTADO DEL SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCION</b>						<b>Fecha de seguimiento</b>	
<b>CIERRE DE LA ACCIÓN</b>							
<b>IMPLEMENTADA Y EFECTIVA</b>		<b>IMPLEMENTADA Y NO EFECTIVA</b>				<b>NO IMPLEMENTADA</b>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
<b>Fecha de cierre:</b>		<b>Firma del Coordinador de Gestión de Calidad:</b>					

## ACTA DE REUNIÓN DE ANÁLISIS DE DATOS DEL SGC

**Fecha:**

**Participantes:**

**Puntos Tratados:**

Tema	Documento Relacionado

**1. Tema 1**

- a) Acuerdo:  
Recursos:  
Responsable:  
Fecha límite:

**2. Tema 2**

- a) Acuerdo:  
Recursos:  
Responsable:  
Fecha límite:

**Conclusiones:**

# ANEXO 17



**PROCEDIMIENTO**  
**ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE**  
**CAPACITACIÓN**

Código :SGC-P-SG-005

Versión : 01

Página :1 de 4



## ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

	ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
<b>NOMBRE</b>			
<b>CARGO</b>			
<b>FECHA</b>			
<b>FIRMA</b>			
<b>LINK:</b>			

	<b>PROCEDIMIENTO</b> <b>ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN</b>	Código :SGC-P-SG-005 Versión : 01 Página :2 de 4	
---	---	--	---

## 1. OBJETIVO

Establecer las pautas para determinar las necesidades de capacitación individual y por áreas del personal de ISEM tanto en aspectos técnicos relacionados con sus labores, así como de desarrollo humano y conciencia por la calidad.

## 2. ALCANCE

El procedimiento se aplica a todo el personal de la organización.

## 3. DEFINICIONES

Personal: Todo trabajador de ISEM

## 4. DOCUMENTOS A CONSULTAR

Manual de Organización y Funciones  
Registro de Necesidades de Capacitación  
Programa de Capacitación  
Registro de Capacitación

## 5. RESPONSABILIDADES

Jefe de RRHH: Responsable de velar por el cumplimiento del procedimiento.

Jefe de Área: Responsables de la ejecución del procedimiento

## 6. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES, PELIGROS Y RIESGOS ASOCIADOS

### 6.1 Peligros y Riesgos Asociados

No aplica.

	<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p><b>ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN</b></p>	<p>Código :SGC-P-SG-005</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :3 de 4</p>	
---	--	---	---

## 6.2 Aspectos e Impactos Ambientales asociados

No aplica.

## 7. DESARROLLO

### 7.1. Diagnóstico de las Necesidades de Capacitación

- Antes que concluya la primera quincena de cada mes de noviembre, los jefes de área hacen llegar al jefe de RRHH las necesidades de capacitación para el siguiente año en el formato Registro de Necesidades de Capacitación.
- Los jefes de oficina evalúan dichos requerimientos considerando lo establecido en el Manual de Organización y Funciones y el presupuesto asignado al área e informan a los jefes de área de cualquier cambio.

### 7.2. Elaboración del Programa de Capacitación

- Los jefes de Área elaboran un programa tentativo de capacitación Programa de Capacitación que es presentado al Gerente antes de fin de noviembre.
- El Gerente aprueba el programa a más tardar la segunda semana de diciembre. Al aprobar el programa se debe tener en cuenta que no siempre se dispone de información oportuna de los cursos de capacitación externa, por lo que las fechas son tentativas.
- Cuando un personal de la organización es enviado a capacitarse externamente y el costo del evento es asumido parcial o íntegramente por ISEM, éste se compromete a transmitir los conocimientos adquiridos al resto del personal que lo necesiten y aplicar las enseñanzas obtenidas para optimizar los procesos del área.

### 7.3. Evaluación de la capacitación

- La capacitación en el ISEM es evaluada con pruebas escritas y/o orales, salvo las charlas informativas dictadas por terceros.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN</b></p>	<p>Código :SGC-P-SG-005</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :4 de 4</p>	
---	--	---	---

- La eficacia de la misma se comprueba durante la realización de su trabajo

#### **7.4. Registro de la capacitación**

- Copias de los certificados de las capacitaciones externas son mantenidas en el expediente electrónico del trabajador, así como las evaluaciones, si procede.
- Para el caso de capacitación dentro del ISEM se procede a llenar el Registro de Capacitación, el que se mantiene en el archivo de capacitación junto con al material visual utilizado y las evaluaciones escritas, si las hubiera. El archivo de dicha información es realizada por Recursos Humanos.









# ANEXO 18



**PROCEDIMIENTO**  
**EVALUACIÓN DEL PERSONAL**

Código :SGC-P-SG-006

Versión : 01

Página :1 de 5



## EVALUACIÓN DEL PERSONAL

	<b>ELABORADO POR:</b>	<b>REVISADO POR:</b>	<b>APROBADO POR:</b>
<b>NOMBRE</b>			
<b>CARGO</b>			
<b>FECHA</b>			
<b>FIRMA</b>			
<b>LINK:</b>			

	<b>PROCEDIMIENTO</b> <b>EVALUACIÓN DEL PERSONAL</b>	Código :SGC-P-SG-006 Versión : 01 Página :2 de 5	
---	--	--	---

## 1. OBJETIVO

Establecer las disposiciones para evaluar el desempeño efectivo y las actitudes del personal del ISEM; para reforzar las competencias técnicas y que el desempeño de su trabajo se ajuste al Sistema de Gestión de Calidad. Los resultados servirán de base para decisiones de selección para un puesto, la permanencia, el desarrollo, la promoción y el estímulo.

## 2. ALCANCE

El procedimiento se aplica a todo el personal de ISEM.

Los resultados son de carácter confidencial y sólo los podrán acceder los Jefes correspondientes en la jerarquía organizacional.

## 3. DEFINICIONES

Ninguna

## 4. DOCUMENTOS A CONSULTAR

Manual de organización y funciones

Perfiles de puestos

## 5. RESPONSABILIDADES

Jefe RRHH: Responsable de velar por el cumplimiento del procedimiento.

Jefe de Área: Responsable de la ejecución del procedimiento

Evaluado: Persona que se autoevalúa y a su vez es evaluada por el Evaluador

Evaluador: Persona que evalúa al evaluado. Es el jefe inmediato, la persona que tiene a su cargo la supervisión de su trabajo o el personal designado para realizar la evaluación.

	<b>PROCEDIMIENTO</b> <b>EVALUACIÓN DEL PERSONAL</b>	Código :SGC-P-SG-006 Versión : 01 Página :3 de 5	
---	--	--	---

## 6. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES, PELIGROS Y RIESGOS ASOCIADOS

### 6.1 Peligros y Riesgos Asociados

No aplica.

### 6.2 Aspectos e Impactos Ambientales asociados

No aplica.

## 7. DESARROLLO

### 7.1. Frecuencia y excepciones

- La evaluación es continua y se realizará anualmente durante el mes de diciembre de cada año.
- En caso que un evaluado no vaya a estar disponible – por ejemplo por vacaciones – éste deberá solicitar al Jefe de Área, adelantar la entrega de su autoevaluación

### 7.2. Criterios de evaluación

- La evaluación es realizada por la misma persona (autoevaluación) y, posteriormente, por el jefe inmediato superior, quien cuenta con el resultado de la autoevaluación.
- Primero el evaluado y luego el evaluador utilizan el mismo formato Registro de Evaluación del desempeño para registrar las calificaciones y demás información solicitadas en éste. Es decir, la información de ambos constituyen un solo registro.
- Si bien, por su rol y contacto permanente con el evaluado durante el periodo de evaluación, el evaluador debe contar con suficientes elementos objetivos para evaluar al evaluado, podrá apoyarse como información complementaria de la registrada previamente por el propio evaluado. Lo normal y esperado es que haya coincidencia entre la autoevaluación y el registro del evaluador.

	<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p><b>EVALUACIÓN DEL PERSONAL</b></p>	<p>Código :SGC-P-SG-006</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :4 de 5</p>	
---	---	---	---

- Culminada la evaluación, el evaluador convoca a una entrevista con el evaluado a fin de aclarar dudas, comunicarle sus calificaciones e informarle sus apreciaciones y eventuales felicitaciones.
- Está permitido que el evaluador modifique el registro de alguna de sus calificaciones, luego de alguna aclaración en el proceso de la entrevista.
- Culminada la entrevista y la eventual modificación, el evaluador envía el Registro de Evaluación de Desempeño a la Secretaria, quien procede a archivarlo electrónicamente en un formato digital no modificable (PDF).
- Finalmente el evaluador, según los resultados obtenidos, genera las acciones de mejora, informándolas al Jefe de Área.

### 7.3. Cualidades para la evaluación del desempeño

Se evalúan y califican las siguientes habilidades y cualidades establecidas en los Perfiles de Puestos. Cada una de estas cuatro cualidades requiere un nivel según el puesto del evaluado. La calificación debe referirse precisamente al nivel correspondiente al puesto del evaluado.

- Orientación de servicio
- Solución de problemas
- Tolerancia
- Trabajo en equipo

### 7.4. Método de calificación

El valor que debe registrar el evaluado y evaluador para calificar cada una de las cuatro cualidades descritas en el punto anterior es (en general, adecuándolo a cada cualidad):

- 0** : Para indicar que no se logró siquiera avanzar hacia la meta o no se desarrolló en absoluto el aspecto o cualidad.
- 1** : Para indicar que no se logró lo esperado y por lo tanto el evaluado requiere mejorar su desempeño y/o la habilidad relacionada.

	<b>PROCEDIMIENTO</b> <b>EVALUACIÓN DEL PERSONAL</b>	Código :SGC-P-SG-006 Versión : 01 Página :5 de 5	
---	--	--	---

- 2 : Para indicar el desempeño eficaz en el logro de lo esperado o la cualidad suficiente.
- 3 : Para indicar que se excedió a lo esperado o solicitado.
  
- 4 : Para indicar un desempeño particularmente excepcional o uno que haya excedido lo esperado a pesar de contextos particularmente adversos y exigentes.

## SOLICITUD Y SEGUIMIENTO DE ACCIÓN DE MEJORA

Período de Evaluación (meses inicial, final y año)

Fecha de la evaluación

Apellidos y nombre del Evaluado

Apellidos y nombre del Evaluador

Cualidad a evaluar	Evaluado (autoevaluación)		Evaluador (posterior)	
	Cal	Justificación	Cal	Observaciones
1. Consecución de metas/ cumplimiento de tareas asignadas / Eficacia		Indique las más importantes y/o las cantidades en caso de atenciones de incidentes y regulares		
2. Orden / uso de recursos / Eficiencia		Justifique si se calificó con 3 o 4		
3. Solución de problemas (Acciones Correctivas, no correcciones)		Indique las más importantes		
4. Compromiso / proactividad		Indique logros de metas planteadas fuera de sus obligaciones o tareas y mejoras por iniciativa propia.		
5. Trabajo en equipo / Comunicación interna		Indique logros donde el éxito dependió de su equipo y no sólo de su participación		
6. Orientación al servicio/imagen de calidad DIRINFO		Indique sus logros que mejoraron la percepción de los servicios que brinda ISEM		
7. Toma de decisiones		Si se calificó con 3 o 4 indique las decisiones más importantes que influyeron en el logro de metas y/o en el desempeño de su		

		equipo		
8. Liderazgo		SI TIENE PERSONAL A SU CARGO: Indique a las personas a quienes usted supervisó e influyó y ayudó a mejorar profesionalmente		

Característica	Evaluado (autoevaluación)	Evaluador (posterior)
9. Características que destacaron / fortalezas		
10. Características propias a mejorar		

Confirmación de confidencialidad sobre la información a la que tiene acceso el EVALUADO	Escriba un "SÍ" como declaración de haber cumplido estrictamente la obligación de confidencialidad durante el periodo evaluado y a su vez como compromiso de seguir cumpliéndola.
Actualización de conocimientos del EVALUADO	Indique aquellos conocimientos ADQUIRIDOS EN ESTE PERIODO DE EVALUACIÓN que le permitieron mejorar su desempeño laboral y/o cumplir alguna meta. Para cada una indique si fue: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoestudio</li> <li>- Capacitación autofinanciada</li> <li>- Capacitación financiada ISEM</li> </ul>

CONCLUSIONES DEL EVALUADOR



**FORMATO DE EVALUACION DE DESEMPEÑO**

**JEFE DE CAPACITACIÓN**

**1. DATOS DEL EVALUADO**

APELLIDOS Y NOMBRES:	T. SERVICIOS:	
----------------------	---------------	--

**2. DATOS DEL EVALUADOR**

APELLIDOS Y NOMBRES:	PERIODO A EVALUAR:
----------------------	--------------------

**I. VERIFICACIÓN DE COMPETENCIAS Y LOGROS**

INSTRUCCIONES: Lea atentamente cada uno de los ítems del rubro **Calificación** y señale con una equis (X) la opción que mejor describa el comportamiento del servidor civil evaluado.

COMPETENCIAS		CALIFICACION			
		A Nunca	B Algunas veces	C Frecuentemente	D Siempre
<b>COMPETENCIAS INSTITUCIONALES</b>					
<b>ORIENTACION AL USUARIO</b>					
1	Promueve y se asegura que los servidores a su cargo, brinden un buen servicio a los clientes.				
<b>INTEGRIDAD Y COMPROMISO ETICO</b>					
2	Actúa de manera correcta y fomenta los valores éticos.				
<b>TRABAJO EN EQUIPO</b>					
3	Promueve la cooperación y participación de su equipo, escuchando e integrando sus ideas. Promueve el respeto entre sus colaboradores				
<b>COMPETENCIAS ESPECIFICAS</b>					
<b>COMUNICACIÓN EFECTIVA</b>					
4	Se expresa con fluidez y precisión adecuando su lenguaje a las características del interlocutor.				
<b>ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN</b>					
5	Brinda pautas metódicas y de organización y determina eficientemente las metas y prioridades.				
<b>LIDERAZGO Y DIRECCIÓN DE PERSONAS</b>					
6	Orienta y hace seguimiento de los colaboradores a su cargo, durante el avance de las tareas.				
<b>ORIENTACION A RESULTADOS / MOTIVACION POR EL LOGRO</b>					
7	Establece objetivos de trabajo, concretos y medibles; y asegura su cumplimiento.				
8	Asegura que los procesos a su cargo tengan metodologías y procedimiento claros, precisos y oportunos.				
9	Tiene control del avance de las metas y del presupuesto asignado a los procesos a su cargo.				

**COMENTARIOS:**

**FIRMA**

Nombre y Firma del Evaluado	Nombre y Firma del Evaluador	Nombre y Firma del Jefe Inmediato del Evaluador
Marque su conformidad según corresponda SI <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Fecha:	Fecha:	Fecha:



**FORMATO DE EVALUACION DE DESEMPEÑO**

**COORDINADOR DEL PROYECTO**

**1. DATOS DEL EVALUADO**

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_ T. SERVICIOS: \_\_\_\_\_

**2. DATOS DEL EVALUADOR**

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_ PERIODO A EVALUAR: \_\_\_\_\_

**I. VERIFICACIÓN DE COMPETENCIAS Y LOGROS**

INSTRUCCIONES: Lea atentamente cada uno de los items del rubro **Calificación** y señale con una equis (X) la opción que mejor describa el comportamiento del

COMPETENCIAS		CALIFICACION			
		A Nunca	B Algunas veces	C Frecuentemente	D Siempre
<b>COMPETENCIAS INSTITUCIONALES</b>					
<b>ORIENTACION AL CLIENTE</b>					
1	Muestra empatía y atiende con diligencia las solicitudes del cliente. Usa con discreción la información que posee sobre la institución y sus compañeros.				
<b>INTEGRIDAD Y COMPROMISO ETICO</b>					
2	Su actitud genera confianza en su entorno pues es honrado al actuar.				
<b>TRABAJO EN EQUIPO</b>					
3	Conoce las tareas de sus compañeros lo cual le permite integrarse en los equipos de trabajo.				
<b>COMPETENCIAS ESPECIFICAS</b>					
<b>COMUNICACIÓN EFECTIVA</b>					
4	Escucha con atención e interés y realiza preguntas para corroborar que ha comprendido.				
<b>ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN</b>					
5	Frente a algún malentendido se dirige a la persona involucrada de manera asertiva, informando a su superior, de ser pertinente.				
<b>TRABAJO BAJO PRESIÓN</b>					
6	Ante momentos difíciles, evidencia autocontrol de sus emociones.				
<b>ORIENTACION A RESULTADOS / MOTIVACION POR EL LOGRO</b>					
7	Demuestra con acciones la responsabilidad en sus tareas y en la correcta utilización de los recursos.				
8	Propone y/o implementa mejoras en las tareas que tiene a su cargo.				
9	Prevé y gestiona los recursos necesarios para realizar las tareas que le han sido asignadas.				
10	Se preocupa por que las tareas asignadas se realicen en los tiempos programados.				

**COMENTARIOS:**

FIRMA		
Nombre y Firma del Evaluado Marque su conformidad según corresponda SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre y Firma del Evaluador	Nombre y Firma del Jefe Inmediato del Evaluador
Fecha:	Fecha:	Fecha:



**FORMATO DE EVALUACION DE DESEMPEÑO**

**ASISTENTE ADMINISTRATIVO**

**1. DATOS DEL EVALUADO**

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_ T. SERVICIOS: \_\_\_\_\_

**2. DATOS DEL EVALUADOR**

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_ PERIODO A EVALUAR: \_\_\_\_\_

**I. VERIFICACIÓN DE COMPETENCIAS Y LOGROS**

INSTRUCCIONES: Lea atentamente cada uno de los items del rubro **Calificación** y señale con una equis (X) la opción que mejor describa el comportamiento del

COMPETENCIAS		CALIFICACION			
		A Nunca	B Algunas veces	C Frecuentemente	D Siempre
<b>COMPETENCIAS INSTITUCIONALES</b>					
<b>ORIENTACION AL USUARIO</b>					
1	Muestra empatía y atiende con diligencia las solicitudes del cliente. Usa con discreción la información que posee sobre la institución y sus compañeros.				
<b>INTEGRIDAD Y COMPROMISO ETICO</b>					
2	Su actitud genera confianza en su entorno pues es honrado al actuar.				
<b>TRABAJO EN EQUIPO</b>					
3	Conoce las tareas de sus compañeros lo cual le permite integrarse en los equipos de trabajo.				
<b>COMPETENCIAS ESPECIFICAS</b>					
<b>COMUNICACIÓN EFECTIVA</b>					
4	Escucha con atención e interés y realiza preguntas para corroborar que ha comprendido.				
<b>ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN</b>					
5	Frente a algún malentendido se dirige a la persona involucrada de manera asertiva, informando a su superior, de ser pertinente.				
<b>TRABAJO BAJO PRESIÓN</b>					
6	Ante momentos difíciles, evidencia autocontrol de sus emociones.				
<b>ORIENTACION A RESULTADOS / MOTIVACION POR EL LOGRO</b>					
7	Demuestra con acciones la responsabilidad en sus tareas y en la correcta				
8	Propone y/o implementa mejoras en las tareas que tiene a su cargo.				
9	Prevé y gestiona los recursos necesarios para realizar las tareas que le han sido asignadas.				
10	Se preocupa por que las tareas asignadas se realicen en los tiempos programados.				

**COMENTARIOS:**

**FIRMA**

Nombre y Firma del Evaluado Marque su conformidad según corresponda SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre y Firma del Evaluador	Nombre y Firma del Jefe Inmediato del Evaluador
Fecha:	Fecha:	Fecha:



**FORMATO DE EVALUACION DE DESEMPEÑO**

**ASISTENTE ADMINISTRATIVO**

**1. DATOS DEL EVALUADO**

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_ T. SERVICIOS: \_\_\_\_\_

**2. DATOS DEL EVALUADOR**

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_ PERIODO A EVALUAR: \_\_\_\_\_

**I. VERIFICACIÓN DE COMPETENCIAS Y LOGROS**

INSTRUCCIONES: Lea atentamente cada uno de los items del rubro **Calificación** y señale con una equis (X) la opción que mejor describa el comportamiento del

COMPETENCIAS		CALIFICACION			
		A Nunca	B Algunas veces	C Frecuentemente	D Siempre
<b>COMPETENCIAS INSTITUCIONALES</b>					
<b>ORIENTACION AL USUARIO</b>					
1	Muestra empatía y atiende con diligencia las solicitudes del cliente. Usa con discreción la información que posee sobre la institución y sus compañeros.				
<b>INTEGRIDAD Y COMPROMISO ETICO</b>					
2	Su actitud genera confianza en su entorno pues es honrado al actuar.				
<b>TRABAJO EN EQUIPO</b>					
3	Conoce las tareas de sus compañeros lo cual le permite integrarse en los equipos de trabajo.				
<b>COMPETENCIAS ESPECIFICAS</b>					
<b>COMUNICACIÓN EFECTIVA</b>					
4	Escucha con atención e interés y realiza preguntas para corroborar que ha comprendido.				
<b>ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN</b>					
5	Frente a algún malentendido se dirige a la persona involucrada de manera asertiva, informando a su superior, de ser pertinente.				
<b>TRABAJO BAJO PRESIÓN</b>					
6	Ante momentos difíciles, evidencia autocontrol de sus emociones.				
<b>ORIENTACION A RESULTADOS / MOTIVACION POR EL LOGRO</b>					
7	Demuestra con acciones la responsabilidad en sus tareas y en la correcta				
8	Propone y/o implementa mejoras en las tareas que tiene a su cargo.				
9	Prevé y gestiona los recursos necesarios para realizar las tareas que le han sido asignadas.				
10	Se preocupa por que las tareas asignadas se realicen en los tiempos programados.				

**COMENTARIOS:**

\_\_\_\_\_

**FIRMA**

Nombre y Firma del Evaluado Marque su conformidad según corresponda SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre y Firma del Evaluador	Nombre y Firma del Jefe Inmediato del Evaluador
Fecha:	Fecha:	Fecha:

# ANEXO 19



**PROCEDIMIENTO**  
**SELECCIÓN DEL PERSONAL**

Código :SGC-P-SG-007

Versión : 01

Página :1 de 4



## SELECCIÓN DEL PERSONAL

	ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
<b>NOMBRE</b>			
<b>CARGO</b>			
<b>FECHA</b>			
<b>FIRMA</b>			
<b>LINK:</b>			

	<b>PROCEDIMIENTO</b> <b>SELECCIÓN DEL PERSONAL</b>	Código :SGC-P-SG-007 Versión : 01 Página :2 de 4	
---	---	--	---

## 1. OBJETIVO

Establecer los mecanismos para seleccionar al personal de acuerdo a los requerimientos del puesto y valores institucionales.

## 2. ALCANCE

El procedimiento se aplica a todo postulante a un puesto en ISEM.

## 3. DEFINICIONES

Personal: Todo trabajador de la institución.

## 4. DOCUMENTOS A CONSULTAR

Registro de Selección de Personal  
Registro de inducción  
Manual de Organización y Funciones

## 5. RESPONSABILIDADES

Aprobador: Gerente o Jefe de Área. Aprueba el inicio del concurso. Aprueba finalmente la solicitud de contratación a enviar a RRHH

Evaluador(es): Realiza entrevistas y evalúa a los postulantes al puesto. Se recomienda que sea un Jefe de Área, pero éste puede delegar esta responsabilidad a una o más personas que ocupen un puesto con personal a cargo.

Responsable de la comunicación: Personal que realice la labor de convocatoria y comunicación de resultados.

Responsable de Jefe de Área. Puede delegar esta responsabilidad a la persona que

	<b>PROCEDIMIENTO</b> <b>SELECCIÓN DEL PERSONAL</b>	Código :SGC-P-SG-007 Versión : 01 Página :3 de 4	
---	---	--	---

la inducción: tendrá a su cargo al personal admitido.

Oficina de Relaciones Laborales: Realiza la parte formal de la contratación y los procedimientos institucionales de pruebas mínimas e inducción al ISEM.

Laborales: En algunos casos excepcionales puede encargársele la totalidad del proceso de selección.

## 6. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES, PELIGROS Y RIESGOS ASOCIADOS

### 6.1 Peligros y Riesgos Asociados

No aplica.

### 6.2 Aspectos e Impactos Ambientales asociados

No aplica.

## 7. DESARROLLO

### 7.1. Requerimiento de personal

- La persona del ISEM que maneje personal solicita la contratación de personal justificando ante el jefe de sección esta la necesidad.
- El aprobador recibe vía mensaje electrónico este requerimiento y autoriza el inicio del concurso.
- El responsable de la comunicación realiza la convocatoria.
- En el caso que la ISEM no pueda realizar la selección directamente, el aprobador lo solicita a RRHH.
- El responsable de la comunicación recepciona los documentos enviados por los postulantes.
- El evaluador revisa la documentación, filtra y convoca entrevistas.
- El evaluador – quien puede convocar a otros evaluadores para que participen – realiza(n) las entrevistas y plasman los resultados en el formato Registro de Selección de Personal para luego hacerlo llegar al aprobador.

	<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p><b>SELECCIÓN DEL PERSONAL</b></p>	<p>Código :SGC-P-SG-007</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :4 de 4</p>	
---	--	---	---

- El aprobador solicita a la RRHH la contratación del personal seleccionado indicando el puesto correspondiente en el Manual de Organización y Funciones.

## **7.2. Inducción del Personal**

- RRHH convoca y aplica pruebas generales a las personas seleccionadas.
- De aprobar estas pruebas, la misma oficina lo convoca a una inducción general a la institución, donde se le informa sobre normas, deberes y derechos del trabajador, así como una descripción general del funcionamiento de la Organización.
- Se realiza la inducción específica y el responsable de dicha inducción la realiza en un plazo que dependerá del puesto, pero que no debe ser mayor a 2 meses calendario.
- Dicho proceso es controlado por el responsable de la inducción y registrado en el formato Registro de inducción.
- Pasado el periodo de inducción, el responsable de la inducción envía vía electrónica el registro al Jefe de oficina según corresponda.

## REGISTRO DE SELECCIÓN DE PERSONAL

Apellidos y Nombres del postulante

Puesto al que postula	Área a la que postula

Evaluador (entrevistador)	Fecha	Comentarios

CONCLUSIONES (A ser llenado por el Jefe de Áreaa)



# ANEXO 21



# PROCEDIMIENTO

## COMUNICACIÓN INTERNA EN EL ISEM

Código :SGC-P-SG-009

Versión : 01

Página :1 de 5



## COMUNICACIÓN INTERNA EN EL ISEM

	ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
<b>NOMBRE</b>			
<b>CARGO</b>			
<b>FECHA</b>			
<b>FIRMA</b>			
<b>LINK:</b>			

Está prohibida la reproducción parcial o total de este documento sin la autorización del Coordinador del Sistema de Gestión

	<h1>PROCEDIMIENTO</h1> <h2>COMUNICACIÓN INTERNA EN EL ISEM</h2>	<p>Código :SGC-P-SG-009</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :2 de 5</p>	
---	---	---	---

### 1. OBJETIVO

El siguiente procedimiento tiene por propósito establecer los mecanismos para la comunicación interna pertinente al SGC del ISEM.

### 2. ALCANCE

A todas las comunicaciones pertinentes del SGC del ISEM.

### 3. DEFINICIONES

Comunicación Interna: Actividades que se realizan dentro del ISEM para mantener las buenas relaciones entre los servidores, con el objetivo de proveer comunicación.

### 4. DOCUMENTOS A CONSULTAR

No aplica

### 5. RESPONSABILIDADES

Director Ejecutivo : Implementar y mantener el presente procedimiento

Área de RRHH : Elaborar, revisar y mantener actualizada la matriz de comunicación interna.

Servidores : Cumplir y hacer cumplir en el ámbito de su competencia lo establecido en este procedimiento, en la Matriz de Comunicación

	<h1>PROCEDIMIENTO</h1> <h2>COMUNICACIÓN INTERNA EN EL ISEM</h2>	<p>Código :SGC-P-SG-009</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :3 de 5</p>	
---	---	---	---

interna del SGC del ISEM y de reportar cambios que sean relevantes y pertinentes al SGC.

## 6. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES, PELIGROS Y RIESGOS ASOCIADOS

### 6.1 Peligros y Riesgos Asociados

No aplica.

### 6.2 Aspectos e Impactos Ambientales asociados

No aplica.

## 7. DESARROLLO

7.1 El especialista en comunicación interna del Área de Recursos Humanos elabora la Matriz de comunicación Interna del SGC del ISEM, con la información proporcionada por las áreas vía correo electrónico y/o presencial, la cual es remitida a la Coordinación en Gestión de Calidad y publicada en el portal Web.

7.2 El especialista en Comunicación Interna es el encargado de socializar la matriz con los comunicadores de cada área, para su conocimiento y cumplimiento.

7.3 La matriz se revisa semestralmente, a fin de que sea adecuada a los cambios del SGC y la actualización es cuando existan esos cambios.

7.4 Para la elaboración de la matriz se consideran los siguientes elementos de entrada

N°	Elemento	Descripción del Elemento	Ejemplo
1	MOF	Las funciones del área y los diferentes puestos de trabajo, determinan las responsabilidades en materia de	Ejemplo: Elaborar el Plan de Desarrollo de



# PROCEDIMIENTO

## COMUNICACIÓN INTERNA EN EL ISEM

Código :SGC-P-SG-009

Versión : 01

Página :4 de 5



		comunicación, la cual está asociada a los procesos del SGC.	Personas
2	Qué comunicar	Identificar los aspectos de comunicaciones relevantes y pertinentes, a los procesos del SGC.	Ejemplo: Comunicar a las Áreas Técnicas el Cronograma general de procesos operativos.
3	Cuando Comunicar	La oportunidad y frecuencia de cada comunicación, con la finalidad de mejorar la eficacia de la comunicación en el SGC	Ejemplo: Semestral- Inicios de cada Semestre
4	A quién Comunicar	Identificar los destinatarios que deben recibir la comunicación, considerando la pertinencia y relevancia de ésta en el SGC y la necesidad de acción y/o decisión del receptor. (Obligación de hacer y/o dar)	Ejemplo: La coordinación Técnica comunica a través de la Coordinadora Técnica.
5	Cómo Comunicar	Identificar los mecanismos, medios y canales apropiados para comunicar, considerando: <ul style="list-style-type: none"><li>- Las normativas vigentes.</li><li>- Las jerarquías comunicacionales</li><li>- Las necesidades de los procesos</li><li>- Las competencias comunicacionales de los emisores y receptores</li><li>- La cultura organizacional</li></ul>	Ejemplo: Se comunica mediante memorándum Múltiple de la Coordinación Técnica.

	<b>PROCEDIMIENTO</b> <b>COMUNICACIÓN INTERNA EN EL ISEM</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-009 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :5 de 5	
---	--	---	---

		comunicacional - Otros que sean relevantes y pertinentes al SGC.	
<b>6</b>	Quién Comunica	Identificar los emisores, en función de la naturaleza, jerarquía y pertinencia de la comunicación en el SGC.	Ejemplo: dirigido a: Dirección Ejecutiva ya todas las Jefaturas.

## 8. REGISTROS

Matriz de Comunicación Interna

## 9. ANEXOS

Formato de matriz de comunicación interna del SGC del ISEM





# ANEXO 22

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>DISEÑO Y DESARROLLO DE ACTIVIDADES</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-010 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :1 de 6	
---	---	---	---

## DISEÑO Y DESARROLLO DE ACTIVIDADES

	ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
<b>NOMBRE</b>			
<b>CARGO</b>			
<b>FECHA</b>			
<b>FIRMA</b>			
<b>LINK:</b>			

	<h1>PROCEDIMIENTO</h1> <h2>DISEÑO Y DESARROLLO DE ACTIVIDADES</h2>	<p>Código :SGC-P-SG-010</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :2 de 6</p>	
---	--	---	---

### 1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos para el diseño del dictado de cursos de capacitación que brinda el ISEM.

### 2. ALCANCE

Este procedimiento se aplica al proceso de diseño del dictado de cursos de capacitación que brinda el ISEM.

### 3. DEFINICIONES

**3.1. Diseño del contenido del curso:** Es el proceso mediante el cual se transforman los elementos de entrada en una nueva propuesta de capacitación o la actualización de una existente.

**3.2. Diseño instruccional:** Es el proceso mediante el cual se transforman los contenidos del curso de capacitación en materiales adecuados para el aprendizaje del participante.

**3.3. Revisar:** Actividad emprendida para asegurar la capacidad del cumplimiento de los resultados del diseño académico para cumplir con las necesidades de los clientes.

**3.4. Verificar:** Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva, de que se han cumplido los requisitos especificados.

**3.5. Actualizar:** Actividad emprendida para incluir o retirar bibliografía, normativa vigente u otro tipo de información relacionada a la capacitación.

**3.6. Validar:** Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva, de que se han cumplido los requisitos para una utilización o aplicación específica prevista. Entiéndase que sólo se puede validar un servicio cuando no puede verificarse

	<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p><b>DISEÑO Y DESARROLLO DE ACTIVIDADES</b></p>	<p>Código :SGC-P-SG-010</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :3 de 6</p>	
---	--	---	---

mediante seguimiento o medición posteriores y, como consecuencia, las deficiencias aparecen únicamente después de que el servicio esté siendo utilizado o se haya prestado el servicio.

#### 4. DOCUMENTOS A CONSULTAR

Elementos de Entrada

Cronograma

Encuesta de Satisfacción acerca de la capacitación.

Propuesta Técnica –Económica

Reporte de entrenadores

Programa de Capacitación

Conformidad de Servicio

Registro de Control de Cambios de Diseño

Plan de la Calidad

#### 5. RESPONSABILIDADES

Jefe de Capacitación

Realiza la aprobación de la programación de capacitación anual.

Revisa y monitorea la ejecución del Presupuesto de las actividades de formación continua del área.

Coordinador del Proyecto

Revisa el presupuesto aprobado del área con la Jefe de Capacitación a fin de elaborar el Programa de Capacitación tentativo que se brindará.

Modifica el Programa de Capacitación de acuerdo a lo coordinado con la Unidad Minera y archiva electrónicamente las modificaciones del registro en orden secuencial de modificación.

	<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p><b>DISEÑO Y DESARROLLO DE ACTIVIDADES</b></p>	<p>Código :SGC-P-SG-010</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :4 de 6</p>	
---	--	---	---

Asistente Administrativo:

Apoya al Coordinador del Proyecto en realizar la propuesta técnico-económica, además de apoyarlo en todo el proceso que abarca la prestación del servicio.

## **6. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES, PELIGROS Y RIESGOS ASOCIADOS**

### **6.1. Peligros y Riesgos Asociados**

No aplica.

### **6.2. Aspectos e Impactos Ambientales asociados**

No aplica.

## **7. DESARROLLO**

### **7.1. Diseño de cursos de Capacitación**

#### **7.1.1. Determinación de los elementos de entrada de Capacitación**

El Coordinador del Proyecto revisa contenidos de curso, entrenadores, objetivos, etc. relacionados al curso de capacitación, que le permita tener información a ser usada como Elementos de Entrada. Hace uso y archiva el registro de formato Elementos de Entrada.

#### **7.1.2. Revisión del diseño de la Propuesta para el Dictado del Curso**

El Coordinador del Proyecto evalúa el diseño a fin de cumplir con los requisitos del servicio de Capacitación. Toma en cuenta la información de contenidos del curso, y la cantidad de personal a capacitar por actividad dictada en versiones

	<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p><b>DISEÑO Y DESARROLLO DE ACTIVIDADES</b></p>	<p>Código :SGC-P-SG-010</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :5 de 6</p>	
---	--	---	---

anteriores. Además de decidir que entrenadores serán destacados para brindar el servicio.

Realiza el registro de los cambios realizados a los cursos de capacitación en la Propuesta para el Dictado del Curso

**7.1.3. Elaboración y verificación de la Propuesta para el Dictado del Curso**

El coordinador hace uso de la información del registro Elementos de Entrada para elaborar la propuesta.

Hace uso de los formatos Propuesta para el Dictado del Curso, verifica los entrenadores propuestos que luego servirán para el Reporte de Entrenadores y también se verifica el Cronograma y Destaque de Entrenadores que se encuentran en la plataforma Virtual de ISEM.

Verifica si la Propuesta para el Dictado del Curso cumple con los requisitos temáticos, pedagógicos y reglamentarios establecidos en Elementos de Entrada.

La propuesta para el Dictado del curso debe proporcionar información apropiada para la planificación, seguimiento y cierre y hacer referencia para la validación del perfil del personal capacitado.

**7.1.4. Aprobación de la Propuesta para el Dictado del Curso**

La aprobación de la propuesta para el Dictado del Curso se evidencia con las firma del Jefe de Capacitación

Una vez aprobada la Propuesta para el Dictado del Curso, consolida la información de Ficha Técnica, Entrenadores, Cronograma.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p style="text-align: center;"><b>DISEÑO Y DESARROLLO DE ACTIVIDADES</b></p>	<p>Código :SGC-P-SG-010</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :6 de 6</p>	
---	--	---	---

#### **7.1.5. Validación de la Propuesta para el Dictado del Curso**

Se realiza mediante la revisión de la información de las encuestas aplicadas al curso de capacitación.

Este mecanismo permite validar que se cumple con los objetivos propuestos en cada servicio, metodología de aprendizaje-enseñanza, el cual favorece el desarrollo de las capacidades y habilidades del personal capacitado, los cuales han sido extraídos de los elementos de entrada.

#### **7.1.6. Gestión de Cambios**

Los cambios del Diseño son revisados y verificados por el Coordinador del Proyecto antes de su implementación y validados según lo establecido en el ítem 7.1.5.

El registro de los cambios se realiza en el formato Registro de Control de Cambios de Diseño.

**ELEMENTOS DE ENTRADA  
(NOMBRE DEL CURSO)**

<b>1. Idea y Justificación (Curso)/Objetivo (Curso):</b>
<b>2. Aspectos Funcionales (Duración, Infraestructura, Materiales de enseñanza, Metodología de enseñanza, Características del servicio, número de participantes y Certificación)</b>
<b>3. Aspectos vinculados al Desempeño (Competencias a desarrollar, Expectativas del cliente, Compromiso del cliente, Compromiso del ISEM)</b>
<b>4. Aspectos Legales / Reglamentarios (Normativa legal-nacional o sectorial, Reglamentos ISEM aplicados al curso de capacitación)</b>
<b>5. Información de Diseños previos (revisión de diseños anteriores, lista de cursos analizados)</b>
<b>6. Otros elementos (Certificaciones ,Capacitación previa en herramientas web)</b>

Elaborado por: \_\_\_\_\_

Fecha:

**PROPUESTA PARA EL DICTADO DEL CURSO  
(Nombre del Curso de Capacitación)**

**I. DATOS GENERALES**

<b>1. Nombre:</b>	
<b>2. Modalidad:</b>	
<b>3. Coordinador:</b>	
<b>4. Duración:</b>	
<b>5. Fechas de inicio y término:</b>	

**II. FUNDAMENTACIÓN**

**III. PÚBLICO OBJETIVO**

**IV. OBJETIVO (S)**

**V. PERFIL DEL PERSONAL CAPACITADO**

**VI. CONTENIDO DEL CURSO**

**VII. GUÍA DEL ENTRENADOR**

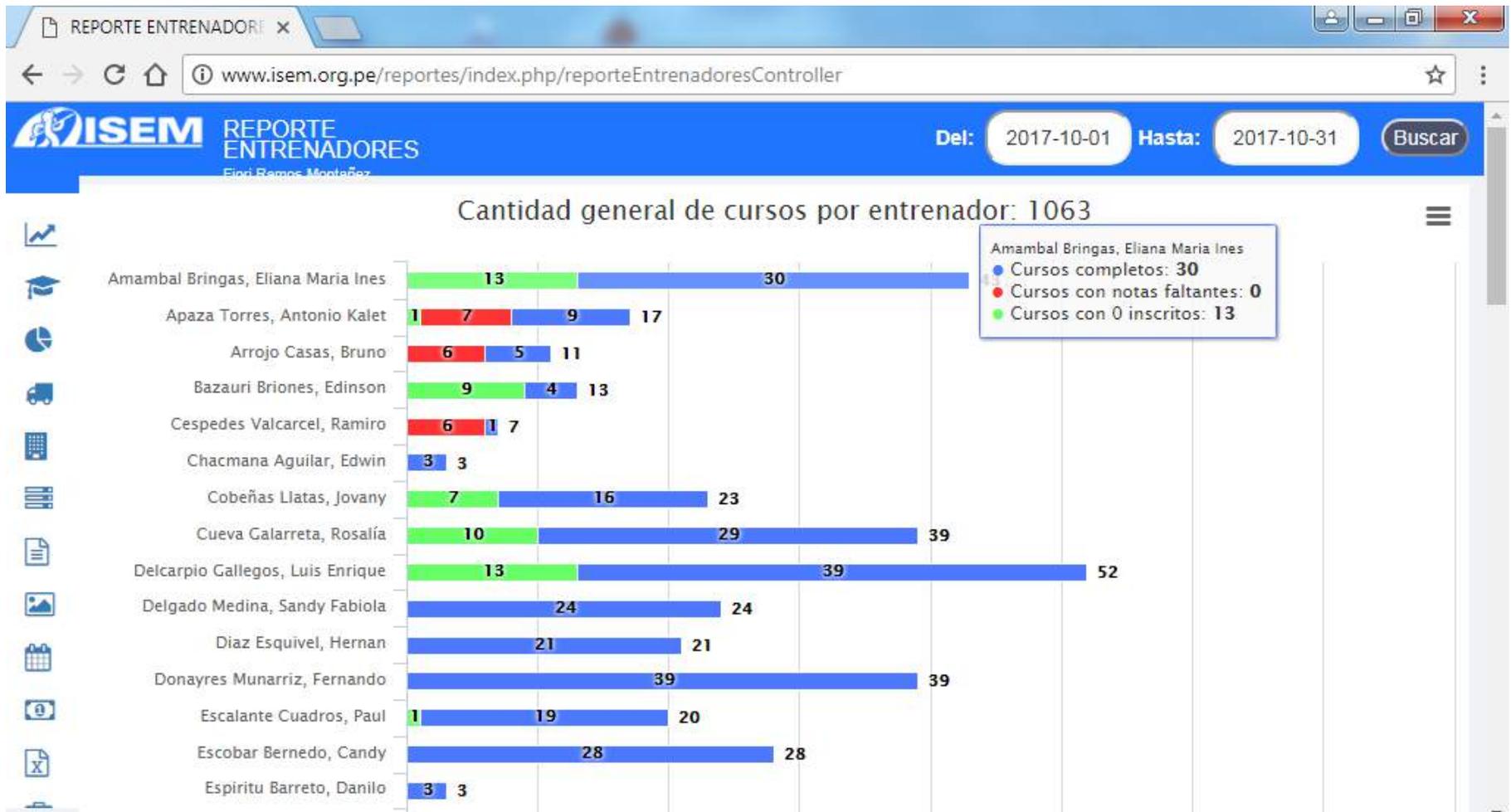
**VIII. EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE**

**IX. CERTIFICACIÓN**

**X. ENTRENADORES**

**XI. ANEXOS** *(Si fuese necesario)*

## REPORTE DE ENTRENADORES



## CRONOGRAMA Y DESTAQUE DE ENTRENADORES

Destaque www.isem.org.pe/reportes/index.php/destaqueController


**DESTAQUE**  
 Fiori Ramos Montañez

Mes: Octubre Año: 2017
Añadir entrenador
Ver Leyenda

Entrenadores Internos
Entrenadores externos
Historial
Exportar

Entrenador	1/10 Dom.	2/10 Lun.	3/10 Mar.	4/10 Mié.	5/10 Jue.	6/10 Vie.	7/10 Sáb.	8/10 Dom.	9/10 Lun.	10/10 Mar.	11/10 Mié.	12/10 Jue.	13/10 Vie.	14/10 Sáb.	15/10 Dom.	16/10 Lun.	17/10 Mar.	18/10 Mié.	19/10 Jue.	20/10 Vie.	21/10 Sáb.	22/10 Dom.									
<b>Aliaga, Anselmo</b>	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3										
	RAU★																														
<b>Amambal, Eliana</b>	13	14	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5										
	BNV★															BNV★					BNV★										
<b>Apaza, Antonio</b>	3	4	5	6	7	1	1	2	1	1	2	3	4	1	2	1	1	1	1	1	1										
	HUD★					HUD★		OFI			HUD★		OFI		BNV★	OFI	BNV★	OFI		BNV★											
<b>Astete, Walter</b>																															
<b>Ayala, Walter</b>	10	11	12	13	14	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9										
	MIN★															MIN★															
<b>Carbajal, Viviana</b>																															
	BRO																														
<b>Carhuamaca, Giacarlo</b>	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	1	2	3	4										
	MIN★																														
<b>Chacmana, Edwin</b>	2	3	4	5	1	2	1	2	1	1	1	2	3	1	2	1	2	3	4	5	1										
	OFI★				OFI★			OFI		OFI★		OFI			OFI																
<b>Cortez, Eyner</b>	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	1	2	3																

Destaque x

www.isem.org.pe/reportes/index.php/destaqueController

## Leyenda

### Entrenadores

**Negro:** Normal.

**Rojo:** Entrenador con un curso (como mínimo) que no ha sido creado en el sistema.

**Azul:** Entrenador con un curso (como mínimo) sin participantes.

**Subrayado:** Entrenador con factura anexada.

### Actividades

**Negro:** Normal.

**Rojo:** Vacaciones.

**Verde:** Descanso.

**Naranja:** Continuación de actividad del mes previo o al mes siguiente.

**★:** La actividad cuenta con un comentario.

Destaque x

www.isem.org.pe/reportes/index.php/destaqueController

## Abreviaciones en actividades

### Minas

BNV	MIL	HUD	RAU	MIN	BRO	VOL	SAM	SOU	VOT	IMP
Compañía De Minas Buenaventura S.a.a	Compania Minera Milpo S.a.a	Hudbay	Cia Minera Raura Sa	Minsur S. A.	Sociedad Minera El Brocal Saa	Volcan Compañía Minera S.a.a.	San Martin Contratistas Generales Sa	Southern Peru Copper Corporation	Votorantim Metals Cajamarquilla Sa	Impal Peru S.a.c

### Cursos

IND	MAT	CG	CE	R-IND	TTT	DS024	AN6	CG2	AN4	CSU
Inducción	Matriz	Cursos Generales	Cursos Especificos	Re Induccion	Entrenando al Entrenador	DS 0242016 EM	Cursos Anexo 6	Cursos Generales II	Cursos Anexo 4	Curso Supervisores

Destaque x

www.isem.org.pe/reportes/index.php/destaqueController

### Cursos

IND	MAT	CG	CE	R-IND	TTT	DS024	AN6	CG2	AN4	CSU
Inducción	Matriz	Cursos Generales	Cursos Especificos	Re Induccion	Entrenando al Entrenador	DS 0242016 EM	Cursos Anexo 6	Cursos Generales II	Cursos Anexo 4	Curso Supervisores

---

### Oficina

OFI
oficina

---

### Movimiento personal

VCA	EME	VIA	DME	OFI	DME	NSP	DPE
vacaciones	exámen médico	viaje	descanso médico	seminario internacional	permiso médico	FALTO	días pendientes



# ANEXO 23



**PROCEDIMIENTO**  
**COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**

Código :SGC-P-SG-011

Versión : 01

Página :1 de 7



## COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

	ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
<b>NOMBRE</b>			
<b>CARGO</b>			
<b>FECHA</b>			
<b>FIRMA</b>			
<b>LINK:</b>			

Está prohibida la reproducción parcial o total de este documento sin la autorización del Coordinador del Sistema de Gestión

	<h1>PROCEDIMIENTO</h1> <h2>COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS</h2>	<p>Código :SGC-P-SG-011</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :2 de 7</p>	
---	--	---	---

### 1. OBJETIVO

Optimizar el control interno de compras para evitar la duplicidad de funciones y lograr ejecutar esta acción con la menor dedicación de tiempo y esfuerzo

Facilitar la continuidad de las operaciones, asegurando que las tareas sean realizadas De manera uniforme y estándar.

### 2. ALCANCE

Aplicable a todo colaborador que realice compras de bienes y/o servicios en beneficio de la Institución, para el uso adecuado de los fondos entregados y para la realización de gestiones y labores relacionadas con las actividades del ISEM.

### 3. DEFINICIONES

3.1. **Compra:** Es una de las actividades más importantes que se realiza en toda institución, ya que cumple con la función de suplir las necesidades de bienes y servicios que se requieren para mantenerla funcionando y poder darle continuidad al trabajo que se desarrolla en la misma.

3.2. **Bienes y Servicios:** Incluyen la adquisición de materiales gastables, mobiliarios y equipos ya sea de oficina, de cómputos, audiovisuales, transporte, etc. al cual que la confección del material impreso en general. También se refiere a la compra de servicios necesarios para realizar reuniones, asambleas y actos incluidos dentro de las actividades de la institución; como son las compras de coffee break, alquiler de equipos, reservación de salas, almuerzos de camaradería, compra de flores. Etc. En las ocasiones que se soliciten materiales y artículos especiales, los cuales requieren de una preparación técnica específica para su identificación, Secretaría solicitará la ayuda de personal especializado.

	<h2>PROCEDIMIENTO</h2> <h3>COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS</h3>	<p>Código :SGC-P-SG-011</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :3 de 7</p>	
---	--	---	---

3.3. **Requerimiento de Compra:** Es el medio de comunicación (e-mail) utilizado por el área solicitante para dar a conocer a Secretaría y Gerencia, la necesidad de adquirir un bien o servicio. Con esto se da inicio al proceso de compra y el detalle de su requerimiento determina el nivel de calidad con que Secretaría puede ofrecer el servicio. Es un respaldo que asegura q la compra esté justificada y que la misma será realizada de acuerdo a lo requerido por el área solicitante.

3.4. **Cotización:** Documento emitido por el proveedor de bienes y/o servicios que permitirá a la Entidad la mejor oferta para tomar la decisión de compra una vez evaluada su procedencia. Dependiendo de la envergadura de la compra requerirá la autorización del jefe de área, de la gerencia general o del directorio.

3.5. **Orden de Compra:** Es un documento pre-enumerado que formaliza el acuerdo entre el proveedor y la Institución, por lo que ISEM se obliga a realizar la transacción sobre todo si es bajo la condición de ser pagada después de la recepción del bien. Para que la transacción esté debidamente sustentada, las órdenes de compra deben estar anexadas al requerimiento de compra que le dieron origen (e-mail).

3.6. **Contrato de compras:** Constituye el acuerdo de las dos partes contratantes (ISEM-Proveedor) mediante el cual se formaliza dicho acuerdo con el Proveedor, y en el cuál se detallan las obligaciones y los derechos que contraen las partes. En el mismo, el Proveedor se compromete a ejecutar una obra o prestar un servicio a cambio de un costo que será pagado bajo las condiciones acordadas con la Institución.

#### 4. DOCUMENTOS A CONSULTAR

No Aplica

	<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p><b>COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS</b></p>	<p>Código :SGC-P-SG-011</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :4 de 7</p>	
---	--	---	---

## 5. RESPONSABILIDADES

Responsables de Área : Comunicarán este procedimiento este procedimiento a los asistentes que estén a su cargo a quienes se les ha autorizado a realizar compra de bienes y/o servicios.

Colaboradores Involucrados : Deberán solicitar el formato y/o numeración correlativa de la Orden de Compra a Secretaría.

## 6. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES, PELIGROS Y RIESGOS ASOCIADOS

### 6.1 Peligros y Riesgos Asociados

No aplica.

### 6.2 Aspectos e Impactos Ambientales asociados

No aplica.

## 7. PROCEDIMIENTO

### 7.1 Requerimiento de Compra

7.1.1 Los bienes y Servicios a comprar deberán estar incluidos en el presupuesto aprobado por la gerencia.

7.1.2 Los bienes o servicios a comprar, que no están incluidos en el presupuesto, deberán cumplir con las exigencias establecidas para estos casos.

	<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p><b>COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS</b></p>	<p>Código :SGC-P-SG-011</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :5 de 7</p>	
---	--	---	---

- 7.1.3 Las compras de bienes y servicios, serán realizadas, previo análisis del responsable de área y deberán contar con la aprobación de la Gerencia.
- 7.1.4 Secretaría será responsable de determinar los reglones de material gastable (útiles de escritorio), y material de higiene y limpieza que requieran reabastecimiento.
- 7.1.5 El requerimiento de compra deberá ser llenado y enviado por el área solicitante a Gerencia quien controla el presupuesto de compras, y a secretaría quien en algunos casos solicita cotizaciones.
- 7.1.6 El requerimiento de compra deberá contener la descripción y las especificaciones claras de los bienes y servicios a ser adquiridos.
- 7.1.7 El requerimiento de compra deberá especificar a qué Centro de Costos se imputará el gasto correspondiente.

## **7.2 Cotizaciones**

- 7.2.1 El responsable de área o solicitante deberá presentar mínimo 2 Cotizaciones de proveedores según los límites discrecionales establecidos para obtener mejores condiciones en el mercado en cuanto a precios, calidad y servicios.
- 7.2.2 Si existe un proveedor exclusivo, no será necesario efectuar Cotizaciones y la compra debe estar amparada con la Orden de Compra aprobada por Gerencia.
- 7.2.3 Las cotizaciones de proveedores recibidas deberán contener descripciones iguales a las especificaciones en el Requerimiento de compra para los artículos que se desean comprar.

	<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p><b>COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS</b></p>	<p><b>Código</b> :SGC-P-SG-011</p> <p><b>Versión</b> : 01</p> <p><b>Página</b> :6 de 7</p>	
---	--	--	---

7.2.4 Las cotizaciones de proveedores deberán contener especificaciones del bien, precios firmes y fechas posibles de entrega. Estos criterios se tomarán en cuenta para la selección del proveedor.

7.2.5 Las cotizaciones de proveedores pueden provisionalmente recibirse por e-mail y en el proceso final deben presentarse por escrito, en original y sin tachaduras.

7.2.6 Las cotizaciones de proveedores serán objeto de estudio y aprobación de la Gerencia.

### **7.3 Orden de Compra**

7.3.1 La orden de Compra será con numeración consecutiva pre-impresa

7.3.2 La Orden de Compra será preparada por una persona diferente a la que aprueba y a la que realiza los registros contables

7.3.3 La Orden de Compra será distribuida en original para Secretaría (anexar factura de pago para el registro contable) y copia para el Proveedor.

7.3.4 En el caso que la Orden de Compra no cuente con la Cotización aprobada, Secretaría deberá adjuntar el Requerimiento de Compra (por ejemplo: en el caso de proveedor exclusivo con antigüedad mínima de dos años).

7.3.5 Se mantendrá un registro y archivo por cada Orden de Compra emitida que contendrá todo lo relativo al Requerimiento de Compra.

	<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p><b>COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS</b></p>	<p>Código :SGC-P-SG-011</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :7 de 7</p>	
---	--	---	---

7.3.6 Secretaría será la responsable de preparar las Órdenes de Compra pre-enumeradas.

7.3.7 Toda Orden de Compra debe contar con la firma del Jefe de Área o solicitante y aprobación de la Gerencia.

#### **7.4 Recepción de los Bienes y Objeto de Compra**

7.4.1 La recepción de Artículos y Bienes será responsabilidad de Secretaría y/o Jefe de Área Solicitante, quien se asegurará que el artículo o bien recibido esté de acuerdo con la Orden de Compra y sus especificaciones. Para el efecto deberá revisar, contar, y verificar que cumpla las condiciones señaladas en la Orden de Compra.

7.4.2 Secretaría se encargará de colocar el sello de recepción en la factura del proveedor en señal de conformidad.

7.4.3 El artículo o bien recibido será entregado al Jefe de Área o solicitante con cargo u otro medio de comunicación (e-mail con confirmación de entrega).

7.4.4 Secretaría anexará a la factura la Orden de Compra, Cotización o requerimiento de Compra para su pago siguiendo el procedimiento de emisión de cheque.

7.4.5 Secretaría informará a contabilidad de la recepción del Activo Fijo para su registro (equipo y mobiliarios)

#### **8. REGISTROS**

- Requerimiento de Compra (e-mail)
- Formato Orden de Compra
- Comprobantes de pago
- Contrato de compras Proveedor –ISEM (si aplica)

# ANEXO 24



## OTROS DOCUMENTOS

SELECCIÓN, EVALUACIÓN,  
REEVALUACIÓN DE PROVEEDORES

Código :SGC-OD-SG-012

Versión : 01

Página :1 de 6



# SELECCIÓN, EVALUACIÓN Y REEVALUACIÓN DE PROVEEDORES

	ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
NOMBRE			
CARGO			
FECHA			
FIRMA			
LINK:			

Está prohibida la reproducción parcial o total de este documento sin la autorización del Coordinador del Sistema de Gestión

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>SELECCIÓN, EVALUACIÓN, REEVALUACIÓN DE PROVEEDORES</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-012 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :2 de 6	
---	--	--	---

## 1. OBJETIVO

Establecer los pasos a seguir para la selección y evaluación de los proveedores críticos para el ISEM, que permitan asegurar que los servicios adquiridos cumplan los requisitos establecidos.

## 2. ALCANCE

Este procedimiento aplica a los proveedores críticos que son gestionados directamente por el ISEM (Proveedores externos) y a los proveedores internos del ISEM (Áreas de ISEM). Para el caso de los entrenadores externos se cuenta con el Procedimiento de Selección, inducción, capacitación, evaluación y re-evaluación de Entrenadores.

## 3. DEFINICIONES

**Proveedor:** Persona Natural o Jurídica que suministra bienes y/o servicios.

**Selección de Proveedores:** Etapa previa al inicio del proceso de compra, mediante la cual se logra la validación o aprobación de algunos proveedores, que tienen las competencias para satisfacer adecuadamente las necesidades del ISEM, de sus clientes finales.

**Evaluación de Proveedores:** Calificación del proveedor en base al desempeño de su servicio o conformidad con el producto brindado.

**Reevaluación de Proveedores:** Entenderemos como proceso de Reevaluación de

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>SELECCIÓN, EVALUACIÓN, REEVALUACIÓN DE PROVEEDORES</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-012 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :3 de 6	
---	--	--	---

proveedores, al seguimiento posterior a la etapa de evaluación de proveedores, permitiendo la mejora del desempeño del proveedor mediante la mejora continua.

#### 4. DOCUMENTOS A CONSULTAR

No Aplica

#### 5. RESPONSABILIDADES

Jefe Administrativo : Participa de la selección y evaluación de la Agencia Asesora de Publicidad y de otros proveedores que tengan impacto transversal en la organización.

Coordinador de Logística : Es responsable de seleccionar y evaluar a la empresa que será quien brinde los servicios de impresión de material para el dictado del curso de capacitación.

#### 6. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES, PELIGROS Y RIESGOS ASOCIADOS

##### 6.1 Peligros y Riesgos Asociados

No aplica.

##### 6.2 Aspectos e Impactos Ambientales asociados

No aplica.

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>SELECCIÓN, EVALUACIÓN, REEVALUACIÓN DE PROVEEDORES</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-012 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :4 de 6	
---	--	--	---

## 7. DESARROLLO

### 7.1 Proveedores Externos

#### 7.1.1 Selección de Proveedores

De acuerdo a la naturaleza y complejidad del servicio a realizar, el responsable selecciona a los proveedores, según los criterios definidos en el formato Selección de Proveedores y toma la decisión de incluirlos en la Lista de Proveedores Habilitados.

Todos los proveedores postulante deben tener RUC, estar correctamente registrados y habilitados en SUNAT, así como dar constancia de su cartera de clientes y las referencias de los mismos.

#### 7.1.2 Evaluación y Reevaluación de proveedores

##### **Evaluación de Proveedores:**

Corresponde a las evaluaciones que se realizan durante la ejecución o al cierre de la compra y/o prestación de un bien y/o servicio, que permiten la mejora continua mediante el feedback del desempeño de un proveedor, es de carácter obligatorio y determina si el proveedor cumple con las condiciones para mantenerse en Lista de Proveedores Habilitados. La evaluación se realiza en forma periódica, si el servicio lo amerita, considerando los siguientes criterios: duración del servicio, criticidad del servicio o proveedor, impacto del cliente, etc

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b>  <b>SELECCIÓN, EVALUACIÓN, REEVALUACIÓN DE PROVEEDORES</b>	<b>Código</b> :SGC-OD-SG-012 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :5 de 6	
---	--	--	---

### **Reevaluación de Proveedores:**

Únicamente se reevalúa a los proveedores que han pasado por evaluación, se mantiene un esquema de reevaluación constante de proveedores, es considerado de carácter obligatorio y determina si el proveedor sigue cumpliendo las condiciones para mantenerse en la Lista de Proveedores Habilitados

Tanto para la evaluación y reevaluación se tendrá en cuenta los criterios establecidos en el formato de Evaluación y reevaluación de Proveedores y se consideran como unidad básica la cotización, contrato, orden de servicio o procedimientos.

Cada uno de los responsables de las evaluaciones y reevaluaciones informa a los proveedores los resultados, según aplique, a fin de identificar aspectos de mejora o decisiones sobre el mantenimiento como proveedor.

Los responsables registran los resultados y toman las acciones pertinentes siguiendo lo indicado en el formato Evaluación y Reevaluación de Proveedores.

### **7.2 Proveedores Internos**

En el aspecto interno, los requerimientos del ISEM son ejecutados por los proveedores internos (áreas administrativa) del ISEM,; ellos son los responsables de coordinar con proveedores externos, de ser necesario, la atención de nuestros requerimientos, y por tanto encargados de retroalimentarlos. El ISEM ha implementado el Registro de Incidencias de Proveedores Internos, herramienta utilizada para registrar las incidencias críticas que afectan a la gestión de Área.

	<b>OTROS DOCUMENTOS</b> <b>SELECCIÓN, EVALUACIÓN, REEVALUACIÓN DE PROVEEDORES</b>	Código :SGC-OD-SG-012 Versión : 01 Página :6 de 6	
---	--	---	---

Los resultados son reportados a los proveedores internos para que procedan a la mejora del servicio.

## 8. ANEXOS

- Formato de Selección de Proveedores
- Lista de Proveedores habilitados
- Evaluación y reevaluación de Proveedores
- Registro de Incidencias de Proveedores Internos

## SELECCIÓN DE PROVEEDORES

Nombre o Razón Social: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Rubro/Alcance: \_\_\_\_\_

Aulas \_\_\_\_\_

Agencia Asesora de Imagen \_\_\_\_\_

Auditoría Líder \_\_\_\_\_

Otros (especificar) \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Puntuación:

<b>Muy deficiente</b>	<b>Deficiente</b>	<b>Regular</b>	<b>Bueno</b>	<b>Muy bueno</b>
1	2	3	4	5

Cualidades	Criterios de evaluación	Mínimo esperado	Puntaje (1-5)
Requerimientos de servicio	Tiempo de entrega de servicio	4	
	Calidad de servicio	4	
	Infraestructura (si aplica)	4	
Experiencia profesional	Experiencia en el área que postula	3	
	Referencias	3	
Costo	Facilidades de pago	3	
	Precio	4	
<b>Total</b>			

Requerimiento mínimo: 25 puntos

**Conclusión:**

Aprobado \_\_\_\_\_  
Desaprobado \_\_\_\_\_

**Observaciones:**

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma del responsable de  
la evaluación

### LISTA DE PROVEEDORES HABILITADOS

N°	Contacto	Ubicación	Teléfono	E-mail
1				
2				
3				
4				



**REGISTRO DE INCIDENCIA DE PROVEEDORES**

<b>Nombre / Razón Social:</b>			
<b>R.U.C.:</b>			
<b>Dirección:</b>			
<b>Teléfono:</b>			
<b>e-mail:</b>			
<b>Página web:</b>			
<b>Tipo de proveedor (equipo/material/servicio)</b>			
<b>Relación de suministros</b>		<b>Fecha de registro:</b>	
<b>Nombre del equipo/material/servicio suministrado</b>		<b>Proceso/Actividad en que se utiliza</b>	
<b>Comentarios:</b>			
<b>Registro de Faltas Graves:</b>			

# **ANEXO 25**



## PROCEDIMIENTO

SELECCIÓN, INDUCCIÓN,  
CAPACITACIÓN Y EVALUACIÓN DE  
ENTRENADORES EXTERNOS

Código :SGC-P-SG-013

Versión : 01

Página :1 de 7



## SELECCIÓN, INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y EVALUACIÓN DE ENTRENADORES EXTERNOS

	ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
<b>NOMBRE</b>			
<b>CARGO</b>			
<b>FECHA</b>			
<b>FIRMA</b>			
<b>LINK:</b>			

Está prohibida la reproducción parcial o total de este documento sin la autorización del Coordinador del Sistema de Gestión

	<h1>PROCEDIMIENTO</h1> <p><b>SELECCIÓN, INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y EVALUACIÓN DE ENTRENADORES EXTERNOS</b></p>	<p><b>Código</b> :SGC-P-SG-013</p> <p><b>Versión</b> : 01</p> <p><b>Página</b> :2 de 7</p>	
---	---	--	---

## 1. OBJETIVO

Establecer los pasos a seguir en la selección, inducción, capacitación, evaluación y reevaluación de entrenadores externos, con la finalidad de contar con un personal de capacitación competente que garantice el alto nivel de las capacitaciones que brinda el ISEM.

## 2. ALCANCE

Aplica desde la selección de entrenadores de las capacitaciones que ofrece el ISEM hasta la reevaluación.

## 3. DEFINICIONES

**3.1 Clase modelo:** Simulación de clase que brinda el postulante a capacitador a un grupo de evaluadores. Tiene como objetivo que el capacitador demuestre su capacidad de enseñanza a una audiencia de clase acerca de un tema específico.

**3.2 Observación del Dictado del Curso:** Acción que realiza el Coordinador del Proyecto con la finalidad de promover un proceso de reflexión sobre la acción del capacitador para identificar sus fortalezas y sus oportunidades de mejora.

## 4. DOCUMENTOS A CONSULTAR

No Aplica

## 5. RESPONSABILIDADES

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>SELECCIÓN, INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y EVALUACIÓN DE ENTRENADORES EXTERNOS</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-013  <b>Versión</b> : 01  <b>Página</b> :3 de 7	
---	---	---	---

Coordinador Administrativo)

Es responsable de la propuesta y selección de CV de los postulantes a docentes y tutores que pasarán por Clase Modelo, y de coordinar la selección, inducción, capacitación, evaluación y reevaluación de docentes y tutores.

Supervisar y asegurar la evaluación del cumplimiento administrativo de los docentes.

Asistente Administrativo

Es responsable de realizar las coordinaciones con el Coordinador Administrativo sobre la selección, Inducción, Capacitación, Evaluación y Reevaluación de docentes propuestos por el área de Capacitación a Medida.

## **6. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES, PELIGROS Y RIESGOS ASOCIADOS**

### **6.1 Peligros y Riesgos Asociados**

No aplica.

### **6.2 Aspectos e Impactos Ambientales asociados**

No aplica.

	<h2>PROCEDIMIENTO</h2> <p><b>SELECCIÓN, INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y EVALUACIÓN DE ENTRENADORES EXTERNOS</b></p>	<p>Código :SGC-P-SG-013</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :4 de 7</p>	
---	---	---	---

## 7. PROCEDIMIENTO

### 7.1 Selección de entrenadores externos

7.1.1 Cuando el ISEM identifica la necesidad de contar con un nuevo entrenador, el Coordinador del Proyecto procede a solicitar y evaluar el currículum vitae (CV) de postulantes a entrenadores, considerando los siguientes criterios:

- De acuerdo al Perfil que se necesite del entrenador
- Especialización en el tema correspondiente al curso o cursos a dictar o experiencia laboral en el mismo.

7.1.2 **Convocatoria:** Se procede a enviar un correo al postulante con los lineamientos del Modelo pedagógico del Instituto para que desarrolle las siguientes actividades correspondientes al proceso de selección de entrenadores:

- Elaboración de materiales académicos: PPT y Guía de trabajo aplicativo para una sesión de clase de 3 horas cronológicas.
- Clase modelo de 30 minutos, de modo presencial o vía virtual, consistente en un resumen de la sesión de clase planificada.

7.1.3 En el caso que un entrenador ya habilitado para el dictado de cursos requiera cambiar o ampliar la especialidad de desempeño, sólo se evalúa su competencia técnica en el nuevo campo a través de su CV.

7.1.4 El Coordinador Administrativo les indica fecha, hora, lugar, datos del postulante, datos del curso que va a dictar y el tema general que va a desarrollar en la clase modelo.

7.1.5 Los Coordinadores Administrativos califican al entrenador Formato Resumen de Evaluación a entrenador.

	<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p><b>SELECCIÓN, INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y EVALUACIÓN DE ENTRENADORES EXTERNOS</b></p>	<p>Código :SGC-P-SG-013</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :5 de 7</p>	
---	--	---	---

## 7.1.6 Actividades posteriores a la Clase Modelo

7.1.6.1 El Coordinador Administrativo prepara el Informe de rendimiento de evaluación de postulante a Entrenador y lo envía al entrenador evaluado.

7.1.6.2 En el caso que el postulante a entrenador apruebe los criterios de selección, el Coordinador Administrativo solicita los documentos que avalan su formación académica y/o experiencia profesional en el tema al que ha postulado así como la información necesaria para ingresarlo en la Lista de proveedores Habilitados. Posteriormente procede a archivar los documentos enviados de manera electrónica.

7.1.6.3 Cuando la necesidad del servicio no permite seguir con lo establecido para realizar una clase modelo, el CCED o responsable de la capacitación a medida realiza una entrevista presencial o virtual para evaluar su trayectoria académica y experiencia profesional. La incorporación a la lista de proveedores habilitados estará supeditada a los resultados de la primera encuesta de su desempeño pedagógico del curso dictado, previo cumplimiento de los requisitos documentarios.

## 7.2 Inducción de Entrenadores

7.2.1 La inducción se realiza de modo presencial o virtual y se lleva a cabo antes del inicio del primer curso asignado al entrenador nuevo enviándole los lineamientos generales y materiales de referencia para su planificación inicial.

	<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p><b>SELECCIÓN, INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y EVALUACIÓN DE ENTRENADORES EXTERNOS</b></p>	<p>Código :SGC-P-SG-013</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :6 de 7</p>	
---	--	---	---

### 7.3 Capacitación de Entrenadores

- 7.3.1 La capacitación del entrenador se realiza con el objetivo de fortalecer las competencias necesarias para una planificación, ejecución y evaluación óptima de los procesos de aprendizaje.
- 7.3.2 El Coordinador es responsable de coordinar el seguimiento y registro de las actividades realizadas en el Registro de Programación de la Capacitación de Entrenadores

### 7.4 Evaluación de Entrenadores

- 7.4.1 Se realiza una Evaluación del Desempeño del Entrenador que contempla el desempeño pedagógico. El desempeño pedagógico se evalúa a través de la Encuesta de Desempeño del Entrenador aplicada a los alumnos al final de cada curso.
- 7.4.2. Cada Unidad Minera asegura el proceso de aplicación de las encuestas y el procesamiento de los datos en el Resumen de las encuestas de desempeño del Entrenador. Asegura también el archivo del registro en la carpeta compartida y envía la información de los resultados a través de un correo a los Coordinadores Administrativos, para que los resultados puedan ser evaluados.
- 7.4.3. El Coordinador Administrativo es responsable de analizar y tomar las acciones de seguimiento y fortalecimiento de competencias de los entrenadores de acuerdo a los resultados de las encuestas.
- 7.4.4. Los Entrenadores que no tengan una buena calificación, no son tomados como posibles entrenadores para cualquier servicio posterior.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p style="text-align: center;"><b>SELECCIÓN, INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y EVALUACIÓN DE ENTRENADORES EXTERNOS</b></p>	<p>Código :SGC-P-SG-013</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :7 de 7</p>	
---	--	---	---

## 8 REGISTROS

- Acta de reunión de análisis de datos del SGC

# **ANEXO 26**



# PROCEDIMIENTO

## AUDITORIAS INTERNAS

Código :SGC-P-SG-014

Versión : 01

Página :1 de 10



## AUDITORÍAS INTERNAS

	ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
<b>NOMBRE</b>			
<b>CARGO</b>			
<b>FECHA</b>			
<b>FIRMA</b>			
<b>LINK:</b>			

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>AUDITORIAS INTERNAS</b>	Código :SGC-P-SG-014 Versión : 01 Página :2 de 10	
---	--	---	---

## 1. OBJETIVO

Establecer un mecanismo que permita asegurar el desarrollo eficiente del proceso de auditoría interna, con la finalidad de verificar que las operaciones en los servicios auditados continúan cumpliendo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 con la finalidad de reconocer oportunidades de mejora.

## 2. ALCANCE

Este procedimiento se aplica a todos los procesos que se realizan en el ISEM

## 3. DEFINICIONES

### 3.1 Equipo Auditor

Grupo compuesto por un auditor líder, responsable de la auditoría, que puede incluir uno o varios auditores acompañantes y/o expertos técnicos que permitan reunir toda la competencia necesaria para realizar una determinada auditoría.

Un equipo auditor puede estar conformado por un solo auditor líder que reúna dicha competencia.

El mantenimiento de las habilidades de los auditores internos se garantiza debido a que participan en la ejecución de las auditorías a sistemas de gestión de la calidad.

Los auditores internos realizan una reunión anual de revisión de informes de las auditorías realizadas para unificar criterios.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>AUDITORIAS INTERNAS</b>	Código :SGC-P-SG-014 Versión : 01 Página :3 de 10	
---	--	---	---

### 3.2 Experto Técnico

Persona competente y experimentada en uno o varios campos técnicos, que tiene los conocimientos necesarios que le permiten una buena comprensión de los requisitos técnicos de las entidades, de su aplicación al sector y de los procedimientos relacionados de su posible falla.

### 3.3 No Conformidad Mayor (NCM)

Es el incumplimiento sistemático de un requisito especificado que afecta al Sistema de Gestión de la Calidad. y/o causa graves consecuencias.

### 3.4 No Conformidad Menor (NCm)

Es el incumplimiento puntual de un requisito especificado, que sin ser una No Conformidad Mayor, produce una desviación en el SGC y/o sus consecuencias no son graves.

### 3.5 Observación (Obs)

Es la identificación de un incumplimiento puntual menor o un posible incumplimiento puntual de un requisito especificado que no produce una desviación en el SGC.

### 3.6 Oportunidad de Mejora (OM)

Es la identificación de actividades destinadas a la mejora del sistema de gestión de la calidad, una oportunidad de mejora es detectada por parte del equipo auditor como resultado de las entrevistas realizadas durante la ejecución de la auditoria.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>AUDITORIAS INTERNAS</b>	Código :SGC-P-SG-014 Versión : 01 Página :4 de 10	
---	--	---	---

#### 4. DOCUMENTOS A CONSULTAR

Plan de Auditoría

Acta de Reuniones

Programa Anual de Auditorías Internas y Revisión por la Dirección

Matriz de Mejora

Lista de Auditores Internos

Cuadro de Seguimiento de Acciones Correctivas y Preventivas

#### 5. RESPONSABILIDADES

- 5.1. Responsable de la Calidad :
- Realizar de forma coordinada con las áreas la programación de las auditorías internas.
  - Es responsable del seguimiento de la programación de las auditorías internas.
  - Realizar el seguimiento y verificación del cumplimiento de las solicitudes de acción correctiva y preventiva derivadas de la auditoría interna.
  - Registrar las solicitudes de acción correctiva y preventiva remitidas por el área auditada

	<p><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p><b>AUDITORIAS INTERNAS</b></p>	<p>Código :SGC-P-SG-014</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :5 de 10</p>	
---	---	--	---

5.2. Equipo Auditor

Enviar las copias de las solicitudes de acción correctiva y preventiva aprobadas por el Auditor Líder

: Dirigir y ejecutar la auditoría interna. Elaborar y enviar las Solicitudes de Acción Correctiva y/o las Solicitudes de Acción Preventiva.

5.3. Jefe de Área correspondiente

: Proporcionar la documentación solicitada por el equipo auditor.

Asistir a las reuniones de apertura y cierre de la auditoría.

Completar y remitir las solicitudes de acción correctiva y/o preventiva al Auditor Líder.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>AUDITORIAS INTERNAS</b>	Código :SGC-P-SG-001 Versión : 01 Página :6 de 10	
---	--	---	---

## **6. ASPECTOS E IMPACTOS AMBIENTALES, PELIGROS Y RIESGOS ASOCIADOS**

### **6.1 Peligros y Riesgos Asociados**

No aplica.

### **6.2 Aspectos e Impactos Ambientales asociados**

No aplica.

## **7 DESARROLLO**

### **7.1 Programación de las Auditorías Internas**

7.1.1 El responsable de la Calidad en coordinación con los Jefes de las áreas correspondientes elabora el programa anual de auditorías internas, el mismo que contiene las frecuencias de las auditorías programadas para el año, según el formato Programa Anual de Auditorias Internas y Revisiones por la Dirección y es presentado en el primer trimestre de cada año. Para la elaboración del programa se contempla tanto el estado y la importancia del área a auditar, así como los resultados de auditorías previas.

7.1.2 Si por algún motivo el Responsable de la Calidad y/o Jefe de las áreas correspondientes, determina necesario la realización de una auditoría interna no programada, por ejemplo cuando hay cambios en el SGC ó problemas de calidad graves, se actualiza el programa anual de auditorías internas antes de comenzar con la misma.

### **7.2 Ejecución de la Auditoría Interna**

#### **7.2.1 Preparación de la Auditoría Interna**

7.2.1.1 En esta etapa el Responsable de la Calidad:

- Define los miembros del Equipo Auditor, el cual está integrado por personas capacitadas e independientes a las operaciones del área a auditar. El Equipo Auditor incluye un auditor líder y auditor(es), de la Lista de Auditores Internos.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>AUDITORIAS INTERNAS</b>	<b>Código</b> :SGC-P-SG-014 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :7 de 10	
---	--	--	---

- En los casos de una auditoría no programada, fundamenta las causas por las que se realiza una auditoría interna.
- Coordina la fecha de ejecución de la auditoría interna con los Jefes correspondientes.

7.2.1.2 Los Jefes de área realizan las coordinaciones necesarias de manera que permitan al personal continuar con sus labores y a la vez atender el proceso de auditoría.

7.2.1.3 El Auditor Líder elabora el Plan de Auditoría, el mismo que contempla los resultados de las auditorias del año anterior según el Programa Anual de Auditorias Internas y Revisiones por la Dirección. Para el caso de las no conformidades detectadas con anterioridad se programa un mayor número de horas y énfasis en los acápite de la norma que fueron reportados como no conformidad. La ejecución de la auditoria interna no es mayor a una semana y el Plan de Auditoría se envía a los Jefes de Área con una anticipación no menor a 3 días útiles. A solicitud de los Jefes Área se puede realizar modificaciones en la programación de las entrevistas propuestas.

## **7.2.2 Realización de la Auditoría Interna**

7.2.2.1 La auditoría interna se inicia con la reunión de apertura, donde el Auditor Líder presenta los miembros del Equipo Auditor al Jefe de Área, se revisa el alcance y objetivos de la auditoría, se proporciona un corto resumen de los métodos y procedimientos a ser usados al conducir la auditoría, se confirma que los recursos e instalaciones necesarios para el Equipo Auditor se encuentren disponibles, se confirma la hora y la fecha para la reunión de cierre y se clarifica cualquier detalle del Plan de Auditoría; esta reunión queda registrada en el Acta de Reuniones.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>AUDITORIAS INTERNAS</b>	Código :SGC-P-SG-014 Versión : 01 Página :8 de 10	
---	--	---	---

7.2.2.2 Durante la auditoría, el Equipo Auditor, recoge evidencias a través de entrevistas, examen de documentos, observación de las actividades y las condiciones de las áreas involucradas. Aquellos indicios que sugieran no conformidades y que resulten significativos, son investigados profundamente.

7.2.2.3 Antes de dar por concluida la auditoría el Auditor Líder lleva a cabo la reunión de cierre con el Jefe de Área y con los responsables por las funciones involucradas en la auditoría, donde todos los hallazgos obtenidos durante la auditoría son explicados, evaluados y se decide cuales son tratados como no conformidades. Esta reunión queda registrada en el Acta de Reunión de Cierre, la cual es leída al final de la reunión por uno de los auditores o el auditor líder.

### **7.2.3 Informe de Auditoría**

7.2.3.1 Una vez concluida la auditoría, el Auditor Líder, elabora y emite los registros de Solicitud de Acción Correctiva, donde informa las no conformidades mayores, las no conformidades menores y las observaciones encontradas según sea el caso, y a su vez emite los registros de Solicitud de Acción Preventiva, donde informa las observaciones y oportunidades de mejora encontradas según sea el caso.

7.2.3.2 Los registros de Solicitud de Acción Preventiva y/o Correctiva son enviadas según corresponda a los Jefes de las Áreas correspondientes o al Coordinador General de la Calidad en un plazo no mayor a 5 días útiles posteriores al término de la auditoría.

7.2.3.3 El Jefe de Área o el Coordinador de la Calidad identifica las causas, propone las acciones correctivas necesarias, estipula los plazos y nombra a los responsables por llevarlas a cabo; luego en un plazo no mayor a 15 días útiles remite estas propuestas para la evaluación y aceptación por parte del Auditor Líder que realizó la auditoría, en el

	<b>PROCEDIMIENTO</b>  <b>AUDITORIAS INTERNAS</b>	Código :SGC-P-SG-014 Versión : 01 Página :9 de 10	
---	--	---	---

caso de que las propuestas no sean aprobadas, el Jefe de Área propone nuevas acciones y las envía al Auditor Líder.

#### **7.2.4 Seguimiento de las Solicitudes de Acción Correctiva y Preventiva**

7.2.4.1 El Coordinador de Calidad registra las solicitudes de acción correctiva y/o preventiva generadas en la auditoría y remitidas por la unidad auditada en el formato Cuadro de Seguimiento de Acciones Correctivas y Preventivas.

7.2.4.2 El Auditor Líder, uno de los auditores miembros del Equipo Auditor, el Coordinador de Sistemas de Gestión de la Calidad o el Coordinador (\*) de Áreas Internas verifica el cumplimiento de las acciones correctivas y/o preventivas dentro de los 15 días útiles siguientes a la fecha de cierre estipulada en la Solicitud de Acción Correctiva o Preventiva.

7.2.4.3 La solicitud de Acción Correctiva y/o Preventiva es cerrada cuando el auditor líder, uno de los miembros del Equipo Auditor, el Coordinador de Sistemas de Gestión de la Calidad ha comprobado con evidencias objetivas la ejecución de las correcciones, acciones correctivas propuestas y/o acciones de verificación de la eficacia de las acciones planteadas.

7.2.4.4 En caso que no se encuentre ejecutada la acción correctiva/preventiva en el plazo estipulado, los Jefes de Área según corresponda o persona que éstos designen propone una nueva fecha de cierre para la acción correctiva/preventiva.

7.2.4.5 El Coordinador en gestión de calidad actualiza el estado del seguimiento de las solicitudes de acción correctiva y/o preventiva en el formato Cuadro de Seguimiento de Acciones Correctivas y Preventivas.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMIENTO</b></p> <p style="text-align: center;"><b>AUDITORIAS INTERNAS</b></p>	<p>Código :SGC-P-SG-014</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :10 de 10</p>	
---	---	---	---

## 8. ANEXOS

- Formato programa anual de auditorías
- Plan de auditoría
- Acta de reuniones
- Solicitud de acción de mejora
- Cuadro de seguimiento de Acción Correctiva y Preventiva
- Matriz de Mejora



**PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS INTERNAS Y REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN**

Fecha de actualización:

ITEM	PROCESO	ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC	
		1 Q	2 Q	1 Q	2 Q	1 Q	2 Q	1 Q	2 Q	1 Q	2 Q	1 Q	2 Q	1 Q	2 Q	1 Q	2 Q	1 Q	2 Q	1 Q	2 Q	1 Q	2 Q	1 Q	2 Q
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									

**Detalle de los recursos necesarios:**

Revisión por la Dirección

Elaborado por:

Aprobado por:

## PLAN DE AUDITORÍAS

### 1. INFORMACION GENERAL

<b>1.1 ÁREA:</b>	
<b>1.2 FECHAS Y PERIODO:</b>	
<b>1.3 SUPERVISORES:</b>	
<b>1.4 SUPERVISOR LIDER:</b>	
<b>1.5 SUPERVISORES EN ENTRENAMIENTO:</b>	
<b>1.7 OBJETIVO:</b>	
<b>1.8 CRITERIO DE SUPERVISIÓN:</b>	

### 2. PROGRAMA:

Proceso/Actividad	Requisito ISO 9001:2015	Supervisado	Cargo	Supervisor	Fecha	Hora

Proceso/Actividad	Requisito ISO 9001:2015	Supervisado	Cargo	Supervisor	Fecha	Hora

**FECHA DE ELABORACIÓN DEL PLAN:**

**Firma:** \_\_\_\_\_  
Supervisor Líder



## SOLICITUD Y SEGUIMIENTO DE ACCIÓN DE MEJORA

<b>Reportada por:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>N°:</b>					
<b>Origen de la No Conformidad (Real o Potencial) u Oportunidad de Mejora:</b> Auditoria interna/externa <input type="checkbox"/> Revisión por la Dirección <input type="checkbox"/> Servicio No Conforme <input type="checkbox"/>							
<b>Descripción de la No Conformidad (Real o Potencial) u Oportunidad de Mejora:</b>   							
<b>Requisito que incumple (Para el caso de No Conformidad real o potencial / requisitos legales y normativos)</b>							
<i>(Espacios para ser llenados por los líderes de los procesos)</i>							
<b>ANALISIS DE CAUSAS</b>							
<b>N°</b>	<b>CAUSA</b>						
<b>PLAN DE ACCION</b>							
N°	Acción a Desarrollar	Tipo de Acción				Responsable	Fecha
		C	AC	AP	OM		
<b>C: Corrección AC: Acción correctiva AP: Acción preventiva OM: Oportunidad de mejora</b>							
<b>RESULTADO DEL SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCION</b>						<b>Fecha de seguimiento</b>	
<b>CIERRE DE LA ACCIÓN</b>							
<b>IMPLEMENTADA Y EFECTIVA</b>		<b>IMPLEMENTADA Y NO EFECTIVA</b>				<b>NO IMPLEMENTADA</b>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
<b>Fecha de cierre:</b>		<b>Firma del Coordinador de Gestión de Calidad:</b>					





# ANEXO 27



# INSTRUCTIVO

## REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Código :SGC-I-SG-001

Versión : 01

Página :1 de 3



## REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

	ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
<b>NOMBRE</b>			
<b>CARGO</b>			
<b>FECHA</b>			
<b>FIRMA</b>			
<b>LINK:</b>			

Está prohibida la reproducción parcial o total de este documento sin la autorización del Coordinador del Sistema de Gestión

	<h1>INSTRUCTIVO</h1> <h2>REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</h2>	<p>Código :SGC-I-SG-001</p> <p>Versión : 01</p> <p>Página :2 de 3</p>	
---	---	---	---

### 1. OBJETIVO

Establecer la metodología para el desarrollo de la revisión del sistema de gestión de la calidad del servicio por la Dirección Ejecutiva.

### 2. ALCANCE

Las disposiciones contenidas en el presente documento normativo, de todas las revisiones por la Dirección es de cumplimiento de todas las Áreas Operativas.

### 3. RESPONSABILIDADES

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| Director Ejecutivo                    | : Efectuar la revisión del SGC<br>Aprobar el acta de revisión por la Dirección  |
| Coordinadora de Gestión de la Calidad | : Programar y llevar a cabo la revisión por la Dirección.<br>Elaborar el acta de revisión por la Dirección                          |
| Jefes de Área                         | : Participar en la revisión por la Dirección.<br>Brindar información de los elementos de entrada para la revisión por la Dirección. |

### 4. INSTRUCCIONES

- 4.1 Las revisiones por la Dirección son programadas por el Coordinador de Gestión de la Calidad en el Formato Programa anual de Auditorías.
- 4.2 El Coordinador de Gestión de la Calidad revisa el estado de implementación de los acuerdos de las revisiones previas. En caso no se encuentre implementado, solicita al área competente un informe del estado de implementación de los acuerdos.
- 4.3 El coordinador de Gestión de la Calidad elabora la presentación (ppt) considerando los siguientes elementos de entrada:
  - 4.3.1 Revisión de Política y Objetivos de la Calidad
  - 4.3.2 Acciones de seguimiento de revisiones previas
  - 4.3.3 Cambios en cuestiones externas/internas que sean pertinentes al Sistema de Gestión de la Calidad

	<b>INSTRUCTIVO</b>  <b>REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>	<b>Código</b> :SGC-I-SG-001 <b>Versión</b> : 01 <b>Página</b> :3 de 3	
---	--	---	---

- 4.3.4 Resultados de la satisfacción de los clientes (Incluye reclamos/denuncias)
- 4.3.5 Desempeño de los procesos y la conformidad del servicio
- 4.3.6 Resultados de supervisiones a los procesos
- 4.3.7 Estado de las acciones de mejora
- 4.3.8 Adecuación de los recursos
- 4.3.9 Eficacia de las acciones tomadas para abordar riesgos y oportunidades
- 4.3.10 Recomendaciones para la mejora

4.4 Al término de la revisión, el coordinador de Gestión de la Calidad elabora un registro de la misma en el formato Acta de Revisión por la Dirección.

4.5 Los acuerdos tomados en la revisión por la Dirección, están relacionados con la mejora de la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos, la mejora del servicio con relación a los requisitos de los clientes y las necesidades de recursos.

4.6 El Acta de revisión por la Dirección es revisada por los Jefes de Áreas.

4.7 El Director Ejecutivo envía la presentación (ppt) y el Acta a los Jefes de Áreas.

4.8 El coordinador de Gestión de la Calidad, se registran las acciones de mejora y se procede de acuerdo al Procedimiento para la gestión de las no conformidades y acciones de mejora.

## 5. REGISTROS

- Acta de revisión por la Dirección

## 6. ANEXOS

Acta de revisión por la Dirección

### PROGRAMA ANUAL DE SUPERVISIÓN

<b>Objetivo del programa</b>	
<b>Alcance del programa</b>	
<b>Responsable:</b>	

N°	ÁREA	AÑO:																								
		Enero		Febrer		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre		
		1Q	2Q	1Q	2Q	1Q	2Q	1Q	2Q	1Q	2Q	1Q	2Q	1Q	2Q	1Q	2Q	1Q	2Q	1Q	2Q	1Q	2Q	1Q	2Q	
1																										
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
9																										
10																										

<b>Detalle de los recursos necesarios</b>
---

## SOLICITUD Y SEGUIMIENTO DE ACCIÓN DE MEJORA

**Fecha:**

**Participantes:**

*<Nombre y cargo>*

**Puntos Tratados:**

Tema	Documento Relacionado
1.-	Presentación en formato ppt.
2.-	
3.-	
...	
...	
...	

**1. XXXX**

*<Breve resumen y/o acuerdo>*

*(En caso de acuerdo, especificar recursos necesarios, responsable y fecha límite)*

.....

**Conclusiones:**

*(Se concluye sobre la eficacia y mejora del SGC).*

---

Director Ejecutivo

# ANEXO 28

**DIAGNOSTICO DE EVALUACION SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD SEGÚN NTC ISO 9001-2015**

**CRITERIOS DE CALIFICACION:** A. Cumple completamente con el criterio enunciado (10 puntos: Se establece, se implementa y se mantiene; Corresponde a las fase de Verificar y Actuar para la Mejora del sistema); B. cumple parcialmente con el criterio enunciado (5 puntos: Se establece, se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase del Hacer del sistema); C. Cumple con el mínimo del criterio enunciado (3 puntos: Se establece, no se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase de identificación y Planeación del sistema); D. No cumple con el criterio enunciado (0 puntos: no se establece, no se implementa, no se mantiene N/S).

No.	NUMERALES	CRITERIO INICIAL DE CALLIFICACION			
		A-V	H	P	N/S
		A	B	C	D
<b>4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN</b>					
<b>4.1 COMPRESION DE LA ORGANIZACIÓN Y SU CONTEXTO</b>		10	5	3	0
1	Se determinan las cuestiones externas e internas que son pertinentes para el propósito y dirección estratégica de la organización.	10			
2	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas.	10			
<b>4.2 COMPRESIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS</b>					
3	Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas para el sistema de gestión de Calidad.	10			

4	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos.	10			
<b>4.3 DETERMINACION DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>					
5	El alcance del SGC, se ha determinado según: Procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica	10			
6	El alcance del SGC se ha determinado teniendo en cuenta los problemas externos e internos, las partes interesadas y sus productos y servicios?	10			
7	Se tiene disponible y documentado el alcance del Sistema de Gestion.	10			
8	Se tiene justificado y/o documentado los requisitos (exclusiones) que no son aplicables para el Sistema de Gestion?				0
<b>4.4 SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS</b>					
9	Se tienen identificados los procesos necesarios para el sistema de gestión de la organización		5		
10	Se tienen establecidos los criterios para la gestión de los procesos teniendo en cuenta las responsabilidades, procedimientos, medidas de control e indicadores de desempeño necesarios que permitan la efectiva operación y control de los mismos.		5		
11	Se mantiene y conserva información documentada que permita apoyar la operación de estos procesos.		5		
<b>SUBTOTAL</b>		70	15	0	0
<b>Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)</b>			<b>77%</b>		
<b>5. LIDERAZGO</b>					
<b>5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO GERENCIAL</b>					
1	Se demuestra responsabilidad por parte de la alta dirección para la eficacia del SGC.	10			
<b>5.1.2 Enfoque al cliente</b>					
2	La gerencia garantiza que los requisitos de los clientes se determinan y se cumplen.	10			

3	Se determinan y consideran los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente.	10			
<b>5.2 POLITICA</b>					
<b>5.2.1 ESTABLECIMIENTO DE LA POLITICA</b>					
4	La política de calidad con la que cuenta actualmente la organización está acorde con los propósitos establecidos.	10			
<b>5.2.2 Comunicación de la política de calidad</b>					
5	Se tiene disponible a las partes interesadas, se ha comunicado dentro de la organización.		5		
<b>5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN</b>					
6	Se han establecido y comunicado las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes en toda la organización.		5		
<b>SUBTOTAL</b>		40	10	0	0
<b>Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)</b>		<b>83%</b>			
<b>6. PLANIFICACION</b>					
<b>6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES</b>					
1	Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SGC logre los resultados esperados.		5		
2	La organización ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema.		5		
<b>6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACION PARA LOGRARLOS</b>					
3	Que acciones se han planificado para el logro de los objetivos del SIG-HSQ, programas de gestion?			3	
4	Se mantiene informacion documentada sobre estos objetivos			3	
<b>6.3 PLANIFICACION DE LOS CAMBIOS</b>					
5	Existe un proceso definido para determinar la necesidad de cambios en el SGC y la gestión de su implementación?			3	
<b>SUBTOTAL</b>		0	10	9	0
<b>Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)</b>		<b>38%</b>			

<b>7. APOYO</b>				
<b>7.1 RECURSOS</b>				
<b>7.1.1 Generalidades</b>				
1	La organización ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC (incluidos los requisitos de las personas, mediambientales y de infraestructura)	10		
<b>7.1.5 Recursos de seguimiento y medicion</b>				
<b>7.1.5.1 Generalidades</b>				
2	En caso de que el monitoreo o medición se utilice para pruebas de conformidad de productos y servicios a los requisitos especificados, ¿se han determinado los recursos necesarios para garantizar un seguimiento válido y fiable, así como la medición de los resultados?	10		
<b>7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones</b>				
3	Dispone de métodos eficaces para garantizar la trazabilidad durante el proceso operacional.	10		
<b>7.1.6 Conocimientos de la organización</b>				
4	Ha determinado la organización los conocimientos necesarios para el funcionamiento de sus procesos y el logro de la conformidad de los productos y servicios y, ha implementado un proceso de experiencias adquiridas.	10		
<b>7.2 COMPETENCIA</b>				
5	La organización se ha asegurado de que las personas que puedan afectar al rendimiento del SGC son competentes en cuestión de una adecuada educación, formación y experiencia, ha adoptado las medidas necesarias para asegurar que puedan adquirir la competencia necesaria	10		
<b>7.3 TOMA DE CONCIENCIA</b>				
6	Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas.		5	

<b>7.4 COMUNICACIÓN</b>						
7	Se tiene definido un procedimiento para las comunicaciones internas y externas del SIG dentro de la organización.	10				
<b>7.5 INFORMACION DOCUMENTADA</b>						
<b>7.5.1 Generalidades</b>						
8	Se ha establecido la información documentada requerida por la norma y necesaria para la implementación y funcionamiento eficaces del SGC.	10				
<b>7.5.2 Creacion y actualizacion</b>						
9	Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos.	10				
<b>7.5.3 Control de la informacion documentada</b>						
10	Se tiene un procedimiento para el control de la informacion documentada requerida por el SGC.	10		3		
		<b>SUBTOTAL</b>	90	5	3	0
		<b>Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)</b>	<b>98%</b>			
<b>8. OPERACIÓN</b>						
<b>8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL</b>						
1	Se planifican, implementan y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provision de servicios.	10				
2	La salida de esta planificación es adecuada para las operaciones de la organización.		5			
3	Se asegura que los procesos contratados externamente estén controlados.		5			
4	Se revisan las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso.		5			
<b>8.2 REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS</b>						
<b>8.2.1 Comunicación con el cliente</b>						
5	La comunicación con los clientes incluye información relativa a los productos y servicios.	10				
6	Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas.	10				

7	Se establecen los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.	10			
<b>8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios</b>					
8	Se determinan los requisitos legales y reglamentarios para los productos y servicios que se ofrecen y aquellos considerados necesarios para la organización.	10			
<b>8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios</b>					
9	La organización se asegura que tiene la capacidad de cumplir los requisitos de los productos y servicios ofrecidos.	10			
10	La organización revisa los requisitos del cliente antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a este.	10			
11	Se confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación por parte de estos, cuando no se ha proporcionado información documentada al respecto.	10			
12	Se asegura que se resuelvan las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.	10			
13	Se conserva la información documentada, sobre cualquier requisito nuevo para los servicios.	10			
<b>8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios</b>					
14	Las personas son conscientes de los cambios en los requisitos de los productos y servicios, se modifica la información documentada pertinente a estos cambios.	10			
<b>8.3 DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS</b>					
<b>8.3.1 Generalidades</b>					
15	Se establece, implementa y mantiene un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurar la posterior provisión de los servicios.	10			
<b>8.3.2 Planificación del diseño y desarrollo</b>					
16	La organización determina todas las etapas y controles necesarios para el diseño y desarrollo de productos y servicios.	10			

<b>8.3.3 Entradas para el diseño y desarrollo</b>				
17	Al determinar los requisitos esenciales para los tipos específicos de productos y servicios a desarrollar, se consideran los requisitos funcionales y de desempeño, los requisitos legales y reglamentarios.	10		
18	Se resuelven las entradas del diseño y desarrollo que son contradictorias.	10		
19	Se conserva información documentada sobre las entradas del diseño y desarrollo.		5	
<b>8.3.4 Controles del diseño y desarrollo</b>				
20	Se aplican los controles al proceso de diseño y desarrollo, se definen los resultados a lograr.	10		
21	Se realizan las revisiones para evaluar la capacidad de los resultados del diseño y desarrollo para cumplir los requisitos.	10		
22	Se realizan actividades de verificación para asegurar que las salidas del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de las entradas.	10		
23	Se aplican controles al proceso de diseño y desarrollo para asegurar que: se toma cualquier acción necesaria sobre los problemas determinados durante las revisiones, o las actividades de verificación y validación	10		
24	Se conserva información documentada sobre las acciones tomadas.		5	
<b>8.3.5 Salidas del diseño y desarrollo</b>				
25	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: cumplen los requisitos de las entradas	10		
26	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: son adecuadas para los procesos posteriores para la provisión de productos y servicios	10		
27	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: incluyen o hacen referencia a los requisitos de seguimiento y medición, cuando sea apropiado, y a los criterios de aceptación	10		
28	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: especifican las características de los productos y servicios, que son esenciales para su propósito previsto y su provisión segura y correcta.	10		

29	Se conserva información documentada sobre las salidas del diseño y desarrollo.		5		
<b>8.3.6 Cambios del diseño y desarrollo</b>					
30	Se identifican, revisan y controlan los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios		5		
31	Se conserva la información documentada sobre los cambios del diseño y desarrollo, los resultados de las revisiones, la autorización de los cambios, las acciones tomadas para prevenir los impactos adversos.		5		
<b>8.4 CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE</b>					
<b>8.4.1 Generalidades</b>					
32	La organización asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conforme a los requisitos.		5		
33	Se determina los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente.		5		
34	Se determina y aplica criterios para la evaluación, selección, seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos.		5		
35	Se conserva información documentada de estas actividades		5		
<b>8.4.2 Tipo y alcance del control</b>					
36	La organización se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios, conformes de manera coherente a sus clientes.		5		
37	Se definen los controles a aplicar a un proveedor externo y las salidas resultantes.		5		
38	Considera el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.		5		
39	Se asegura que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad		5		

40	Se determina la verificación o actividades necesarias para asegurar que los procesos, productos y servicios cumplen con los requisitos.		5		
<b>8.4.3 Información para los proveedores externos</b>					
41	La organización comunica a los proveedores externos sus requisitos para los procesos, productos y servicios.		5		
42	Se comunica la aprobación de productos y servicios, métodos, procesos y equipos, la liberación de productos y servicios.		5		
43	Se comunica la competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas.		5		
44	Se comunica las interacciones del proveedor externo con la organización.		5		
45	Se comunica el control y seguimiento del desempeño del proveedor externo aplicado por la organización.		5		
<b>8.5 PRODUCCION Y PROVISION DEL SERVICIO</b>					
<b>8.5.1 Control de la producción y de la provision del servicio</b>					
46	Se implementa la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas.	10			
47	Dispone de información documentada que defina las características de los productos a producir, servicios a prestar, o las actividades a desempeñar.	10			
48	Dispone de información documentada que defina los resultados a alcanzar.	10			
49	Se controla la disponibilidad y el uso de recursos de seguimiento y medición adecuados	10			
50	Se controla la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas.	10			
51	Se controla el uso de la infraestructura y el entorno adecuado para la operación de los procesos.	10			

52	Se controla la designación de personas competentes.	10			
53	Se controla la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados.	10			
54	Se controla la implementación de acciones para prevenir los errores humanos.	10			
55	Se controla la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.	10			
<b>8.5.2 Identificación y trazabilidad</b>					
56	La organización utiliza medios apropiados para identificar las salidas de los productos y servicios.		5		
57	Identifica el estado de las salidas con respecto a los requisitos.		5		
58	Se conserva información documentada para permitir la trazabilidad.			3	
<b>8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos</b>					
59	La organización cuida la propiedad de los clientes o proveedores externos mientras esta bajo el control de la organización o siendo utilizada por la misma.	10			
60	Se Identifica, verifica, protege y salvaguarda la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación en los productos y servicios.	10			
61	Se informa al cliente o proveedor externo, cuando su propiedad se pierda, deteriora o de algun otro modo se considere inadecuada para el uso y se conserva la información documentada sobre lo ocurrido.	10			
<b>8.5.4 Preservación</b>					
62	La organización preserva las salidas en la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurar la conformidad con los requisitos.	10			

<b>8.5.5 Actividades posteriores a la entrega</b>				
63	Se cumplen los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios.	10		
64	Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega la organización considero los requisitos legales y reglamentarios.	10		
65	Se consideran las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y servicios.		5	
66	Se considera la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios.		5	
67	Considera los requisitos del cliente.	10		
68	Considera la retroalimentación del cliente.		5	
<b>8.5.6 Control de cambios</b>				
69	La organización revisa y controla los cambios en la producción o la prestación del servicio para asegurar la conformidad con los requisitos.		5	
70	Se conserva información documentada que describa la revisión de los cambios, las personas que autorizan o cualquier acción que surja de la revisión.		5	
<b>8.6 LIBERACION DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS</b>				
71	La organización implementa las disposiciones planificadas para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios.		5	
72	Se conserva la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios.		5	
73	Existe evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación.			3
74	Existe trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.			0
<b>8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES</b>				
75	La organización se asegura que las salidas no conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega.	10		

76	La organización toma las acciones adecuadas de acuerdo a la naturaleza de la no conformidad y su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios.	10			
77	Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.	10			
78	La organización trata las salidas no conformes de una o más maneras	10			
79	La organización conserva información documentada que describa la no conformidad, las acciones tomadas, las concesiones obtenidas e identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.		5		
<b>SUBTOTAL</b>		440	160	6	0
<b>Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)</b>		<b>77%</b>			
<b>9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO</b>					
<b>9.1 SEGUIMIENTO, MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION</b>					
<b>9.1.1 Generalidades</b>					
1	La organización determina que necesita seguimiento y medición.		5		
2	Determina los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación para asegurar resultados validos.		5		
3	Determina cuando se lleva a cabo el seguimiento y la medición.		5		
4	Determina cuando analizar y evaluar los resultados del seguimiento y medición.		5		
5	Evalúa el desempeño y la eficacia del SGC.			3	
6	Conserva información documentada como evidencia de los resultados.			3	

<b>9.1.2 Satisfacción del cliente</b>				
7	La organización realiza seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas.	10		
8	Determina los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar la información.	10		
<b>9.1.3 Analisis y evaluacion</b>				
9	La organización analiza y evalúa los datos y la información que surgen del seguimiento y la medición.	10		
<b>9.2 AUDITORIA INTERNA</b>				
10	La organización lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados.			0
11	Las auditorías proporcionan información sobre el SGC conforme con los requisitos propios de la organización y los requisitos de la NTC ISO 9001:2015.			0
12	La organización planifica, establece, implementa y mantiene uno o varios programas de auditoría.			0
13	Define los criterios de auditoría y el alcance para cada una.			0
14	Selecciona los auditores y lleva a cabo auditorías para asegurar la objetividad y la imparcialidad del proceso.			0
15	Asegura que los resultados de las auditorías se informan a la dirección.			0
16	Realiza las correcciones y toma las acciones correctivas adecuadas.			0
17	Conserva información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados.			0
18	La alta dirección revisa el SGC a intervalos planificados, para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continua con la estrategia de la organización.			0

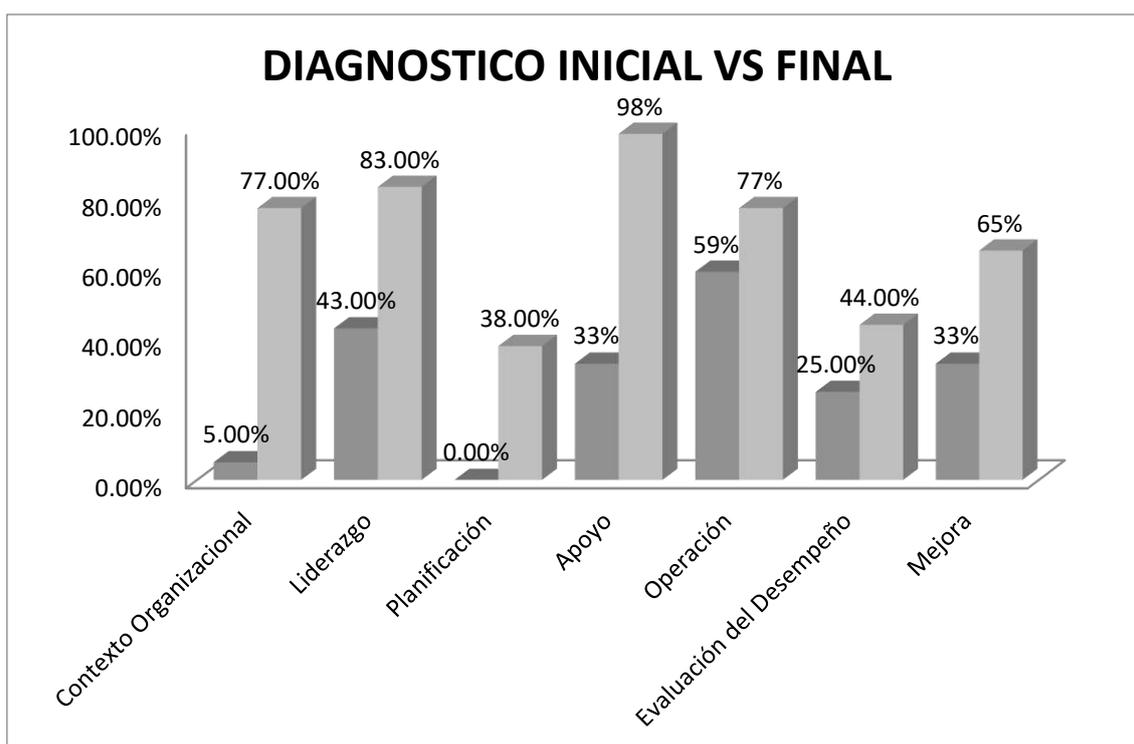
<b>9.3.2 Entradas de la revision por la direccion</b>					
19	La alta dirección planifica y lleva a cabo la revisión incluyendo consideraciones sobre el estado de las acciones de las revisiones previas.		5		
20	Considera los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC.		5		
21	Considera la información sobre el desempeño y la eficiencia del SGC.		5		
22	Considera los resultados de las auditorías.				0
23	Considera el desempeño de los proveedores externos.	10			
24	Considera la adecuación de los recursos.	10			
25	Considera la eficiencia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades.	10			
26	Se considera las oportunidades de mejora.	10			
<b>9.3.3 Salidas de la revision por la direccion</b>					
27	Las salidas de la revisión incluyen decisiones y acciones relacionadas con oportunidades de mejora.		5		
28	Incluyen cualquier necesidad de cambio en el SGC.		5		
29	Incluye las necesidades de recursos.		5		
30	Se conserva información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones.		5		
<b>SUBTOTAL</b>		70	55	6	0
<b>Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)</b>			<b>44%</b>		

<b>10. MEJORA</b>				
<b>10.1 Generalidades</b>				
1	La organización ha determinado y seleccionado las oportunidades de mejora e implementado las acciones necesarias para cumplir con los requisitos del cliente y mejorar su satisfacción.	10		
<b>10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCION CORRECTIVA</b>				
2	La organización reacciona ante la no conformidad, toma acciones para controlarla y corregirla.	10		
3	Evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad.	10		
4	Implementa cualquier acción necesaria, ante una no conformidad.	10		
5	Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.	10		
6	Actualiza los riesgos y oportunidades de ser necesario.			0
7	Hace cambios al SGC si fuera necesario.			0
8	Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.	10		
9	Se conserva información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades, cualquier acción tomada y los resultados de la acción correctiva.			3
<b>10.3 MEJORA CONTINUA</b>				
10	La organización mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC.			3
11	Considera los resultados del análisis y evaluación, las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades de mejora.		5	

			<b>SUBTOTAL</b>	60	5	6	0
			<b>Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)</b>	65%			
<b>RESULTADOS DE LA GESTIÓN EN CALIDAD</b>							
<b>NUMERAL DE LA NORMA</b>			<b>% OBTENIDO DE IMPLEMENTACION</b>		<b>ACCIONES POR REALIZAR</b>		
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN			77%		MEJORAR		
5. LIDERAZGO			83%		MANTENER		
6. PLANIFICACION			38%		IMPLEMENTAR		
7. APOYO			98%		MANTENER		
8. OPERACIÓN			77%		MEJORAR		
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO			44%		IMPLEMENTAR		
10. MEJORA			65%		MEJORAR		
<b>TOTAL RESULTADO IMPLEMENTACION</b>			<b>69%</b>				
<b>Calificacion global en la Gestion de Calidad</b>			<b>MEDIO</b>				

Comparando el Diagnóstico Inicial con el Diagnóstico Final podemos darnos cuenta del gran avance que se tuvo en la implementación al Diseñar el Sistema de Gestión de Calidad dentro de la Organización, llegando a un nivel “medio”, mientras se vaya implementando el Sistema de Gestión propuesto en este trabajo de tesis, se podrá llegar a un nivel “alto” de implementación y de esta manera lograr en un futuro la certificación.

N° de requisito	Requisito de la Norma	Diagnóstico Inicial	Diagnóstico Final
4	Contexto Organizacional	5.00%	77.00%
5	Liderazgo	43.00%	83.00%
6	Planificación	0.00%	38.00%
7	Apoyo	33%	98%
8	Operación	59%	77%
9	Evaluación del Desempeño	25.00%	44.00%
10	Mejora	33%	65%



# ANEXO 29

## LISTA MAESTRA DE DOCUMENTOS DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Fecha de Actualización	03/11/2017			
Código	Título	Versión/ Revisión	Tipo	Proceso
SGC-OD-SG-001	FODA	1	Otros Documentos	Todos los Procesos
SGC-OD-SG-002	Partes Interesadas	1	Otros Documentos	Gestión de Calidad
SGC-OD-SG-003	Organigrama	1	Otros Documentos	Gestión de RRHH
SGC-OD-SG-004	Fichas de Caracterización	1	Otros Documentos	Todos los Procesos
SGC-OD-SG-005	Política y Objetivos de la Calidad	1	Otros Documentos	Gestión de Calidad
SGC-OD-SG-006	Manual de Organización y Funciones	1	Otros Documentos	Gestión de RRHH
SGC-OD-SG-007	Perfiles de Puesto	1	Otros Documentos	Gestión de RRHH
SGC-OD-SG-008	Plan de Calidad	1	Otros Documentos	Gestión de Calidad
SGC-OD-SG-009	Manual de Calidad	1	Otros Documentos	Gestión de Calidad
SGC-P-SG-001	Procedimiento para el control de la Información Documentada	1	Procedimiento	Gestión Administrativa
SGC-P-SG-002	Procedimiento para la Administración de los Riesgos	1	Procedimiento	Gestión de Calidad
SGC-P-SG-003	Procedimiento para la gestión del cambio	1	Procedimiento	Gestión de Calidad
SGC-P-SG-004	Procedimiento para la gestión de no Conformidades	1	Procedimiento	Gestión de Calidad
SGC-P-SG-005	Procedimiento para el Programa de Capacitación	1	Procedimiento	Gestión de RRHH
SGC-P-SG-006	Procedimiento para la Evaluación del Personal	1	Procedimiento	Gestión de RRHH
SGC-P-SG-007	Procedimiento para la Selección del Personal	1	Procedimiento	Gestión de RRHH
SGC-P-SG-009	Procedimiento para la Comunicación Interna	1	Procedimiento	
SGC-P-SG-010	Procedimiento para el Diseño y Desarrollo	1	Procedimiento	Gestión Administrativa
SGC-P-SG-011	Procedimiento para la Compra de Bienes y Servicios		Procedimiento	Gestión Logística
SGC-P-SG-012	Procedimiento para la Selección y Evaluación del Proveedor	1	Procedimiento	Gestión Logística
SGC-P-SG-013	Procedimiento para la Inducción, Selección, Capacitación y Evaluación del Entrenador Externo	1	Procedimiento	Gestión Administrativa
SGC-P-SG-014	Procedimiento de Auditoría Interna	1	Procedimiento	Gestión de Calidad
SGC-I-SG-001	Instructivo de Revisión por la Dirección	1	Instructivo	Planificación Estratégica



# ANEXO 30

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

<i>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</i>	<i>OBJETIVOS</i>	<i>HIPÓTESIS</i>	<i>VARIABLES</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>META ESPERADA</i>
<i>PROBLEMA GENERAL</i>	<i>OBJETIVO GENERAL</i>	<i>HIPÓTESIS GENERAL</i>	<i>VARIABLE INDEPENDIENTE</i>		
¿Qué beneficios conlleva diseñar un Sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2015 para mejorar el servicio de capacitación en ISEM?	Lograr el diseño de un Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001:2015 para mejorar el servicio de capacitación del Instituto de Seguridad Minera.	Diseñar un Sistema de gestión de la calidad basada en la norma ISO 9001:2015, va a permitir entregar servicios de acuerdo a las necesidades de sus clientes para lograr su satisfacción, cumplir con los requisitos internos/externos, mejorar continuamente sus procesos, planificar sus actividades para el logro de sus objetivos estratégicos e ingreso a nuevos mercados e identificar mecanismos preventivos en un enfoque basado en el riesgo.	Diseño de un SGC en el ISEM basada en la Norma ISO 9001:2015	% de avance del diseño del SGC en ISEM	100%
<i>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</i>	<i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	<i>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</i>	<i>VARIABLES DEPENDIENTES</i>		
¿Cuál es la metodología para estandarizar los procesos relacionados al servicio de capacitación?	Lograr la estandarización de los procesos relacionados al servicio de capacitación.	<b>H1:</b> Mejorar los procesos de ISEM, permitirá la estandarización de las actividades y un control oportuno en base al ciclo de la mejora continua.	Procesos estandarizados	% de avance del mapeo y documentación de procesos	100%
¿Cuál es la metodología para documentar los procesos y/o actividades que sirvan de instrumentos en el entrenamiento del personal?	Aplicar una metodología para documentar los procesos y/o actividades que sirvan de instrumento en el entrenamiento del personal.	<b>H2:</b> Mejorar las competencias del personal, permitirá plasmar metas del personal, identificar brechas y proporcionar acciones eficaces para el cierre de las mismas.	Competencias del personal	% de perfiles de puestos mapeados	Min 90%
¿Qué herramientas de gestión deben de diseñarse para la formulación y seguimiento adecuado de los objetivos estratégicos?	Lograr el diseño de herramientas de gestión que permitan realizar un seguimiento adecuado de los objetivos estratégicos.	<b>H3:</b> Lograr una adecuada planificación y seguimiento para el cumplimiento de los objetivos estratégicos, conllevará al logro de la visión.	Logro de Objetivos estratégicos	% de avance de la fase diseño de herramientas para el seguimiento de objetivos estratégicos	100%
¿Qué metodología se debe aplicar para identificar los riesgos de los procesos que impiden cumplir el objetivo del mismo?	Aplicar una metodología para identificar los riesgos de los procesos, con la finalidad de minimizar su impacto en el logro del objetivo de los mismos.	<b>H4:</b> Aplicar una metodología para identificar, evaluar riesgos de los procesos y plantear acciones a tomar ayudará a minimizar su impacto en los objetivos de los procesos.	Riesgos de los procesos	% de avance del diseño de los instrumentos para la evaluación de riesgos	100%