

Nº 135 -2023-GRC/DIRESA/DG



GOBIERNO
REGIONAL
DEL CALLAO

RESOLUCIÓN DIRECTORAL



DIRESA
CALLAO

Callao, 21 de MARZO de 2023

VISTOS:

El Informe N° 020-2023-GRC/DIRESA/DESI-UA de fecha 10 de marzo de 2023 elaborado por la Unidad de Administración; el Informe N° 031-2023-GRC/DIRESA/DESI de fecha 10 de marzo de 2023 elaborado por el Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales; el Informe N° 021-2023-GRC/DIRESA/OEPE/UFO de fecha 21 de marzo de 2023 elaborado por la Jefa de la Unidad Funcional de Organización y el Memorando N° 484-2023-GRC/DIRESA/OEPE/UFO de fecha 21 de marzo de 2023 elaborado por el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, declara al Estado peruano en proceso de modernización en sus diferentes instancias dependencias, entidades, organizaciones y procedimientos, con la finalidad de mejorar la gestión pública y construir un Estado democrático, descentralizado y al servicio al ciudadano;

Que, la Norma Internacional ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de la Calidad, "promueve la adopción de un enfoque a procesos al desarrollar, implementar y mejorar la eficacia de un sistema de gestión de la calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de los requisitos del cliente ", asimismo, señala que la adopción de un sistema de gestión de la calidad es una decisión estratégica para una organización que le puede ayudar a mejorar su desempeño global y proporcionar una base sólida para las iniciativas de desarrollo sostenible;

Que, con Decreto Supremo N° 123-2018-PCM, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento del Sistema Administrativo de Modernización de la Gestión Pública, tiene por objeto desarrollar el Sistema Administrativo de Modernización de la Gestión Pública estableciendo los principios, normas y procedimientos que aplican al proceso de modernización de la gestión pública, en concordancia con la Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado;

Que, con Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, se aprobó la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, siendo éste el principal instrumento orientador de la modernización de la gestión pública en el Perú, que establecerá la visión, los principios y lineamientos para una actuación coherente y eficaz del sector público, al servicio de los ciudadanos y el desarrollo del país;



Que, en el numeral 4 del punto 2.3 del citado Decreto señala: “ (...) Implementar la gestión por procesos y promover la simplificación administrativa en todas las entidades públicas a fin de generar resultados positivos en la mejora de los procedimientos y servicios orientados a los ciudadanos y empresas (...)” ;

Que, con Ley N° 30860, Ley de fortalecimiento de la Ventanilla Única de Comercio Exterior, que tiene por objeto establecer los alcances de la Ventanilla Única de Comercio Exterior (VUCE), así como las medidas necesarias para su fortalecimiento y la mejora de los procesos vinculados a los procedimientos y servicios que se realizan a través de esta;

Que, mediante Resolución Directoral N° 722-2022-GRC/DIRESA/DG de fecha 28 de noviembre de 2022, se aprobó el documento normativo: Directiva N° 003-2022-GRC/DIRESA/DG-OEPE-V.02, “ Directiva para la Elaboración de Documentos Normativos de la Dirección Regional de Salud del Callao” V.02, con la finalidad de establecer los criterios mínimos para el proceso de formulación/actualización y aprobación de los documentos normativos en la Dirección Regional de Salud del Callao en concordancia con los principios de simplicidad, celeridad y eficiencia del procedimiento administrativo;



Que, con Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 011-2022-PCM/SGP, se aprobó la Norma Técnica N° 001-2022-PCM-SGP, Norma Técnica para la Gestión de Calidad de Servicios del Sector Público, cuyo objeto es establecer disposiciones técnicas que orienten a las entidades de la administración pública para la evaluación y mejora de los bienes y servicios que proveen y prestan a las personas;



Que, mediante Carta de Compromiso de fecha 08 de febrero de 2023, el Director Regional de Salud de la Dirección Regional de Salud del Callao, expresa su voluntad y decisión de implantar un Sistema de Gestión de la Calidad según la Norma ISO 9001:2015 y conseguir su respectiva certificación, referida a los servicios de Libre Platica, Patente Sanitaria (Dirección de Sanidad Marítima Internacional), Traslado de Cadáver Internacional y Certificados de Control de Sanidad a bordo (Dirección de Sanidad Aérea Internacional), asimismo refiere: “la norma ISO 9001:2015, permite a los servicios mencionados, entrar en una dinámica de mejora de gestión de procesos internos y prestación de servicios, que fundamenta la razón de la Existencia de una organización, al enfocarse en la capacidad de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, aumentando su satisfacción y optimización el desempeño general de la institución” y por último señala: “ La ejecución de este compromiso, forma parte de los objetivos del Proyecto de la Ventanilla Única de Comercio Exterior (VUCE) 2.0”;



Que, mediante Informe N° 031-2023-GRC/DIRESA/DESI de fecha 10 de marzo de 2023, el Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales señala: “ (...) como es de su conocimiento de acuerdo a la Carta de Compromiso firmada por su despacho como Director Regional de la Dirección Regional de Salud del Callao, en la cual expresa su voluntad y decisión de implantar un Sistema de Gestión de la Calidad, según la Norma ISO 9001:2015 y conseguir la respectiva certificación, referida a los servicios de Libre Platica, Patente Sanitaria (Dirección de Sanidad Marítima Internacional), Traslado de Cadáver Internacional y Certificados de Control de Sanidad a Bordo (Dirección de Sanidad Aérea Internacional)”, asimismo refiere “ La norma ISO 9001:2015, permitirá a los servicios mencionados, entrar en una dinámica de mejora de gestión de proceso internos y prestación de servicios, que fundamente la razón de la existencia de una

Nº 135 -2023-GRC/DIRESA/DG



GOBIERNO
REGIONAL
DEL CALLAO

RESOLUCIÓN DIRECTORAL



DIRESA
CALLAO

Callao, 21 de MARZO de 2023

organización, al enfocarse en la capacidad de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, aumentando su satisfacción y optimizando el desempeño general de la institución. La ejecución de este compromiso forma parte de los objetivos del Proyecto de la Ventanilla Única de Comercio Exterior (VUCE) 2.0”, es por ello que remite el Informe N° 020-2023-GRC/DIRESA/DESI-UA de fecha 10 de marzo de 2023 elaborado por la Unidad de Administración quien concluye: “ (...) la propuesta tiene como fin, la aprobación del listado de documentos internos elaborados con fines de promover y asegurar el cumplimiento de la Política Nacional para la Calidad para los procesos misionales detallados que se desarrollan dentro de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales (...)” y la propuesta de Resolución Directoral para ser aprobado correspondiente a la Guía Técnica : Manual de Procedimientos, para el Sistema de Gestión de la Calidad de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales de la Dirección Regional de Salud del Callao, acorde a la Norma Internacional ISO 9001:2015, refiere que serán documentos sustentatorios, que serán auditados por la Consultoría Externa Internacional que evaluará para lograr la mencionada Certificación Internacional;



Que, con Memorando N° 484-2023-GRC/DIRESA/OEPE/UFO de fecha 21 de marzo de 2023, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico remite el informe emitido por la Jefa de la Unidad Funcional de Organización quien concluye: “ (...) En el marco de la implementación del Marco de Modernización de la Gestión del Estado y del Manual para Mejorar la atención a la ciudadanía en las entidades de la administración pública, el Documento Normativo: “Guía Técnica: Procedimientos” para el Sistema de Gestión de Calidad DESI” vendría a ser el documento que permitiría a la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales, brindar los servicios de salud que presta, a la ciudadanía o administrados de la DIRESA Callao” y por último refiere: “ En consecuencia, de lo expuesto anteriormente la propuesta del documento normativo “ Guía Técnica: Procedimientos para el Sistema de Gestión de Calidad DESI”, cumple con los requisitos mínimos exigidos por la Resolución Directoral N° 722-2022-GRC/DIRESA/DG, por tanto, la Unidad Funcional a mi cargo emite opinión favorable”;



Con el visado del Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales; del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y de la Jefa de Oficina (e) de la Oficina de Asesoría Jurídica de la Dirección Regional de Salud del Callao, y;

En uso de las atribuciones y facultades conferidas al Director Regional de Salud de la Dirección Regional de Salud del Callao del Gobierno Regional del Callao, mediante Resolución Gerencial General Regional N° 008-2023, Gobierno Regional del Callao-GGR, de fecha 24 de enero del 2023;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. – **APROBAR** la Guía Técnica N° 001-2023-GRC/DIRESA/DG/DESI.V.01: “Guía Técnica: Procedimientos para el Sistema de Gestión Calidad de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales”.



L. MAYTE L.



R. ROBLES

ARTÍCULO SEGUNDO. – ENCARGAR a la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales, el seguimiento, cumplimiento y la difusión de lo dispuesto en la citada Guía, según su competencia a lo dispuesto por su Reglamento de Organización y Funciones.



P. ROBLES

ARTÍCULO TERCERO. - ENCARGAR a la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística de la Dirección Regional de Salud del Callao, la publicación de la presente Resolución en el Portal Web de la Institución.

ARTÍCULO CUARTO.- NOTIFICAR la presente resolución a los estamentos administrativos para su conocimiento y fines pertinentes.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.



L. MAYTE L.



J.J. RUIZ R.



Dr. ISMAEL ALBERTO PAREDES AVALOS
Director Regional
C.M.P. 13209 R.N.E. 4467



**GUIA TECNICA: PROCEDIMIENTOS PARA EL SISTEMA DE
GESTION CALIDAD DE LA DIRECCION EJECUTIVA DE
SANIDADES INTERNACIONALES**

DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

Código del Documento Normativo	Versión	Resolución de Aprobación	Fecha de Aprobación
GUIA TECNICA N°: 001 -2023/DIRESA/DG/DESI	V.0	RD N:-2023-GRC/DIRESA/DG	/ /



INDICE

1. FINALIDAD.....	3
2. OBJETIVO.....	3
3. AMBITO DE AMPLIACION.....	3
4. BASE LEGAL.....	3
5. DISPOSICIONES GENERALES.....	4
6. DISPOSICIONES ESPECIFICAS.....	5
7. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTOS.....	6
• ELABORACION, ACTUALIZACION Y CONTROL DOCUMENTARIO.....	6
• GESTION DE RIESGO - DESI.....	17
• COMPETENCIA, TOMA DE CONCIENCIA Y FORMACIÓN DE PERSONAL - DESI.....	23
• PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE CAMBIO - DESI.....	27
• MANTENIMIENTO - DESI	33
• SALIDAS NO CONFORMES - DESI	40
• ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE ADMINISTRADOS - DESI	47
• AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD - DESI	59
• REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN - DESI	114
• ACCIONES CORRECTIVAS - DESI	120
• ATENCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O QUEJAS - DESI ...	126
• MEJORA CONTINUA – DESI.	131
• GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO - DESI.....	138

GUIA TECNICA N°: -2023/DIRESA/DG/DESI

**GUIA TECNICA: PROCEDIMIENTOS PARA EL SISTEMA DE GESTION
CALIDAD DE LA DIRECCION EJECUTIVA DE SANIDADES
INTERNACIONALES**

I. FINALIDAD

La presente Guía Técnica tiene por finalidad contribuir a asegurar la calidad del sistema de gestión de calidad implementado en la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales – DESI, indispensable para el desarrollo de las actividades misionales, de apoyo y estratégicas.

II. OBJETIVO

2.1. Uniformizar los procedimientos que se deben aplicar en el sistema de gestión de calidad implementado en la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales – DESI.

2.2. Establecer de manera clara, los procedimientos a cumplir y resultados a obtener al realizar una actividad dentro de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales.

2.3. Proporcionar a la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales – DESI, un instrumento para evaluar la efectividad del sistema de gestión de calidad implementado en la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales – DESI.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica es de obligatorio cumplimiento en toda la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales – DESI, para efectos de poder cumplir los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 por parte de los responsables de los procesos, según el ámbito de su competencia.

IV. BASE LEGAL

- TUO Ley General de Procedimientos Ley 27444, del 26 de julio del 2021.
- Ordenanza Regional N°000026 que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud del Callao de fecha 06/07/2012, y su modificatoria Ordenanza Regional N°000014 de fecha 26/10/2017.





- Decreto Regional N°00001, de fecha 02 de enero 2020, modifica el Texto Único del Procedimientos Administrativos – TUPA del Gobierno Regional del Calla, aprobado mediante Ordenanza Regional N°000008 del 11 de octubre de 2018.

- Resolución Directoral N° 722-2022-GRC/DIRESA/DG – Directiva para la elaboración de documentos normativos de la Dirección Regional de Salud del Callao V.02, del 28 de noviembre del 2022.



V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES

- a. **Gestión por Procesos:** Es un modelo para gestionar la organización, basándose en los procesos; tiene por finalidad gestionar las actividades y recursos de una organización por medio de la identificación de sus procesos, medición, mejora y control, para que funcionen de manera eficaz y eficiente. Esto implica ordenar todas las actividades de forma que aporten valor añadido al servicio brindado con el fin de aumentar la satisfacción del usuario.
- b. Por lo tanto, es necesario identificar las actividades de los órganos de la DESI y sus órganos desconcentrados para vincularlas con los procesos de la organización.
- c. **Proceso:** Es un conjunto de actividades interrelacionadas que agregan valor en cada etapa, transformando insumo(s) en servicio(s). Los procesos están impulsados por la consecución de un resultado. Los insumos de entrada para un proceso suelen ser los resultados de otros procesos. Todo proceso forma parte de un conjunto de elementos que interactúan para lograr un propósito común, a esto se le conoce como SISTEMA.
- d. **Procedimiento:** es el modo de proceder o el método que se implementa para llevar a cabo ciertas cosas, tareas o ejecutar determinadas acciones.
- e. **Manual de Procedimientos:** el Manual de Procedimiento es un Documento Técnico de Gestión, que contiene la descripción de los procedimientos. En este nivel, contienen la descripción detallada de los procedimientos que están enmarcados en el alcance de la certificación. Su elaboración se realiza de forma minuciosa y sencilla, fácil de entender, que permita al lector identificar y desarrollar sus procesos correctamente.

A nivel de gestión este documento es importante porque reúne políticas y procedimientos que reflejan la visión, los valores y la cultura de la organización, así como las necesidades y obligaciones de los trabajadores, debido a que proporciona información relacionada con los procedimientos internos de la empresa.

- f. La estructura de un manual de procedimientos es:
 - Finalidad
 - Objetivo.
 - Ámbito de aplicación.
 - Base Legal.
 - Disposiciones generales.

- Documentos de referencia.
- Responsabilidades.
- Lineamientos específicos.
- Registros.

VI. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

Código /N°	Procedimientos
PR-SGC-01	ELABORACION, ACTUALIZACION Y CONTROL DOCUMENTARIO - DESI
PR-SGC-02	GESTION DE RIESGO - DESI
PR-SGC-03	COMPETENCIA, TOMA DE CONCIENCIA Y FORMACIÓN DE PERSONAL - DESI
PR-SGC-04	PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE CAMBIO - DESI
PR-SGC-05	MANTENIMIENTO - DESI
PR-SGC-06	SALIDAS NO CONFORMES - DESI
PR-SGC-07	ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE ADMINISTRADOS - DESI
PR-SGC-08	AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD - DESI
PR-SGC-09	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN - DESI
PR-SGC-10	ACCIONES CORRECTIVAS - DESI
PR-SGC-11	ATENCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O QUEJAS - DESI
PR-SGC-12	MEJORA CONTINUA - DESI
PR-SGC-13	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO - DESI



VII. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTOS

Nombre del Procedimiento:	ELABORACION, ACTUALIZACION Y CONTROL DOCUMENTARIO - DESI	PR-SGC-01
----------------------------------	---	------------------

DEFINICIONES:

- **ANEXO:** Sección de información adicional que amplía la información de un documento. Puede presentar formatos particulares como gráficos, tablas, plantillas, entre otros.
- **ALMACENAMIENTO:** Lugar, dispositivo y/o equipo donde se encuentra el registro.
- **APROBACION:** Aceptación de un documento que garantiza su aplicación desde el punto de vista de recursos y coherencia con el sistema de Gestión de Calidad diseñado.
- **CODIGO:** Conjunto de letras, números y/o símbolos que permiten identificar un documento en forma particular
- **COPIA CONTROLADA:** Es el documento copia del ORIGINAL, sobre le cual existe control y responsabilidad para informar y suministrar las actualizaciones que se realicen.
- **COPIA NO CONTROLADA:** Copia del documento original en medio físico o magnético entregado a un tercero con fines de información. Estas copias están identificadas con la leyenda "copia no controlada", y sobre estas no hay responsabilidad de actualización.
- **DIFUSION:** Es un proceso que permite dar a conocer un documento.
- **DISPOSICION:** Destino final de los registros; guarda permanentemente o eliminación.
- **DISTRIBUCION:** Es la actividad por medio de la cual un documento aprobado se entrega a los interesados para su aplicación.
- **DOCUMENTO:** Información y su medio de soporte, ya sea procedimientos, instructivos, formatos, planes, programas, matrices, documentos de origen externo y otros; el cual puede estar en papel, disco, fotografía o una combinación de estos.
- **DOCUMENTO EXTERNO:** Es aquel elaborado por entes externos a la institución pero que inciden en la ejecución de los procesos y procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales. Entre los documentos se encuentran considerados las Normas, Códigos, Leyes, Decretos, Resoluciones, Manuales, etc.
- **DOCUMENTO OBSOLETO:** Es un documento que ha perdido su vigencia en fecha o contenido.
- **FORMATO:** Documento diseñado para la recolección de información. Una vez diligenciado se convierte en un registro que proporciona evidencia de una acción.
- **GUÍA:** Pautas de acción, esenciales ante un problema el cual establece recomendaciones, sugerencias y orientaciones sobre un tema específico.



- **IDENTIFICACION:** Nombre o código con el que se reconoce cada registro.
- **INFORMACIÓN DOCUMENTADA:** Información que una organización tiene que controlar y mantener, y el medio que la contiene.
- **INSTRUCTIVO:** Es un documento que describe en forma detallada cada paso de una tarea determinada, clarificando la forma de realizarla, siguiendo una secuencia lógica que permite evitar errores en el proceso de ejecución. Generalmente se constituye en un elemento de apoyo de un procedimiento. Indica el ¿Cómo se lleva a cabo? Es corto, de fácil lectura y entendimiento, puede contener imágenes y otros elementos para ayudar a la comprensión.
- **LEGIBILIDAD:** Que pueda leerse la información contenida en el registro
- **LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS:** Lista en la cual se relacionen los documentos controlados de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales.
- **MANUAL:** Es un documento que contiene instrucciones detalladas y precisas para realizar de forma ordenada y sistemática, las atribuciones, funciones, procedimientos y actividades, en concordancia con los objetivos y políticas de la Entidad. Un Manual también puede contener un compendio de documentos normativos, aprobados con anterioridad, y que se considera conveniente agruparlos para facilitar su acceso y disponibilidad para los usuarios.
- **ORGANO RESPONSABLE DEL PROCESO:** Encargado de aprobar y supervisar el proceso.
- **POLITICA:** Documento que define las directrices.
- **PROCEDIMIENTO:** Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.
- **PROCESO:** Conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados.
- **REGISTRO:** Documento que presenta resultados o proporciona evidencia objetiva de actividades desempeñadas.
- **REVISION:** Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del tema objeto de la revisión, para alcanzar los objetos establecidos.

SIGLAS Y ACRONIMOS

- DIRESA - CALLAO: Dirección Regional de Salud del Callao
- DESI: Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales
- DSMI: Dirección de Sanidad Marítima Internacional
- DSAI: Dirección de Sanidad Aérea Internacional
- SGC: Sistema de Gestión de Calidad
- RSI: Reglamento Sanitario Internacional

El procedimiento para la elaboración, revisión, aprobación y difusión de los documentos de gestión se encuentra regulado por las normas vigentes en la materia dadas por

DIRESA CALLAO, sin embargo, para efectos del control de vigencia de tales documentos, se empleará la Lista Maestra de Documentos Internos (R-SGC-01).

Todo documento aprobado entrará en vigencia a partir del día siguiente de su comunicación mediante documento elevado por la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales según corresponda, salvo disposición contraria dispuesta en el documento de aprobación o en el mismo documento.

Los documentos vigentes y controlados serán informados mediante la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales – DESI y una copia será remitida en formato físico y digital, tanto para consulta como para impresión según corresponda.



DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- NTP ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad - Requisitos, 9.2 Auditoría Interna.
- NTP ISO 9000:2015 Sistema de Gestión de la Calidad – Fundamentos y vocabulario.

LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS

ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS

La jerarquía de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad debe ser como sigue:

- Manual del sistema de gestión de calidad.
- Mapa de Procesos.
- Procedimientos de Gestión.
- Procedimientos Operativos.
- Fichas Técnicas
- Planes y/o Programas
- Matrices.
- Instructivos.
- Formatos

Los documentos deben ser creados y modificados solamente por el Director Ejecutivo de Sanidades Internacionales o las directoras del área del proceso o actividad en cuestión.

La elaboración o revisión de cualquier documento debe realizarse cuando se detecte que:

- La ausencia de tal documento origina un incumplimiento a la Norma ISO 9001:2015 o la ruptura de la secuencia de actividades en alguno de los procesos determinados.
- Se haya acordado su generación durante la Revisión al Sistema de Gestión de la Calidad.
- Los resultados de Auditorías al SGC indiquen la necesidad de documentar alguna actividad.

- Como parte de la Mejora Continua o Simplificación Regulatoria.
- Ha pasado un año desde su creación o última revisión.

La primera página de todos los documentos normativos, debe ser adecuado a la siguiente imagen :



	GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO Dirección Regional de Salud del Callao <small>Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres</small> <small>"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"</small>		
SISTEMAS GESTION DE CALIDAD PROCEDIMIENTOS OPERATIVOSA NUMERACION CORRELATIVA			
Código del Documento Normativo	Versión	Resolución de Aprobación	Fecha de Aprobación
XX-XXX-00	V.0	RES.XXXX	DD/MM/AAAA

Página 1 de 9

En la parte inferior de la primera hoja, se registra el cuadro del código del documento normativo.

Código del Documento Normativo	Versión	Resolución de Aprobación	Fecha de Aprobación
XX-XXX-00	V.0	RES.00	DD/MM/AAAA

Todos los documentos, incluyendo los formatos derivados de los procedimientos de gestión deben contener el siguiente encabezado:

Formato de la Documentación debe ser:

- 
- Tamaño de papel bond "A4", (75gr.)
 - Márgenes a emplear: 3.0 cm. Por lado (superior, inferior, derecho, izquierdo).
 - Título en mayúscula, estilo negrito, fuente tipo "Arial", tamaño 12.
 - En los subtítulos fuente arial tamaño 11, evitar en lo posible escribir en mayúscula.
 - Espaciado anterior y posterior o punto de interlineado: 6 pto.
 - Espaciado interlineado: Sencillo.
 - La numeración correlativa de cada página deberá estar en el centro, consignando el número de página seguido de la palabra "de" y el número total de páginas del documento. Ejemplo: "Página 1 de 20".

Formato de la Documentación debe ser: Fuente "Arial" Negrita No. 11. para títulos y subtítulos. "Arial" No. 11 para el texto en general. Párrafo: Justificado. Interlineado: Sencillo.

Para asignarle un código a un **Documento** la estructura debe ser **XX-YY-ZZ** donde X= Tipo de documento, Y= Nombre del área que realiza el documento (Nomenclatura del Proceso) y Z= Número consecutivo, de acuerdo con la Tabla 1.

Para asignarle un código a un **Formato** o **Registro** la estructura debe ser **XX-YY-ZZ**; donde X=formato o Registro, Y= Nombre del área que realiza el documento (Nomenclatura del Proceso) y Z= Número consecutivo del documento del que se deriva el formato, de acuerdo con la Tabla 1.

Para asignarle un código a un **Organigrama** la estructura debe ser **OR-YY-ZZ**, donde Y=Dirección General y Z=Número consecutivo, de acuerdo con la Tabla 1.

La documentación debe estar en medio electrónico y solamente se conservará una impresión, la cual deberá contener en original la Resolución Directoral aprobada por la Dirección Regional de Salud del Callao - DIRESA CALLAO.

El área de Calidad, pública (a través de correo) y mantiene la documentación vigente en el servidor de la DESI, de tal manera que cualquier revisión previa, será considerada como obsoleto. Es necesario que los documentos ubicados en el servidor cuenten con las firmas del punto anterior.

Si por alguna razón es necesario conservar una revisión anterior de cualquier documento, este debe contener la leyenda "**OBSOLETO**" en cada una de sus páginas.

El préstamo o entrega de cualquier documento del SGC, a personal externo debe contener la leyenda "**Copia No Controlada**", en cada una de sus páginas.

Toda vez que un documento haya sido publicado, el Director(a) de Área o dueño(a) del proceso es responsable de implementarlo con todos los involucrados.

Es responsabilidad de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales de la que se deriva algún documento, resguardarlo en original impreso con firma.

Es responsabilidad del Responsable de Sistemas, resguardar los documentos en formato electrónico.

CONTROL DE LOS REGISTROS Y DOCUMENTOS

El Director Ejecutivo de Sanidades Internacionales o Director(a) de Área debe determinar los registros y documentos que son necesarios para mostrar evidencia de cumplimiento de sus actividades.

El Director Ejecutivo de Sanidades Internacionales o Director(a) de Área debe proporcionar los formatos a las personas que estén incluidas en la operación y que por lo tanto necesiten hacer uso de estos.

Todo el Personal debe conservar sus registros de acuerdo con lo establecido en este procedimiento.

Todos los registros deben ser llenados en todos sus campos, en caso de que algún campo deba quedar vacío, se coloca una línea diagonal cancelando el espacio que quedará sin ser llenado o se colocará la frase "No Aplica" o N/A

Todos los registros deben ser legibles (asegurando la claridad de lectura, no realizarlos a lápiz, sin tachaduras, ni correcciones); estar identificados, almacenados y conservados facilitando la localización de los mismos sin demora.

Todos los registros del Sistema de Gestión deben estar a disponibles a través de un drive (editable) y el respaldo será el servidor, en su formato original, de tal manera que puedan ser utilizados por el personal que los requiera.

Los responsables del proceso deben prevenir el uso de documentos obsoletos; procurando informar de manera adecuada la modificación elaborada a las áreas pertinentes. Asimismo, el(la) Responsable del Sistema de Gestión de Calidad debe almacenar los procedimientos generales y formatos obsoletos por el periodo que se estime necesario y previamente acordado.

Los documentos publicados que no se hayan oficializados y/o controlados; así como el uso de versiones desactualizadas, serán responsabilidad del respectivo servidor público y su jefe inmediato, que las aplique.

Los(las) jefes de las Direcciones – Marítima y Aérea – donde se utilizan formatos impresos deben asegurar la eliminación de todas las copias de formatos desactualizados cada vez que se realice una actualización o su baja.

El(La) Asesor(a) Legal comunica a la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales sobre las modificaciones normativas, respecto de la documentación y/o requisitos de los procedimientos administrativos propios de la gestión, de las Direcciones de Sanidad Marítima Internacional y Sanidad Aérea Internacional de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales para su evaluación e incorporación de acuerdo a las facultades y competencias establecidas; asimismo, la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales emplaza a su Área de Administración sobre dichas modificaciones normativas para posibles auditorias respecto a su aplicación.



Todos los documentos internos sin excepción deben estar basados en la norma vigente, nacional e internacional.

La elaboración y revisión de los documentos es realizada por personal autorizado según se indica.



Tipo de Documento	Elaboración	Revisión	Aprobación
<ul style="list-style-type: none"> - Manual de Calidad - Guía Técnica de Procedimientos - Mapa de procesos 	Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales en conjunto con DSMI y DSAI.	Director Ejecutivo de Sanidades Internacionales	Director Ejecutivo de Sanidades Internacionales
<ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos Generales 	Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales.	Director Ejecutivo de Sanidades Internacionales	Director Ejecutivo de Sanidades Internacionales
<ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos Específicos 	Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales en conjunto con DSMI & DSAI.	Director Ejecutivo de Sanidades Internacionales	Director Ejecutivo de Sanidades Internacionales
<ul style="list-style-type: none"> - Instructivos - Informes - Fichas Técnicas - Manuales - Planes 	Unidad orgánica a cargo del proceso	Jefes de la Dirección de Sanidad Marítima Internacional o de la Dirección de Sanidad Aérea Internacional, según corresponda	Director Ejecutivo de Sanidades Internacionales

La estructura y formatos de presentación de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad se elaboran con el fin de lograr uniformidad en la documentación. Por tanto, en los elementos comunes se debe tener la siguiente uniformidad en su encabezado y sección de control de cambios.

DIFUSIÓN A LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA

Se considera válido cualquier forma de difusión que cumpla con el siguiente objetivo:

- a) Que las personas que participan en el proceso conozcan y dominen la manera en que se llevará a cabo las actividades y responsabilidades establecidas en la información documentada.
- b) Toda la información documentada elaborada debe ser difundida a las personas que participan en su ejecución.

CONSERVACIÓN Y DISPOSICIÓN.

La información documentada física se conserva y se dispone según las normativas legales vigentes que correspondan. En cuanto a los registros o documentación electrónica, la área de Tecnología de la Información, Sistemas y Estadística conserva en una unidad de disco duro externo la información para el proceso de backup trimestral, esta backup es ingresado en el servidor en el espacio asignado. Físicamente la unidad de disco duro externo se guarda en la oficina de la unidad de Tecnología de la Información, Sistemas y Estadística.

Al responsable de área le corresponde asegurarse que:

- a) La última versión de la información documentada aplicable se encuentra disponibles en los puntos de uso. (Equipo de cómputo)
- b) Prevenir el uso no intencionado de información documentada obsoleta.
- c) Asegurarse de la pertinencia y eficacia de la información documentada.

Los tiempos de retención de los documentos en archivo se hará de acuerdo al siguiente cuadro:



DOCUMENTOS DE ORIGEN EXTERNO.

En el caso de la información documentada de origen externo se debe de registrar en la Lista Maestra de Documentos Externos DESI R-SGC-02.

La información documentada de origen externo incluyendo la de los medios electrónicos, se registra de igual manera en la Lista Maestra de Documentos Externos R-SGC-02.

TIEMPO DE RESGUARDO.

El tiempo de resguardo de cada documento y/o registro debe estar especificado en la Matriz de control de información documentada.

La información documentada física se conserva y se dispone según las normativas legales vigentes que correspondan. En cuanto a los registros o documentación electrónica, la Unidad de Tecnología Información Dirección de Desarrollo Tecnológico conserva cintas de respaldo semanal para el proceso diario (en la cual se guarda información por cada día de lunes a viernes). Estas cintas de respaldo se reutilizan cada 2 años. Físicamente las cintas de respaldo diario se guardan en la

TIEMPO DE RETENCION DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

SEDE	DIRECCION	TIEMPO	LUGAR
DSMI	Jr. Mariscal Miller N° 175	10 años	Almacén Central
DSAI	Aeropuerto Int'l Jorge Chávez	2 meses	Archivo DSAI
	Jr. Mariscal Miller N° 175	10 años	Almacén Central
DESI	Jr. Mariscal Miller N° 175	10 años	Almacén Central

RESPONSABILIDADES

Director Ejecutivo de Sanidades Internacionales

- Disponer los recursos necesarios para el cumplimiento del presente procedimiento.

Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad

- Conducir el proceso de Elaboración, actualización y control documentario del SGC, cumpliendo las disposiciones establecidas en el presente procedimiento.
- Velar porque el procedimiento se mantenga vigente, siendo responsable de realizar revisiones y actualizaciones periódicas, así como de la difusión y conocimiento del mismo por parte del equipo de trabajo y áreas vinculadas.

Dueños de los procesos

- Cumplir con lo establecido en el procedimiento de Elaboración, actualización y control documentario del SGC DESI.



CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS

Estructura/esquema del Documento Normativo	Texto vigente	Estado	Texto Modificado	Justificación de Cambio

ANEXO 1

NOMENCLATURA DEL PROCESO	
CÓDIGO	INTERPRETACIÓN
DESI	Dirección Ejecutiva de DESI
DSMI	Dirección de Sanidad Marítima Internacional
DSAI	Dirección de Sanidad Aérea Internacional
AD	Administración
ATL	Asesoría Técnica y Legal
SGC	Sistema de Gestión de Calidad
GE	Gestión Estratégica
TISE	Tecnología de Información, Sistemas y Estadística
CT	Contabilidad
RH	Recursos Humanos
LG	Logística



NOMENCLATURA POR DOCUMENTO		EJEMPL
MC	Manual de Calidad	MC-SGC-01
P	Política de Calidad	P-DESI-01
A	Alcance del SGC	A-SGC-01
AN	Análisis	AN-PE-01
PR	Procedimientos	PR-DSMI-01
MP	Mapa de Procesos	MP-DE-01
OR	Organigrama	OR-DESI-01
FT	Fichas Técnicas	FT-DSMI-01 FT-DSAI-02
FC	Fichas de Procesos	FP-DSMI-01 FP-DSAI-02



RE	Reglamento	RE-DESI-01
MA	Matrices	MA-SGC-01
FO	FODA	F-SGC-01
R	Registro	R-DSMI-01
RP	Reporte	RE-SGC-01
PE	Perfiles	PE-AD-01
PL	Planes	PL-DESI-01
PG	Programa	PG-SGC-01
AC	Acta	AC-SGC-01
IF	Informe	IF-SGC-01 IF-AD-01
EN	Encuestas de satisfacción	E-DMSI-01 E-DSAI-01
L	Lista	L-SGC-01
OB	Objetivos	OB-DESI-01
IN	Instructivos	IN-DSMI-01 IN-DSAI-01

Nombre del Procedimiento:	GESTION DE RIESGO - DESI	PR-SGC-02
----------------------------------	---------------------------------	------------------

DEFINICIONES

Para los fines de este procedimiento documentado se aplican, en lo que proceda, los fundamentos, los términos y las definiciones incluidos en la Norma ISO-9000:2015: "Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario".



DOCUMENTOS DE REFERENCIA

NTP ISO 9000:2015: Sistemas de gestión de la calidad - fundamentos y vocabulario.

NTP ISO 9001:2015: Sistemas de gestión de la calidad – Requisitos.

Norma ISO 31000:2009: Gestión del riesgo. Principios y directrices.

LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS

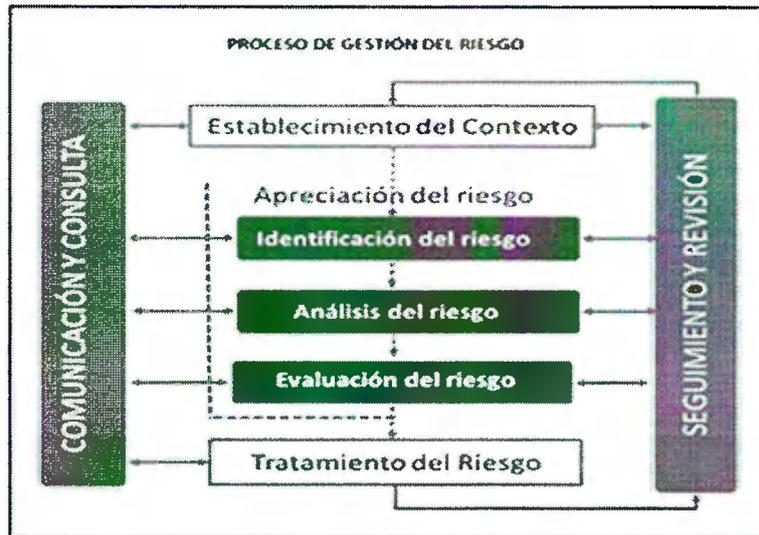
Este procedimiento documentado establece:

- La metodología que se aplica para la gestión de los riesgos y oportunidades.
- El proceso para realizar la gestión de riesgos y oportunidades.
- El sistema de responsabilidades en la gestión de riesgos y oportunidades.
- La documentación y formatos de los resultados de las actividades de la gestión de riesgos y oportunidades, así como su inclusión en la documentación del SGC de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales - DESI.

Las finalidades de la gestión de los riesgos y oportunidades al incluirlos en la planificación y procesos del SGC de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales - DESI:

- Asegurar la consecución de resultados previstos del sistema de calidad.
- Aumentar los efectos deseados.
- Prevenir o reducir los efectos no deseados.
- Lograr la mejora.

Para la sistematización de la gestión de los riesgos y oportunidades en la gestión de los procesos, nos basamos en las Orientaciones Metodológicas proporcionadas por la Norma de apoyo UNE-ISO 31000 Gestión del Riesgo. Principios y Directrices.



Fases:

- a) Determinar Criterios de riesgo.

Establecer los criterios de riesgos: términos que permiten evaluar la importancia de un riesgo. Estos términos pueden determinarse en función de objetivos, los recursos disponibles, los requisitos legales o especificaciones de prestación de servicios, etc.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL FACTOR DE RIESGO

CATEGORÍAS DE VALORACIÓN: IMPACTO Y PROBABILIDAD			
IMPACTO (I)*	MUY GRAVE	Se detectan riesgos que generan consecuencias significativas y las acciones preventivas o correctivas son nulas o no existen.	20
	GRAVE	Se generan riesgos con consecuencias importantes, o la entidad cuenta con medidas preventivas o correctivas con una eficacia baja.	15
	MODERADO	Se detectan riesgos con consecuencias poco significativas o de bajo impacto para la organización o las medidas preventivas tomadas su eficacia es moderada.	10
	BAJO	Se detectan riesgos con consecuencias irrelevantes para la prestación del servicio, que no afectaría de manera significativa a los resultados de la organización ni al rendimiento del sistema. Daño bajo, pero puede requerir medidas de seguimiento y observación.	5
	MUY BAJO	No se detectan consecuencias. El riesgo está controlado.	1

* La valoración del impacto debe incluir la revisión de diferentes dimensiones de la calidad: seguridad, eficiencia, calidad percibida, satisfacción, etc.

PROBABILIDAD (P)	MUY ALTA	El evento ocurrirá 5 o más veces en el año	5
	ALTA	El evento ocurrirá 4 veces en el año	4
	MODERADA	El evento ocurrirá entre 3 o 4 veces al año	3
	BAJA	El evento ocurrirá una vez al año	2
	MUY BAJA	El evento ocurrirá sólo en circunstancias especiales	1

FACTOR DE RIESGO = I x P

b) Identificar los riesgos.

Establecer la relación de sucesos que podrían afectar negativamente o positivamente los objetivos y resultados del proceso.

Se parte de la identificación y clasificación realizada en el cuadro de gestión de riesgos y oportunidades. Las causas se corresponden, normalmente, con el apartado "detectada" (FODA, Requisitos de calidad de partes interesadas, resultados de proceso).

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO

Valor	Nivel	Descripción
1	Insignificante	Si el hecho llegara a presentarse, tendría consecuencias o efectos mínimos sobre la entidad
2	Menor	Si el hecho llegara a presentarse, tendría impacto o efecto menor sobre la entidad
3	Moderado	Si el hecho llegara a presentarse, tendría medianas consecuencias o efectos sobre la entidad
4	Mayor	Si el hecho llegara a presentarse, tendría altas consecuencias o efectos sobre la entidad
5	Crítico	Si el hecho llegara a presentarse, tendría desastrosas consecuencias o efectos sobre la entidad



c) Analizar los riesgos.

Valorar los efectos y consecuencias del riesgo en los resultados del proceso, así como de la probabilidad de que se produzcan dichas consecuencias.

En el cuadro de gestión de riesgos y oportunidades se anotan las causas y fuentes, así como los efectos o impactos, se añade una valoración de la probabilidad. Si combinamos los efectos con la probabilidad se determina el nivel de riesgo.

DETERMINACION DEL NIVEL DEL RIESGO							
IMPACTO			PROBABILIDAD				
			Muy baja	Baja	Moderada	Alta	Muy alta
	Muy grave	20	20	40	60		
	Grave	15	15	30	45		
	Moderado	10	10	20	30	40	
	Bajo	5	5	10	15	20	25
	Muy bajo	1	1	2	3	4	5
			1	2	3	4	5

Nivel	Min	Max
Muy grave	61	100
Grave	31	50
Moderado	21	30
Bajo	6	20
Muy bajo	1	5

d) Tratar los riesgos.

Comparar el nivel del riesgo con los criterios que sobre los riesgos se hayan adoptado, permitiendo, así, considerar y priorizar el tratamiento que se ha de dar a los riesgos identificados. La finalidad última de la apreciación del riesgo es determinar que riesgos, para los resultados de los procesos no se consideran suficientemente controlados y exige un tratamiento.



R. ROBLES MITIGAR RIESGO

TRATAMIENTO DEL RIESGO

SUPRIMIR RIESGO		Implica eliminar un paso del proceso que es arriesgado y reemplazarlo por uno que no tenga el riesgo.
ACEPTACION DEL RIESGO		Evitar el riesgo: para riesgos importantes, optar por tomar medidas: una mejora en un proceso, reemplazar equipos o cambiar un diseño
TRANSFERIR RIESGO		Riesgo muy bajo. A veces la mejor estrategia es simplemente aceptar el riesgo y continuar.
EXPLOTAR RIESGO		A veces puede transferir un riesgo a otra parte, cómo hacer que un proveedor experto realice un proceso en lugar de hacerlo usted mismo
EXPLOTAR RIESGO		Cambiar la probabilidad de ocurrencia y/o las consecuencias

e) Analizar resultados de la gestión de riesgos y oportunidades.

Medir la efectividad del plan, documentar los resultados y registrarlos.

f) Evaluar las acciones.

Las acciones que identificamos y adoptamos para el tratamiento del riesgo o para aprovechar los efectos de las oportunidades sobre los resultados esperados y oportunidades que se identifiquen deben ser implantadas, bien mediante modificaciones en el diseño/gestión del proceso, bien mediante la implantación de otras acciones de mejora. El seguimiento de las acciones se incorporará en el proceso de revisión y mejora, incluyéndose en los informes anuales de proceso. Se utilizarán para la planificación de nuevas acciones de mejora.

RESPONSABILIDADES.

- Director Ejecutivo de la Dirección de Sanidades Internacionales. Responsable de aprobar la gestión de riesgos a aplicar en la DESI.
- Directores de áreas. Son responsables de conformar un equipo técnico para la gestión de los riesgos y oportunidades de sus procesos.
- Responsable del Sistema de Gestión de Calidad. Responsable de dar seguimiento al cumplimiento de acciones, derivadas de la gestión de riesgos y oportunidades, de cada proceso del SGC e informar a la Alta Dirección para la toma de decisiones

- Responsables de procesos y personal involucrado. Responsables de dar cumplimiento al presente procedimiento.

REGISTROS.

Matriz de Riesgos y Oportunidades DESI

MA-PPP-NN

Nota.- PPP: Siglas del proceso

NN: Número del registro



CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS

Estructura/esquema del Documento Normativo	Texto vigente	Estado	Texto Modificado	Justificación de Cambio

Nombre del Procedimiento:	COMPETENCIA, TOMA DE CONCIENCIA Y FORMACIÓN DE PERSONAL - DESI	PR-SGC-03
----------------------------------	---	------------------



DEFINICION

Las competencias del personal de la organización se definen en las Fichas de Procesos y si el personal no cumple con la formación requerida se programará una capacitación. Cuando el personal se vincula a la organización establecerá una inducción y sensibilización; este procedimiento se realiza con el propósito que el personal sea consciente de sus funciones y responsabilidades para alcanzar el cumplimiento de la política y los requisitos en Calidad, la importancia de la conformidad con la política y sus procedimientos, su contribución a la mejora continua y las implicaciones de incumplir con los requisitos del sistema de gestión de calidad.

También se utilizarán otras metodologías para garantizar la toma de conciencia utilizando: dípticos, carteles, charlas, en tema como:

- La Política del sistema de gestión de calidad, los Procedimientos y requisitos del sistema de gestión de calidad y la importancia de su cumplimiento.
- Los Objetivos del sistema de gestión de calidad, la necesidad de su participación para asegurar su consecución.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

NTP ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad - Requisitos, 9.2 Auditoría Interna.

NTP ISO 9000:2015 Sistema de Gestión de la Calidad – Fundamentos y vocabulario.

Competencia

Es responsabilidad del Director Ejecutivo de Sanidades Internacionales – DESI, definir los requisitos de cargo, responsabilidades y funciones del personal contratado como CAS Regular y por Servicios de Terceros. En todos los casos se debe dejar registro en el formulario "Perfiles de Puestos" (PE-AD-01)

Dentro de estos requisitos se debe considerar los relativos a:

- ✓ Educación
- ✓ Formación
- ✓ Habilidades
- ✓ Experiencia

Con el fin de demostrar la competencia del personal, en relación con los requisitos del Cargo, el Administrador(a) de DESI, es responsable de mantener y actualizar los registros del personal, relacionados con:

- Educación (Certificado de Estudios)
- Formación (Certificado de Capacitaciones y/o registro de formación)
- Experiencia (Currículo o carta de justificación) -



- Habilidades (Evaluación de habilidades)

Toma de Conciencia.

La organización sensibiliza al personal en cuanto a la toma de conciencia con el Sistema de Gestión de Calidad, mediante algunas de las siguientes actividades:

- Inducción sobre el contenido y aplicación de la normativa considerada como base para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.
- Participación activa del personal en la aplicación de la plataforma documental que sustenta el sistema.
- Evaluación de la operatividad del sistema y participación en los planes de acción de mejora.

Formación

Detección de las necesidades de formación

La detección de necesidades de formación del personal se puede dar a través de:

- Necesidades planteadas por los(las) Directores (as) de Sanidad Aérea y Marítima Internacional y el Director(a) Ejecutivo(a) de la DESI y el(a) Administrador(a) de la DESI, en función del formato Matriz Plan de Desarrollo de las Personas (PDP), remitida por la Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos.
- Necesidades planteadas por el personal.
- Sugerencia de usuarios/administrados.
- Necesidades para la aplicación y mejora del Sistema de Gestión.

Todas las necesidades de formación detectadas deben ser comunicadas al Director Ejecutivo de Sanidades Internacionales - DESI, quién evalúa las acciones a tomar.

Una vez definida la capacitación se registra en el "Matriz Programa de Acciones de Capacitación-PDP (Plan Anual de Capacitación)", la que se envía a la Dirección Regional de Salud del Callao – DIRESA CALLAO (Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos) para su aprobación.

Se coordina la realización de la capacitación con los encargados de capacitación de DSMI, DSAI y DESI para definir ponentes, hora, tema, tiempo de duración, a través de Ficha del Evento.

Concluida la capacitación se realiza el Informe de la Acción de Capacitación, donde se adjunta la relación de participantes.

Al término de la capacitación, se les envía un link, a los asistentes, para la realización de la evaluación de la capacitación recibida (Se da un plazo de 3 a 4 días).

La responsable de capacitación DESI, hace llegar el Informe de la Acción de Capacitación al Director Ejecutivo de Sanidades Internacionales, para su firma, y se remite a la Oficina Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos de DIRESA CALLAO, para el envío a la Unidad de Capacitación.

La responsable de capacitación DESI, remite la relación de asistentes aprobados y las constancias para la firma de los directores de DIRESA CALLAO,



La persona encargada, procede a guardar copia de los registros que avalen la actividad realizada (Ficha del Evento – Informe de Acción de Capacitación).

Una vez realizada la actividad, el(la) Administradora DESI, para que actualice las carpetas del personal que participó en la actividad.

Para el caso de las actividades de capacitación realizadas por personal externo a la organización, el(la) Administradora DESI, solicita los respectivos certificados, para su archivo en la carpeta de cada asistente.



Evaluación de la eficacia de las actividades.

El Director Ejecutivo de Sanidades Internacionales o quien designe, debe determinar si se cumplió el objetivo de la actividad de formación. Para lo cual aplica o solicita una autoevaluación en forma inmediata o en un plazo determinado.

Tanto la modalidad de la evaluación de la eficacia, el plazo y resultados quedan registrados en el Informe

RESPONSABILIDADES.

- Director Ejecutivo de la Dirección de Sanidades Internacionales. Responsable de aprobar este procedimiento de Competencia, Toma de Conciencia y Formación de Personal de la DESI.
- Responsable de Capacitación. Responsable de realizar procedimiento.
- Responsable del Sistema de Gestión de Calidad. Responsable de supervisar el cumplimiento del procedimiento.

REGISTROS

Matriz Plan de Desarrollo de las Personas (PDP)

MA-AD-01

CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS

Estructura/esquema del Documento Normativo	Texto vigente	Estado	Texto Modificado	Justificación de Cambio



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 Dirección Regional de Salud del Callao
 "Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
 "Año de la unidad, la paz y el desarrollo"



DIRESA CALLAO



R. ROBLES

FORMATO MATRIZ PDP-Matriz Plan de Desarrollo de las Personas

PLAN DE DESARROLLO DE LAS PERSONAS 2022										
N°	ORGANO O UNIDAD ORGANICA	CANTIDAD DE BENEFICIARIOS DE LA CAPACITACION	MATERIA DE LA ACCION DE LA CAPACITACION	NOMBRE DE LA ACCION DE CAPACITACION	TIPO DE CAPACITACION	TIPO DE ACCION DE LA CAPACITACION	PRIORIDAD	NIVEL DE EVALUACION	MODALIDAD	COSTOS
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										

Nombre del Procedimiento:	PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE CAMBIO - DESI	PR-SGC-04
----------------------------------	---	------------------

DEFINICIONES



Para los fines de este procedimiento documentado se aplican, en lo que proceda, los fundamentos, los términos y las definiciones incluidos en la Norma ISO-9000:2015: "Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario".

SIGLAS Y ACRONIMOS

- **DIRESA - CALLAO:** Dirección Regional de Salud del Callao
- **DESI:** Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales
- **DSMI:** Dirección de Sanidad Marítima Internacional
- **DSAI:** Dirección de Sanidad Aérea Internacional
- **SGC:** Sistema de Gestión de Calidad
- **RSI:** Reglamento Sanitario Internacional

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- **NTP ISO 9000:2015:** Sistemas de gestión de la calidad - fundamentos y vocabulario.
- **NTP ISO 9001:2015:** Sistemas de gestión de la calidad – requisitos.

RESPONSABILIDADES.

- Director Ejecutivo de la Dirección de Sanidades Internacionales. Responsable de aprobar este procedimiento y de Identificar los cambios que pueden generarse en la DESI y que pueden afectar su sistema de gestión de la calidad.
- Jefe de la Dirección de Sanidad Marítima Internacional - DSMI. Identificar los cambios que pueden generarse en la DSMI y que pueden afectar el sistema de gestión de la calidad de la DESI.
- Jefe de la Dirección de Sanidad Aérea Internacional - DSAI. Identificar los cambios que pueden generarse en la DSAI y que pueden afectar el sistema de gestión de la calidad de la DESI.
- Responsable del Calidad. Comunicar los cambios aprobados por el Equipo de Calidad y la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales y ver que se utilicen la última documentación, registros y/o Fichas de Procesos vigentes. Hacer seguimiento a la efectividad de las acciones de mejora propuestas.

LINEAMIENTOS ESPECIFICOS.



No.	Actividad	Descripción	Responsable	Registro	Sistemas de información o aplicativos
1	Identificar cambios para el SGC	La identificación de los cambios puede generarse por modificaciones en: Los procesos, producto/servicio, requisitos legales o reglamentarios, etc., que pueda afectar el Sistema de Gestión de Calidad.	Líderes de Procesos	Planificación de los Cambios	No Aplica
2	Analizar la viabilidad de la aceptación del cambio	Una vez identificado el cambio se debe realizar una descripción detallada junto con el objetivo y propósito a alcanzar con el cambio, identificar las consecuencias y los procesos afectados por el mismo. Registro	Líderes de Proceso	Planificación de los Cambios	No Aplica
3	Validar si se requiere el cambio	De acuerdo a la descripción y objetivo del cambio el Equipo de Calidad valida si es viable la aceptación del cambio o no. Si es aceptable se deberá socializar el cambio a los procesos mediante de reuniones y/o Revisiones por la Dirección para que lo tengan en cuenta. No es viable se archivará el cambio solicitado.	Responsable del SGC Equipo de Calidad	Reuniones y/o Revisiones por la Dirección y el Equipo de Calidad	No Aplica



4	Planificar el cambio	<p>Aceptado el cambio se procederá a identificar las principales modificaciones que implica el cambio a implementar, y que afecten la integridad del Sistema de Gestión de la Calidad, así como la disponibilidad de los recursos necesarios, y los riesgos y oportunidades asociados a dicho cambio. Se tratará como una Acción de Mejora.</p> <p>Para ello se debe llenar el R-SGC-04 (Solicitud de Mejora/Cambio), donde se definirán un cronograma con las actividades a realizar junto con los responsables, recursos, método de monitoreo del éxito, meta y fecha de seguimiento e implementación.</p>	Responsable del SGC Equipo de Calidad	R-SGC-04 Solicitud de Mejora/Cambio	Repositorio de Calidad
5	Implementar el cambio	Ejecutar las actividades establecidas en el registro R-SGC-04 (Solicitud de Mejora/Cambio), de acuerdo con los responsables y fecha límite para su implementación.	Personal a cargo de la implementación	Soportes de ejecución de actividades	Repositorio de Calidad



6	Realizar seguimiento o al cambio	<p>De acuerdo a las fechas de seguimiento el Equipo de Calidad deberá realizar seguimiento al cambio implementado.</p> <p>Dicho seguimiento, debe reportarse en la Revisión por la Dirección, o a solicitud de la Responsable de Calidad, para determinar si las acciones fueron eficaces o por el contrario se deberá plantear nuevas actividades.</p>	Responsable del SGC	R-SGC-04 (Solicitud de Mejora/Cambio)	Repositorio de Calidad
---	----------------------------------	---	---------------------	---------------------------------------	------------------------

REGISTROS

Solicitud de Mejora y Cambio DESI

R-SGC-04

Matriz de Seguimiento a Implementación de Oportunidades de Mejora DESI
 MA-SGC-04

CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS

Estructura/esquema del Documento Normativo	Texto vigente	Estado	Texto Modificado	Justificación de Cambio

SOLICITUD DE MEJORA / CAMBIO DESI

Solicitud N° 00N-20NN Norma de Referencia: ISO ()
 9001: ()
 Marcar con un aspa (X) donde corresponda
 () Oportunidad de mejora () Cambio



I. PROPUESTA DE MEJORA O CAMBIO

Descripción y justificación de la propuesta:			
Objetivo y resultados esperados de la mejora o cambio propuesto:			
Proceso asociado:			
Propuesto por:			
Responsable de implementación:		Fecha:	

II. EQUIPO DE IMPLEMENTACIÓN (Completar cuando corresponda)

N°	Nombres y apellidos	Unidad Orgánica / Dirección

III. DIAGNÓSTICO DEL PROCESO (Completar cuando corresponda)

Elaborado por:		Fecha:	
----------------	--	--------	--

IV. PLAN DE ACCIÓN

N°	Actividad	Responsable	TIEMPO
1			
2			

Elaborado por: (Nombre y firma)		Fecha:	
---------------------------------	--	--------	--

Fecha de cierre de propuesta:			
-------------------------------	--	--	--

Aprobado por: (Nombre y firma)		Fecha:	
--------------------------------	--	--------	--

V. VERIFICACIÓN DE EFICACIA: (Marcar con un aspa "x" donde corresponda)

Conforme ()	No conforme ()
--------------	-----------------

Descripción de los resultados obtenidos:			
--	--	--	--

Realizado por: (Nombre y firma)		Fecha de cierre real	
---------------------------------	--	----------------------	--

Nombre del Procedimiento:	MANTENIMIENTO - DESI	PR-SGC-05
----------------------------------	-----------------------------	------------------

DEFINICIONES



- **Verificación de Instalaciones:** Actividad de inspección de la infraestructura de los espacios de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales – DESI.
- **Infraestructura:** Sistema de instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales – DESI.
- **Equipo:** Mobiliario, inmuebles, herramientas, vehículos, enseres, material y equipos en las oficinas y demás objetos similares para la prestación de los servicios de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales – DESI.

Los (las) Administradores(as) de la Dirección de Sanidad Marítima Internacional (DSMI), la Dirección de Sanidad Aérea Internacional (DSAI), la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales, el (la) Responsable de Calidad y el Responsable de Sistemas, realizan la verificación de la Infraestructura y equipo semestralmente.

Los (las) Administradores(as) de la Dirección de Sanidad Marítima Internacional (DSMI), la Dirección de Sanidad Aérea Internacional (DSAI), la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales, el (la) Responsable de Calidad y el Responsable de Sistemas, elaboran un Programa de Mantenimiento Preventivo de Infraestructura, Vehículos y Equipos.

El equipo de Tecnología de la Información y sistemas es responsable de realizar el mantenimiento de los equipos de cómputo.

El (la) Administrador(a) de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales (DESI) es la responsable de solicitar los requerimientos de mantenimiento de infraestructura a la Oficina de Administración de la Dirección de Salud del Callao (DIRESA CALLAO).

Se considerará Mantenimiento Preventivo todo aquel que se realice de acuerdo al Programa de Mantenimiento Preventivo, y Mantenimiento Correctivo todo aquel que se realice de acuerdo a una solicitud de servicio de mantenimiento debido a una contingencia fuera del Programa correspondiente que requiere atención inmediata y que afecta la prestación del servicio.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

NTP ISO 9000:2015: Sistemas de gestión de la calidad - fundamentos y vocabulario.

NTP ISO 9001:2015: Sistemas de gestión de la calidad – requisitos.

RESPONSABILIDADES.

- Director Ejecutivo de la Dirección de Sanidades Internacionales. Responsable de aprobar este procedimiento a aplicar en la DESI.
- Administradora DESI. Responsable de aplicar este procedimiento y .
- Administradora - DSMI. Realizar las inspecciones de las instalaciones de la DSMI.
- Administradora - DSAI. Realizar las inspecciones de las instalaciones de la DSAI.

7.4.1 DESCRIPCIÓN



No.	Actividad	Descripción	Responsable	Registro	Sistemas de información no aplicativos
1	Verificar las Instalaciones, vehículos y equipos de la DESI.	<ul style="list-style-type: none"> - La Administradora realiza la inspección a las instalaciones. - Solicita al líder del área de sistemas que le haga llegar un informe sobre las inspecciones realizadas a los equipos de cómputo. - Solicita informe de inspección a chofer de vehículo. 	Administradora Líder de Sistemas Responsable del vehículo		
2	Identificar necesidades de mantenimiento de infraestructura y equipos de la DESI	Los(las) Administradores(as) de Sanidad Marítima Internacional, Sanidad Aérea Internacional, la Administradora de la Unidad de Administración y Contabilidad, Responsable de la Unidad de Tecnología de Información y Sistemas, junto con el(la) Responsable del Sistema de Gestión de Calidad, evalúan los espacios y equipos que necesitan mantenimiento.	Administrador(a) de la DSMI. Administrador(a) de la DSAI. Jefe de la unidad de Sistemas. Administradora DESI		No Aplica



No.	Actividad	Descripción	Responsable	Registro	Sistemas de información o aplicativos
3	Elaborar informe de necesidades de mantenimiento	Una vez identificadas las necesidades se debe realizar una descripción detallada de los requerimientos en un informe por área.	Administrador(a) de la DSMI. Administrador(a) de la DSAI. Jefe de la unidad de Sistemas. Administradora DESI	Informes	No Aplica
4	Elaborar Planes Anuales de Mantenimientos de Infraestructura y Equipos	La Administradora DESI consolida requerimientos y elabora los Planes de Mantenimientos de Infraestructura y de Equipos.	Administradora DESI	Planes	
5	Informar requerimientos a DIRESA CALLAO	Administrador(a) DESI elabora memorándum a la Oficina Ejecutiva de Administración de DIRESA CALLAO, solicitando mantenimiento o mantenimiento preventivo.	Administradora DESI	Memorándum	No Aplica
6	Realizar seguimiento a Mantenimientos	Realiza seguimiento que personal de Servicios Generales de DIRESA CALLAO haga mantenimiento o revisión.	Administradora DESI		No Aplica
7	Archivar informe de SSGG	Archivar Informe del Área de SSGG de DIRESA CALLAO	Administradora DESI	Informe	

REGISTROS

Plan anual de mantenimiento preventivo de infraestructura y vehículos DESI - PL-AD-01

Plan anual de mantenimiento preventivo de equipos DESI - PL-AD-02

Registro y control de respaldo de backup DESI - R-TIS-01



CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS

Estructura/esquema del Documento Normativo	Texto vigente	Estado	Texto Modificado	Justificación de Cambio

Nombre del Procedimiento:	SALIDAS NO CONFORMES - DESI	PR-SGC-06
----------------------------------	------------------------------------	------------------

DEFINICIONES

Acción Correctiva

Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable en la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales - DESI de la Dirección Regional de Salud del Callao – DIRESA CALLAO.

Dueño del Proceso

Es quien tiene la responsabilidad y autoridad definida para diseñar, implementar, controlar y mejorar los procesos a su cargo, con el propósito de asegurar que se cumpla el resultado previsto.

Proceso

Conjunto de actividades mutuamente relacionadas y que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en productos o servicios, luego de la asignación de recursos.

Salida

Es el resultado e un proceso.

Salida no conforme (SNC)

Resultado de un proceso que no cumple con los requisitos especificados.

Sistema de Gestión

Es un conjunto de reglas y principios relacionados entre sí de forma ordenada, para contribuir a la gestión de procesos de la Entidad. Permite establecer la política, los objetivos y las acciones necesarias para alcanzar dichos objetivos.

Un sistema de gestión puede tratar una sola disciplina o varias disciplinas, por ejemplo, gestión de la calidad, gestión antisoborno, gestión de seguridad de la información, entre otros.

SIGLAS Y ACRONIMOS

- DIRESA - CALLAO: Dirección Regional de Salud del Callao
- DESI: Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales
- DSMI: Dirección de Sanidad Marítima Internacional
- DSAI: Dirección de Sanidad Aérea Internacional
- SGC: Sistema de Gestión de Calidad
- RSI: Reglamento Sanitario Internacional
- RSGC: Responsable del Sistema de Gestión de Calidad

La/s SNC/s corresponden a servicios resultantes de los procesos misionales.

Puede generarse alguna acción correctiva a partir de una SNC, considerando el impacto en la calidad del servicio brindado.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

NTP ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad - Requisitos, 9.2 Auditoría Interna.

NTP ISO 9000:2015 Sistema de Gestión de la Calidad – Fundamentos y vocabulario.

LINEAMIENTOS ESPECIFICOS.



Nº	Descripción	Órgano/ Unidad	Responsabl e	Registros
1.	Identificar la SNC Identifica una potencial SNC y la comunica al Dueño del Proceso.	Todos los involucrados	Servidor que identifica a la SNC	- -
2.	Determinar si corresponde o no a una SNC Determina si lo identificado corresponde a una SNC. ¿Corresponde a una SNC? Si. Continúa en la siguiente actividad. No. Fin.	Direcciones de DSMI y DSAI	Jefes de la Direcciones de DSMI y DSAI	- -
3.	Registrar la/s SNC/s y la/s acción/es a ejecutarse Registra en el "Reporte de Salidas No Conformes" (RP-SGC-01), los detalles de la/s SNC/s y de la/s acción/es a ejecutar.	Órgano / Unidad	Dueño del Proceso o a quien asigne	Reporte de Salidas No Conformes (RP-SGC-01)
4.	Ejecutar la/s acción/es para la SNC Ejecuta la/s acción/es consignadas en el "Reporte de	Proceso / Unidad	Responsabl e/s asignado/s	---



	Salidas No Conformes" (RP-SGC - 01).			
5.	<p>Verificar la ejecución de la/s acción/es para tratar la/s SNC/s</p> <p>Verifica si la acción planteada ha sido ejecutada en el plazo establecido.</p>	Equipo de Calidad	Responsable del SGC Equipo de Calidad	--
6.	<p>Determinar la generación de una acción correctiva</p> <p>Determina si se genera una acción correctiva, de acuerdo al impacto en la calidad del servicio brindado, puede generar una acción correctiva.</p> <p>¿Se genera acción correctiva?</p> <p>Si. Coordina con la UM y registra la generación de una acción correctiva en el "Reporte de Salidas No Conformes" (RP-SGC-01). Luego se procede conforme a lo dispuesto en el procedimiento "Acciones Correctivas DESI", con código PR-SGC-10.</p> <p>No. Fin</p>	Direcciones de DSMI y DSAI	Jefes de la Direcciones de DSMI y DSAI	Reporte de Salidas No Conformes (RP-SGC-01)

RESPONSABILIDADES

Director Ejecutivo de Sanidades Internacionales

Aprobar el tratamiento a las salidas no conformes en la DESI.

Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad

- Brindar asesoría técnica a los órganos y unidades respecto a lo descrito en el presente procedimiento.
- Realizar seguimiento del llenado del formato "Reporte de Salidas No Conformes DESI", con código RP-SGC-01.
- Registrar la SNC en el "Reporte de Salidas No Conformes DESI"



Dueño del Proceso

- Asegura que la/s SNC/s han sido tratada/s conforme a lo establecido en el presente procedimiento, y registrada en el formato "Reporte de Salidas No Conformes DESI", con código RP-SGC-01. Ver Anexo N° 1 - Reporte de SNC.
- Verifica que la/s SNC/s sean registrada/s en el "Reporte de Salidas No Conformes DESI", con código RP-SGC-01.
- Determina si se genera una acción correctiva generada por la SNC. Para ello, puede solicitar asesoría técnica de la Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad.

REGISTROS

Reporte de Salidas No Conformes

Código: RP-SGC-01

Registro de No Conformidades

Código: R-SGC-05

CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS

Estructura/esquema del Documento Normativo	Texto vigente	Estado	Texto Modificado	Justificación de Cambio



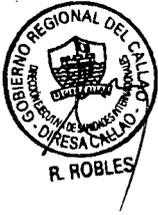
GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

Dirección Regional de Salud del Callao

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"



**DIRESA
CALLAO**



REPORTE DE SALIDAS NO CONFORMES

AÑO	
-----	--

PROCESO:	PROCESOS DEL SGC DE LA DIRECCION EJECUTIVA DE SANIDADES INTERNACIONALES - DESI
-----------------	--

N° SN C	DETALLE DE LA SALIDA NO CONFORME		ACCIÓN A EJECUTAR			VERIFICACIÓN DE LA ACCIÓN		¿SE EMITE ACCIÓN CORRECTIVA? (9)
	FECHA DE REGISTRO (1)	TIPO (2)	DESCRIPCIÓN (3)	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN (4)	RESPONSABLE DE EJECUTAR (5)	FECHA DE EJECUCIÓN (6)	EVIDENCIA DE LA ACCIÓN (7)	
1								
2								
3								

- (1) Fecha de registro de la información del presente formato.
- (2) Corresponde al tipo de salida no conforme identificada para cada proceso misional (Servicios no conformes, salidas no conformes de los procesos, quejas, resultado de Revisiones por la Dirección, Auditorías interna o externas).
- (3) El detalle de la salida no conforme debe de contener la información necesaria para realizar la trazabilidad del servicio. Del ejemplo, la información subrayada corresponde a la trazabilidad.
- (4) Detalle de la acción para eliminar la salida no conforme.
- (5) Consignar el cargo del trabajador responsable de ejecutar la acción descrita.
- (6) Fecha de la ejecución de la acción descrita.
- (7) Medio o documento (físico o virtual) a través del cual se evidencia el cumplimiento de la acción descrita. Del ejemplo, la información subrayada corresponde al medio de verificación.
- (8) Fecha en que se realiza la verificación de la acción descrita, mediante la evidencia.
- (9) Determina si corresponde o no, a una acción correctiva, considerando lo establecido en la actividad 6 del numeral 7.4 del presente procedimiento.

REGISTRO DE NO CONFORMIDADES DESI



NÚMERO DE AUDITORÍA		NÚMERO DE NO CONFORMIDAD			
ORIGEN DE LA NO CONFORMIDAD					
PROCESO Y SUBPROCESO DE ORIGEN					
ÁREA EN LA QUE SE ORIGINO LA NO CONFORMIDAD					
TIPO DE NO CONFORMIDAD	REAL	POTENCIAL	CATEGORÍA DE LA NO CONFORMIDAD	MA YO R	ME NO R
FECHA DE ELABORACIÓN					
Resumen de la No Conformidad:				NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DE ATENDER LA NO CONFORMIDAD	
Descripción:					
Requisito(s) incumplido(s)					
Acción a seguir:		Correctiva	<input checked="" type="checkbox"/>		
Detalle:					
Acción Correctiva:					
Responsable de seguimiento:				Fecha:	
Acción implementada		<input type="checkbox"/>	Acción no implementada		<input type="checkbox"/>



Acción efectiva

Acción no efectiva

Observaciones o recomendaciones en el seguimiento:



Firma responsable seguimiento

Cierre de NC:

Firma Responsable del Sistema de Gestión de Calidad

Firma Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales

Nombre del Procedimiento:	ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE ADMINISTRADOS - DESI	PR-SGC-07
----------------------------------	--	------------------

DEFINICIONES

Administrado: Empresa o entidad o Persona que utiliza el servicio.

SIGLAS Y ACRONIMOS

- **DIRESA - CALLAO:** Dirección Regional de Salud del Callao
- **DESI:** Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales
- **DSMI:** Dirección de Sanidad Marítima Internacional
- **DSAI:** Dirección de Sanidad Aérea Internacional
- **SGC:** Sistema de Gestión de Calidad
- **RSI:** Reglamento Sanitario Internacional
- **RSGC:** Responsable del Sistema de Gestión de Calidad

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

NTP ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad - Requisitos, 9.2 Auditoría Interna.

NTP ISO 9000:2015 Sistema de Gestión de la Calidad – Fundamentos y vocabulario.

RESPONSABLES

- Responsable de la Ejecución: Jefes (as) de las Direcciones de Sanidad Marítima Internacional (DSMI) y Sanidad Aérea Internacional (DSAI).
- Responsable del Seguimiento: Responsable de Calidad.

FRECUENCIA

Anual y/o adicionalmente, cuando se requiera.

DESCRIPCION

Definir los aspectos relevantes del servicio a evaluar, para lo cual se podrá realizar sesiones internas de focus group, uso de metodologías como el despliegue de la función calidad – QFD, sugerencias u otras. Las mismas que se incorporarán en el apartado Aspectos de los formatos: **E-DSMI-01**, **E-DSMI-02**, **E-DSAI-01** y **E-DSAI-02**: Encuesta de satisfacción de usuarios/administrados.

Los criterios a evaluar en cada aspecto, comprendidos en los formatos: **E-DSMI-01**, **E-DSMI-02**, **E-DSAI-01** y **E-DSAI-02**: Encuesta de satisfacción de administrados, incluyen:

a) **Nivel de importancia:** Es referida al nivel de importancia que el administrado le otorga al aspecto evaluado. La misma que se evalúa en una escala del 1 al 5, donde:

1. Nada importante



- 2. Poco importante
- 3. Algo importante
- 4. Importante
- 5. Muy importante

b) **Nivel de satisfacción:** Es referida al nivel de satisfacción que el usuario/administrado le otorga al aspecto evaluado. La misma que se evalúa en una escala del 0 al 5, donde:



- 0. Completamente insatisfecho
- 1. Insatisfecho
- 2. Poco satisfecho
- 3. Satisfecho
- 4. Muy satisfecho
- 5. Excedieron mis expectativas.

Para la encuesta **E-DSAI-01**, sólo aplicará el acápite b) Nivel de Satisfacción.

Luego los(las) Jefes de las Direcciones de Sanidad Aérea Internacional (DSAI) y Sanidad Marítima Internacional (DSMI) generan un listado de los clientes a los que se les ha prestado el servicio a evaluar en el lapso de un año, antes de la fecha programada para el inicio de la encuesta. Salvo en el caso de Traslado de Cadáver en el que se hará una encuesta por cada servicio dado.

Los(las) Jefes de las Direcciones de Sanidad Aérea Internacional (DSAI) y Sanidad Marítima Internacional (DSMI) identificarán el universo sobre el cual se seleccionará el ámbito y los candidatos a encuestar.

Luego identificarán el tamaño de muestra, donde realizará la encuesta a cada uno de los administrados o según criterio del Responsable de Calidad.

Se realizará una encuesta por lo menos en dos administrados más importantes. Esto se hará en coordinación directa con ellos mismos, o mediante alguna asociación o gremio que los represente.

La encuesta se realizará empleando los registros: **E-DSMI-01**, **E-DSMI-02**, **E-DSAI-01** y **E-DSAI-02**: Encuesta de satisfacción de administrados. La misma que se enviará en formato electrónico, mediante correo electrónico, estableciéndole un plazo para la devolución de la respuesta; así como, explicándole el procedimiento de cómo debe completar dicha encuesta, correctamente. Así como, la necesidad de que precise sus recomendaciones, en caso algún aspecto evaluado haya sido calificado con puntaje de 0, 1 ó 2.

En el caso del proceso de Traslado de cadáver, se utilizará un registro: **E-DSAI-01**.

Para el análisis se empleará los registros: **AN-SGC-01** y **AN-SGC-02** Análisis de encuesta de satisfacción de administrados y en ella se determinará el puntaje promedio de todas las encuestas, por cada aspecto evaluado, tanto para el criterio de Nivel de importancia como para el de Nivel de satisfacción. Obteniéndose pesos absolutos y relativos de cada aspecto evaluado en la encuesta e identificándose los aspectos más prioritarios para el usuario/administrado, la que se mostrará en el apartado Priorización.

El registro de análisis **AN-SGC-02**, sólo aplicará para la encuesta **E-DSAI-01**.

Seguidamente, en el apartado Conclusiones de los registros: **AN-SGC-01** y **AN-SGC-02**: Análisis de encuesta de satisfacción de usuarios/administrados, se indicará lo siguiente:



- Los aspectos más importantes para los usuarios /administrados
- El aspecto que presenta el mayor nivel de satisfacción
- El aspecto que presenta el menor nivel de satisfacción
- El aspecto que presenta mayor prioridad
- Los motivos más relevantes que justifican insatisfacciones en los usuarios / administrados
- Las recomendaciones más relevantes dadas por los usuarios/administrados
-

Para obtener el Nivel de satisfacción global, se procederá a calcular el Nivel de satisfacción promedio ponderado considerando el Nivel de importancia y Nivel de satisfacción en los formatos: **AN-SGC-01** y **AN-SGC-02**: Análisis de encuesta de satisfacción de usuarios/administrados, la misma que se comparará con la escala de Nivel de satisfacción, según el literal b) del apartado 7.2, para obtener el Nivel de satisfacción global del servicio.

Luego se procederá a realizar el informe respectivo la cual será entregado al(la) Responsable de Calidad, para su evaluación.

Esta información deberá ser presentado en las reuniones de seguimiento de procesos ante el Director Ejecutivo de Sanidades Internacionales de la DESI, para el análisis respectivo e implementación de acciones derivadas del resultado de las mismas, de ser necesarias.

REGISTROS

- **E-DSMI-01**, **E-DSMI-02**, **E-DSAI-01** y **E-DSAI-02**: Encuestas de satisfacción de usuarios/administrados
- **AN-SGC-01** y **AN-SGC-02**: Análisis de encuesta de satisfacción de usuarios/administrados



ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIOS

Nº:	
Fecha:	



RAZON SOCIAL DE Usuario / Administrado:			
Nombre de Encuestado			
Cargo o Puesto de Encuestado			
Correo de encuestado	-	Teléfono encuestado	
Servicio evaluado:			

Con el propósito de mejorar el servicio mencionado, agradecemos su colaboración con el llenado de la siguiente encuesta:

Indique su Nivel de satisfacción, con respecto a ciertos aspectos relevantes de nuestro servicio, empleando la siguiente escala:

0. Completamente insatisfecho
1. Insatisfecho
2. Poco satisfecho
3. Satisfecho
4. Muy satisfecho
5. Excedieron mis expectativas

También califique el Nivel de importancia que le asigna al aspecto evaluado, en una escala del 1 al 5:

1. Nada importante
2. Poco importante
3. Algo importante
4. Importante
5. Muy importante

Aspectos	Nivel de satisfacción (Marque con X)					
	0	1	2	3	4	5
I. Cumplimiento en el plazo requerido en la entrega de la autorización: De calificar con un puntaje de 0, 1 ó 2, agradeceremos nos indique lo que nos recomienda para mejorar:						



-					
-					
II. Tiempo de atención en la revisión de documentos: De calificar con un puntaje de 0, 1 ó 2, agradeceremos nos indique lo que nos recomienda para mejorar:					
-					
-					
III. Tiempo de respuesta a consultas: De calificar con un puntaje de 0, 1 ó 2, agradeceremos nos indique que nos recomienda para mejorar:					
-					
-					
IV. Tiempo oportuno de comunicación de observaciones: De calificar con un puntaje de 0, 1 ó 2, agradeceremos nos indique lo que nos recomienda para mejorar:					
-					
-					
V. Facilidad de comunicación con la persona de contacto: De calificar con un puntaje de 0, 1 ó 2, agradeceremos nos indique lo que nos recomienda para mejorar:					
-					
-					
VI. Otro aspecto que considere importante:					
-					
- ¿Qué opina de la técnica de Encuestas de Satisfacción para tomar información de los usuarios?					
De calificar con un puntaje de 0, 1 ó 2, agradeceremos nos indique lo que nos recomienda para mejorar:					
-					
-					

Agradecemos su colaboración. Para nosotros su opinión es importante



ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIOS

Nº:	
Fecha:	

NOMBRE DEL ADMINISTRADO:			
Número del DNI - CE - Pasaporte			
Correo de encuestado		Teléfono encuestado	
Servicio evaluado:			



Con el propósito de mejorar el servicio mencionado, agradecemos su colaboración con el llenado de la siguiente encuesta:

Indique su Nivel de satisfacción, con respecto a ciertos aspectos relevantes de nuestro servicio, empleando la siguiente escala:

0. Completamente insatisfecho
 1. Insatisfecho
 2. Poco satisfecho
 3. Satisfecho
 4. Muy satisfecho
 5. Excedieron mis expectativas.

Aspectos	Nivel de satisfacción (Marque con X)					
	0	1	2	3	4	5
I. La atención ofrecida fue respetuosa por parte del personal de salud.						
II. La calidad del servicio prestado.						
III. Orientación.						
IV. Comprensión de las necesidades del administrado.						
V. Tiempo de respuesta.						
VI. Recomendaría el servicio recibido:						
SI <input type="checkbox"/>						
NO <input type="checkbox"/>						

Agradecemos su colaboración. Para nosotros su opinión es importante

ANÁLISIS DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ADMINISTRADOS DESI

N°:	
Fecha:	

Periodo de encuesta:	
Tamaño de muestra:	
N° de encuestas enviadas:	
N° de encuestas respondidas:	
Encuestador:	
Servicio evaluado:	



Nivel de satisfacción, con respecto a ciertos aspectos relevantes de nuestro servicio, empleando la siguiente escala:

0. Completamente insatisfecho
1. Insatisfecho
2. Poco satisfecho
3. Satisfecho
4. Muy satisfecho
5. Excedieron mis expectativas

Nivel de importancia asignado al aspecto evaluado, en una escala del 1 al 5:

1. Nada importante
2. Poco importante
3. Algo importante
4. Importante
5. Muy importante

ANÁLISIS DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

Aspectos	ANÁLISIS DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN			
	Nivel de satisfacción promedio (0 al 5)	Peso absoluto	Peso relativo	Priorización



<p>I. Cumplimiento en el plazo requerido en la entrega del documento resolutivo: De calificar con un puntaje de 0, 1 ó 2, agradeceremos nos indique: a) Que nos recomienda para mejorar: - -</p>				
<p>II. Tiempo de atención en la revisión de documentos: De calificar con un puntaje de 0, 1 ó 2, agradeceremos nos indique: a) Que nos recomienda para mejorar: - -</p>				
<p>III. Tiempo de respuesta a consultas: De calificar con un puntaje de 0, 1 ó 2, agradeceremos nos indique: a) Que nos recomienda para mejorar: - -</p>				
<p>IV. Tiempo oportuno de comunicación de observaciones: De calificar con un puntaje de 0, 1 ó 2, agradeceremos nos indique: a) Que nos recomienda para mejorar: - -</p>				
<p>V. Facilidad de comunicación con la persona de contacto (médico programado): De calificar con un puntaje de 0, 1 ó 2, agradeceremos nos indique: a) Que nos recomienda para mejorar: -</p>				

-				
VI. Otro aspecto que considere importante: - - De calificar con un puntaje de 0, 1 ó 2, agradeceremos nos indique: a) Que nos recomienda para mejorar: - -				
VI: ¿Qué opina de la técnica de Encuestas de Satisfacción para tomar información de los usuarios? - - -				

0.00

#¡REF!

Conclusiones: - Los aspectos mas importantes para los usuarios /administrados son: 1) 2) 3) - Los aspectos que presentan el mayor nivel de satisfacción son: 1) 2) 3) - El aspecto que presenta el menor nivel de satisfacción es: 1) - El aspecto que presenta mayor prioridad es: 1) - Las recomendaciones mas relevantes dadas por los usuarios/administrados, son: 1) - El Nivel de satisfacción global de los encuestados es de
--

ANÁLISIS DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE ADMINISTRADOS DESI

N°:	DSAI-2022/1
Fecha:	20.07.2022

Periodo de encuesta:	
Tamaño de muestra:	
N° de encuestas enviadas:	
N° de encuestas respondidas:	
Encuestador:	
Servicio evaluado:	



Nivel de satisfacción, con respecto a ciertos aspectos relevantes de nuestro servicio, empleando la siguiente escala:

0. Completamente insatisfecho
1. Insatisfecho
2. Poco satisfecho
3. Satisfecho
4. Muy satisfecho
5. Excedieron mis expectativas.

ANÁLISIS DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

Aspectos			
	Nivel de satisfacción promedio (0 al 5)	Peso relativo	Priorización
I. La atención ofrecida fue respetuosa por parte del personal de salud.		#jDIV/0!	
II. La calidad del servicio prestado.		#jDIV/0!	
III. Asesoría Técnica.		#jDIV/0!	
IV. Comprensión de las necesidades del administrado.		#jDIV/0!	
V. Tiempo de respuesta.		#jDIV/0!	

VI. Profesionalismo.		# DIV/0!	
VII. Recomendaría el servicio recibido:			
SI			
NO			

0.0

0

Conclusiones:

- Los aspectos con un mayor nivel de satisfacción, para los administrados son:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

- Los aspectos con un menor nivel de satisfacción, para los administrados son:

- 1.
- 2.

- Las recomendaciones mas relevantes dadas por los administrados, son:

- El Nivel de satisfacción global de los encuestados es de

CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS

Estructura/esquema del Documento Normativo	Texto vigente	Estado	Texto Modificado	Justificación de Cambio

Nombre del Procedimiento:	AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD - DESI	PR-SGC-08
----------------------------------	--	------------------

DEFINICIONES

Las auditorías internas se realizarán a fin de determinar el grado en que el SGC está implementado y mantenido de manera eficaz, si cumple con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 y con los requisitos propios de la organización. Estas formarán parte del Programa de Auditoría DESI (PG-SGC-02), y aprobado por el Director Ejecutivo de Sanidades Internacionales dentro del primer trimestre de cada año. Dicho programa podrá ser modificado en caso de ser necesario, las modificaciones deberán ser aprobadas del mismo modo como se aprobó el programa original.

Las recomendaciones producto de la realización de las auditorías internas no tienen carácter vinculante.

SIGLAS

- **DIRESA:** Dirección Regional de Salud del Callao.
- **DESI:** Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales
- **DSMI:** Dirección de Sanidad Marítima Internacional
- **DSAI:** Dirección de Sanidad Aérea Internacional
- **SGC:** Sistema de Gestión de Calidad
- **RSGC:** Responsable del Sistema de Gestión de Calidad
- **RTISE:** Responsable de Tecnología de Información, Sistemas y Estadística

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

NTP ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad - Requisitos, 9.2 Auditoría Interna.

NTP ISO 9000:2015 Sistema de Gestión de la Calidad – Fundamentos y vocabulario.

NTP ISO 19011:2018 Directrices para la Auditoría de los Sistemas de Gestión.

DESCRIPCIÓN

Pautas Internas del Sistema de Gestión de Calidad

El(la) Responsable del Sistema de Gestión de Calidad (SGC), es responsable, que el proceso de Auditorías Internas del Sistema de Gestión de la Calidad, se efectúe cumpliendo los plazos y las disposiciones previstas en el presente procedimiento.

La gestión de las auditorías internas del Sistema de Gestión de la Calidad está a cargo del (la) Responsable del SGC; las que corresponden al Sistema de Gestión de Calidad.

La planificación de auditorías internas debe basarse en:

- La importancia de los procesos y las áreas a auditar.

- Los resultados de la valoración de los riesgos asociados a las actividades de la organización.
- Los resultados de las auditorías previas.
- Los cambios que afecten a la organización.

La frecuencia de auditorías internas debe ser anual, con la posibilidad de planificar otras auditorías durante el año, según sea necesario.

El alcance de las auditorías internas debe abarcar los procesos dentro del Sistema de Gestión de Calidad:

Las auditorías internas pueden ser con un enfoque específico, a un sistema de gestión.

El equipo auditor puede ser conformado por personal interno o externo, que tenga la competencia necesaria para llevar a cabo el proceso de auditoría, debiendo cumplir los requisitos establecidos en el Anexo 01. Se debe designar como auditor líder al miembro del equipo auditor con mayor experiencia en auditorías del sistema de gestión a auditar.

El Plan de Auditoría Interna contiene: objetivo, alcance, criterios de auditoría, método, lugar, fecha, hora, procesos / áreas a auditar, auditados, equipo auditor y requisitos a auditar de la norma de referencia.

La auditoría interna debe considerar: la reunión de apertura, la recopilación de información, la evaluación de las evidencias frente a los criterios de auditoría, la determinación de hallazgos y conclusiones de la auditoría y la reunión de cierre.

Los métodos para recopilar y verificar la información durante la auditoría interna incluyen: la revisión de la documentación, la observación directa de las actividades y las entrevistas con el personal de los procesos / área a auditar.

El Informe de Auditoría Interna contiene: datos generales de la auditoría (objetivo, alcance, criterios de auditoría, método, lugar, fecha, procesos / áreas auditadas, auditados, equipo auditor), hallazgos de la auditoría (incluyendo las evidencias relacionadas), conclusiones de la auditoría y anexos (de ser necesario).

Los registros tales como el Programa Anual de Auditorías, el Plan de Auditoría Interna, el Informe de Auditoría Interna, los registros de competencias de auditores internos, los registros de la implementación de las correcciones y las acciones correctivas necesarias, entre otros, deben mantenerse archivados por el(la) Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad.

Pautas para el Equipo Auditor y el Auditado en un proceso de auditoría interna

Para el Equipo Auditor:

Antes de la auditoría

- Revisar la normativa legal, las normas de estándares internacionales y la normativa interna aplicable a los procesos a auditar (políticas, manuales, reglamentos, directivas, procedimientos, instructivos, controles operacionales, estándares, etc.)
- Revisar que cuente con las medidas de control necesarias para la auditoría (EPP, SCTR, etc.), a fin de evitar la ocurrencia de accidentes e incidentes.
- Preparar el plan de auditoría interna, coordinando la disponibilidad de los dueños de los procesos (o quienes éstos designen) para el proceso de auditoría y verificando que el equipo auditor sea independiente del proceso / área a auditar para asegurar su objetividad e imparcialidad.



- Preparar las listas de verificación conteniendo los aspectos a auditar, de ser necesario.

Durante la auditoría

- Conducir la auditoría gestionando los tiempos y los cambios necesarios, con el fin de asegurar el cumplimiento del plan de auditoría interna.
- Al finalizar la auditoría de cada proceso / área, retroalimentar al auditado comunicando de manera clara los posibles hallazgos de la auditoría, a pesar que la categorización final de éstos está sujeta a la deliberación final con el resto del equipo auditor, con el fin de que el auditado pueda aclarar cualquier situación, brindar mayor información o subsanar cualquier hallazgo durante la auditoría, y posteriormente no se presenten diferencias entre ambas partes.



Para el Auditado:

Antes de la auditoría

- Agendar el horario de la auditoría y comunicar al personal de su área que dará soporte durante la auditoría, con anticipación, para asegurar su disponibilidad y preparación.
- Conocer la Política de Calidad, y los objetivos relacionados del Plan Estratégico y del Plan Operativo de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales - DESI.
- Conocer el proceso, las áreas con las cuales interactúa (clientes y proveedores), las actividades que se realizan, los responsables, los riesgos y controles, y el desempeño del proceso, a través de los documentos de su proceso (Ficha de Proceso, Matriz de Riesgos y Oportunidades, Matriz de Seguimiento, Medición y Análisis de los compromisos e indicadores de Calidad, procedimientos, formatos, etc.).
- Asegurarse de trabajar con los documentos actualizados y vigentes (últimas versiones) y desechar los no vigentes.
- Asegurarse de tener disponibles y actualizados todos los registros que evidencien las actividades de su proceso, a fin de que pueda verificarse durante la auditoría de manera fácil y rápida.
- Conocer el repositorio de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad.
- Tener ordenado el lugar de trabajo.

● **Durante la auditoría**

- Tratar al auditor con respeto y cortesía.
- Contestar sólo lo que el auditor pregunta, oportunamente y con la verdad.
- Presentar todos los registros que evidencien las actividades de su proceso, en el momento que sean solicitados por el auditor. En el caso eventual que los registros no estuvieran disponibles, el auditado debe comunicar al auditor de manera clara y oportuna los motivos debidamente justificados.
- No tener miedo a equivocarse, todo es subsanable.
- Al finalizar la auditoría de tu proceso / área, preguntar al auditor si encontró posibles hallazgos de auditoría.
- Si el auditor encuentra algún hallazgo de auditoría en el proceso / área, se debe aclarar cualquier situación, brindar mayor información, plantear posibles soluciones, preguntar cómo solucionarlo, o subsanar el hallazgo durante la auditoría, según corresponda.
- Recordar que el auditor es un aliado y que los hallazgos de auditoría tienen la finalidad de mejorar los procesos.

PROCEDIMIENTO

Planificación de Auditorías Internas

Ejecutor	Actividad
Responsable de Calidad	1. Elaborar el Programa Anual de Auditorías del SGC, a finales del año anterior o a inicios del año en curso.
	2. Revisar el Programa Anual de Auditorías del SGC.
Director Ejecutivo de Sanidades Internacionales	3. Aprueba el Programa Anual de Auditorías del SGC.
Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad	4. Difunde el Programa Anual de Auditorías del SGC al personal mediante su comunicación mediante memorando o correo electrónico.
	5. Selecciona al equipo auditor, ya sea interno o externo, verificando que cumplan los requisitos de competencias de auditores internos (ver Anexo N° 1), recopilando los registros y registrándolos en la Lista de Auditores Internos.



Preparación de Auditorías Internas

Ejecutor	Actividad
Equipo Auditor	1. Revisa la normativa legal, las normas de estándares internacionales de gestión y la normativa interna, aplicables a los procesos a auditar.
	2. Revisa que cuente con las medidas de control necesarias para la auditoría.
	3. Prepara el Plan de Auditoría Interna.
	4. Prepara las Listas de Verificación de Auditoría conteniendo los aspectos a auditar, de ser necesario.
Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad	5. Revisa el Plan de Auditoría Interna del SGC.



Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad	6. Valida el Plan de Auditoría Interna del SGC.
Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad	7. Comunica el Plan de Auditoría Interna al personal involucrado, mediante memorando o correo electrónico, con una anticipación mínima de 2 días hábiles.



Ejecución de Auditorías Internas

Ejecutor	Actividad
Equipo Auditor	1. Realiza la reunión de apertura con el(la) Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad, el Director Ejecutivo de Sanidades Internacionales y/o los dueños de los procesos / áreas a auditar, de ser posible, para explicar el proceso de auditoría interna, los principales aspectos del Plan de Auditoría Interna y realizar los ajustes necesarios.
	2. Al inicio de la auditoría de cada proceso / área, explica brevemente al auditado el proceso de auditoría interna.
	3. Recopila mediante muestreo aleatorio, verifica la información pertinente a los objetivos, alcance y criterios de auditoría, y registra la evidencia que conduce a los hallazgos de la auditoría.
	4. Al finalizar la auditoría de cada proceso / área, retroalimenta al auditado comunicando de manera clara los posibles hallazgos de la auditoría.
	5. Evalúa la evidencia frente a los criterios de auditoría, determinar los hallazgos (clasificándolos en no conformidades, observaciones u oportunidades de mejora) y las conclusiones de la auditoría, en conjunto con todos los miembros del equipo auditor.
	6. Realiza la reunión de cierre con el(la) Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad, el Director Ejecutivo de Sanidades Internacionales y/o los dueños de los procesos / áreas a auditar, de ser posible, para presentar los hallazgos y las conclusiones de la auditoría.



Equipo Auditor	1. Prepara el Informe de Auditoría Interna y lo presenta a la Responsable de Calidad, en un plazo máximo de 10 días hábiles después de finalizada la auditoría. Cualquier excepción al plazo deberá estar debidamente sustentada.
Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad	2. Revisa el Informe de Auditoría Interna del SGC.
Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad	3. Evalúa el Informe de Auditoría Interna del SGC y lo comunica a los directores de las áreas auditadas y a la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales.
Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad	4. Coordina la implementación de las acciones correctivas, correcciones y otras acciones de mejora, según corresponda, con los dueños de los procesos / áreas auditadas, de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de No Conformidad y Acción Correctiva.
Dueños de los procesos / áreas auditadas	5. Analiza los resultados de la auditoría interna referidos a los procesos a su cargo e implementa las acciones correctivas, correcciones y otras acciones de mejora sin demora injustificada, según corresponda, de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de No Conformidad y Acción Correctiva.
	6. Informa al(la) Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad el avance en la implementación de las acciones correctivas, correcciones y otras acciones de mejora de los procesos a su cargo, hasta su culminación.
Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad	7. Informa el avance en la implementación de las acciones correctivas, correcciones y otras acciones de mejora, en la próxima revisión por la dirección.
Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad	8. Archiva los registros de la auditoría interna y de la implementación de las acciones correctivas, correcciones y otras acciones de mejora, según corresponda.

ALCANCES FUNCIONALES

Director Ejecutivo de Sanidades Internacionales

- Disponer los recursos necesarios para el cumplimiento del presente procedimiento.
- Aprobar el Programa Anual de Auditorías Internas del SGC.

Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad



- Conducir el proceso de Auditorías Internas del SGC, cumpliendo los plazos y las disposiciones establecidas en el presente procedimiento.
- Velar porque el procedimiento se mantenga vigente, siendo responsable de realizar revisiones y actualizaciones periódicas, así como de la difusión y conocimiento del mismo por parte del equipo de trabajo y áreas vinculadas.
- Revisar el Programa Anual de Auditorías Internas del SGC.

Elaborar el Programa Anual de Auditorías Internas del SGC.

- Asegurar que el equipo auditor del SGC sea competente para el proceso de auditoría, velando por su objetividad e imparcialidad.
- Revisar el Plan de Auditoría Interna del SGC.
- Coordinar con los dueños de los procesos / áreas auditadas la implementación de las acciones necesarias en base a los resultados de la auditoría del SGC.
- Promover la formación de auditores internos del SGC.

Equipo Auditor

- Prepararse adecuadamente para efectuar el proceso de auditoría.
- Preparar el Plan de Auditoría Interna.
- Ejecutar la auditoría interna, de manera objetiva e imparcial.
- Preparar el Informe de Auditoría Interna.

Dueño del Proceso (Director o Jefe del área o Responsable de proceso)

- Brindar las facilidades para el proceso de la auditoría interna.
- Tomar las acciones necesarias para la mejora, sin demora injustificada, en base al Informe de Auditoría Interna.

REGISTROS / ANEXOS

- PG-SGC-01 - Programa Anual de Auditorías
- PL-SGC-1 - Plan de Auditoría Interna
- L-SGC-01 - Lista de Verificación de Auditoría
- IF-SGC-01 - Informe de Auditoría Interna
- R-SGC-01 - Evaluación de Auditores Internos
- Anexo N° 1 Requisitos de Competencias de Auditores Internos

- Anexo N° 2 Acta de Apertura (PAI - ANEXO 2)
- Anexo N° 3 Acta de Cierre (PAI - ANEXO 3)

PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD DESI



N°	PROCESOS A REVISAR	AREAS A REVISAR	FECHAS ESTIMADAS		AÑO 2023												
			INICIO	TERMINO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	

Nota:

(1) Las fechas propuestas pudieran modificarse, en función de la situación o factibilidad que guarden los procesos al momento de realizarse la auditoría.

FECHA _____

PLAN DE AUDITORÍA DESI

NORMA:

ISO 9001:2015

AÑO:

1. OBJETIVO DEL PLAN

Evaluar la capacidad del auditado para determinar y mostrar el cumplimiento de lo requerido por la norma ISO 9001:2015.

2. ALCANCE DEL PROGRAMA

3. CRITERIOS DE AUDITORÍA

4. MÉTODO DE AUDITORÍA

Muestrear.

5. RECURSOS DE AUDITORÍA

6. SELECCIÓN DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO AUDITOR



6. CRONOGRAMA DE AUDITORÍA

Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales

Procesos	Área / Unidad	Hora	Fecha de auditoría

Dirección de Sanidad Marítima Internacional

Dirección de Sanidad Aérea Internacional

7. OTROS ASPECTOS DE LA AUDITORÍA

LISTA DE VERIFICACIÓN AUDITORIA INTERNA ISO 9001: 2015

FECHA DE AUDITORIA INTERNA





N°	REQUERIMIENTO	CRITERIO INICIAL					DOCUMENTACION SUSTENTATORIA	OBSERVACIONES
		A-V	H	P	N S	N A		
		A	B	C	D	E		
4. Contexto de la organización								
4.1 Comprender la organización y su contexto								
1	La organización debe determinar los problemas externos e internos, que son relevantes para su propósito y su dirección estratégica y que afectan su capacidad para lograr el resultado deseado (s) de su sistema de gestión de calidad.							
2	La organización debe actualizar dichas determinaciones cuando sea necesario. Al determinar cuestiones externas e internas pertinentes, la organización debe considerar los derivados de:							
	a) cambios y tendencias que pueden tener un impacto en los objetivos de la organización;							
	b) las relaciones con los y las percepciones y valores de las partes interesadas pertinentes;							
	c) las cuestiones de dirección, las prioridades estratégicas, políticas y compromisos internos; y							
	d) la disponibilidad de recursos y las prioridades y el cambio tecnológico.							
4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas								
3	La organización debe determinar:							
	a) las partes interesadas que son relevantes para el sistema de gestión de la calidad, y							
	b) los requisitos de estas partes interesadas							
4	La organización debe actualizar dichas determinaciones a fin de comprender y prever las necesidades o expectativas que afectan a los requisitos del cliente y la satisfacción del cliente.							
5	La organización debe tener en cuenta las siguientes partes interesadas pertinentes:							





	a) Los usuarios/administrados directos;						
	b) la entidad relacionada directamente (DIRESA CALLAO);						
	c) los proveedores u otros involucrados en la realización del servicio;						
	d) los reguladores; y						
	e) cualesquiera otras partes interesadas pertinentes.						
4.3 Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad							
6	La organización debe determinar los límites y aplicabilidad del sistema de gestión de la calidad para determinar su ámbito de aplicación.						
7	Al determinar este ámbito, la organización debe considerar:						
	a) los problemas externos e internos mencionados en el apartado 4.1, y b) los requisitos indicados en 4.2.						
8	Al afirmar el alcance, la organización debe documentar y justificar cualquier decisión de no aplicar el requisito de esta Norma Internacional y para excluirla del ámbito de aplicación del sistema de gestión de calidad. Dicha exclusión se limitará a la cláusula 7.1. 4 y 8, y no afectará a la organización "s capacidad o responsabilidad de asegurar la conformidad de los bienes y servicios y la satisfacción del cliente, ni una exclusión se justifica sobre la base de la decisión de organizar un proveedor externo para realizar una función o proceso de la organización.						
9	El alcance deberá estar disponible como información documentada.						
4.4 Sistema de gestión de Calidad							



4.4.1 Generalidades

1 0	La organización debe establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un sistema de gestión de calidad, incluyendo los procesos necesarios y sus interacciones , de conformidad con los requisitos de esta Norma Internacional								

4.4.2 Enfoque basado en procesos

1 1	La organización debe aplicar un enfoque basado en procesos a su sistema de gestión de calidad. La organización debe:								
	a) determinar los procesos necesarios para el sistema de gestión de calidad y su aplicación en toda la organización;								
	b) determinar los insumos necesarios y los resultados esperados de cada proceso;								
	c) determinar la secuencia e interacción de estos procesos;								
	d) determinar los riesgos a la conformidad de los bienes y servicios y la satisfacción del usuario, si los servicios no deseados son entregados o interacción proceso es ineficaz;								
	e) determinar los criterios, métodos, mediciones e indicadores de desempeño relacionados necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces;								
	f) determinar los recursos y asegurar su disponibilidad;								
	g) asignar responsabilidades y autoridades para procesos;								
	h) implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados previstos;								
	i) supervisar, analizar y cambiar, si es necesario, estos procesos asegurando que continúan entregando los resultados previstos; y								
	j) asegurar la mejora continua de estos procesos.								



5. Liderazgo

5.1 Liderazgo y compromiso

5.1.1 Liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión de la calidad

<p>La alta dirección debe demostrar su liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión de calidad por:</p>												
<p>a) garantizar que las políticas de calidad y objetivos de calidad se establecen para el sistema de gestión de calidad y son compatibles con la dirección estratégica de la organización;</p>												
<p>b) la garantía de la política de calidad se entiende y sigue dentro de la organización;</p>												
<p>c) velar por la integración de los requisitos del sistema de gestión de calidad en los procesos de negocio de la organización;</p>												
<p>d) promover el conocimiento del enfoque basado en procesos;</p>												
<p>e) velar por que los recursos necesarios para el sistema de gestión de calidad están disponibles</p>												
<p>f) comunicar la importancia de la gestión de calidad eficaz y de acuerdo con los requisitos del sistema de gestión de calidad y los requerimientos de bienes y servicios;</p>												
<p>g) garantizar que el sistema de gestión de la calidad cumple sus salidas resultados previstos;</p>												
<p>h) participar, dirigir y apoyar a las personas para contribuir a la eficacia del sistema de gestión de la calidad;</p>												
<p>i) la promoción de la mejora y la innovación continua; y</p>												
<p>j) el apoyo a otras funciones de gestión pertinentes para demostrar su liderazgo, ya que se aplica a sus áreas de responsabilidad.</p>												

5.1.2 Liderazgo y compromiso con respecto a las necesidades y expectativas de los clientes



R. ROBLES





1 4	La alta dirección debe demostrar su liderazgo y compromiso con respecto a la orientación al usuario/administrado, asegurando que:						
	a) los riesgos que pueden afectar a la conformidad de los bienes y servicios y la satisfacción del cliente son identificados y abordados;						
	b) los requisitos del usuario/administrado se determinan y se cumplen;						
	c) se mantiene el enfoque en proveer consistentemente productos y servicios que satisfagan al usuario/administrado y los legales y reglamentarios aplicables;						
	d) Se mantiene el foco en la mejora de la satisfacción del usuario/administrado;						
5.2 Política de Calidad							
1 5	La alta dirección debe establecer una política de calidad que:						
	a) es apropiada para el propósito de la organización;						
	b) proporciona un marco para establecer objetivos de calidad;						
	c) incluye un compromiso de cumplir con los requisitos aplicables, y						
	d) incluye un compromiso de mejora continua del sistema de gestión de calidad.						
	La política de calidad debe:						
	a) estar disponible como información documentada;						
	b) ser comunicada dentro de la organización;						
	c) estar a disposición de las partes interesadas, según proceda; y						
	d) ser revisada para su continua adecuación.						
5.3 Roles de la organización, responsabilidades y autoridades							



1 6	La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades para las funciones relevantes sean asignadas y comunicadas dentro de la organización.															
	La alta dirección debe ser responsable de la eficacia del sistema de gestión de calidad, y asignar la responsabilidad y autoridad para:															
1	a) garantizar que el sistema de gestión de calidad conforme a los requisitos de esta norma internacional, y,															
7	b) la garantía de que los procesos interactúan y están dando sus resultados previstos,															
	c) informar sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad a la alta dirección y de cualquier necesidad de mejora, y															
	d) garantizar la promoción del conocimiento de las necesidades del cliente en toda la organización.															
6 Planificación																
6.1 Acciones para abordar los riesgos y oportunidades																
	Al planificar el sistema de gestión de calidad, la organización debe considerar las cuestiones mencionadas en el apartado 4.1 y los requisitos mencionados en el punto 4.2 y determinar los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para:															
1	a) asegurar el sistema de gestión de la calidad puede alcanzar su resultado deseado (s),															
8	b) asegurar que la organización pueda lograr de manera consistente la conformidad de los bienes y servicios y la satisfacción del cliente,															
	c) prevenir o reducir los efectos no deseados, y															
	d) lograr la mejora continua.															
1	La organización debe planificar:															
9	a) Acciones para hacer frente a estos riesgos y oportunidades, y															



	b) la forma de						
	1) integrar y poner en práctica las acciones en sus procesos del sistema de gestión de calidad (ver 4.4), y						
	2) evaluar la eficacia de estas acciones.						
6.2 de [] para alcanzar os							
	La organización debe establecer los objetivos de calidad en las funciones pertinentes, niveles y procesos.						
	Los objetivos de calidad deberán:						
	a) ser coherente con la política de calidad,						
	b) ser pertinentes para la conformidad de los bienes y servicios y la satisfacción del cliente,						
20	c) ser medibles (si es posible),						
	d) tener en cuenta los requisitos aplicables,						
	e) supervisar,						
	f) comunicarse						
	g) actualizarse según corresponda.						
21	La organización conservará información documentada sobre los objetivos de calidad.						
	Cuando se planifica la forma de lograr sus objetivos de calidad, la organización debe determinar:						
	a) ¿qué se hará,						
22	b) qué recursos serán necesarios (véase 7.1),						
	c) quien será responsable,						
	d) cuando se completará, y						
	e) cómo se evaluarán los resultados.						
6.3 Planificación de los cambios							
23	La organización debe determinar las necesidades y oportunidades de cambio para mantener y mejorar el rendimiento del sistema de gestión de calidad.						





	La organización debe llevar a cabo el cambio de una manera planificada y sistemática, la identificación de riesgos y oportunidades, y la revisión de las posibles consecuencias del cambio.							
7. Soporte								
7.1 Recursos								
7.1.1 Generalidades								
2 4	La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión de calidad.							
2 5	La organización debe tener en cuenta							
	a) ¿cuáles son los recursos internos existentes, las capacidades y limitaciones, y b) que los bienes y servicios deben ser de origen externo.							
7.1.2 Infraestructura								
2 6	La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para su funcionamiento y para asegurar la conformidad de los bienes y servicios y la satisfacción del cliente.							
2 6	Nota: infraestructura puede incluir,							
	a) Los edificios y los servicios públicos asociados,							
	b) equipos, incluyendo hardware y software, y c) Los sistemas de transporte, la comunicación y la información.							
7.1.3 Entorno del Proceso								
2 7	La organización debe determinar, proporcionar y mantener el entorno necesario para sus operaciones de proceso y para asegurar la conformidad de los bienes y servicios y la satisfacción del cliente.							
7.1.4 Los dispositivos de seguimiento y medición								



28	La organización debe determinar, proporcionar y mantener los dispositivos de seguimiento y medición necesarios para verificar la conformidad con los requisitos del producto y se asegurará de que los dispositivos son aptos para el propósito																	
29	La organización conservará información documentada apropiada como prueba de aptitud para el uso de la vigilancia y los dispositivos de medición.																	
7.1.5 Conocimiento																		
30	La organización debe determinar los conocimientos necesarios para el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad y sus procesos y asegurar la conformidad de los bienes y servicios y la satisfacción del cliente. Se mantendrá Este conocimiento, protegido y puesto a disposición en caso necesario.																	
31	La organización debe tener en cuenta su actual base de conocimientos dónde abordar las cambiantes necesidades y tendencias, y determinar la forma de adquirir o acceder a los conocimientos adicionales que sean necesarios. (Véase también 6.3)																	
7.2 Competencia																		
32	La organización debe: a) determinar la competencia necesaria de la persona (s) que hace el trabajo bajo su control que afecte a su rendimiento de calidad, y b) asegurarse de que estas personas son competentes sobre la base de una educación adecuada, capacitación o experiencia; c) en su caso, tomar las acciones para adquirir la competencia necesaria, y evaluar la eficacia de las acciones tomadas, y																	



	d) retener la información documentada apropiada como evidencia de la competencia.							
	Las personas que realizan un trabajo bajo el control de la organización deben ser conscientes de:							
3	a) la política de calidad,							
3	b) los objetivos de calidad pertinentes,							
	c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluyendo los beneficios de rendimiento de mejora de la calidad, y							
	d) las consecuencias de que no cumplan con los requisitos del sistema de gestión de calidad.							
7.4 Comunicación								
3	La organización debe determinar la necesidad de las comunicaciones internas y externas pertinentes para el sistema de gestión de calidad, incluyendo:							
4	a) en lo que se comunicará,							
	b) cuando para comunicarse, y							
	c) con el que comunicarse.							
7.5 Generalidades								
3	Sistema de gestión de calidad de la organización debe incluir							
5	a) la información documentada requerida por esta Norma Internacional,							
	b) información documentada determinada como necesario por la organización para la eficacia del sistema de gestión de calidad.							
7.5.2 Creación y actualización								
3	Al crear y actualizar la información documentada de la organización debe asegurarse apropiada:							
6	a) la identificación y descripción (por ejemplo, un título, fecha,							



	autor, o el número de referencia),						
	b) formato (por ejemplo, el idioma, la versión del software, gráficos) y de los medios de comunicación (por ejemplo, papel, electrónico),						
	c) la revisión y aprobación por la idoneidad y adecuación.						
7.5.3 Control de la Información documentada							
	Información documentada requerida por el sistema de gestión de calidad y por esta norma internacional se deben controlar para garantizar:						
3 7	a) que está disponible y adecuado para su uso, donde y cuando sea necesario, y						
	b) que esté protegido de forma adecuada (por ejemplo, de pérdida de confidencialidad, uso inadecuado, o la pérdida de la integridad).						
	Para el control de la información documentada, la organización debe responder a las siguientes actividades, según corresponda						
3 8	a) la distribución, acceso, recuperación y uso,						
	b) el almacenamiento y conservación, incluyendo la preservación de la legibilidad,						
	c) el control de cambios (por ejemplo, control de versiones), y						
	d) la retención y disposición.						
8 Operacion							
	La organización debe planificar, ejecutar y controlar los procesos necesarios para cumplir con los requisitos y para poner en práctica las acciones determinadas en el punto 6.1, por						
3 9	a) el establecimiento de criterios para los procesos						
	b) la aplicación de control de los procesos de acuerdo con los criterios, y						



	c) mantener la información documentada en la medida necesaria para tener confianza en que los procesos se han llevado a cabo según lo previsto.						
	La organización debe controlar los cambios planificados y examinar las consecuencias de los cambios no deseados, la adopción de medidas para mitigar los posibles efectos adversos, según sea necesario.						
	La organización debe asegurarse de que la operación de una función o proceso de la organización es controlado por un proveedor externo (véase 8.4).						
8.2.1 Generalidades							
40	La organización debe implementar un proceso de interacción con los clientes para determinar sus requisitos relativos a los bienes y servicios.						
8.2.2 Determinación de los requisitos relacionados con los bienes y servicios							
	La organización debe determinar en su caso						
	a) los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para la entrega y las actividades posteriores a la entrega,						
41	b) los requisitos no establecidos por el cliente pero necesarios para el uso especificado o previsto, cuando sea conocido,						
	c) los requisitos legales y reglamentarios aplicables a los bienes y servicios, y						
	d) cualquier requisito adicional considera necesario por la organización.						
8.2.3 Revisión de los requisitos relacionados con los bienes y servicios							



4 2	La organización debe revisar los requisitos relacionados con los bienes y servicios. Esta revisión se llevará a cabo antes del compromiso de la organización para suministrar bienes y servicios al cliente (por ejemplo, la presentación de ofertas, aceptación de contratos o pedidos, aceptación de cambios en los contratos o pedidos) y debe asegurarse de que:						
	a) los requisitos de bienes y servicios se definen y se acordaron,						
	b) los requisitos del contrato o pedido que difieran de los expresados previamente se resuelven, y						
	c) la organización es capaz de cumplir los requisitos definidos.						
	Se mantendrá la información documentada que describe los resultados de la revisión.						
	Cuando el cliente no proporcione una declaración documentada de los requisitos, los requisitos de los clientes serán confirmados por la organización antes de la aceptación.						
	Cuando se cambien los requisitos para bienes y servicios, la organización debe asegurarse de que la información documentada pertinente se modifica y que el personal correspondiente sea consciente de los requisitos modificados.						
8.2.4 Comunicación con el cliente							
4 3	La organización debe determinar e implementar disposiciones planificadas para la comunicación con los clientes, relativas a:						
	a) información de los bienes y servicios,						
	b) las consultas, contratos o atención de pedidos, incluyendo las modificaciones,						
	c) la retroalimentación del cliente, incluyendo sus quejas (ver 9.1),						



	d) el manejo de la propiedad del cliente, en su caso, y						
	e) los requisitos específicos para las acciones de contingencia, en su caso.						
8.3 Proceso de planificación operacional							
	En la preparación para la realización de los bienes y servicios, la organización debe implementar un proceso para determinar lo siguiente, según sea apropiado,						
	a) Requisitos para los bienes y servicios, teniendo en cuenta los objetivos de calidad pertinentes;						
	b) las acciones para identificar y abordar los riesgos relacionados con la consecución de la conformidad de los bienes y servicios a las necesidades;						
	c) los recursos que serán necesarios derivados de los requisitos para los bienes y servicios;						
4	d) los criterios para la aceptación de bienes y servicios;						
4	e) la verificación requerida, validación, seguimiento, medición, inspección y actividades de ensayo a los bienes y servicios;						
	f) la forma en que se establecerán y comunicarán los datos de rendimiento; y						
	g) los requisitos de trazabilidad, la conservación, los bienes y servicios de entrega y las actividades posteriores a la entrega.						
	El resultado de este proceso de planificación debe presentarse de forma adecuada para las operaciones de la organización.						
8.4 Control de la prestación externa de bienes y servicios							
8.4.1 Control de la prestación externa de bienes y servicios							
4	La organización debe asegurarse siempre que los bienes y servicios externos se ajustan a los requisitos especificados.						





8.4.2 Tipo y alcance del control de la provisión externa						
4 6	El tipo y alcance del control aplicado a los proveedores externos y los procesos proporcionados externamente, los bienes y servicios deberán ser dependiente					
	a) los riesgos identificados y los impactos potenciales. ISO 9001					
	b) el grado en que se comparte el control de un proceso de provisión externa entre la organización y el proveedor, y					
	c) la capacidad de los controles potenciales.					
	La organización debe establecer y aplicar criterios para la evaluación, selección y reevaluación de los proveedores externos en función de su capacidad de proporcionar bienes y servicios de acuerdo con los requisitos de la organización.					
	Se mantendrá la información documentada que describe los resultados de las evaluaciones.					
8.4.3 Información documentada para los proveedores externos						
4 7	Información documentada se facilitará al proveedor externo describiendo, en su caso:					
	a) los bienes y servicios a ser prestados o el proceso a realizar,					
	b) los requisitos para la aprobación o la liberación de bienes y servicios, procedimientos, procesos o equipos,					
	c) los requisitos para la competencia del personal, incluida la cualificación necesaria,					
	d) los requisitos del sistema de gestión de calidad,					
	e) el control y seguimiento del rendimiento del proveedor externo que sera aplicado por la organización,					
	f) cualquier actividad de verificación que la organización o su cliente, tiene la intención de realizar en los proveedor externos y locales.					



g) los requisitos para el manejo de la propiedad de proveedores externos proporcionado a la organización.							
La organización debe asegurarse de la idoneidad de los requisitos especificados antes de comunicárselos al proveedor externo.							
La organización debe monitorear el desempeño de los proveedores externos. Se mantendrá la información documentada que describe los resultados de la supervisión.							

8.5 Producción y provisión del servicio

8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio

F	La organización debe planificar e implementar los procesos para el desarrollo de bienes y servicios consistentes con el enfoque basado en procesos.						
	En la determinación de las etapas y los controles de los procesos de desarrollo, la organización debe tener en cuenta:						
	a) la naturaleza, la duración y la complejidad de las actividades de desarrollo,						
	b) los clientes, los requisitos legales y reglamentarias que especifiquen las etapas del proceso particulares o controles,						
	c) los requisitos especificados por la organización como algo esencial para el tipo específico de los bienes y servicios que se están desarrollando,						
	d) las normas o códigos de prácticas que la organización se ha comprometido a poner en práctica,						
	e) los riesgos y oportunidades asociados con determinadas actividades de desarrollo con respecto a:						
1) la naturaleza de los bienes y servicios que se desarrollarán y las consecuencias potenciales de fracaso							



	2) el nivel de control de espera del proceso de desarrollo por los clientes y otras partes interesadas pertinentes, y							
	3) el impacto potencial sobre la capacidad de la organización de cumplir sistemáticamente con los requisitos del cliente y mejorar la satisfacción del cliente.							
	f) los recursos internos y externos que necesita para el desarrollo de bienes y servicios,							
	g) la necesidad de claridad con respecto a las responsabilidades y autoridades de los individuos y las partes involucradas en el proceso de desarrollo,							
	h) la necesidad de que la gestión de las interfaces entre los individuos y las partes involucradas en la tarea de desarrollo o la oportunidad,							
	i) la necesidad de participación de los grupos de clientes y grupos de usuarios en el proceso de desarrollo y su interfaz con la gestión del proceso de desarrollo,							
	j) la información documentada necesaria sobre la aplicación de los procesos de desarrollo, los productos y su adecuación, y							
	k) las actividades necesarias para la transferencia del desarrollo a la producción o prestación de servicios.							
8.5.2 Identificación y Trazabilidad								
49	Los controles que se aplican al proceso de desarrollo se asegurarán de que							
	a) los resultados que deben alcanzarse mediante las acciones de desarrollo está claramente definido,							
	b) las entradas están definidas a un nivel suficiente para las actividades de desarrollo emprendidas y no dan lugar a la ambigüedad, conflicto o falta de claridad,							
	c) las salidas están en una forma adecuada para su posterior uso en la producción de bienes y prestación de servicios, y el							



	seguimiento y la medición correspondiente,					
	d) los problemas y cuestiones que surjan durante el proceso de desarrollo se resuelven o manejados de otra manera antes de comprometerse a un trabajo de desarrollo o establecimiento de prioridades para que el trabajo,					
	e) los procesos de desarrollo previstas se han seguido, los resultados son consistentes con las entradas y el objetivo de la actividad de desarrollo se ha cumplido,					
	f) bienes producidos o servicios prestados, como consecuencia del desarrollo emprendido son aptos para el propósito, y					
	g) Control de cambio apropiado y gestión de la configuración se mantiene durante todo el desarrollo de bienes y servicios y cualquier modificación posterior de bienes y servicios.					
8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos						
50	La organización debe asegurarse de que la transferencia del desarrollo a la producción o prestación de servicio sólo tiene lugar cuando las acciones en circulación o surgido del desarrollo se han completado o se gestionan de otro modo tal que no hay un impacto negativo en la organización "s capacidad de cumplir sistemáticamente con los requisitos del cliente, legales o los requisitos reglamentarios, o para mejorar la satisfacción del cliente.					
8.6.1 Preservación						
51	Verificar cómo la organización garantiza la preservación de los resultados del proceso para garantizar la conformidad con los requisitos.					



	La organización debe preservar las salidas durante la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurarse de la conformidad con los requisitos.						
8.5.5 Actividades posteriores a la entrega							
	La organización debe preservar las salidas durante la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurarse de la conformidad con los requisitos. Nota.- : La preservación puede incluir la identificación, la manipulación, el control de la contaminación, el embalaje, el almacenamiento, la transmisión de la información o el transporte, y la protección.						
5 2	Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega que se requieren, la organización debe considerar:						
	a) los requisitos legales y reglamentarios;						
	b) las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y servicios;						
	c) la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios						
	d) los requisitos del cliente;						
	e) la retroalimentación del cliente.						
8.5.6 Control de los Cambios							
5 3	La organización debe revisar y controlar los cambios para la producción o la prestación del servicio, en la extensión necesaria para asegurarse de la continuidad en la conformidad con los requisitos						
	La organización debe conservar información documentada que describa los resultados de la revisión de los cambios, las personas que autorizan el cambio y de cualquier acción necesaria que surja de la revisión.						



8.6 La producción de bienes y prestación de servicios

8.6.1 Control de la producción de bienes y prestación de servicios

	La organización debe implementar la producción de bienes y prestación de servicios en condiciones controladas.						
	Las condiciones controladas deben incluir, según corresponda:						
	a) la disponibilidad de información documentada que describe las características de los bienes y servicios;						
	b) la aplicación de los controles;						
	c) la disponibilidad de información documentado que describa las actividades a realizar y los resultados obtenidos, según sea necesario;						
	d) el uso de equipo adecuado;						
5 4	e) la disponibilidad, la aplicación y el uso de los dispositivos de seguimiento y medición;						
	f) la competencia del personal o su cualificación;						
	g) la validación y aprobación y revalidación periódica, de cualquier proceso de producción de bienes y prestación de servicios, donde los productos resultantes no puedan verificarse mediante actividades de seguimiento o medición posteriores;						
	h) la aplicación de los bienes y servicios de liberación, entrega y posteriores a la entrega; y						
	i) la prevención de la no conformidad, debido a un error humano, tales como errores no intencionales y violaciones de reglas intencionales.						
8.6.2 Identificación y trazabilidad							
	En su caso, la organización debe identificar las salidas de proceso con los medios adecuados.						
5 5	La organización debe identificar el estado de las salidas del proceso con respecto a los requisitos de medición de seguimiento y largo de la						





R. ROBLES

	realización de los bienes y servicios.						
	Cuando la trazabilidad sea un requisito, la organización debe controlar la identificación única de las salidas del proceso, y mantener como información documentada.						
8.6.3 Los bienes pertenecientes a los clientes o proveedores externos.							
5 6	La organización debe cuidar los bienes de propiedad del cliente o proveedores externos mientras estén bajo el control de la organización o estén siendo utilizados por la organización. La organización debe identificar, verificar, proteger y salvaguardar el cliente o proveedor externo "s bienes suministrados para su utilización o incorporación en los bienes y servicios.						
	Si cualquier propiedad del cliente o proveedor externo se ha perdido, dañado o de otro modo se considera inadecuado para su uso, la organización debe informar de ello al cliente o el proveedor externo y mantener información documentada.						
8.6.4 Preservación de bienes y servicios							
5 7	La organización debe garantizar la preservación de los bienes y servicios, incluida las salidas del proceso, durante el procesamiento y la entrega al destino previsto para mantener la conformidad con los requisitos.						
	La preservación debe aplicarse también para procesar las salidas que constituyen partes de los productos o de cualquier salida del proceso físico que se necesita para la prestación del servicio.						
8.6.5 Las actividades posteriores a la entrega							



	En su caso, la organización debe determinar y cumplir los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociados con la naturaleza y la vida útil de los bienes y servicios destinados.						
58	El alcance de las actividades posteriores a la entrega que se requieren tendrá en cuenta						
	a) los riesgos asociados con los bienes y servicios,						
	b) retroalimentación del cliente, y						
	c) los requisitos legales y reglamentarios.						
8.5.6 Control de los cambios							
59	La organización debe llevar a cabo el cambio de una manera planificada y sistemática, teniendo en cuenta el examen de las posibles consecuencias de los cambios (ver 6.3) y tomar medidas, según sea necesario, para asegurar la integridad de los bienes y servicios se mantienen.						
	Información que describe los resultados de la revisión de los cambios documentados, se mantendrán el personal que autoriza el cambio y de cualquier acción necesaria.						
8.7 Control de los bienes							
	La organización debe implementar las actividades planificadas en etapas apropiadas para verificar que se cumplen los requisitos de bienes y servicios (véase el punto 8.3). Debe mantenerse evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación.						
60	El despacho de las mercancías y servicios al cliente no procederá hasta que los planes establecidos para la verificación de la conformidad se han cumplido satisfactoriamente, a menos que sea aprobado por una autoridad pertinente y, cuando sea aplicable, por el cliente. Información documentada deberá indicar la						



	persona (s) que autoriza la liberación de los bienes y servicios para su entrega al cliente.						
8.8 Bienes y servicios no conformes							
6 1	La organización debe asegurarse de que los bienes y servicios que no se ajusten a los requisitos se identifica y controla para prevenir su uso no intencionado o entrega, que tendrá un impacto negativo en el cliente.						
	La organización debe tomar acciones (incluidas las correcciones si es necesario) adecuadas a la naturaleza de la no conformidad y sus efectos. Esto se aplica también a los bienes y servicios detectados después de la entrega de las mercancías o durante la prestación del servicio no conforme.						
	Cuando los bienes y servicios no conformes se han entregado al cliente, la organización tendrá también la corrección apropiada para asegurar que se logra la satisfacción del cliente. Acciones correctivas apropiadas se aplicarán (véase 10.1).						
9 Evaluación del desempeño							
9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación							
9.1.1 Generalidades							
6 2	La organización deberá tener en cuenta los riesgos y las oportunidades determinadas y deberá:						
	a) determinar lo que necesita ser monitoreado y medido con el fin de: - Demostrar la conformidad de los bienes y servicios a las necesidades,						



	- Evaluar el desempeño de los procesos (ver 4.4),						
	- Garantizar la conformidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad, y						
	- Evaluar la satisfacción del cliente; y						
	b) evaluar el desempeño del proveedor externo (ver 8.4);						
	c) determinar los métodos para el seguimiento, medición, análisis y evaluación, en su caso, para garantizar la validez de los resultados;						
	d) determinar cuándo se llevarán a cabo el seguimiento y medición;						
	e) determinar cuándo se analizarán y evaluarán los resultados de seguimiento y medición; y						
	f) determinar lo que se necesitan indicadores de desempeño del sistema de gestión de calidad.						
	La organización debe establecer procesos para asegurarse de que el seguimiento y medición pueden realizarse y se realizan de una manera que sea consistente con los requisitos de seguimiento y medición.						
	La organización conservará información documentada apropiada como evidencia de los resultados.						
	La organización debe evaluar el desempeño de la calidad y la eficacia del sistema de gestión de calidad.						
9.1.2 Satisfacción del cliente							
	La organización debe supervisar los datos relativos a las percepciones de los clientes sobre el grado en que se cumplen los requisitos.						
6	En su caso, la organización debe obtener los datos relativos a:						
3	a) la retroalimentación del cliente, y						
	Los métodos para obtener y utilizar dicha información se precisará.						



	La organización debe evaluar los datos obtenidos para determinar las oportunidades para mejorar la satisfacción del cliente.						
9.1.3 Análisis y evaluación de datos							
	La organización debe analizar y evaluar los datos correspondientes derivadas del monitoreo, la medición (véase 9.1.1 y 9.1.2) y otras fuentes pertinentes. Esto debe comprender la determinación de los métodos aplicables.						
64	Los resultados del análisis y la evaluación se utilizarán para:						
	a) para determinar la conveniencia, adecuación y eficacia de la gestión de la calidad						
	b) para garantizar que los bienes y servicios pueden satisfacer constantemente las necesidades del cliente,						
	c) para asegurar que la operación y control de procesos es eficaz, y						
	d) identificar las mejoras en el sistema de gestión de calidad.						
	Los resultados del análisis y la evaluación se utilizarán como insumo para la revisión por la dirección.						
9.2 Auditoría Interna							
	La organización debe realizar auditorías internas a intervalos planificados para proporcionar información sobre si el sistema de gestión de calidad;						
65	a) cumple						
	1) las propias necesidades de la organización para su sistema de gestión de la calidad; y						
	2) los requisitos de esta norma internacional;						
	b) se ha implementado y mantiene de manera eficaz. La organización debe:						



	a) planificar, establecer, implementar y mantener un programa (s) de auditoría, incluida la periodicidad, los métodos, responsabilidades, requisitos de planificación y presentación de informes. El programa (s) de auditoría deberá tener en cuenta los objetivos de calidad, la importancia de los procesos en cuestión, los riesgos relacionados, así como los resultados de auditorías anteriores;						
	b) definir los criterios de auditoría y el alcance de cada auditoría;						
	c) seleccionar los auditores y las auditorías de conducta para asegurar la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría;						
	d) garantizar que los resultados de las auditorías se reportan a la gestión pertinente para la evaluación,						
	e) tomar las medidas adecuadas y sin dilaciones indebidas; y						
	f) conservar la información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados de la auditoría.						
9.3	Revisión por la dirección						
	La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de calidad de la organización, a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia.						
6	Revisión por la dirección debe ser planeado y llevado a cabo, teniendo en cuenta el entorno cambiante de los negocios y en la alineación de la dirección estratégica de la organización.						
6	La revisión por la dirección debe incluir la consideración de:						
	a) el estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas;						
	b) los cambios en los problemas externos e internos que son relevantes para el sistema de gestión de calidad;						



	c) la información sobre el desempeño del sistema de gestión de calidad, incluyendo las tendencias e indicadores para:								
	1) las no conformidades y acciones correctivas;								
	2) seguimiento y medición a los resultados;								
	3) resultados de las auditorías;								
	4) la retroalimentación del cliente;								
	5) proveedor y cuestiones de proveedores externos; y								
	6) desempeño de los procesos y conformidad del producto;								
	d) oportunidades para la mejora continua.								
	Las salidas de la revisión por la dirección deben incluir decisiones relacionadas con:								
	a) las oportunidades de mejora continua, y								
	b) cualquier necesidad de cambios en el sistema de gestión de calidad.								
	La organización conservará información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones por la dirección, incluyendo las acciones tomadas.								
10. Mejora									
10.1 No conformidad y acciones correctivas									
	Quando se produce una no conformidad, la organización deberá:								
	a) reaccionar a la no conformidad, y en su caso								
	1) tomar medidas para controlar y corregirlo; y								
	2) hacer frente a las consecuencias;								
6	b) evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir o se producen en otros lugares, por								
7	1) la revisión de la no conformidad;								
	2) determinar las causas de la no conformidad, y								



	3) determinar si existen incumplimientos similares o podrían producirse;						
	c) poner en práctica las medidas oportunas;						
	d) revisar la eficacia de las medidas correctivas adoptadas; y						
	e) realizar cambios en el sistema de gestión de la calidad, si es necesario.						
	Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.						
	La organización conservará información documentada como evidencia de						
	a) la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente; y						
	b) los resultados de cualquier acción correctiva.						
10	2 Mejora						
	La organización debe mejorar continuamente la idoneidad, adecuación y eficacia del sistema de gestión de calidad. La organización debe mejorar el sistema de gestión de calidad, los procesos y los productos y servicios, en su caso, a través de la respuesta a:						
6	a) Los resultados del análisis de datos;						
8	b) los cambios en el contexto de la organización;						
	c) cambios en el riesgo identificados (ver 6.1); y						
	d) nuevas oportunidades.						
	La organización debe evaluar, priorizar y determinar la mejora a implementar.						





INFORME DE AUDITORIA SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

AUDITORIA Nro.		FECHA DE INFORME	
INFORME		Preliminar	Final
1. INFORMACION GENERAL			
Tipo de Informe		Auditoría Interna	Seguimiento
Procesos auditado / Evaluado			
Auditor Líder DESI		Equipo Auditor	
Auditor Líder DSMI			
Auditor Líder DSAI			
Responsables de los procesos, dependencia, área o Actividad Auditada / evaluada			
2. OBJETIVO			
<p>Velar por el cumplimiento de los requisitos que contempla la norma ISO 9001:2015. Determinar la idoneidad o la conformidad del sistema de gestión de calidad implementado en la Dirección Estratégica de Sanidades Internacionales - DESI, según los requisitos que se han establecido.</p> <p>Comparar los procedimientos con las actividades que se realizan, evaluando la efectividad de la implementación y mantenimiento del sistema de gestión de la SGC.</p> <p>Identificar oportunidades de mejora en el sistema de gestión de calidad.</p>			
3. ALCANCE			
<p>Aplica a los procesos (once) establecidos dentro del Mapa de Procesos y que considera el Alcance del Sistema de Gestión de Calidad de la Dirección Estratégica de Sanidades Internacionales - DESI.</p>			
4. ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
<p>De acuerdo a la revisión documental y de la auditoria realizada al sistema de gestión de la calidad, se realizó en tres fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar Programa de Auditorías. - Elaborar Riesgos de Auditoría. 			



- Aplicar la Lista de Verificación de la Auditoría de la Norma ISO 9001:2015

5. HALLAZGOS

5.1 REQUISITOS CON CUMPLIMIENTO - CONFORMIDADES CON OBSERVACION



Proceso	Criterio	Evidencia
	4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	
	4.1 Comprensión de la organización y de su contexto	
	4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	
	4.3 Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad	
	4.4 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos	
Proceso	Criterio	Evidencia
	5. LIDERAZGO	
	5.1 Liderazgo y compromiso	
	5.2 Política	
	5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización	
Proceso	Criterio	Evidencia
	6. PLANIFICACIÓN	



ESTRATEGICO -MISIONAL- APOYO	6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades	
ESTRATEGICO -MISIONAL- APOYO	6.2 Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos	
ESTRATEGICO -MISIONAL- APOYO	6.3 Planificación de los cambios	
Proceso	Criterio	Evidencia
ESTRATEGICO -MISIONAL- APOYO	7. APOYO	
	7.1 Recursos	
	7.2 Competencia	
	7.3 Toma de conciencia	
	7.4 Comunicación	
	7.5 Información documentada	
Proceso	Criterio	Evidencia
ESTRATEGICO -MISIONAL- APOYO	8. OPERACIÓN	
	8.1 Planificación y control operacional	
	8.2 Requisitos para los productos y servicios	
	8.3 Diseño y desarrollo de los productos y servicios	
	8.4 Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente	
	8.5 Producción y provisión del servicio	



	8.6 Liberación de los productos y servicios	
	8.7 Control de las salidas no conformes	
Proceso	Criterio	Evidencia
ESTRATEGICO -MISIONAL- APOYO	9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	
	9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación	
	9.1.3 Análisis y evaluación	
	9.2 Auditoría interna	
	9.3 Revisión por la dirección	
Proceso	Criterio	Evidencia
ESTRATEGICO -MISIONAL- APOYO	10. MEJORA	
	10.2 No conformidad y acción correctiva	
	10.3 Mejora continua	
5.2 REQUISITOS DE NO CUMPLIMIENTO - NO CONFORMIDADES		
Código NC	Descripción de la No Conformidad	
1	Criterio	No Conformidad
	Descripción del Criterio	Evidencia



2	Criterio	No Conformidad
	Descripción del Criterio	Evidencia
3	Criterio	No Conformidad
	Descripción del Criterio	Evidencia
4	Criterio	No Conformidad
	Descripción del Criterio	Evidencia
5	Criterio	No Conformidad
	Descripción del Criterio	Evidencia
6	Criterio	No Conformidad
	Descripción del Criterio	Evidencia
7	Criterio	No Conformidad
	Descripción del Criterio	Evidencia
8	Criterio	No Conformidad
	Descripción del Criterio	Evidencia
9	Criterio	No Conformidad
	Descripción del Criterio	Evidencia

6. EVALUACIÓN DEL RIESGO (Se adjunta matriz de riesgos)

Riesgo Identificado / Posible riesgo	Observación	Responsable del análisis del riesgo

7.1 FORTALEZAS



7.2 DEBILIDADES		
7.3 OPORTUNIDADES DE MEJORA		
7.4 CONCLUSIONES DEL EQUIPO AUDITOR		
8. SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO		
Código NC	Estado	Observaciones
Nro. de no conformidades detectadas	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Se anexa listado de no conformidades detectadas
	<input style="width: 90%;" type="text"/>	
9. ANEXOS NO CONFORMIDADES - Adjuntos		

Firma del Auditor Líder



EVALUACIÓN AUDITORES INTERNOS DE CALIDAD

PROCESO: SUPERVISIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.	PROCEDIMIENTO Y/O DOCUMENTO: PROCEDIMIENTO AUDITORIA INTERNA DE LA CALIDAD.
--	--

FEC HA: _____ **EVALUADOR:** _____



CRITERIO POR EVALUAR Y PUNTAJE ASIGNADO	PARÁMETROS	PUN TOS	NOM BRE DEL AUDI TOR 1	CALIFIC ACIÓN	NOM BRE DEL AUDI TOR 2	CALIFIC ACIÓN	NOM BRE DEL AUDI TOR 3	CALIFIC ACIÓN
EVALUACIÓN REALIZADA POR EL PROCESO SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	EDUCACI ÓN 10							
	* Nivel educativo 10	* Profesional * Técnico o dos años de estudios universitarios.	10 8					
	FORMACI ÓN 20							
	* Conocimie nto de la norma ISO 9001 y norma ISO 19011 a través de un curso. 10	* Duración de la capacitación más de 16 horas * Duración de la capacitación entre 8 y 16 horas	10 8	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
	* Formación en auditorias de calidad. 10	* Duración de la capacitación más de 40 horas * Duración de la capacitación entre 24 y 39 horas	10 8	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
	EXPERIE NCIA 20							
* Tiempo de trabajo en la DIRESA CALLAO 10	* Más de un año como coordinador o mas de cinco (5) vinculado a la entidad.	10	0	0	0	0	0	



EVALUACIÓN REALIZADA POR EL AUDITADO		* Entre uno (1) y cinco (5) años vinculado a la entidad.	8						
		* Menos de un año vinculado a la entidad.	5						
	* Experiencia específica en realización de auditorias.	* Más de 40 horas de auditoria	10						
		* Menos de 39 horas de auditoria	8	0		0		0	
		* No tiene horas de auditorias	0						
		CONOCIMIENTO Y HABILIDADES	20						
	* Conocimiento en los documentos de referencia	* Tiene total conocimiento sobre los documentos de referencia (Leyes, Caracterización de proceso y subprocesos, guías y procedimientos etc.) que utiliza para realizar la auditoria	10						
		* ¿Tiene parcial conocimiento sobre los documentos de referencia (Caracterización de proceso y subprocesos, guías y procedimientos etc.) que utiliza para realizar la auditoria?	8	0		0		0	
	* Habilidad	* El auditor aplica de manera efectiva los métodos y técnicas relacionados con la calidad y el	10	0		0		0	



		control con el fin de generar hallazgos que permitan la mejora continua de la entidad. * El auditor no aplica de manera efectiva los métodos y técnicas relacionados con la calidad y el control con el fin de generar hallazgos que permitan la mejora continua de la entidad.	0					
ATRIBUTOS PERSONALES	30							
* Habilidades en comunicación.	5	* Posee una buena comunicación oral y escrita que favorece el desarrollo de la auditoría interna * Posee una buena comunicación oral aunque su comunicación escrita puede mejorar * Tiene dificultades de comunicación oral o escrita que afectan el resultado de su trabajo de auditoría	5	0	0	0		
* Objetividad en el análisis de las situaciones e imparcialidad en el desarrollo	5	* Tiene en consideración las opiniones de los demás y crea un espacio para analizar su pertinencia * Frecuentemente su actitud es	5	0	0	0		
			3					



de la auditoria	subjetiva debido a sus vivencias anteriores * Se centra en su opinión y la discute con el auditado aún si éste tiene la razón	0						
-----------------	--	---	--	--	--	--	--	--

CRITERIOS POR EVALUAR Y PUNTAJE ASIGNADO		PARÁMETROS	PUN TOS	NOM BRE DEL AUDI TOR	CALIFIC ACIÓN	NOM BRE DEL AUDI TOR	CALIFIC ACIÓN	NOM BRE DEL AUDI TOR	CALIFIC ACIÓN
EVALUACIÓN REALIZADA POR EL AUDITADO		* Entregó con un tiempo igual o mayor a diez (10) días el plan de auditoria y llegó a realizar la auditoria a la hora acordada.	5						
	* Puntualidad	* Entregó con un tiempo inferior a diez (10) días el plan de auditoria y realizó la auditoria de acuerdo con lo acordado. * No entregó el plan de auditoria y no realizó la auditoria en la fecha estipulada de acuerdo con el programa de auditoria.	3	0		0		0	
			0						
	* Capacidad de análisis.	* Al analizar las situaciones sabe identificar su relación en la entidad con el modelo de gestión de la calidad * Su análisis de las situaciones es adecuado, pero no tiene la visión organizacional que le lleve a visualizar el	5						
			3	0		0		0	



		<p>cumplimiento de los objetivos propuestos</p> <p>* El análisis es superficial y centrado en el texto del documento</p>	0					
		<p>* Los auditores tenían previamente identificados y definidos sus roles y las actividades a desarrollar</p> <p>* No tenían identificados los roles ni las actividades, pero la auditoria se realizó de manera coordinada.</p> <p>* Entre los auditores se presentaron discusiones, controversias o desavenencias.</p>	5					
	* Trabajo en equipo	5	2	0		0		0
			0					
		<p>* Ante una situación conflictiva toma una posición mediadora sin negociar aspectos fundamentales</p> <p>* Su posición ante el conflicto es siempre mediadora, aunque se negocien aspectos fundamentales</p> <p>* Reacciona fuertemente ante una situación conflictiva impidiendo el logro del objetivo</p>	5					
	* Capacidad de reacción frente a situaciones conflictivas.	5	3	0		0		0
			0					



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
Dirección Regional de Salud del Callao
 "Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
 "Año de la unidad, la paz y el desarrollo"



DIRESA CALLAO

PUNTAJE TOTAL ASIGNADO:	100	PUNTAJE OBTENIDO	0	0	0
--------------------------------	------------	-------------------------	----------	----------	----------

OBSERVACIONES:

OBSERVACIONES:



REQUISITOS DE COMPETENCIAS DE AUDITORES INTERNOS

Los auditores internos deberán cumplir con los siguientes requisitos:

Para personal interno:

- 
- Haber aprobado un curso de formación de auditores internos de sistemas de gestión.
 - Tener conocimiento de la norma a auditar, lo cual será sustentado con el certificado de participación o aprobación.
 - Haber participado como auditor en formación u observador en una auditoría del sistema de gestión a auditar.
 - Haber obtenido una calificación aprobatoria en la Ficha de Evaluación de Auditores Internos, elaborada por la Oficina de Planeamiento y Mejora Continua / el auditor líder.
 - Haber firmado una Declaración Jurada de Confidencialidad del Auditor Interno.

Para personal externo:

- Ser profesional o bachiller en profesiones afines a ciencias, economía, administración o ingeniería, lo cual será sustentado con el grado o título profesional y/o el currículum vitae.
- Haber aprobado un curso de formación de auditor líder o jefe certificado por un organismo de certificación de sistemas de gestión, lo cual será sustentado con el certificado de aprobación.
- Tener conocimiento de la norma a auditar, lo cual será sustentado con el certificado de participación o aprobación, o los documentos de la experiencia laboral mencionada.
- Tener conocimiento de la normativa legal aplicable al sistema de gestión a auditar, lo cual será sustentado con el certificado de participación o aprobación, o los documentos de la experiencia laboral mencionada.
- Tener experiencia laboral mínima de 3 años, habiendo realizado mínimo 5 implementaciones, mantenimientos o auditorías del sistema de gestión a auditar, en instituciones públicas o privadas, lo cual será sustentado con los certificados de trabajo, certificados de calificación como auditor y/o currículum vitae.

El personal interno también califica como auditor interno si cumple con los requisitos establecidos para el personal externo.

Los documentos e información presentados por el personal externo son considerados como declaración jurada. El personal externo que presente documentos o información falsa o inexacta a la DESI, estará sujeto a la aplicación de las sanciones establecidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, y en el Código Penal, según corresponda.

ACTA DE APERTURA AUDITORÍA INTERNA

AUDITORIA N°	Lugar	Fecha	Hora
EQUIPO AUDITOR			
LISTA DE ASISTENCIA			
Apellidos y nombre	Correo	Cargo	Firma
PRESENTACION			
PROPOSITOS Y OBJETIVOS DE LA AUDITORIA			
ORDEN DEL DIA			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bienvenida y agradecimientos 2. Presentación del equipo Auditor 3. Lectura Plan de Auditoría Interna 4. Reglas de Auditoría 5. Canales de comunicación 6. Fijar fecha y hora de cierre de auditoría 7. Convocatoria e inicio de auditoría 			





ACTA DE CIERRE AUDITORÍA INTERNA

Table with columns: AUDITORIA N°, Fecha, Hora inicio, Hora cierre. Sections include: Número de Acta, PROCESOS AUDITADOS, AGENDA (1-5 items), ASISTENTES (Por la Dirección de Sanidad Aérea Internacional, Por el Equipo Auditor), PRESENTACION, RESUMEN DE HALLAZGOS Y VERIFICACION DE AJUSTES SUGERIDOS.

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRESA CALLAO
R. ROBLES



PREGUNTAS U OBSERVACIONES	
COMPROMISOS (Fechas para el Plan de Mejoras)	



CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS

Estructura/esquema del Documento Normativo	Texto vigente	Estado	Texto Modificado	Justificación de Cambio



Nombre del Procedimiento:	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN - DESI	PR-SGC-09
----------------------------------	---	------------------

La revisión por la dirección se lleva a cabo en periodos anuales, espacio definido por la Dirección para revisar el Sistema de Gestión de la Calidad. El Director Ejecutivo de Sanidades Internacionales a través de una comunicación interna de la dirección cita al Equipo de Calidad, auditores internos del SGC y los responsables de los Procesos de otras tareas cuya participación considere importante, a la reunión de revisión del Sistema de Gestión de Calidad. Considerando la programación de los servicios; el(la) Responsable de Calidad, es quien prepara y entrega el informe para la revisión con anticipación a la reunión. El informe debe contener los ítems que a continuación se describen:



Evaluación de entendimiento y aplicación de la política: Resultados de la aplicación de un instrumento que permita indagar si los funcionarios entienden la Política y la aplican en sus actividades.

Propuestas de modificación de la Política de Calidad: Si lo considera pertinente, se puede incluir en el informe, propuestas de modificación de la Política de Calidad, teniendo en cuenta cambios en la naturaleza de la entidad, los requisitos de los usuarios, los requisitos legales, la estructura de la entidad, u otros que modifiquen los compromisos del Proceso con la Calidad.

Objetivos de la Calidad: Seguimiento al cumplimiento de los Objetivos de la Calidad; relacionando cada uno con sus metas, indicadores y nivel de logro del indicador.

Indicadores de desempeño de los procesos: Como parte del seguimiento a cada proceso, los respectivos líderes deben informar sobre el seguimiento y evaluación de éstos.

Retroalimentación con los usuarios: Resultados de encuesta hecha al usuario del proceso, para conocer su nivel de satisfacción respecto al cumplimiento de sus necesidades y expectativas, informes de quejas y reclamos, encuestas, resumen de resultados.

Resultados de las auditorías: Se presenta informe consolidado de los resultados de las auditorías, el cumplimiento de la programación de las mismas, y una clasificación las no conformidades y las observaciones por tipo de requisito de la Norma NTP ISO 9001: 2015.

Resultado de las acciones preventivas y/o correctivas: Se presenta informe consolidado del estado de ejecución de las Acciones Correctivas y acciones establecidas en su matriz de riesgos.

Propuestas de mejora: Si lo considera pertinente, se debe incluir en el informe propuestas de mejoramiento al Sistema de Gestión de la Calidad.

Seguimiento a resultados de la revisión anterior: Cuadro de seguimiento a los compromisos adquiridos en el Plan de Mejoramiento que haya sido elaborado de la anterior Revisión por el Comité.

SIGLAS Y ACRONIMOS

- DIRESA - CALLAO: Dirección Regional de Salud del Callao
- DESI: Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales



- DSMI: Dirección de Sanidad Marítima Internacional
- DSAI: Dirección de Sanidad Aérea Internacional
- SGC: Sistema de Gestión de Calidad
- RSI: Reglamento Sanitario Internacional
- RSGC: Responsable del Sistema de Gestión de Calidad
- **RTISE:** Responsable de Tecnología de Información, Sistemas y Estadística



DOCUMENTOS DE REFERENCIA

NTP ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad.

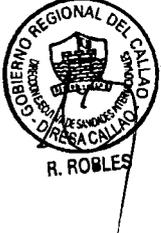
NTP ISO 9000:2015 Sistema de Gestión de la Calidad – Fundamentos y vocabulario.



ITEM	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CONTROL PREVENTIVO
1	<p>PREPARACIÓN DE LA INFORMACIÓN</p> <p>Los responsables de procesos preparan la información correspondiente al desarrollo de su respectivo proceso de la siguiente forma:</p> <p>a) Desempeño del proceso:</p> <p>Es el resultado de la evaluación de los indicadores de gestión del proceso, el análisis de los mismos y las acciones derivadas. Esta información se consigna en el formato de registro de medición de indicadores.</p> <p>b) Resultado de auditoría interna:</p> <p>Es un informe sobre el resultado del último ciclo de auditoría (interno o externo) y las Acciones Correctivas y de Mejora realizadas dentro del Plan de Mejoramiento considerando la información reportada por los Auditores. Así mismo en este informe se establece el estado de seguimiento de estas acciones y las comparaciones y avances respecto ciclos anteriores.</p> <p>c) Retroalimentación con el Administrado:</p> <p>Es un documento donde se consolida la información referente a quejas y reclamos presentados por sus clientes, calificaciones de servicio, resultados de encuestas de medición de satisfacción institucional, y el respectivo análisis de esta información con sus correspondientes acciones correctivas y de mejora que están incluidas en el plan de acción del mismo nombre.</p> <p>d) Seguimiento de tareas asignadas en revisiones anteriores:</p> <p>Es un informe donde se presenta la información sobre los compromisos y tareas asignadas en revisiones anteriores y el estado de las mismas.</p>	Responsables de procesos	No aplica



1.	<p>e) Cambios que pueden afectar el sistema de gestión:</p> <p>Es un documento donde se describe una propuesta sobre los posibles cambios que desde la perspectiva del Jefe de la dirección que está a cargo del proceso podrían afectar el funcionamiento del sistema, y el análisis de los mismos.</p> <p>f) Recomendaciones para la mejora:</p> <p>Es un documento donde se describe una propuesta de recomendaciones para la mejora, especificando actividades, recursos, responsables y fechas.</p> <p>Nota: Toda la información debe presentarse en manera virtual y/o físico a la Responsable del Sistema de Gestión de Calidad.</p>	Responsables de procesos	No aplica
2.	<p>RECOPILAR Y CONSOLIDAR INFORME</p> <p>Recopila información de entrada para la revisión del Sistema de Gestión de la Calidad, proveniente de cada proceso.</p>	Responsable del SGC	No Aplica
3.	<p>ELABORAR INFORME</p> <p>Prepara y entrega el informe para la revisión periódica por parte del Director Ejecutivo, utilizando el formato R-SGC-08 Informe para la revisión del sistema por la dirección.</p>	Responsable del SGC	Informe para la revisión del sistema por la Dirección (R-SGC-08)
4.	<p>PRESENTAR INFORME AL DIRECTOR Y AGENDAR REUNIÓN</p> <p>Entrega el informe para la revisión periódica y solicita agendar la reunión para la revisión del Sistema de Gestión de la Calidad.</p>	Responsable del SGC	No Aplica
5.	<p>REALIZAR LA REVISIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</p> <p>Revisa, analiza y verifica el desempeño y demás aspectos que considere; establece directrices para cada proceso según el</p>		No Aplica



	análisis del desempeño, a partir de las cuales se deben tomar acciones.	Dirección Ejecutiva de la DESI	
6.	ELABORAR ACTA DE LA REUNIÓN Elabora acta de la reunión, utilizando el Formato Acta de Acuerdo, la cual firma el Director Ejecutivo y los integrantes del Equipo de Calidad para su aprobación. Una vez ajustada con las observaciones producto de la revisión se firma y archiva el original.	Responsable del SGC	No Aplica
7.	ESTABLECER PLAN DE ACCIÓN PARA LA MEJORA Cada responsable de Proceso presenta al Equipo de Calidad, las acciones a implementar de acuerdo con el plan de acción para la mejora de la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad, para su aprobación.	Equipo de Calidad Responsables de procesos	No Aplica.

REGISTROS

Ninguno.

CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS

Estructura/esquema del Documento Normativo	Texto vigente	Estado	Texto Modificado	Justificación de Cambio

Nombre del Procedimiento:	ACCIONES CORRECTIVAS - DESI	PR-SGC-10
----------------------------------	------------------------------------	------------------

DEFINICIONES:



Acción Correctiva

Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable en la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales - DESI de la Dirección Regional de Salud del Callao – DIRESA CALLAO.

No Conformidad (NC)

Incumplimiento de un requisito especificado.

Audidores de calidad

Audidores internos o externos de Calidad designados por la entidad para realizar las Auditorías internas del Sistema de Gestión de Calidad y la verificación de la efectividad de las acciones correctivas definidas.

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

- DIRESA - CALLAO: Dirección Regional de Salud del Callao
- DESI: Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales
- DSMI: Dirección de Sanidad Marítima Internacional
- DSAI: Dirección de Sanidad Aérea Internacional
- SGC: Sistema de Gestión de Calidad
- RSI: Reglamento Sanitario Internacional
- RSGC: Responsable del Sistema de Gestión de Calidad

Las fuentes utilizadas para la identificación de No Conformidades y aplicación de acciones correctivas son las siguientes:

- a) Una No Conformidad detectada en una Auditoria (interna / externa)
- b) Reclamos procedentes de Usuarios y/o Administrados.
- c) Como resultado de las Revisiones del Sistema de Calidad por la Dirección.
- d) Cuando se presentan fallas recurrentes en el proceso.
- e) Cuando existan servicios no Conformes reiterativos.

Una no conformidad puede ser levantada por Auditores de Calidad o el Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad, en caso un director/jefe y/o responsable de Área identifique una no conformidad comunicará al Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad para el levantamiento de la No conformidad.

La responsabilidad y autoridad para investigar, establecer la acción correctiva y hacer seguimiento a las mismas está a cargo del responsable del proceso donde se levanta la No Conformidad.

La identificación de las Acciones Correctivas, será numerándolas, colocando primero y el número correlativo de la No Conformidad, seguidos de un guión y el año en curso. Ej.: 02-2022. Esta identificación incluye los registros externos de Acciones Correctivas, que para el caso se adjuntará a nuestro formato "Registro de Acción Correctiva" código: R- SGC-12, siendo transcrito la descripción de la no conformidad por el Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad.

El(la) Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad, realizará el seguimiento del tratamiento de las no conformidades de acuerdo al Registro de Acción Correctiva.

El(la) Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad, evaluará semestralmente la efectividad de las acciones correctivas, para ello verificará la implementación de las acciones correctivas antes de dar conformidad a la efectividad de las mismas.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

NTP ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad - Requisitos, 9.2 Auditoría Interna.

NTP ISO 9000:2015 Sistema de Gestión de la Calidad – Fundamentos y vocabulario.

RESPONSABILIDADES

Es responsabilidad del Responsable del Proceso donde se detecta la no Conformidad

Ejecutar la acción inmediata para solucionar el problema, establecer la causa raíz de la No Conformidad y determinar la acción correctiva y fecha programada de ejecución, y comunicar al(la) Responsable del Sistema del Gestión de la Calidad para su actualización en el sistema y anexos en carpeta en el servidor.

Es responsabilidad del Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad

- a) Registrar la no Conformidad en el formulario "Registro de Acción Correctiva" R-SGC-012, y entregarlo al responsable de proceso donde se detectó.
- b) Asignar la identificación de los registros de Acciones correctivas.
- c) Las No conformidades detectadas en Auditorías de Calidad, detalladas en Informe, serán transcritas al formato respectivo por el Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad.
- d) Verificar la efectividad de la acción correctiva y registrarla en el formulario respectivo.
- e) Asesorar conjuntamente con el equipo de calidad a los responsables de procesos para la determinación de las causas y las acciones correctivas a adoptar.
- f) Archivar los registros de Acciones Correctivas cerradas.



LINEAMIENTOS ESPECIFICOS.

Considerando lo indicado en el 6.2, se identifica las No conformidades según las fuentes descritas anteriormente y se levanta la No conformidad en el Registro de Acción Correctiva R-SGC-12. El Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad le asigna la identificación respectiva al "Registro de Acción Correctiva",

El Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad entrega el "Registro de Acción Correctiva" aperturado al responsable del proceso afectado, quien, con la asesoría del Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad, establecerá las acciones inmediatas a tomar y coordinará con las instancias correspondientes la implementación del mismo.

Identificadas las causas, y con la asesoría del Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad se establecerá las acciones correctivas requeridas para el tratamiento de la No conformidad, se establecen también los responsables para su desarrollo y plazos para su ejecución.

El Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad evaluará semestralmente la efectividad de las acciones correctivas, para ello verificará la implementación de las acciones correctivas antes de dar conformidad a la efectividad de las acciones planificadas, el cual se deja constancia en el "Registro de Acción Correctiva". Si no es efectivo, se realiza nuevamente el análisis de causa y las acciones correctivas, las cuales van descritas en un nuevo formato del "Registro de Acción Correctiva" el cual se anexa al registro inicial, y se le identifica con la misma numeración. El Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad se reúne con el responsable del proceso, analizan y presentan otras alternativas de solución.

El Registro de Acción Correctiva y toda la documentación generada son enviadas por el responsable del proceso al Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad para su respectivo archivamiento.

REGISTROS

Registro de Acción Correctiva – Código: R-SGC-12.

Registro de No Conformidades – Código: R-SGC-13.



REGISTRO DE ACCION CORRECTIVA

Queja de cliente
 Auditoría del servicio
 Análisis de indicadores
 Auditoría de Calidad
 Especificaciones de Calidad no cumplidas
 Evaluación de Clima Laboral
 Otro, especifique



SOLICITUD :	FECHA EMISIÓN:	Requisito de Norma:
Descripción:		
Responsable de definir la(s) acción(es) correctiva(s) y/o correcciones para eliminar la no conformidad identificada:		
Responsable de verificar el cumplimiento de las acciones de mejora definidas en el plan:		
REPORTE		
Requiere Acción Correctiva	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Requiere Corrección	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ANÁLISIS DE DATOS:		
Técnica utilizada: LLUVIA DE IDEAS		
Causa raíz identificada:		
Acción correctiva o corrección a realizar:		
PLAN:		
ACCIONES	RESPONSABLES	FECHA PROGRAMADA
VALIDACIÓN Y SEGUIMIENTO		
Evidencias de las acciones realizadas		

Definio la AC	Verificó la AC	Fecha de Cierre



REGISTRO DE NO CONFORMIDADES DESI

NÚMERO DE AUDITORÍA					NÚMERO DE NO CONFORMIDAD		
ORIGEN DE LA NO CONFORMIDAD							
PROCESO Y SUBPROCESO DE ORIGEN							
ÁREA EN LA QUE SE ORIGINO LA NO CONFORMIDAD							
TIPO DE NO CONFORMIDAD	REAL	POTENCIAL	CATEGORÍA DE LA NO CONFORMIDAD	MAYOR	MENOR		
FECHA DE ELABORACIÓN							
Resumen de la No Conformidad:				NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DE ATENDER LA NO CONFORMIDAD			
Descripción:							
Requisito(s) incumplido(s)							
Acción a seguir: Correctiva <input checked="" type="checkbox"/>							
Detalle: Acción Correctiva:							
Responsable de seguimiento:							
Acción implementada <input type="checkbox"/>		Acción no implementada <input type="checkbox"/>		Fecha:			
Acción efectiva <input type="checkbox"/>		Acción no efectiva <input type="checkbox"/>					
Observaciones o recomendaciones en el seguimiento:							
_____ Firma responsable seguimiento							
Cierre de NC:							
Firma Responsable del Sistema de Gestión de Calidad _____							
Firma Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales _____							





CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS

Estructura/esquema del Documento Normativo	Texto vigente	Estado	Texto Modificado	Justificación de Cambio



Nombre del Procedimiento:	ATENCIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y/O QUEJAS - DESI	PR-SGC-11
----------------------------------	--	------------------

BASE LEGAL



- D.S. 002-2019-SA – Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los usuarios de las instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -. IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – UGIPRESS, Públicas, Privadas o Mixtas.
- Resolución Directoral Nº 407-2021-GRC/DIRESA/DG – Directiva para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los usuarios de las instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -. IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – UGIPRESS, Públicas, Privadas o Mixtas.
- La que figura en el Manual de Calidad.

DISPOSICIONES GENERALES

SIGLAS Y ACRONIMOS

- DIRESA - CALLAO: Dirección Regional de Salud del Callao
- DESI: Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales
- DSMI: Dirección de Sanidad Marítima Internacional
- DSAI: Dirección de Sanidad Aérea Internacional
- SGC: Sistema de Gestión de Calidad
- RSI: Reglamento Sanitario Internacional
- RSGC: Responsable del Sistema de Gestión de Calidad
- RTISE: Responsable de Tecnología de Información, Sistemas y Estadística

Los acrónimos serán los mencionados en el ítem 6.2 de la Resolución Directoral Nº 407-2021-GRC/DIRESA/DG.

DEFINICIONES

Las definiciones se aplicarán las mencionadas en el ítem 6.3 de la Resolución Directoral Nº 407-2021-GRC/DIRESA/DG.

Para efectos del presente procedimiento entiéndase como:

QUEJA: a toda manifestación de disconformidad que no se encuentra relacionada a los servicios prestados; expresa malestar o descontento del administrado y/o usuario respecto a la atención, sin que tenga por finalidad la obtención de un pronunciamiento por parte de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) – Región Callao en su Carta de Servicios.

SUGERENCIA: propuesta en la que se transmite una idea con la que se pretende mejorar el (los) servicio (s) que presta o brinda la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) – Región Callao.

CONDICIONES GENERALES

Para lo relacionado a los reclamos aplicará lo establecido en la Resolución Directoral N° 407-2021-GRC/DIRESA/DG, para definir la instancia competente y las obligaciones establecidas.

Todas las sugerencias o quejas deberán ser tratadas de manera equitativa, objetiva e imparcial, y su presentación no tendrán costo para el cliente.

Las sugerencias o quejas deberán ser presentadas a través de correo electrónico.

Los datos de contacto de los clientes que presenten una sugerencia o queja no podrán ser divulgados sin su consentimiento expreso.

En caso que el personal de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) – Región Callao recibiera un reclamo, este deberá orientar al cliente, para que lo formule a través del Libro de Reclamaciones físico de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) – Región Callao y deberá ser atendido en la forma y plazos establecidos en de la Resolución Directoral N° 407-2021-GRC/DIRESA/DG.

CONDICIONES ESPECIFICAS

La atención o respuesta a las sugerencias o quejas del cliente deberá efectuarse en un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados desde el día siguiente de recibidas por la entidad. Las sugerencias serán contestadas solo en caso que el cliente solicite explícitamente una respuesta.

El registro de sugerencias y quejas deberá mantenerse debidamente numerado.

Las sugerencias y quejas serán registradas en el Registro de Sugerencias y Quejas (Ver Anexo N° 2), donde se deben detallar los datos indicados por el cliente, indicando si procede o no, la fecha de comunicación al cliente, y la fecha de cierre de las acciones, en caso se tengan definidas.

Una queja sin solucionar o recurrente podrá generar una SAC (Ver Anexo N° 3) que lleve a implementar acciones correctivas, indicándolo en el Registro de Sugerencias y Quejas (Ver Anexo N° 2). La generación y el tratamiento de una SAC, se llevará a cabo de acuerdo a lo descrito en el Procedimiento de Acciones Correctivas.

En caso que la sugerencia o queja proceda, el responsable del área que presta el servicio designará al(los) Responsable(s) de implementar la(s) acción(es) a tomar, registrándolos en la sección IV del Formulario de Sugerencia y Queja (Ver Anexo N° 1).

Evalúa mensualmente las sugerencias y quejas que figuran en el Registro de Sugerencias y Quejas (Ver Anexo N° 2), para determinar si existen tendencias o alguna queja que por su impacto en la satisfacción del cliente sea motivo de iniciar una acción correctiva, en cuyo caso sigue las pautas establecidas en el Procedimiento de Acciones Correctivas DESI, para el caso de quejas, registrando la SAC y el Procedimiento Mejora Continua DESI para el caso de una sugerencia.

REFERENCIAS

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



DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

QUEJAS Y SUGERENCIAS



Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Presentar sugerencia o queja vía correo electrónico consultasyreclamacionesdsmi@diresacallao.gob.pe y (consultasyreclamacionesdsai@diresacallao.gob.pe) a la oficina de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales – DESI.	Administrado/ Usuario
2	Recibe el correo enviado por el usuario, y la deriva al Responsable de Tecnología de Información, Sistemas y Estadística - TISE.	Personal de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales
3	Recibe el correo de Sugerencia o Queja y registra en la sección I del Registro de Sugerencias o Quejas los datos consignados por el usuario en dicho correo, y procede según lo siguiente: 3.1. Si es una queja, continúa en el paso 4. 3.2. Si es una sugerencia, continúa en el paso 5.	Responsable de Tecnología de Información, Sistemas y Estadística - TISE
4	Envía al Jefe de Unidad competente, quien evalúa las causas que originaron la queja y determina si esta procede, registra el resultado de la evaluación en la sección I del Registro de Sugerencias o Quejas y realiza lo siguiente: 4.1. Si la queja procede, analiza y define la(s) acción(es) a tomar, designa a los responsables para cada actividad definida, y registra dicha información en la sección IV del Formulario de Sugerencias o Quejas. Continúa en el paso 5. 4.2. Si la queja no procede. Continúa en el paso 6	Responsable de Tecnología de Información, Sistemas y Estadística – TISE Jefe de Unidad Competente
5	El Jefe de Unidad competente propone los términos de la respuesta que se remitirá al usuario y los eleva al(la) Jefe(a) de la Dirección de Sanidad Marítima Internacional o al (la) Jefe(a) de la Dirección de Sanidad Aérea Internacional.	Jefe de Unidad Competente
6	Recibe y revisa la propuesta de respuesta, y autoriza su envío de ser conforme; en caso de tener observaciones, coordina con el Jefe de la Unidad competente la comunicación con los usuarios del levantamiento de las mismas.	Jefe(a) de la Dirección de Sanidad Marítima Internacional. Jefe(a) de la Dirección de Sanidad Aérea Internacional.



7	Recibe autorización e informa al usuario sobre la resolución de la queja o sugerencia, y registra la fecha de la comunicación en la sección II del Registro de Sugerencias o Quejas o Reclamos.	Jefe de Unidad Competente comunicación con los usuarios
8	Da seguimiento a la fecha propuesta de implementación de la(s) acción(es) a tomar establecidas, y registra la fecha de cierre real en el Formulario de Sugerencias o Quejas o Reclamos y en el de Registro de Sugerencias o Quejas.	Jefe de Unidad Competente comunicación con los usuarios

RESPONSABILIDADES.

- Director Ejecutivo de la Dirección de Sanidades Internacionales. Responsable de aprobar este procedimiento de Sugerencias, quejas y reclamos de la DESI.
- El(la) Jefe de la Dirección de Sanidad Marítima Internacional - DSMI y el Jefe de la Dirección de Sanidad Aérea Internacional - DSAI y el(la) Responsable de Calidad, son responsables de hacer cumplir este procedimiento.
- Jefes de las unidades competentes. Responsables de dar respuesta a la sugerencia y/o queja.

REGISTROS

- Registro de Sugerencias y/o Quejas R-SGC-016

	CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS
--	-------------------------------------

Estructura/esquema del Documento Normativo	Texto vigente	Estado	Texto Modificado	Justificación de Cambio
--	---------------	--------	------------------	-------------------------

Nombre del Procedimiento:	MEJORA CONTINUA - DESI	PR-SGC-12
----------------------------------	-------------------------------	------------------

DESCRIPCIÓN

En el Anexo I se muestra el diagrama de flujo que describe la secuencia a seguir para el desarrollo de este procedimiento y en el Anexo II se describe la integración del Equipo de Calidad.

Oportunidad de Mejora

Generalidades.

- Con base a lo definido en los conceptos de Mejora Continua y Oportunidad de Mejora; se considerarán en el proceso de **Mejora Continua** a aquellas acciones adicionales al cumplimiento de los requisitos comprometidos y que las **Oportunidades de Mejora** propuestas incrementen el desempeño de los procesos, servicios o personal.
- Lo anterior, con la finalidad de establecer una diferencia clara con una No Conformidad, que es el incumplimiento de un requisito; las Acciones Correctivas, que son acciones tomadas para eliminar la causa de una No Conformidad detectada.

El personal de la DESI relacionado con los procesos sujetos al SGC, proponen Oportunidad de Mejora al Responsable de Calidad de DESI, tomando como base las fuentes de información descritas en el Anexo III o por la experiencia en el desarrollo del trabajo.

El personal de las áreas donde se reciban o identifiquen OM, debe llenar la forma "Oportunidad de Mejora" R-SGC-08, indicada en el Anexo IV con los datos siguientes:

- Área:** área donde se genera la Oportunidad de Mejora.
- No.:** identificación de la OM como se indica: OM, (Siglas del área) – (Número consecutivo) /Año; vrg. OM-DSMI-1/2022.
- Descripción de la OM:** descripción de la OM en forma clara y concisa.
- Descripción de la situación actual:** descripción de las condiciones que existen en ese momento, referente al proceso, documentación o personal a los que se va beneficiar con la OM.
- Nombre y Firma:** de la persona que genera la OM o que la toma del informe de Auditoría de organizaciones externas.
- Fecha:** fecha de emisión.

El Director del área sujeta al Sistema de Gestión de Calidad, fungirá como Responsable de la Mejora, el cual recibe, clasifica, analiza y jerarquiza las OM. En caso de que las OM propuestas no cumplan las características descritas en el punto 7.2.1 a), el Responsable de la Mejora debe regresarla a quien la propuso para que la estructure mejor hasta que esta cumpla el objetivo y alcance esperado o en su defecto, puede rechazarla.

7.2 Plan de Mejora Continua



En caso de que la OM propuesta proceda, el Responsable de la Mejora llena la forma PL-SGC-02 "Plan de Mejora", con los datos siguientes:



a) ENCABEZADO

Identificación.- Se identifica como sigue: N° consecutivo) - Año, (Vrg. 002-2022)

Área o proceso a mejorar - Nombre del área o proceso sujeta al SGC.

Responsable de la Mejora.- Como se indica en 7.2.4

Responsable del área o proceso.

Revisión.- No. de revisión, iniciando con revisión 0.

Áreas que proponen las OM.- Nombres o siglas de las áreas que han contribuido con sus propuestas de OM.

Fecha.- de elaboración del Plan de Mejora Continua.

Requisito que impacta en el SGC.- mencionar requisito que es impactado por la OM.

b) PLANEAR

Descripción de OM: Transcribir la OM, tal como haya sido documentado por el personal de DESI en el formato Oportunidad de Mejora.

Descripción de la situación actual: Respecto a la OM, transcribir tal como esté documentado en la OM o investigarlo y llenarlo.

Análisis: Identificar la viabilidad para alcanzar las OM.

Propuestas de acciones: Concertar con el área involucrada las acciones que se deben ejecutar, tomando en cuenta los recursos necesarios para realizarlas.

c) HACER

Responsables del cumplimiento de acciones y fecha de realización.

d) VERIFICAR

Verificación de Resultados: Una vez que se realizaron las acciones, el Auditor asignado al área, verifica los resultados logrados en cada auditoría, para saber si se cumplieron las OM o el grado de avance logrado, informando de lo anterior a la Responsable de Calidad, para que actualice el avance del Plan de Mejora Continua.

e) ACTUAR

Implementación y normalización de la solución. Las soluciones las debe implementar el Responsable de la Mejora; en los procesos, servicios o en el desarrollo del personal, mediante: la documentación de los cambios en los documentos aplicables; modificación de los procesos o subprocesos y sus mapeos, adecuaciones del servicio y sus especificaciones; propuesta de cambios en el Sistema de Gestión de Calidad o en la organización del área correspondiente; especialización o capacitación del personal y actualización de sus expedientes personales.

Una vez que el Responsable de la Mejora ha cumplimentado el Plan de Mejora Continua, lo presenta en reunión de Comité de Calidad para que sea analizado.

En reunión convocada por el Director Ejecutivo de Sanidades Internacionales – DESI, se analizan los Planes de Mejora, conforme a la agenda preparada por la Responsable de Calidad, se procede a llenar el siguiente apartado:

Evaluación de la eficacia: El Equipo de Calidad revisa mediante pruebas objetivas documentadas que: los resultados satisfacen la Oportunidades de Mejora; se incrementa el desempeño de los procesos, servicio y personal, así como la satisfacción de los usuarios y de las partes interesadas; los cambios en el servicio, proceso, Sistema de Gestión de Calidad o personal se ejecuten; los resultados se revisen para determinar oportunidades adicionales de mejora.

Una vez cumplido lo anterior, el Equipo de Calidad procede al cierre de cada OM en este mismo apartado, con la redacción siguiente: *"Se cumplió satisfactoriamente esta Oportunidad de Mejora, por lo que procede el cierre de la misma"*

Preparación, aprobación y cierre del Plan de Mejora:

En el apartado de *Preparó*, se incluirá el nombre y la firma del Responsable de la Mejora.

En el apartado de *Aprobó*, el nombre y la firma de su Jefe inmediato superior (Regresar registros al área).

En el apartado de *Cierre*, la firma del Responsable de Calidad, cuando proceda.

Reuniones del Equipo de Calidad

La Responsable de Calidad, con los Planes de Mejora, prepara la agenda de la reunión y emite la convocatoria correspondiente.

En la reunión de Equipo de Calidad se analizan los Planes de Mejora (PL.M) y se toman acuerdos que se documentan como recomendaciones.

Si en los análisis de los PL.M se requieren acciones, el Responsable de la Mejora gestionará el cumplimiento de los acuerdos.

Si no se requieren acciones para las Oportunidades de Mejora (OM), el Equipo de Calidad da por concluido el proceso y acuerda cerrar las OM correspondientes y en su caso el PL.M.

La Responsable de Calidad elabora el Acta de Acuerdos de la reunión.

REGISTROS

La(el) Responsable de Calidad, controla el Plan de Mejora (PL.M) y la Oportunidades de Mejora (OM).

La(el) Responsable de Calidad integra y archiva el expediente de la documentación de las sesiones del Equipo de Calidad, donde se incluirá:

- a) Convocatoria y orden del día.
- b) Lista de Asistencia.
- c) Minutas de las reuniones y seguimiento de acuerdos.



RESPONSABILIDADES

Persona que propone la Oportunidad de Mejora (OM)

Identificar las Oportunidades de Mejora (OM) del proceso, servicio y personal.

Llenar el Formato Solicitud de Mejora/Cambio.

Responsable de la Mejora o Responsable de Calidad

Reunir las Oportunidades de Mejora (OM) documentadas.

Ordenar, analizar y jerarquizar las Oportunidades de Mejora (OM).

Rellenar el Plan de Mejora (PL.M) para la implementación y normalización de la solución.

Concertar con el área involucrada las acciones para cumplir los acuerdos.

Controlar el Plan de Mejora (PL.M) y los registros de Oportunidades de Mejora (OM).

Responsable de Calidad

Recopilar los Planes de Mejora y su documentación soporte.

Elaborar la agenda de la reunión del Equipo de Calidad.

Elaborar la minuta de la reunión.

Verificar el estado, avance y cumplimiento del proceso de mejora continua, informando de lo anterior al Responsable de la Mejora.

Integrar y controlar el expediente de la documentación de las sesiones del Equipo de Calidad.

Director Ejecutivo de Sanidades Internacionales

Sesionar como mínimo cada doce meses.

Analizar los Planes de Mejora.

Proponer acuerdos para modificar los Planes de Mejora.

Recomendar la gestión de los recursos para lograr la mejora.

Revisar mediante pruebas objetivas documentadas, el estado, avance y los resultados de las acciones.

Dar por cumplidas las Oportunidades de Mejora y los Planes de Mejora.

REGISTROS

- Solicitud de Mejora/Cambio DESI – R-SGC-04.
- Plan de Mejora DESI – PL-SGC-02.



SOLICITUD DE MEJORA / CAMBIO DESI

Solicitud N° 00N-20NN Norma de Referencia: ISO 9001: ()

Marcar con un aspa (X) donde corresponda

() Oportunidad de mejora () Cambio

I. PROPUESTA DE MEJORA O CAMBIO

Descripción y justificación de la propuesta:

Objetivo y resultados esperados de la mejora o cambio propuesto:

Proceso asociado:

Propuesto por:

Responsable de implementación:

Fecha:

II. EQUIPO DE IMPLEMENTACIÓN (Completar cuando corresponda)

N°	Nombres y apellidos	Unidad Orgánica / Dirección

III. DIAGNÓSTICO DEL PROCESO (Completar cuando corresponda)

Elaborado por:

Fecha:

IV. PLAN DE ACCIÓN

N°	Actividad	Responsable	TIEMPO
1			
2			

Elaborado por:
(Nombre y firma)

Fecha:

Fecha de cierre de propuesta:

Aprobado por:
(Nombre y firma)

Fecha:

V. VERIFICACIÓN DE EFICACIA: (Marcar con un aspa "x" donde corresponda)

Conforme ()

No conforme ()

Descripción de los resultados obtenidos:

Realizado por:
(Nombre y firma)

Fecha de cierre real



PLAN DE MEJORA DESI



Nro. de Plan de Mejora:	005-2022	Descripción Oportunidad de mejora	Desarrollo de Lista de Verificación para el proceso de Patente Sanitaria	
RESPONSABLE:			Área o sector a mejorar:	
Fecha de Implementación			Responsable de Área o Sector:	
Qué requisito impacta en el SGC			Valor del impacto SGC	Alto <input type="radio"/> Medio <input checked="" type="radio"/> Bajo <input type="radio"/>

Nº	Acciones de Mejora	Tareas	Responsable a cargo	Fechas		Recursos necesarios	Método de Monitoreo	Meta	Porcentaje de Avance
				Inicio	Fin				
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									

VERIFICACIÓN DE EFICACIA: (Marcar con un aspa "x" donde corresponda)

CONFORME

NO CONFORME

Descripción de los resultados obtenidos:

Realizado por:		Fecha de cierre real	06.07.2022
----------------	--	----------------------	------------

CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS

Estructura/esquema del Documento Normativo	Texto vigente	Estado	Texto Modificado	Justificación de Cambio



R. ROBLES

Nombre del Procedimiento:	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO - DESI	PR-SGC-13
---------------------------	---------------------------------	-----------

TERMINOS Y DEFINICIONES

Aprendizaje Organizacional: proceso dinámico y continuo de adquisición e integración de conocimiento, habilidades y aptitudes.

Capacitación: Conjunto de actividades didácticas, orientadas a ampliar los conocimientos, habilidades y aptitudes del personal que labora en una empresa. La capacitación les permite a los trabajadores poder tener un mejor desempeño en sus actuales y futuros cargos, adaptándose a las exigencias cambiantes del entorno.

Cargo Crítico: es aquel cargo ocupado por una persona, que posee conocimiento (s) de vital importancia para el adecuado desempeño de un proceso, y que la ausencia de estos podría causar que no se logren alcanzar los resultados previstos.

Conocimiento: Información almacenada después de un proceso de aprendizaje el cual puede darse por medio de la experiencia o aprendizaje.

Conocimiento explícito: es el conocimiento formal y sistemático, por tal razón puede ser fácilmente identificado, gestionado y compartido en forma de especificaciones de producto, servicios, proceso o procedimiento documentado.

Conocimiento tácito: es el conocimiento que proviene de aspecto como la experiencia, habilidades, ideas, conocimiento de contexto, destrezas, habilidades, cultura, entre otros que generalmente no son fáciles de explicar, reconocer o transmitir.

Documento: información y el medio en que está contenida. Puede ser presentado en medio físico, medio magnético, video, audio o una combinación de estos.

Información: conjunto organizado de datos procesados, que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto o sistema que recibe dicho mensaje.

Información documentada: información que una organización tiene que controlar y mantener, y el medio que la contiene.

Gestión del Conocimiento: es el proceso de captura, distribución y uso del conocimiento, que valora los activos intangibles de la organización

SGC: Sistema de Gestión de la Calidad.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

NTP ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad.

NTP ISO 9000:2015 Sistema de Gestión de la Calidad – Fundamentos y vocabulario.

LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.

ACTIVIDADES DE GESTION DEL CONOCIMIENTO



Determinar los conocimientos necesarios, para la ejecución de los procesos y lograr la conformidad de los servicios de la entidad.

Identificación específica de conocimientos críticos por cargo y procesos.

- Una vez identificados los cargos y procesos críticos, se debe gestionar, que por cada cargo y proceso crítico se establezcan los conocimientos, función o actividad crítica que deberá capturarse para ser documentada y puesta a disposición de quien pueda darle continuidad a las gestiones del proceso en el momento que se requiera hacerlo.
- Identificar las diferentes maneras, como la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales, produce conocimiento (estudios previos, documentos del sistema de gestión, lineamientos generales, documentación técnica).

El conocimiento se produce a nivel interno y a nivel externo, lo que permite innovar y generar iniciativas para mejorar la operación de los procesos y la gestión de la DESI.

El conocimiento interno se produce a través de lecciones aprendidas, mejora continua de los procesos, reuniones internas de trabajo, comunicación entre procesos, comités de calidad, publicaciones, informes de gestión, entre otros.

El conocimiento externo se produce a través del relacionamiento con las partes interesadas, por ejemplo, Centro de Investigaciones Tecnológicas Biomédicas y Medio ambientales de UNMSM (CITBM), MINSA, DIRESA CALLAO, VUCE, aliados estratégicos, investigadores y demás instituciones con las que la DESI, tiene relacionamiento. Igualmente se produce conocimiento cuando se participa en eventos nacionales e internacionales, entre otros. (Actas y listados de asistencia, Memoria de eventos, Informes, Documentos del Sistema de Gestión, Lineamientos generales, Capacitaciones, Cursos, Nuevas Tecnologías, Convenios y Acuerdos).

Para producir conocimiento es importante, que haya comunicación entre los equipos de trabajo de las diferentes unidades de decisión y los procesos de la DESI. Asimismo, cuando haya cambios en la DESI, se deben considerar los conocimientos actuales y determinar cómo adquirir o acceder a los conocimientos adicionales necesarios.

Sistematización del conocimiento.

La DESI establecerá la Transferencia del Conocimiento con la cual se garantiza la transferencia del conocimiento como el conjunto de actividades dirigidas a la difusión de conocimientos, experiencia y habilidades con el fin de facilitar el uso, la aplicación, la explotación del conocimiento y las capacidades de los trabajadores de la DESI, para responder a las necesidades de sus usuarios, del sector y de la sociedad en general.

Para el desarrollo de las jornadas de trabajo o capacitación a ejecutarse para materializar la captura de conocimientos, función o actividad crítica identificada y que se procesará, se puede usar técnicas como:

- Charlas magistrales internas.
- Charlas virtuales.
- Pasantías.





- Entrenamientos en campo o acción.
- Asistencia o contratación de profesionales externos de manera expresa para el tema necesitado, entre otras.
- Establecer e implementar los mecanismos mediante los cuales el conocimiento se documenta, se almacena y se consulta.
- El conocimiento se documenta a través de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad, aplicativos establecidos por la DESI, bases de datos, entre otros. Todos los datos, información, ideas, lecciones aprendidas, experiencias que se generen; deben documentarse y estar disponibles para todos los servidores de la DESI.
- Los datos y la información pueden presentarse en soportes físicos o digitales y/o en plataformas tecnológicas, que sean confiables, seguras y de fácil acceso a los servidores de la DESI.
- Cada unidad de decisión, debe garantizar que el funcionario a jubilarse y su equipo de trabajo, transmita su conocimiento o experiencia, a través de medios audiovisuales o escritos; de acuerdo a los lineamientos que establezca el Equipo de Calidad.
- Definir los mecanismos para transformar los datos en información estratégica, consolidarlos y analizarlos, a fin de tomar decisiones y generar valor agregado para la DESI.
- Es pertinente que se realice y se documente, los resultados de los datos registrados en los diferentes aplicativos establecidos por la DESI, así como los resultados de los indicadores definidos en la entidad; para la toma de decisiones.

Gestionar la transferencia del conocimiento

Compartir, difundir y transmitir el conocimiento para que se mantenga en la DESI (Actas, listados de asistencia, presentaciones de eventos, Informes.)

- El conocimiento se puede compartir, difundir y transmitir, a través de: programa de inducción, programa de reinducción, capacitación, entrenamiento en el puesto de trabajo, reuniones internas de grupos de trabajo, canales de comunicación interna, intercambio de experiencias, entre otros.
- Es importante establecer y consolidar círculos de gestión del conocimiento, para compartir, difundir y reforzar la gestión del conocimiento y generar nuevo conocimiento.

Retroalimentación y mejora del conocimiento

Retroalimentar y mejorar la gestión del conocimiento en la DESI (Evaluación de desempeño, Informes de auditorías, Resultados de evaluación de desempeño.)

- Para mejorar la gestión del conocimiento, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos: trabajar en forma colaborativa, adaptarse a cambios organizacionales, facilitar el acceso y almacenamiento de la información, uso de herramientas tecnológicas disponibles en la entidad, incorporación de estrategias para convertir los datos producidos por la entidad en conocimiento útil para la toma de decisiones a través de su análisis,



VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- La presente Guía Técnica debe ser aplicada por las Direcciones de Sanidades Aérea y Marítima de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales, en los Procedimientos involucrados en el Sistema de Calidad ISO 9001:2015.
- La Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales debe garantizar el cumplimiento de lo precisado en la presente Guía Técnica
- En caso de existir consultas que se encuentren detallados o especificados en la presente guía técnica, el responsable del Sistema de Gestión de Calidad de la Dirección Ejecutiva de Sanidades Internacionales, debe proceder a absolver cualquier duda.



generar espacios para compartir y difundir conocimientos y fortalecer la memoria institucional.

- La gestión del conocimiento se puede evaluar a través de la evaluación de desempeño de los funcionarios, auditorías internas y externas, evaluación de la gestión, y otros espacios que permitan identificar mejoras y necesidad

RESPONSABILIDADES.



- Director Ejecutivo de la Dirección de Sanidades Internacionales. Responsable de aprobar la gestión del conocimiento a aplicar en la DESI.
- Jefe de la Dirección de Sanidad Marítima Internacional - DSMI. Proponer las actividades, metodología y conocimientos a incluir en la gestión del conocimiento de la DSMI.
- Jefe de la Dirección de Sanidad Aérea Internacional - DSAI. Proponer las actividades, metodología y conocimientos a incluir en la gestión del conocimiento de la DSAI.

REGISTROS

Índice documentario DESI

R-SGC-014

CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS

Estructura/esquema del Documento Normativo	Téxto vigente	Estado	Texto Modificado	Justificación de Cambio