



Universidad de San Carlos de Guatemala  
Facultad de Ingeniería  
Escuela de Ingeniería Mecánica Industrial

**DISEÑO METODOLÓGICO PARA LA CERTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS  
INSTITUCIONALES DE LA SECRETARIA DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE LA  
PRESIDENCIA, BASADO EN UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

**Edwin Estuardo Monroy Chajón**

Asesorado por el Ing. Miguel Angel Estuardo Moir Sandoval

Guatemala, noviembre de 2021



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



FACULTAD DE INGENIERÍA

**DISEÑO METODOLÓGICO PARA LA CERTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS  
INSTITUCIONALES DE LA SECRETARIA DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE LA  
PRESIDENCIA, BASADO EN UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

TRABAJO DE GRADUACIÓN

PRESENTADO A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA  
FACULTAD DE INGENIERÍA  
POR

**Edwin Estuardo Monroy Chajón**

ASESORADO POR EL ING. Miguel Angel Estuardo Moir Sandoval

AL CONFERÍRSELE EL TÍTULO DE

**INGENIERO INDUSTRIAL**

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2021



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE INGENIERÍA



**NÓMINA DE JUNTA DIRECTIVA**

DECANA	Inga. Aurelia Anabela Cordova Estrada
VOCAL I	Ing. José Francisco Gómez Rivera
VOCAL II	Ing. Mario Renato Escobedo Martínez
VOCAL III	Ing. José Milton de León Bran
VOCAL IV	Br. Kevin Vladimir Armando Cruz
VOCAL V	Br. Fernando José Paz González
SECRETARIO	Ing. Hugo Humberto Rivera Pérez

**TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PRIVADO**

DECANO	Ing. Pedro Antonio Aguilar Polanco
EXAMINADOR	Ing. José Francisco Gómez Rivera
EXAMINADOR	Ing. Walter Aníbal García Pérez
EXAMINADORA	Inga. María Martha Wolford de Hernández
SECRETARIA	Inga. Lesbia Magali Herrera López



## **HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR**

En cumplimiento con los preceptos que establece la ley de la Universidad de San Carlos de Guatemala, presento a su consideración mi trabajo de graduación titulado:

**DISEÑO METODOLÓGICO PARA LA CERTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS  
INSTITUCIONALES DE LA SECRETARIA DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE LA  
PRESIDENCIA, BASADO EN UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

Tema que me fuera asignado por la Dirección de la Escuela de Ingeniería Mecánica Industrial con fecha 23 de agosto del 2016.

**Edwin Estuardo Monroy Chajón**



## **ACTO QUE DEDICO A:**

- Dios** Por la ser mi guía durante toda mi vida y las bendiciones que cada día me demuestra para salir adelante y ser una mejor persona.
- Mis padres** Gladys Lissette Chajón Aguilar y Edwin Moisés Monroy Pocón por ser mi gran inspiración para lograr mis objetivos y llegar a cumplir mis metas.
- Mis hermanos** Julissa Lissette y Kevin Saúl Monroy Chajón por ser mis compañeros y mejores amigos de vida, por estar conmigo en las buenas y las malas.
- Mis abuelos** Angelina Pocón (QEPD), Bernardo Monroy, Sofía Aguilar (QEPD) y Gustavo Chajón (QEPD) por acompañarme y apoyarme siempre.
- Mis tíos** Flor, Ana, Miriam y Jorge Chajón, también a Marilyn, Bernardo, Hugo Monroy y Aura Mendoza por su apoyo incondicional siempre.
- Mis primos** Rita, José, Víctor Chajón y Raúl Castellanos por ser incondicionales.
- Mis amigos** Por ser el apoyo durante mi carrera y tener los mejores momentos en la universidad.



## **AGRADECIMIENTOS A:**

**Universidad de San  
Carlos de Guatemala**

Por ser mi casa de estudios y mi segundo hogar, el que me formó toda la base para ser un profesional.

**Facultad de Ingeniería**

Por adoptarme como un estudiante y formarme durante todo un proceso para ser profesional.

**SEGEPLAN**

Por permitirme elaborar mi investigación dentro de la institución.

**Ing. Miguel Angel Moir  
Sandoval**

Por el tiempo dedicado durante el desarrollo de la investigación.

**Mi familia**

Por apoyarme siempre durante el proceso de formación y estar siempre en los momentos más complicados.

**Mis amigos de la  
Facultad**

Por los mejores momentos dentro y fuera de la Universidad.



## ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES .....	VII
GLOSARIO .....	XI
RESUMEN .....	XIII
OBJETIVOS.....	XV
INTRODUCCIÓN .....	XVII
1. ANTECEDENTES GENERALES .....	1
1.1. Descripción de la secretaría .....	1
1.1.1. Historia .....	1
1.1.2. Misión .....	2
1.1.3. Visión.....	3
1.1.4. Ubicación.....	3
1.1.5. Principios y valores Institucionales .....	4
1.1.6. Organigrama.....	4
1.1.7. Direcciones de la SEGEPLAN involucradas en el Sistema de Gestión de Calidad .....	6
1.1.7.1. Despacho superior.....	6
1.1.7.2. Dirección de planificación y desarrollo Institucional.....	6
1.1.7.2.1. Departamento de desarrollo institucional.....	7
1.1.8. Dirección de gestión, negociación y contratación de la cooperación para el desarrollo.....	7

	1.1.8.1.	Dirección de Inversión para el desarrollo.	7
		.....	7
	1.1.8.2.	Dirección de sistemas de la información	8
	1.1.8.3.	Dirección administrativa	8
	1.1.8.4.	Dirección de recursos humanos	8
	1.1.8.5.	Dirección financiera	9
2.	MARCO CONCEPTUAL		11
2.1.	Calidad		11
2.2.	¿Qué es la ISO?		11
2.3.	Antecedentes de la norma ISO 9001:2015		12
2.4.	Principios de gestión de calidad		13
	2.4.1.	Enfoque al cliente	13
	2.4.2.	Liderazgo	14
	2.4.3.	Compromiso de las personas	14
	2.4.4.	Enfoque a procesos	14
	2.4.5.	Mejora	15
	2.4.6.	Toma de decisiones basada en la evidencia	15
	2.4.7.	Gestión de las relaciones	16
2.5.	Sistema de Gestión de Calidad		16
2.6.	Ciclo Deming		16
2.7.	Estructura de la norma ISO 9001:2015		18
2.8.	Normas relacionadas al Sistema de Gestión de Calidad		19
2.9.	Impacto de la gestión de calidad		20
2.10.	Beneficios de la gestión de calidad		20
2.11.	Gestión de riesgo		20
2.12.	Enfoque basado en riesgo		20
3.	PROPUESTA DE DISEÑO METODOLÓGICO		21

3.1.	Diseño de un Sistema de Gestión de Calidad .....	21
3.2.	Fases del proceso de implementación de un Sistema de Gestión de Calidad .....	22
3.3.	Fase I: compromiso de la alta dirección, diagnóstico y plan de implementación .....	23
3.3.1.	Autorización del proyecto .....	23
3.3.2.	Liderazgo y compromiso de la alta dirección .....	23
3.3.3.	Identificación de procesos para implementar un Sistema de Gestión de Calidad .....	24
3.3.4.	Selección de consultor del sistema de gestión de calidad .....	24
3.3.5.	Diagnóstico de la institución .....	25
3.3.6.	Plan de implementación del sistema de gestión de calidad .....	25
3.4.	Fase II: diseño y planificación del sistema de gestión de calidad .....	26
3.4.1.	Nombramiento de responsable del sistema de gestión de calidad.....	26
3.4.2.	Nombramiento de los líderes de los procesos .....	27
3.4.3.	Determinación de los procesos necesarios .....	28
3.4.4.	Análisis del entorno y aspectos que pueden influir en la institución .....	30
3.4.5.	Determinación de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.....	31
3.4.6.	Creación y elaboración de la información documentada del sistema de gestión de calidad ....	32
3.4.7.	Determinación de la política de calidad .....	33
3.4.8.	Capacitación del personal en temas relacionados con la Norma ISO 9001:2015 .....	33

3.4.8.1.	Introducción a los sistemas de gestión de calidad.....	35
3.4.8.2.	Interpretación de la norma ISO 9001:2015 .....	35
3.4.8.3.	Gestión de riesgo .....	35
3.4.9.	Determinación de los riesgos y oportunidades.....	35
3.4.10.	Determinación de objetivos e indicadores de desempeño del sistema de gestión de calidad.....	37
3.4.11.	Promover la toma de conciencia .....	38
3.4.12.	Formación de auditores internos .....	38
3.5.	Fase III: implementación del sistema de gestión de calidad ....	39
3.5.1.	Acceso y disponibilidad a la plataforma documental .....	40
3.5.2.	Socialización y capacitación a los servidores públicos de la información documentada del SGC .....	41
3.5.3.	Implementación con los responsables de la documentación aplicable y eficacia del sistema de gestión de calidad .....	41
3.6.	Fase IV: análisis, seguimiento y mejora .....	42
3.6.1.	Seguimiento a la satisfacción del usuario.....	43
3.6.2.	Análisis y evaluación .....	43
3.6.3.	Auditoría interna .....	43
3.6.4.	Acciones de mejora.....	44
3.6.5.	Revisión por la dirección .....	45
3.7.	Fase V: auditoría de certificación .....	45
4.	DESARROLLO DEL DISEÑO .....	47
4.1.	Definición de procesos y alcance .....	47
4.2.	Presupuesto estimado para la ejecución.....	47

4.3.	Elaboración de diagnóstico de los procesos.....	49
4.3.1.	Plan de Implementación .....	51
4.3.2.	Cronograma de actividades .....	52
4.4.	Elaboración de mapa de procesos .....	54
4.5.	La organización y su contexto .....	56
4.6.	Necesidades y expectativas de las partes interesadas .....	60
4.7.	Creación y actualización de la estructura documentada de los procesos para generar documentación. ....	66
4.8.	Elaboración de la política de calidad .....	72
4.9.	Objetivos del sistema de gestión de calidad.....	74
4.10.	Requisitos legales y reglamentarios .....	75
4.11.	Indicadores de desempeño .....	76
4.12.	Riesgos y oportunidades .....	78
4.13.	Límites y aplicabilidad del sistema de gestión de calidad.....	83
4.14.	Toma de conciencia .....	87
4.15.	Formación de auditores internos .....	89
4.16.	Acceso y disponibilidad de la información documentada .....	90
4.17.	Socialización y capacitación a los colaboradores de la información documentada .....	92
4.18.	Implementación con los responsables de los procesos.....	92
5.	SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA .....	95
5.1.	Seguimiento de las actividades de implementación .....	95
5.2.	Satisfacción del usuario.....	95
5.3.	Auditoría interna al sistema de gestión de calidad .....	97
5.4.	No conformidades y acciones correctivas .....	98
5.5.	Revisión por la dirección.....	102
5.6.	Auditoría externa .....	105
5.7.	Mejora continua .....	106

CONCLUSIONES..... 107  
RECOMENDACIONES ..... 109  
BIBLIOGRAFÍA..... 111  
ANEXOS..... 113

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

### FIGURAS

1.	Ubicación de la SEGEPLAN .....	3
2.	Organigrama de la institución.....	5
3.	Desarrollo de la Norma ISO 9001 .....	13
4.	Representación esquemática de los elementos de un proceso .....	15
5.	Representación de la estructura de la Norma ISO 9001:2015 con el ciclo PHVA .....	17
6.	Fases del proceso de implementación de un SGC .....	22
7.	Formato para el Plan de acción de implementación del SGC .....	26
8.	Formato para el nombramiento de líderes de proceso.....	28
9.	Formato para elaborar el mapa de proceso .....	29
10.	Formato para elaborar mapa de procesos .....	31
11.	Formato para el análisis de partes interesadas.....	32
12.	Proceso de la gestión del riesgo .....	36
13.	Resumen del diagnóstico en los procesos de la SEGEPLAN .....	50
14.	Plan de acción.....	52
15.	Cronograma de actividades de fases de implementación del SGC .....	53
16.	Mapa de procesos.....	56
17.	Análisis del contexto organización de los procesos sustantivos de la SEGEPLAN.....	58
18.	Análisis de partes interesadas del proceso de emisión técnica a proyectos de inversión pública .....	62
19.	Análisis de partes interesadas del proceso de opinión técnica de cooperación internacional reembolsable y no reembolsable.....	64

20.	Flujograma del procedimiento de emisión de opinión técnica a instrumentos financiados con recursos de la cooperación internacional no reembolsable .....	68
21.	Flujograma del procedimiento de emisión técnica para la gestión y negociación de operaciones con recursos de cooperación reembolsable .....	70
22.	Flujograma del procedimiento de emisión de opinión técnica a proyectos de inversión pública .....	72
23.	Política de calidad.....	74
24.	Riesgos del proceso de emisión de opinión a proyectos de inversión pública .....	79
25.	Riesgos del proceso de emisión de opinión técnica de cooperación internación reembolsable yno reembolsable.....	81
26.	Caracterización del proceso de evaluación técnica a proyectos de inversión pública .....	84
27.	Caracterización del proceso de emisión de opinión técnica de cooperación internacional reembolsable y no reembolsable .....	86
28.	Campaña de información .....	88
29.	Campaña de concientización .....	89
30.	Plataforma de intranet de la SEGEPLAN.....	91
31.	Evaluación de la satisfacción del usuario .....	97
32.	Formato de registro de no conformidades y acciones correctivas .....	100
33.	Revisión del sistema de gestión de calidad .....	104

## TABLAS

I.	Plan de Capacitación .....	34
II.	Planificación para Formación de Auditores Internos .....	39
III.	Presupuesto estimado para la certificación.....	48
IV.	Indicadores.....	77



## GLOSARIO

<b>Acción correctiva</b>	Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencia u otra situación potencial no deseable.
<b>Auditor</b>	Persona que lleva a cabo una auditoría.
<b>Auditado</b>	Persona que es auditada.
<b>Cliente/Usuario</b>	Consumidor final que recibe el producto o servicio.
<b>Gestor de Calidad</b>	Persona encargada del Sistema de Gestión de Calidad.
<b>Información documentada</b>	Información que una organización tiene que controlar y mantener, y el medio que la contiene.
<b>ISO</b>	International Organization for Standardization.
<b>ISO 9001:2015</b>	Norma internacional vigente, perteneciente a la familia de Normas ISO 9000 y la única certificable.
<b>No conformidad</b>	Incumplimiento de un requisito.

<b>Parte interesada</b>	Persona u organización que puede afectar, verse afectada o percibirse como afectada por una decisión o actividad.
<b>Proceso</b>	Conjunto de actividades mutuamente relacionadas que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto.
<b>Riesgo</b>	Efecto de incertidumbre.
<b>SEGEPLAN</b>	Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia.
<b>SNIP</b>	Sistema Nacional de Inversión Pública.

## RESUMEN

La Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia - SEGEPLAN-, ha decidido certificar sus procesos institucionales de emisión de opinión técnica a proyectos de inversión pública y emisión de opinión técnica de cooperación internacional reembolsable y no reembolsable, para esto se llevó a cabo un diseño como guía para la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad –SGC-, mostrando las fases que se desarrollan previo a someterse a una auditoría externa de certificación.

La metodología de la investigación, se basa en la herramienta del ciclo Deming basada en la mejora continua, o también conocido como PHVA. Se desarrolla en cinco fases ordenadas, las cuales cada una tienen un tiempo específico para su culminación; de ninguna manera se puede proceder a la siguiente si la antecesora todavía tiene actividades pendientes.

En la primera fase se desarrolla un diagnóstico para evaluar cómo se encuentran la institución y los procesos que se van a certificar, cotejando con evidencias los requisitos de la Norma ISO 9001:2015; al concluir se evalúa por medio de un plan y un cronograma la temporalidad para desarrollar las fases siguientes. La segunda fase se enfoca en el diseño y la planificación del SGC, esta genera el soporte interno de los procesos sustantivos y del SGC que son la base para poner en marcha la generación de datos para el sistema. La tercera fase desarrolla la implementación del Sistema de Gestión, esta fase genera toda la información que será de respaldo para las auditorías y evaluación del sistema; requiere un tiempo específico para la madurez antes de someterla a evaluación, el personal debe adaptarse al SGC aplicando todo el soporte de la fase anterior.

La cuarta fase se enfoca en el análisis, seguimiento y mejora, el sistema se somete a una evaluación por medio de una auditoría interna. En el informe de auditoría se evalúan las no conformidades y se desarrolla la revisión por la dirección y las acciones para la mejora del Sistema de Gestión de Calidad previo a solicitar la auditoría de certificación. Por último, la quinta fase que será la auditoría externa de certificación, una institución certificadora evaluará el sistema durante varios días, se pondrá a prueba el sistema y todos los involucrados en la misma y dictaminará si la institución será certificada.

## **OBJETIVOS**

### **General**

Elaborar un diseño metodológico para la certificación de los procesos de emisión de opinión técnica a proyectos de inversión pública y emisión de opinión técnica de cooperación internacional reembolsable y no reembolsable de la Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia –SEGEPLAN- con base en la Norma ISO 9001:2015.

### **Específicos**

1. Definir las fases para el diseño metodológico en los procesos de emisión de opinión técnica a proyectos de inversión pública y emisión de opinión técnica de cooperación internacional reembolsable y no reembolsable de la SEGEPLAN.
2. Proponer herramientas administrativas para la implementación eficiente de las fases para la certificación y dar cumplimiento a los requisitos de la norma ISO 9001:2015 en los procesos de emisión de opinión técnica a proyectos de inversión pública y emisión de opinión técnica de cooperación internacional reembolsable y no reembolsable.

3. Establecer un mapa de procesos identificando los procesos sustantivos, estratégicos y de apoyo para alcanzar el éxito sostenido del sistema y la certificación de los mismos.
  
4. Identificar los puntos críticos del diseño metodológico fundamentales para los procesos en la SEGEPLAN y que sirvan como oportunidad para cualquier institución pública que quiera desarrollar una certificación de procesos similar.

## INTRODUCCIÓN

El trabajo de investigación desarrolla el diseño metodológico para la certificación de los procesos de emisión de opinión técnica a proyectos de inversión pública y emisión de opinión técnica de cooperación internacional reembolsable y no reembolsable de la SEGEPLAN. Se desarrollará la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad con base en la Norma ISO 9001:2015.

El primer capítulo desarrolla generalidades de la SEGEPLAN y su marco institucional relacionadas con los procesos a certificar, posteriormente el segundo capítulo describe todo el marco conceptual de un sistema de gestión de calidad y la norma ISO 9001:2015 es importante conocer los conceptos para interpretar la información planteada en los capítulos siguientes, el tercer capítulo se establece la propuesta del diseño metodológico, este distribuye las cinco fases importantes que debe llevar una implementación de un SGC para la certificación de procesos basándose en el ciclo de mejora continua PHVA. En el cuarto capítulo por medio de herramientas administrativas se desarrollan las fases de planificación e implementación del SGC. Por último, en el capítulo cinco con las fases de revisión y mejora del SGC para terminar con la certificación de los procesos.

La importancia de certificar los procesos institucionales de la SEGEPLAN es la estandarización para tener como base la forma de hacer de los mismos y como prioridad la satisfacción de los usuarios a los que se les da el servicio y la mejora continua.



# 1. ANTECEDENTES GENERALES

## 1.1. Descripción de la secretaría

La Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, que en lo sucesivo se podrá denominar como la SEGEPLAN, es el órgano de planificación del Estado y de apoyo a las atribuciones de la Presidencia de la República, cuyas funciones se encuentran determinadas en la Ley del Organismo Ejecutivo, así mismo en consonancia con las mismas es el órgano encargado de formular y trasladar las directrices que permitan el cumplimiento de la visión estratégica del desarrollo, contenida en el Plan Nacional de Desarrollo y que se concreta en el Sistema Nacional de Planificación mediante las prioridades nacionales del desarrollo.<sup>1</sup>

### 1.1.1. Historia

La Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN), tiene sus orígenes a partir de noviembre de 1954, cuando, durante el Gobierno del General Carlos Castillo Armas, mediante el Decreto Número 157 se crea el Consejo Nacional de Planificación Económica; integrado por los Ministros de Economía y Trabajo, Hacienda y Crédito Público, Comunicaciones y Obras Públicas, Agricultura, Salud Pública y Asistencia Social, los Presidentes del Banco de Guatemala y del Instituto de Fomento de la Producción, y tres delegados de la Presidencia de la República. En dicho Decreto, se estableció que el objetivo esencial del Consejo era orientar, proyectar y coordinar en la mejor forma posible, el desarrollo económico nacional; teniendo como normas fundamentales, el aprovechamiento integral de los recursos del país y el mantenimiento de condiciones de estabilidad, evitando interferencias y duplicidad de esfuerzos. En el artículo quinto de este Decreto, se preveía la constitución de una Secretaría General del Consejo, concebido como el órgano técnico encargado de la realización de estudios y preparación de documentos que servirían de base a las deliberaciones del mismo. En 1969, se emitió un nuevo Reglamento Orgánico Interno de la Secretaría, que estableció como objetivos esenciales de dicho Consejo: a) Orientar y proyectar el desarrollo económico nacional, b) Conocer y coordinar los planes, programas y proyectos elaborados por diversos Ministerios y las instituciones estatales, evitando interferencias y duplicaciones, y c) velar por la ejecución general de los planes, programas y proyectos que el Gobierno autorice e informar al Presidente. Años más tarde, mediante el Decreto Legislativo Número 114-97, Ley del Organismo Ejecutivo, del 12 de diciembre de 1997, se cambia sustancialmente la naturaleza de la Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica y cambia su

---

<sup>1</sup> SEGEPLAN. Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional. *Reglamento Orgánico Interno*. p. 2.

denominación a la de Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (Segeplan), adscrita a la Presidencia de la República, con autonomía funcional y su propio presupuesto para el cumplimiento de sus competencias, reguladas en el Artículo 14 del citado Decreto.

Bajo este contexto, a través del Acuerdo Gubernativo Número 677-98, se aprueba el primer Reglamento Orgánico Interno de la Segeplan, en el cual se establece que su naturaleza es ser una Secretaría de apoyo a la gestión del Presidente de la República, como órgano de planificación y programación del Estado.

En el 2002 y derivado de las modificaciones a la Ley del Organismo Ejecutivo, así como la normativa contenida en la Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, Decreto No. 11-2002, Código Municipal, Decreto No. 12-2002 y Ley General de Desarrollo Social, Decreto No. 42-2001, todos del Congreso de la República; se establecen nuevas atribuciones a la Segeplan, principalmente, la de cumplir con la función de Secretaría Técnica en el Sistema de Consejos de Desarrollo, en los niveles nacional, regional y departamental; por lo que fue necesario adecuar su organización interna y esquema de funcionamiento, dando origen a la modificación del Reglamento Orgánico Interno, que fue aprobado mediante Acuerdo Gubernativo Número 224-2003 de fecha 7 de abril de 2003. No obstante, ante la necesidad de fortalecer las funciones sustantivas de la Segeplan, en el año 2007 se modifica su estructura organizativa interna, mediante el Acuerdo Gubernativo Número 497-2007, publicado con fecha 31 de octubre de ese mismo año. Seguidamente, derivado de los retos institucionales para coadyuvar en el impulso del desarrollo del país, se adecúa nuevamente esa estructura según Acuerdo Gubernativo Número 271-2010, con el cual se oficializa la aprobación del Reglamento Orgánico Interno vigente hasta la fecha.<sup>2</sup>

### **1.1.2. Misión**

SEGEPLAN es el órgano de planificación del Estado, responsable de apoyar en la formulación, gestión, monitoreo y evaluación de la política general de desarrollo del país, mediante la promoción integrada de las acciones sectoriales y territoriales, la inversión pública y el alineamiento de la cooperación internacional, por medio del Sistema Nacional de Planificación.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> SEGEPLAN. Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional. *Plan Estratégico Institucional*. p. 2.

<sup>3</sup> SEGEPLAN. Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional. *Reglamento Orgánico Interno*. p. 34.

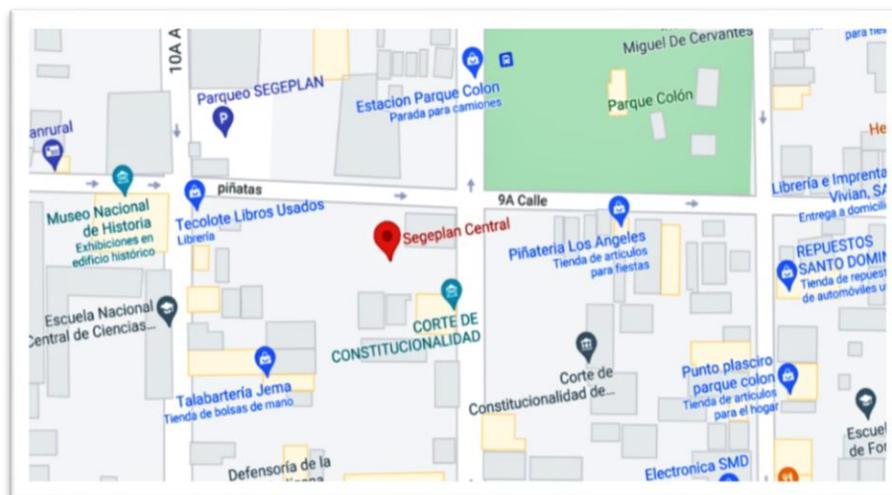
### 1.1.3. Visión

“Ser una institución reconocida por su solidez técnica, la cual orienta y coordina procesos y decisiones estratégicas que contribuyen al desarrollo del país, en el marco del Sistema Nacional de Planificación.”<sup>4</sup>

### 1.1.4. Ubicación

Actualmente la SEGEPLAN se encuentra ubicada en el la 9a. Calle 10-44 zona 1 de la Ciudad de Guatemala.

Figura 1. Ubicación de la SEGEPLAN



Fuente: Google Maps. Consulta: marzo de 2018.

<sup>4</sup> Ibíd. p. 2.

### **1.1.5. Principios y valores Institucionales**

Los principios y valores constituyen los pilares en los que se fundamenta el ser y actuar del equipo de trabajo de la SEGEPLAN, para alcanzar la visión y misión, los cuales forman parte de la vida laboral. Principios: Compromiso, Liderazgo, Trabajo en equipo, Eficiencia, Eficacia. Valores: Honestidad, Responsabilidad, Equidad, Solidaridad.<sup>5</sup>

### **1.1.6. Organigrama**

La SEGEPLAN maneja un tipo de organigrama lineal como se puede observar en la figura 2, el secretario de planificación y programación de la presidencia es el responsable de la secretaría, esta se divide en cuatro subsecretarías y la administración general. Cada una de esta se dividen en direcciones y algunas direcciones se subdividen en departamentos.

---

<sup>5</sup> SEGEPLAN. Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional. *Reglamento Orgánico Interno*. p. 34.



### **1.1.7. Direcciones de la SEGEPLAN involucradas en el Sistema de Gestión de Calidad**

Para que la SEGEPLAN tenga el funcionamiento debido, se divide en diversas direcciones que promueven el funcionamiento óptimo de toda la institución. En ese mismo sentido, se describen, aproximadamente, ocho direcciones importantes para todo el proceso pertinente y relacionado con la investigación.

#### **1.1.7.1. Despacho superior**

El despacho superior es responsable de la institución en general. Se encarga de las funciones políticas, técnicas y administrativas. Se conforma por el secretario de planificación y programación, y sus subsecretarios encargados de las diferentes subsecretarías que conforman la SEGEPLAN. Al ser la cabeza de la institución el despacho superior adquiere la figura de alta dirección del sistema de gestión de calidad.

#### **1.1.7.2. Dirección de planificación y desarrollo Institucional**

Es la dirección responsable de la planificación estratégica y operativa de la institución. Por las funciones que tiene acreditadas en el reglamento orgánico interno esta será la encargada de la implementación del sistema de gestión de calidad y su mantenimiento, desarrollando todas las etapas que este proceso conlleve hasta su certificación.

#### **1.1.7.2.1. Departamento de desarrollo institucional**

Es el departamento responsable de fortalecer la gestión interna de la institución. Es indispensable ya que en este se desarrollan instrumentos técnicos de la organización que son importante para el sistema de gestión de calidad y la mejora continua, dentro de estos están el manual de normas y procedimientos y el manual de organización de funciones.

#### **1.1.8. Dirección de gestión, negociación y contratación de la cooperación para el desarrollo**

Dirección responsable de acompañar los procesos de negociación de la cooperación internacional y asesorar a los entes de cooperación y organismos del estado beneficiados por las donaciones. Esta tiene a su cargo el proceso sustantivo de emisión de opinión técnica de cooperación internacional no reembolsable que forma parte de los procesos operativos del sistema de gestión de calidad.

##### **1.1.8.1. Dirección de Inversión para el desarrollo**

“La Dirección de Inversión para el Desarrollo es el órgano encargado de planificar, organizar, dirigir y coordinar la implementación y actualización del Sistema Nacional de Inversión Pública –SNIP-.”<sup>6</sup> Esta tiene a su cargo dos procesos sustantivos que son emisión de opinión técnica de cooperación internacional reembolsable y emisión de opinión técnica a proyectos de inversión

---

<sup>6</sup> SEGEPLAN. Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional. *Reglamento Orgánico Interno*. p. 23.

pública que forman parte de los procesos operativos del sistema de gestión de calidad.

#### **1.1.8.2. Dirección de sistemas de la información**

Dirección encargada de toda la infraestructura tecnológica tanto hardware como software. Su responsabilidad es mantener los sistemas y los equipos en condiciones operativas para todos los trabajadores de la institución. Esta dirección forma parte del alcance del sistema de gestión como apoyo a los procesos operativos.

#### **1.1.8.3. Dirección administrativa**

Dirección encargada de los servicios administrativos de la institución, el mantenimiento del edificio, adquisiciones de productos o servicios dados por terceros y los medios de transporte que son propiedad de la SEGEPLAN. Esta dirección forma parte del alcance del sistema de gestión como apoyo a los procesos operativos.

#### **1.1.8.4. Dirección de recursos humanos**

Dirección encargada de la administración del recurso humano de la institución. Es responsable de la contratación de personal temporal y permanente, mantenimiento del clima laboral, pago de nóminas y prestaciones laborales, evaluación del desempeño y asuntos jurídicos competentes a recursos humanos. Esta dirección forma parte del alcance del sistema de gestión como apoyo a los procesos operativos.

#### **1.1.8.5. Dirección financiera**

La dirección financiera es la encargada de la ejecución del presupuesto de la institución. Es responsabilidad de la dirección la ejecución de los pagos de los productos o servicios prestados a la SEGEPLAN. Esta dirección forma parte del alcance del sistema de gestión como apoyo a los procesos operativos.



## **2. MARCO CONCEPTUAL**

### **2.1. Calidad**

Es una actividad que desarrollan empresas privadas o instituciones públicas a favor de los productos o los servicios que prestan, mejorando los procesos, haciéndolos más eficientes, estandarizados y dando a los clientes la satisfacción de adquirir un bien o un buen servicio dependiendo de las características de las mismas.

### **2.2. ¿Qué es la ISO?**

La ISO (Organización Internacional de Normalización) es una organización internacional que fija normas estándares para diferentes tipos de procesos en la que empresas e instituciones, tanto públicas como privadas, pueden certificarse.

Para Guatemala, la ISO certifica algunas empresas que son las encargadas de realizar las auditorías, estas dan su veredicto de cumplimiento respecto de las normas ISO y están calificadas para dar las certificaciones, dentro de estas se pueden mencionar:

- Icontec
- AENOR
- GlobalSTD

## 2.3. Antecedentes de la norma ISO 9001:2015

Desde su primera publicación ha estado sufriendo revisiones que han dado lugar a diversas actualizaciones de la norma. La última revisión corresponde a la norma ISO 9001:2015, que ha sido culminada con la publicación del estándar el día 23 de septiembre de dicho año.

De las 5 versiones de la norma, algunas han sufrido revisiones menores y otras revisiones mayores:

- ISO 9001:1987 (primera edición): En 1987 se publicaron tres normas bajo el concepto de aseguramiento de la calidad:
- ISO 9001: Modelo para el aseguramiento de la calidad en el desarrollo, diseño, servicio, producción e instalación.
- ISO 9002: Modelo para el aseguramiento de la calidad en la producción, servicio e instalación.
- ISO 9003: Modelo para el aseguramiento de la calidad en inspecciones y pruebas.

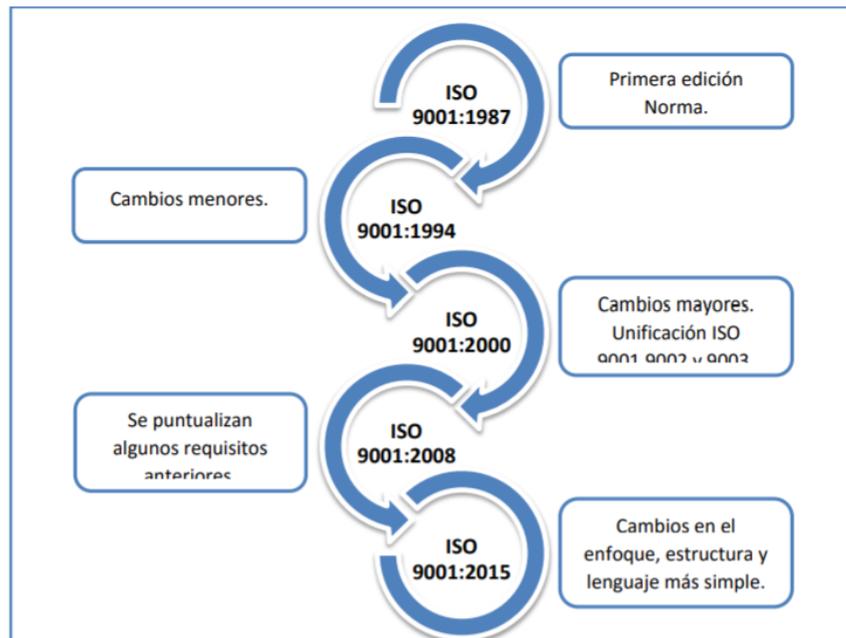
Estas normas contenían determinados requisitos que aseguraban la calidad allí donde se aplicasen:

- ISO 9001:1994 (primera revisión menor): En el año 1994 se revisaron y actualizaron las tres normas originales, publicándose la segunda edición de ellas. Esta revisión no incluyó cambios significativos en el aseguramiento de la calidad.
- ISO 9001:2000 (primera revisión mayor): En el año 2000 apareció una norma ISO 9001 que reemplazaba a los tres modelos que había hasta entonces. Incorporó cambios en la efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) y un mejor desempeño de las organizaciones.
- ISO 9001:2008 (segunda revisión menor): La cuarta edición de ISO 9001 se publicó en el año 2008, se puntualizan algunos requisitos incluidos en la versión anterior. Se buscaba hacer más sencilla su implantación, pero no trae cambios significativos.
- ISO 9001:2015 (segunda revisión mayor): La edición ISO 9001:2015 pretende mantener la aplicabilidad de la norma en todo tipo de organización e incentivar la alineación con otras normas de sistemas de gestión elaboradas por ISO. Esta revisión se puso en marcha para adaptar la norma a la realidad actual de las organizaciones.”<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> BURCKHARDT, V., GISBERT, V. PÉREZ, A. I. *Estrategia y desarrollo de una guía de implementación de la norma ISO 9001:2015*. p. 9.

Figura 3. **Desarrollo de la Norma ISO 9001**



Fuente: BURCKHARDT, V., GISBERT, V. PÉREZ, A. I. *Estrategia y desarrollo de una guía de implementación de la norma ISO 9001:2015*. p. 10.

## 2.4. Principios de gestión de calidad

La Norma ISO 9001:2015 desarrolla siete principios importantes para el correcto funcionamiento del SGC.

### 2.4.1. Enfoque al cliente

El SGC se enfoca a los clientes, los cuales son los usuarios finales a los que se les presta el servicio. Al ser una institución pública se enfoca en diversos

clientes de los cuales se pueden mencionar alcaldes, diputados, ministros y la población guatemalteca.

#### **2.4.2. Liderazgo**

Un principio importante, se delega a personas de confianza, responsables y que trabajen por el bien común del SGC. El mejor ejemplo de liderazgo lo deben dar tanto la cabeza de la institución como los puestos de dirección y guiar a los trabajadores para conseguir los objetivos fijados.

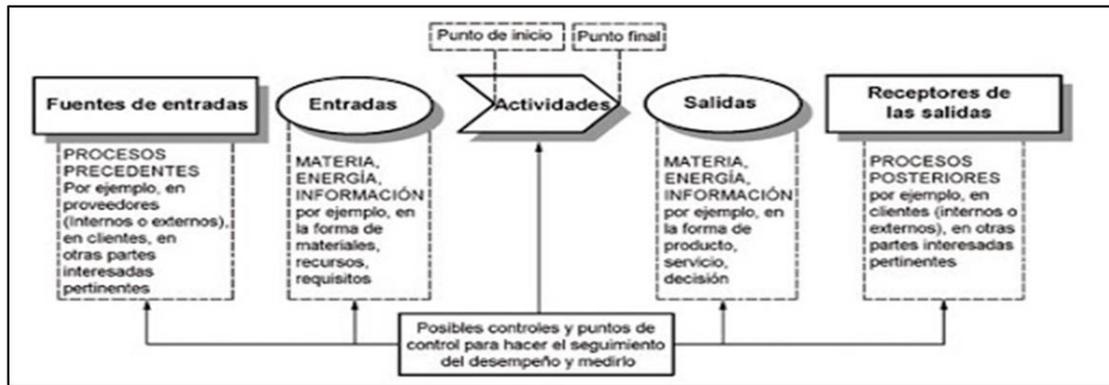
#### **2.4.3. Compromiso de las personas**

Principio que se enfoca directamente en las personas, estas deben estar calificadas para desempeñar sus funciones dentro del SGC y deben estar comprometidas a cumplir los objetivos fijados para sus respectivos procesos.

#### **2.4.4. Enfoque a procesos**

Principio al que se debe adaptar la institución para desarrollar el SGC, permite dejar a un lado la departamentalización que se tiene en la institución y enfocarla directamente en procesos. Se busca que los objetivos fijados por procesos y en general sean más eficientes.

Figura 4. Representación esquemática de los elementos de un proceso



Fuente: ISO, Norma ISO 9001:2015. p. iii.

### 2.4.5. Mejora

La mejora es un principio de los más importantes durante el proceso de certificación y sobre todo posterior a este, los procesos deben evolucionar y estar en constante mejora continua fijando objetivos más exigentes cada cierto tiempo.

### 2.4.6. Toma de decisiones basada en la evidencia

La alta dirección debe ser responsable directo de este principio, las decisiones que se tomen serán con base en informes, registros, indicadores, auditorías y cualquier documento que demuestre como el SGC está funcionando. No se deben tomar decisiones improvisadamente sin saber dónde se encuentra el problema real, es por eso que siempre debe haber evidencia de todo lo que se realice.

#### **2.4.7. Gestión de las relaciones**

Este principio tiene como objetivos otros actores involucrados que deben ser tomados en cuenta y que puedan afectar directa o indirectamente el SGC. En el caso de la institución depende de otras instituciones públicas, también de otros proveedores diferentes entre estos de soporte para correcto funcionamiento del sistema.

#### **2.5. Sistema de Gestión de Calidad**

Grupo de elementos y actividades relacionadas entre sí para desarrollar diferentes tipos de productos o servicios mediante un enfoque basado en procesos. Su principal objetivo es la satisfacción del cliente.

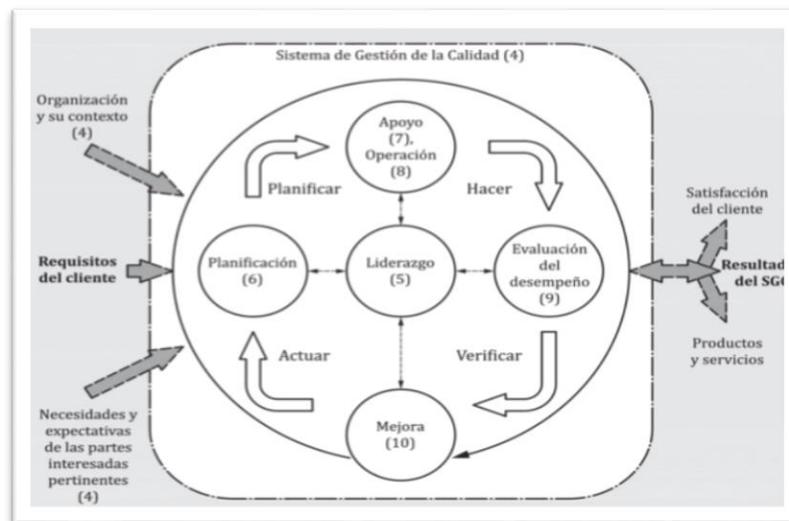
#### **2.6. Ciclo Deming**

Es una metodología basada en la mejora continua más conocida como ciclo PHVA (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar).

- **Planificar**  
La planificación es el pilar para el correcto funcionamiento del SGC porque sienta las bases del mismo. En esta etapa se desarrolla toda la documentación que es el soporte de todos los procesos involucrados.
- **Hacer**  
Etapa donde se comienza a implementar y generar toda la información documentada que servirá de soporte para realizar las auditorías al SGC. Durante esta etapa se debe dar un tiempo prudente para que el sistema madure y genere la información que servirá posteriormente.

- **Verificar**  
La etapa de verificación se realiza al momento de evaluar cómo está funcionando el sistema y se da durante la primera auditoría interna. Los auditores deben revisar los procesos y verificar que se estén logrando los objetivos, que los registros se estén usando correctamente, que los procesos funcionen como están descritos en el manual de procedimientos; si algo no está funcionando bien se hace un informe de no conformidades los cuales se pasan a la alta autoridad para que tome acciones y se mitiguen.
- **Actuar**  
Etapa donde se toman decisiones para mitigar las no conformidades que resultaron de la auditoría interna y aplicar acciones para corregirlas.

Figura 5. **Representación de la estructura de la Norma ISO 9001:2015 con el ciclo PHVA**



Fuente: ISO, Norma ISO 9001:2015. p. iv.

## **2.7. Estructura de la norma ISO 9001:2015**

La última actualización de la norma ISO 9001:2015 está estructurada en diez capítulos desarrollados de la siguiente forma:

- Capítulo 1: especifica el objeto y el campo de aplicación de la norma.
- Capítulo 2: especifica las normas para consulta indispensables que se pueden usar como consulta para la aplicación de la 9001:2015.
- Capítulo 3: especifica los fines de la norma y los términos y definiciones establecidas en la ISO 9000:2015.
- Capítulo 4: primer capítulo que contiene requisitos de un SGC, este capítulo desarrolla el contexto de la organización. La institución debe evaluar todo su contexto tanto dentro como fuera de la institución, definir sus partes interesadas que son pertinentes al sistema y determinar el alcance que tendrá el SGC.
- Capítulo 5: este capítulo desarrolla el liderazgo y compromiso que deben tener todos los involucrados dentro del sistema y enfatiza el liderazgo que debe tener la alta dirección ya que la misma se debe involucrar dentro del SGC, apoyando e involucrándose en la implementación de la misma.
- Capítulo 6: este capítulo desarrolla la planificación del SGC teniendo como requisito el establecer los objetivos de la calidad y planificación para lograrlos. También se enfoca en los riesgos y las oportunidades que enfrenta la institución.
- Capítulo 7: este capítulo desarrolla en general todo lo que compete a la parte de apoyo que es imprescindible para un SGC.
- Capítulo 8: este capítulo se enfoca en la operación del SGC poniendo en marcha toda la planificación desarrollada en los capítulos anteriores y generando la información soporte que será documentada.

- Capítulo 9: este capítulo desarrolla la evaluación del desempeño del SGC, una vez que el sistema madure con varios meses de desarrollo de información, se debe realizar una evaluación a la misma partiendo desde un seguimiento a la satisfacción del cliente y desarrollando una auditoría interna que se realizara en un periodo de tiempo planificado. La alta dirección tendrá que revisar el informe de auditoría y establecer acciones para mitigar las no conformidades documentadas.
- Capítulo 10: este capítulo se enfoca en la mejora, desarrollando las acciones que tomo la parte estratégica e implementando los cambios eliminando las no conformidades y evitando problemas al requerir una auditoría externa de certificación. Este capítulo también requiere que el SGC debe estar en constante mejora ya que es indispensable y mantiene el sistema actualizado.

## **2.8. Normas relacionadas al Sistema de Gestión de Calidad**

La Norma ISO 9001:2015 es la única certificable la familia de normas ISO 9000, pero se existen otras que son de orientación y apoyo para implementar un SGC, dentro de estas se mencionan las siguientes:

- ISO 9000:2015 esta norma sirve de apoyo, contiene conceptos y principios fundamentales de un Sistema de Gestión de Calidad.
- ISO 19011:2018 es una norma de orientación para elaboración de auditorías en sistemas de gestión.
- ISO 31000:2018 es una norma de apoyo para la gestión de riesgos.

## **2.9. Impacto de la gestión de calidad**

El impacto de la Calidad es derivado de la implementación del sistema una empresa o institución. Los impactos derivados pueden ser positivos y negativos dependiendo la planificación y los resultados que tenga el sistema.

## **2.10. Beneficios de la gestión de calidad**

La gestión de calidad tiene beneficios, pero no son inmediatos, se debe dar el tiempo respectivo para su adaptación. Se verán a mediano o largo plazo dependiendo mucho de cómo se estructure y se dé el cambio institucional para lograrlos.

## **2.11. Gestión de riesgo**

“Son las actividades coordinadas para dirigir y controlar la organización con relación al riesgo”<sup>8</sup>

## **2.12. Enfoque basado en riesgo**

“La Norma ISO 9000:2015 define riesgo como: Efecto de la incertidumbre”.<sup>9</sup>  
El enfoque basado en riesgo es un factor muy importante y fue incluido en la última versión de la norma ISO 9001:2015. Este aporta al SGC la prevención de los efectos negativos y oportunidades de mejora para mitigar los riesgos que pueden darse dentro de los procesos. Esto crea una cultura de prevención en las empresas o instituciones

---

<sup>8</sup> ISO. *Norma ISO 3100:2018*. p.1.

<sup>9</sup> ISO, *Norma ISO 9000:2015*. p. 22.

### **3. PROPUESTA DE DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Diseño de un Sistema de Gestión de Calidad**

El diseño desarrolla la metodología para que la institución pueda implementar un Sistema de Gestión de Calidad –SGC- y mejorar las actividades que desarrolla mediante un enfoque basado en procesos, para optimizar la gestión de sus procesos estandarizarlos y mejorar continuamente.

La alta dirección es la responsable de definir el alcance que tendrá el SGC, es decir, identificar que procesos son importantes para introducirlos dentro del sistema, sin olvidar los que la norma ISO 9001:2015 menciona dentro de los requisitos indispensables para que el SGC funcione.

Para implementar un Sistema de Gestión de Calidad se evalúa:

- El compromiso de la alta dirección de implementar el sistema de gestión de calidad en la institución e ir liderando el proceso hasta su certificación y mantenimiento.
- La competencia para implementar un SGC, a través de una evaluación de procesos mediante un diagnóstico.
- Los recursos necesarios tanto humano, tecnológico y económico que se requiere para implementar un SGC, certificarlo y mantenerlo.
- Mantenimiento al Sistema de Gestión de Calidad.
- Capacitar por medio de un consultor a los servidores públicos que estén dentro del alcance del SGC en temas relacionados con calidad, riesgo y auditorias.

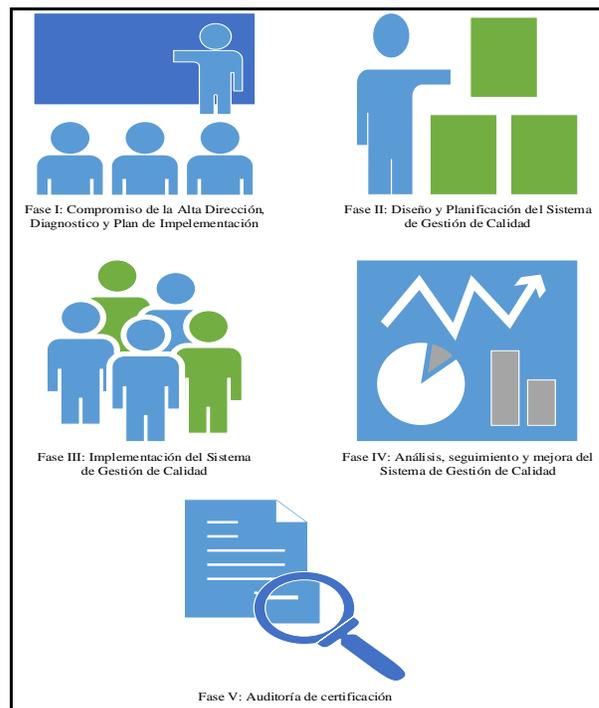
- Fortalecer las áreas que estén dentro del alcance del sistema.

Para el desarrollo del diseño se debe aplicar el ciclo Deming (planear, hacer, verificar, actuar), la misma norma internacional ISO 9001:2015 en su introducción describe brevemente el ciclo Deming y es la base para la implementación de un SGC y su seguimiento.

### 3.2. Fases del proceso de implementación de un Sistema de Gestión de Calidad

El proceso de implementación del SGC se desarrolla en cinco fases desarrolladas de acuerdo a la Figura 6.

Figura 6. Fases del proceso de implementación de un SGC



Fuente: elaboración propia, empleando Microsoft Visio.

### **3.3. Fase I: compromiso de la alta dirección, diagnóstico y plan de implementación**

La fase I desarrolla el diagnóstico de cómo se encuentra la SEGEPLAN en relación a los requisitos de la norma ISO 9001:2015. Este demuestra los requisitos de carácter obligatorio que se cumplen y no se cumplen para implementar un SGC. SEGEPLAN al no tener un Sistema ya implementado por naturaleza mostrará un porcentaje muy bajo de cumplimiento de requisitos, para eso se elabora un plan de implementación. El compromiso de la alta dirección es importante ya que tendrán el poder de toma de decisiones y la responsabilidad de las mismas.

#### **3.3.1. Autorización del proyecto**

La autorización del proyecto para la implementación del SGC será responsabilidad de la autoridad máxima de la SEGEPLAN. En este caso será el secretario de planificación y programación quien de la autorización.

#### **3.3.2. Liderazgo y compromiso de la alta dirección**

La alta dirección debe demostrar el compromiso y debe liderar el SGC, evaluando periódicamente y dando seguimiento al Sistema. La norma desarrolla en el capítulo 5 el liderazgo y describe los requisitos indispensables que debe cumplir, ya que de esta depende el éxito sostenido del sistema.

### **3.3.3. Identificación de procesos para implementar un Sistema de Gestión de Calidad**

La alta dirección debe identificar los procesos sustantivos que están dentro del sistema. Este podrá definir su alcance si es a toda la institución o solo algunos procesos que crea convenientes para sus intereses y de la población guatemalteca, para esto deberá considerar lo necesario para desarrollar la implementación y mejora del sistema de gestión de calidad.

Dado que es la primera vez que se implementa un sistema de gestión dentro de la institución, y que la capacidad instalada no tiene la experiencia en implementación de un SGC. Se debe gestionar la participación de un experto que oriente a desarrollar el sistema y cumplir los requisitos de la Norma ISO 9001:2015.

### **3.3.4. Selección de consultor del sistema de gestión de calidad**

El consultor es el encargado de llevar a la institución al objetivo final que será la certificación de los procesos. El consultor debe llenar varios requisitos mínimos que son importantes, dentro de los cuales se identifican los siguientes:

- Profesional de ingeniería, administración o carreras similares y de preferencia maestría o posgrado relacionado con calidad.
- Experiencia de cinco años en implementar sistemas de gestión de calidad, de preferencia en instituciones del sector público.
- Auditor líder de calidad.
- Poseer diplomado o taller de Interpretación de la Norma ISO 9001:2015, gestión de riesgo y auditoría de calidad.

- Al menos contar con una certificación como líder de una implementación, de preferencia en el sector público.

### **3.3.5. Diagnóstico de la institución**

Para la evaluación de los procesos y guiados por el consultor se debe realizar un diagnóstico para medir el grado de cumplimiento del Sistema de Gestión de Calidad respecto a los requisitos de la norma ISO 9001:2015.

Para esto será necesario evaluar cómo se encuentran los procesos definidos por la alta dirección revisando detalladamente como se realizan paso a paso para encontrar toda la documentación que se genera y cotejando si los procesos cumplen con lo descrito en los manuales de procedimientos. Adicionalmente, se verifica que las condiciones de los trabajadores de la institución sean las adecuadas para realizar sus funciones.

### **3.3.6. Plan de implementación del sistema de gestión de calidad**

Concluido el diagnostico, se desarrolla un plan de implementación, el cual debe ser definido por la alta dirección en el tiempo que crea coherente implementar el sistema de gestión y los recursos que se tengan para realizarlo, este plan describirá la forma en que se implementara el SGC en la Institución, también reflejar el tiempo estimado para implementar, desarrollar auditoría interna, toma de acciones de mejora y posteriormente llegar a la Auditoria de Certificación. Para elaborar el plan de implementación se desarrolla una matriz como se muestra en la Figura 7.

Figura 7. **Formato para el Plan de acción de implementación del SGC**

Capítulo de la Norma ISO 9001:2015	PLAN DE ACCIÓN IMPLEMENTACIÓN DEL SGC					Responsables	Recursos
	¿Qué nos falta?	Actividades	Descripción de Metas o Resultados Esperados	Fecha culminación	Procesos Involucrados		
Describir capítulo de la norma	Terminado el diagnóstico se interpreta por capítulo que hace falta para cumplir los requisitos de norma de cada capítulo	Se describen las actividades a desarrollar para cumplir los requisitos	Se describen metas alcanzables para el cumplimiento de los requisitos de norma	Se describe una fecha para la culminación de la actividad	Se describe que procesos están involucrados en las actividades	Se describen los responsables directos que estarán a cargo de la actividad	Se describen los recursos que se tienen disponibles

Fuente: elaboración propia, empleando Microsoft Excel.

### 3.4. **Fase II: diseño y planificación del sistema de gestión de calidad**

La fase II desarrolla los capítulos 4, 5, 6 y 7 de la Norma ISO 9001:2015 es la base para el correcto funcionamiento del sistema. Esta define los procesos de apoyo indispensables, los responsables de los procesos, la capacitación del personal, los riesgos involucrados, la política de calidad, los objetivos e indicadores y la documentación de soporte para el sistema.

#### 3.4.1. **Nombramiento de responsable del sistema de gestión de calidad**

El responsable del sistema es una persona con conocimiento de los procesos sustantivos, tiene experiencia o capacitación en implementación de Sistemas de Gestión de Calidad y conoce la norma y su interpretación. Esta persona llamada también Gestor de Calidad es nombrada por la alta dirección de la Institución, debe encargarse de que el SGC se mantenga. Se actualice y se mejore, acompañar las auditorías internas y externas e identificar las acciones

correctivas a seguir para solucionar las no conformidades junto con los responsables de los procesos dentro del alcance.

### **3.4.2. Nombramiento de los líderes de los procesos**

Los líderes son personas que tienen la experiencia, el conocimiento específico de su propio proceso y la capacidad de influir sobre las personas que están bajo su cargo. Esta selección es responsabilidad de la alta dirección, que en la jerarquización corresponde a los subsecretarios y directores de las áreas tanto sustantivas, estratégicas y de apoyo que estarán dentro del alcance.

El nombramiento es un oficio de la institución dirigida a los empleados que tendrán a su cargo la responsabilidad de conseguir las metas que se planteen y que se les encomendarán actividades de las cuales deben presentar resultados tangibles. La Figura 8 muestra un nombramiento propuesto que se enviará a los líderes de proceso.

## Figura 8. Formato para el nombramiento de líderes de proceso

*Guatemala, Fecha*  
*Siglas Dirección o SubSecretaría-Correlativo-AÑO*  
*Asunto: Nombramiento de Líderes de Proceso*

*Estimado xxxx:*

*Por medio de la presente informamos que usted ha sido seleccionado como líder de proceso, por el cual debe hacerse responsable y desarrollar las actividades que se le asigne así como cumplir con los tiempos que se tengan en calendario, como usted ya sabrá se está llevando una certificación para estandarizar procesos sustantivos de la institución con la Norma Internacional ISO 9001:2015 y necesitamos su compromiso para lograr este objetivo. .*

*Nombre de la Persona*  
*Puesto*

*Datos de la Autoridad*

*C.C*  
*Añejunto*  
*Archivo*

024gr: 0-15- DFDN-025-04 01/2017 (Proceso)

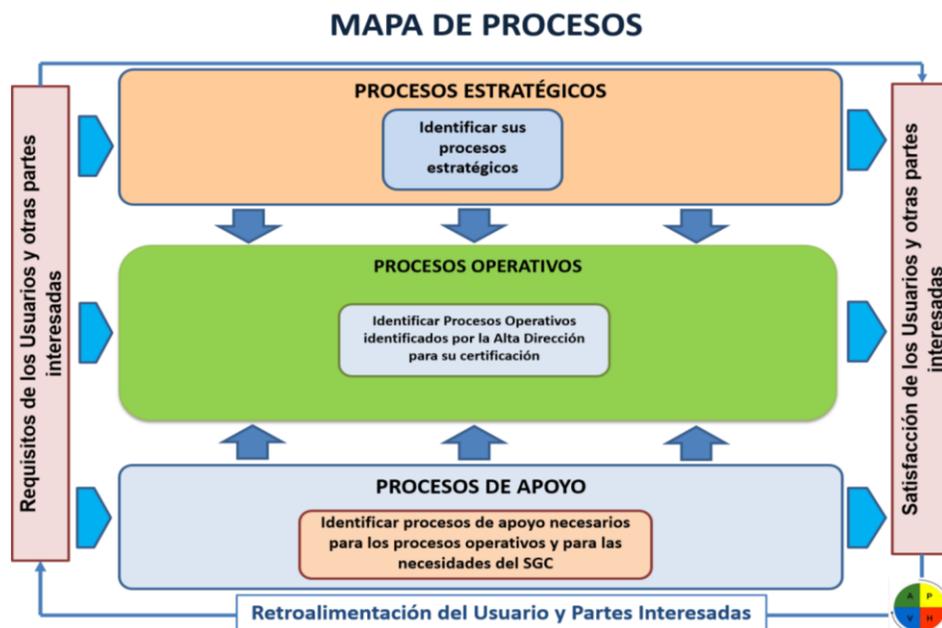
Fuente: elaboración propia, empleando Microsoft Word.

### 3.4.3. Determinación de los procesos necesarios

La determinación requiere tiempo para la identificación y consolidación de los procesos necesarios para que el sistema esté bien estructurado, el responsable del sistema, junto con los líderes de los procesos sustantivos, deben evaluar que procesos estratégicos establecen, estos deben interrelacionarse con los procesos operativos y de apoyo, descartando todo los que no tenga relación

para que el sistema funcione y logre la eficiencia que se requiere, obteniendo así la satisfacción del usuario. Este se elabora por medio de mapa de procesos y se desarrolla por medio de la estructura como se puede observar en la Figura 9, todos los procesos dentro del alcance del Sistema de Gestión se definirán en el desarrollo del diseño.

Figura 9. Formato para elaborar el mapa de proceso



Fuente: elaboración propia, empleando Microsoft PowerPoint.

#### **3.4.4. Análisis del entorno y aspectos que pueden influir en la institución**

Para el análisis del entorno se debe realizar y utilizar una herramienta con el fin de identificar las cuestiones internas y externas que afectan los objetivos estratégicos, en este caso de los procesos que están dentro del alcance del SGC.

A lo interno propiamente en los procesos que estarán dentro del sistema, deben evaluar tanto las fortalezas y las debilidades, estos factores pueden ser la estructura organizacional, ambiente de trabajo, infraestructura tanto tecnológica como estructural, recursos de la institución, entre otros.

A lo externo se debe evaluar tanto las oportunidades y las amenazas, estos factores pueden ser cambios en la legislación, cambios de autoridades por cambio de gobierno, acuerdos internacionales con cooperantes, falta de comunicación con los ministerios, entre otros.

Para desarrollar el análisis del entorno se elabora un FODA de los procesos sustantivos con la estructura de la Figura 10. Esta actividad se realizará y documentará en el desarrollo del diseño.

Figura 10. Formato para elaborar mapa de procesos

 Dirección	ANÁLISIS DEL CONTEXTO ORGANIZACIONAL (FODA)	Código: R-AG-DPDL-DDI-019
		Versión: 1 Página: 1 de 1

PROCESO:

FACTORES INTERNOS DE LA INSTITUCIÓN		FACTORES EXTERNOS DE LA INSTITUCIÓN	
FORTALEZAS (+)			
1	Describir las fortalezas de los procesos sustantivos	1	Describir las oportunidades de los procesos sustantivos
2		2	
DEBILIDADES (-)			
1	Describir las debilidades de los procesos sustantivos	1	Describir las amenazas de los procesos sustantivos
2		2	
AMENAZAS (-)			

Fuente: elaboración propia, empleando Microsoft Excel.

### 3.4.5. Determinación de las necesidades y expectativas de las partes interesadas

La institución dentro de su alcance debe identificar las partes interesadas dentro y fuera de la institución, o sea quienes son sus clientes o usuarios que intervienen en el sistema.

Las partes interesadas se dividen en dos:

- Internas: son las que afectan directa o indirectamente los procesos, como, por ejemplo: secretario de planificación y programación, direcciones o unidades, comités o personas dentro de la misma institución, sindicato, entre otras.
- Externas: son las que afectan directa o indirectamente los procesos, como, por ejemplo: contraloría general de cuentas, cooperantes, ministerios, congreso de la república, entre otras.

Para el análisis se debe diseñar una matriz como se observa en la Figura 11 donde se documenta y demuestra quienes son las partes interesadas que puedan afectar a la institución. Dicha matriz se realizará y se documentará en el desarrollo del diseño.

Figura 11. **Formato para el análisis de partes interesadas**

		<b>ANÁLISIS DE PARTES INTERESADAS</b>		Código: R-AG-DPDI-DDI-020
				Versión: 1
Dirección				Pagina: 1 de 1

CONTEXTO:		Describir si es interno o externo		Describir proceso operativo que se evalúa
PARTE INTERESADA	INTERÉS/REQUISITOS DE LA PARTE INTERESADA	RELACIÓN CON EL SGC ISO 9001:2015	IMPLICACIONES POSITIVAS/ NEGATIVAS	
1 Describir parte interesada dependiendo del contexto de la matriz será interno o externo.	Describir los intereses de la parte interesada	Describir punto de norma que estar relacionado.	Describir implicaciones positivas y/o negativas que puedan resultar.	

Fuente: elaboración propia, empleando Microsoft Excel.

### 3.4.6. **Creación y elaboración de la información documentada del sistema de gestión de calidad**

Definido el alcance del sistema y tener identificados cuáles serán los procesos estratégicos, operativos y de apoyo, se debe documentar los procedimientos, instructivos y registros de los procesos.

En los Manuales de Organización de Funciones -MOF- y de normas y procedimientos, donde se describen las actividades que se realizan en los procesos, estos se deben revisar y actualizar a lo que la norma ISO requiere, también con eso crearse si fuera necesario nuevos procedimientos, instructivos y registros. Estos deberán aprobarse y ponerlo en marcha en un plazo de tiempo determinado para obtener la información documentada para la evaluación del SGC.

#### **3.4.7. Determinación de la política de calidad**

Establecer la Política de Calidad de la institución es responsabilidad de la Alta Dirección, los líderes de procesos y el gestor de calidad. La Política de Calidad debe establecerse e ir de la mano con el plan estratégico institucional, el contexto de la organización y limitado al alcance del SGC.

Al establecer la política, se debe estar documentada y socializada con todo el personal involucrado, también debe estar disponible para todas las partes interesadas identificadas. Dicha política será elaborada y documentada en el desarrollo del diseño. La actualización de la misma también es importante cada cierto tiempo y ser evaluada por la alta dirección para la mejora continua del sistema.

#### **3.4.8. Capacitación del personal en temas relacionados con la Norma ISO 9001:2015**

Las capacitaciones deben ser de prioridad alta, ya que preparan a las personas mejorando sus conocimientos, habilidades y capacidades en temas

específicos a los que la persona trabaja día a día o también temas nuevos previendo una mejora en las actividades de su personal.

Para la institución será importante capacitar a sus servidores públicos en temas relacionados con la Norma ISO 9001:2015 para la implementación del Sistema de gestión de calidad.

Las capacitaciones requieren un presupuesto elevado, se tendrá que priorizar a las personas que deberán asistir a las mismas y elegir al menos tres personas dentro de cada proceso del sistema. El responsable de dar las capacitaciones es en consultor y el plan estará dentro del cronograma de actividades que se elabora en el desarrollo del diseño.

Tabla I. **Plan de capacitación**

<b>PLAN DE CAPACITACIÓN PARA PERSONAL DE LA SEGEPLAN EN TEMAS RELACIONADOS CON LA NORMA ISO 9001:2015</b>			
<b>TEMA:</b>	<b>Cantidad de empleados por capacitación</b>	<b>Presupuesto</b>	<b>Capacitaciones anuales</b>
Introducción a los sistemas de gestión de calidad	20	Q20 000,00	Dependiendo del presupuesto destinado a SGC por parte de la institución al menos una vez al año a diferentes personas
Interpretación de la Norma ISO	20	Q20 000,00	
Gestión de Riesgo	20	Q20 000,00	

Fuente: elaboración propia. Empleando Microsoft Excel.

#### **3.4.8.1. Introducción a los sistemas de gestión de calidad**

Su objetivo principal es conocer cuáles son las generalidades de la ISO, es la introducción a cómo funciona un SGC y la importancia de la implementación dentro de la institución.

#### **3.4.8.2. Interpretación de la norma ISO 9001:2015**

Su objetivo es conocer el ciclo PHVA, los principios de calidad, el enfoque a procesos, los diez capítulos de la Norma, e interpretar y aplicar los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 en un sistema.

#### **3.4.8.3. Gestión de riesgo**

Su objetivo conocer los principios de una gestión de riesgos, como se evalúan los riesgos dentro del Sistema.

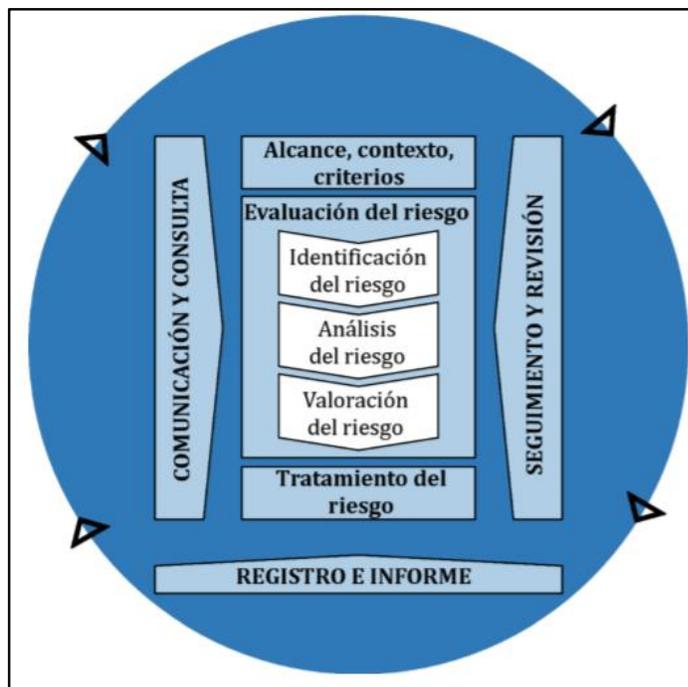
#### **3.4.9. Determinación de los riesgos y oportunidades**

Los riesgos son aspectos que pueden ser una amenaza para el SGC y pueden ocurrir en cualquier momento en el desarrollo de las actividades dentro de un proceso, se pueden dar en un contexto interno y externo, estos pueden prevenirse o eliminarse y otros únicamente reducir su impacto.

La alta dirección junto con el responsable del sistema y los líderes, deben involucrar a que todo el personal dentro del alcance adopte un pensamiento basando en riesgo para la prevención de los mismos, las acciones inmediatas para mitigarlos, la implementación de controles, el riesgo residual y las oportunidades de mejora.

La norma ISO 31000:2018 establece un proceso para la gestión del riesgo que debe implementarse al momento de la evaluación en los distintos procesos de la institución.

Figura 12. **Proceso de la gestión del riesgo**



Fuente: ISO, *Norma ISO 31000:2018*, p. 15.

Son una de las partes críticas del sistema, a través de las herramientas para la identificación de los mismos y la usando como guía la Norma ISO 31000:2018, se podrán determinar para el SGC.

El efecto de incertidumbre de los riesgos que se presenten puede ser positivos o negativos. El pensamiento basado en riesgo determina todos los riesgos a evaluar en los procesos o cómo puede afectar a nuestros objetivos en el sistema de gestión de calidad.

#### **3.4.10. Determinación de objetivos e indicadores de desempeño del sistema de gestión de calidad**

Los objetivos de calidad son responsabilidad de la alta dirección y de los líderes de los procesos del sistema. Se podrá delegar en un comité de calidad para la evaluación y eficiencia de los mismos.

Los objetivos deberán documentarse y luego comunicarlo a todos los involucrados dentro del sistema. La Norma ISO 9001:2015 establece que deben ser coherentes con la política de calidad, ser medibles para evaluar la eficiencia, darles seguimiento estableciendo indicadores para revisión y actualizarse siguiendo la metodología de mejora continua.

Después de un tiempo los objetivos deberán ser evaluados y sometidos a revisión, para demostrar se cumplieron, si no se llegara a cumplir alguno se deberá demostrar la razón del no cumplimiento de la meta propuesta. De llegarse a cumplir los objetivos fijados se deberán fijar nuevos objetivos y el seguimiento a la mejora de los mismos.

#### **3.4.11. Promover la toma de conciencia**

La toma de conciencia es una de las partes complicadas al implementar un SGC ya que esto involucra a las personas dentro de la misma, para ello es necesario sensibilizar para que el impacto de la implementación sea tomado de una forma positiva, aunque no siempre se vera de esta forma, pueden surgir aspectos negativos como la propia resistencia al cambio.

Muchas personas verán el sistema como una oportunidad de mejorar los procesos de la institución a través de los cambios que se planteen, y por otra parte estarán las personas que verán el sistema como una carga de trabajo más al que ya tienen o que los cambios afecten su quehacer diario.

Para esto se necesita el liderazgo de la alta dirección, los líderes de los procesos y del Gestor de Calidad, para sugerir herramientas que se pueden usar para promover aspectos positivos del SGC, como la política de calidad, los objetivos de calidad, las implicaciones de faltar a los requisitos de la Norma ISO 9001:2015, a través de anuncios, boletines institucionales, banners, y otras herramientas que promuevan la toma de conciencia.

#### **3.4.12. Formación de auditores internos**

El objetivo de la formación de auditores internos de calidad es desarrollar la competencia para un grupo selecto que se capacita para ser un auditor interno para evaluar el sistema, los participantes deben haber recibido capacitación en interpretación en de la Norma ISO 9001:2015 y gestión de riesgo. Es necesario que estas sean activas, sin temor a ser imparciales ante los hallazgos que se puedan encontrar en la institución en las auditorias. Los auditores internos deben ser elegidos de varios procesos, ya que, al momento de auditar, no pueden

evaluar su propio proceso. La institución anualmente debe de planificar una formación de auditores y tener el presupuesto para realizar el mismo como se ve en la Tabla II.

Tabla II. **Planificación para formación de auditores internos**

<b>Formación de Auditores Internos</b>			
<b>TEMA:</b>	<b>Cantidad de empleados por capacitación</b>	<b>Presupuesto</b>	<b>Capacitaciones anuales</b>
Introducción a los sistemas de gestión de calidad	20	Q45 000,00	El presupuesto es únicamente para el primer año al no tener gente formada se necesita de un experto para la formación, los años siguientes serán los empleados que se formaron y ya tengan experiencia los que guiarán las siguientes formaciones.

Fuente: elaboración propia. Empleando Microsoft Excel.

### **3.5. Fase III: implementación del sistema de gestión de calidad**

La fase III desarrolla el capítulo 8 y otros apartados de la norma ISO 9001:2015. Es la etapa que requiere más tiempo de trabajo para la adaptación de la institución al sistema. Esta desarrolla la apertura de la implementación debiendo utilizar todo lo documentado en la fase anterior, para esto se debe socializar los cambios realizados a los procesos, la política y objetivos de calidad, el contexto y los límites del SGC.

Por medio de la red institucional se socializa todos los procedimientos o registros que sean para uso del personal y se les indica los cambios y la forma que se va a trabajar para que se adapten al sistema de gestión. Los responsables de los procesos deberán guiar a su grupo y capacitarlos para que su adaptación sea de la mejor manera.

### **3.5.1. Acceso y disponibilidad a la plataforma documental**

Es necesario que el sistema tenga una plataforma electrónica que sea amigable para todos los usuarios, estos deben tener disponibilidad a aspectos generales como la política, mapa de procesos, objetivos del sistema, procedimientos, formatos de registros e instructivos que el sistema tenga documentado ya sea digital o físicamente.

Para que no sea complicado y que la utilidad sea eficiente se usará la intranet de la institución, una plataforma ya establecida y que los usuarios de la SEGEPLAN usan comúnmente.

El responsable de revisar y cargar toda la documentación a la plataforma será el gestor de calidad, ninguna persona podrá modificar ni subir ningún documento sin autorización, cualquier documento a ser actualizado debe ser aprobado y revisado por el líder de proceso siempre y cuando la documentación este bajo su responsabilidad. Si fueran aspectos generales como la política o los objetivos del sistema solo la alta dirección podrá realizar cambios, deben enviarlo al Gestor para la revisión técnica y verificar el cumplimiento de los estándares de la Norma ISO 9001:2015 previo a su publicación.

### **3.5.2. Socialización y capacitación a los servidores públicos de la información documentada del SGC**

Concluida la plataforma documental, se debe socializar los aspectos más importantes del sistema, como son la política, los objetivos de calidad y el mapa de procesos, los medios para socializar son los que la alta dirección considere convenientes, ya sean por una convocatoria general o por grupos. Se debe considerar tener un espacio para una socialización en la inducción de personal, para personal de nuevo ingreso únicamente para los que están dentro del sistema.

La capacitación al personal involucrado en los procesos es necesaria, es responsabilidad de cada uno de los líderes de proceso o delegar a una persona, está debe retroalimentar a sus equipos de trabajo o personal de nuevo ingreso, acompañado con el gestor de calidad, esta capacitación abarca temas sobre el uso de la plataforma, como se realizan los procedimientos e instructivos y el uso de los formatos de registros.

### **3.5.3. Implementación con los responsables de la documentación aplicable y eficacia del sistema de gestión de calidad**

Concluidas las capacitaciones al personal, se procede con la implementación de la documentación, la Alta Dirección define la fecha específica para poner en funcionamiento el sistema y toda la documentación aprobada para la misma.

El objetivo será que los líderes de proceso junto al gestor de calidad se aseguren de que todos los involucrados dentro del Sistema trabajen con un enfoque a procesos, usen la plataforma documental y comprendan el ciclo de las actividades, estas deben cumplirse como se describen en los procedimientos. Por último, generar la mayor cantidad de registros para evaluar la eficacia del sistema.

El proceso de adaptación al sistema, debe ser de al menos tres meses para que el sistema madure lo necesario, la norma no dispone de un tiempo específico para la misma, pero mientras menos tiempo se establezca mayor será la probabilidad de generar demasiadas no conformidades en una auditoría.

Es importante que toda la información relacionada al sistema que genera la institución tenga un lugar específico para que toda esté en un lugar seguro, libre de cualquier tipo de daño o hurto. En cuanto a la propiedad de los clientes es de vital importancia verificar ingrese lo más limpia y ordenada, así también la institución debe mantenerla en buen estado mientras esté bajo el control de la misma.

### **3.6. Fase IV: análisis, seguimiento y mejora**

La fase IV hace énfasis en el capítulo 9 y 10 de la norma, desarrolla la evaluación de la satisfacción del usuario, la auditoría interna al sistema, la revisión de las no conformidades que surjan de la auditoría y la revisión por la dirección. En esta fase se revisa toda la información documentada interna y externa desde que la apertura del sistema, ninguna información previa o archivada debe ser incluida.

### **3.6.1. Seguimiento a la satisfacción del usuario**

La satisfacción del usuario es la evaluación obligatoria que se debe de realizar para la evaluación del SGC. Esta se evalúa al menos una vez al año por medio de encuestas o cuestionarios que se les realizaran a los usuarios externos. Los responsables verificar la satisfacción del usuario son los líderes de procesos sustantivos con el acompañamiento del gestor de calidad.

### **3.6.2. Análisis y evaluación**

El análisis y la evaluación son datos que el sistema genera para evaluar que el funcionamiento del mismo, estos datos pueden surgir del seguimiento a la satisfacción del usuario, el desempeño del sistema, la eficacia de las acciones tomadas de la evaluación de riesgos y la necesidad de mejoras al sistema. Para es necesario el uso de indicadores, estos demostrarán si el sistema ha sido eficiente en los todos los aspectos que se evalúen.

### **3.6.3. Auditoría interna**

La auditoría interna es una actividad planificada y se desarrolla cuando la Alta Dirección la apruebe, es indispensable que el sistema haya madurado lo suficiente, esta auditoría debe ser conformada por los participantes de la formación de auditores internos y de estos uno es elegido para ser líder de los auditores, estas auditorías deben ser acompañadas por el gestor de calidad y los líderes de proceso.

El objetivo de la auditoría interna es revisar que el SGC funciona conforme a los requerimientos de la Norma ISO 9001:2015, que los procedimientos que se documentaron se realicen como se describieron, que los registros están siendo usados debidamente, que se dé una medición del desempeño del sistema, si la política y los objetivos fueron socializados y si el personal auditado entiende su rol dentro del sistema.

Si no cumple lo requerido se debe tratar los problemas o estos llamados No Conformidades en la norma y se documentaran para que se tomen acciones inmediatas para resolverlas.

Se envía un informe a la alta dirección con copia al gestor de calidad para su conocimiento y toma de acciones. La auditoría interna se realiza y documenta durante el seguimiento y mejora continua del sistema de gestión de calidad.

#### **3.6.4. Acciones de mejora**

La mejora es parte fundamental de un SGC y el objetivo principal mejorar el desempeño aportando mejoras al sistema, el seguimiento a solucionar las no conformidades que surgieron durante la auditoría interna y las mejoras que la alta autoridad designa derivado de la reunión de revisión por la dirección.

Los líderes de proceso junto con el gestor de calidad son responsables de dar seguimiento a las acciones de mejora y solucionar las no conformidades, para evitar hallazgos críticos que puedan ser perjudiciales y puedan así terminar una auditoría externa por no atender a requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015.

### **3.6.5. Revisión por la dirección**

La revisión por la dirección es un requisito indispensable de la norma ISO 9001:2015 es responsabilidad de la alta dirección la planificación y realización de la misma, aunque la norma no especifica la temporalidad para hacerlas, se debe realizar por lo menos una al año.

El objetivo de la revisión por la dirección es asegurarse de que el SGC sea de beneficio para los procesos involucrados, evaluar resultados y que estos sean los esperados, verificar si el sistema se ha adaptado a contexto de la institución y que este alineado a la planeación estratégica.

Es responsabilidad del gestor de calidad junto a los líderes de proceso, elaboran un informe consensuado que desarrolle todos los puntos críticos que servirán a la alta dirección a comprender como se encuentra el sistema. Este contiene, un resumen crítico del informe de auditoría interna realizado en la institución y las acciones de mejora, información y datos sobre el desempeño del SGC, oportunidades de mejora, efectividad en la gestión de riesgos y otros aspectos importantes.

### **3.7. Fase V: auditoría de certificación**

Fase final en que la institución es sometida a auditoría externa, por medio de una empresa certificadora. Esta solicita información previa a la Auditoría para conocer el sistema y su contexto. La auditoría externa tiene en un lapso de tres a cinco días dependiendo la empresa que se contrate para evaluar el SGC.

Los auditores externos evalúan los procesos dentro del sistema, solicitan documentación actualizada que generan los mismos, se aseguran que los involucrados estén comprometidos con la política, objetivos y en general con el sistema.

El auditor selecciona una persona al azar, evalúa aspectos como, el orden y las condiciones en que trabaja, realiza una entrevista para saber el procedimiento, que formato de registros se utilizan, evalúa si se preserva la información tanto de los clientes y la que la institución ha ido documentando, revisa si el proceso posee instructivos o manuales y si en el procedimiento, coteja información de algunos procesos y se dirige a cada puesto de trabajo para verificar si lo que dice el procedimiento se realiza.

El auditor tiene la autoridad de parar la auditoria en cualquier momento, ya que puede encontrar una no conformidad mayor que se haya encontrado dentro del sistema. La institución debe reiniciar el proceso, y otra vez someterse a Auditoría.

Si no se encontraran no conformidades o solo sean menores el auditor dará un informe para solucionarlos y lo considera como una oportunidad de mejora, que en auditoría de seguimiento se volverá a evaluar. Terminada la auditoria el auditor evaluara positivamente la institución, y mandara el informe el cual todavía se someterá a una revisión por expertos de la empresa el cual dictara que la institución es certificada por un periodo de tres años. El certificado tiene un periodo de treinta a cuarenta y cinco días de entrega posterior a la auditoría externa.

## **4. DESARROLLO DEL DISEÑO**

### **4.1. Definición de procesos y alcance**

La alta dirección de la institución es responsable de iniciar las fases para la implementación del Sistema de gestión de calidad, evaluar si puede certificar todos o delimitar su alcance hasta ciertos procesos sustantivos, depende de las prioridades y el presupuesto que tenga planificado y el compromiso que se tome para implementarlo.

Un proceso de implementación y certificación requiere el tiempo planificado, ya que se incurren en gastos de consultoría, capacitaciones, auditoría externa de certificación y el debido mantenimiento para seguir con la mejora continua en los procesos.

La SEGEPLAN por medio de la alta dirección definió su alcance a dos procesos sustantivos que son la Emisión de Opinión Técnica Favorable a Proyectos de Cooperación Reembolsable y No Reembolsable y el proceso de Evaluación de Proyectos de Inversión Pública mediante el Sistema Nacional de Inversión Pública -SINIP-.

### **4.2. Presupuesto estimado para la ejecución**

Para la ejecución de un SGC se requiere de un presupuesto planificado para la implementación, certificación y su mantenimiento. La alta dirección es responsable de asignar los recursos planificados, debe evaluar los perfiles para

la consultoría y cotizaciones de los oferentes, deben presentar los requisitos mínimos con su respectivo respaldo. Las capacitaciones pueden ser parte de la consultoría o pueden ser por aparte dependiendo de la competencia del consultor. Si fuera por empresa se cotiza para que estas puedan dar un estimado por capacitación, por otra parte, las normas ISO no son documentos gratuitos por lo que se debe considerar un presupuesto asignado para adquirirlas.

Por último, se cotiza con las empresas certificadoras para obtener una cotización aproximada para considerar una parte del presupuesto para la auditoría externa. En la Tabla III, se muestra un aproximado de los gastos que se evaluaron para la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad.

Tabla III. **Presupuesto estimado para la certificación**

<b>Actividad</b>	<b>Costo en dólares</b>	<b>Costo en quetzales</b>
Consultoría de implementación		Q300 000,00
Capacitaciones		Q75 000,00
Compra de normas		Q8 000,00
Auditorías de certificación	\$ 1 500,00	Q60 000,00
<b>Total</b>		<b>Q443 000,00</b>

Fuente: elaboración propia, empleando Microsoft Excel.

Los costos de la Tabla III son aproximados. Las consultorías pueden variar al igual que las capacitaciones dependiendo si fuera una empresa o un consultor(a) individual. La auditoría de certificación también varía, las instituciones certificadoras presentan su cotización con base a al tamaño del Sistema de gestión de calidad, el número de empleados que la conforman y el tiempo que se tome la realización de la auditoría.

#### **4.3. Elaboración de diagnóstico de los procesos**

Identificados los procesos por parte de la Alta Dirección se realiza el diagnóstico, el cual es importante para comenzar el análisis de cómo se encuentra actualmente la institución, muestra el porcentaje de requisitos que los procesos cumplen y no cumplen de la Norma ISO 9001.2015, como la SEGEPLAN es primera vez que implementa un Sistema de Gestión de Calidad en sus procesos, por naturaleza tendrá un porcentaje bajo.

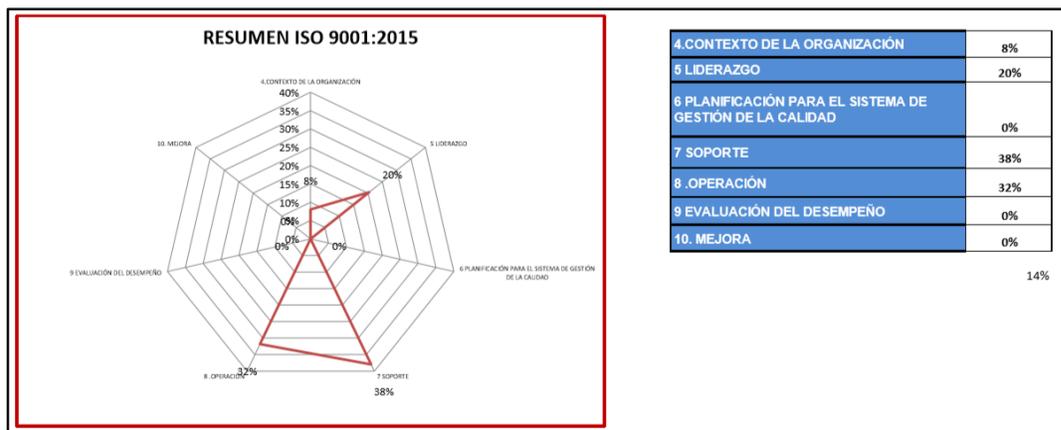
La alta dirección toma la decisión de implementar o no el sistema de gestión de calidad con base al informe de los resultados obtenidos del diagnóstico y el tiempo que se lleve el proceso de implementación.

Los métodos para realizar el diagnóstico son por medio de entrevistas y cuestionarios realizados en las instalaciones de la institución, evaluando a las autoridades y los servidores públicos involucrados en los procesos. Se evaluarán aspectos importantes como el conocimiento y entendimiento de la planeación estratégica, la gestión de procesos, estructura, roles y responsabilidades, gestión de personal y otros aspectos importantes para evaluar cómo se encuentran actualmente los procesos de la institución.

Conforme se apliquen los métodos para realizar el diagnóstico, se revisa toda la información documentada de los procesos que estarán dentro del sistema, la normativa legal aplicable a la organización para la prestación de los servicios, la normativa interna aplicable, y todos los requisitos de la norma ISO 9001:2015.

Se cotejan los procedimientos de los procesos sustantivos para identificar en la cadena de valor todos los procesos que son de apoyo para que se dé una salida conforme. Toda información puede ser física o digital. La norma no especifica la forma que la información debe documentarse, únicamente se debe revisar que se encuentre en buen estado y que las condiciones donde se encuentren estén libres de cualquier tipo de daño. El diagnóstico se desarrolla de los procesos de Emisión de opinión técnica a proyectos de inversión pública y emisión de opinión técnica de cooperación internacional reembolsable y no reembolsable.

Figura 13. **Resumen del diagnóstico en los procesos de la SEGEPLAN**



Fuente: SEGEPLAN, *Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional.*

El diagnóstico evaluado en la institución refleja que en un 14 % se cumplen de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015, un porcentaje normal en una institución que está comenzando a implementar un Sistema de Gestión de Calidad.

#### **4.3.1. Plan de Implementación**

Terminado el diagnóstico se desarrolla el plan de implementación, este es la programación del tiempo estimado que tomara realizar las fases hasta llegar a una auditoría externa de certificación.

El plan de implementación describe los requisitos de la norma, lo que hace falta por cumplir, actividades a realizar para cumplir los requisitos, resultados esperados, fecha de culminación de las actividades, los procesos involucrados y por último los responsables y recursos que se necesitan para lograr la implementación.

El plan de acción de la SEGEPLAN se elabora con base una matriz de los puntos anteriormente descritos, es importante la decisión de cada uno para tener trazado el camino a seguir para implementar y certificar los procesos del sistema.

Figura 14. Plan de acción

Capítulo de la Norma ISO 9001:2015	PLAN DE ACCION IMPLEMENTACION DEL SGC					Responsables	Recursos
	Que nos falta	Actividades	Descripción de Metas o Resultados Esperados	Fecha culminación	Procesos involucrados		
4.1 COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO	Crear información documentada para analizar el entorno de la organización en los aspectos que le puedan influir en la institución incluyendo factores positivos o negativos, esta actividad puede facilitarse considerando cuestiones que surgen del entorno legal, tecnológico, económico, cultural, social, entre otros; ya sea internacional, nacional, regional o local (FODA, Pestel o el que la institución considere.)	Analizar el entorno y los aspectos que le puedan influir a la organización, determinando las cuestiones internas y externas que son pertinentes para su propósito, su dirección estratégica, y programar el análisis de estas, de forma periódica.	Contexto de la organización (Foda, Pestel u otro que determine la institución).		Alta Dirección y todos los procesos	Alta Dirección, Líder SGC y líderes de procesos	
4.2 COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS	Crear información documentada, empleando metodologías o buenas prácticas de administración para determinar a las partes interesadas pertinentes a la institución y al SGC, y establecer las necesidades, expectativas y requisitos, plan de acción para dar cumplimiento a esos requisitos. (Metodología Pestel)	Definir a las partes interesadas, identificar, analizar y actualizar información sobre las necesidades y expectativas de sus usuarios, proveedores, empleados y otras partes interesadas, alinear a la dirección estratégica de la organización considerando los resultados de la clausula 4.1 y 6.1.	Determinación de partes interesadas, sus requisitos, y plan de acción definido para el cumplimiento de esos requisitos.		Alta Dirección y todos los procesos	Alta Dirección, Líder SGC y Líderes de procesos	

Fuente: SEGEPLAN, *Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional.*

La Figura 14 muestra el diseño de la matriz elaborada para el seguimiento de las actividades que se ejecutaran durante la implementación del SGC.

#### 4.3.2. Cronograma de actividades

Terminado el plan se elabora un cronograma de actividades donde se especifica la temporalidad de las actividades de las fases. Los tiempos son estimados, la temporalidad de cada una de las actividades depende directamente del compromiso de la alta dirección y el personal involucrado para terminar en los tiempos requeridos.

Figura 15. Cronograma de actividades de fases de implementación del SGC



Continuación de la Figura 15.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE FASES DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD												
FASES	MES	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	
	SEMANA	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
<b>FASE III Implementación del SGC</b>												
Acceso y disponibilidad a la plataforma documental												
Socialización y capacitación a los servidores públicos de la información documentada del SGC												
Implementación con los responsables de la documentación aplicable y eficacia del SGC												
<b>FASE IV Análisis, Seguimiento y Mejora</b>												
Seguimiento de las actividades de implementación, el Coordinador del SGC												
Seguimiento a la satisfacción del usuario												
Análisis y evaluación del SGC												
Auditoría Interna												
Acciones de mejora												
Revisión por la Dirección												
<b>FASE V Auditoría de Certificación</b>												
Auditoría de Certificación, la cual será realizada por el ente Certificador que la institución contrate para evaluar la eficacia y el cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015, del SGC implementado.												

Fuente: elaboración propia, empleando Microsoft Excel.

#### 4.4. Elaboración de mapa de procesos

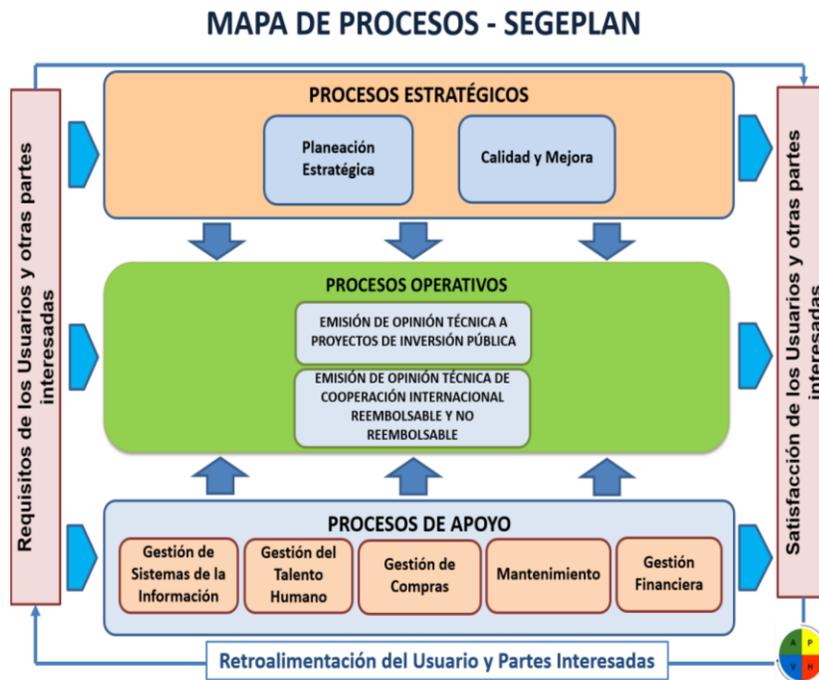
Para iniciar se debe conocer bien los procesos operativos, evaluar en la cadena de valor los procesos de apoyo necesarios que ayuden directamente a que el servicio salga con la calidad requerida, también la norma ISO 9001:2015 en el capítulo 7 desarrolla elementos de apoyo necesarios, esta incluye los

recursos como personas, infraestructura, ambiente, competencia del personal y otros que no se pueden descartar del contexto del sistema.

Los procesos estratégicos corresponden a la dirección estratégica, auditorías internas y al seguimiento y mejoras al sistema. Mediante reuniones de trabajo, retroalimentación, análisis y revisiones por los líderes de los procesos involucrados, en este se encuentran los dos procesos operativos que son la Emisión de opinión técnica a proyectos de inversión pública y la Emisión de opinión técnica de cooperación internacional reembolsable y no reembolsable.

Dos procesos estratégicos que corresponden a la dirección estratégica del sistema, y los procesos de apoyo indispensables para los operativos y los que la norma define. Las actualizaciones al mapa de procesos deben ser evaluados por la alta Dirección, ya sea porque se quiere una mejora o por una ampliación del alcance de SGC.

Figura 16. **Mapa de procesos**



Fuente: elaboración propia, empleando Microsoft PowerPoint.

#### 4.5. La organización y su contexto

Para la determinación del contexto de la institución se elabora un análisis tanto interno como externo de todo lo que afecte positiva o negativamente la institución para el logro de los objetivos. Por medio del método de análisis FODA se identifican las cuestiones tanto internas como externas.

Al analizar los procesos dentro del sistema y evaluar un FODA, identificando los factores internos que son fortalezas y oportunidades y los factores externos que son las oportunidades y amenazas.

Para identificar las cuestiones externas e internas del SGC, con el apoyo de cada uno de los líderes y su equipo de trabajo se realizaron reuniones definir el FODA de su respectivo proceso.

La Figura 17 desarrolla la matriz elaborada en los procesos sustantivos de evaluación a proyectos de inversión pública y la emisión de opinión técnica a proyectos de cooperación reembolsable y no reembolsable. El encargado autorizar el análisis de contexto organizacional de los procesos será el líder de los mismos, y el general deberá realizarme mediante comité de calidad y el mismo deberá aprobarlo para mantenerlo como información documentada.

Figura 17. Análisis del contexto organización de los procesos sustantivos de la SEGEPLAN

	ANÁLISIS DEL CONTEXTO ORGANIZACIONAL (FODA)		Código: R-AG-DPDI-DDI-019
			Versión: 1
Dirección	Inversión para el Desarrollo		Página: 1 de 1
<b>PROCESO: EMISIÓN DE OPINIÓN TÉCNICA A PROYECTOS DE INVERSIÓN PÚBLICA</b>			
<b>FACTORES INTERNOS DE LA INSTITUCIÓN</b>		<b>FACTORES EXTERNOS DE LA INSTITUCIÓN</b>	
<b>FORTALEZAS (+)</b>		<b>OPORTUNIDADES (+)</b>	
1	Equipo técnico con perfiles y competencias para desarrollar la función.	1	Implementación del sistema de gestión de calidad.
2	Asesoría técnica en materia de formulación y evaluación de proyectos a las EPI.	2	Uso de redes sociales para apoyar el monitoreo y seguimiento de los proyectos de inversión.
3	Un sistema informático en ambiente web que permite intercambiar información con otros sistemas del estado.	3	Modernización tecnológica de la herramienta informática SINIP.
4	Transparencia en el acceso a la información de proyectos de inversión.	4	Mejorar los procesos de vinculación de los proyectos de inversión con los instrumentos de planificación.
5	Actualización anual de normas SINIP, para el proceso de inversión pública.	5	Formación continua del recurso humano, en formulación y evaluación social de proyectos.
6	Asignación de recursos públicos con la opinión técnica de SEGEPLAN	6	Actualización de las herramientas metodológicas del sistema nacional de inversión pública.
7		7	Actualización de manual de costos para proyectos de inversión pública.
8		8	Disponer de una ley de inversión pública
9		9	Documentación de los procesos.
10		10	
<b>DEBILIDADES (-)</b>		<b>AMENAZAS (-)</b>	
1	La capacidad técnica para el análisis de proyectos de características especiales.	1	La delimitación técnico político no es clara para la toma de decisiones.
2	El proceso de capacitación no responde a estándares internacionales en materia de formulación y evaluación de proyectos.	2	Falta de sostenibilidad de la cartera de proyectos que se presentan.
3	Infraestructura y equipamiento insuficiente para el desarrollo de las actividades de la subsecretaría.	3	Los equipos técnicos de las EPI no poseen las competencias en materia de formulación y evaluación de proyectos.
4	Falta de integración de las direcciones que conforman la subsecretaría.	4	Desconocimiento de las autoridades de las EPI, del contenido y alcance del proceso de inversión pública.
5	Coordinación incipiente con las otras subsecretarías para apoyar el proceso de inversión pública.	5	Proyectos priorizados políticamente y no por su rentabilidad social.
6	Falta de sistematización al seguimiento de compromiso y responsabilidades derivado de reuniones institucionales.	6	La baja aplicación de recursos para estudios de preinversión.
7	Falta de controles a la herramienta informática del SINIP	7	Controles en el sistema informático SINIP, para reflejar información fidedigna.
8	Sistema de archivo poco eficiente y con limitado espacio físico para los requerimientos del sistema.	8	
9	La recepción de documentos de proyectos incompletos.	9	
10	No se gestiona en el SINIP los proyectos con sus estudios de preinversión	10	
<b>BITACORA DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>			
Revisión	Fecha	Responsable	Modificación Realizada
1		Gestor de Calidad	Primer contenido del Registro

Continuación de la Figura 17.

		ANÁLISIS DEL CONTEXTO ORGANIZACIONAL (FODA)	Código: R-AG-DPDI-DDI-019
			Versión: 1
Dirección		Gestión, Negociación, Contratación de la Cooperación para el Desarrollo e Inversión Pública para el Desarrollo	Página: 1 de 1
<b>PROCESO: EMISIÓN DE OPINIÓN TÉCNICA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL REEMBOLSABLE Y NO REEMBOLSABLE</b>			
<b>FACTORES INTERNOS DE LA INSTITUCIÓN</b>		<b>FACTORES EXTERNOS DE LA INSTITUCIÓN</b>	
<b>FORTALEZAS (+)</b>		<b>OPORTUNIDADES (+)</b>	
1	Capacidad de Respuesta al proceso de Opinión Técnica	1	Asesorar y acompañar a las instituciones previo y durante el proceso de Opinión Técnica
2	Temporalidad del proceso establecida por normativa nacional vigente	2	Actualización y creación de instrumentos normativos para la estandarización de los criterios del análisis de la Opinión Técnica, fortaleciendo el liderazgo de SEGEPLAN en el proceso
3	Normativa interna para la realización del proceso de Opinión Técnica	3	Posicionar a la SEGEPLAN con un buen servicio (satisfacción al cliente)
4	Decisión del Despacho Superior a certificarse bajo la norma ISO 9001:2015	4	Optimizar la ejecución de la CINR
5	SEGEPLAN es reconocida por su capacidad técnica	5	Alineación de la CINR y CIR a prioridades nacionales
6	Requisitos definidos del proceso de Opinión Técnica	6	Incidencia en los procesos de negociación de la cooperación internacional en la institucionalidad pública
7	Proceso estructurado y ordenado	7	Capacitación de las áreas sustantivas y de apoyo de la SEGEPLAN sobre el proceso de Opinión Técnica y la conformación del CED.
8	Equipo comprometido, con conocimiento y experiencia en el sector público y en SEGEPLAN.	8	
9	Equipo multidisciplinario de la SEGEPLAN que conforma los comités de emisión de dictámenes (CED).	9	
10	Sistema informático amigable (SICED) y los casos de CINR	10	
11	Proceso que permite identificar oportunamente las debilidades y aspectos a mejorar previo a la formalización de la Cooperación Internacional No Reembolsable (CINR).	11	
12	La normativa permite que la SEGEPLAN mantenga el liderazgo en el proceso	12	
13	El pronunciamiento de la SEGEPLAN incide en el cooperante y la unidad ejecutora.	13	
<b>DEBILIDADES (-)</b>		<b>AMENAZAS (-)</b>	
1	Politización de procesos	1	No certificar otros procesos sustantivos de CINR
2	Poco conocimiento del proceso por parte de las áreas sustantivas y de apoyo al proceso de CINR	2	Responsabilidad penal de largo plazo (sobre omisos)
3	Poco interés de las autoridades con relación a las resoluciones de las opiniones técnicas.	3	Incumplimiento de la normativa sobre SNIP
4	Desconocimiento del proceso y marco normativo por parte de otras autoridades de la Secretaría (Subsecretarios y Directores)	4	Fuentes cooperantes no respetan los procesos
5	Falta de compromiso y no es prioridad para las otras áreas que intervienen en el proceso.	5	Instituciones públicas no atienden oportunamente lo establecido en la Ley Orgánica del Presupuesto, respecto a la opinión técnica de la SEGEPLAN.
6	Los pronunciamientos de los miembros del CED no son avalados por sus autoridades inmediatas.	6	Programas y Proyectos mal formulados
7	Autoridades internas no están de acuerdo con las resoluciones de memorándum, debido a las presiones políticas.	7	Presión política y compromisos políticos, que afectan el análisis objetivo y técnico.
8	Número de personal limitado de la DGCI, para atender solicitudes de opinión técnica.	8	Rotación de personal de las instituciones públicas afectan el trabajo de la SEGEPLAN
9	Actualmente los procesos se atienden por especialista a cargo de la fuente cooperante que otorga los recursos, por lo cual, la probabilidad de saturación y recarga de trabajo es muy alta.	9	Unidades de cooperación internacional deficientes en las instituciones públicas.

## Continuación de la Figura 17

SEGEPLAN		ANÁLISIS DEL CONTEXTO ORGANIZACIONAL (FODA)		Código: R-AG-DPDI-DDI-019	
				Versión: 1	
Dirección		Gestión, Negociación, Contratación de la Cooperación para el Desarrollo e Inversión Pública para el Desarrollo		Página: 1 de 1	
10	Poca seguridad de la información debido al número de personas de diferentes áreas que conoce el expediente.	10	Programas y proyectos de las instituciones públicas que sean objeto de malversación de recursos		
11	Acuerdo interno vigente establece en forma imprecisa la participación del SNIP, la misma queda a criterio de la Subsecretaría, afectando el análisis respecto a la estructura y contenido de los programas y proyectos.	11	Las modificaciones al ROI vigente afectarán la estructura administrativa y documental que operará el proceso.		
12	Cambio de autoridad máxima de la SEGEPLAN que no le interese apoyar o mantener la certificación ISO 9001	12	Presentación de expedientes de CINR ya aprobada o en ejecución.		
13	Disponibilidad limitada de recursos materiales y humanos para elaborar el documento de opinión técnica.				
14	Espacio limitado para archivar expedientes físicos				
15	Formatos desactualizados y no estandarizados				
16	Círculo de correspondencia de entrada y salida ineficaz				
17	Criterios no estandarizados en el análisis que realizan los CED				
18	Incumplimiento de la normativa interna, con relación al ingreso del expediente en el conteo de días de la opinión técnica, según los registros del SICED				
19	Poco compromiso de algunos integrantes del CED, mismos que retrasan el análisis y la emisión de la resolución correspondiente.				
BITÁCORA DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Revisión	Fecha	Responsable	Modificación Realizada		
1	jul 19	Gerente de Calidad	Primer contenido del Registro		

Fuente: elaboración propia, empleando Microsoft Excel.

### 4.6. Necesidades y expectativas de las partes interesadas

Para conocer las necesidades y expectativas de las partes interesadas es necesario conocer bien a nuestros usuarios, para evaluar cuáles son sus intereses de parte de la institución, no es una actividad sencilla, ya que requiere de retroalimentación de parte de los interesados.

Se desarrolló un análisis con el apoyo de los líderes en los procesos del Sistema de Gestión de Calidad de la institución, este identifica los actores que intervienen directa o indirectamente los procesos sustantivos, las matrices de los procesos sustantivos se desarrollan en la Imagen 18 y 19, donde se muestran las

partes interesadas y el contexto tanto interno como externo, los intereses de la parte interesada, la relación con el SGC, e implicaciones positivas y negativas.

Figura 18. **Análisis de partes interesadas del proceso de emisión técnica a proyectos de inversión pública**

	<b>ANÁLISIS DE PARTES INTERESADAS</b>	Código: R-AG-DPDI-DDI-020
		Versión: 1
Dirección	Inversión para el Desarrollo	Página: 1 de 1

CONTEXTO:		Externo		Emisión de Opinión Técnica a Proyectos de Inversión Pública
	PARTE INTERESADA	INTERÉS/REQUISITOS DE LA PARTE INTERESADA	RELACIÓN CON EL SGC ISO 9001:2015	IMPLICACIONES POSITIVAS/ NEGATIVAS
1	Entidades Públicas de Inversión (1)	Evaluación de proyectos de inversión pública	Enfoque al cliente. Punto de la norma: 5.1.2 Productos y servicios de la organización Puntos de la norma: 8.1, 8.2.2	Positivo: Control de calidad de la información en proyectos de inversión pública. Negativo: Injerencia Política Negativo: no existe proceso en las IPI del cumplimiento de las normas y el ciclo de proyecto que se debe agotar previo a la presentación ante SEGEPLAN.
2	Fuente de Financiamiento Nacional (2)	Asignación presupuestaria y control de recursos financieros para proyectos de inversión pública	Comprensión de la organización y de su contexto Puntos de la norma: 4.1, 4.2	Positivo: Disponibilidad financiera para proyectos de Inversión Pública. Positivo: Ordenamiento financiero en la programación y ejecución de proyectos de inversión pública. Negativo: Débil vinculación del proyecto de inversión pública con un resultado estratégico, originado por no contar con una PEI sólida.
3	Entidades fiscalizadoras (3)	Fiscalización de procesos y proyectos de inversión pública	Comprensión de la organización y de su contexto Puntos de la norma: 4.1, 4.2	Negativo: falta de unificación de criterios, en personal de la contraloría, para auditoría de procesos y proyectos de inversión pública. Negativo: elaboración de auditorías sin conocimiento de los procesos internos de Segeplán
4	Fuentes de financiamiento Internacional (4)	Gestión y colocación de fondos reembolsable/no reembolsable, para proyectos de inversión pública	Comprensión de la organización y de su contexto Puntos de la norma: 4.1, 4.2	Positivo: Ampliación de montos financieros para proyectos de inversión pública, con fondos de cooperación internacional. Negativo: Interés de colocar recursos descuidando el objetivo principal.
5	PRONACOM (5)	Apoyo en la pre-inversión y ejecución de proyectos acordados con gobiernos y organismos nacionales e internacionales	Comprensión de la organización y de su contexto Puntos de la norma: 4.1, 4.2	Positivo: Apoyo técnico en la identificación, priorización y ejecución de proyectos de inversión pública. Negativo: Deficiente coordinación entre la entidad pública de inversión interesada con la dirección involucrada en Segeplán, delegaciones departamentales de Segeplán (cuando corresponda) y PRONACOM. Falta coherencia con la planificación nacional general.
6	Red Internacional de Inversión Pública (6)	Mejorar la inversión pública a nivel nacional	Comprensión de las necesidades y las expectativas de las partes interesadas Puntos de la norma: 4.1, 4.2	Positivo: intercambio de prácticas exitosas a considerar en el mejoramiento de la inversión pública a nivel nacional. Negativo: Falta de análisis de las buenas prácticas, compartidas en la red, que permitan unificar criterios para mejorar la inversión pública a nivel nacional.

(1) Autoridades Superiores del Ministerio de Finanzas, Crédito Público, Dirección Técnica de Presupuesto, Dirección Financiera, DAAFIN

(2) Ministros, Viceministros sectoriales, Unidades Ejecutoras Descentralizadas y Autónomas, Secretarías de la Presidencia, Vicepresidencia, Diputados del Congreso de la República, Bancadas del Congreso, Partidos Políticos, Comisiones del Congreso. CONADUR, COREDUR, CODEDE, DMP (Oficinas Municipales de Planificación), Mancomunidades.

(3) Contraloría General de Cuentas, Ministerio Público, Congreso de la República

(4) Organismos Internacionales (BCIE, BM, BID, Cooperación Italiana, etc)

(5) PRONACOM: Ejecutar proyectos y programas de convenios acordados con Gobiernos y Organismos, nacionales e internacionales, suscritos por las autoridades competentes, cuando sea asignado

(6) Congresos latinoamericanos de inversión pública

Continuación de la Figura 18.

 <p><b>SEGEPLAN</b> Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia</p>	<p><b>ANÁLISIS DE PARTES INTERESADAS</b></p>	<p>Código: R-AG-DPDI-DDI-020</p>
		<p>Versión: 1</p>
<p>Dirección</p>	<p>Gestión, Negociación, Contratación de la Cooperación para el Desarrollo e Inversión para el Desarrollo</p>	<p>Página: 1 de 1</p>

CONTEXTO:		Interno		Emisión de Opinión Técnica de Cooperación Internacional Reembolsable y No Reembolsable
PARTE INTERESADA	INTERÉS/REQUISITOS DE LA PARTE INTERESADA	RELACIÓN CON EL SGC ISO 9001:2015	IMPLICACIONES POSITIVAS/ NEGATIVAS	
1	Despacho Superior de la Segeplán	Gestionar la opinión técnica de proyectos remitidos oficialmente a la Segeplán, por parte de las entidades públicas de inversión.	Liderazgo, Compromiso y Política de la calidad. Puntos de la norma: 5.1, 5.2	Positiva: Recepción oficial de proyectos de inversión pública.  Negativo: Injerencia política para la aprobación de proyectos de inversión pública.
2	Dirección de Inversión Pública	Analizar, evaluar y emitir opinión técnica correspondiente, según lo establecido en las normas del SNIP y otras leyes vinculantes (Ley Orgánica del presupuesto y su reglamento, Ley Ingresos y Egresos del Estado)	Sistema de Gestión de la calidad y sus procesos, Enfoque al cliente, liderazgo, enfoque a procesos, requisitos para los productos y servicios. Puntos: 4.4.1, 5.1.1, 5.1.2, 8.1, 8.2.2, 8.2.3.1, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3, 8.5.4, 8.5.5, 8.6, 8.7	Positivo: Contar con normas, leyes, instrumentos, metodologías y procesos, para la emisión de opinión técnica correspondiente a proyectos presentados oficialmente por las entidades públicas de inversión  Negativo: Presión de la alta dirección para la agilización y aprobación de solicitudes de emisión de opinión técnica a proyectos de inversión pública. Negativo: Incumplimiento de las normas establecidas en el acuerdo interno por parte de las entidades públicas de inversión.
3	Dirección de Informática de Segeplán	Mantener la herramienta informática del SNIP en un funcionamiento adecuado y óptimas condiciones.	Sistema de Gestión de la calidad y sus procesos. Puntos de la norma: 4.4.1	Negativo: Capacidad limitada de Hardware y Software.  Negativo: La unidad de informática está administrando la herramienta del SNIP, sin dimensionar que para ello es necesario estar involucrado en todas las acciones y procesos del SNIP.
4	Dirección Administrativa de Segeplán	Traslado de notificaciones de opinión técnica a entidades públicas de inversión.	Enfoque al cliente, liderazgo, enfoque a procesos, control de productos y servicios contratados externamente. Puntos de la norma: 5.1.1, 5.1.2, 8.4	Positivo: Mantener canal de comunicación con las entidades públicas de inversión para el traslado de notificaciones.  Positivo: contar con el apoyo administrativo para envío de las notificaciones.  Negativo: Las notificaciones no se encuentran incluidas en el acuerdo interno y la misma no se considera como prioridad.
5	Dirección Jurídica de Segeplan	Análisis de documentos para emitir opinión legal, de situaciones vinculadas con el cumplimiento de normativas y leyes relacionadas con inversión pública.	Enfoque a procesos Punto de la norma: 4.4.1	Positivo: contar con el apoyo legal para el análisis y emisión de opiniones técnicas en materia de inversión pública.  Negativo: contar con un número limitado de asesores puede generar sobrecarga de trabajo.
6	Auditoría Interna	Fiscalización de procesos y proyectos de inversión pública	Enfoque a procesos Punto de la norma: 4.4.1	Negativo: elaboración de auditorías sin conocimiento de los procesos internos de Segeplán

Fuente: SEGEPLAN, *Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional.*

Figura 19. **Análisis de partes interesadas del proceso de opinión técnica de cooperación internacional reembolsable y no reembolsable**

	<b>ANÁLISIS DE PARTES INTERESADAS</b>	Código: R-AG-DPDI-DDI-020
		Versión: 1
Dirección	Gestión, Negociación, Contratación de la Cooperación para el Desarrollo e Inversión para el Desarrollo	Pagina: 1 de 1

CONTEXTO:		Externo		Emisión de Opinión Técnica de Cooperación Internacional Reembolsable y No Reembolsable
	PARTE INTERESADA	INTERÉS/REQUISITOS DE LA PARTE INTERESADA	RELACIÓN CON EL SGC ISO 9001:2015	IMPLICACIONES POSITIVAS/ NEGATIVAS
1	Unidad Ejecutora que gestiona recursos de cooperación internacional afecto al artículo 2 de la Ley Orgánica del presupuesto	Solicita opinión técnica a instrumento, programa o proyecto que será financiado con recursos de cooperación internacional previo su aprobación.	Usuario de la resolución, la cual le permite continuar con los trámites de formalización. Puntos de la norma: 9.1.2	NEGATIVO: Si la resolución no les satisface solicitan su revisión, podrían emplear presiones políticas.
2	Funcionarios de las Fuentes Cooperantes Bilaterales y Multilaterales que otorgan los recursos no reembolsables para programas y proyectos	Requiere que la opinión técnica solicitada por la unidad ejecutora sea atendida en corto plazo y sea favorable	Usuario de la resolución, la cual le permite continuar con los trámites de formalización. Puntos de la norma: 9.1.2	NEGATIVO: Si la resolución no les satisface solicitan su revisión, podrían emplear presiones políticas. POSITIVO: La confianza del cooperante en el proceso favorece su armonización al mismo.
3	Ministerio de Relaciones Exteriores (Dirección de Cooperación Internacional y Dirección de Asuntos Jurídicos y Tratados Internacionales)	Requiere que la Segeplán emita un pronunciamiento técnico a instrumentos, programas y proyectos de cooperación internacional que le permita continuar el proceso de formalización en los tiempos establecidos en la negociación	La opinión técnica de Segeplán debe atenderse según requisitos de forma y tiempo para que la negociación sea efectiva. Puntos de la norma: 8.2.2, 8.2.3.1	NEGATIVOS: Si el tiempo que conlleva la emisión de opinión técnica favorable respecto a la presentación del expediente por la unidad ejecutora presenta retrasos puede afectar la negociación. Los cooperantes que gestionan a través de Cancillería pueden mostrar presiones para agilizar procesos. Cuando la resolución de Segeplán conlleva modificaciones al contenido de los instrumentos que está gestionando Cancillería puede encontrar rechazos y afectar negociaciones.
4	Ministerio de Finanzas Públicas (Dirección de Crédito Público)	Requiere que la Segeplán emita un pronunciamiento técnico a instrumentos, programas y proyectos de cooperación internacional no reembolsable que le permita continuar el proceso de formalización.	La opinión técnica de Segeplán debe atenderse según requisitos de forma y tiempo para que la negociación sea efectiva. Puntos de la norma: 8.2.2, 8.2.3.1	El momento de solicitud de opinión técnica puede estar muy cerca de la última fecha de negociación y puede afectar negativamente la misma. Por lo que, permanece una presión cercana a la Segeplán sobre los plazos y resolución.
5	Congreso de la República	Requiere que la Segeplán cumpla su mandato y la normativa vigente en materia de cooperación internacional, dará seguimiento a retrasos y quejas expresadas por los cooperantes, la unidad ejecutora o los beneficiarios.	Usuario del expediente y resolución que conoció esta Secretaría, que debe cumplir con requisitos internos y de la normativa legal vigente. Puntos de la norma: 8.2.2, 8.2.3.1	NEGATIVO: Puede requerir el expediente que conoció la Segeplán y su resolución cuando identifican problemas en algún proceso de negociación o ejecución.
6	Contraloría General de Cuentas	Requiere que la Segeplán cumpla su mandato y la normativa vigente en materia de cooperación internacional, dará seguimiento a incumplimientos expresados por los cooperantes, la unidad ejecutora o los beneficiarios.	Usuario del expediente y resolución que conoció esta Secretaría, que debe cumplir con requisitos internos y de la normativa legal vigente. Puntos de la norma: 8.2.2, 8.2.3.1	NEGATIVO: La no observancia de un requisito o normativa podría afectar a la Segeplán o a la unidad ejecutora con alguna amonestación por la Contraloría General de Cuentas.

Continuación de la Figura 19.

	<b>ANÁLISIS DE PARTES INTERESADAS</b>	Código: R-AG-DPDI-DDI-020
		Versión: 1
Dirección	Gestión, Negociación, Contratación de la Cooperación para el Desarrollo e Inversión para el Desarrollo	Página: 1 de 1

CONTEXTO:		INTERNO		Emisión de Opinión Técnica de Cooperación Internacional Reembolsable y No Reembolsable
	PARTE INTERESADA	INTERÉS/REQUISITOS DE LA PARTE INTERESADA	RELACIÓN CON EL SGC ISO 9001:2015	IMPLICACIONES POSITIVAS/ NEGATIVAS
1	Subsecretaría de Cooperación Internacional, Subsecretaría de Inversión Pública, Subsecretaría de Políticas Públicas, Subsecretaría de Planificación y Ordenamiento Territorial y Dirección de Asuntos Jurídicos (miembros del CED).	Requiere un procedimiento con criterios efectivos que faciliten el pronunciamiento oportuno según su área de competencia a los recursos de cooperación internacional. Mismo que debe estar apegado a la normativa vigente.	Elabora resolución apegada a las especificaciones establecidas para el efecto. Determina la calidad en el proceso. Puntos de la norma: 8.1, 8.2.2, 8.2.3.1, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3, 8.5.4, 8.5.5, 8.6, 8.7	<p>NEGATIVOS: Rotación personal, baja calificación técnica, diversidad de criterios y revisión afectan negativamente la calidad en tiempo y forma de la resolución.</p> <p>POSITIVOS: Las áreas sustantivas de la Secretaría tienen los elementos suficientes para ofrecer la resolución según especificaciones de calidad.</p>
2	Despacho Superior	Requiere una resolución que ofrezca a las unidades ejecutoras los elementos suficientes que permitan determinar la viabilidad técnica y financiera de la cooperación internacional por recibir. Debe facilitar el proceso de negociación y contratación.	Determina especificaciones de calidad en conjunto con la Subsecretaría de cooperación Internacional. Puntos de la norma: 5.1.1, 8.1, 8.2.2, 8.2.3.1	<p>NEGATIVOS: La presión política ejercida hacia el Despacho para otorgar opiniones técnicas favorables podría afectar el proceso.</p> <p>POSITIVOS: La confianza en la capacidad técnica de los miembros del CED le permite al Despacho Superior respaldar el mismo en cualquier espacio. El compromiso del Despacho Superior en el SGC ISO 9001:2015 viabiliza el proceso de opinión técnica de CINR</p>
3	Subsecretarías, Despacho Superior, Dirección de Desarrollo Institucional, Dirección Financiera que gestionan recursos de cooperación internacional para la institución.	Requieren una resolución a los programas y proyectos que se suscribirán a favor de la Secretaría para formalizar la cooperación internacional no reembolsable.	Necesitan una resolución que facilite y agilice el proceso de formalización de la CINR que recibirá la Secretaría. Puntos de la norma: 8.1, 8.2.2, 8.2.3.1	<p>NEGATIVOS: Algunas áreas internas obvian el proceso de solicitud de opinión técnica previo a la aprobación de recursos, lo cual podría conllevar omisiones a la institución o requerir agilizar procesos para viabilizar los mismos en menor tiempo, afectando negativamente el proceso.</p> <p>A lo interno de la Segeplán, existe resistencia en realizar el análisis solicitado para la opinión técnica debido a la premura en el tiempo.</p>
4	Dirección de Auditoría Interna	Requiere que la institución cumpla con la normativa interna y legal del proceso de emisión de opinión técnica.	Verificar el cumplimiento de los requisitos legales aplicables 8.2.2, 8.2.3.1	Controles sobre el cumplimiento de los procesos.
5	Dirección Administrativa	Requiere que los tiempos en que se emite la resolución les permita el cumplimiento efectivo de su entrega a la unidad ejecutora solicitante.	Requiere el cumplimiento de tiempos en el proceso. Puntos de la norma: 4.4.1	<p>NEGATIVOS La entrega de la resolución a la unidad ejecutora no puede superar el plazo establecido. Por lo que, Dirección Administrativa debe velar por la entrega puntual del mismo. De ocurrir un retraso en la entrega provocará un incumplimiento de todos los involucrados en el proceso.</p>
6	Dirección de Asuntos Jurídicos	En los casos en que los documentos de contratación de la CINR deben ser suscritos por la máxima autoridad de la Segeplán, la Dirección de Asuntos Jurídicos gestiona la misma al amparo de la opinión técnica favorable.	Requiere que la opinión técnica favorable cumpla con las especificaciones de calidad. Puntos de la norma: 8.2.2, 8.2.3.1	La opinión técnica le permite a la Dirección de Asuntos Jurídicos gestionar la firma de la máxima autoridad al amparo de un pronunciamiento técnico.

Fuente: SEGEPLAN, *Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional.*

#### **4.7. Creación y actualización de la estructura documentada de los procesos para generar documentación.**

La institución tiene documentado sus procedimientos y formatos de registro, pero no cumplen las condiciones. En la revisión de diagnóstico se identificó al cotejar procedimientos que muchas actividades no se cumplen tal y como se describen, la estructura si es ordenada, pero carecen de algunos aspectos importantes. Para esto se debe desarrollar un procedimiento que estandarizara la forma de hacer los procedimientos, instructivos y registros de los procesos del SGC.

Los responsables de la elaboración de los procedimientos e instructivos y registros son los líderes de proceso y sus subordinados, los líderes o en este caso los Directores son los únicos quienes pueden autorizar los procedimientos e instructivos y registros, estos revisan que los pasos descritos sean acordes a lo que se realiza, la descripción de los procedimientos o instructivos o la elaboración de registros queda a discreción del Director y puede delegarlo a otra persona ya sea su Subdirector, Jefe de Departamento o Especialista, deben seguir el modelo de procedimiento definido en Anexo 1, el modelo de instructivos definido en Anexo 2 o el modelo de registros definido en Anexo 3, todos los procedimientos, instructivos y registros dentro del Sistema de Gestión de Calidad tienen que estar estandarizados con estos modelos.

La persona que elabora el procedimiento, instructivo y/o registro deberá seguir las actividades descritas en el procedimiento de gestión de la información documentada establecido en el Anexo 4. Es responsabilidad de la Máxima Autoridad de la institución el aprobar, poner en marcha el Sistema y todos los documentos que se generen.

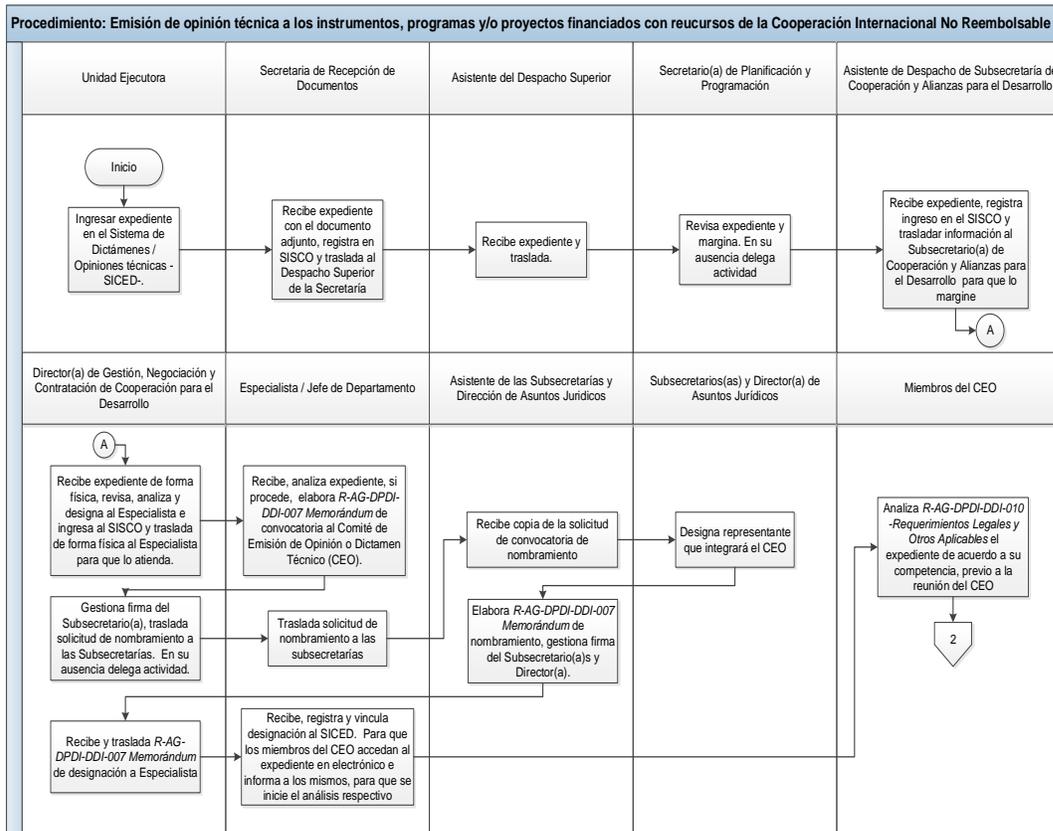
Toda la documentación generada del Sistema de Gestión de Calidad debe ser guardada ya sea física o digital, ya que son medios de verificación para las auditorías internas o externas.

El resguardo de la documentación original de los procesos corresponderá a Calidad y Mejora y responsabilidad del gestor de calidad, este tendrá los documentos para futuros cambios o mejoras al sistema, en caso alguien requiera una copia física o digital. Se debe controlar a través de un sello o marca de agua en los documentos solicitados.

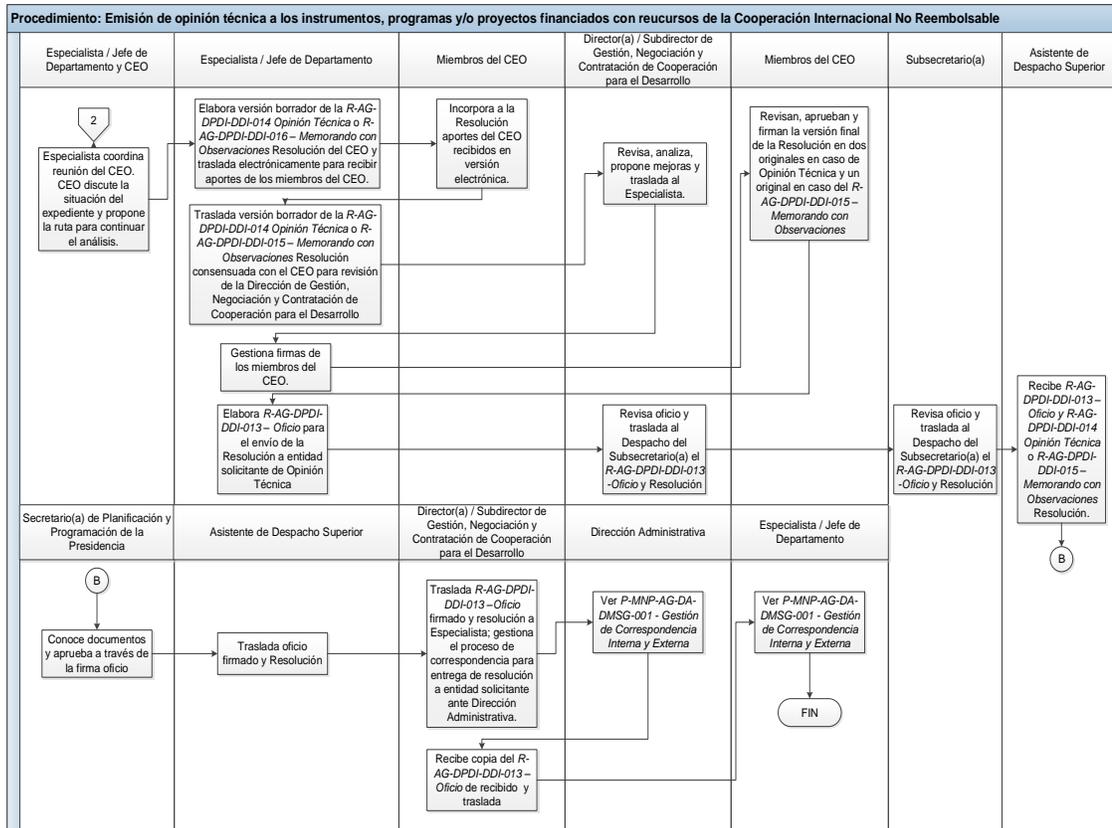
Los procedimientos de los procesos sustantivos se actualizaron con base al procedimiento de Gestión de la Información Documentada, se elaboraron mediante reuniones con cada líder de proceso y su equipo de trabajo identificando todas las actividades y verificando paso a paso se cumpla lo que se describe en la misma y eliminando actividades que no generan valor o retrasan el proceso.

El Anexo 5 desarrolla el proceso de Emisión de Opinión de Cooperación Internacional Reembolsable y No Reembolsable revisado y actualizado, las imágenes 20 y 21 desarrollan los procedimientos dentro de este proceso por medio de flujogramas, el Anexo 6 desarrolla el proceso de emisión de opinión técnica a proyectos de inversión pública, la imagen 22 desarrolla el procedimiento del proceso por medio de un flujograma.

**Figura 20. Flujograma del procedimiento de emisión de opinión técnica a instrumentos financiados con recursos de la cooperación internacional no reembolsable**

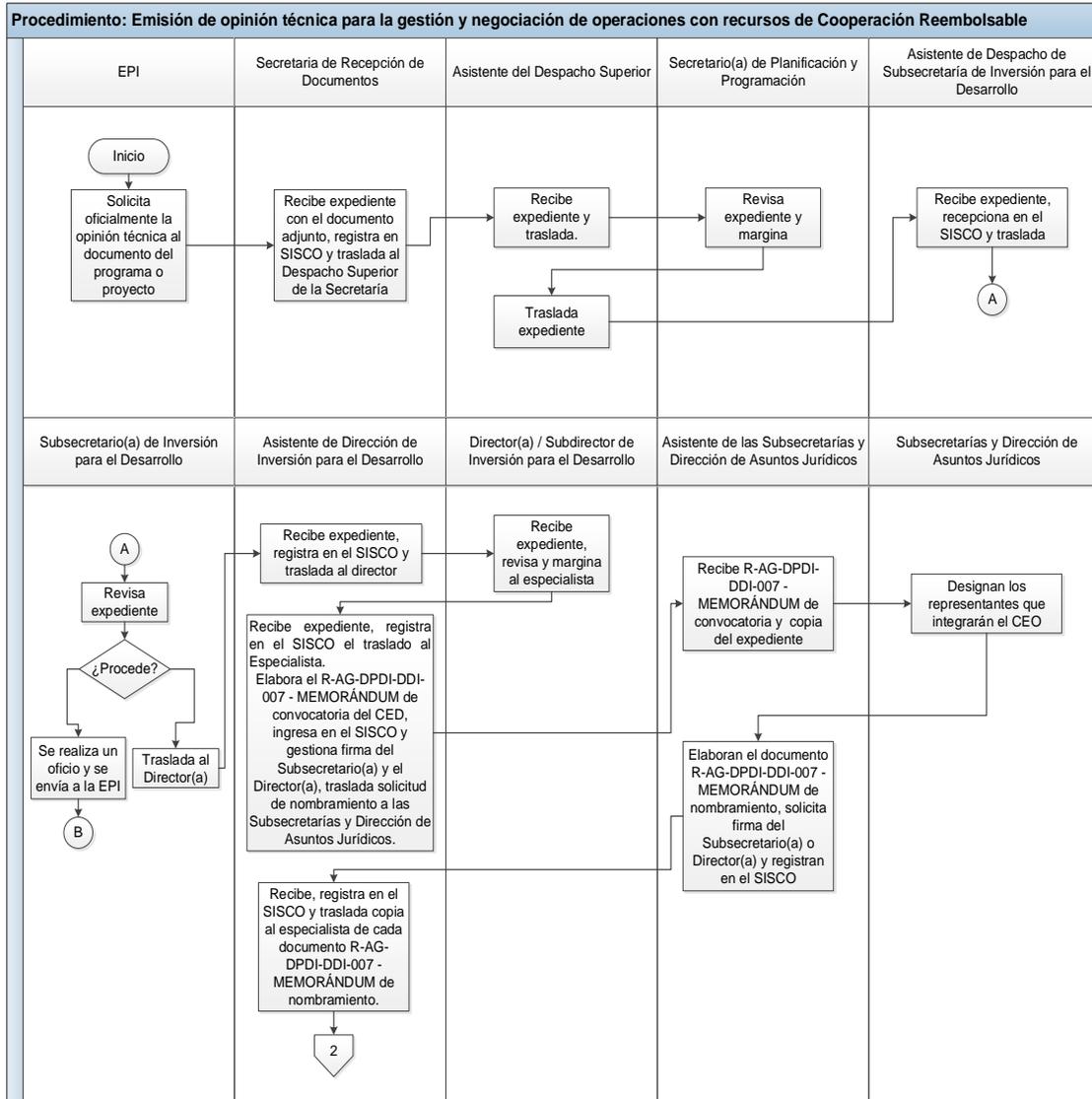


Continuación de la Figura 20.

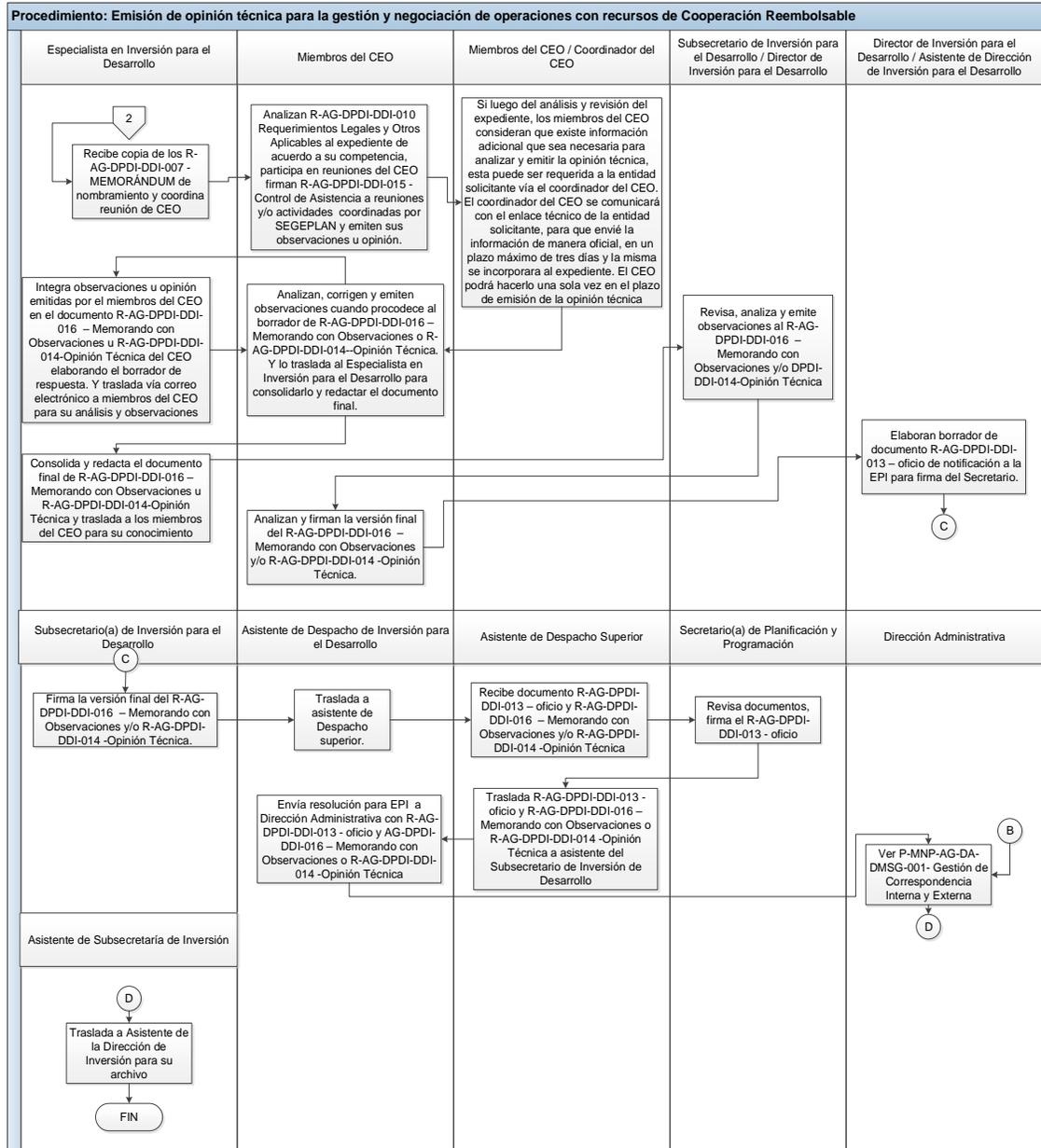


Fuente: elaboración propia, empleando Microsoft Visio.

**Figura 21. Flujograma del procedimiento de emisión técnica para la gestión y negociación de operaciones con recursos de cooperación reembolsable**

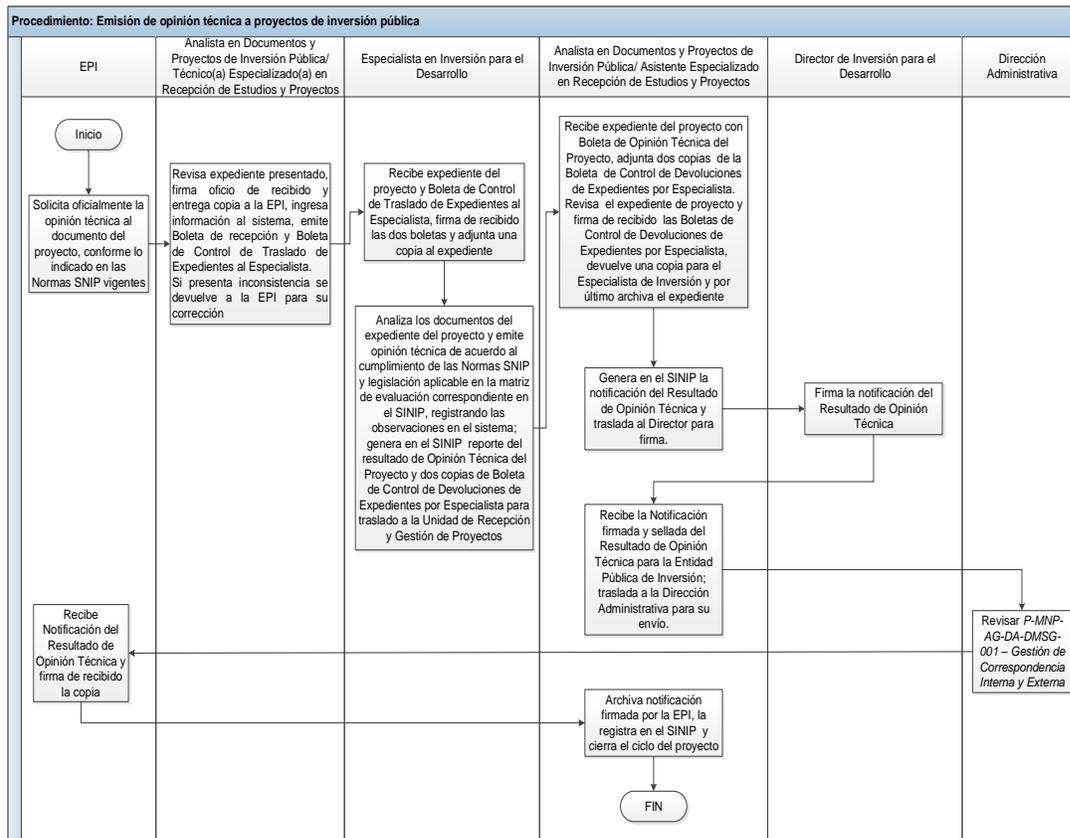


Continuación de la Figura 21.



Fuente: elaboración propia, empleando Microsoft Visio.

Figura 22. **Flujograma del procedimiento de emisión de opinión técnica a proyectos de inversión pública**



Fuente: elaboración propia, empleando Microsoft Visio.

#### 4.8. Elaboración de la política de calidad

La política de calidad es un elemento importante que debe tener la institución al implementar un sistema de gestión de calidad, esta debe ser medible y con el compromiso real y certero de lo que se quiere dar a los usuarios para que el servicio cumpla sus expectativas.

La política debe ser clara para que los usuarios la entiendan, no debe ser complicada ni muy cargada de información, esta se elabora, revisa y luego se traslada a la Alta Dirección a para su aprobación.

Ya aprobada se socializa con todos los involucrados en el alcance del Sistema de Gestión de Calidad, los métodos de socialización de la política pueden ser mediante una inducción a todo el personal, información en vallas o carteleras dentro de la institución, boletines por medios electrónicos, entre otras.

La política es una de las partes más revisadas en auditorias tanto internas como las externas, ya que sin política no tendría sentido el Sistema, si las personas no entienden como están contribuyendo a que se cumpla, lo más seguro es que se tengan no conformidades en auditorias.

La institución estableció su política en varias reuniones, esta se definió junto con los líderes de proceso y aprobó por la alta dirección se socializó mediante una convocatoria a todo el personal involucrado. Se documentó todo lo realizado para el respaldo ante cualquier auditoria.

Figura 23. **Política de calidad**

	<b>Política de Calidad</b>	CÓDIGO PO-001 Versión: 1 Última actualización: Julio 2019
Proceso	Calidad y Mejora	Página 1 de 1

**POLÍTICA DE CALIDAD**

La SEGEPLAN, a través de la mejora continua de los procesos asociados al Sistema Nacional de Planificación, está comprometida en contribuir a que los Programas y Proyectos de Inversión Pública, así como los recursos provenientes de la Cooperación Internacional Reembolsable y No Reembolsable, se gestionen de manera eficiente y eficaz.

Fuente: SEGEPLAN, *Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional*.

#### **4.9. Objetivos del sistema de gestión de calidad**

Los objetivos deben ser medibles y específicos a mejorar el sistema de gestión de calidad, para esto la institución con el apoyo de los líderes de proceso, se definió los siguientes objetivos de calidad:

- Lograr la satisfacción del usuario en al menos un 70 % en el proceso de emisión de opinión técnica a programas y proyectos de cooperación

internacional reembolsable y no reembolsable, así como el proceso de evaluación de proyectos de Inversión Pública.

- Prestar el servicio de asesoría sobre el proceso de solicitud de emisión de opinión técnica de cooperación internacional reembolsable y no reembolsable. Conforme a los procesos del sistema de gestión de calidad, en al menos un 80 % de las unidades ejecutoras.
- Prestar el servicio de asesoría sobre el proceso de solicitud de emisión de opinión técnica a proyectos de inversión pública, conforme los procesos del sistema de gestión de calidad, en un 100 % de las entidades públicas de inversión.

Sera responsabilidad de la alta dirección revisar al menos una vez al año los objetivos para evaluar si se cumplieron y plantear nuevos objetivos para la mejora continua. Los líderes de los procesos junto con el gestor de calidad deberán dar seguimiento del cumplimiento de los objetivos e informar si se tienen dificultad para el logro de los mismos.

#### **4.10. Requisitos legales y reglamentarios**

Se debe identificar todo aspecto legal o normativa que afecte directa los procesos del SGC. La SEGEPLAN, como una institución pública, se rige bajo leyes y normas que mandatan el quehacer diario de la institución. Para los procesos dentro del SGC se identificaron los siguientes:

- Reglamento Orgánico Interno de la SEGEPLAN.
- Ley Orgánica del Presupuesto Art. 53 bis.

- Acuerdo Interno No 03-2014 Normativo del proceso para la gestión de solicitudes de emisión de opinión técnica en los casos de cooperación reembolsable y no reembolsable.
- Norma del Sistema Nacional de Inversión Pública –SNIP-.
- Norma ISO 9001:2015.

#### **4.11. Indicadores de desempeño**

Los indicadores o más conocidos como KPIs miden el desempeño del Sistema de Gestión de Calidad en todos sus procesos. Los líderes son responsables de identificar sus indicadores para verificar la eficacia y eficiencia del sistema teniendo como base la mejora continua y la satisfacción del usuario.

Los indicadores deben ser útiles para la toma de decisiones, y ser evaluados en los periodos que la Alta Dirección establezca, estos pueden ser mensuales, semestrales o anuales. Todos los indicadores analizados deben documentarse, ya que servirán como punto de comparación mientras el sistema se siga manteniendo y lo más importante tener el respaldo de lo que se ha estado midiendo y mejorando dentro de los procesos para los informes que se envíen a la Alta Autoridad y que se también servirán de respaldo en las auditorias.

Para la SEGEPLAN y su propósito es importante que se desarrollen indicadores que se enfoquen en los clientes, la eficiencia de los procesos y la eficacia para cumplir los objetivos del SGC. La Tabla IV muestra una propuesta de indicadores.

Tabla IV. Indicadores

		TABLA DE INDICADORES				CODIGO: R-DPDI-DDI-002 VERSION: 1
Proceso		Calidad y Mejora				Página 1 de 1
Indicador	Proceso	Objetivo	Formula	Frecuencia	Responsable	
Satisfacción al Usuario	Emisión de Opinión de Cooperación Internacional Reembolsable y No Reembolsable	Determinar la satisfacción del Usuario del Proceso	$\left(\frac{\text{Usuarios Satisfechos}}{\text{Usuarios Encuestados}}\right) * 100$	Mensual y Anual	Director de Gestión, Negociación y Contratación de la Cooperación para el Desarrollo y Director de Inversión para el Desarrollo	
	Evaluación Técnica a Proyectos de Inversión Pública	Determinar la satisfacción del Usuario del Proceso	$\left(\frac{\text{Usuarios Satisfechos}}{\text{Usuarios Encuestados}}\right) * 100$	Mensual y Anual	Director de Inversión para el Desarrollo	
Índice de Opiniones Favorables	Emisión de Opinión de Cooperación Internacional Reembolsable y No Reembolsable	Determinar el porcentaje de opiniones favorables	$\left(\frac{\text{Opiniones Favorables}}{\text{Opiniones Totales}}\right) * 100$	Mensual y Anual	Director de Gestión, Negociación y Contratación de la Cooperación para el Desarrollo y Director de Inversión para el Desarrollo	
Índice de Evaluaciones Técnicas Favorables	Evaluación Técnica a Proyectos de Inversión Pública	Determinar el porcentaje de evaluaciones favorables	$\left(\frac{\text{Evaluaciones Favorables}}{\text{Evaluaciones Totales}}\right) * 100$	Mensual y Anual	Director de Inversión para el Desarrollo	
Eficiencia de la Opinión	Emisión de Opinión de Cooperación Internacional Reembolsable y No Reembolsable	Determinar la eficiencia de la opinión con base en los días que se tarde la institución en emitir opinión vs los días que la ley da como límite para emitir la opinión.	$\left(\left(\frac{1}{n} \sum_{i=0}^n - \frac{x_1 + x_2 + \dots + x_n}{n}\right) / 15\right) * 100$	Mensual y Anual	Director de Gestión, Negociación y Contratación de la Cooperación para el Desarrollo y Director de Inversión para el Desarrollo	
Índice de solicitudes atendidas por el proceso administrativo	Administrativo	Determinar la satisfacción de los usuarios internos a las solicitudes atendidas por el proceso administrativo	$\left(\frac{\text{Usuarios Internos Satisfechos}}{\text{Usuarios Internos Insatisfechos}}\right) * 100$	Mensual y Anual	Director Administrativo	
Índice de solicitudes atendidas por el proceso de Sistemas de la Información	Sistemas de la Información	Determinar la satisfacción de los usuarios internos a las solicitudes atendidas por el proceso administrativo	$\left(\frac{\text{Usuarios Internos Satisfechos}}{\text{Usuarios Internos Insatisfechos}}\right) * 100$	Mensual y Anual	Director de Sistemas de la Información	
Índice de no conformidades atendidas	Calidad y mejora	Determinar el porcentaje de las no conformidades atendidas	$\left(\frac{\text{No Conformidades Atendidas}}{\text{Total de no conformidades}}\right) * 100$	Semestral	Gestor de Calidad	

Fuente: elaboración propia, empleando Microsoft Excel.

La tabla IV define indicadores que sirven para medir la eficacia del sistema en todos los procesos incluidos dentro del alcance del SGC y los responsables de los mismos. El gestor de calidad es responsable del seguimiento para evaluar si los líderes de los procesos realizan su medición en la frecuencia establecida.

#### **4.12. Riesgos y oportunidades**

La identificación de los riesgos es base para una buena gestión y mejora del Sistema, es uno de los requisitos indispensables de la norma ISO 9001:2015, para el análisis de riesgos intervienen: el tamaño de la institución, la complejidad de los procesos, los servicios y el alcance.

El objetivo de este análisis es identificar cuáles son los impactos potenciales que afecten los procesos del SGC. Los líderes de los procesos junto con el Gestor de Calidad y los equipos de trabajo deben identificar los riesgos del proceso y las acciones de mejora a tomar para reducir el riesgo.

En la SEGEPLAN, con el apoyo de la dirección de planificación y desarrollo institucional donde se encuentra el proceso de calidad y mejora, elaboró un procedimiento que describe como se deben evaluar los riesgos en el SGC. Los líderes de los procesos deben seguir paso a paso las actividades descritas en el mismo y utilizar el formato que se establece.

Mediante reuniones de trabajo, con el apoyo de los líderes de los procesos de emisión de opinión y dictamen técnico de cooperación internacional reembolsable y no reembolsable y el de emisión de opinión técnica a proyectos de inversión y el procedimiento del Anexo 7, se analizaron y elaboraron las matrices de riesgo para cada uno de los procesos, se evaluaron las medidas preventivas para las actividades que realizan.

Figura 24. **Riesgos del proceso de emisión de opinión a proyectos de inversión pública**

PROCESO: <i>Emisión de Opinión Técnica a Proyectos de Inversión Pública</i>								
EVALUACIÓN RIESGOS								
Nº	Sub Proceso	Actividades	Descripción del riesgo	Efectos del riesgo	Calificación Preliminar de Probabilidad	Calificación Preliminar de Impacto	Evaluación Preliminar de Riesgo	
1	Emisión de Opinión Técnica a Proyectos de Inversión Pública	Solicita la opinión técnica al documento del proyecto, conforme lo indicado en las Normas SINIP vigentes.	Oficio mal redactado, firma no autorizada y no se adjunta el proyecto físico y digital correspondiente.	Rechazo de la solicitud	1	10	Tolerable 1	Bajo
2		Revisa expediente presentado, firma oficio de recibido y entrega copia a la EPI, ingresa información al sistema, emite Boleta de recepción y Boleta de Control de Traslado de Expedientes al Especialista.	Que la información no esté completa ni observe los requisitos de acuerdo a la norma general para la presentación de documentos.	Demora en el análisis y emisión de opinión técnica	3	20	Inaceptable	Alto
3		Si presenta inconsistencia se devuelve a la EPI para su corrección.	Inconsistencia del documento	Rechazo de la solicitud	1	10	Tolerable 1	Bajo
4		Recibe expediente del proyecto y Boleta de Control de Traslado de Expedientes al Especialista, firma de recibido las dos boletas y adjunta una copia al expediente.	Que no lleve la boleta de control de traslado	Buscar a la persona encargada para que entregue la boleta	1	5	Aceptable	Bajo
5		Analiza los documentos del expediente del proyecto y emite opinión técnica de acuerdo al cumplimiento de las Normas SINIP y legislación aplicable en la matriz de evaluación correspondiente en el SINIP, registrando las observaciones en el sistema, genera en el SINIP reporte del resultado de Opinión Técnica del Proyecto y dos copias de Boleta de Control de Devoluciones de Expedientes por Especialista para traslado a la Unidad de Recepción y Gestión de Proyectos.	Carga de trabajo por ingreso tardío de proyectos para evaluación y emisión de la opinión técnica. Presiones políticas para la emisión de opiniones técnicas.	Incurriencia de errores en el análisis de proyecto. Responsabilidades civiles para el especialista de inversión (hallazgos). Incurriencia de errores y demora en el análisis y emisión de opinión técnica	3	20	Inaceptable	Alto
6		Recibe expediente del proyecto con Boleta de Opinión Técnica del Proyecto, adjunta dos copias de la Boleta de Control de Devoluciones de Expedientes por Especialista. Revisa el expediente de proyecto y firma de recibido las Boletas de Control de Devoluciones de Expedientes por Especialista, devuelve una copia para el Especialista de Inversión y por último archiva el expediente.	Tardanza de respuesta	Retraso en emisión de resolución de expediente	1	5	Aceptable	Bajo
7		Genera en el SINIP la notificación del Resultado de Opinión Técnica y traslada al Director para firma.	Tardanza de respuesta	Retraso en emisión de resolución de expediente	1	5	Aceptable	Bajo
8		Firma la notificación del Resultado de Opinión Técnica	Ausencia del Director	Atraso en la notificación	1	5	Aceptable	Bajo
9		Recibe la Notificación firmada y sellada del Resultado de Opinión Técnica para la Entidad Pública de Inversión; traslada a la Dirección Administrativa para su envío.	Tardanza de respuesta	Retraso en emisión de resolución de expediente	1	5	Aceptable	Bajo
10		Recibe Notificación del Resultado de Opinión Técnica y firma de recibido la copia.	Tardanza de respuesta	Retraso en emisión de resolución de expediente	1	5	Aceptable	Bajo
11		Archiva notificación firmada por la EPI, la registra en el SINIP y cierra el ciclo del proyecto.	Tardanza de respuesta	Retraso en emisión de resolución de expediente	1	5	Aceptable	Bajo

Continuación de la Figura 24.

Controles existentes	MEDIDAS PREVENTIVAS				VALORACIÓN FINAL		
	¿Disminuye el nivel de probabilidad del riesgo?	¿Disminuye el nivel de impacto del riesgo?	Valoración Probabilidad	Valoración Impacto	Valoración riesgo		Opciones de comportamiento
Revisión	no	no	1	10	Tolerable 1	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible.
Difusión de las normas del SNIP a todas las EPI. Se da asesoría técnica y acompañamiento a las EPI.	SI	SI	2	10	Moderado 2	Medio	Reducir, Evitar, Compartir o transferir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible. también es viable combinar estas medidas con evitar el riesgo cuando éste presenta una Probabilidad alta y media, y el Impacto es moderado o catastrófico. los Riesgos con Impacto moderado y Probabilidad media, se reduce o se comparte el riesgo, si es posible.
Revisión	no	no	1	10	Tolerable 1	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible.
Boleta de Control de traslado	no	no	1	5	Aceptable	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible.
Distribución de cargas de trabajo entre los especialistas. Difusión de requisitos en taller dirigido a las EPIs y asesoría técnica	SI	SI	2	10	Moderado 2	Medio	Reducir, Evitar, Compartir o transferir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible. también es viable combinar estas medidas con evitar el riesgo cuando éste presenta una Probabilidad alta y media, y el Impacto es moderado o catastrófico. los Riesgos con Impacto moderado y Probabilidad media, se reduce o se comparte el riesgo, si es posible.
Seguimiento de respuesta por parte del Despacho de la Subsecretaría	si	si	1	5	Aceptable	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible.
Seguimiento de respuesta por parte del Despacho de la Subsecretaría	si	si	1	5	Aceptable	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible.
Existe una notificación en el sistema	si	si	1	5	Aceptable	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible.
Seguimiento de respuesta por parte del Despacho de la Subsecretaría	si	si	1	5	Aceptable	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible.
Seguimiento de respuesta por parte del Despacho de la Subsecretaría	si	si	1	5	Aceptable	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible.
Seguimiento de respuesta por parte del Despacho de la Subsecretaría	si	si	1	5	Aceptable	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible.

Fuente: SEGEPLAN, Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional, 2019.

**Figura 25. Riesgos del proceso de emisión de opinión técnica de cooperación internación reembolsable yno reembolsable**

PROCESO: Emisión de la Opinión Técnica de Cooperación Internacional Reembolsable y No Reembolsable								
EVALUACIÓN RIESGOS								
Nº	Sub Proceso	Actividades	Descripción del riesgo	Efectos del riesgo	Calificación Preliminar de Probabilidad	Calificación Preliminar de Impacto	Evaluación Preliminar de Riesgo	Evaluación Preliminar de Riesgo
1	Procedimiento para Emisión de la Opinión Técnica a los instrumentos, programas y/o proyectos financiados con recursos de la cooperación internacional no reembolsable	Ingresar expediente en el Sistema de Dictámenes / Opiniones técnicas -SICED-	Mal ingreso de información al Sistema	Retraso en emisión de resolución de expediente	3	10	Importante 1	Alto
2		Recepción, traslado, revisión y marginar expediente	Tardanza de respuesta	Retraso en emisión de resolución de expediente	1	5	Aceptable	Bajo
3		Recibe expediente, recepciona en el SISCO y trasladar información al Subsecretario(a) de Cooperación y Alianzas para el Desarrollo para que lo margine	Mal ingreso en el SISCO	Retraso en emisión de resolución de expediente	2	5	Tolerable 2	Bajo
4		El Director recibe expediente de forma física, revisa, analiza y designa al Especialista e ingresa al SISCO y trasladar de forma física Especialista para que lo atienda	Incumplimiento de requisitos	Retraso en emisión de resolución de expediente	3	10	Importante 1	Alto
5		Gestiona firma del Subsecretario(a), traslada solicitud de nombramiento a las subsecretarías	Tardanza de respuesta	Retraso en emisión de resolución de expediente	1	5	Aceptable	Bajo
6		Designa representante que integrará el CED	Tardanza de respuesta	Retraso en emisión de resolución de expediente	1	5	Aceptable	Bajo
7		El CED Analiza R-AG-DPDI-DDI-010 - Requerimientos Legales y Otros Aplicables al expediente de acuerdo a su competencia, previo al CED.	Incumplimiento de los Requerimientos Legales y otros Aplicables	Información inconclusa o retraso de resolución de expediente	3	10	Importante 1	Alto
8		Especialista coordina reunión del CED. CED discute la situación del expediente y propone la ruta para continuar el análisis.	ausencia de miembros del CED en la reunión	Retraso en emisión de resolución de expediente	1	5	Aceptable	Bajo
9		Elabora versión borrador de la R-AG-DGPI-DDI-014 Opinión Técnica o R-AG-DPDI-DDI-016 – Memorando con Observaciones resolución del CED y traslada electrónicamente para recibir	Tardanza de respuesta	Retraso en emisión de resolución de expediente	1	5	Aceptable	Bajo
10		Especialista traslada versión borrador de la R-AG-DGPI-DDI-014 Opinión Técnica o R-AG-DPDI-DDI-016 – Memorando con Observaciones resolución consensuada con el CED para	Ausencia del Director	Retraso en emisión de resolución de expediente	1	5	Aceptable	Bajo
11		Director revisa, analiza, propone mejoras y traslada	Tardanza de respuesta	Retraso en emisión de resolución de expediente	1	5	Aceptable	Bajo
12		Especialista gestiona firmas de los miembros del CED	Ausencia de miembros del CED en la reunión	Retraso en emisión de resolución de expediente	1	5	Aceptable	Bajo
12		Miembros del CED revisan, aprueban y firman la versión final de la resolución.	Ausencia de miembros del CED en la reunión	Retraso en emisión de resolución de expediente	1	5	Aceptable	Bajo
13		Especialista elabora R-AG-DGPI-DDI-013 – Oficio para el envío de la resolución	Tardanza de respuesta	Retraso de traslado de expediente	1	5	Aceptable	Bajo
14		Director revisa oficio y traslada al Despacho del Subsecretario el R-AG-DGPI-DDI-013 – Oficio y resolución	Tardanza de respuesta	Retraso de traslado de expediente	1	5	Aceptable	Bajo
15		Subsecretario (a) Conoce la resolución del comité y firma su traslado	ausencia de el/la Subsecretario(a)	Retraso de traslado de expediente	1	5	Aceptable	Bajo
16		Asistente del Despacho de la Subsecretaría traslada a asistente de Despacho superior	Tardanza de respuesta	Retraso de traslado de expediente	1	5	Aceptable	Bajo
17		Asistente del Despacho Superior recibe R-AG-DGPI-DDI-013 – Oficio y R-AG-DGPI-DDI-014 Opinión Técnica o R-AG-DPDI-DDI-016 – Memorando con Observaciones resolución	Tardanza de respuesta	Retraso de traslado de expediente	3	10	Importante 1	Alto
18		Secretario (a) conoce documentos y aprueba a través de la firma oficio	Tardanza de respuesta	Retraso de traslado de expediente	3	10	Importante 1	Alto
22		Gierra en el SICED el proceso	Creer de los documentos necesarios para su registro en SICED	Retraso en su registro en SICED	1	5	Aceptable	Bajo

Continuación de la Figura 25.

MEDIDAS PREVENTIVAS					VALORACIÓN FINAL		
Controles existentes	¿Disminuye el nivel de probabilidad del riesgo?	¿Disminuye el nivel de impacto del riesgo?	Valoración Probabilidad	Valoración Impacto	Valoración riesgo		Opciones de comportamiento
Capacitación del Proceso	si	si	2	5	Tolerable 2	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible. Cuando la Probabilidad del riesgo es media y su Impacto leve, se debe realizar un análisis del costo beneficio con el que se pueda decidir entre reducir el riesgo, asumirlo o compartirlo.
Seguimiento de respuesta por parte del Despacho	si	si	1	5	Aceptable	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible.
Modificación en el SISCO	si	si	1	5	Aceptable	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible.
Capacitación del Proceso y asesoramiento por correo y reuniones	si	si	2	5	Tolerable 2	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible. Cuando la Probabilidad del riesgo es media y su Impacto leve, se debe realizar un análisis del costo beneficio con el que se pueda decidir entre reducir el riesgo, asumirlo o compartirlo.
Seguimiento de respuesta por parte del Despacho de la Subsecretaría	si	si	1	5	Aceptable	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible.
Seguimiento de respuesta por parte de los Despachos convocados	si	si	1	5	Aceptable	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible.
Solicitar modificación	si	si	2	5	Tolerable 2	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible. Cuando la Probabilidad del riesgo es media y su Impacto leve, se debe realizar un análisis del costo beneficio con el que se pueda decidir entre reducir el riesgo, asumirlo o compartirlo.
Listado de asistencia de la reunión del CED	si	si	1	5	Aceptable	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible.
Envío de correo electrónico con la propuesta			1	5	Aceptable	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible.
Seguimiento de respuesta	si	si	1	5	Aceptable	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible.
Seguimiento de respuesta	si	si	1	5	Aceptable	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible.
Seguimiento de respuesta	si	si	1	5	Aceptable	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible.
Seguimiento de respuesta	si	si	1	5	Aceptable	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible.
Secha de oficio de resolución	si	si	1	5	Aceptable	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible.
Fecha registrada en SISCO del traslado de oficio y resolución al Despacho de la Subsecretaría	si	si	1	5	Aceptable	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible.
Boleta de SICO firmada para el traslado al Despacho Superior	si	si	1	5	Aceptable	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible.
Fecha registrada en SISCO del traslado de la resolución y el oficio	si	si	1	5	Aceptable	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible.
Seguimiento de respuesta	si	si	2	5	Tolerable 2	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible. Cuando la Probabilidad del riesgo es media y su Impacto leve, se debe realizar un análisis del costo beneficio con el que se pueda decidir entre reducir el riesgo, asumirlo o compartirlo.
Oficio de envío de resolución firmado	si	si	2	5	Tolerable 2	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible. Cuando la Probabilidad del riesgo es media y su Impacto leve, se debe realizar un análisis del costo beneficio con el que se pueda decidir entre reducir el riesgo, asumirlo o compartirlo.
Contador de proceso cerrado según fecha de recibido el oficio	si	si	1	5	Aceptable	Bajo	Asumir o reducir el riesgo. se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible.

Fuente: SEGEPLAN, Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional.

#### **4.13. Límites y aplicabilidad del sistema de gestión de calidad**

Para determinar los límites y la aplicabilidad del sistema de gestión de calidad se elaboran las matrices de caracterización de procesos. La base de estas matrices es el mapa de procesos definidos con los procesos operativos, estratégicos y de apoyo.

La caracterización muestra la delimitación fundamental que debe tener el proceso. Se debe definir los responsables de los procesos, objetivos del proceso, su alcance, identificación de entradas, actividades, salidas, requisitos de norma que se aplican, documentos internos y externos, los registros documentados, la medición, los riesgos del proceso y los recursos: personas, infraestructura y ambiente.

Esta matriz importante ya que refleja directamente el resumen específico de los procesos y de gran apoyo fundamentalmente para las auditorias tanto internas como externas, ya que al momento de una auditoria no se podrá auditar en el proceso puntos de norma ni nada fuera de lo que no esté especificado en las matrices. El responsable de elaborar y autorizar la información contenida en estos mapas son los líderes de los procesos y respaldado con el Gestor de Calidad para evaluar los puntos de norma que se especificaran en el proceso.

Para establecer la matriz se debe tener ya documentado todos los procedimientos, registros e instructivos que son indispensables para los procesos, matrices de riesgo e indicadores. Con el apoyo de líderes de proceso se desarrolló la matriz de caracterización como aparece en la Figura 26 y 27 para los procesos sustantivos del SGC.

**Figura 26. Caracterización del proceso de evaluación técnica a proyectos de inversión pública**

SEGEPLAN		CARACTERIZACIÓN DE PROCESO				CODIGO: R-SIP-DIP-001 VERSION: 1			
Proceso		Evaluación a Proyectos de Inversión Pública				Pagina 1 de 1			
Proceso: Evaluación Técnica a Proyectos de Inversión Pública				Tipo de proceso: Operativo					
Objetivo: Analizar y emitir opinión técnica a los proyectos presentados oficialmente a la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN- por las Entidades Públicas de Inversión -EPI-, en el marco de las Normas del Sistema Nacional de Inversión Pública.									
Alcance: El proceso cubre desde el ingreso del expediente hasta la salida del mismo hacia la EPI									
Reponsable: Director de Inversión Pública									
S		I		P		O		C	
Proveedores	Entradas		Actividades del proceso	Salidas/Resultados		Cientes			
P	Entidades públicas de Inversión		Programación de Evaluación de Proyectos	Notificación del Resultado de Opinión Técnica		Entidades públicas de Inversión			
H			Solicitud de opinión técnica al documento del proyecto						
H			Revisión de expediente, ingreso de información al sistema, emisión de recepción y traslado a Especialista						
H			Recepción de expediente, especialista firma de recibido y adjuna copia						
H			Análisis de los documentos del expediente del proyecto y emite opinión técnica de acuerdo al cumplimiento de las normas SNIP y legislación aplicable, genera observaciones en el sistema y genera en SINIP reporte del resultado de Opinión Técnica del Proyecto						
H			Generación en SINIP de la notificación del resultado de Opinión Técnica y traslado a Director						
H			Director firma notificación del Resultado de Opinión Técnica						
H			Envío de resultado de Opinión Técnica						
V	Calidad y Mejora	Resultados de Seguimiento	Seguimiento a la evaluación del proceso, medion y análisis del desempeño						
A	Calidad y Mejora	Solicitudes de corrección	Implementación de correcciones y mejora	Correcciones y acciones de mejora implementadas					

Continuación de la Figura 26.

Procesos Relacionados				Herramientas /elementos del sistema relacionados	
Infraestructura; Gestión del Talento Humano; Gestión de Sistemas de la Información				Reglamento Orgánico Interno; Manual de Organización de Funciones; Manual de Normas y Procedimientos; Norma del Sistema Nacional de Inversión Pública	
Requisitos Norma Iso 9001:2015				Requisitos legales/reglamentarios	
4.1, 4.2, 4.3, 4.4 , 8.1, 8.2, 8.6, 8.7, 9.1, 10.2,10.3				Norma ISO 9000:2015; Norma ISO 9001:2015, Norma ISO 31000:2011, Norma ISO 19011:2018, Norma del Sisema Nacional de Inversión Pública	
Recursos necesarios para la operación del proceso					
Recurso humano		Infraestructura (edificios, equipos, servicios asociados y de apoyo)		Materiales	otros
Personal capacitado en Auditorías de Calidad Consultores Especializados		Edificio, salón de reuniones, equipo de computación, impresora, scanner		Papel, Normas ISO Originales(las que se requieran), equipo de oficina	
Información documentada del procesos					
Medición y evaluación:					
Riesgos y oportunidades: Matriz de riesgo y oportunidades					
Indicadores del proceso:					
Nombre del Indicador	Formula	Meta	Frecuencia	Fuente	Responsable
Opinión favorable	Número de opiniones favorables/Número de opiniones total	70%	Anual	SINIP	Director de Inversión para el Desarrollo

Fuente: elaboración propia, empleando Microsoft Excel.

**Figura 27. Caracterización del proceso de emisión de opinión técnica de cooperación internacional reembolsable y no reembolsable**

		<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESO</b>				CODIGO: R-SIP-DIP-001			
						VERSION: 1			
Proceso		Gestión, Negociación y Contratación para el Desarrollo e Inversión Pública				Pagina 1 de 1			
Proceso: Emisión de Opinión Técnica de cooperación Internacional Reembolsable y No Reembolsable					Tipo de proceso: Operativo				
Objetivo: Analizar y emitir opinión técnica a los programas o proyectos presentados oficialmente a la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN- por las Entidades Públicas de inversión -EPI-, a ser financiados con fondos de Cooperación Externa Reembolsable y la Emisión de la Opinión Técnica a los Instrumentos, Programas y/o Proyectos Financiados con recursos de la Cooperación Internacional no Reembolsable									
Alcance: El proceso cubre desde el ingreso del expediente hasta la salida del mismo hacia la unidad ejecutora									
Reponsable: Director(a) de Inversión para e Desarrollo y Director(a) de Gestión, Negociación y Contratación de la Cooperación para el Desarrollo									
	<b>S</b>		<b>I</b>		<b>P</b>		<b>O</b>		<b>C</b>
	Proveedores	→	Entradas	→	Actividades del proceso	→	Salidas/Resultados	→	Cientes
P	Unidad Ejecutora		Programas y proyectos de Cooperación Reembolsable y No Reembolsable		Programación		Notificación del Resultado de Opinión Técnica		Unidad Ejecutora
H					Ingreso de expedientes				
H					Revisión y análisis de expediente por el especialista y convocatoria a Comité de Emisión de Opinión				
H					Recepción de expediente, especialista firma de recibido y adjunta copia				
H					Análisis del Comité al expediente de acuerdo a su experiencia, previo a reunion				
H					Coordinación de reunion de Comité				
H					Incorporación de aportes del Comité recibidos por los miembros				
H					Revisión, análisis y mejoras. Elaboración de oficio con resolución				
H					Envío de resolución y oficios a Despacho				
V	Calidad y Mejora		Resultados de Seguimiento y Medición		Seguimiento a la evaluación del proceso, medición y análisis del desempeño				
A	Calidad y Mejora		Solicitudes de corrección		Implementación de correcciones y mejora		Correcciones y acciones de mejora implementadas		

Continuación de la Figura 27.

Procesos Relacionados		Herramientas /elementos del sistema relacionados			
Infraestructura; Gestión del Talento Humano; Gestión de Sistemas de la Información		Reglamento Orgánico Interno; Manual de Organización de Funciones; Manual de Normas y Procedimientos; Acuerdo Comité de Emisión de Dictámenes			
Requisitos Norma Iso 9001:2015		Requisitos legales/reglamentarios			
4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 8.1, 8.2, 8.6, 8.7, 9.1, 10.2,10.3		Norma ISO 9000:2015; Norma ISO 9001:2015, Norma ISO 31000:2011, Norma ISO 19011:2018, Acuerdo Comité de Emisión de Dictámenes			
Recursos necesarios para la operación del proceso					
Recurso humano	Infraestructura (edificios, equipos, servicios asociados y de apoyo)		Materiales	otros	
Personal capacitado en Auditorías de Calidad Consultores Especializados	Edificio, salón de reuniones, equipo de computación, impresora, scanner		Papel, Normas ISO Originales(las que se requieran), equipo de oficina		
Información documentada del procesos					
Medición y evaluación:					
Riesgos y oportunidades: Matriz de riesgo y oportunidades					
Indicadores del proceso:					
Nombre del Indicador	Formula	Meta	Frecuencia	Fuente	Responsable
Satisfacción al usuario	(Usuarios satisfechos/Usuarios Encuestados)*100	70%	Anual	Encuesta	Director de Inversión para el Desarrollo y Director de Gestion, Negociación y Contratación de la Cooperación para el Desarrollo

Fuente: elaboración propia, empleando Microsoft Excel.

#### 4.14. Toma de conciencia

Utilizar los medios de comunicación de la institución a través de campañas de concientización, boletines informativos o socializaciones al personal, se podrá informar a los involucrados todo lo relacionado con el sistema de gestión de calidad. Los empleados de la institución deberán conocer como prioridad, su contribución al sistema, la política, objetivos y las consecuencias de incumplir los requisitos del sistema de gestión de calidad.

El responsable de la toma de conciencia deberá ser el Gestor de Calidad y los dueños de procesos. La toma de conciencia requiere mucha atención ya que es común que se vea un clima de resistencia al cambio provocada por la implementación del sistema de gestión de calidad y la expectativa de los cambios que surjan por la misma.

Figura 28. **Campaña de información**

**Sistema de gestión de calidad**

Un sistema de gestión de calidad es una serie de procesos, acciones y tareas que las organizaciones realizan para lograr un exitoso ordenamiento, a través de la identificación de esos procesos y su respectiva documentación, lo que permite generar evidencia de las actividades que se realizan diariamente.

**Mejora la comunicación, la conexión de los procesos, tareas y personas, sin que suponga duplicar o aumentar innecesariamente el trabajo.**

**Al ordenar la información y las actividades, estas resultan ser más ágiles y así facilitan las decisiones y las percepciones de aquellos que reciben el resultado final de nuestro trabajo.**

En definitiva, el éxito de un Sistema de Gestión de Calidad, radica en el espíritu de quienes lo hacen posible con un compromiso constante por hacer las cosas bien desde la primera vez y al mantener la clara visión de que siempre es posible mejorar lo que se ya se hace.

Nosotros lo haremos posible en Segeplán:  
**“Comprometidos con nuestro sistema de gestión de calidad”**

Fuente: Consultoría Sistema de Gestión de Calidad -Segeplán 2018- ©GBT

Fuente: SEGEPLAN, *Dirección de Comunicación Social.*

Figura 29. Campaña de concientización



Fuente: SEGEPLAN, *Dirección de Comunicación Social*.

#### 4.15. Formación de auditores internos

La formación de auditores internos tiene su base en la Norma ISO 19011:2018, da las directrices para realizar una auditoría de los sistemas de gestión y es necesaria en cualquier institución, los involucrados deben tener capacitaciones previas de Interpretación de la Norma ISO 9001:2015 y gestión de riesgos. Las personas que sean elegidas para ser auditores de calidad serán los responsables de evaluar el sistema de gestión de calidad.

La institución deberá evaluar el número de auditores de calidad a formar, para que estos desarrollen la auditoría interna cuando el sistema de gestión de calidad madure lo suficiente. Se deberá tener en cuenta que los auditores no

pueden auditar su propio proceso, al momento de definir las personas se tendrán que elegir mínimo a dos personas de los procesos que estén dentro del alcance del sistema de gestión de calidad.

La Norma ISO 19011:2018 requiere que los auditores tengan la competencia necesaria para una auditoría. Se basa en el comportamiento personal, conocimientos y habilidades para auditar múltiples disciplinas, competencia de los auditores, conocimientos y habilidades genéricos de sistemas de gestión

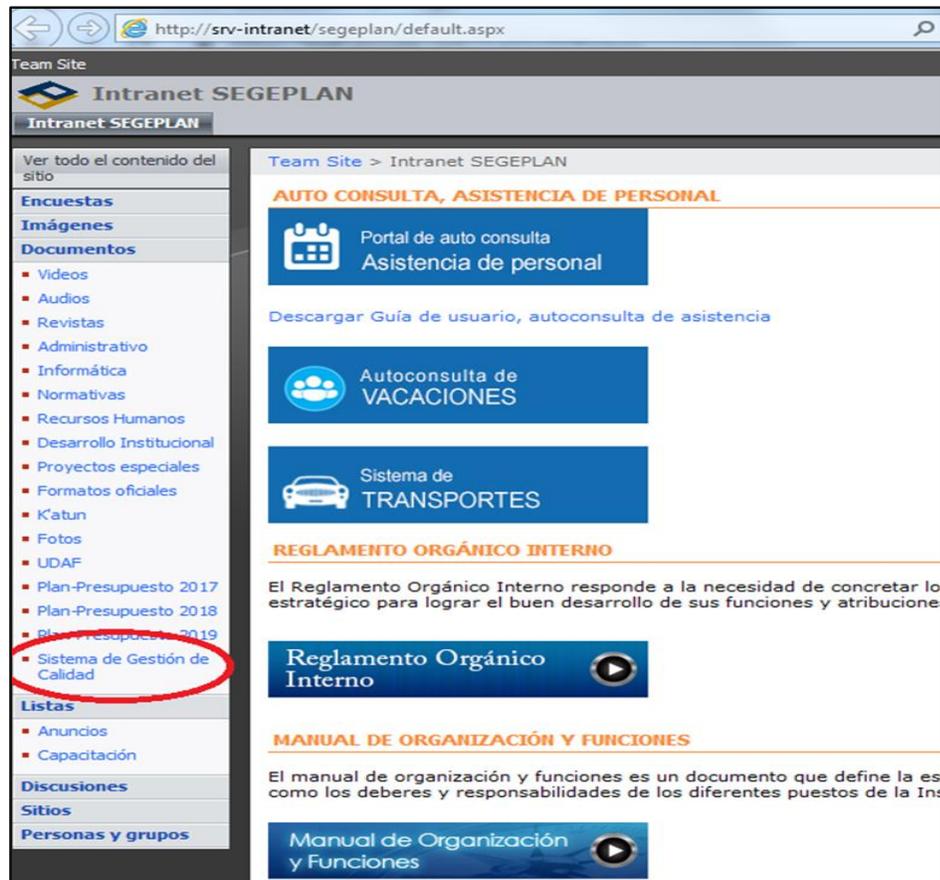
#### **4.16. Acceso y disponibilidad de la información documentada**

La parte estratégica del sistema de gestión de calidad debe evaluar los medios para que la información esté disponible y controlada. El apoyo de la dirección de sistemas de la Información se creó un espacio en la plataforma de la institución para todo lo relacionado con el sistema, este espacio es utilizado por todos los involucrados teniendo en la misma la documentación de los procesos.

Los líderes de proceso deben enviar toda la información que fue documentada de los procedimientos, registros e instructivos, el encargado de reunirlos toda es el gestor de calidad, este revisa que se cumplan los estándares que se establecieron en el procedimiento para la documentación. Nadie ajeno al gestor puede hacer cambios en la plataforma salvo que la alta autoridad así lo autorice. Todos los documentos en la plataforma deben estar bloqueados sin derecho de edición, el único en tener es su control los documentos originales editables es el gestor. En el caso de los modelos de registro que son archivos que se completan, se debe programar para que únicamente las celdas de

información puedan ser usadas, ningún otro dato ni formato del registro tendrá derecho de edición.

Figura 30. Plataforma de intranet de la SEGEPLAN



Fuente: Secretaría de Planificación de la Presidencia.

#### **4.17. Socialización y capacitación a los colaboradores de la información documentada**

Una vez la información documentada ya este cargada en la plataforma, se programa la socialización para que los involucrados dentro del alcance del Sistema de gestión de calidad conozcan las generalidades del Sistema, los procedimientos, los instructivos y como utilizar los registros. Esta parte informativa requiere de atención de los colaboradores de los cambios que se hayan realizado para seguir el estándar de la norma de calidad.

En los procedimientos de inducción de proceso de gestión del talento humano. Se debe establecer como se socializa a quienes ingresen como nuevo personal a la institución, para comprender que la institución tiene un Sistema de Gestión de la información.

#### **4.18. Implementación con los responsables de los procesos**

Cada uno de los líderes de los procesos es responsable de dar los lineamientos para implementar sus procedimientos, utilizar los instructivos y registros con el personal involucrado en su proceso. Este es el punto de partida para iniciar a poner en marcha el sistema y a documentar todas las entradas y salidas que genere.

La implementación requiere de un tiempo de adaptación de aproximadamente tres meses para su adaptación, aunque la norma no fija un plazo, el Sistema de Gestión de Calidad debe madurar lo suficiente para evaluarlo con auditoría interna y revisar que se estén cumpliendo los requisitos de la Norma ISO 9001:2015.

El gestor de calidad estará al pendiente de todos los procesos y como se están trabajando, si se están cumpliendo los procedimientos e instructivos como se describieron, si el uso de registros se completa de forma adecuada, que la documentación generada este en un lugar seguro libre de daños.



## **5. SEGUIMIENTO Y MEJORA CONTINUA**

### **5.1. Seguimiento de las actividades de implementación**

La importancia del seguimiento al sistema de gestión de calidad depende del gestor de calidad, debe estar constantemente retroalimentado de cómo se está implementado el sistema en los diferentes procesos, junto con los encargados de procesos debe ir revisando el funcionamiento del sistema, evaluando si se están implementando bien los procedimientos, se están usando los instructivos y se están formulando registros que son base en las revisiones de las Auditorias ya sean internas o externas. El personal de la SEGEPLAN se esté adaptando a los cambios derivados de la implementación del sistema de gestión de calidad.

### **5.2. Satisfacción del usuario**

El objetivo de la satisfacción es verificar con los usuarios que el servicio prestado por la institución este cumpliendo sus expectativas y necesidades. Para medir la evaluación de la satisfacción del usuario se necesita utilizar un método ya sea por medio de una encuestas, retroalimentación del cliente o la utilización de buzón de reclamos.

Por la naturaleza de la SEGEPLAN es recomendable hacer la evaluación cada año y es conveniente realizarlas previo a las Auditorias, ya sean internas o externas y revisiones de seguimiento.

Las preguntas que se formulan para la medición deben ser bien analizadas, que sean entendibles para el usuario y enfocadas en el servicio que da la institución, no debe contener mucha preguntas con un mínimo de cinco y un

máximo de diez por encuesta. Para la medición se debe considerar un muestreo válido de al menos un 50 % de los usuarios.

Con el apoyo de los líderes de los procesos sustantivos, se desarrolló la encuesta como se puede observar en la Figura 31. Es responsabilidad de los líderes con el acompañamiento del gestor de calidad el establecer el plazo para que se puedan evaluar los usuarios.

El gestor de calidad es responsable de guardar la información documentada derivado de la evaluación y tenerlas como evidencia para evitar no conformidades en las Auditorías ya sea internas o externas.

Figura 31. Evaluación de la satisfacción del usuario

	<b>EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO</b>		Código: R-AG-DPDI-DDI-017
			Versión: 1
Dirección	Inversión para el Desarrollo		Página: 1 de 1

Fecha:  Nombre del Encuestado/ puesto:

Unidad Ejecutora:

Código SNIP / Nombre del Proyecto:

Institución:

INSTRUCCIONES: Marque con una "X" el nivel de satisfacción que corresponda.

Aspectos a Evaluar	NIVEL DE SATISFACCIÓN		
	SI	NO	¿Por qué?
1 ¿Su gestión fue realizada para un proyecto de inversión?			
2 ¿Tuvo acceso a las Normas SNIP y el Manual de Formulación de Proyectos?			
3 ¿Consultó las Normas SNIP y el Manual de Formulación de Proyectos antes de registrar la solicitud en el SINIP?			
4 ¿El procedimiento establecido en las Normas facilitó su gestión?			
5 ¿Su documento de Proyecto fue presentado conforme a la Normativa?			
6 ¿La información requerida en el documento de proyecto conforme lo establecido en la normativa es procedente para la gestión?			
7 ¿Si la opinión no fue favorable y originó observaciones, se resolvieron sus consultas sobre dichas observaciones?			
8 ¿Tuvo dificultades para ser notificado del resultado de su gestión?			

Observaciones:

Fuente: SEGEPLAN, *Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional*.

### 5.3. Auditoría interna al sistema de gestión de calidad

La auditoría interna es la revisión y evaluación para medir el cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015. Esta incluye la revisión de la documentación desarrollada en el tiempo de maduración del sistema, el cotejo de los procedimientos y el uso de los registros o inductivos, la satisfacción del usuario y otros puntos importantes.

El auditor líder, tiene el dominio de la Norma ISO 9001:2015 y conoce los procesos que componen el sistema de gestión de calidad. Se cuenta con el personal interno formado para realizar las Auditorías Internas, es recomendable que se tengan personas de los diferentes procesos del Sistema, ya que el personal involucrado en la auditoría no podrá auditar en el proceso donde participa directamente.

La planificación de las auditorías internas es responsabilidad del auditor líder, el equipo de auditores internos y el acompañamiento del Gestor de Calidad. Las auditorías internas es recomendable hacerlas cada seis meses, preferentemente unas semanas previas a someterse a la auditoría externa, para la evaluación de las no conformidades que surjan de esta y acciones correctivas.

Con el apoyo de la Dirección de planificación y desarrollo institucional se desarrollo un procedimiento adjunto en el Anexo 8 para la realización de auditorias, todos los auditores deben seguir y aplicar las actividades descritas en el mismo. Las no conformidades encontradas pasaran a un informe que sera envaluado en la reunion de Revisión por la alta dirección.

#### **5.4. No conformidades y acciones correctivas**

El gestor de calidad junto con cada uno de los dueños de los procesos del sistema de gestión de calidad, deben definir e implementar acciones de corrección o acciones correctivas que permitan solucionar de forma inmediata las no conformidades derivadas del informe de Auditoría Interna. Se debe evaluar y corregir las no conformidades más críticas que significan un riesgo grande para la auditoría externa.

Con el apoyo del personal de calidad y mejora se desarrolló un procedimiento adjunto en el Anexo 9, para que los responsables de evaluar las no conformidades sigan las directrices del mismo, para esto se tendrá el formato de registro el cual debe documentarse dependiendo de las acciones que se tomen hasta cerrar la no conformidad.

Si las no conformidades no se cierran y son críticas se deberán evaluar con Alta Dirección donde se tomarán las decisiones pertinentes para mitigarlas. El formato para documentar No conformidades y Acciones Correctivas se muestra en la Figura 32 donde se muestra primero las no conformidades encontradas en uno de los procesos y también se describen acciones a tomar para corregirlas a modo de que en cualquier otra auditoria ya sea interna o externa, no vuelvan a ser motivo de hallazgo.

Figura 32. **Formato de registro de no conformidades y acciones correctivas**

	<b>NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS</b>				Código: R-AG-DFDI-DDI-003 Versión: 1 Última Actualización: Julio 2019 Página: 1 de 1			
	Elaboró:	Gestor de Calidad	Autorizó:	Director(a) de Planificación y Desarrollo Institucional				
<b>I. ORIGEN:</b>								
Auditoría Interna								
<b>II. CARACTERIZACIÓN DE LA NO CONFORMIDAD:</b>								
Proceso:					Número de No Conformidad			
Emisión de Opinión Técnica a Proyectos de Inversión Pública					2019-01			
Fecha de Ocurrencia								
20/09/2019								
<b>III. DESCRIPCIÓN:</b>								
Evaluar las no conformidades en el proceso que surrieron en la Auditoría para respectivo seguimiento y correcciones								
<b>IV. ACCIONES DE CORRECCIÓN</b>								
No	Descripción	Responsable	Fecha de Compromiso	Fecha de Cumplimiento	Estado	Verificación	Fecha	Estado
1	Las personas tenían guardados muchos archivos en su lugar de trabajo y manifiestan que los archivos ya están llenos esto provoca hacinamiento	Director(a) de Inversión para el Desarrollo	23/09/2019	23/09/2019	en tiempo	Tratar la manera de liberar de archivos a los trabajadores y darles un espacio para archivo	23/09/2019	Abierto
2	Algunos de los pasos en el procedimiento no pasaba por la persona que se describía	Director(a) de Inversión para el Desarrollo	23/09/2019	24/09/2019	atrasado	La persona que no había tenido relación con el procedimiento y cumplía otras funciones	25/09/2019	Abierto
3	Un empleado no se sabía el procedimiento por ser de recién ingreso	Director(a) de Inversión para el Desarrollo	24/09/2019	24/09/2019	en tiempo	La persona no tenía conocimiento de todo su proceso	26/09/2019	Abierto
<b>V. INVESTIGACIÓN DE LA CAUSA DE LA NO CONFORMIDAD</b>								
Método de Investigación			Diagrama Causa-Efecto					

Continuación de la Figura 32.

CAUSA(S) BÁSICA(S)							
Mano de Obra	Desconocimiento de los procedimientos						
	Todos manejan alta cantidad de proyectos						
	Estrés por hacinamiento						
Método							
Medio Físico	Hay plazas vacantes aun por llenar						
Material	Se maneja mucha indormación						
	Recursos muy limitados						
Maquinas y equipos	Equipo de gama media						
VI. DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN CORRECTIVA Y MEJORA							
No.	Acción	Responsable	Plazo de la Implementación	Verificación ¿Se implementó Acción?		Fecha	Estado
				Si	No		
1	Buscar espacios dentro de la institución para resguardar los archivos de las personas	Director(a) de Inversión para el Desarrollo	3 semanas	X		19/10/2019	Cerrado
2	Revisar si la persona que no habia tenido relación con el procedimiento cumplia sus	Director(a) de Inversión para el Desarrollo	1 semana	X		27/09/2019	Cerrado
3	Inmediatamente proporcionarle el procedimiento	Director(a) de Inversión para el Desarrollo	2 dias	x		26/09/2019	Cerrado
VII. VERIFICACIÓN DE EFICACIA DE LA ACCIÓN							
Las eficacia de cada accion fue efectiva el Director(a) de Inversión para el Desarrollo cumplio con las acciones que estaban a su responsabilidad							
VIII. EVIDENCIAS OBJETIVAS DE LA VERIFICACIÓN DE EFICACIA							
Se encontraron espacios pequeños para archivos donde las personas puedan dejar sus documentos aunque se debe buscar enviar los mas pronto documentación al archivo central.							
Se dio un espacio de socializacion tanto para la persona que no tenia relacion con el procedimiento y la persona de nuevo ingreso para que conoscan bien sus funciones dentro del proceso.							
IX. CIERRE							

Fuente: SEGEPLAN, *Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional*.

## **5.5. Revisión por la dirección**

Involucra directamente a la Alta Dirección de la institución, con esta revisión se demuestra el liderazgo y compromiso de las autoridades hacia el propio sistema. Junto con el Gestor de Calidad programan una reunión donde los líderes de los procesos presentan los logros de sus procesos o sus observaciones si algo no está funcionando adecuadamente.

El gestor de calidad es el encargado de recabar toda la información de los líderes de procesos y elabora una presentación donde vean los puntos más importantes y críticos del sistema. Para realizarla se necesita un espacio para la presentación, la alta dirección espera resultados concretos de lo que pasa en el sistema de gestión de calidad y se presentan puntos importantes para su revisión desarrollando los siguientes:

- Las acciones planteadas de la revisión por la dirección anterior, si no hubiera ya que es un sistema nuevo se omite, solo si es la primera vez que se realiza.
- La efectividad en los objetivos de calidad o de no ser positivo las observaciones para evaluar las razones por las que no se lograron.
- El informe de auditoría interna, el cual se analiza para evaluar cuáles fueron las no conformidades que surgieron durante la auditoría y las acciones correctivas que se realizaron.
- El desempeño de los procesos con base a los indicadores y su efectividad, si los números son positivos se toman decisiones para que el indicador sea más alto y seguir con la mejora continua.
- La evaluación de la satisfacción del cliente con base a las encuestas realizadas por los líderes de proceso.

- Los cambios respecto al entorno del Sistema de gestión de calidad y otros puntos de interés para la toma de decisión dentro de la misma.

Terminado de evaluar los puntos la alta dirección describirá sus observaciones dará sus recomendaciones para la mejora continua del sistema. Si hubiera puntos críticos delegará responsables para cumplir las actividades en el plazo que requieran.

La revisión por la dirección se realiza semestralmente, en un aproximado de una a dos reuniones por revisión, esta se realiza previo a contactar a el organismo certificador que se encargará de la auditoría externa. La Figura 33 muestra el formato y los puntos importantes a revisar por parte de la dirección, este registro debe documentarse luego de terminada la reunión.

Figura 33. **Revisión del sistema de gestión de calidad**

 <b>SEGEPLAN</b> <small>Sistema de Planeación y Programación de la Población</small>	<b>REVISIÓN DEL SGC</b>	Código: R-AG-DPDI- DDI-022
		Versión: 1
Proceso	Planeación Estratégica	Página: 1 de 2

<b>Revisión por la dirección del sistema de gestión de la calidad Año/Número:</b>	2019, número 1
-----------------------------------------------------------------------------------	----------------

Asistentes	

**RESUMEN DE LA REUNIÓN**

1. El estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas
2. Los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema de gestión de la calidad
3. La información sobre el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidas las tendencias relativas a:
4. La satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes
5. El grado en que se han logrado los objetivos de la calidad

Continuación de la Figura 33.

	<b>REVISIÓN DEL SGC</b>	Código: R-AG-DPDI- DDI-022
		Versión: 1
Proceso	Planeación Estratégica	Página: 2 de 2

6. El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios
7. Las no conformidades y acciones correctivas
8. Los resultados de seguimiento y medición
9. Los resultados de las auditorías
10. El desempeño de los proveedores externos
11. La adecuación de los recursos
12. La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades
13. Las oportunidades de mejora

**ACCIONES A SEGUIR**

Acción	Responsable	Fecha de aplicación

Fuente: SEGEPLAN, *Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional*.

## 5.6. Auditoría externa

La institución debe estar preparada para la evaluación del sistema de gestión de calidad, el ente certificador define junto con la institución los días que se realizará la auditoría, el ente certificador evaluará el sistema con base a la Norma ISO 9001:2015, si al finalizar la auditoría no hubieran no conformidades mayores el ente certificador dará el veredicto final de la evaluación. Si la

institución pasa la auditoría se recibirá el certificado aproximadamente un mes después de la auditoría.

La certificación tiene una duración de tres años, la institución si mantiene el sistema debe someterse a auditoría de recertificación para prolongar la certificación por otros tres años.

El sistema cada año será evaluado mediante auditorias de seguimiento por parte del ente certificador. Si la institución no le ha dado mantenimiento al sistema este puede perder la certificación.

#### **5.7. Mejora continua**

La prioridad de la institución debe ser la mejora continua, ya que es la base fundamental para el mantenimiento del SGC, la alta dirección junto con el gestor de calidad y los lideres de los procesos, con base al funcionamiento y la efectividad del sistema evaluarán para hacer mejoras en busca de acciones que sean eficientes para sus procesos.

Para la mejora continua necesitamos siempre pensar en como mejorar lo ya realizado no basta solo con tener una certificación, para hacerlo se debe estar siempre evaluando los procesos y sus procedimientos, evaluando los registros, mejorando los indicadores y objetivos año con año, capacitando al personal que es indispensable en los procesos y mantenerlos en un ambiente sano para la realización de sus actividades.

## CONCLUSIONES

1. La elaboración y el desarrollo de las fases del diseño fue aplicada en la SEGEPLAN y culminada hasta la segunda fase teniendo como resultados el diagnóstico y toda la estructura del sistema de los procesos a certificar desarrolladas en los anexos de la presente. Por diversos problemas con una consultoría en instituciones públicas no se concluye el objetivo de obtener la certificación, teniendo que dejar pendientes las fases de implementación, revisión y mejora del SGC, dependerá del seguimiento que se le dé a las fases siguientes para obtener la certificación, que para la institución es importante, ya que con esta mantendrá un orden interno con la estandarización, mejorando la eficiencia de los procesos y manteniendo un control para la mejora continua de los mismos.
2. Se alcanzaron las fases para desarrollar el diseño metodológico para la certificación de los procesos, tomando como base el ciclo PHVA de mejora continua y se aplicaron dos fases que son la base del SGC en la institución. Es importante que las fases pendientes sean coordinadas por un Gestor de Calidad acompañado por los líderes de procesos que son responsables de llevarlas a cabo en los tiempos específicos planteados e involucrar a su personal a cargo.
3. La norma ISO 9001:2015 desarrolla una estructura compleja para interpretar los requisitos para un SGC, las herramientas administrativas aplicadas en cada una de las fases proporcionan métodos para cumplir los requisitos mínimos que la norma requiere para la certificación de procesos.

4. El mapa de procesos permite delimitar el alcance del sistema de gestión a los procesos que se crean convenientes para certificar. En la aplicación se produjeron errores en el planteamiento del mapa de procesos que fuera efectivo que conllevo tiempo perdido en la búsqueda de procesos que no eran importantes para el SGC, para evitarlos se debe estudiar bien los procesos sustantivos y tener una persona con la experiencia en la Norma ISO 9001:2015 que incluya los procesos que la norma requiere en la parte de apoyo. La importancia del mapa de procesos es que ningún proceso fuera de este puede ser tomado en cuenta en auditorías internas o externas.
  
5. Durante el diseño se encontraron puntos críticos para tomar en cuenta para que en futuras implementaciones en instituciones públicas se les dé la prioridad necesaria para que no se den los mismos problemas, dentro de estos puntos se puede mencionar el liderazgo que tenga el gestor de calidad y las personas a cargo de los procesos ya que de ellos dependerá el involucramiento del personal y la prevención de la resistencia al cambio de parte de sus subordinados, otro punto es mantener un estricto control en los tiempos de las fases tratando de no dar márgenes para un atraso que signifique un tiempo muerto.

## RECOMENDACIONES

1. Fortalecer la SEGEPLAN con una persona o un equipo especializado que sea responsable directo del sistema para el seguimiento de las fases pendientes de implementar, y para el mantenimiento y mejora continua de los procesos que se certifiquen. Es importante en el futuro hacer estudios complementarios de cómo mantener un sistema de gestión de calidad y los procesos certificados ya que es una parte compleja. Al tener la certificación el organismo encargado hará una visita para revisar el sistema, si este no ha tenido mejoras se corre el riesgo de perder la certificación en los procesos.
2. Definir las fases en tiempos reales, ya que puede ser reducido si el involucramiento es total del gestor de calidad, los líderes de los procesos y del personal que tienen a cargo, un problema en las actividades es inversamente proporcional y puede demorar más el proceso para la certificación de lo que está planificado. El gestor y los líderes deben mantener informada a la alta dirección de los inconvenientes mayores que se den y planificar una reunión mensual para afrontarlos y tomar decisiones.
3. Interpretación, por parte de las personas, de la norma ISO 9001:2015 y que se mantenga en constante capacitación, el diseño plantea herramientas administrativas, pero no son las únicas que se pueden aplicar para cada uno de los requisitos que describe la norma, media vez se pueda documentar y demostrar que se cumple un requisito no existirá un motivo para recibir una no conformidad sobre el mismo.

4. Crear el mapa de procesos es, a grandes rasgos, la estructura del sistema de gestión de calidad. Puede estar sujeto a cambios que la alta dirección crea conveniente para la eficiencia de los procesos. Más adelante la institución puede incluir más procesos sustantivos al sistema siempre contemplando la planificación y los recursos necesarios que conlleva.
  
5. Capacitar al gestor de calidad es el líder y encargado del sistema, para la misma conociendo perfectamente la Norma ISO 9001:2015, tener el conocimiento de los procesos a certificar y mantener una estrecha relación con los líderes de procesos para que el sistema funcione eficientemente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Acuerdo Gubernativo Número 20-2019. *Reglamento Orgánico Interno de la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia*. 2019. 46 p.
2. BURCKHARDT, V., GISBERT, V. PÉREZ, A. I. *Estrategia y desarrollo de una guía de implementación de la norma ISO 9001:2015*. Aplicación pymes de la comunidad Valenciana. 2016. 88 p.
3. International Organization for Standardization. *Norma ISO 9000:2015 (traducción oficial). Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario*. 2015. 54 p.
4. International Organization for Standardization. *Norma ISO 9001:2015 (traducción oficial). Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos*. 2015. 30 p.
5. International Organization for Standardization. *Norma ISO 31000:2018 (traducción oficial). Gestión del Riesgo – Directrices*. 2018. 18 p.
4. International Organization for Standardization. *Norma ISO 19011:2018 (traducción oficial) Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión*. 2018. 56 p.

6. NOGUEZ. V. *ISO 9001:2015. El Futuro de la Calidad* [en línea].  
<[http://www.earthgonomic.com/biblioteca/2015\\_El\\_Uso\\_de\\_la\\_Calidad.pdf](http://www.earthgonomic.com/biblioteca/2015_El_Uso_de_la_Calidad.pdf).> [Consulta: 12 de junio de 2019].
7. SEGEPLAN. *Plan estratégico institucional 2017-2020*. 2016. 52 p.

# ANEXOS

## Anexo 1. Modelo de Procedimiento

 <b>SEGEPLAN</b> <small>Secretaría de Planeación y Programación del Poder Judicial</small>	Nombre del Manual de... (Letra Palatino Linotype Tamaño de Fuente 12 Negrita)	CÓDIGO
		VERSIÓN
Proceso	Nombre del Proceso (Letra Palatino Linotype Tamaño de Fuente 10)	Página 1 de 3

**MANUAL DE...(Letra Palatino  
Linotype Tamaño de Fuente 24 Negrita)**

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre:			
Puesto funcional que ocupa:			
Fecha:			
Firma:			

Continuación de Anexo 1.

	<p>Nombre del Manual de... (Letra Palatino Linotype Tamaño de Fuente 12 Negrita)</p>	<p>CÓDIGO</p>
		<p>VERSIÓN</p>
<p>Proceso</p>	<p>Nombre del Proceso (Letra Palatino Linotype Tamaño de Fuente 10)</p>	<p>Página 2 de 3</p>
<p><b>1. OBJETIVO (Títulos letra Palatino Linotype Tamaño de Fuente 12 Negrita)</b></p> <p>Describe claramente el propósito del documento que se pretende lograr. (Contenido letra Palatino Linotype Tamaño de Fuente 12)</p> <p><b>2. ALCANCE</b></p> <p>Describe los límites, actividades que incluye y en qué medida debe de aplicarse. Por ejemplo, puede ser para todas las direcciones dentro del Sistema de Gestión de la Calidad o sólo una en específica.</p> <p><b>3. REFERENCIA ISO / MARCO LEGAL</b></p> <p>Se describe la estructura legal (Decretos, acuerdos, resoluciones, normas y otras disposiciones legales) de la institución, sobre el cual se sustenta la elaboración del documento, según su naturaleza técnica, administrativa y/o financiera.</p> <p><b>4. DEFINICIONES</b></p> <p>Se nombran abreviaturas o conceptos, los cuales son nombrados en la sección de procedimiento. Estos sirven para un mejor entendimiento al leer todo el documento.</p> <p><b>5. RESPONSABLES</b></p> <p>Se nombran las responsabilidades, cargos o nombres de dirección quienes intervienen, para que se cumpla lo descrito en el documento.</p> <p><b>6. PROCEDIMIENTO</b></p> <p>En el se describe y explica la forma de llevar a cabo las actividades y otros elementos que deban aplicarse para cumplir con el propósito del documento. Adicionalmente, los procedimientos podrán incluir la descripción de los pasos a seguir.</p>		

Continuación de Anexo 1.

 <b>SEGEPLAN</b> <small>Secretaría de Planificación y Programación de la Hacienda</small>	Nombre del Manual de... (Letra Palatino Linotype Tamaño de Fuente 12 Negrita)	CÓDIGO																	
		VERSIÓN																	
Proceso	Nombre del Proceso (Letra Palatino Linotype Tamaño de Fuente 10)	Página 3 de 3																	
<p><b>7. DOCUMENTOS RELACIONADOS</b></p> <p>Se incluirá información complementaria sobre formatos, registros y/o documentos que se encuentren de alguna manera vinculados al procedimiento.</p> <p><b>8. ANEXOS</b></p> <p>Instrumentos, gráficas, imágenes y otros que se consideren pertinentes y que son necesarios para comprender y/o ampliar la información del documento.</p> <p><b>9. BITÁCORA DE CAMBIO</b></p> <p>En el se lleva un record de los cambios que el procedimiento ha tenido a lo largo de su uso.</p>																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Responsable</i></th> <th><i>Motivo del Cambio</i></th> <th><i>Nueva Versión</i></th> <th><i>Fecha</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>3</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				<i>Responsable</i>	<i>Motivo del Cambio</i>	<i>Nueva Versión</i>	<i>Fecha</i>			1				2				3	
<i>Responsable</i>	<i>Motivo del Cambio</i>	<i>Nueva Versión</i>	<i>Fecha</i>																
		1																	
		2																	
		3																	

Fuente: SEGEPLAN, *Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional.*

## Anexo 2. Modelo de Instructivo

	<b>INSTRUCTIVO PARA... (Palatyno Lynotype 12)</b>	CODIGO:									
		VERSION:									
Proceso	Proceso de... (Palatyno Lynotype 10)	PAGINA:									
<p><b>1. OBJETIVO:</b></p> <p>Describe claramente el propósito del documento que se pretende lograr.</p> <p><b>2. DEFINICIONES:</b></p> <p>Se nombran abreviaturas o conceptos, los cuales son nombrados en la sección de procedimiento. Estos sirven para un mejor entendimiento al leer todo el documento.</p> <p><b>3. INSTRUCCIONES</b></p> <p>En el se describe y explica la forma de llevar a cabo las actividades y otros elementos que deban aplicarse para cumplir con el propósito del instructivo.</p> <p><b>4. DOCUMENTOS RELACIONADOS</b></p> <p>Se incluirá información complementaria sobre formatos, registros y/o documentos que se encuentren de alguna manera vinculados al procedimiento.</p> <p><b>5. ANEXOS</b></p> <p>Instrumentos, gráficas, imágenes y otros que se consideren pertinentes y que son necesarios para comprender y/o ampliar la información del documento.</p> <p><b>6. BITÁCORA DE CAMBIO</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Responsable</i></th> <th><i>Motivo del Cambio</i></th> <th><i>Nueva Versión</i></th> <th><i>Fecha</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				<i>Responsable</i>	<i>Motivo del Cambio</i>	<i>Nueva Versión</i>	<i>Fecha</i>			1	
<i>Responsable</i>	<i>Motivo del Cambio</i>	<i>Nueva Versión</i>	<i>Fecha</i>								
		1									

Fuente: SEGEPLAN, *Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional.*

### Anexo 3. Modelo de registro

 <small>Instituto de Planificación y Programación en el Poder Judicial</small>	Registro de... (Letra Palatino Lynotype 12)	CÓDIGO:
		VERSION:
Proceso	Nombre del Proceso... (Letra Palatino Lynotype 10)	PÁGINA:
CONTENIDO ( Palatino Linotype 12)		
<small>* Este documento es propiedad de Segeplan, queda prohibida su reproducción total o parcial</small>		

Fuente: SEGEPLAN, *Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional.*



Continuación del Anexo 4.

 <p><b>SEGEPLAN</b> Sistema de Evaluación y Programación de Políticas</p>	<p><b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b></p>	<p>CÓDIGO P-MNP-AG- DPDI-DDI-003</p> <p>VERSIÓN 1</p>
<p>Proceso</p>	<p>Calidad y Mejora</p>	<p>Página 2 de 17</p>
<p style="text-align: center;"><b>1. OBJETIVO</b></p> <p>El presente procedimiento tiene como objetivo establecer la metodología, por la cual SEGEPLAN realiza el control sobre los documentos, asegurando que estos se encuentren disponibles en el lugar y momento oportunos, así como proporcionar la metodología para identificar y actualizar los requisitos legales y otro tipo de requisitos externos.</p> <p style="text-align: center;"><b>2. ALCANCE</b></p> <p>Los lineamientos aplican para los procesos de Emisión de Opinión Técnica a los Instrumentos, Programas y/o Proyectos Financiados con Recursos de la Cooperación Internacional No Reembolsable, Emisión de Opinión Técnica para la Gestión y Negociación de Operaciones con Recursos de Cooperación Reembolsable, Emisión de Opinión Técnica a Proyectos de Inversión Pública, así como procesos asociados.</p> <p style="text-align: center;"><b>3. REFERENCIA ISO / MARCO LEGAL</b></p> <p>ISO 9001:2015 Capitulo 7.5.1</p> <p>Constitución Política de la República, artículo 155</p> <p style="text-align: center;"><b>4. DEFINICIONES</b></p> <p><b>Documento:</b> Información o medio en el cual está contenida ésta, pudiendo ser papel, archivo magnético, disco de lectura electrónica, fotografía o muestra estándar, o una combinación de éstos.</p> <p><b>Evidencia objetiva:</b> Hechos, declaraciones, informaciones, constataciones que sean verificables.</p> <p><b>Procedimiento:</b> Forma especificada de ejecutar un proceso o una actividad.</p> <p><b>Registro:</b> Documento que presenta resultados obtenidos o brinda evidencias objetivas de actividades especificadas.</p>		

Continuación del Anexo 4.

 <p>SEGEPLAN Sistema de Estadística y Geoposicionamiento de Honduras</p>	<b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>	CÓDIGO P-MNP-AG- DPDI-DDI-003  VERSIÓN 1
Proceso	Calidad y Mejora	Página 3 de 17

**5. RESPONSABLES**

Es responsabilidad del Secretario aprobar la Política de Calidad.

Es responsabilidad del Director(a) y/o Subdirector de Planificación y Desarrollo Institucional actualizar el presente documento.

Es responsabilidad de los Directores de las distintas áreas el cumplimiento de lo indicado en el presente documento.

Es responsabilidad del Departamento Desarrollo Institucional apoyar en las secciones que correspondan para la Gestión de la Información Documentada.

**6. PROCEDIMIENTO**

Este procedimiento establece la estructura del Sistema de Gestión de Calidad, basada en una jerarquía de documentos, que prevé cuatro niveles de actuación, conforme el siguiente diagrama:



The diagram is a pyramid divided into four horizontal layers. From top to bottom, the layers are labeled: Política, Procedimiento, Instructivos, and Registros. The pyramid is filled with a blue-to-purple gradient, being darkest at the top and lightest at the bottom.

Continuación del Anexo 4.

 <p>SEGEPLAN Secretaría de Planeación y Programación de la Presidencia</p>	<p>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA</p>	<p>CÓDIGO P-MNP-AG- DPDI-DDI-003</p> <p>VERSIÓN 1</p>
<p>Proceso</p>	<p>Calidad y Mejora</p>	<p>Página 4 de 17</p>

**6.1 CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS**

Partiendo de la jerarquía explicada anteriormente, la documentación se codifica de la siguiente manera:

- **Política:**

Debido a que únicamente hay una política de calidad, la codificación es:

PO-001 Política de Calidad

- **Procedimiento:**

Si se desea codificar un procedimiento se realiza según la siguiente estructura:

*P – MNP – Subsecretaría o Administración General – Dirección – Departamento – Número*

Ejemplo 1:

Para codificar el procedimiento código- *Gestión de la Información Documentada* de la Dirección de Planeación y Desarrollo Institucional, siguiendo la estructura establecida, la codificación es:

Procedimiento	Manual de Normas y Procedimientos	Administración General	Dirección	Departamento	Número
P	MNP	AG	DPDI	DDI	001

Continuación del Anexo 4.

	<b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>	<b>CÓDIGO</b> P-MNP-AG- DPDI-DDI-003
		<b>VERSIÓN</b> 1
Proceso	Calidad y Mejora	Página 5 de 17

Ejemplo 2:

Para codificar el procedimiento código - Emisión de Opinión Técnica a Proyectos de la Dirección de Inversión para el Desarrollo, siguiendo la estructura establecida, la codificación es:

Procedimiento	Manual de Normas y Procedimientos	Subsecretaría	Dirección	Departamento	Número
P	MNP	SID	DID	N/A	001

Tomar en cuenta el siguiente cuadro al codificar documentación de las distintas Direcciones.

CUADRO DE CODIFICACIÓN GENERAL					
Subsecretaría	Código	Dirección	Código	Departamento	Código
Subsecretaría de Cooperación y Alianzas para el Desarrollo	SID	Dirección de Gestión Negociación y Contratación de Cooperación para el Desarrollo	DGNCD	Departamento de Gestión de la Cooperación para el Desarrollo Social	DGCS
				Departamento de Gestión de la Cooperación para el Desarrollo Ambiental	DGDA
				Departamento de Gestión de la Cooperación para el Desarrollo Económico	DGCE
Subsecretaría de Inversión para el Desarrollo	SCAD	Dirección de Inversión para el Desarrollo	DID	Departamento de Inversión para el Desarrollo Social	DIDS
				Departamento de Inversión para el Desarrollo Ambiental	DIDA
				Departamento de Inversión para el Desarrollo Económico	DIDE
Administración General	AG	Dirección Administrativa	DA	Departamento de Adquisiciones y Contrataciones	DAC
				Departamento de Mantenimiento y Servicios Generales	DMSG
				Departamento de Almacén	DAI
		Dirección de Recursos Humanos	DRH	Departamento de Admisión de Personal	DAP
				Departamento de Gestión de Personal	DGP
				Departamento de Desarrollo y Bienestar Laboral	DRBL
Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional	DPDI	Departamento de Desarrollo Institucional	DDI		
Dirección de Comunicación Social	DCS	N/A	N/A		
Dirección Financiera	DF	N/A	N/A		
Órgano de Apoyo Técnico Institucional	OATI	Dirección de Sistemas de la Información	DSI	Departamento de Investigación y Desarrollo Informático	DDI
				Departamento de Administración y Base de Datos	DABD
				Departamento de Soporte Técnico	DST

Continuación del Anexo 4.

 <p><b>SEGEPLAN</b> <small>Sistema de Evaluación y Seguimiento de la Política</small></p>	<p><b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b></p>	<p>CÓDIGO P-MNP-AG- DPDI-DDI-003</p> <p>VERSIÓN 1</p>
<p>Proceso</p>	<p>Calidad y Mejora</p>	<p>Página 6 de 17</p>

- **Instructivo**

Si se desea codificar un instructivo se realiza según la siguiente estructura:

*I – Subsecretaría o Administración General – Dirección – Departamento – Número*

Ejemplo:

Para codificar el instructivo **código- Uso del Sistema de Administración de Recursos Humanos (SARH), Módulo Vacaciones** de la Dirección Recursos Humanos y siguiendo la estructura establecida, la codificación es:

Instructivo	Administración General	Dirección	Departamento	Número
I	AG	DRH	DGP	001

- **Registros**

Para codificar un registro se realiza según la siguiente estructura:

*R – Subsecretaría o Administración General – Dirección – Departamento – Número*

Ejemplo:

Para codificar el registro **código- Control de Documentos Internos** de la Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional y siguiendo la estructura establecida, la codificación es:

Registro	Administración General	Dirección	Departamento	Número
R	AG	DPDI	DDI	001

Continuación del Anexo 4.

 <p>SEGEPLAN Sistema de Evaluación y Seguimiento de la Gestión</p>	<p><b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b></p>	<p>CÓDIGO P-MNP-AG- DPDI-DDI-003</p> <p>VERSIÓN 1</p>
<p>Proceso</p>	<p>Calidad y Mejora</p>	<p>Página 7 de 17</p>

**6.2 POLÍTICA**

Pasos	Puesto Funcional	Descripción
1	Gestor de Calidad	<p>Convoca a reunión de Comité de Calidad para la elaborar y/o revisar la política de calidad.</p> <p>Si la política de calidad ya estuviera aprobada, realiza una reunión para la revisión y actualización de la política de calidad y se proponen mejoras o cambios a la misma.</p>
2	Comité de Calidad	<p>Elaboran, revisan o actualizan la política de calidad y trasladan para su aprobación.</p> <p>De ser necesario se proponen mejoras y cambios a la misma y trasladan para su aprobación.</p>
3	Secretario de Planificación y Programación	<p>Revisa y aprueba <i>PO-001 - Política de Calidad</i> y traslada para su publicación.</p>
4	Director de Planificación y Desarrollo Institucional	<p>Gestiona para su publicación, retira versiones anteriores de la política y actualiza a la nueva versión.</p>

La disposición de la política de calidad estará disponible para todo el personal mediante archivo digital, y a la vez expuesta al público en las instalaciones de la institución. Si lo amerita se realizaran cambios anualmente en la revisión por la Alta Dirección.

Continuación del Anexo 4.

	<b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>	CÓDIGO P-MNP-AG- DPDI-DDI-003  VERSIÓN 1
Proceso	Calidad y Mejora	Página 8 de 17

**6.3 CONTROL DE PROCEDIMIENTOS, INSTRUCTIVOS Y REGISTROS**

• **FORMATO Y ESTRUCTURA DE PROCEDIMIENTOS E INSTRUCTIVOS**

Pasos	Puesto Funcional	Descripción
1	Creador de Procedimiento	<p>Elabora la emisión inicial del procedimiento usando como guía el <i>Modelo de Procedimiento</i>.</p> <p>Los procedimientos del Sistema de Gestión de la Calidad deben de tener la siguiente estructura:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Objetivo</li> <li>2. Alcance</li> <li>3. Referencia ISO / Marco Legal</li> <li>4. Definiciones</li> <li>5. Responsables</li> <li>6. Procedimiento</li> <li>7. Documentos Relacionados</li> <li>8. Anexos</li> <li>9. Bitácora de Cambio</li> </ol> <p>Para un instructivo, se elabora la emisión inicial del mismo, usando como guía el <i>Modelo de Instructivo</i>.</p> <p>Los instructivos del Sistema de Gestión de la Calidad, deben de tener la siguiente estructura:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Objetivo</li> <li>2. Definiciones</li> <li>3. Instrucciones</li> <li>4. Documentos Relacionados</li> <li>5. Anexos</li> <li>6. Bitácora de Cambio</li> </ol>

Continuación del Anexo 4.

	<b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>	CÓDIGO P-MNP-AG- DPDI-DDI-003  VERSIÓN 1
Proceso	Calidad y Mejora	Página 9 de 17
• EMISIÓN Y CONTROL DE PROCEDIMIENTOS E INSTRUCTIVOS		
Pasos	Puesto Funcional	Descripción
1	Servidor Público	¿Creación o modificación del procedimiento o instructivo?  A. Creación de procedimiento o instructivo, continua paso 3 B. Modificación de procedimiento o instructivo, continua paso 2
2	Servidor Público	Solicita la versión editable por correo electrónico al Gestor de Calidad
3	Servidor Público	Elabora y/o hace modificaciones al procedimiento o instructivo y traslada para su revisión.  Si es un procedimiento, continua paso 5  Si es un instructivo, continua paso 4
4	Director de Área	Autoriza instructivo, continua paso 12
5	Director de Área	¿Está de acuerdo?  Si, traslada en disco compacto a la Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional por medio del registro <i>R-AG-DPDI-DDI-007 – Memorándum</i> , continua paso 6  No, Regresa a paso 3
6	Gestor de Calidad	Revisa que el procedimiento cumpla con la estructura, la codificación, luego los documenta en el registro <i>R-AG-</i>

Continuación del Anexo 4.

 <p><b>SEGEPLAN</b> <small>Sistema de Estadística y Programación de la Presidencia</small></p>	<p><b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b></p>	<p>CÓDIGO P-MNP-AG- DPDI-DDI-003</p> <p>VERSIÓN 1</p>
<p>Proceso</p>	<p>Calidad y Mejora</p>	<p>Página 10 de 17</p>

Pasos	Puesto Funcional	Descripción
		<p><i>DPDI-DDI-008 - Control de Documentos Internos y traslada al Director(a).</i></p>
7	<p>Director(a) de Planificación y Desarrollo Institucional</p>	<p>Convoca a Comité de Calidad para revisión final del procedimiento.</p>
8	<p>Comité de Calidad / Director del Área / Director(a) de Planificación y Desarrollo Institucional / Gestor de Calidad</p>	<p>Revisan versión final del procedimiento modificado o creado.</p> <p>Si están de acuerdo con el procedimiento, dan su visto bueno, continua paso 9</p> <p>Si no están de acuerdo con el procedimiento, regresa a paso 3</p>
9	<p>Gestor de Calidad</p>	<p>Gestiona firmas correspondientes de autorización, y traslada para aprobación.</p>
10	<p>Director(a) de Planificación y Desarrollo Institucional</p>	<p>Traslada a Secretario por medio del registro <i>R-AG-DPDI-DDI-007 - Memorandum</i>, para la aprobación del procedimiento.</p>
11	<p>Secretario(a) de Planificación y Programación de la Presidencia</p>	<p>Aprueba y firma el procedimiento, traslada versión final física para su publicación.</p>

Continuación del Anexo 4.

 <p><b>SEGEPLAN</b> Sistema de Planeación y Programación de la Política</p>	<p><b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b></p>	<p>CÓDIGO P-MNP-AG- DPDI-DDI-003</p> <p>VERSIÓN 1</p>
<p>Proceso</p>	<p>Calidad y Mejora</p>	<p>Página 11 de 17</p>

Pasos	Puesto Funcional	Descripción
12	Gestor de Calidad	Escanea el procedimiento aprobado o instructivo autorizado, y envía en formato PDF a Sistemas de la Información para su publicación.
13	Sistemas de la Información	Publica procedimiento aprobado o instructivo autorizado.
14	Gestor de Calidad	Guarda la versión final del procedimiento o instructivo en físico, editable y PDF.
15	Gestor de Calidad	Realiza copia controlada si alguna dirección lo solicita, lleva control en el <i>R-AG-DPDI-DDI-008 - Control de Documentos Internos</i> . Como mecanismo de control de copias de todos los documentos internos del Sistema de Gestión de Calidad se colocará un sello que indique: <b>"Copia Controlada"</b> , el cual debe ser estampado en todas las páginas de los documentos copiados en medio físico.

Continuación del Anexo 4.

 <p>SEGEPLAN Sistema de Gestión de la Información Documentada</p>	<p><b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b></p>	<p>CÓDIGO P-MNP-AG- DPDI-DDI-003</p> <p>VERSIÓN 1</p>						
<p>Proceso</p>	<p>Calidad y Mejora</p>	<p>Página 12 de 17</p>						
<p>• FORMATO Y ESTRUCTURA DE REGISTROS</p>								
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="430 716 548 762">Pasos</th> <th data-bbox="548 716 776 762">Puesto Funcional</th> <th data-bbox="776 716 1360 762">Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="430 762 548 1717" style="text-align: center; vertical-align: top;"> <p>1</p> </td> <td data-bbox="548 762 776 1717" style="vertical-align: top;"> <p>Servidor Público</p> </td> <td data-bbox="776 762 1360 1717"> <p>Elabora la emisión inicial del registro usando como guía el <i>Modelo de Registro</i>.</p> <p>Para la elaboración de un registro, los lineamientos de encabezado se encuentran establecidos en <i>Modelo de Registro</i>.</p> <p>Los registros constituyen evidencia objetiva, es por ello que son controlados por el registro <i>R-AG-DPDI-DDI-009 – Control de Registros</i>, el cual contiene los campos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No.</li> <li>• Código</li> <li>• Nombre del registro</li> <li>• Almacenamiento</li> <li>• Tiempo de conservación</li> <li>• Disposición</li> <li>• Responsable</li> </ul> <p><b>No.:</b> En este campo enumera la cantidad de registros de la Dirección involucrada.</p> <p><b>Nombre del registro:</b> Colocar el nombre del registro, según fue registrado en el Sistema de Gestión de Calidad</p> <p><b>Almacenamiento:</b> Si los registros son físicos, el Almacenamiento debe realizarse en instalaciones que</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Pasos	Puesto Funcional	Descripción	<p>1</p>	<p>Servidor Público</p>	<p>Elabora la emisión inicial del registro usando como guía el <i>Modelo de Registro</i>.</p> <p>Para la elaboración de un registro, los lineamientos de encabezado se encuentran establecidos en <i>Modelo de Registro</i>.</p> <p>Los registros constituyen evidencia objetiva, es por ello que son controlados por el registro <i>R-AG-DPDI-DDI-009 – Control de Registros</i>, el cual contiene los campos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No.</li> <li>• Código</li> <li>• Nombre del registro</li> <li>• Almacenamiento</li> <li>• Tiempo de conservación</li> <li>• Disposición</li> <li>• Responsable</li> </ul> <p><b>No.:</b> En este campo enumera la cantidad de registros de la Dirección involucrada.</p> <p><b>Nombre del registro:</b> Colocar el nombre del registro, según fue registrado en el Sistema de Gestión de Calidad</p> <p><b>Almacenamiento:</b> Si los registros son físicos, el Almacenamiento debe realizarse en instalaciones que</p>		
Pasos	Puesto Funcional	Descripción						
<p>1</p>	<p>Servidor Público</p>	<p>Elabora la emisión inicial del registro usando como guía el <i>Modelo de Registro</i>.</p> <p>Para la elaboración de un registro, los lineamientos de encabezado se encuentran establecidos en <i>Modelo de Registro</i>.</p> <p>Los registros constituyen evidencia objetiva, es por ello que son controlados por el registro <i>R-AG-DPDI-DDI-009 – Control de Registros</i>, el cual contiene los campos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No.</li> <li>• Código</li> <li>• Nombre del registro</li> <li>• Almacenamiento</li> <li>• Tiempo de conservación</li> <li>• Disposición</li> <li>• Responsable</li> </ul> <p><b>No.:</b> En este campo enumera la cantidad de registros de la Dirección involucrada.</p> <p><b>Nombre del registro:</b> Colocar el nombre del registro, según fue registrado en el Sistema de Gestión de Calidad</p> <p><b>Almacenamiento:</b> Si los registros son físicos, el Almacenamiento debe realizarse en instalaciones que</p>						

Continuación del Anexo 4.

 <p>SEGEPLAN Sistema de Estadística y Geografía de Colombia</p>	<p><b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b></p>	<p>CÓDIGO P-MNP-AG- DPDI-DDI-003</p> <p>VERSIÓN 1</p>
<p>Proceso</p>	<p>Calidad y Mejora</p>	<p>Página 13 de 17</p>

Pasos	Puesto Funcional	Descripción
		<p>ofrezcan condiciones ambientales apropiadas para prevenir daños, deterioro y pérdidas, para mantener su legibilidad. Se pueden utilizar carpetas, libros, armarios, de tal modo que los registros sean fácilmente accesibles para los integrantes involucrados. Si los registros son electrónicos, los mismos pueden ser guardados en carpetas compartidas.</p> <p><b>Tiempo de conservación:</b> Tres años</p> <p><b>Disposición:</b> Transcurrido el tiempo de conservación los registros físicos y digitales pueden ser trasladados al archivo inactivo o definir otros medios de disposición.</p> <p><b>Responsable:</b> Se deberá de colocar el nombre y puesto del responsable que dará seguimiento al almacenamiento y disposición de registros.</p> <p>El <i>R-AG-DPDI-DDI-009 – Control de Registro</i> deberá de ser llenado por el Director del área o a quien él asigne y ser actualizado, conforme al uso y modificación de sus actividades. El <i>R-AG-DPDI-DDI-009 – Control de Registros</i> se deberá trasladar a Planificación y Desarrollo Institucional para su aprobación y posteriormente publicarlo en la red.</p>

Continuación del Anexo 4.

 <p><b>SEGEPLAN</b> Sistema de Estadística y Registro de la Información</p>	<p><b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b></p>	<p>CÓDIGO P-MNP-AG- DPDI-DDI-003</p> <p>VERSIÓN 1</p>
<p>Proceso</p>	<p>Calidad y Mejora</p>	<p>Página 14 de 17</p>
<p>• EMISIÓN Y CONTROL DE REGISTROS</p>		
Pasos	Puesto Funcional	Descripción
1	Servidor Público	<p>¿Creación o modificación del registro?</p> <p>A. Creación del registro, continua paso 3 B. Modificación del registro, continua paso 2</p>
2	Servidor Público	<p>Solicita la versión editable por correo electrónico al Gestor de Calidad</p>
3	Servidor Público	<p>Elabora y/o hace modificaciones al registro y traslada para su revisión</p>
4	Director del Área	<p>¿Está de acuerdo?</p> <p>Si, traslada por correo a la Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional continua paso 5 No, Regresa a paso 3</p>
5	Gestor de Calidad	<p>Revisa que el registro cumpla con la estructura, la codificación y los registra en <i>R-AG-DPDI-DDI-008 - Control de Documentos Internos.</i></p>
6	Directora de Planificación y Desarrollo Institucional	<p>Traslada versión final por correo electrónico a la Dirección de Sistemas de la Información.</p>
9	Dirección de Sistemas de la Información	<p>Publica registro aprobado en la Red Institucional.</p>
10	Gestor de Calidad	<p>Guarda la versión final del registro.</p>

Continuación del Anexo 4.

	<b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>	<b>CÓDIGO</b> P-MNP-AG-DPDI-DDI-003  <b>VERSIÓN</b> 1
Proceso	Calidad y Mejora	Página 15 de 17

Pasos	Puesto Funcional	Descripción
11	Servidor Público	Puede descargar los registros de su interés de la red institucional.  En el registro <i>R-AG-DPDI-DDI-009 – Control de Registros</i> , permitirá conocer: Código, Nombre de Registro, Almacenamiento, Tiempo de conservación, Disposición y Responsable.

Los registros del Sistema de Gestión de Calidad deben ser completados de forma legible.

**NOTAS:**

1. Para el llenado de los Registros se pueden utilizar digitación o lapicero, no se permite lápiz.
2. Los Registros en versión física eventualmente pueden contener borrones de tinta (lapicero), siempre que la corrección esté acompañada de fecha y firma del responsable de su llenado, no aceptándose corrección con ningún tipo de corrector.
3. Todos los Registros deben tener sus campos llenos, fechados y firmados por los responsables.

Continuación del Anexo 4.

	<b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b>	CÓDIGO P-MNP-AG- DPDI-DDI-003  VERSIÓN 1
Proceso	Calidad y Mejora	Página 16 de 17
• BAJA DE PROCEDIMIENTOS, INSTRUCTIVOS Y REGISTROS		
Pasos	Puesto Funcional	Descripción
1	Director o Gestor de Calidad	Identifica la necesidad de dar de baja un procedimiento, registro o instructivo, posteriormente llena el registro <i>R-AG-DPDI-DDI-016 - Solicitud de baja de documentos</i> y traslada a la Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional
2	Gestor de Calidad	Revisa que el registro cumpla con lo establecido  ¿Cumple?  Si, da de baja en el <i>R-AG-DPDI-DDI-008 - Control de Documentos Interno</i> y retira las copias controladas, Continúa Paso 3  No, devuelve para hacer las correcciones, Regresa a paso 1
3	Director de Planificación y Desarrollo Institucional o Gestor de Calidad	Solicita a la Dirección de Sistemas de la Información que elimine los procedimientos, instructivos o registros que se darán de baja de la Red Institucional.
4	Director de Sistemas de la Información o Especialista	Elimina procedimientos, instructivos o registros solicitados de la Red Institucional.
5	Gestor de Calidad	Archiva digitalmente en una carpeta específica los documentos que se dieron de baja, de existir una rectificación de la misma.

Continuación del Anexo 4.

 <p><b>SEGEPLAN</b> Secretaría de Planeación y Programación de la Presidencia</p>	<p><b>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA</b></p>	<p>CÓDIGO P-MNP-AG- DPDI-DDI-003</p> <p>VERSIÓN 1</p>	
<p>Proceso</p>	<p>Calidad y Mejora</p>	<p>Página 17 de 17</p>	
<p style="text-align: center;"><b>7. DOCUMENTOS RELACIONADOS</b></p> <p><i>PO-001 - Política de Calidad</i></p> <p><i>R-AG-DPDI-DDI-007 – Memorándum</i></p> <p><i>R-AG-DPDI-DDI-008 - Control de Documentos Internos</i></p> <p><i>R-AG-DPDI-DDI-009 – Control de Registros</i></p> <p><i>R-AG-DPDI-DDI-016 - Solicitud de baja de documentos</i></p> <p><i>Modelo de Procedimiento</i></p> <p><i>Modelo de Instructivo</i></p> <p><i>Modelo de Registro</i></p> <p style="text-align: center;"><b>8. ANEXOS</b></p> <p>N/A</p> <p style="text-align: center;"><b>9. BITÁCORA DE CAMBIO</b></p>			
<p><i>Responsable</i></p>	<p><i>Motivo del Cambio</i></p>	<p><i>Nueva Versión</i></p>	<p><i>Fecha</i></p>

Fuente: SEGEPLAN, Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional.



Continuación del Anexo 5.

 <p>SEGEPLAN Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia</p>	<p align="center"><b>Emisión de Opinión Técnica de Cooperación Internacional Reembolsable y No Reembolsable</b></p>	<p align="center">CÓDIGO P-MNP-SID- DGNCD-001</p> <hr/> <p align="center">VERSIÓN 1</p>
<p>Dirección</p>	<p align="center">Gestión, Negociación y Contratación de Cooperación para el Desarrollo e Inversión para el Desarrollo</p>	<p align="right">Página 2 de 14</p>

**1. OBJETIVO**

Analizar y emitir opinión técnica a los programas o proyectos presentados oficialmente a la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN- por las Entidades Públicas de Inversión -EPI-, a ser financiados con fondos de Cooperación Externa Reembolsable y procedimiento para la Emisión de la Opinión Técnica a los Instrumentos, Programas y/o Proyectos Financiados con recursos de la Cooperación Internacional no Reembolsable.

**2. ALCANCE**

Este procedimiento para las Entidades Públicas de Inversión que gestionen y negocien recursos de Cooperación Externa Reembolsable, según lo señalado en el artículo 53. Bis del Decreto Número 101-97, Ley Orgánica del Presupuesto. Entidades de la Administración Central, Descentralizadas, Autónomas y Empresas Públicas encargadas de la ejecución de programas o proyectos que se financian con recursos provenientes de convenios de Cooperación Externa No Reembolsable.

**3. REFERENCIA**

ISO 9001:2015, sección 4.4.1, 7.1.5.1, 8.1, 8.2, 8.5, 8.6

**4. DEFINICIONES**

- a. Alcance: Campo de acción donde aplica el documento.
- b. CEO: Comité de Emisión de Dictámenes.
- c. Opinión Técnica: Pronunciamiento especializado, que se sustenta en el análisis del contenido de las solicitudes de emisión de opiniones o dictámenes técnicos.
- d. Documento: Detalla información y su medio de soporte.
- e. Expediente: Documentación correspondiente a un proyecto o programa.

Continuación del Anexo 5.

 <p><b>SEGEPLAN</b> Secretaría de Planificación y Programación de la Hacienda</p>	<p align="center"><b>Emisión de Opinión Técnica de Cooperación Internacional Reembolsable y No Reembolsable</b></p>	<p align="center">CÓDIGO P-MNP-SID- DGNCD-001</p>
<p align="center"><b>Dirección</b></p>		<p align="center">VERSIÓN 1</p>
	<p align="center"><b>Gestión, Negociación y Contratación de Cooperación para el Desarrollo e Inversión para el Desarrollo</b></p>	<p align="center">Página 3 de 14</p>
<p>f. Manual: Documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una organización.</p> <p>g. Memorando con observaciones: Resolución que se emite cuando los miembros del CEO, de acuerdo al análisis realizado en base a sus competencias, identifican que el instrumento cumple satisfactoriamente con los requisitos establecidos y/o cuando presenta problemas de diseño que no permitan la emisión de la opinión.</p> <p>h. Opinión Técnica favorable: Resolución que se emite cuando los miembros del CEO, de acuerdo al análisis realizado en base a sus competencias, identifican que el instrumento cumple satisfactoriamente con los requisitos establecidos, además que la información permite la emisión de la opinión.</p> <p>i. Opinión Técnica Desfavorable: Resolución que se emite cuando los miembros del CEO, de acuerdo al análisis realizado en base a sus competencias, identifican que el instrumento contraviene los intereses comunes del Estado y las leyes nacionales.</p> <p>j. Procedimiento: Forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso.</p> <p>k. SICED: Sistema de Control de Emisión de Dictámenes que registra las solicitudes de opiniones técnicas.</p> <p>l. SISCO: Sistema de Correspondencia, sistema interno de correspondencia de la SEGEPLAN.</p> <p>m. Resolución: Documento de Opinión Técnica favorable, desfavorable o un Memorando con Observaciones.</p>		

Continuación del Anexo 5.

	<b>Emisión de Opinión Técnica de Cooperación Internacional Reembolsable y No Reembolsable</b>	CÓDIGO P-MNP-SID- DGNCD-001  VERSIÓN 1
Dirección	<b>Gestión, Negociación y Contratación de Cooperación para el Desarrollo e Inversión para el Desarrollo</b>	Página 4 de 14

**5. RESPONSABLES O PERSONAS INVOLUCRADAS**

El Director(a) y Subdirector de Gestión, Negociación y Contratación de Cooperación para el Desarrollo y el Director(a) de Inversión para el Desarrollo, mantendrán actualizado el presente procedimiento.

Para CINR: El Asistente de Despacho de Subsecretaría de Cooperación y Alianzas para el Desarrollo, Asistente del Despacho Superior, Jefe de Departamento, Especialista de Gestión, Negociación y Contratación de Cooperación para el Desarrollo, los miembros del CEO que están conformados por profesionales que laboran en las siguientes Subsecretarías y Dirección:

- Subsecretaría de Análisis Estratégico del Desarrollo
- Subsecretaría de Planificación y Programación para el Desarrollo
- Subsecretaría de Inversión para el Desarrollo
- Subsecretaría de Cooperación y Alianzas para el Desarrollo
- Dirección de Asuntos Jurídicos.

Para CIR: La Asistente de Despacho de Subsecretaría de Inversión para el Desarrollo, Asistente de Dirección de Inversión para el Desarrollo, Asistente del Despacho Superior, Especialista en Inversión para el Desarrollo, los miembros del CED que están conformados por las siguientes Subsecretarías y Dirección:

- Subsecretaría de Análisis Estratégico del Desarrollo
- Subsecretaría de Planificación y Programación para el Desarrollo
- Subsecretaría de Inversión para el Desarrollo
- Subsecretaría de Cooperación y Alianzas para el Desarrollo
- Dirección de Asuntos Jurídicos.

Las Unidades Ejecutoras seguirán los lineamientos establecidos, ante cualquier solicitud.

Continuación del Anexo 5.

 <b>SEGEPLAN</b> <small>Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia</small>	<b>Emisión de Opinión Técnica de Cooperación Internacional Reembolsable y No Reembolsable</b>	<b>CÓDIGO</b> P-MNP-SID-DGNCD-001
		<b>VERSIÓN</b> 1
<b>Dirección</b>	<b>Gestión, Negociación y Contratación de Cooperación para el Desarrollo e Inversión para el Desarrollo</b>	Página 5 de 14

**6. PROCEDIMIENTO**

**a. Emisión de la Opinión Técnica a los Instrumentos, Programas y/o Proyectos Financiados con Recursos de la Cooperación Internacional No Reembolsable**

Pasos	Puesto Funcional	Descripción
1	Unidad Ejecutora	Ingresar expediente en el Sistema de Dictámenes / Opiniones técnicas -SICED-. Ver Manual de Usuario "Sistema de Control de la emisión de dictamen/opinión técnica".
2	Secretaría de Recepción de Documentos	Recibe expediente con el documento adjunto, registra en SISCO y traslada al Despacho Superior de la Secretaría.
3	Asistente del Despacho Superior	Recibe expediente y traslada.
4	Secretario(a) de Planificación y Programación	Revisa expediente y margina. En su ausencia delega actividad.
5	Asistente de Despacho de Subsecretaría de Cooperación y Alianzas para el Desarrollo	Recibe expediente, registra ingreso en el SISCO y trasladar información al Subsecretario(a) de Cooperación y Alianzas para el Desarrollo para que lo margine.
6	Director(a) de Gestión, Negociación y Contratación de Cooperación para el Desarrollo	Recibe expediente de forma física, revisa, analiza y designa al Especialista e ingresa al SISCO y traslada de forma física al Especialista para que lo atienda.

Continuación del Anexo 5.

	<b>Emisión de Opinión Técnica de Cooperación Internacional Reembolsable y No Reembolsable</b>	<b>CÓDIGO</b> P-MNP-SID-DGNCD-001
		<b>VERSIÓN</b> 1
<b>Dirección</b>	<b>Gestión, Negociación y Contratación de Cooperación para el Desarrollo e Inversión para el Desarrollo</b>	Página 6 de 14

7	Especialista/ Jefe de Departamento	Recibe, analiza expediente, si procede, elabora <i>R-AG-DPDI-DDI-007 Memorandum</i> de convocatoria al Comité de Emisión de Opinión o Dictamen Técnico (CEO).
8	Director(a) de Gestión, Negociación y Contratación de Cooperación para el Desarrollo/Subdirector	Gestiona firma del Subsecretario(a), traslada solicitud de nombramiento a las Subsecretarías. En su ausencia delega actividad.
9	Especialista/ Jefe de Departamento	Traslada solicitud de nombramiento a las subsecretarías.
10	Asistente de las Subsecretarías y Dirección de Asuntos Jurídicos	Recibe copia de la solicitud de convocatoria de nombramiento.
11	Subsecretario(a)s y Director(a) de Asuntos Jurídicos	Designa representante que integrará el CEO.
12	Asistente de Subsecretario(a)s y Dirección de Asuntos Jurídicos	Elabora <i>R-AG-DPDI-DDI-007 Memorandum</i> de nombramiento, gestiona firma del Subsecretario(a)s y Director(a).
13	Director(a) de Gestión, Negociación y Contratación de Cooperación para el Desarrollo / Subdirector(a)	Recibe y traslada <i>R-AG-DPDI-DDI-007 Memorandum</i> de designación a Especialista.
14	Especialista/ Jefe de Departamento	Recibe, registra y vincula designación al SICED. Para que los miembros del CEO accedan al expediente en electrónico e informa a los mismos, para que se inicie el análisis respectivo.
15	Miembros del CEO	Analiza <i>R-AG-DPDI-DDI-010 -Requerimientos Legales y Otros Aplicables</i> el expediente de acuerdo a su competencia, previo a la reunión del CEO.

Continuación del Anexo 5.

	<b>Emisión de Opinión Técnica de Cooperación Internacional Reembolsable y No Reembolsable</b>	CÓDIGO P-MNP-SID- DGNCD-001
		VERSIÓN 1
<b>Dirección</b>	<b>Gestión, Negociación y Contratación de Cooperación para el Desarrollo e Inversión para el Desarrollo</b>	Página 7 de 14
16	Especialista/ Jefe de Departamento y CEO	Especialista coordina reunión del CEO. CEO discute la situación del expediente y propone la ruta para continuar el análisis.
17	Especialista/ Jefe de Departamento	Elabora versión borrador de la <i>R-AG-DPDI-DDI-014 Opinión Técnica</i> o <i>R-AG-DPDI-DDI-016 – Memorando con Observaciones</i> Resolución del CEO y traslada electrónicamente para recibir aportes de los miembros del CEO.
18	Miembros del CEO	Incorpora a la Resolución aportes del CEO recibidos en versión electrónica.
19	Especialista/ Jefe de Departamento	Traslada versión borrador de la <i>R-AG-DPDI-DDI-014 Opinión Técnica</i> o <i>R-AG-DPDI-DDI-015 – Memorando con Observaciones</i> Resolución consensuada con el CEO para revisión de la Dirección de Gestión, Negociación y Contratación de Cooperación para el Desarrollo.
20	Director(a)/ Subdirector(a) de Gestión, Negociación y Contratación de Cooperación para el Desarrollo	Revisa, analiza, propone mejoras y traslada al Especialista.
21	Especialista/ Jefe de Departamento	Gestiona firmas de los miembros del CEO.
22	Miembros del CEO	Revisan, aprueban y firman la versión final de la Resolución en dos originales en caso de Opinión Técnica y un original en caso del <i>R-AG-DPDI-DDI-015 – Memorando con Observaciones</i>
23	Especialista/ Jefe de Departamento	Elabora <i>R-AG-DPDI-DDI-013 – Oficio</i> para el envío de la Resolución a entidad solicitante de Opinión Técnica.

Continuación del Anexo 5.

 <p><b>SEGEPLAN</b> Secretaría de Planeación y Programación de la Presidencia</p>	<p><b>Emisión de Opinión Técnica de Cooperación Internacional Reembolsable y No Reembolsable</b></p>	<p>CÓDIGO P-MNP-SID-DGNCD-001</p> <p>VERSIÓN 1</p>
<p><b>Dirección</b></p>	<p><b>Gestión, Negociación y Contratación de Cooperación para el Desarrollo e Inversión para el Desarrollo</b></p>	<p>Página 8 de 14</p>
<p>24</p>	<p>Director(a)/ Subdirector(a) de Gestión, Negociación y Contratación de Cooperación para el Desarrollo/</p>	<p>Revisa oficio y traslada al Despacho del Subsecretario(a) el <i>R-AG-DPDI-DDI-013 - Oficio y Resolución</i>.</p>
<p>25</p>	<p>Subsecretario (a)</p>	<p>Conoce la resolución del Comité y firma su traslado.</p>
<p>26</p>	<p>Asistente de Despacho de Subsecretaría</p>	<p>Traslada a Asistente de Despacho Superior.</p>
<p>27</p>	<p>Asistente del Despacho Superior</p>	<p>Recibe <i>R-AG-DPDI-DDI-013 –Oficio y R-AG-DPDI-DDI-014 Opinión Técnica o R-AG-DPDI-DDI-015 – Memorando con Observaciones Resolución</i>.</p>
<p>28</p>	<p>Secretario(a)</p>	<p>Conoce documentos y aprueba a través de la firma oficio.</p>
<p>29</p>	<p>Asistente del Despacho Superior</p>	<p>Traslada oficio firmado y Resolución.</p>
<p>30</p>	<p>Director(a)/ Subdirector(a) de Gestión, Negociación y Contratación de Cooperación para el Desarrollo</p>	<p>Traslada <i>R-AG-DPDI-DDI-013 –Oficio firmado y resolución a Especialista; gestiona el proceso de correspondencia para entrega de resolución a entidad solicitante ante Dirección Administrativa.</i></p>
<p>31</p>	<p>Dirección Administrativa</p>	<p>Ver <i>P-MNP-AG-DA-DMSG-001 - Gestión de Correspondencia Interna y Externa</i></p>
<p>32</p>	<p>Director(a)/ Subdirector(a) de Gestión, Negociación y Contratación de Cooperación para el Desarrollo</p>	<p>Recibe copia del <i>R-AG-DPDI-DDI-013 –Oficio de recibido y traslada</i></p>
<p>33</p>	<p>Especialista/ Jefe de Departamento</p>	<p>Cierra en el SICED el proceso</p>

Continuación del Anexo 5.

 <p><b>SEGEPLAN</b> Secretaría de Planeación y Programación de la Presidencia</p>	<p><b>Emisión de Opinión Técnica de Cooperación Internacional Reembolsable y No Reembolsable</b></p>	<p>CÓDIGO P-MNP-SID-DGNCD-001</p> <p>VERSIÓN 1</p>
<p><b>Dirección</b></p>	<p><b>Gestión, Negociación y Contratación de Cooperación para el Desarrollo e Inversión para el Desarrollo</b></p>	<p>Página 9 de 14</p>

**b. Emisión de Opinión Técnica para la Gestión y Negociación de Operaciones con Recursos de Cooperación Reembolsable**

No.	Responsable	Actividad
1	EPI	Solicita oficialmente la opinión técnica al documento del programa o proyecto.
2	Secretaria de Recepción de Documentos	Recibe expediente con el documento de programa y/o proyecto adjunto, registra en SISCO y traslada al Despacho Superior de la Secretaria.
3	Asistente del Despacho Superior	Recibe expediente y traslada.
4	Secretario(a) de Planificación y Programación	Revisa expediente y margina.
5	Asistente del Despacho Superior	Traslada expediente.
6	Asistente de Despacho de Subsecretaría de Inversión para el Desarrollo	Recibe expediente, recepciona en el SISCO y traslada
7	Subsecretario(a) de Inversión para el Desarrollo	Revisa expediente: Si el expediente procede, traslada al Director de Inversión para el Desarrollo. Si el expediente No procede, se realiza un Oficio (lo realiza la Asistente de Dirección de Inversión para el Desarrollo y lo firma el Subsecretario de Inversión para el Desarrollo) y se envía a la EPI. Sigue paso 32
8	Asistente de Dirección de Inversión para el Desarrollo	Recibe expediente, registra en el SISCO y traslada al director

Continuación del Anexo 5.

	<b>Emisión de Opinión Técnica de Cooperación Internacional Reembolsable y No Reembolsable</b>	<b>CÓDIGO</b> P-MNP-SID-DGNCD-001
		<b>VERSIÓN</b> 1
<b>Dirección</b>	<b>Gestión, Negociación y Contratación de Cooperación para el Desarrollo e Inversión para el Desarrollo</b>	Página 10 de 14
9	Director(a) de Inversión para el Desarrollo / Subdirector (a) de Inversión para el Desarrollo	Recibe expediente, revisa y margina al especialista
10	Asistente de Dirección de Inversión para el Desarrollo	Recibe expediente, registra en el SISCO el traslado al Especialista. Elabora el R-AG-DPDI-DDI-007 - MEMORÁNDUM de convocatoria del CED, ingresa en el SISCO y gestiona firma del Subsecretario(a) y el Director(a), traslada solicitud de nombramiento a las Subsecretarías y Dirección de Asuntos Jurídicos.
11	Especialista en Inversión para el Desarrollo	Recibe, revisa expediente y coordina la convocatoria del CED
12	Asistentes de las Subsecretarías y Dirección de Asuntos Jurídicos	Recibe R-AG-DPDI-DDI-007 - MEMORÁNDUM de convocatoria y copia del expediente.
13	Subsecretarías y Dirección de Asuntos Jurídicos	Designan los representantes que integrarán el CED
14	Asistentes de las Subsecretarías y Dirección de Asuntos Jurídicos	Elaboran el documento R-AG-DPDI-DDI-007 - MEMORÁNDUM de nombramiento, solicita firma del Subsecretario(a) o Director(a) y registran en el SISCO.
15	Asistente de Dirección de Inversión para el Desarrollo	Recibe, registra en el SISCO y traslada copia al especialista de cada documento R-AG-DPDI-DDI-007 - MEMORÁNDUM de nombramiento.
16	Especialista en Inversión para el Desarrollo	Recibe copia de los R-AG-DPDI-DDI-007 - MEMORÁNDUM de nombramiento y coordina reunión de CED.
17	Miembros del CED	Analizan R-AG-DPDI-DDI-010 Requerimientos Legales y Otros Aplicables al expediente de acuerdo a su competencia,

Continuación del Anexo 5.

 <p><b>SEGEPLAN</b> Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia</p>	<p align="center"><b>Emisión de Opinión Técnica de Cooperación Internacional Reembolsable y No Reembolsable</b></p>	<p>CÓDIGO P-MNP-SID-DGNCD-001</p>
<p>Dirección</p>		<p>VERSIÓN 1</p>
	<p align="center"><b>Gestión, Negociación y Contratación de Cooperación para el Desarrollo e Inversión para el Desarrollo</b></p>	<p>Página 11 de 14</p>
		<p>participa en reuniones del CED firman R-AG-DPDI-DDI-015 - Control de Asistencia a reuniones y/o actividades coordinadas por SEGEPLAN y emiten sus observaciones u opinión.</p>
<p align="center">18</p>	<p align="center">Miembros del CEO / Coordinador del CEO</p>	<p>Si luego del análisis y revisión del expediente, los miembros del CEO consideran que existe información adicional que sea necesaria para analizar y emitir la opinión técnica, esta puede ser requerida a la entidad solicitante vía el coordinador del CEO. El coordinador del CEO se comunicará con el enlace técnico de la entidad solicitante, para que envíe la información de manera oficial, en un plazo máximo de tres días y la misma se incorporara al expediente. El CEO podrá hacerlo una sola vez en el plazo de emisión de la opinión técnica.</p>
<p align="center">19</p>	<p align="center">Especialista en Inversión para el Desarrollo</p>	<p>Integra observaciones u opinión emitidas por el miembros del CED en el documento R-AG-DPDI-DDI-016 – Memorando con Observaciones u R-AG-DPDI-DDI-014-Opinión Técnica del CED elaborando el borrador de respuesta. Y traslada vía correo electrónico a miembros del CED para su análisis y observaciones.</p>
<p align="center">20</p>	<p align="center">Miembros del CED</p>	<p>Analizan, corrigen y emiten observaciones cuando procede al borrador de R-AG-DPDI-DDI-016 – Memorando con Observaciones o R-AG-DPDI-DDI-014--Opinión Técnica. Y lo traslada al Especialista en Inversión para el</p>

Continuación del Anexo 5.

	<b>Emisión de Opinión Técnica de Cooperación Internacional Reembolsable y No Reembolsable</b>	<b>CÓDIGO</b> P-MNP-SID-DGNCD-001  <b>VERSIÓN</b> 1
<b>Dirección</b>	<b>Gestión, Negociación y Contratación de Cooperación para el Desarrollo e Inversión para el Desarrollo</b>	Página 12 de 14
21	Especialista en Inversión para el Desarrollo	Desarrollo para consolidarlo y redactar el documento final.  Consolida y redacta el documento final de R-AG-DPDI-DDI-016 – Memorando con Observaciones u R-AG-DPDI-DDI-014-Opinión Técnica y traslada a los miembros del CED para su conocimiento.
22	Subsecretario (a) de Inversión para el Desarrollo / Director de Inversión para el Desarrollo	Revisa, analiza y emite observaciones al R-AG-DPDI-DDI-016 – Memorando con Observaciones y/o DPDI-DDI-014-Opinión Técnica.
23	Miembros del CED	Analizan y firman la versión final del R-AG-DPDI-DDI-016 – Memorando con Observaciones y/o R-AG-DPDI-DDI-014 - Opinión Técnica.
24	Director de Inversión para el Desarrollo/ Asistente de Dirección de Inversión para el Desarrollo	Elaborar borrador de documento R-AG-DPDI-DDI-013 – oficio de notificación a la EPI para firma del Secretario.
25	Asistente de Dirección de Inversión para el Desarrollo	Elaborar documento R-AG-DPDI-DDI-013 – oficio de notificación a la EPI para firma del Secretario de Planificación y Programación y gestiona la boleta y firmas correspondientes y traslada.
26	Subsecretario (a) de Inversión para el Desarrollo	Firma la versión final del R-AG-DPDI-DDI-016 – Memorando con Observaciones y/o R-AG-DPDI-DDI-014 -Opinión Técnica.
27	Asistente de Despacho de Subsecretaría de Inversión para el Desarrollo	Traslada a asistente de Despacho superior.
28	Asistente del Despacho Superior	Recibe documento R-AG-DPDI-DDI-013 – oficio y R-AG-DPDI-DDI-016 – Memorando

Continuación del Anexo 5.

 <p><b>SEGEPLAN</b> Secretaría de Planeación y Programación de la Presidencia</p>	<p><b>Emisión de Opinión Técnica de Cooperación Internacional Reembolsable y No Reembolsable</b></p>	<p>CÓDIGO P-MNP-SID-DGNCD-001</p> <p>VERSIÓN 1</p>
<p><b>Dirección</b></p>	<p><b>Gestión, Negociación y Contratación de Cooperación para el Desarrollo e Inversión para el Desarrollo</b></p>	<p>Página 13 de 14</p>
		<p>con Observaciones y/o R-AG-DPDI-DDI-014 - Opinión Técnica.</p>
29	Secretario(a) de Planificación y Programación	Revisa documentos, firma el R-AG-DPDI-DDI-013 - oficio
30	Asistente de Despacho Superior	Traslada R-AG-DPDI-DDI-013 - oficio y R-AG-DPDI-DDI-016 - Memorando con Observaciones o R-AG-DPDI-DDI-014 - Opinión Técnica a asistente del Subsecretario de Inversión de Desarrollo.
31	Asistente de Despacho de Subsecretaría de Inversión para el Desarrollo	Envía resolución para EPI a Dirección Administrativa con R-AG-DPDI-DDI-013 - oficio y AG-DPDI-DDI-016 - Memorando con Observaciones o R-AG-DPDI-DDI-014 - Opinión Técnica
32	Dirección Administrativa	Ver P-MNP-AG-DA-DMSG-001- Gestión de Correspondencia Interna y Externa
33	Asistente de Subsecretaria de Inversión	Traslada a Asistente de la Dirección de Inversión para su archivo.
		FIN DEL PROCEDIMIENTO
<p><b>7. DOCUMENTOS RELACIONADOS</b></p>		
<p><i>R-AG-DPDI-DDI-007 - Memorándum</i></p>		
<p><i>R-AG-DPDI-DDI-013 - Oficio</i></p>		
<p><i>R-AG-DPDI-DDI-014 - Opinión Técnica</i></p>		
<p><i>R-AG-DPDI-DDI-015 - Memorando con Observaciones</i></p>		

Continuación del Anexo 5.

 <p><b>SEGEPLAN</b> Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia</p>	<p align="center"><b>Emisión de Opinión Técnica de Cooperación Internacional Reembolsable y No Reembolsable</b></p>	<p>CÓDIGO P-MNP-SID- DGNCD-001</p>	
<p><b>Dirección</b></p>		<p>VERSIÓN 1</p>	
	<p align="center"><b>Gestión, Negociación y Contratación de Cooperación para el Desarrollo e Inversión para el Desarrollo</b></p>	<p>Página 14 de 14</p>	
<p><i>P-MNP-AG-DA-DMSG-001- Gestión de Correspondencia Interna y Externa</i></p>			
<p><i>R-AG-DPDI-DDI-010 -Requerimientos Legales y Otros Aplicables</i></p>			
<p><b>8. ANEXOS</b></p>			
<p>N/A</p>			
<p><b>9. BITÁCORA DE CAMBIO</b></p>			
<i>Responsable</i>	<i>Motivo del Cambio</i>	<i>Nueva Versión</i>	<i>Fecha</i>
<p>Director(a) de Gestión, Negociación y Contratación de Cooperación para el Desarrollo y Director(a) de Inversión para el Desarrollo</p>	<p align="center">Creación del documento</p>	<p align="center">1</p>	<p align="center">Julio 2019</p>

Fuente: SEGEPLAN, *Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional.*

Anexo 6. **Procedimiento de emisión de opinión técnica a proyectos de inversión pública**

 <b>SEGEPLAN</b> <small>Secretaría de Planeación y Programación de la Presidencia</small>	<b>Emisión de Opinión Técnica a Proyectos de Inversión Pública</b>	<b>CÓDIGO</b> P-MNP-SID- DID-001
		<b>VERSIÓN</b> 1
<b>Dirección</b>	Dirección de Inversión para el Desarrollo	Página 1 de 6

**PROCEDIMIENTO DE  
 EMISIÓN DE OPINIÓN TÉCNICA A  
 PROYECTOS DE INVERSIÓN  
 PÚBLICA**

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
<b>Nombre:</b>			
<b>Puesto funcional que ocupa:</b>			
<b>Fecha:</b>			
<b>Firma:</b>			

Continuación del Anexo 6.

	<b>Emisión de Opinión Técnica a Proyectos de Inversión Pública</b>	<b>CÓDIGO</b> P-MNP-SID- DID-001
		<b>VERSIÓN</b> 1
<b>Dirección</b>	<b>Dirección de Inversión para el Desarrollo</b>	Página 2 de 6

**1. OBJETIVO**

Analizar y emitir opinión técnica a los proyectos presentados oficialmente a la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN- por las Entidades Públicas de Inversión -EPI-, en el marco de las Normas del Sistema Nacional de Inversión Pública.

**2. ALCANCE**

Este procedimiento aplica para las Entidades Públicas de Inversión que estén comprendidas en el artículo 2 del Decreto Número 101-97, Ley Orgánica del Presupuesto.

**3. REFERENCIA ISO / MARCO LEGAL**

ISO 9001:2015, capítulo 4.4  
ISO 9001:2015, capítulo 7.5

**4. DEFINICIONES**

- a. Alcance: Campo de acción donde aplica el documento.
- b. Diagrama: Expresión gráfica de lo descrito en el documento.
- c. Expediente: Documentación correspondiente a un proyecto.
- d. EPI: Entidad Pública de Inversión.
- e. Opinión Técnica: Pronunciamiento técnico que se emite a una iniciativa de inversión.
- f. Procedimiento: Forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso.
- g. SEGEPLAN: Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia.

Continuación del Anexo 6.

	<b>Emisión de Opinión Técnica a Proyectos de Inversión Pública</b>	<b>CÓDIGO</b> P-MNP-SID- DID-001
		<b>VERSIÓN</b> 1
<b>Dirección</b>	<b>Dirección de Inversión para el Desarrollo</b>	Página 3 de 6

h. SINIP: Sistema de Información de Inversión Pública.

i. SNIP: Sistema Nacional de Inversión Pública.

**5. RESPONSABLES**

El Director de Inversión para el Desarrollo y Subdirector de Inversión para el Desarrollo mantendrán actualizado el presente procedimiento.

El Analista en Documentos y Proyectos de Inversión Pública, Técnico(a) Especializado(a) en Recepción de Estudios y Proyectos, Especialista de Inversión para el Desarrollo y la Dirección Administrativa dará seguimiento las actividades que gestione el Director de Inversión para el Desarrollo.

Las Entidades Públicas de Inversión seguirán los lineamientos establecidos, ante cualquier solicitud.

**6. PROCEDIMIENTO**

	<b>Puesto Funcional</b>	<b>Descripción</b>
1	EPI	Solicita oficialmente la opinión técnica al documento del proyecto, conforme lo indicado en las Normas SNIP vigentes.
2	Analista en Documentos y Proyectos de Inversión Pública/ Técnico(a) Especializado(a) en Recepción de Estudios y Proyectos	Revisa expediente presentado, firma oficio de recibido y entrega copia a la EPI, ingresa información al sistema, emite Boleta de recepción y Boleta de Control de Traslado de Expedientes al Especialista. Si presenta inconsistencia se devuelve a la EPI para su corrección.

Continuación del Anexo 6.

	<b>Emisión de Opinión Técnica a Proyectos de Inversión Pública</b>	<b>CÓDIGO</b> P-MNP-SID- DID-001
		<b>VERSIÓN</b> 1
<b>Dirección</b>	<b>Dirección de Inversión para el Desarrollo</b>	Página 4 de 6

3	Especialista de Inversión para el Desarrollo	Recibe expediente del proyecto y Boleta de Control de Traslado de Expedientes al Especialista, firma de recibido las dos boletas y adjunta una copia al expediente.
4	Especialista de Inversión para el Desarrollo	Analiza los documentos del expediente del proyecto y emite opinión técnica de acuerdo al cumplimiento de las Normas SNIP y legislación aplicable en la matriz de evaluación correspondiente en el SINIP, registrando las observaciones en el sistema; genera en el SINIP reporte del resultado de Opinión Técnica del Proyecto y dos copias de Boleta de Control de Devoluciones de Expedientes por Especialista para traslado a la Unidad de Recepción y Gestión de Proyectos.
5	Analista en Documentos y Proyectos de Inversión Pública/ Asistente Especializado en Recepción de Estudios y Proyectos	Recibe expediente del proyecto con Boleta de Opinión Técnica del Proyecto, adjunta dos copias de la Boleta de Control de Devoluciones de Expedientes por Especialista. Revisa el expediente de proyecto y firma de recibido las Boletas de Control de Devoluciones de Expedientes por Especialista, devuelve una copia para el Especialista de Inversión y por último archiva el expediente.
6	Analista en Documentos y Proyectos de Inversión Pública/ Técnico(a) Especializado(a) en Recepción de Estudios y Proyectos	Genera en el SINIP la notificación del Resultado de Opinión Técnica y traslada al Director para firma.

Continuación del Anexo 6.

 <b>SEGEPLAN</b> <small>Secretaría de Planeación y Programación de la Presidencia</small>	<b>Emisión de Opinión Técnica a Proyectos de Inversión Pública</b>	<b>CÓDIGO</b> P-MNP-SID- DID-001
		<b>VERSIÓN</b> 1
<b>Dirección</b>	<b>Dirección de Inversión para el Desarrollo</b>	Página 5 de 6
7	Director de Inversión para el Desarrollo / Subdirector de Inversión para el Desarrollo	Firma la notificación del Resultado de Opinión Técnica
8	Analista en Documentos y Proyectos de Inversión Pública/ Técnico(a) Especializado(a) en Recepción de Estudios y Proyectos	Recibe la Notificación firmada y sellada del Resultado de Opinión Técnica para la Entidad Pública de Inversión; traslada a la Dirección Administrativa para su envío.
9	Dirección Administrativa	Revisar <i>P-MNP-AG-DA-DMSG-001 – Gestión de Correspondencia Interna y Externa</i>
10	EPI	Recibe Notificación del Resultado de Opinión Técnica y firma de recibido la copia.
11	Analista en Documentos y Proyectos de Inversión Pública/ Técnico(a) Especializado(a) en Recepción de Estudios y Proyectos	Archiva notificación firmada por la EPI, la registra en el SINIP y cierra el ciclo del proyecto.

Continuación del Anexo 6.

 <b>SEGEPLAN</b> <small>Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia</small>	<b>Emisión de Opinión Técnica a Proyectos de Inversión Pública</b>	<b>CÓDIGO</b> P-MNP-SID- DID-001	
		<b>VERSIÓN</b> 1	
<b>Dirección</b>	<b>Dirección de Inversión para el Desarrollo</b>	Página 6 de 6	
<p><b>7. DOCUMENTOS RELACIONADOS</b></p> <p>P-MNP-AG-DA-DMSG-001 - Gestión de Correspondencia Interna y Externa</p>			
<p><b>8. ANEXOS</b></p> <p>No aplica</p>			
<p><b>9. BITÁCORA DE CAMBIO</b></p>			
<b>Responsable</b>	<b>Motivo del Cambio</b>	<b>Nueva Versión</b>	<b>Fecha</b>
Director de Inversión para el Desarrollo	Creación del documento	1	Junio 2019

Fuente: SEGEPLAN, *Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional.*



Continuación del Anexo 7.

	<b>GESTIÓN DE RIESGOS</b>	<b>CÓDIGO</b> P-MNP-AG-DPDI- DDI-005
		<b>VERSIÓN</b> 1
<b>Dirección</b>	<b>PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL</b>	Página 2 de 11

**1. OBJETIVO**

El procedimiento Gestión de Riesgos, tiene como objetivo identificar y valorar los riesgos asociados a la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en SEGEPLAN, así como el análisis de causas y las acciones a implementar, para contar con un método preventivo y asegurar la eficacia de dicho sistema.

**2. ALCANCE**

Los lineamientos aplican para los procesos de Emisión de Opinión Técnica a los Instrumentos, Programas y/o Proyectos Financiados con Recursos de la Cooperación Internacional No Reembolsable, Emisión de Opinión Técnica para la Gestión y Negociación de Operaciones con Recursos de Cooperación Reembolsable, Emisión de Opinión Técnica a Proyectos de Inversión Pública, así como procesos asociados.

**3. REFERENCIA ISO / MARCO LEGAL**

Apartado 6.1.1 y 6.1.2 Norma ISO 9001:2015

**4. DEFINICIONES**

**Documento:** Información o medio en el cual está contenida ésta, pudiendo ser papel, disco de lectura electrónica, fotografía o muestra estándar, o una combinación de éstos.

**Evidencia objetiva:** Hechos, declaraciones, informaciones, constataciones que sean verificables.

**Procedimiento:** Forma especificada de ejecutar un proceso o una actividad.

**Registro:** Documento que presenta resultados obtenidos o brinda evidencia objetiva de actividades especificadas.

**Riesgo:** Efecto de la incertidumbre sobre un resultado esperado.

Continuación del Anexo 7.

	<b>GESTIÓN DE RIESGOS</b>	CÓDIGO P-MNP-AG-DPDI- DDI-005
		VERSIÓN 1
<b>Proceso</b>	<b>Calidad y Mejora</b>	Página 3 de 11

**Impacto:** efecto –positivo o negativo- que proyectará una situación específica sobre otra con la que se encuentra relacionada, de manera que cambie las circunstancias inicialmente establecidas.

**Probabilidad:** Es la mayor o menor posibilidad de que ocurra un determinado proceso.

**Vulnerabilidad:** puntos frágiles o débiles que puede presentar un proceso, actividad o situación y que pueden hacer que el resultado esperado se vea afectado negativamente.

**Oportunidad:** Posibilidad que se presenta o existe de que se realice una acción para conseguir o alcanzar algún tipo de mejora.

**5. RESPONSABLES**

Es responsabilidad del Secretario aprobar el presente documento, procedimientos, registros del Sistema de Gestión de Calidad y política de calidad.

Es responsabilidad del Director(a) de Planificación y Desarrollo Institucional actualizar el presente documento.

Es responsabilidad de los Directores de las distintas áreas el cumplimiento de lo indicado en el presente documento.

Es responsabilidad del Comité de Calidad, realizar el análisis de riesgos del Contexto de la Organización y las Partes Interesadas.

Es responsabilidad de los dueños de los procesos, realizar este mismo análisis dependiendo del proceso en cuestión.

Es responsabilidad del Especialista en Desarrollo Organizacional y Servicios Técnicos mantener actualizadas las matrices de riesgos con la información proporcionada tanto por el Comité de Calidad como por los dueños de los procesos.

Continuación del Anexo 7.

 <p><b>SEGEPLAN</b> Secretaría de Planeación y Programación de la Presidencia</p>	<p><b>GESTIÓN DE RIESGOS</b></p>	<p>CÓDIGO P-MNP-AG-DPDI- DDI-005</p>
<p>Proceso</p>		<p>VERSIÓN 1</p>
<p>Calidad y Mejora</p>		<p>Página 4 de 11</p>
<p><b>6. PROCEDIMIENTO</b></p>		
<p><b>6.1 GESTIÓN DE RIESGOS</b></p>		
<p><b>Pasos</b></p>	<p><b>Puesto Funcional</b></p>	<p><b>Descripción</b></p>
<p>1</p>	<p>Gestor de Calidad</p>	<p>Solicita la actualización/elaboración del registro <i>R-AG-DPDI-DDI-005 - Matriz de Riesgos</i> de determinado proceso, contexto organizacional o partes interesadas, derivado de un cambio relevante a lo interno o externo de la organización.</p>
<p>2</p>	<p>Dueño(s) del proceso</p>	<p>Realizan una revisión de los riesgos del área específica bajo análisis, con la finalidad de actualizar y/o modificar la matriz de riesgos.</p>
<p>3</p>	<p>Dueño(s) del proceso</p>	<p>Actualizan el listado de riesgos asociados al proceso/contexto/parte interesada, una vez identificados los cambios necesarios.</p> <p>Si es un nuevo riesgo se procede a la realizar la valoración del mismo.</p>
<p>4</p>	<p>Dueño(s) del proceso</p>	<p>Realizan la valoración del riesgo, con base a su experiencia, considerando el impacto y la probabilidad, según la ponderación de la tabla. Ver Anexo 1.</p>
<p>5</p>	<p>Dueño(s) del proceso</p>	<p>Calculan Nivel de Riesgo por medio de la multiplicación de Probabilidad x Impacto, obteniendo la Evaluación Preliminar del Riesgo (Nivel de Riesgo)</p>
<p>6</p>	<p>Dueño(s) del proceso</p>	<p>Verifican la clasificación del riesgo según el nivel de riesgo calculado en el paso 5. Ver Anexo 2</p>

Continuación del Anexo 7.

		<b>GESTIÓN DE RIESGOS</b>		CÓDIGO P-MNP-AG-DPDI- DDI-005
				VERSIÓN 1
Proceso		Calidad y Mejora		Página 5 de 11
Pasos	Puesto Funcional	Descripción		
7	Dueño(s) del proceso	Verifican si se dispone de Controles Existentes (medidas preventivas para la mitigación del riesgo). De contar con éstos, se procede a incluir su descripción en la matriz de riesgos y se evalúa nuevamente si los controles contribuyen a mitigar el nivel de probabilidad de riesgo, así como el nivel de impacto. De resultar positivas estas afirmaciones, el formato de la matriz actualizará automáticamente la valoración de la Probabilidad y del Impacto al nivel inmediato inferior.		
8	Dueño(s) del proceso	Realizan el análisis inicial y de los controles existentes, dependiendo de la valoración obtenida según Anexo 2, se utilizará como guía la Tabla de Vulnerabilidades de la Matriz de Riesgo, para el tratamiento del mismo.		
9	Dueño(s) del proceso	(a) Verifica la valoración del riesgo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la valoración queda establecida en la zona "VERDE", no se considerará ninguna acción específica para el riesgo en cuestión por considerarse de bajo impacto.</li> <li>• Si este riesgo llega a presentarse en el desarrollo de las actividades generando algún impacto, se realizará un análisis de causas; así como, las acciones a implementar para mitigarlo.</li> </ul> Definirá al responsable de dichas acciones, tiempo para implementarlas y fecha de seguimiento, para el efecto se utilizará el registro <i>R-AG-DPDI-DDI-006 - Acciones Procedentes del Análisis de Riesgos</i> .		

Continuación del Anexo 7.

	<b>GESTIÓN DE RIESGOS</b>	<b>CÓDIGO</b> P-MNP-AG-DPDI- DDI-005
<b>Proceso</b>	<b>Calidad y Mejora</b>	<b>VERSIÓN</b> 1  Página 6 de 11

Pasos	Puesto Funcional	Descripción												
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="background-color: #00FF00;">Bajo</td> <td style="background-color: #00FF00;">Aceptable</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #00FF00;">Bajo</td> <td style="background-color: #00FF00;">Tolerable 1</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #00FF00;">Bajo</td> <td style="background-color: #00FF00;">Tolerable 2</td> </tr> </table> <p>(b) Verifica la valoración del riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la valoración del riesgo queda establecida en la zona "AMARILLA", no se toma ninguna acción; sin embargo indica estado de alerta.</li> <li>• Si este riesgo llega a presentarse en el desarrollo de las actividades, se realizará un análisis de causas; así como, las acciones a implementar para mitigarlo, definición del responsable, tiempo para implementarlas y fecha de seguimiento, para el efecto se utilizará el registro <i>R-AG-DPDI-DDI-006 - Acciones Procedentes del Análisis de Riesgos</i>.</li> </ul> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="background-color: #FFFF00;">Medio</td> <td style="background-color: #FFFF00;">Moderado 1</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #FFFF00;">Medio</td> <td style="background-color: #FFFF00;">Moderado 2</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #FFFF00;">Medio</td> <td style="background-color: #FFFF00;">Moderado 3</td> </tr> </table>	Bajo	Aceptable	Bajo	Tolerable 1	Bajo	Tolerable 2	Medio	Moderado 1	Medio	Moderado 2	Medio	Moderado 3
Bajo	Aceptable													
Bajo	Tolerable 1													
Bajo	Tolerable 2													
Medio	Moderado 1													
Medio	Moderado 2													
Medio	Moderado 3													

Continuación del Anexo 7.

 <p>SEGEPLAN SISTEMA DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE PROYECTOS</p>	<p><b>GESTIÓN DE RIESGOS</b></p>	<p>CÓDIGO P-MNP-AG-DPDI- DDI-005</p>
		<p>VERSIÓN 1</p>
<p>Proceso</p>	<p>Calidad y Mejora</p>	<p>Página 7 de 11</p>

Pasos	Puesto Funcional	Descripción						
		<p>(c) Verifica la valoración del riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la valoración del riesgo queda establecida en la zona "ROJA", debe realizarse un análisis de causas del riesgo y las acciones a implementar para mitigarlo; así como el responsable de dichas acciones.</li> <li>• En el caso de que el riesgo resulte INACEPTABLE, deberán emprenderse acciones para tratar de mitigar dicho riesgo y reducir la probabilidad de ocurrencia; para el efecto se utilizará el registro <i>R-AG-DPDI-DDI-006 - Acciones Procedentes del Análisis de Riesgos</i>.</li> </ul> <div data-bbox="935 1052 1235 1255" style="text-align: center; border: 1px solid black; margin: 10px auto;"> <table border="1"> <tr> <td style="background-color: red; color: white;">Alto</td> <td style="background-color: red; color: white;">Importante 1</td> </tr> <tr> <td style="background-color: red; color: white;">Alto</td> <td style="background-color: red; color: white;">Importante 2</td> </tr> <tr> <td style="background-color: red; color: white;">Alto</td> <td style="background-color: red; color: white;">Inaceptable</td> </tr> </table> </div>	Alto	Importante 1	Alto	Importante 2	Alto	Inaceptable
Alto	Importante 1							
Alto	Importante 2							
Alto	Inaceptable							
10	Dueño(s) del proceso	Envían al Gestor de Calidad el registro <i>R-AG-DPDI-DDI-005 - Matriz de Riesgos</i> y el registro <i>R-AG-DPDI-DDI-006 - Acciones Procedentes del Análisis de Riesgos</i> (si lo amerita) para archivo y actualización en los registros del Sistema de Gestión de Calidad de la SEGEPLAN.						
11	Gestor de Calidad	Propone la revisión y actualización de las Matrices de Riesgos, por lo menos una vez al año.						

Continuación del Anexo 7.

	<b>GESTIÓN DE RIESGOS</b>	CÓDIGO P-MNP-AG-DPDI- DDI-005
		VERSIÓN 1
Proceso	Calidad y Mejora	Página 8 de 11

**ACCIONES PROCEDENTES DEL ANÁLISIS DE RIESGOS**

Los apartados del registro *R-AG-DPDI-DDI-006 - Acciones Procedentes del Análisis de Riesgos* deberán llenarse de la siguiente forma para cada uno de los riesgos identificados y que se encuentren en las zonas ROJA:

- a) **Subproceso:** Dependiendo de cómo se encuentre organizada cada Dirección se tienen Subprocesos, de no tenerlos se procede a dejar el espacio en blanco.
- b) **Actividades:** Se describe brevemente las actividades referentes a los procedimientos que tiene dicha Dirección.
- c) **Fecha de Apertura:** Colocar la fecha en que fue identificado el riesgo (siempre que esté ubicado en la zona roja).
- d) **Descripción del riesgo:** Colocar la misma descripción del riesgo utilizada en la matriz.
- e) **Análisis de causas:** Es necesario que el dueño del proceso se reúna con su equipo de trabajo para establecer las causas que hayan dado origen al riesgo, y de esta forma generar las posibles soluciones detectadas para mitigar el mismo.
- f) **Acción a implementar:** De la totalidad de soluciones detectadas para mitigar el riesgo, se selecciona por consenso la que se considere la mejor opción.
- g) **Responsable:** Se debe establecer quién será la persona, incluido el cargo, que ejecutará la acción al momento de que se presente el riesgo
- h) **Fecha prevista de cierre:** Esta casilla debe llenarse hasta el momento en que el riesgo se presenta, el responsable de implementar la acción, deberá completar la referida casilla.

Continuación del Anexo 7.

	<b>GESTIÓN DE RIESGOS</b>	<b>CÓDIGO</b> P-MNP-AG-DPDI- DDI-005
		<b>VERSIÓN</b> 1
<b>Proceso</b>	<b>Calidad y Mejora</b>	Página 9 de 11

i) **Fecha de cierre:** En esta casilla se deberá anotar la fecha REAL en que se completó la acción para mitigar el riesgo.  
 j) **Estado:** Aquí debe colocarse como ACCIÓN ABIERTA si aún no se ha completado la acción o ACCIÓN CERRADA si ya se ha completado.  
 k) **Evidencia/ Observaciones:** El Gestor de Calidad, da seguimiento a las actividades derivadas del registro *R-AG-DPDI-DDI-006 - Acciones Procedentes del Análisis de Riesgos*, se procede a reunir con las partes interesadas, de estar implementadas las acciones correctamente y tener las evidencias correspondientes, procede a dar por cerrada la acción. En esta casilla el Gestor de Calidad describe las evidencias encontradas y porqué da la acción cerrada.

**6.2 OPORTUNIDADES**

Pasos	Puesto Funcional	Descripción
1	Gestor de Calidad y Director(a) de Planificación y Desarrollo Institucional	Llevará a las reuniones de la Alta Dirección el conglomerado de las actividades que se encuentran en color rojo y el estatus de las acciones.
2	Alta Dirección	Tomará las acciones correspondientes, para que los riesgos en color rojo disminuyan a una categoría de tolerable.

Continuación del Anexo 7.

	<b>GESTIÓN DE RIESGOS</b>	CODIGO P-MNP-AG-DPDI- DDI-005
		VERSIÓN 1
<b>Proceso</b>	<b>Calidad y Mejora</b>	Página 10 de 11

**7. DOCUMENTOS RELACIONADOS**

*R-AG-DPDI-DDI-005 - Matriz de Riesgos*

*R-AG-DPDI-DDI-006 - Acciones Procedentes del Análisis de Riesgos*

**8. ANEXOS**

**Anexo 1: Valoración del Riesgo**

<b>Probabilidad</b>	<b>alta</b>	3	15	30	60
	<b>media</b>	2	10	20	40
	<b>baja</b>	1	5	10	20
<b>Valoración</b>		5	10	20	
		leve	moderada	catastrófico	
		<b>Impacto</b>			

**Anexo 2: Clasificación del riesgo**

COMBINACIONES						
Probabilidad	Impacto	Producto	Nivel de riesgo	Resultado	Tratamiento	
1	5	5	8%	Bajo	Aceptable	Assumer o reducir el riesgo, se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible.
1	10	10	17%	Bajo	Tolerable 1	Assumer o reducir el riesgo, se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible.
2	5	10	17%	Bajo	Tolerable 2	Assumer o reducir el riesgo, se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible. Cuando la Probabilidad del riesgo es media y su Impacto leve, se debe realizar un análisis del costo beneficio con el que se pueda decidir entre reducir el riesgo, assumer o compartirlo.
3	5	15	25%	Medio	Moderado 1	Evitar el riesgo, se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible. los Riesgos de Impacto leve y Probabilidad alta se previenen.
2	10	20	33%	Medio	Moderado 2	Reducir, Evitar, Compartir o transferir el riesgo, se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible, también es viable combinar estas medidas con evitar el riesgo cuando éste presenta una Probabilidad alta y media, y el Impacto es moderado o catastrófico, los Riesgos con Impacto moderado y Probabilidad media, se reduce o se comparte el riesgo, si es posible.
1	20	20	33%	Medio	Moderado 3	Reducir, Compartir o transferir el riesgo. Cuando el riesgo tiene una Probabilidad baja y Impacto catastrófico se debe tratar de compartir el riesgo y evitar la entidad en caso de que éste se presente. Siempre que el riesgo es calificado con Impacto catastrófico la Entidad debe diseñar planes de contingencia, para protegerse en caso de su ocurrencia.
3	10	30	50%	Alto	Importante 1	Reducir, Evitar, Compartir o transferir el riesgo, se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible. También es viable combinar estas medidas con evitar el riesgo cuando éste presenta una Probabilidad alta y media, y el Impacto es moderado o catastrófico.
2	20	40	67%	Alto	Importante 2	Reducir, Evitar, Compartir o transferir el riesgo. Se deben tomar medidas para llevar los Riesgos a la Zona Aceptable o Tolerable, en lo posible. También es viable combinar estas medidas con evitar el riesgo cuando éste presenta una Probabilidad alta y media, y el Impacto es moderado o catastrófico. Siempre que el riesgo es calificado con Impacto catastrófico la Entidad debe diseñar planes de contingencia, para protegerse en caso de su ocurrencia.
3	20	60	100%	Alto	Inaceptable	Evitar, Reducir, Compartir o transferir el riesgo. Es aconsejable eliminar la actividad que genera el riesgo, en la medida que sea posible, de lo contrario se deben implementar controles de prevención para evitar la Probabilidad del riesgo, de Protección para disminuir el Impacto o compartir o transferir el riesgo si es posible a través de pólizas de seguros u otras opciones que estén disponibles. Siempre que el riesgo sea calificado con Impacto catastrófico la Entidad debe diseñar planes de contingencia, para protegerse en caso de su ocurrencia.

Continuación del Anexo 7.

 <p><b>SEGEPLAN</b> <small>Sistema de Planificación y Programación de la Presidencia</small></p>	<p style="text-align: center;"><b>GESTIÓN DE RIESGOS</b></p>	<p>CÓDIGO P-MNP-AG-DPDI- DDI-005</p>	
<p>Proceso</p>		<p>VERSIÓN 1</p>	
<p style="text-align: center;">Calidad y Mejora</p>		<p>Página 11 de 11</p>	
<p><b>9. BITÁCORA DE CAMBIO</b></p>			
<p><i>Responsable</i></p>	<p><i>Motivo del Cambio</i></p>	<p><i>Nueva Versión</i></p>	<p><i>Fecha</i></p>
<p>Directora de Planificación y Desarrollo Institucional</p>	<p style="text-align: center;">Creación del documento</p>		

Fuente: SEGEPLAN, *Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional.*

Anexo 8. **Procedimiento de auditorías internas y externas de calidad**

 <p><b>SEGEPLAN</b> <small>Sistema de Planeación y Programación de la Presidencia</small></p>	<p><b>AUDITORÍAS INTERNAS Y EXTERNAS DE CALIDAD</b></p>	<p>CÓDIGO P-MNP-AG- DPDI-DDI-004</p> <p>VERSIÓN 1</p>	
<p>Proceso</p>	<p>Calidad y Mejora</p>	<p>Página 1 de 8</p>	
<p><b>AUDITORÍAS INTERNAS Y EXTERNAS DE CALIDAD</b></p>			
	<p><b>Elaborado por:</b></p>	<p><b>Revisado por:</b></p>	<p><b>Aprobado por:</b></p>
<p><b>Nombre:</b></p>			
<p><b>Puesto funcional que ocupa:</b></p>			
<p><b>Fecha:</b></p>			
<p><b>Firma:</b></p>			

Continuación del Anexo 8.

 <p><b>SEGEPLAN</b> Sistema de Gestión de Planificación y Organización de la Empresa</p>	<p><b>AUDITORÍAS INTERNAS Y EXTERNAS DE CALIDAD</b></p>	<p>CÓDIGO P-MNP-AG- DPDI-DDI-004</p>
<p>Proceso</p>		<p>VERSIÓN 1</p>
<p>Calidad y Mejora</p>		<p>Página 2 de 8</p>

**1. OBJETIVO**

El presente procedimiento tiene como objetivo definir la metodología para planificar y efectuar auditorías internas; y gestionar auditorías externas del Sistema de Gestión de Calidad de SEGEPLAN, con el fin de obtener datos e información oportuna para verificar que las actividades previstas se ejecutan de manera apropiada.

**2. ALCANCE**

Este procedimiento es aplicable a las auditorías internas y externas del presente Sistema de Gestión de Calidad.

**3. REFERENCIA ISO / MARCO LEGAL**

ISO 9001:2015 Capítulo 9.2

**4. DEFINICIONES**

- **Auditoría:** Metodología independiente que determina si las actividades y los resultados relativos al Sistema de Gestión de Calidad satisfacen las disposiciones previamente establecidas; así mismo se comprueba que estas disposiciones se llevan a cabo eficazmente y son adecuadas para alcanzar los objetivos previstos.
- **Evidencia objetiva:** Documentación o declaración de hechos cuya veracidad puede demostrarse, basada en hechos o datos; la cual puede ser utilizada para las auditorías internas y/o externas.
- **Programa de Auditoría:** Conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico<sup>1</sup>


---

<sup>1</sup> Norma ISO 9000:2015

Continuación del Anexo 8.

 <p>SEGEPLAN Sistema de Evaluación y Programación de la Gestión</p>	<b>AUDITORÍAS INTERNAS Y EXTERNAS DE CALIDAD</b>	<b>CÓDIGO</b> P-MNP-AG- DPDI-DDI-004
<b>Proceso</b>	Calidad y Mejora	<b>VERSIÓN</b> 1
		Página 3 de 8

**5. RESPONSABLES**

El Gestor de Calidad es el encargado de elaborar, archivar y distribuir a quien corresponda el formato de Planificación de Auditorías, así como acompañar presencialmente en las auditorías internas y externas.

El Director(a) de Planificación y Desarrollo Institucional comunicará formalmente a las Direcciones involucradas, cuando se realizarán las auditorías internas y externas, así mismo revisará los informes de auditoría interna y externa.

El responsable del área auditada colaborará aportando los datos y documentos necesarios al auditor interno y externo, y deberá proponer acciones correctivas para cada una de las desviaciones detectadas.

La Alta Dirección en conjunto con la Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional darán seguimiento al cierre de no conformidades, observaciones u hallazgos derivados de la auditoría interna y externa.

Continuación del Anexo 8.

	<p style="text-align: center;"><b>AUDITORÍAS INTERNAS Y EXTERNAS DE CALIDAD</b></p>	<p style="text-align: center;">CÓDIGO P-MNP-AG- DPDI-DDI-004</p>
<p style="text-align: center;"><b>Proceso</b></p>		<p style="text-align: center;">VERSIÓN 1</p>
	<p style="text-align: center;">Calidad y Mejora</p>	<p style="text-align: center;">Página 4 de 8</p>

**6. PROCEDIMIENTO**

**6.1 PERSONAL AUDITOR**

El personal auditor deberá ser objetivo, imparcial e independiente de las áreas auditadas.

El auditor reunirá como mínimo los siguientes requisitos:

- Formación académica mínima: Estudios de grado superior
- Contar con certificado o diploma de un curso relacionado a la Gestión de Calidad.

Para la realización de las auditorías se podrá subcontratar la auditoría interna. El Gestor de Calidad bajo la aprobación del Director de Planificación y Desarrollo Institucional realizará todas las comunicaciones necesarias para la subcontratación y acompañará a los auditores externos durante toda la auditoría.

En el caso de subcontratar la auditoría interna, se comprobará que el auditor posea una experiencia adecuada en auditorías de calidad y/o que pertenezca a una empresa de servicios de consultorías de calidad.

**6.2 Programación de Auditorías Internas de Calidad**

El Gestor de Calidad y el Director de Planificación y Desarrollo Institucional programará las auditorías utilizando el registro *R-AG-DPDI-DDI-001 - Planificación de Auditorías*. Este programa de auditoría sirve de referencia para verificar la conformidad del sistema de gestión de calidad con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 y los requisitos propios, los resultados de auditorías previas y el desempeño de procesos, donde se definen además las áreas a ser auditadas y las fechas programadas. Las auditorías se realizan mínimo una vez al año. Este programa puede modificarse a lo largo del año si fuera necesario.

Continuación del Anexo 8.

	<b>AUDITORÍAS INTERNAS Y EXTERNAS DE CALIDAD</b>	<b>CÓDIGO</b> P-MNP-AG- DPDI-DDI-004
		<b>VERSIÓN</b> 1
<b>Proceso</b>	Calidad y Mejora	Página 5 de 8

En este formato se determinan los criterios de auditoría, el alcance de la misma, frecuencia, recursos y metodología.

- Se priorizan los procedimientos de emisión de opinión de: a) Emisión de Opinión Técnica para la Gestión y Negociación de Operaciones con Recursos de Cooperación Reembolsable, b) Emisión de Opinión Técnica a los Instrumentos, Programas y/o Proyectos Financiados con Recursos de la Cooperación Internacional No Reembolsable y c) Emisión de Opinión Técnica a Proyectos de Inversión Pública
- Se considera el estado y los resultados de auditorías anteriores, los procedimientos en los que existen mejoras continuas y los procesos con mayor cantidad de no conformidades en Auditorías anteriores.

**6.3 PLANIFICACIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS**

Pasos	Puesto Funcional/ Responsable	Descripción
1	Alta Dirección	Aprueban el plan de auditorías para el año siguiente, anualmente se realizará una auditoría interna y una externa. Deben tener en cuenta el estado de los procesos y el resultado de auditorías anteriores.
2	Gestor de Calidad	En el registro <i>R-AG-DPDI-DDI-001 - Planificación de Auditorías</i> , detalla el período que comprende, el alcance de la auditoría, los auditores y las fechas aproximadas, entre otros datos.
3	Gestor de Calidad	Notifica a las partes auditadas la ejecución de la auditoría con tiempo suficiente para su preparación.

Continuación del Anexo 8.

	<b>AUDITORÍAS INTERNAS Y EXTERNAS DE CALIDAD</b>	<b>CÓDIGO</b> P-MNP-AG- DPDI-DDI-004
		<b>VERSIÓN</b> 1
<b>Proceso</b>	Calidad y Mejora	Página 6 de 8

Nota:  
 El Gestor de Calidad puede modificar este plan de auditorías según surjan necesidades en la organización. Cualquier cambio lo comunicará al Director de Planificación y Desarrollo Institucional, quien en conjunto con el Despacho Superior procederá a revisar los motivos y aprobarlos si lo amerita.

**6.4 REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS Y EXTERNAS**

Pasos	Puesto Funcional/ Responsable	Descripción
1	Gestor de Calidad	Involucra a los dueños de procesos del Sistema de Gestión de Calidad previo a iniciar con la auditoría interna.
	Auditor Interno o Auditor Subcontratado	Explica a los auditados el objetivo de la auditoría y la metodología a desarrollar.
2	Auditor Interno o Auditor Subcontratado	Lleva a cabo la Auditoría mediante muestreo aleatorio pero representativo de la documentación existente.
3	Auditor Interno o Auditor Subcontratado	Verifica mediante observación, preguntas a los auditados y otros métodos que considere convenientes, que los procedimientos del sistema de gestión de calidad se aplican correctamente y se cuenta con evidencia objetiva de las actividades. Cualquier incumplimiento de los procedimientos o de la norma ISO 9001:2015 supone una No Conformidad.
4	Auditor Interno o Auditor Subcontratado	En el momento de detectar la no conformidad, comunica al auditado para que éste pueda realizar las aclaraciones que considere oportunas. Identifica las no conformidades basándose en hechos o datos que demuestren una evidencia objetiva.

Continuación del Anexo 8.

 <b>SEGEPLAN</b> <small>Sistema de Evaluación y Programación de la Política</small>	<b>AUDITORÍAS INTERNAS Y EXTERNAS DE CALIDAD</b>	<b>CÓDIGO</b> P-MNP-AG- DPDI-DDI-004
		<b>VERSIÓN</b> 1
<b>Proceso</b>	Calidad y Mejora	Página 7 de 8

Pasos	Puesto Funcional/ Responsable	Descripción
5	Auditor Interno o Auditor Subcontratado	Una vez finalizada la auditoría, emite un informe de auditoría. Genera el informe mediante el registro <i>R-AG-DPDI-DDI-002 - Informe de Auditoría</i> , el cuál adjuntará las notas y/o la lista de verificación de auditoría que haya utilizado. Si el auditor es subcontratado ya sea para una auditoría interna o externa, sus informes y notas serán archivados como registros por el Gestor de Calidad al finalizar la auditoría.
6	Auditor Interno o Auditor Subcontratado	Concluye la Auditoría Interna por medio de una reunión de cierre, convoca a todos los involucrados
7	Gestor de Calidad o Auditor Subcontratado	Notifica los resultados obtenidos de la Auditoría Interna. En dado caso se haya subcontratado el servicio para auditoría interna o externa, el auditor es quien procede a notificar los resultados.

#### 6.5 SEGUIMIENTO DE RESULTADOS DE AUDITORÍAS INTERNAS Y EXTERNAS

El resultado de las auditorías internas y externas conllevará acciones correctivas tratando de buscar la causa que las originan con el fin de eliminarlas. El seguimiento se encuentra documentado en el procedimiento *P-MNP-AG-DPDI-DDI-002 - Procedimiento No Conformidades y Acciones Correctivas*.

Continuación del Anexo 8.

	<b>AUDITORÍAS INTERNAS Y EXTERNAS DE CALIDAD</b>	<b>CÓDIGO</b> P-MNP-AG-DPDI-DDI-004	
		<b>VERSIÓN</b> 1	
<b>Proceso</b>	Calidad y Mejora	Página 8 de 8	

**7. DOCUMENTOS RELACIONADOS**

*R-AG-DPDI-DDI-001 - Planificación de Auditorías*

*R-AG-DPDI-DDI-002 - Informe de Auditoría Interna*

*P-MNP-AG-DPDI-DDI-002 - Procedimiento No Conformidades y Acciones Correctivas*

**8. ANEXOS**

N/A

**9. BITÁCORA DE CAMBIO**

<i>Responsable</i>	<i>Motivo del Cambio</i>	<i>Nueva Versión</i>	<i>Fecha</i>

Fuente: SEGEPLAN, Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional.



Continuación del Anexo 9.

 <p><b>SEGEPLAN</b> Sistema de Planeación y Programación de Proyectos</p>	<p><b>NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS</b></p>	<p><b>CÓDIGO</b> P-MNP-AG- DPDI-DDI-002</p> <p><b>VERSIÓN</b> 1</p>
<p><b>Proceso</b></p>	<p><b>Calidad y Mejora</b></p>	<p>Página 2 de 13</p>
<p><b>1. OBJETIVO</b></p> <p>Este procedimiento del sistema de gestión de calidad tiene como finalidad dar los lineamientos a seguir ante una no conformidad y acción correctiva, para fines de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigación de causas básicas y lineamiento de no conformidades;</li> <li>• Verificación de la necesidad e implementación de las acciones de corrección, correctivas y de mejora, así como el manejo de estas acciones;</li> <li>• Análisis crítico de la eficacia de las acciones correctivas ejecutadas.</li> </ul> <p><b>2. ALCANCE</b></p> <p>Los lineamientos aplican para el proceso de cooperación internacional reembolsable y no reembolsable y el proceso de evaluación de proyectos de inversión pública, así como procesos estratégicos y de apoyo.</p> <p><b>3. REFERENCIA ISO / MARCO LEGAL</b></p> <p>ISO 9001:2015, capítulo 10</p> <p>ISO 9001:2015, capítulo 6.3</p> <p><b>4. DEFINICIONES</b></p> <p><b>Acción correctiva:</b> Acción adoptada para eliminar la causa raíz de una no conformidad real identificada previniendo su recurrencia.</p> <p><b>Acción de corrección:</b> Acción a ser implementada para eliminar la causa inmediata de una no conformidad, a fin de mitigar sus consecuencias. Esta acción puede ser suficiente y definitiva o incluso requerir una acción correctiva.</p>		

Continuación del Anexo 9.

 <p><b>SEGEPLAN</b> Sistema de Planeación y Regeneración de la Política</p>	<p><b>NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS</b></p>	<p>CÓDIGO P-MNP-AG- DPDI-DDI-002</p> <p>VERSIÓN 1</p>
<p><b>Proceso</b></p>	<p><b>Calidad y Mejora</b></p>	<p>Página 3 de 13</p>
<p><b>Auditoría:</b> Proceso sistemático, documentado e independiente, para obtener evidencia objetivamente para determinar la extensión en la que se cumplen los criterios.</p> <p><b>Causa raíz:</b> Causa de una no conformidad obtenida a través de un proceso de investigación consistente, global y registrada, a partir del cual pueden establecerse acciones correctivas.</p> <p><b>Evidencia objetiva:</b> Hechos, declaraciones, informaciones, constataciones que sean verificables.</p> <p><b>No conformidad:</b> Incumplimiento de un requerimiento especificado en algún procedimiento del sistema de gestión de calidad.</p> <p><b>Observación:</b> No conformidad potencial identificada en eventos de Auditoría Interna o Auditoría Externa.</p> <p><b>Oportunidad de mejora:</b> Constatación que permite un avance potencial con el propósito de alcanzar un perfeccionamiento en los resultados / indicadores cuantificables asociada a la mejora del nivel de prevención, reducción de costos de prevención, aumento de productividad, etc.</p> <p><b>Registro:</b> Documento que presenta los resultados obtenidos de la aplicación de determinado procedimiento o brinda evidencias objetiva del cumplimiento de requerimientos o de actividades realizadas.</p> <p><b>Informe de no conformidad:</b> Modelo de formato utilizado para registrar la identificación y el tratamiento de desviaciones en prácticas, procedimientos, planes, requerimientos legales y otros, desempeño o cualquier otro asociado al cumplimiento de un requerimiento.</p>		

Continuación del Anexo 9.

 <p><b>SEGEPLAN</b> Sistema de Planificación y Organización de la Gestión</p>	<p><b>NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS</b></p>	<p>CÓDIGO P-MNP-AG- DPDI-DDI-002</p>
		<p>VERSIÓN 1</p>
<p>Proceso</p>	<p>Calidad y Mejora</p>	<p>Página 4 de 13</p>

**5. RESPONSABLES**

Es obligación del/la Directora(a) de Planificación y Desarrollo Institucional mantener actualizado el presente procedimiento.

Es obligación del Gestor de Calidad de gestionar las no conformidades del Sistema de Gestión de Calidad, así como de capacitar del presente procedimiento a las Direcciones involucradas.

Es obligación de las Direcciones dar seguimiento a las no conformidades, según lo establecido en el presente procedimiento.

Es obligación del Comité de Calidad, dar seguimiento a las no conformidades atrasadas.

**6. PROCEDIMIENTO**

Pasos	Puesto Funcional	Descripción
1	Gestor de Calidad	Revisa y analiza el informe generado de las No Conformidades en los procesos del Sistema de Gestión de Calidad.
2	Gestor de Calidad	Apertura el registro <a href="#">R-AG-DPDI-DDI-005</a> - No Conformidades y asigna numeración, origen, caracterización y descripción de la No Conformidad y traslada al Director responsable de la No Conformidad.

Continuación del Anexo 9.

 <p>SEGEPLAN Sistema de Estadística y Programación de la Federación</p>	<p><b>NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS</b></p>	<p>CÓDIGO P-MNP-AG- DPDI-DDI-002</p> <p>VERSIÓN 1</p>
<p>Proceso</p>	<p>Calidad y Mejora</p>	<p>Página 5 de 13</p>

Pasos	Puesto Funcional	Descripción
3	Directores responsables de procesos	En el <a href="#">R-AG-DPDI-DDI-005 - No Conformidades</a> define e implementa acciones de corrección que permita solucionar de forma inmediata la No Conformidad
4	Directores responsables de procesos / Gestor de Calidad	Se reúnen para evaluar la eficacia de las acciones de corrección y la necesidad de definir acciones correctivas para evitar las recurrencias.
5	Directores responsables de procesos / Gestor de Calidad	Identifican la causa raíz para ser sometidas a investigación y análisis, definen las acciones correctivas para prevenir las recurrencias y ocurrencias mediante un análisis Causa-Efecto.
6	Directores responsables de procesos / Gestor de Calidad	Se reúnen para verificar la implementación de las acciones de corrección y de las acciones correctivas según corresponda, evalúan los vencimientos de plazos establecidos en la apertura o prorroga.
7	Gestor de Calidad	Llena los campos respectivos en el <a href="#">R-AG-DPDI-DDI-005 - No Conformidades</a>
8	Directores responsables de procesos / Gestor de Calidad	Definen conjuntamente un plazo para verificación de eficacia registrando en <a href="#">R-AG-DPDI-DDI-006 - Monitoreo de No Conformidades</a> . Si no se implementan o se retrasan las acciones fijan un nuevo plazo para la implementación de las mismas.
9	Directores responsables de procesos / Gestor de Calidad	Se reúnen para verificar la eficacia de las acciones correctivas al vencimiento del plazo establecido, llenan el campo específico en el registro de <a href="#">R-AG-DPDI-DDI-005 - No Conformidades</a> así como en el registro <a href="#">R-AG-DPDI-DDI-006 - Monitoreo de No Conformidades</a> .

Continuación del Anexo 9.

 <p><b>SEGEPLAN</b> Secretaría de Planeación y Organización de la Presidencia</p>	<p><b>NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS</b></p>	<p>CÓDIGO P-MNP-AG- DPDI-DDI-002</p> <p>VERSIÓN 1</p>
<p>Proceso</p>	<p>Calidad y Mejora</p>	<p>Página 6 de 13</p>

Pasos	Puesto Funcional	Descripción
10	Gestor de Calidad	Si las acciones correctivas implementadas no son eficaces, da un plazo y convoca al Director Responsable del Proceso hasta que los resultados sean positivos.
11	Gestor de Calidad	Cierra formalmente la No Conformidad y archiva.

**NOTA:**

1. La definición de un plazo para verificar la eficacia debe considerar un período de tiempo adecuado para la magnitud de la no conformidad y permitir una representatividad de la verificación.
2. Esta prórroga puede ser definida entre las partes involucradas sólo una vez. Si hay necesidad de una segunda prórroga, la Directora de Planificación y Desarrollo Institucional debe ser consultada para aprobación formal. La 3ª prórroga solo puede concederse con la aprobación del Secretario y/o Subsecretario.
3. Las observaciones y puntos de mejora, pueden derivarse de auditorías internas o externas. Para darle seguimiento a las mismas, se utilizará el registro Código- No Conformidades; y es en la sección de descripción en donde se indicará si es una observación o punto de mejora.
4. Los registros de no conformidades abiertos y cerrados, y con acciones correctivas retrasadas deben ser presentados y tratados como ítem de entrada de la revisión de la Alta Dirección.

**7. DOCUMENTOS RELACIONADOS**

R-AG-DPDI-DDI-005 - No Conformidades

R-AG-DPDI-DDI-006 - Monitoreo de No Conformidades.

Continuación del Anexo 9.

	<p align="center"><b>NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS</b></p>	<p align="center">CÓDIGO P-MNP-AG- DPDI-DDI-002</p>
		<p align="center">VERSIÓN 1</p>
<p align="center">Proceso</p>	<p align="center">Calidad y Mejora</p>	<p align="center">Página 7 de 13</p>

9. ANEXOS

Anexo I: Guía para llenado de registro de no conformidades

No.	Sección	Descripción	Responsable	Referencias
I.	ORIGEN	Indicar el origen de la no conformidad: Auditoría Externa - Organismo Certificador, Auditoría Interna, Comunicación de Partes Interesadas, Conformidad Legal, Actividades de Monitoreo	Gestor de Calidad	Digital en el registro R-AG-DPDI-DDI-005 - No Conformidades
II.	CARACTERIZACIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Área: Describir la Dirección que está involucrada en la no conformidad.	Gestor de Calidad	Digital en el registro R-AG-DPDI-DDI-005 - No Conformidades
		Número de no conformidad: en el se digitaliza el número de no conformidad según el año en curso. Ejemplo: Año- Número de no conformidad	Gestor de Calidad	Digital en el registro R-AG-DPDI-DDI-005 - No Conformidades
		Fecha: en el se digitaliza la fecha en la que incurrió la no conformidad. Ejemplo: Día/Mes/Año	Gestor de Calidad	Digital en el registro R-AG-DPDI-DDI-005 - No Conformidades

Continuación del Anexo 9.

	<b>NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS</b>			<b>CÓDIGO</b> P-MNP-AG- DPDI-DDI-002
				<b>VERSIÓN</b> 1
<b>Proceso</b>	<b>Calidad y Mejora</b>			Página 8 de 13

No.	Sección	Descripción	Responsable	Referencia
III.	DESCRIPCIÓN	Describir la no conformidad, indicando equipo, material, situación, condición, procedimiento, partes interesadas involucradas, requerimiento legal u otro requerimiento asociado, comportamiento u otro factor humano relacionado, etc.	Gestor de Calidad	Digital en el registro R-AG-DPDI-DDI-005 - No Conformidades
IV.	ACCIONES DE CORRECCIÓN	NO.: Enlistar el número de actividades	Director responsable de la no conformidad	Digital en el registro R-AG-DPDI-DDI-005 - No Conformidades
		Descripción: Describir las acciones de corrección que se ejecutaron para reducir / corregir / mitigar / eliminar las causas inmediata de la no conformidad	Director responsable de la no conformidad	Digital en el registro R-AG-DPDI-DDI-005 - No Conformidades
		Responsable: Describir el nombre del Director de la no conformidad detectada	Director responsable de la no conformidad	Digital en el registro R-AG-DPDI-DDI-005 - No Conformidades

Continuación del Anexo 9.

	<b>NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS</b>			<b>CÓDIGO</b> P-MNP-AG- DPDI-DDI-002
				<b>VERSIÓN</b> 1
<b>Proceso</b>	<b>Calidad y Mejora</b>			Página 9 de 13
		Fecha de e Compromiso Indicar en qué fecha quedarán ejecutadas la acciones de corrección	Director responsable de la no conformidad	Digital en el registro R-AG- DPDI-DDI-005 - No Conformidades
IV.	ACCIONES DE CORRECCIÓN	Fecha de cumplimiento: se coloca la fecha real en la que se cumplió con la acción de corrección	Gestor de Calidad	A mano el registro R-AG- DPDI-DDI-005 - No Conformidades
		Verificación: en el se coloca el estado de la acción. Si se encuentra en proceso, atrasada o en tiempo.	Gestor de Calidad	A mano el registro R-AG- DPDI-DDI-005 - No Conformidades
		Estado: en el se describe si la acción está cerrada o abierta.	Gestor de Calidad	A mano el registro R-AG- DPDI-DDI-005 - No Conformidades
V.	CAUSAS BÁSICAS	Describir la causa(s) básica(s) / raíz encontrada(s) a través de la aplicación del proceso de investigación	Director responsable de la no conformidad	Digital en el registro R-AG- DPDI-DDI-005 - No Conformidades
VI.	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	No. : Indicar el número de actividad	Director responsable de la no conformidad	Digital en el registro R-AG- DPDI-DDI-005 - No Conformidades

Continuación del Anexo 9.

	<b>NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS</b>			<b>CÓDIGO</b> P-MNP-AG- DPDI-DDI-002
				<b>VERSIÓN</b> 1
<b>Proceso</b>	<b>Calidad y Mejora</b>			Página 10 de 13

	<b>CORRECTIVA Y MEJORA</b>	Acción: Describir qué actividad procederá a ejecutar para trabajar la no conformidad de raíz, según lo encontrado en la sección V.	Director responsable de la no conformidad	Digital en el registro R-AG-DPDI-DDI-005 - No Conformidades
VI.	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN CORRECTIVA Y MEJORA	Plazo de la Implementación: indicar en qué fecha tendrá ejecutada la acción	Director responsable de la no conformidad	Digital en el registro Código - No Conformidades
		Verificación de la acción: en el se indica si cumple o no.	Gestor de Calidad	A mano el registro R-AG-DPDI-DDI-005 - No Conformidades
		Fecha: Indicar cuando fue realizada la verificación	Gestor de Calidad	A mano el registro R-AG-DPDI-DDI-005 - No Conformidades
		Estado: indicar si la acción se encuentra cerrada o abierta	Gestor de Calidad	A mano el registro R-AG-DPDI-DDI-005 - No Conformidades
VII.	VERIFICACIÓN DE EFICACIA DE LA ACCIÓN	Se deja transcurrir un tiempo y luego se verifica que las acciones implementadas sí funcionaron y ya no se	Gestor de Calidad	A mano el registro R-AG-DPDI-DDI-005

Continuación del Anexo 9.

	<p align="center"><b>NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS</b></p>	<p>CÓDIGO P-MNP-AG- DPDI-DDI-002</p>
		<p>VERSIÓN 1</p>
<p>Proceso</p>	<p>Calidad y Mejora</p>	<p>Página 11 de 13</p>

		<p>volvió a incurrir en la no conformidad. En este campo se describe los resultados obtenidos.</p>		<p>- No Conformidades</p>
VIII.	<p>EVIDENCIAS OBJETIVAS DE LA VERIFICACIÓN DE EFICACIA</p>	<p>En este campo se describe las evidencias objetivas de la verificación.</p>	<p>Gestor de Calidad</p>	<p>A mano el registro R-AG-DPDI-DDI-005 - No Conformidades</p>
IX.	<p>CIERRE</p>	<p>Cumplidos todas las secciones anteriormente mencionadas se procede a cerrar, mediante una firma y nombre.</p>	<p>Gestor de Calidad</p>	<p>A mano el registro R-AG-DPDI-DDI-005 - No Conformidades</p>

**Anexo II: Diagrama Causa - Efecto - Ishikawa - Espina de Pez**

Para investigar la causa básica o raíz de una no conformidad, puede emplear la metodología del Diagrama de Causa Básica o Diagrama de Ishikawa que prevé un análisis de las siguientes variables en la ocurrencia de una no conformidad:

- Influencia de Mano de Obra
- Influencia de Método
- Influencia de Medio Físico
- Influencia de Material
- Influencia de Máquinas y equipos

Continuación del Anexo 9.

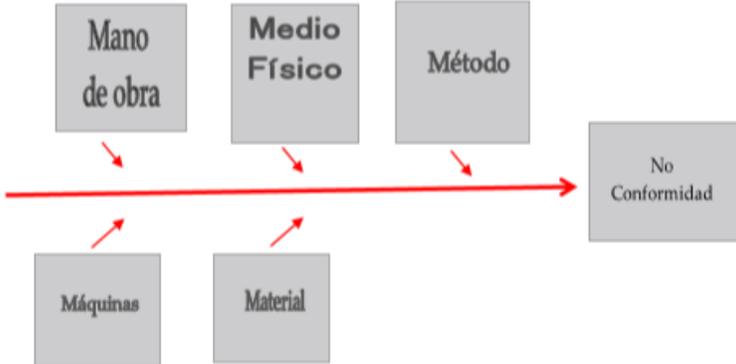
	<b>NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS</b>	<b>CÓDIGO</b> P-MNP-AG- DPDI-DDI-002
		<b>VERSIÓN</b> 1
<b>Proceso</b>	<b>Calidad y Mejora</b>	Página 12 de 13

1. **Analizar la influencia de Mano de Obra:**  
Verificar si la causa de la no conformidad puede estar relacionada con la mano de obra, tales como: fallas de operación, error humano, falta o deficiencia de entrenamiento, concientización, etc.
2. **Analizar la influencia de Método:**  
Verificar si la no conformidad está relacionada con los métodos utilizados tales como procedimientos o registros inadecuados, deficientes o inexistente.
3. **Analizar la influencia del Medio físico:**  
Verificar si las condiciones ambientales e instalaciones contribuyen con la ocurrencia de la no conformidad.
4. **Analizar el Material:**  
Verificar si el problema está relacionado con desviaciones de especificación o deficiencia de los materiales utilizados y/o servicios ejecutados.
5. **Analizar la influencia de las máquinas y equipos involucrados:**  
Verificar si la no conformidad está relacionada con fallas de equipos y máquinas, sistema inadecuado, infraestructura, etc.

**Diagrama de Causa Básica**



```

    graph LR
      A[Mano de obra] --> E[No Conformidad]
      B[Medio Físico] --> E
      C[Método] --> E
      D[Máquinas] --> E
      F[Material] --> E
  
```

Continuación del Anexo 9.

	<b>NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS</b>	<b>CÓDIGO</b> P-MNP-AG- DPDI-DDI-002	
		<b>VERSIÓN</b> 1	
<b>Proceso</b>	<b>Calidad y Mejora</b>	Página 13 de 13	
<b>10. BITÁCORA DE CAMBIO</b>			
<i>Responsable</i>	<i>Motivo del Cambio</i>	<i>Nueva Versión</i>	<i>Fecha</i>
Gestor de Calidad	Creación del documento	1	

Fuente: SEGEPLAN, *Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional.*