



Firmado digitalmente por:
 LOPEZ ESCOBAR Juana
 Romula FAU 20604932964 hard
 Motivo: Doy V° B°
 Fecha: 13/04/2023 21:57:16-0500



Firmado digitalmente por:
 JARA RISCO Maria
 Esperanza FAU 20604932964 hard
 Motivo: Doy V° B°
 Fecha: 14/04/2023 12:28:20-0500

REPÚBLICA DEL PERÚ



**RESOLUCIÓN DE PRESIDENCIA EJECUTIVA
 N° 062-2023-ATU/PE**

Lima, 14 de abril de 2023

VISTOS:

El Informe N° D-000015-2023-ATU/GG-OPGR-OACG, la Nota N° D-000008-2023-ATU/GG-OPGR y el Memorando N° D-000096-2023-ATU/GG-OPGR de la Oficina de Procesos y Gestión de Riesgos; el Memorando N° D-000747-2023-ATU/GG-OGRH de la Oficina de Gestión de Recursos Humanos; el Memorando N° D-000265-2023-ATU/GG-UACGD de la Unidad de Atención a la Ciudadanía y Gestión Documental; el Memorando N° D-000116-2023-ATU/GG-UFCII de la Unidad Funcional de Comunicaciones e Imagen Institucional; la Nota N° D-000106-2023-ATU/GG-OA-UTI de la Unidad de Tecnologías de la Información; el Informe N° D-000468-2023-ATU/GG-OA-UA de la Unidad de Abastecimiento; el Memorando N° D-000271-2023-ATU/GG-OA de la Oficina de Administración; el Informe N° D-000068-2023-ATU/GG-OPP-UPO y el Memorando N° D-000210-2023-ATU/GG-OPP de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto; y el informe N° D-0000128-2023-ATU/GG-OAJ de la Oficina de Asesoría Jurídica;



Firmado digitalmente por:
 OSORIO RAMIREZ Sara
 Olivia FAU 20604932964 hard
 Motivo: Soy el autor del documento
 Fecha: 13/04/2023 18:59:34-0500

CONSIDERANDO:

Que, mediante la Ley N° 30900, se crea la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao - ATU, como organismo técnico especializado adscrito al Ministerio de Transportes y Comunicaciones, con personería jurídica de derecho público interno y con autonomía administrativa, funcional, económica y financiera;

Que, de conformidad con el numeral 1.2.1 del artículo 1 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, los actos de administración interna de las entidades destinados a organizar o hacer funcionar sus propias actividades o servicios son regulados por cada entidad, con sujeción a las disposiciones del Título Preliminar de dicha Ley y de aquellas normas que expresamente así lo establezcan;

Que, el numeral 72.2 del artículo 72 del mismo dispositivo, señala que toda entidad es competente para realizar las tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivos, así como para la distribución de las atribuciones que se encuentren comprendidas dentro de su competencia;



Firmado digitalmente por:
 CAMACARO ROSARIO
 Evelin Rosario FAU 20604932964 hard
 Motivo: Doy V° B°
 Fecha: 13/04/2023 17:52:31-0500

Que, el numeral 1.1. del artículo 1 de la Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, declara al Estado peruano en proceso de modernización y al servicio del ciudadano/a;



Firmado digitalmente por:
 FIESTAS RAMIREZ Jose Alex
 FAU 20604932964 hard
 Motivo: Doy V° B°
 Fecha: 13/04/2023 17:52:31-0500

Que, el literal a) del artículo 5 de la precitada Ley, establece que el proceso de modernización de la gestión del Estado se sustenta fundamentalmente, entre otros, en mejorar la calidad de la prestación de bienes y servicios coadyuvando al cierre de brechas; asimismo, el inciso 5-A.1 del artículo 5-A de la misma Ley, señala que el Sistema Administrativo de Modernización de la Gestión Pública tiene por finalidad, entre otros, velar por la calidad de la prestación de los bienes y servicios;



Firmado digitalmente por:
 VALENZUELA GOMEZ Humberto
 FAU 20604932964 hard
 Motivo: Doy V° B°
 Fecha: 10/04/2023 18:02:05-0500



Firmado digitalmente por:
 FLORES GUZMAN Rosio
 Milagro FAU 20604932964 hard
 Motivo: Doy V° B°
 Fecha: 12/04/2023 18:35:40-0500



Firmado digitalmente por:
 REYES GONZALES Katherine
 Geraldine FAU 20604932964 hard
 Motivo: Doy V° B°
 Fecha: 13/04/2023 10:02:34-0500

Que, el numeral 8.1 del artículo 8 del Reglamento del Sistema Administrativo de Modernización de la Gestión Pública, aprobado por Decreto Supremo N° 123-2018-PCM, indica que la calidad de la prestación de los bienes y servicios comprende acciones que abordan desde el diseño y el proceso de producción del bien o servicio, el acceso y la atención en ventanilla, cuando corresponda, hasta el bien o servicio que presta la entidad; así también, están dirigidas a conocer las necesidades de las personas a las que atiende la entidad, ampliar, diversificar o asociar los canales de atención, establecer estándares de calidad, utilizar tecnologías de información y comunicación en la interacción con las personas o entre entidades públicas, y otros medios que mejoren la calidad del bien o servicio;

Que, en esa misma línea, el ítem V de los Lineamientos N° 001-2019-SGP, Principios de actuación para la modernización de la gestión pública, aprobados por Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 004-2019-PCM-SGP, establece como un lineamiento específico, entre otros, contar con bienes y servicios de calidad que satisfagan las necesidades de las personas, resuelven problemas públicos y agreguen valor a las condiciones de vida de la sociedad;

Que, la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública (PNMGP) al 2030, aprobada por Decreto Supremo N° 103-2022-PCM, establece como uno de sus conceptos clave a la calidad de las intervenciones públicas, entendida como la medida en que las intervenciones (bienes, servicios y regulaciones) brindadas por el Estado resuelven el problema público y responden a las necesidades y expectativas de las personas;

Que, ahora bien, el numeral 5.1. de la Norma Técnica N° 002-2021-PCM-SGP, Norma Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios en el Sector Público, aprobada por Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 004-2021-PCM/SGP, señala que la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública reconoce que los/as ciudadanos/as demandan un Estado Moderno, al servicio de las personas, lo cual implica una transformación de sus enfoques y prácticas de gestión para brindar servicios de calidad orientados a la generación de valor público; precisando que la calidad de los servicios está en función de la capacidad que tiene el Estado de satisfacer las necesidades y expectativas de las personas, estableciendo el modelo para la Gestión de la Calidad de Servicios para que las entidades públicas adopten acciones que les permitan mejorar la calidad en la provisión de los servicios que brindan a las personas;

Que, la Norma Internacional ISO 9001:2015, "Sistemas de gestión de la calidad – Requisitos", especifica los requisitos y proporciona una guía para establecer, implementar, mantener, revisar y mejorar un Sistema de gestión de la calidad;

Que, el literal b) del sub numeral 5.1.1 del numeral 5.1 de la precitada Norma Internacional, establece que la alta dirección debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión de la calidad, asegurándose que se establezcan la política de la calidad y los objetivos de la calidad para el sistema de gestión de la calidad, y que éstos sean compatibles con el contexto y la dirección estratégica de la organización;

Que, en concordancia con lo antes señalado, el numeral 5.3 de la Norma Internacional ISO 9001:2015, establece los roles, responsabilidades y autoridades en la organización, precisando que la alta dirección tiene la responsabilidad de asegurarse que el sistema de gestión de la calidad sea conforme con los requisitos de la mencionada Norma Internacional; en el caso de la ATU, se debe considerar que el Consejo Directivo, la Presidencia Ejecutiva y la Gerencia General conforman la Alta Dirección, de acuerdo a la Sección Primera del Reglamento de Organización y Funciones – ROF de la ATU, aprobada por Decreto Supremo N° 003-2019-MTC, estableciéndose que el/la Presidente/a Ejecutivo/a asume la presidencia del Consejo Directivo, así como es la máxima autoridad ejecutiva de la ATU y ejerce la titularidad del pliego presupuestal y de la entidad;

Que, por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 266-2022-ATU/PE, se aprueba la versión V01 de la Política Institucional N° PI-001-2022-ATU/GG-OPGR, "Política Institucional de la Calidad de la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao – ATU", la cual tiene por objetivo general establecer compromisos institucionales en la ATU para generar valor público, que permita la satisfacción de la ciudadanía y de las unidades de organización, así como lograr la mejora continua de sus procesos;



Firmado digitalmente por:
MORAN HUANAY Eduardo
Martin FAU 20604932964 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 13/04/2023 18:11:58-0500



Firmado digitalmente por:
GÓMEZ NESTARES Jose
Rodolfo FAU 20604932964 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 13/04/2023 18:21:59-0500



Firmado digitalmente por:
VARGAS PACHECO Eduardo
FAU 20604932964 hard
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 13/04/2023 18:25:22-0500

Que, según los literales d) y j) del artículo 31 de la Sección Primera del Reglamento de Organización y Funciones - ROF de la ATU, aprobada por Decreto Supremo N° 003-2019-MTC, la Oficina de Procesos y Gestión de Riesgos tiene las funciones de conducir, coordinar, implementar y mantener los sistemas de gestión en la ATU, en coordinación con los órganos que correspondan; así como formular, proponer, evaluar y actualizar el mapa de procesos, manuales y demás instrumentos de gestión, materia de su competencia;

Que, a través de los documentos de vistos, la Oficina de Procesos y Gestión de Riesgos sustenta técnicamente la necesidad de aprobar el “Manual del Sistema de Gestión de la Calidad de la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao - ATU”, contando con las conformidades o informes técnicos y legales correspondientes, emitidos por la Oficina de Gestión de Recursos Humanos, la Unidad de Atención a la Ciudadanía y Gestión Documental, la Unidad de Abastecimiento y la Unidad de Tecnologías de la Información de la Oficina de Administración, la Unidad Funcional de Comunicaciones e Imagen Institucional, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto y la Oficina de Asesoría Jurídica;

Que, el literal t) del artículo 16 de la Sección Primera del ROF de la ATU, aprobada por Decreto Supremo N° 003-2019-MTC, establece como funciones de la Presidencia Ejecutiva, emitir resoluciones en los asuntos de su competencia;

Contando con el visado de la Oficina de Procesos y Gestión de Riesgos, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la Oficina de Gestión de Recursos Humanos, la Unidad de Atención a la Ciudadanía y Gestión Documental, la Unidad de Abastecimiento y la Unidad de Tecnologías de la Información de la Oficina de Administración, la Oficina de Administración, la Unidad Funcional de Comunicaciones e Imagen Institucional, la Oficina de Asesoría Jurídica y la Gerencia General; y,

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 30900, Ley que crea la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao - ATU; el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS; la Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado; el Reglamento del Sistema Administrativo de Modernización de la Gestión Pública, aprobado por Decreto Supremo N° 123-2018-PCM; los Lineamientos N° 001-2019-SGP, Principios de actuación para la modernización de la gestión pública, aprobados por Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 004-2019-PCM-SGP; la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2030, aprobada por Decreto Supremo N° 103-2022-PCM; la versión V01 de la Política Institucional N° PI-001-2022-ATU/GG-OPGR, “Política Institucional de la Calidad de la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao – ATU”, aprobada por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 266-2022-ATU/PE; la Norma Internacional ISO 9001:2015, “Sistemas de gestión de la calidad – Requisitos”; la Sección Primera del Reglamento de Organización y Funciones de la ATU, aprobada por Decreto Supremo N° 003-2019-MTC;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar el “Manual del Sistema de Gestión de la Calidad de la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao - ATU”, el mismo que forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2.- Disponer que el/la Jefe/a de la Oficina de Procesos y Gestión de Riesgos, efectúe las acciones que correspondan a fin de difundir la presente resolución.

Artículo 3.- Disponer la publicación de la presente resolución en la sede digital de la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao - ATU (<https://www.gob.pe/atu>).

Regístrese y comuníquese.

MARÍA ESPERANZA JARA RISCO
Presidenta Ejecutiva
AUTORIDAD DE TRANSPORTE URBANO PARA LIMA Y CALLAO - ATU



Firmado digitalmente por:
JARA RISCO Maria
Esperanza FAU 20604932964 hard
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 14/04/2023 12:28:37-0500



PERÚ

Ministerio
de Transportes
y Comunicaciones

Autoridad de
Transporte Urbano para
Lima y Callao - ATU

Resolución de Aprobación

Fecha de Aprobación

Número de
Páginas

Resolución de Presidencia Ejecutiva
N° 062-2023-ATU-PE

14/04/2023

60

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA AUTORIDAD DE TRANSPORTE URBANO PARA LIMA Y CALLAO - ATU

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. OBJETIVO.....	5
III. FINALIDAD.....	5
IV. ALCANCE.....	5
V. REFERENCIAS NORMATIVAS.....	6
VI. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y SIGLAS.....	6
6.1 SIGLAS.....	6
6.2 GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	6
VII. DISPOSICIONES GENERALES.....	7
7.1 CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN.....	7
7.2 COMPRESIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS.....	8
7.3 ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	8
7.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	9
7.5 LIDERAZGO.....	11
7.6 POLÍTICA INSTITUCIONAL DE LA CALIDAD.....	12
7.7 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES.....	12
VIII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.....	13
8.1 PLANIFICACIÓN.....	13
8.2 APOYO.....	19
8.3 OPERACIÓN.....	24
8.4 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SGC.....	26
8.5 MEJORA.....	29
IX. ANEXOS.....	30

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA AUTORIDAD DE TRANSPORTE URBANO PARA LIMA Y CALLAO - ATU

I. INTRODUCCIÓN

La Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao (ATU) se crea mediante la Ley N° 30900, Ley que crea la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao (ATU), e inicia actividades el año 2019. Es el organismo técnico especializado encargado de planificar, regular, gestionar, supervisar, fiscalizar y promover la eficiente operatividad del Sistema Integrado de Transporte de Lima y Callao (SIT), para lograr una red integrada de servicios de transporte terrestre urbano masivo de pasajeros de elevada calidad y amplia cobertura, tecnológicamente moderno, ambientalmente limpio, técnicamente eficiente y económicamente sustentable.

La modernización de la gestión pública propone un Estado moderno, eficiente, transparente y descentralizado que garantice una sociedad justa e inclusiva. Para lograrlo, es necesario transitar desde un enfoque tradicional o burocrático hacia un modelo que evalúa constantemente los resultados y la calidad de los productos y servicios que ofrece a la ciudadanía.

Al respecto, el Reglamento del Sistema Administrativo de Modernización de la Gestión Pública, aprobado por Decreto Supremo N° 123-2018-PCM, indica que la calidad de la prestación de los bienes y servicios comprende acciones que abordan desde el diseño y el proceso de producción del bien o servicio, el acceso y la atención en ventanilla, cuando corresponda, hasta el bien o servicio que presta la entidad; así también, están dirigidas a conocer las necesidades de las personas a las que atiende la entidad, ampliar, diversificar o asociar los canales de atención, establecer estándares de calidad, utilizar tecnologías de información y comunicación en la interacción con las personas o entre entidades públicas, y otros medios que mejoren la calidad del bien o servicio.

De igual manera, los Lineamientos N° 001-2019-SGP, “Principios de actuación para la modernización de la gestión pública”, aprobados por Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 004-2019-PCM-SGP, establecen como un lineamiento específico contar con bienes y servicios de calidad que satisfagan las necesidades de las personas, resuelven problemas públicos y agreguen valor a las condiciones de vida de la sociedad. Asimismo, dispone que las entidades públicas comprendan la complejidad por la que atraviesan las personas para acceder y recibir bienes y servicios, que entiendan las particularidades de los distintos grupos de personas para adecuar la provisión de los servicios, cuenten con canales de atención efectivos e incorporen métricas de evaluación con relación al grado de satisfacción de las personas.

En esa línea, es que la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública (PNMGP) al 2030, aprobada mediante Decreto Supremo N° 103-2022-PCM, propone entender las necesidades de la ciudadanía y poner a su disposición servicios que logren satisfacerlas; para ello, las intervenciones públicas (que adoptan la forma de bienes, servicios o regulaciones) deben optimizar su gestión interna a través del uso más eficiente y productivo de los recursos públicos, para generar valor público y, de esta manera, directa o indirectamente, satisfacer las necesidades y expectativas de las personas, generando beneficios a la sociedad.

En el marco de lo señalado anteriormente, la ATU viene promoviendo acciones orientadas a implementar la PNMGP al 2030, a través de la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) en base a la Norma Internacional ISO 9001:2015, “Sistema de gestión de la calidad - Requisitos” y su adaptación en la Norma Técnica Peruana NTP-ISO 9001:2015, “Sistema de gestión de la calidad. Requisitos. 6ta Edición”, aprobada por Resolución Directoral N° 001-2015-INACAL-DN, lo cual representa una decisión estratégica que permite mejorar el desempeño global de la institución y proporciona una base sólida para realizar iniciativas de desarrollo sostenible.

La citada Norma Internacional establece que:

“Los beneficios potenciales para una organización de implementar un sistema de gestión de la calidad basado en esta Norma Internacional son: a) la capacidad para proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables; b) facilitar oportunidades de aumentar la satisfacción del cliente; c) abordar los riesgos y oportunidades asociadas con su contexto y objetivos; d) la capacidad de demostrar la conformidad con requisitos del SGC especificados”.

En dicho marco, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 266-2022-ATU/PE, la ATU aprueba la versión V01 de la Política Institucional N° PI-001-2022-ATU/GG-OPGR, “Política Institucional de la Calidad de la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao – ATU”, la cual evidencia el compromiso institucional para implementar, mantener y mejorar continuamente un SGC bajo la Norma Internacional ISO 9001:2015, “Sistema de gestión de la calidad - Requisitos”; además, permitirá aumentar el grado de satisfacción de la ciudadanía y de las unidades de organización a través de la aplicación eficaz del sistema, incluidos los procesos para la mejora y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos de la ciudadanía y de las unidades de organización, así como la normativa aplicable.

El objetivo general de la citada Política Institucional de la Calidad de la ATU es; *“Establecer compromisos institucionales en la ATU para generar valor público, que permita la satisfacción de la ciudadanía y de las unidades de organización, así como lograr la mejora continua de sus procesos”*; asimismo, enuncia lo siguiente:

“La Autoridad del Transporte Urbano para Lima y Callao – ATU, como organismo técnico especializado adscrito al Ministerio de Transportes y Comunicaciones, tiene como objetivo organizar, implementar y gestionar el Sistema Integrado de Transporte de Lima y Callao.

Los órganos de la Alta Dirección, así como el personal de la ATU, se encuentran comprometidos al cumplimiento de la legislación aplicable y del sistema de gestión de la calidad. Para ello, se comprometen a:

- *Promover una cultura de calidad en la ATU.*
- *Aumentar la satisfacción de la ciudadanía y de las unidades de organización de la ATU mediante el cumplimiento de sus requisitos aplicables de manera eficaz y eficiente.*
- *Buscar continuamente la mejora de sus procesos”.*

A partir de los referidos compromisos, se desprenden los siguientes lineamientos:

“7.1. Promover una permanente cultura de la calidad.

Lineamientos:

- *Fortalecer la inducción o asistencia técnica al personal de la ATU en temas de calidad.*
- *Mantener un programa de sensibilización al personal de la ATU.*

7.2. Garantizar el cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios aplicables a la ATU, así como los requisitos de la ciudadanía y de las unidades de organización, que permita mejorar su satisfacción.

Lineamiento:

- *Atender los requerimientos de la ciudadanía y las unidades de organización con estándares de calidad.*

7.3. Propiciar la mejora de procesos y el enfoque basado en riesgos dentro del alcance del sistema de gestión de la calidad.

Lineamiento:

- *Impulsar el mejoramiento continuo de los procesos con un enfoque basado en riesgos, que influyan en su desempeño y la eficiencia.*

7.4. Demostrar liderazgo de los Órganos de la Alta Dirección y compromiso con respecto al sistema de gestión de la calidad.

Lineamiento:

- *Asegurar el establecimiento de la Política Institucional de la Calidad de la ATU y de los objetivos de calidad para el sistema de gestión de la calidad, y difundirla a todo el personal de la ATU.*
- *Fomentar la participación para el involucramiento del personal con la Política Institucional de la Calidad y su contribución a mejorar el desempeño del sistema de gestión de la calidad.*
- *Mantener y revisar el sistema de gestión de la calidad acorde a los lineamientos de la Norma Internacional ISO 9001:2015 y asegurar que se logren los resultados previstos”*

Con la finalidad de cumplir los compromisos y lineamientos asumidos en la Política Institucional de la Calidad de la ATU se implementa un SGC en la ATU, tomando como base las disposiciones establecidas en la Norma Internacional ISO 9001:2015, “Sistema de Gestión de la Calidad - Requisitos” y su adaptación en la Norma Técnica Peruana NTP-ISO 9001:2015, “Sistema de gestión de la calidad. Requisitos. 6ta Edición”, aprobada por Resolución Directoral N° 001-2015-INACAL-DN.

Por consiguiente, el presente Manual del Sistema de Gestión de la Calidad (MSGC) es un instrumento de gestión para implementar, mantener y mejorar continuamente el SGC de la ATU, acorde a los requisitos establecidos en la Norma Internacional ISO 9001:2015, “Sistema de gestión de la calidad - Requisitos”, y su adaptación en la Norma Técnica Peruana NTP-ISO 9001:2015, “Sistema de gestión de la calidad. Requisitos. 6ta Edición”, aprobada por Resolución Directoral N° 001-2015-INACAL-DN; con la finalidad de mantener la información documentada requerida y establecer los roles, responsabilidades y autoridades, para que los procesos se realicen según lo planificado y para la eficacia del sistema.

Finalmente, es importante señalar que el presente MSGC de la ATU se encuentra alineado con el OEI.03 “Modernizar la gestión institucional para servir mejor a la población de Lima y Callao” del Plan Estratégico Institucional 2022-2026 de la ATU, aprobado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 127-2022-ATU/PE, la misma que establece lo siguiente:

“Modernización de la gestión institucional. Se priorizará la implementación de la gestión por procesos, la gestión de riesgos y la gestión del conocimiento. La integración de las funciones de las entidades fusionadas en la ATU para la prestación de servicios a la ciudadanía con los atributos de calidad requeridos, de acuerdo con la conceptualización del Sistema Integrado de Transporte para Lima y Callao, tiene en la gestión por procesos la principal herramienta para su actualización y adecuación a las nuevas formas de organización que se requieren y a las competencias y responsabilidades de la ATU y sus órganos. Esto será acompañado de la gestión de riesgos y del conocimiento, a efectos de identificar y promover las buenas prácticas en la gestión institucional.”

II. OBJETIVO

El presente MSGC tiene como objetivo describir los lineamientos para implementar, gestionar, mantener y mejorar continuamente el SGC, con el propósito de garantizar el cumplimiento de la Política Institucional de la Calidad de la ATU.

III. FINALIDAD

Consolidar un SGC, que permita posicionar a la ATU como una entidad comprometida con la mejora de la calidad de los productos y servicios que ofrece, para aumentar la satisfacción de la ciudadanía y de las unidades de organización.

IV. ALCANCE

Los aspectos contenidos en el presente MSGC son de aplicación a todo el personal de la ATU que intervienen en los procesos estratégicos, operacionales y de soporte pertenecientes al SGC de la ATU, los cuales se detallan en el numeral 7.4 del presente Manual.

V. REFERENCIAS NORMATIVAS

- 5.1 Versión V01 de la Política Institucional N° PI-001-2022-ATU/GG-OPGR, “Política Institucional de la Calidad de la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao – ATU”, aprobada mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 266-2022-ATU/PE.
- 5.2 Norma Internacional ISO 9001:2015, “Sistema de gestión de la calidad – Requisitos”.
- 5.3 Norma Técnica Peruana NTP-ISO 9001:2015, “Sistema de gestión de la calidad. Requisitos. 6ta Edición”, aprobada por Resolución Directoral N° 001-2015-INACAL-DN.

VI. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y SIGLAS

6.1 SIGLAS

Durante el desarrollo del presente MSGC se utilizan las siguientes siglas:

- a. **ATU** : Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao.
- b. **CAS** : Contrato administrativo de servicios.
- c. **CEPLAN** : Centro Nacional de Planeamiento Estratégico.
- d. **ISO** : Organización Internacional de Normalización (International Organization for Standardization).
- e. **MSGC** : Manual del Sistema de Gestión de la Calidad.
- f. **OGRH** : Oficina de Gestión de Recursos Humanos.
- g. **OPGR** : Oficina de Procesos y Gestión de Riesgos.
- h. **OPP** : Oficina de Planeamiento y Presupuesto.
- i. **SGC** : Sistema de Gestión de la Calidad.
- j. **UA** : Unidad de Abastecimiento.
- k. **UACGD** : Unidad de Atención a la Ciudadanía y Gestión Documental.
- l. **UFCII** : Unidad Funcional de Comunicaciones e Imagen Institucional.

6.2 GLOSARIO DE TÉRMINOS

Durante el desarrollo del presente MSGC se utilizan los siguientes términos y definiciones:

- a. **Alta Dirección:** Persona o grupo de personas que dirige y controla la entidad al más alto nivel. En la ATU está representado por el Consejo Directivo, la Presidencia Ejecutiva y la Gerencia General.
- b. **Auditoría:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en el que se cumplen los criterios de auditoría.
- c. **Ciudadanía:** Se considera como ciudadanía de un Estado a aquellas personas que poseen derechos civiles y políticos dentro del territorio y son consideradas como tal.
- d. **Controles:** Son las medidas que buscan prevenir y reducir la probabilidad o reducir el impacto que puede generar un riesgo que se materializa.
- e. **Dueño del proceso:** Empleado/a de confianza en la entidad que tiene los roles de: i) Facilitar o asegurar la disponibilidad de los recursos para la aplicación de la gestión de los procesos a su cargo, ii) Resolver los casos de controversia que se puedan generar y iii) Revisar y enviar lo que corresponda a la máxima autoridad administrativa de la entidad para la aprobación de la documentación generada, en

el marco de la Directiva N° D-001-2021-ATU/GG-OPGR, “Directiva para la Implementación de la Gestión por Procesos en la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao”, aprobada mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N°135-2021-ATU-PE. En el caso de la ATU, es el/la Director/a o Jefe/a del Órgano o Unidad Orgánica.

- f. **Información documentada:** Información que la entidad tiene que controlar y mantener, en un medio disponible a las partes interesadas.
- g. **Objetivo:** Resultado a lograr.
- h. **Parte interesada:** Persona u organización que puede afectar o percibirse como afectada por una decisión o actividad.
- i. **Personal:** Para efectos del presente manual, entiéndase como personal a todas las personas que prestan servicios en la entidad, bajo cualquier modalidad de contratación en las diferentes unidades de organización de la ATU, indistintamente de su nivel jerárquico.
- j. **Procesos estratégicos:** Son los que definen las políticas, el planeamiento institucional, las estrategias, los objetivos y metas de la entidad, que aseguran la provisión de los recursos necesarios para su cumplimiento y que incluyen procesos destinados al seguimiento, evaluación y mejora de la entidad.
- k. **Procesos de soporte:** Son los que proporcionan los recursos para elaborar los productos previstos por la entidad.
- l. **Procesos operacionales:** Son lo que se encargan de elaborar los productos previstos en el alcance del SGC de la ATU.
- m. **Revisión por la Alta Dirección:** Es la revisión integral del SGC que realiza el/la representante de la Alta Dirección a intervalos planificados, previa evaluación e informe de la OPGR, para asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC de la ATU, así como su alineación continua con la dirección estratégica de la entidad.
- n. **Representante del dueño del proceso:** Persona designada por el Director/a o Jefe/a de la unidad de organización
- o. **Riesgo:** Posibilidad de que ocurra un evento adverso que afecte el logro de los objetivos de la entidad, en caso el efecto sea positivo se llamará oportunidad.
- p. **Riesgo residual:** Es el nivel de riesgo remanente tras la implementación de los elementos y controles del modelo de prevención destinados a mitigar el riesgo inherente de la entidad.

VII. DISPOSICIONES GENERALES

7.1 CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

7.1.1 Identificación

La ATU determina las cuestiones internas y externas que son pertinentes para su propósito y las que puedan afectar su capacidad para lograr los resultados previstos en el SGC. Estas son establecidas en el Plan Estratégico Institucional y en la “**Matriz del contexto de la organización**” (Anexo N° 01).

Para realizar este análisis, se toma en consideración algunos factores determinantes como:

- Las fortalezas de la institución.
- Las oportunidades que pueden tomarse si presentan beneficio para la institución.

- Las debilidades que actualmente afronta la institución.
- Las amenazas que pueden surgir, afectando a la institución.

La comprensión del contexto externo puede verse facilitada al considerar cuestiones que surgen de los entornos legal, tecnológico, competitivo, de mercado, cultural, social y económico, ya sea internacional, nacional, regional o local.

Por otro lado, la comprensión del contexto interno puede verse facilitada al considerar cuestiones relativas a los valores, la cultura, los conocimientos y el desempeño de la organización.

Asimismo, dicho análisis es tomado en cuenta para la determinación del alcance del SGC, el mismo que se desarrolla en el numeral 7.3 del presente MSGC.

7.1.2 Revisión y actualización

El Plan Estratégico Institucional es revisado a necesidad, y actualizado según la normativa que establece CEPLAN, por la OPP.

La OPGR junto con el/la representante de la Alta Dirección, promueven anualmente la actualización de la **“Matriz del contexto de la organización”** (Anexo N° 01) en base a la actualización del Plan Estratégico Institucional, identificando los factores internos y externos que guardan relación con los objetivos del SGC y con la dirección estratégica de la entidad, que pueden afectar su capacidad para lograr los resultados previstos del SGC. Esto se realiza durante la revisión por la Alta Dirección.

La custodia de la **“Matriz del contexto de la organización”** (Anexo N° 01) se encuentra a cargo de la OPGR.

7.2 COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS

Se ha identificado a todas las personas u organizaciones que pueden afectar o ser afectadas por el SGC y los requisitos que les corresponden; precisando que la revisión de estos requisitos se realiza cuando ocurran cambios en el entorno político o administrativo de la ATU o cuando la Alta Dirección lo considere necesario.

Las partes interesadas que pueden afectar a la ATU para la consecución de los objetivos del SGC, se han establecido en la **“Matriz de partes interesadas del SGC”** (Anexo N° 02), cuya custodia se encuentra a cargo de la OPGR.

7.2.1 Revisión y actualización

Anualmente, la OPGR junto con los dueños de los procesos o sus representantes que se encuentran dentro del alcance del SGC, establecen la necesidad de actualizar la **“Matriz de partes interesadas del SGC”** (Anexo N° 02), identificando la actualización de sus requisitos, que guardan relación con los objetivos del SGC y con la dirección estratégica de la entidad y que pueden afectar su capacidad para lograr los resultados previstos. Esto se realiza durante la revisión por la Alta Dirección.

7.3 ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

El alcance del SGC se ha determinado en base a las cuestiones externas e internas, los requisitos y expectativas de las partes interesadas, así como el grado de avance en la implementación de la gestión por procesos en la ATU¹, en el marco de la Directiva

¹ Para el proceso M07.02.01 Gestión de reclamos del/ de la ciudadano/a se cuenta con la ficha técnica del proceso M07.Atención del usuario y/o ciudadano, contenida en el Mapa de Procesos de la ATU v2.0, aprobado mediante Resolución de Gerencia General N° 093-2022-ATU/GG; así como con la Directiva N° D-003-2022-ATU/GG-UACGD,

N° D-001-2021-ATU/GG-OPGR, “Directiva para la Implementación de la Gestión por Procesos en la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao”, aprobada mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N°135-2021-ATU-PE.

Por lo que, en base a dicha evaluación, a la fecha de aprobación del presente Manual, su alcance está comprendido por los siguientes procesos operacionales:

- M07.02.01 Gestión de reclamos del/ de la ciudadano/a.
- S06.01 Recepción de documentos.
- S03.02.05 Contrataciones sin procedimiento de selección.

Cabe indicar que los procesos antes mencionados fueron extraídos del Mapa de Procesos de la ATU v2.0, aprobado mediante Resolución de Gerencia General N° 093-2022-ATU/GG, y reorganizados como procesos operacionales a efectos del SGC de la ATU.

Por otra parte, el alcance del SGC de la ATU puede ser ampliado a través de la incorporación de nuevos procesos del mencionado Mapa de Procesos de la ATU, para tales efectos se requiere el informe previo de la OPGR con el sustento técnico de la necesidad de dicha ampliación y la propuesta al representante de la Alta Dirección.

Los siguientes requisitos de la Norma Internacional ISO 9001:2015, “Sistema de gestión de la calidad – Requisitos”, y su adaptación en la Norma Técnica Peruana NTP-ISO 9001:2015, “Sistema de gestión de la calidad. Requisitos. 6ta Edición”, aprobada por Resolución Directoral N° 001-2015-INACAL-DN, no son aplicables al SGC de la ATU:

- “7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones”, debido a que no se usan equipos de medición dentro de los servicios ofrecidos.
- “8.3 Diseño y desarrollo de los productos y servicios”, debido a que todos los requisitos para los servicios ofrecidos se basan en normativa legal aplicable al sector.
- “8.5.1 f) La validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados (...)”, debido a que la ATU tiene la capacidad de hacer seguimiento a sus actividades de principio a fin.

7.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

La ATU establece, implementa, mantiene y mejora continuamente su SGC acorde a la Norma Internacional ISO 9001:2015, “Sistema de gestión de la calidad - Requisitos”, y su adaptación en la Norma Técnica Peruana NTP-ISO 9001:2015, “Sistema de gestión de la calidad. Requisitos. 6ta Edición”, aprobada por Resolución Directoral N° 001-2015-INACAL-DN.

“Directiva que regula la gestión de reclamos presentados contra la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao – ATU”, aprobado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 172-2022-ATU/PE.

Para el proceso S06.01 Recepción de documentos se cuenta con el Manual de Procedimientos - MAPRO del proceso S06 Gestión Documental, aprobada con Resolución de Gerencia General N° 07-2023-ATU/GG; así como con la Directiva N° D-002-2021-ATU/GG-UACGD, “Directiva que regula la gestión documental en la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao – ATU”, aprobado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 108-2021-ATU/PE.

Para el proceso S03.02.05 Contrataciones sin procedimiento de selección, se cuenta con el Manual de Procedimientos – MAPRO del Macroprocesos S03 Gestión del Sistema de Abastecimiento, aprobado con Resolución de Gerencia General N° 069-2022-ATU/GG; y con el Memorando N° D-001291-2022-ATU/GG-OA, mediante el cual la Unidad de Abastecimiento solicita dar inicio a la implementación del SGC bajo la norma ISO 9001:2015; así como con la versión V02 de la Directiva N° D-001-2020-ATU/GG-OA-UA, “Directiva para las contrataciones cuyos montos sean iguales o inferiores a ocho unidades impositivas tributarias (8 UIT) en la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao – ATU”, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 159-2021-ATU/PE.

A continuación, se detallan los procesos que forman parte del SGC de la ATU:

Cuadro N° 01: Procesos que forman parte del SGC

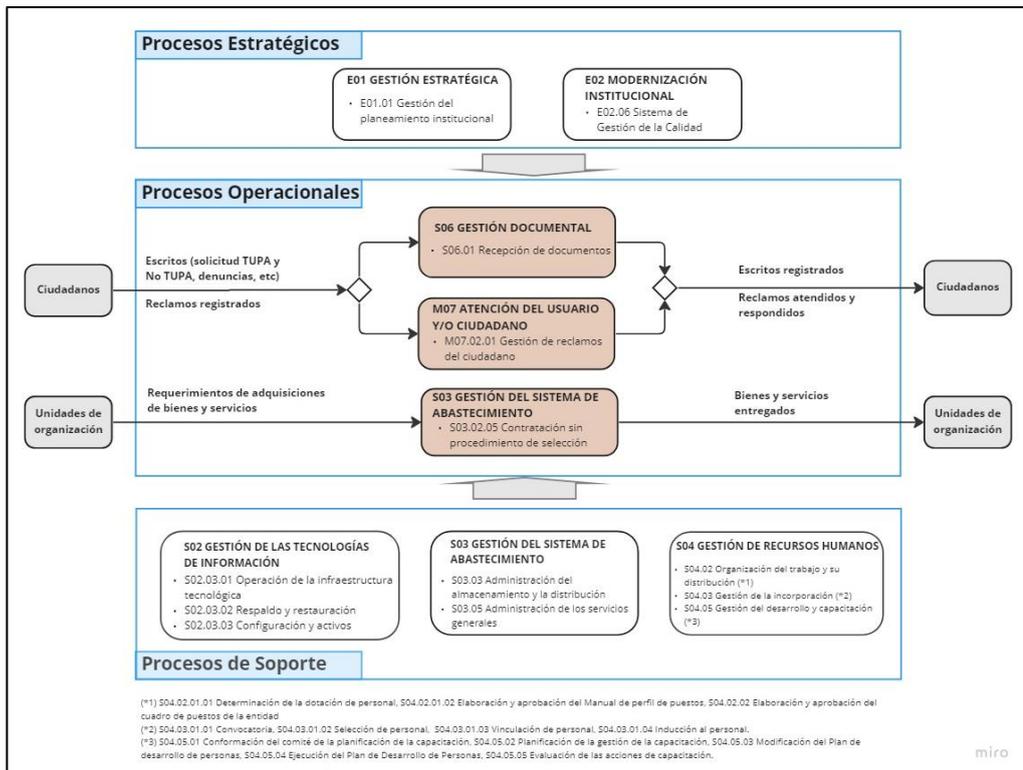
TIPO	PROCESO NIVEL 0	PROCESO NIVEL N
ESTRATÉGICOS	E01 Gestion Estratégica	E01.01 Gestión del planeamiento institucional
	E02 Modernización Institucional	E02.06 Sistema de Gestión de la Calidad (*)
OPERACIONALES (Alcance del SGC)	S06 Gestión Documental	S06.01 Recepción de documentos
	M07 Atención del Usuario y/o ciudadano	M07.02.01 Gestión de reclamos del/ de la ciudadano/a
	S03 Gestión del Sistema de Abastecimiento	S03.02.05 Contrataciones sin procedimiento de selección
SOPORTE	S02 Gestión de las Tecnologías de la Información	S02.03.01 Operación de la infraestructura tecnológica
		S02.03.02 Resguardo y restauración
		S02.03.03 Configuración y activos
	S03 Gestión del Sistema de Abastecimiento	S03.03 Administración del almacenamiento y la distribución
		S03.05 Administración de los servicios generales
	S04 Gestión de Recursos Humanos	S04.02.01.01 Determinación de la dotación de personal
		S04.02.01.02 Elaboración y aprobación del manual de perfil de puestos
		S04.02.02 Organización del trabajo y su distribución
		S04.03.01.01 Convocatoria
		S04.03.01.02 Selección de personal
		S04.03.01.03 Vinculación de personal
		S04.03.01.04 Inducción al personal
		S04.05.01 Conformación del comité de la planificación de la capacitación
		S04.05.02 Planificación de la gestión de la capacitación
		S04.05.03 Modificación del plan de desarrollo de personas
		S04.05.04 Ejecución del plan de desarrollo de personas
		S04.05.05 Evaluación de las acciones de capacitación

Fuente: Resolución de Gerencia General N° 093-2022-ATU/GG

(*) Proceso nuevo, creado en el marco de la implementación del SGC en la ATU.

Los mencionados procesos se representan gráficamente y consolidan en el siguiente Mapa del SGC de la ATU:

Gráfico N° 01: MAPA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATU



Fuente: Equipo de Modernización de la Gestión Pública de la OPR

De acuerdo al gráfico anterior, son tres (3) procesos operacionales que forman parte del alcance del SGC y se han determinado en el numeral 7.3 del presente MSGC, estos procesos son: “M07.02.01 Gestión de reclamos del/ de la ciudadano/a”, “S06.01 Recepción de documentos” y “S03.02.05 Contrataciones sin procedimiento de selección”. El alcance del SGC de la ATU puede ser ampliado mediante la incorporación de nuevos procesos, de acuerdo a lo señalado en citado numeral 7.3.

Para poder ejecutar dichos procesos operacionales se requiere de procesos estratégicos, tales como el proceso E01.01 Gestión del planeamiento institucional, en el que se definen los objetivos estratégicos de la ATU, a los cuales se alinea el SGC; así como, el proceso E02.06 Sistema de Gestión de la Calidad, que implementa, mantiene y mejora el SGC de la ATU.

Los procesos de soporte proporcionan los recursos necesarios para la implementación y el mantenimiento del SGC, algunos de estos procesos son “S02 Gestión de las Tecnologías de la Información”, “S03 Gestión del Sistema de Abastecimiento” y “S04 Gestión de Recursos Humanos”.

7.5 LIDERAZGO

La Alta Dirección de la ATU desempeña un papel fundamental en la formación e implementación con éxito del SGC en el alcance determinado, siendo el máximo responsable en el desarrollo e implementación de dicho sistema y de su mejora continua.

7.5.1 Alta Dirección

La Sección Primera del Reglamento de Organización y Funciones de la ATU, aprobada por Decreto Supremo N° 003-2019-MTC y su modificatoria, establece que los órganos de la Alta Dirección lo constituyen:

- Consejo Directivo.
- Presidencia Ejecutiva.
- Gerencia General.

Para efectos de la implementación del SGC en la ATU, la representatividad de la Alta Dirección para el SGC recae en la Gerencia General, para lo cual demuestra compromiso y liderazgo:

- a. Asumiendo la responsabilidad y obligación de rendir cuentas con relación a la eficacia del SGC;
- b. Asegurándose de que se establezcan la política institucional de la calidad y los objetivos de la calidad para el SGC, y que éstos sean compatibles con el contexto y la dirección estratégica de la organización;
- c. Asegurándose de la integración de los requisitos del SGC en los procesos de negocio de la organización;
- d. Promoviendo el uso del enfoque a procesos y el pensamiento basado en riesgos;
- e. Asegurándose de que los recursos necesarios para el SGC estén disponibles;
- f. Comunicando la importancia de una gestión de la calidad eficaz y conforme con los requisitos del SGC;
- g. Asegurándose de que el SGC logre los resultados previstos;
- h. Comprometiendo, dirigiendo y apoyando a las personas, para contribuir a la eficacia del SGC;
- i. Promoviendo la mejora;
- j. Apoyando otros roles pertinentes para demostrar su liderazgo en la forma en la que aplique a sus áreas de responsabilidad.

7.6 POLÍTICA INSTITUCIONAL DE LA CALIDAD DE LA ATU

La Política Institucional de la Calidad de la ATU establece el compromiso que la entidad asume para mantener y mejorar continuamente su SGC, así como el compromiso de incrementar continuamente la satisfacción de la ciudadanía y de las unidades organizacionales que pertenecen al alcance del SGC.

Es aprobada mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva, de conformidad a la Versión 02 de la Directiva N° D001-2020-ATU/GG-OPP-UPO, "Directiva que regula la formulación, aprobación y actualización de documentos normativos en la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao", aprobada por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 094-2021-ATU/PE.

Es comunicada y se encuentra disponible para todas las partes interesadas, a través de los canales de comunicación disponibles para el SGC, además es difundida en los procesos de inducción y en las sensibilizaciones realizadas por la OGRH y la OPGR.

La Política Institucional de la Calidad de la ATU es revisada periódicamente por el/la representante de la Alta Dirección, a fin de determinar la idoneidad y continuidad de la misma.

7.7 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES

La Sección Primera del Reglamento de Organización y Funciones de la ATU, aprobada por Decreto Supremo N° 003-2019-MTC y su modificatoria, establece las funciones de las unidades de organización del primer y segundo nivel organizacional.

La representatividad de la Alta Dirección para el SGC recae en la Gerencia General.

La Gerencia General es responsable de la conducción de los sistemas administrativos de modernización de la gestión pública en la ATU, por lo cual es el órgano líder que tiene la responsabilidad en la rendición de cuentas de la eficacia del SGC y de sus resultados.

7.7.1 Responsabilidades de la OPR

La OPR tiene la responsabilidad y autoridad para:

- Asegurar que el SGC es conforme a los requisitos de la Norma Internacional ISO 9001:2015 “Sistema de gestión de la calidad – Requisitos”, y su adaptación en la Norma Técnica Peruana NTP-ISO 9001:2015, “Sistema de gestión de la calidad. Requisitos. 6ta Edición”, aprobada por Resolución Directoral N° 001-2015-INACAL-DN.
- Asegurar que los procesos están generando y proporcionando las salidas previstas.
- Informar al representante de la Alta Dirección sobre el desempeño del SGC y sobre las oportunidades de mejora.
- Asegurar que se promueve el enfoque de cliente en toda la organización.
- Asegurar que la integridad del SGC se mantiene cuando se planifica e implementa cambios en el SGC.

7.7.2 Responsabilidades del personal

Las responsabilidades establecidas para todo el personal se basan en:

- El entendimiento, el cumplimiento y la aplicación de los requisitos del SGC.
- El cumplimiento de la Política Institucional de la Calidad de la ATU.
- El cumplimiento de los objetivos del SGC aplicables a su labor.
- El cumplimiento del manual, política y demás lineamientos establecidos en el SGC.
- Asistencia a las charlas de sensibilización / capacitación / entrenamiento / talleres impartidos para el cumplimiento del SGC.
- Gestionar los riesgos de la calidad de acuerdo con la naturaleza de sus actividades, requisitos asociados y objetivos.

7.7.3 Responsabilidades de los dueños de los procesos

Las responsabilidades establecidas para los dueños de los procesos o sus representantes involucrados en el SGC, se basan en:

- Evaluar y mejorar los procesos que se encuentran en el marco del alcance del SGC, proponiendo los cambios necesarios para asegurar que se logren los resultados previstos.
- Identificar y abordar los riesgos y oportunidades del proceso implementando la gestión de riesgos.
- Velar por el compromiso del personal que se encuentra a su cargo y gestionar las acciones necesarias para que el personal asista al proceso de inducción, formación y toma de conciencia, relacionado al SGC.

VIII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

8.1 PLANIFICACIÓN

8.1.1 ACCIONES PARA ABORDAR LOS RIESGOS

La gestión de los riesgos para los procesos, dentro del alcance del SGC, se realiza de acuerdo a la Versión V01 de la Directiva N° D-002-2021-ATU/GG-OPGR, “Directiva para la gestión de riesgos operativos en la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao”, aprobada con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 186-2021-ATU/PE.

Adicionalmente, se consideran las siguientes precisiones:

8.1.1.1 Criterios para la identificación de los riesgos y oportunidades del SGC

Para la identificación, clasificación y priorización de riesgos se puede considerar los siguientes criterios, entre otros:

- ¿El personal de la ATU tiene interacción con el/la administrado/a o el/la ciudadano/a?
- ¿La interacción es vía telefónica, vía correo?
- ¿Es viable que en esta interacción se incumplan los requisitos del/la administrado/a o el/la ciudadano/a?
- ¿En el proceso que se está analizando, se podrían generar cambios en los registros que se generan, lo cual afectarían el cumplimiento de los requisitos?

Para identificar los controles existentes (si aplicase), se pueden considerar los siguientes criterios:

- ¿Existen lineamientos / procedimientos que indiquen cómo se realizan las actividades? ¿Documentados y aprobados?
- ¿Se han realizado capacitaciones sobre cómo aplicar los lineamientos?
- ¿Han recibido charlas de sensibilización para reforzar temas de gestión de la calidad?
- ¿El proceso está automatizado o semi automatizado?
- ¿En el proceso interviene más de una persona?

En la identificación y priorización de oportunidades se puede considerar los siguientes criterios, entre otros:

- ¿Existe alguna actividad a realizar que genere un beneficio a los procesos?
- ¿El beneficio se ve reflejado en disminución de reprocesos, mejora en tiempos de atención?
- ¿Estas actividades identificadas incrementan la posibilidad de cumplimiento de requisitos?

8.1.1.2 Valoración del riesgo

Una vez identificados los riesgos y oportunidades que afectan el SGC, es necesario valorarlos. La valoración del nivel de riesgo se realiza en función tanto de la probabilidad de ocurrencia del riesgo como del impacto negativo en los procesos.

La valoración del riesgo se realiza de la siguiente manera:

$$\text{Probabilidad x Impacto} = \text{Valoración del riesgo}$$

El criterio para determinar la probabilidad de la ocurrencia se muestra en el Cuadro N° 02.

Cuadro N°02: Descripción de la probabilidad de la ocurrencia

NIVEL	RANGO	DESCRIPCIÓN
10	Muy alta	Probable que ocurra ya que no se cuenta con controles asociados al riesgo, y/o se han presentado indicios de ocurrencia del riesgo, cinco (05) veces o más, durante el último año.
8	Alta	Probablemente puede ocurrir ya que se cuenta con controles parciales que no abordan todas las fuentes posibles de materialización del riesgo, y/o se ha presentado indicios de ocurrencia del riesgo entre tres (03) a cinco (05) veces, durante el último año.
6	Media	Ocasionalmente puede ocurrir ya que se cuenta con controles parciales que abordan todas las fuentes posibles de materialización del riesgo, y/o se han presentado indicios no más de tres (03) veces, durante el último año.
4	Baja	Es improbable que ocurra ya que se cuenta con controles satisfactorios que abordan todas las fuentes posibles de materialización del riesgo, y/o no ha ocurrido o solo una vez en los últimos dos años.

Fuente: OPGR

En cuanto al impacto, se realiza de acuerdo al análisis de 3 parámetros: normativo, procesos y económico, los cuales se describen a continuación:

Cuadro N°03: Descripción del parámetro para identificar el impacto

NIVEL	RANGO	CATEGORÍAS Y DESCRIPCIÓN		
		NORMATIVO	PROCESOS	ECONÓMICO
10	Muy alto	Informe de control en el que se identifican responsabilidades de tipo penal, civil y administrativo. y/o	Afectación de los procesos claves haciéndolos ineficientes por un tiempo más prologando. Afectación a la calidad del servicio de manera continua o afectación grave.	Genera pérdidas financieras mayores a 50 UIT
		Procedimiento administrativo disciplinario, con una consecuencia de falta muy grave (Destitución) y/o Resolución de Orden Servicio e inicio de proceso civil y/o penal		
8	Alto	Informe de control en el que se identifican responsabilidades de tipo civil y/o administrativo. y/o	Afectación de los procesos de apoyo haciéndolos poco eficientes, con efecto reversible.	Genera pérdidas financieras mayores a 9 UIT y menores a 50 UIT
		Procedimiento administrativo disciplinario, con una consecuencia de falta grave y/o Resolución de Orden Servicio e inicio de proceso civil		
6	Medio	Informe de control en el que se identifican responsabilidades de tipo administrativo. y/o	Presentación de problemas en procesos de apoyo, con efecto reversible.	Genera pérdidas financieras de hasta 9 UIT
		Procedimiento administrativo disciplinario, con una consecuencia de falta leve y/o Resolución de Orden Servicio		
4	Bajo	Resultado del informe de control, no identifica responsabilidades. y/o	No hay cese de las actividades y el impacto es absorbido por la operación diaria y cotidiana.	No hay pérdidas financieras
		El hecho merece una llamada de atención verbal		

Fuente: OPGR

Los valores y niveles son asignados a los riesgos basándose en la probabilidad y el impacto evaluados, y esto se realiza usando la Matriz de probabilidad e impacto que a continuación se muestra:

Cuadro N°04: Matriz de probabilidad e impacto

		IMPACTO			
		4	6	8	10
PROBABILIDAD		Bajo	Medio	Alto	Muy alto
10	Muy alto	40 MEDIO	64 ALTO	80 MUY ALTO	100 MUY ALTO
8	Alto	32 MEDIO	48 ALTO	64 ALTO	80 MUY ALTO
6	Medio	24 BAJO	36 MEDIO	48 ALTO	60 ALTO
4	Bajo	16 BAJO	24 BAJO	32 MEDIO	40 MEDIO

Fuente: OPGR

8.1.1.3 Tratamiento del riesgo

Dependiendo del nivel de riesgo identificado, se determina el tipo de tratamiento a seguir:

- Para un nivel de riesgo BAJO: No se realiza ninguna acción adicional, ya que se acepta el riesgo.
- Para un nivel de riesgo MEDIO, ALTO o MUY ALTO: Se deben implementar acciones de control para disminuir la probabilidad, el impacto o ambas. Adicionalmente, se deben mantener los controles actuales.
- Para un nivel de riesgo MEDIO, ALTO o MUY ALTO: el cual tiene probabilidad “BAJA” (4), y se tienen controles establecidos y funcionales, se considerará mantener esos controles y como un “RIESGO MEDIO CONTROLADO”, “RIESGO ALTO CONTROLADO” o “RIESGO MUY ALTO CONTROLADO”.

Los tiempos y responsabilidades de la implementación de las acciones de control para disminuir el riesgo dependerán del tratamiento establecido para dichos riesgos.

8.1.1.4 Riesgo residual

El riesgo residual aplica para los riesgos que inicialmente han salido con una valoración de medio, alta o muy alta. Esto se realiza para identificar si las acciones de control implementadas han sido eficaces.

Luego de la implementación de las acciones de control se vuelve a evaluar la probabilidad y el impacto del riesgo, por lo que se obtiene el siguiente resultado:

- Para el nivel de riesgo BAJO: No se realiza ninguna acción adicional, el riesgo ya se encuentra controlado y no hay más acciones que realizar.
- Para el nivel de riesgo MEDIO, ALTO o MUY ALTO: Se debe implementar acciones de control para disminuir la probabilidad, el impacto o ambas. Adicionalmente, se debe mantener los controles actuales.

8.1.1.5 Tipos de controles propuestos para el tratamiento:

La ATU implementa sistemas y procedimientos que le permitan asegurar que sus procesos están siendo gestionados de modo correcto.

Los controles pueden tener medidas como:

- Si los servicios prestados fueron llevados de modo correcto.

- Determinar de manera adecuada la separación de funciones de las personas que participan en los procesos de contratos, incluida su supervisión y aprobación de los trabajos.
- Establecer directivas o documentos guía para los trabajadores y personal involucrado en los procesos a fin de facilitar su labor e identificar los riesgos.

8.1.2 ACCIONES PARA ABORDAR LAS OPORTUNIDADES

Las oportunidades se evalúan considerando lo descrito en la **“Matriz del contexto de la organización”** (Anexo N° 01). La valoración de la oportunidad se realiza de la siguiente manera:

Probabilidad x Beneficio = Valoración de la Oportunidad

El criterio para determinar la probabilidad de que se ejecute la oportunidad se determina según lo establecido en el siguiente cuadro:

Cuadro N°05: Criterio para la probabilidad de la oportunidad

NIVEL	RANGO	CRITERIO
3	Buena	Buena probabilidad que se ejecute la oportunidad (porque fue presupuestado, porque no genera mucho costo, porque sería fácil de ejecutar, porque sería rápido de ejecutar)
2	Regular	Regular probabilidad que ejecute la oportunidad
1	Baja	Baja probabilidad que se ejecute la oportunidad (porque no fue presupuestado, porque genera mucho costo, porque sería difícil de ejecutar, porque sería lento de ejecutar)

Fuente: OPGR

El criterio para determinar el beneficio de la oportunidad se describe en el siguiente cuadro:

Cuadro N°06: Criterio para el beneficio de la oportunidad

NIVEL	RANGO	CRITERIO
3	Beneficio Alto	Definitivamente la oportunidad tiene muchos factores que influyen positivamente a la Institución, en diferentes aspectos como calidad, económico, recursos en general.
2	Beneficio Medio	Es medio el beneficio que esta oportunidad da a la Institución en aspectos como calidad, económico, recursos en general.
1	Beneficio Bajo	Es mínimo el beneficio que esta oportunidad da a la Institución en aspectos como calidad, económico, recursos en general.

Fuente: OPGR

La viabilidad de implementar la oportunidad se realiza considerando la probabilidad y el beneficio, según se detalla en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 07: Matriz de probabilidad y Beneficio

		BENEFICIO		
		1	2	3
PROBABILIDAD		Beneficio Bajo	Beneficio Medio	Beneficio Alto
3	Buena	POCO VIABLE la ejecución de la oportunidad	VIABLE la ejecución de la oportunidad	VIABLE la ejecución de la oportunidad
2	Regular	POCO VIABLE la ejecución de la oportunidad	POCO VIABLE la ejecución de la oportunidad	VIABLE la ejecución de la oportunidad
1	Baja	NADA viable que se ejecute la oportunidad	POCO VIABLE la ejecución de la oportunidad	POCO VIABLE la ejecución de la oportunidad

Fuente: OPGR

Las acciones que se realizan son las siguientes:

Cuadro N°08: Acciones a realizar según viabilidad de la oportunidad

VIABILIDAD DE LA OPORTUNIDAD	ACCIONES
VIABLE	Se determinan las acciones de implementación, si es necesario se asigna presupuesto.
POCO VIABLE	No se implementa, al menos que se establezca lo contrario. Se revisa su viabilidad de implementación en la actualización de la matriz.
NADA VIABLE	No se implementa, al menos que se establezca lo contrario.

Fuente: OPGR

La eficacia de las acciones realizadas para implementar la oportunidad se medirá de la siguiente manera:

- No fue eficaz: Si los beneficios no fueron positivos.
- Fue eficaz: Si hubo beneficios positivos.

La información de la identificación y valoración de los riesgos del SGC, así como las acciones de control que permiten su disminución de manera eficaz y eficiente se registran en la **“Matriz de riesgos del SGC”** (Anexo N° 03).

La información de la identificación y valoración del riesgo y las oportunidades del contexto, se registran en la **“Matriz de riesgos y oportunidades del contexto”** (Anexo N° 04).

Ambas matrices son revisadas periódicamente durante la ejecución de la revisión por la Alta Dirección.

8.1.3 OBJETIVOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATU Y SU PLANIFICACIÓN

Se han establecido los objetivos del SGC para las funciones y niveles pertinentes, los cuales han sido plasmados en el **“Tablero de control de objetivos e indicadores de la calidad”** (Anexo N° 05).

Estos objetivos son coherentes con la Política Institucional de la Calidad de la ATU, son medibles mediante indicadores, cuentan con una frecuencia de medición, se ha establecido: los responsables de reportar, la manera de reportar la información, las iniciativas de cumplimiento, los recursos necesarios y el responsable de su evaluación.

El llenado y registro del “**Tablero de control de objetivos e indicadores de la calidad**” (Anexo N° 05) está a cargo de las unidades de organización involucradas en el SGC, y la custodia, evaluación y actualización está a cargo de la OPGR.

Este tablero es difundido mediante memorando múltiple de la OPGR a los dueños de los procesos o sus representantes involucrados en el SGC, son revisados semestralmente por la OPGR y reportados a la Gerencia General en la revisión por la Alta Dirección.

8.1.4 GESTIÓN DEL CAMBIO

Cuando se presente algún cambio en el SGC, por ejemplo, la mejora en la plataforma documentaria, ATU deberá considerar:

- a) El propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales;
- b) La integridad del sistema de gestión de la calidad;
- c) La disponibilidad de recursos;
- d) La asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.

8.2 APOYO

8.2.1 RECURSOS

La entidad asigna los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC, de acuerdo con la normativa aplicable y los recursos disponibles asignados a la ATU; los mismos que se reflejan en el Plan Operativo Institucional y el Presupuesto Modificado Institucional.

Estos recursos se basan en:

8.2.1.1 Personas

La dotación del personal necesario para la implementación, el mantenimiento y mejora continua del SGC.

Se cuenta con los dueños de los procesos o sus representantes, los cuales son los responsables del SGC en las unidades de organización involucradas en el alcance del SGC.

8.2.1.2 Infraestructura

La dotación de recursos de infraestructura, entre ellos los espacios para las oficinas las cuales están equipadas con mobiliario de oficina, computadoras con hardware y software, medios de comunicación, material de escritorio, entre otros.

Esta infraestructura es mantenida para asegurar su disponibilidad continua. La programación del mantenimiento de la infraestructura se realiza a través de la elaboración del programa de mantenimiento preventivo anual a cargo de la UA (Servicios Generales).

Adicionalmente, se cuenta con un Manual de Procedimientos – MAPRO del proceso S03.05 - Administración de los Servicios Generales, en el cual se detallan las actividades de los procedimientos “PRO-S03-001 “Mantenimiento correctivo de infraestructura” y “PRO-S03-002 Mantenimiento correctivo de máquinas y equipos”, aprobados por Resolución de Gerencia General N° 027-2023-ATU/GG.

8.2.1.3 Gestión del conocimiento

La información de cada atención realizada a la ciudadanía en cuanto a gestión documental y atención a reclamos es respaldada mediante “backup” de los programas usados y de la información generada.

Las fuentes de información relacionadas con los procesos de atención al/a la ciudadano/a se dan a través de:

- La normativa legal vigente.
- Directivas, resoluciones y otros documentos de la ATU.
- Base de datos de los reclamos registrados.
- Base de datos de las atenciones documentarias registradas.
- Correo electrónico.
- Documentación física de las atenciones documentarias realizadas en las oficinas.

La información de cada proceso de compras es guardada de manera física, ante cualquier necesidad de revisión y trazabilidad, esta puede ser consultada desde los archivos del área o de almacén central. De igual manera se cuenta con información digital, la cual puede ser revisada ante cualquier necesidad.

Las fuentes de información relacionadas con los procesos de compras se dan a través de:

- La normativa legal vigente.
- Directivas, resoluciones y otros documentos de la ATU.
- Información física que se generan de las solicitudes de cada usuario/a.
- Base de datos.
- Correo electrónico.

8.2.2 COMPETENCIA

8.2.2.1 Generalidades

Las unidades de organización y la OGRH determinan el perfil (requisitos y competencias) para los puestos de trabajo que intervienen en los procesos del alcance del SGC, los cuales se plasman en los perfiles de puesto de los servidores.

La OGRH es responsable del proceso S04.05 - Gestión de desarrollo y capacitación, cuyo Manual de Procedimientos – MAPRO está aprobado por Resolución de Gerencia General N° 11-2023-ATU/GG, el cual se detalla en los siguientes procedimientos:

- S04.05.01 Conformación del comité de la planificación de la capacitación.
- S04.05.02 Planificación de la gestión de la capacitación.
- S04.05.03 Modificación del Plan de Desarrollo de Personas.
- S04.05.04 Ejecución del Plan de Desarrollo de Personas.
- S04.05.05 Evaluación de las acciones de capacitación.

Por otro lado, a fin de garantizar que los/las servidores/as de la entidad cuenten con las competencias requeridas en el marco del SGC, la OPGR propone a las/os jefas/es de las unidades de organización relacionadas al alcance del SGC, temas relacionados a la calidad para que se incluyan en la etapa de “diagnóstico de necesidades de capacitación anual” que realiza la OGRH.

Estas capacitaciones permiten que los/las servidores/as de la entidad, dentro del alcance del SGC, adquiera y desarrolle competencias necesarias en los temas relacionados a la calidad. La etapa de diagnóstico de necesidades de capacitación anual está descrita en el procedimiento S04.05.02 - Planificación de la gestión de la capacitación.

La eficacia de cada capacitación vinculada al SGC se mide utilizando el **“Formato de evaluación de la eficacia de la capacitación”** (Anexo N° 06). Este formato deberá ser llenado en un plazo máximo de (6) meses luego de efectuada la capacitación. Si se considera que la capacitación no ha sido eficaz, el/la jefe/a de la unidad de organización determina si es necesario

realizar capacitaciones adicionales. Lo descrito se detalla en el procedimiento S04.05.05 - Evaluación de las acciones de capacitación.

La OGRH archiva en el legajo del personal el **“Formato de evaluación de la eficacia de la capacitación”** (Anexo N° 06) y el certificado del curso.

8.2.2.2 Proceso de Contratación

Los controles específicos para la contratación de los/las servidores/as son aplicados de acuerdo a los lineamientos establecidos por la OGRH y la normativa legal vigente. El proceso de contratación de los/las servidores/as civiles se desarrolla de acuerdo a la versión V01 de la Directiva N° D-004-2022-ATU/GG-OGRH, “Directiva que regula el procedimiento de convocatoria, selección y contratación de los/las servidores/as civiles sujetos/as al régimen especial del CAS de la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao – ATU”, aprobada por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 119-2022-ATU/PE, o en norma que la complementa o reemplaza.

La OGRH es responsable del proceso S04.02 - Organización del trabajo y su distribución, cuyo Manual de Procedimientos – MAPRO está aprobado por Resolución de Gerencia General N° 11-2023-ATU/GG, el cual se detalla en los siguientes procedimientos:

- S04.02.01.01 Determinación de dotación de personal.
- S04.02.01.02 Elaboración y aprobación del Manual de Perfiles de Puestos.
- S04.02.02 Elaboración y aprobación del Cuadro de Puestos de la Entidad.

Adicionalmente, es responsable del proceso de S04.03.01 - Gestión de la incorporación, cuyo Manual de Procedimientos – MAPRO está aprobado por Resolución de Gerencia General N° 37-2023-ATU/GG, el cual contiene los siguientes procedimientos:

- PRO-S04-001 Convocatoria.
- PRO-S04-002 Selección de personal.
- PRO-S04-003 Vinculación de personal.
- PRO-S04-004 Inducción al personal.

La documentación generada en los procedimientos PRO-S04-001 Convocatoria y PRO-S04-002 Selección de personal, es desarrollada a través del Sistema de Convocatorias (SISCON) y Sistema de Evaluación de Conocimientos, ambos administrados por la OGRH.

La documentación sobre los procedimientos PRO-S04-003 Vinculación de personal y PRO-S04-004 Inducción al personal, es archivada en el acervo documentario de la OGRH.

Asimismo, los/las servidores/as ingresantes bajo cualquier modalidad de contratación, que se encuentre dentro del alcance del SGC, reciben:

- Copia de la Política Institucional de la Calidad de la ATU.
- Video de inducción al SGC.

La OGRH archiva en el legajo del personal el **“Formato de inducción al SGC y entrega de la Política Institucional de la Calidad de la ATU”** (Anexo N° 07).

Locadores de servicio:

Adicionalmente, para los/las locadores/as de servicios, las unidades de organización determinan las competencias y perfil necesario para realizar las actividades que intervienen en los procesos del alcance del SGC, los cuales se plasman en los términos de referencia de sus respectivos contratos.

Asimismo, la OPGR envía el video de inducción y la Política Institucional de la Calidad de la ATU a los/as locadores/as de servicio de cada unidad organizacional involucrada en el alcance del SGC. La OPGR archiva los cargos de entrega.

8.2.3 TOMA DE CONCIENCIA Y FORMACIÓN

La OPGR, en el marco de sus competencias, y en coordinación con la OGRH, de ser el caso, procura acciones de toma de conciencia para el personal de la ATU, estableciendo programas de sensibilización en materia de la calidad.

Los programas de sensibilización son plasmados de manera anual e incluye temas relacionados con:

- El entendimiento de la Política Institucional de la Calidad de la ATU.
- La comprensión del SGC, de sus procedimientos y de cómo el personal debe cumplir con este.
- Los riesgos de la calidad.
- Cómo contribuyen a la eficacia del SGC, beneficios, implicancias y consecuencias de incumplimiento.

Las sensibilizaciones pueden realizarse de manera presencial o virtual y son efectuadas por la OPGR según el **“Programa de sensibilización del SGC”** (Anexo N° 08).

Adicionalmente, la OPGR archiva el cargo de la sensibilización realizada, mediante el **“Formato de sensibilización al SGC”** (Anexo N° 09).

8.2.3.1 Difusión de la Política Institucional de la Calidad de la ATU

Las unidades de organización y las sedes que forman parte del alcance del SGC cuentan con la Política Institucional de la Calidad de la ATU vigente, en un lugar visible para todas las personas que prestan servicios en la entidad bajo cualquier modalidad de contratación.

Adicionalmente, la OPGR, en coordinación con la OGRH, realizan la difusión interna de la Política Institucional de la Calidad de la ATU y la UFCII realiza la difusión externa a las partes interesadas del SGC, a través de los canales de comunicación disponibles.

8.2.4 COMUNICACIÓN

La ATU ha establecido sus canales de comunicación externa e interna teniendo en cuenta el contexto de la organización y los compromisos establecidos en la Política Institucional de la Calidad de la ATU y en el SGC.

Las comunicaciones internas y externas se hacen en español y si fuese necesario puede ser traducida, en un lenguaje claro y sencillo para que éstas puedan ser comprendidas por todos sus destinatarios/as.

La comunicación de los documentos normativos del SGC estará disponible en la web institucional de la entidad <http://www.atu.gob.pe/> permanentemente, para que estén accesibles a todos los miembros de la entidad y a las partes interesadas.

Se ha determinado la Matriz de Comunicaciones relativa al SGC, la misma que se presenta en la **“Matriz de comunicaciones del SGC”** (Anexo N° 10).

8.2.4.1 Comunicación interna:

Los canales de comunicación interna con los que cuenta la ATU son:

- Teléfonos / celulares corporativos.
- Correos electrónicos.
- Web institucional y redes sociales.
- Reuniones internas.
- Eventos de difusión interna.

- Materiales de difusión.
- Capacitaciones.

8.2.4.2 Comunicación externa:

La entidad tiene habilitados los siguientes canales de comunicación para fomentar la comunicación entre la entidad y las partes interesadas:

- Eventos, actividades y campañas institucionales.
- Web institucional y redes sociales.
- Correo electrónico.

8.2.5 CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA

8.2.5.1 Sobre la creación, actualización, aprobación, control de cambios y disposición de información documentada:

- Se cuenta con la versión V02 de la Directiva N° D-001-2020-ATU/GG-OPP-UPO, "Directiva que regula la formulación, modificación y aprobación de documentos normativos en la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao – ATU", aprobada por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 094-2021-ATU-PE.
- Se cuenta con la versión V01 de la Directiva N° D-001-2021-ATU/GG-OPGR, "Directiva para la implementación de la gestión por procesos en la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao – ATU", aprobada por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 135-2021-ATU-PE.
- La información documentada relacionada al SGC de la ATU, es administrada por la OPGR, la misma que lleva el registro de control de versiones de los documentos relacionados al SGC, a través del documento que se muestra en el "**Lista maestra de documentos del SGC**" (Anexo N° 11).

8.2.5.2 La distribución de la información documentada se efectúa a través de:

- Medios electrónicos: se distribuye a través de un comunicado de difusión.
- Medio físico: se mantiene en los archivos de la unidad de organización.

8.2.5.3 Sobre el acceso y uso a la información documentada:

- Información en medio electrónico: se accede a través de la sede digital de la ATU. Su impresión se considera una copia no controlada.
- Información en medio físico: se accede a través de lo dispuesto por cada unidad de organización.

8.2.5.4 Sobre la recuperación de la información documentada:

- Información en medio electrónico: se realiza según lo establecido en la Directiva N° D-001-2022-ATU/GG-OA-UTI, "Directiva para el respaldo, custodia y restauración de la información de la Autoridad de transporte urbano para Lima y Callao – ATU", aprobada por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 046-2022-ATU/PE.
- Información en medio físico: se recupera desde su fuente de origen.

8.2.5.5 Sobre su almacenamiento y preservación:

- Medio electrónico: se realiza según lo establecido en la Directiva N° D-001-2022-ATU/GG-OA-UTI, "Directiva para el respaldo, custodia y restauración de la información de la Autoridad de transporte urbano para Lima y Callao – ATU", aprobada por Resolución de Presidencia Ejecutiva N°046-2022-ATU/PE.
- Asimismo, la OPGR pone a disposición de la entidad un repositorio en "Sharepoint" de los documentos generados por el SGC: SGC ISO 9001,

al cual se puede ingresar mediante el siguiente enlace: [SGC ISO 9001 - Home \(sharepoint.com\)](#)

- Medio físico: dispuesto por cada unidad de organización.

8.2.5.6 Sobre la conservación:

- Medio electrónico: de manera permanente.
- Medio físico: el tiempo de conservación de la información documentada se regula de acuerdo a lo establecido por cada unidad organizacional o por la Directiva N° D-001-2023-ATU/GG-UACGD, "Directiva que regula el Sistema de Archivos en la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao – ATU", aprobado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 008-2023-ATU/PE y; por normativa de la materia.

8.3 OPERACIÓN

8.3.1 PLANIFICACIÓN, REQUISITOS Y CONTROL DEL SERVICIO

8.3.1.1 Sobre el proceso de gestión de reclamos:

Los controles y requisitos del servicio, establecidos en el proceso de gestión de reclamos del/de la ciudadano/a se encuentran establecidos en la Directiva N° D-003-2022-ATU/GG-UACGD," Directiva que regula la gestión de reclamos presentados contra la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao – ATU", aprobado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 172-2022-ATU/PE.

La comunicación con la ciudadanía se efectúa a través de la plataforma de atención de comunicaciones, vía página web: www.reclamos.servicios.gob.pe/reclamos/ATU. La plataforma de atención al ciudadano genera un código de trazabilidad para cada ingreso que realice el/la administrado/a. De esa manera, se mantiene el historial de cada reclamo generado.

8.3.1.2 Sobre el proceso de recepción de documentos:

Para el proceso de recepción de documentos, la ciudadanía cuenta con la plataforma de atención presencial (mesa de partes presencial) y la mesa de partes virtual. La trazabilidad está dada mediante el número de expediente.

La ATU cuenta con la Directiva N° D-002-2021-ATU/GG-UACGD, "Directiva que regula la gestión documental en la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao – ATU", aprobado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 108-2021-ATU/PE, documento en el cual se han definido los requisitos para la recepción, emisión, archivo y despacho de la documentación recibida.

Adicionalmente, se cuenta con el Manual de Procedimientos – MAPRO del proceso S06 Gestión Documental, aprobado mediante Resolución de Gerencia General N° 07-2023-ATU/GG, en el cual se detallan las actividades del procedimiento S06.01 Recepción de documentos.

8.3.1.3 Sobre el proceso de contrataciones sin procedimiento de selección:

El control sobre las actividades para el proceso de contrataciones sin procedimiento de selección, está establecido en la versión V02 de la Directiva N° D-001-2020-ATU/GG-OA-UA, "Directiva para las contrataciones cuyos montos sean iguales o inferiores a ocho unidades impositivas tributarias (8 UIT) en la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao – ATU", aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 159-2021-ATU/PE, la cual establece las actividades para la indagación de mercado, la elaboración de los términos de referencia, la convocatoria y conformidad del servicio.

Adicionalmente, se cuenta con un Manual de Procedimientos – MAPRO del proceso S03 Gestión del Sistema de Abastecimiento, aprobado mediante Resolución de Gerencia General N° 069-2022-ATU/GG, en el cual se detallan las actividades del procedimiento S03.02.05 Contratación sin procedimiento de selección.

8.3.2 CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE

Conforme a lo señalado en el numeral 8.3.1.3 del presente MSGC, el control de los procesos de contratación de proveedores está normado en la versión V02 de la Directiva N° D-001-2020-ATU/GG-OA-UA, “Directiva para las contrataciones cuyos montos sean iguales o inferiores a ocho unidades impositivas tributarias (8 UIT) en la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao – ATU”, aprobada con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 159-2021-ATU/PE.

Se generan órdenes de compra y órdenes de servicio en donde se plasman los requisitos de selección y las actividades que deben cumplir los proveedores.

La evaluación y conformidad del proveedor se realiza mediante un informe de conformidad establecida por el área usuaria. Para el caso de los locadores, este debe presentar un informe de las actividades, el cual es revisado y aprobado por el jefe inmediato.

Las comunicaciones necesarias con los proveedores se realizan mediante correo electrónico.

8.3.3 PROPIEDAD PERTENECIENTE A TERCEROS

Toda la documentación generada en los procesos dentro del alcance del SGC: i) gestión de reclamos del/de la ciudadano/a, ii) recepción de documentos, y iii) contrataciones sin procedimiento de selección, es almacenada y preservada en las plataformas documentarias usadas.

Ante la pérdida o daño de la información, la ATU comunica al/a la ciudadano/a o al/a la administrado/a lo sucedido, y se procede en base a lo coordinado.

8.3.4 LIBERACIÓN DE LOS SERVICIOS

La Directiva N° D-003-2022-ATU/GG-UACGD, “Directiva que regula la gestión de reclamos presentados contra la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao – ATU”, aprobado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 172-2022-ATU/PE, establece las actividades a realizar para la liberación de las actividades, entre ellas la atención, la respuesta y la notificación al/a la administrado/a.

La Directiva N° D-002-2021-ATU/GG-UACGD, “Directiva que regula la gestión documental en la Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao – ATU”, aprobado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 108-2021-ATU/PE, establece las actividades a realizar para la liberación de las actividades de atención al/a la ciudadano/a. Entre ellas las actividades para despacho y distribución de la documentación posterior a la revisión y cumplimiento de las especificaciones (por ejemplo, documentos completos).

8.3.5 SALIDAS NO CONFORMES

Las salidas no conformes son detectadas en la unidad organizacional del alcance del SGC y son administradas y controladas por la OPGR considerando las disposiciones detalladas en las “**Disposiciones para el tratamiento de las salidas no conformes**” (Anexo N° 12).

Los dueños de los procesos o sus representantes, involucrados en el alcance del SGC son responsables de:

- Identificar las salidas no conformes en sus procesos.
- Realizar el tratamiento de la salida no conforme.
- Registrar la información relacionada con la salida no conforme en el formato respectivo:
 - **“Registro de salidas no conformes UACGD”** (ver Anexo N° 13).
 - **“Registro de salidas no conformes UA”** (ver Anexo N° 14).
- Decidir, en coordinación con la OPGR, si la salida no conforme debe ser tratada con una Solicitud de Acción Correctiva (SAC).
- Establecer la cantidad de salidas no conformes mensuales que deberán generar una SAC. Para el caso de los procesos dentro del alcance del SGC:
 - Para el proceso de contrataciones sin procedimiento de selección, el número de salidas no conformes en un mes es no mayor a 10% del total de órdenes de compras / servicios generados.
 - Para el proceso de gestión de reclamos del/de la ciudadano/a, el número de salidas no conformes en un mes es no mayor de 5% del total de reclamos recibidos.
 - Para el proceso de recepción de documentos, el número de salidas no conformes en un mes es no mayor de 5% del total de documentos recibidos.

La OPGR es responsable de:

- Analizar la información para determinar si las salidas no conformes han sido repetitivas.
- Asignar el número de la SAC de las salidas no conformes.
- Hacer seguimiento del cierre de la SAC.

8.4 EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SGC

8.4.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

La OPGR evalúa el desempeño del SGC a través del cumplimiento de los objetivos e indicadores de la calidad establecidos en el **“Tablero de control de objetivos e indicadores de la calidad”** (Anexo N° 05).

Las acciones a seguir y los tiempos de medición son establecidos en el **“Tablero de control de objetivos e indicadores de la calidad”** (Anexo N° 05), pudiendo ser de manera mensual, trimestral o semestral. Cada dueño del proceso o su representante deberá hacer seguimiento a sus indicadores y reportar sus resultados a la OPGR, según la frecuencia establecida para cada indicador.

La OPGR realiza la evaluación semestral y anual de los resultados de los indicadores, emite el informe correspondiente y lo reporta a la Gerencia General.

8.4.2 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

La medición de la satisfacción del cliente para los procesos dentro del alcance del SGC se realiza mediante las siguientes encuestas:

- Para el proceso de contrataciones sin procedimiento de selección, se realiza de manera mensual a través del envío, a las unidades de organización, de la encuesta **“Encuesta de satisfacción para las unidades de organización”** (Anexo N° 15).
- Para los procesos de gestión de reclamos del ciudadano y recepción de documentos, se realiza a través de la **“Encuesta de satisfacción para la ciudadanía”** (Anexo N° 16), con la frecuencia que determine la UACGD hasta alcanzar el tamaño de la muestra, para ello se podrá tomar

como referencia la metodología descrita en **“Diseño metodológico para la medición de la satisfacción”** (Anexo N° 17).

Los resultados son evaluados según la frecuencia establecida para cada indicador en el **“Tablero de control de objetivos e indicadores de la calidad”** (Anexo N° 05).

Adicionalmente, la OPGR reporta a la Gerencia General los resultados obtenidos de la medición de la satisfacción en la revisión por la Alta Dirección.

8.4.3 AUDITORÍA INTERNA

La auditoría es administrada por la OPGR según lo establecido en las disposiciones detalladas en las **“Disposiciones para las auditorías del SGC”** (Anexo N° 18).

La auditoría se realiza mínimo una vez al año y cubre todos los requisitos de la Norma Internacional ISO 9001:2015, “Sistema de Gestión de la Calidad – Requisitos”, y su adaptación en la Norma Técnica Peruana NTP-ISO 9001:2015, “Sistema de gestión de la calidad. Requisitos. 6ta Edición”, aprobada por Resolución Directoral N° 001-2015-INACAL-DN, así como a todos los procesos dentro del alcance del SGC.

La OPGR es responsable de:

- Elaborar el **“Programa anual de auditorías internas”** (Anexo N° 19).
- Coordinar con el auditor líder la planificación de la auditoría interna.
- Coordinar con los auditores internos y/o externos involucrados.
- Planificar y comunicar las auditorías a los responsables de los procesos dentro del alcance del SGC.
- Hacer el seguimiento de las SACs hasta su cierre.
- Verificar la documentación recibida para la contratación de un auditor/a externo/a y auditor/a interno/a cumpla con acreditar el perfil mínimo requerido.
- Asegurar el entrenamiento al/a la auditor/a interno/a que no cuenta con experiencia en auditorías, según lo que se especifica el numeral 8.4.3.3 del presente Manual.
- Asegurar que el/la auditor/a interno/a que desee ser auditor/a líder, realice su entrenamiento bajo la supervisión de un/una auditor/a líder.
- Elaborar y actualizar el **“Listado de auditores”** (Anexo N° 23).

El/la Auditor/a líder es responsable de:

- Elaborar el **“Plan de auditoría interna”** (Anexo N° 20).
- Ejecutar la auditoría interna.
- Elaborar el **“Informe de auditoría interna”** (Anexo N° 21).
- Generar las SACs.

El/la Auditor/a es responsable de:

- Ejecutar la auditoría interna según el **“Plan de auditoría interna”**.

8.4.3.1 Competencias del/de la auditor/a externo/a:

La OPGR debe asegurarse de solicitar la contratación de un/a auditor/a externo/a que cumpla con el siguiente perfil:

- Haber llevado un curso de auditores internos o líder de la norma a auditar.
- Experiencia de al menos tres (03) auditorías en base a la norma ISO 9001:2015.
- Titulado/a de las especialidades: Administración, Economía, Ingeniería o Derecho.

8.4.3.2 Competencias del/de la auditor/a interno/a:

La OPGR debe asegurarse que el/la auditor/a interno/a que realice la auditoría cumple con el siguiente perfil:

- Haber aprobado un curso de auditores internos o líder de la norma a norma ISO 9001:2015.
- Tener al menos doce (12) meses de experiencia laborando en la entidad.
- De preferencia, experiencia como auditor/a interno/a en dos (2) auditorías. Si no cuenta con la experiencia, puede adquirirla con entrenamiento, según lo indicado a continuación.

8.4.3.3 Entrenamiento de auditores/as internos/as:

La OPGR debe asegurarse que el/la auditor/a interno/a que no cuenta con experiencia en auditorías sea entrenado siguiendo los siguientes pasos:

- Participar en una primera auditoría interna como veedor/a, acompañando al/a la auditor/a líder.
- Participar en una segunda auditoría interna, auditando junto con el/la auditor/a líder, en mínimo 2 procesos programados.
- Posteriormente a la participación en estas 2 auditorías internas, el/la auditor/la líder completa el formato "**Ficha de auditor interno**" (ver Anexo N° 22).
- El/la auditor/a líder determina si es necesario que el/la auditor/a en entrenamiento realice otra auditoría para afianzar conocimientos o si ya adquirió la competencia deseada.
- Al ser programado un/una auditor/a interno/a, no puede auditar su propio trabajo.

8.4.3.4 Entrenamiento para calificar como auditor/a líder:

La OPGR debe asegurarse que el/la auditor/a interno/a que desee ser auditor/a líder sea entrenado siguiendo los siguientes pasos, siempre supervisado por un/una auditor/a líder:

- Elaborar el "**Plan de auditorías interna**".
- Realizar la reunión de apertura y cierre cuando corresponda.
- Recopilar las notas de auditoría de los/las auditores/as internos y realizar el informe de auditoría interna.
- Posteriormente a la participación como auditor/a líder en entrenamiento, el/la auditor/a líder completa el formato de "**Ficha de auditor interno**".
- El/la auditor/a líder determina si es necesario que el/la auditor/a en entrenamiento realice otra auditoría para afianzar conocimientos o si ya adquirió la competencia deseada.

La OPGR actualiza el "**Listado de auditores**" (Anexo N° 23), de acuerdo a los/las auditores/as en entrenamiento.

8.4.4 REVISIÓN POR LA ALTA DIRECCIÓN

La revisión por la Alta Dirección se realiza de forma anual o cuando se requiera; para asegurar la conveniencia, adecuación, eficacia y mejora continua del SGC, para lo cual se debe contar con el informe de evaluación de desempeño emitido por la OPGR.

Los temas para tratar en la revisión del SGC son:

- El estado de las acciones de las revisiones previas: Informes pasados de revisión por la Alta Dirección;
- Los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC: "**Matriz del contexto de la organización**" (Anexo N° 01) y "**Matriz de partes interesadas del SGC**" (Anexo N° 02);

- La información sobre el desempeño y la eficacia del SGC, incluidas las tendencias relativas a:
 - a. la satisfacción del/de la cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes: Resultados de las encuestas de satisfacción a la ciudadanía y a las unidades de organización;
 - b. el grado en que se han logrado los objetivos de la calidad: **“Tablero de control de objetivos e indicadores de la calidad”** (Anexo N° 05);
 - c. el desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios: **“Plan de implementación de las acciones correctivas”** (Anexo N° 24) y el **“Tablero de control de objetivos e indicadores de la Calidad”** (Anexo N° 05);
 - d. las no conformidades y acciones correctivas **“Registro de salidas no conformes UACGD”** (Anexo N° 13), **“Registro de salidas no conformes UA”** (Anexo N° 14), **“Plan de implementación de las acciones correctivas”** (Anexo N° 24);
 - e. los resultados de seguimiento y medición **“Tablero de control de objetivos e indicadores de la calidad”** (Anexo N° 05);
 - f. los resultados de las auditorías: **“Informe de auditoría interna”** (Anexo N° 21);
 - g. el desempeño de los proveedores externos: informe de conformidad de proveedores / lista de proveedores sancionados;
- La adecuación de los recursos para el SGC;
- La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades: **“Matriz de riesgos del SGC”** (Anexo N° 03) y **“Matriz de riesgos y oportunidades del contexto”** (Anexo N° 04);
- Las oportunidades de mejora: **“Plan de implementación de oportunidades de mejora”** (Anexo N° 25);
- La pertinencia de actualizar la Política Institucional de la Calidad de la ATU.

Como resultado se deberá lograr:

- Decisiones sobre oportunidades de mejora.
- Necesidades de cambio.
- La necesidad de recursos.

8.5 MEJORA

8.5.1 ACCIONES CORRECTIVAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

La gestión y el tratamiento de las acciones correctivas y oportunidades de mejora son administradas por la OPRG mediante las disposiciones detalladas en el **“Disposiciones para las acciones correctivas y oportunidades de mejora”** (Anexo N° 26).

La detección de una no conformidad puede generarse como resultado de:

- Las auditorías del SGC.
- Revisiones por la dirección.
- Hallazgos de salidas no conformes por el personal (debido a supervisiones, controles, etc.).
- En la administración de la gestión de riesgos y oportunidades.

Los dueños de los procesos o sus representantes, involucrados en el alcance del SGC son responsables de:

- Llenar la **“Solicitud de acción correctiva”** (Anexo N° 27) y enviarla a la OPRG.
- Realizar el análisis de la no conformidad para establecer acciones correctivas con la finalidad de eliminar dicha no conformidad.

La OPRG es responsable de:

- Enviar la SAC a los dueños de proceso para su análisis y tratamiento.
- Elaborar el **“Plan de implementación de las acciones correctivas”** (Anexo N° 24).
- Elaborar el **“Plan de implementación de las oportunidades de mejora”** (Anexo N° 25).
- Realizar el seguimiento a los planes de implementación de las acciones correctivas y de las oportunidades de mejora hasta su cierre.
- Realizar la verificación de la implementación de las acciones correctivas y oportunidades de mejora, utilizar el formato **“Seguimiento interno a la SAC”** (Anexo N° 28).
- Verificar la eficacia de las acciones correctivas.

IX. ANEXOS

- Anexo N° 01: Matriz del contexto de la organización
- Anexo N° 02: Matriz de partes interesadas del SGC
- Anexo N° 03: Matriz de riesgos del SGC
- Anexo N° 04: Matriz de riesgos y oportunidades del contexto
- Anexo N° 05: Tablero de control de objetivos e indicadores de la calidad
- Anexo N° 06: Formato de evaluación de la eficacia de la capacitación
- Anexo N° 07: Formato de inducción al SGC y entrega de la Política Institucional de la Calidad de la ATU
- Anexo N° 08: Programa de sensibilización del SGC
- Anexo N° 09: Formato de sensibilización al SGC
- Anexo N° 10: Matriz de comunicaciones del SGC
- Anexo N° 11: Lista maestra de documentos del SGC
- Anexo N° 12: Disposiciones para el tratamiento de las salidas no conformes
- Anexo N° 13: Registro de salidas no conformes UACGD
- Anexo N° 14: Registro de salidas no conformes UA
- Anexo N° 15: Encuesta de satisfacción para las unidades de organización
- Anexo N° 16: Encuesta de satisfacción para la ciudadanía
- Anexo N° 17: Diseño metodológico para la medición de la satisfacción
- Anexo N° 18: Disposiciones para las auditorías del SGC
- Anexo N° 19: Programa anual de auditorías internas
- Anexo N° 20: Plan de auditoría interna
- Anexo N° 21: Informe de auditoría interna
- Anexo N° 22: Ficha de auditor interno
- Anexo N° 23: Listado de auditores
- Anexo N° 24: Plan de implementación de las acciones correctivas
- Anexo N° 25: Plan de implementación de oportunidades de mejora
- Anexo N° 26: Disposiciones para las acciones correctivas y oportunidades de mejora
- Anexo N° 27: Solicitud de acción correctiva
- Anexo N° 28: Seguimiento interno a la SAC

ANEXO N° 01

Matriz del contexto de la organización

 PERÚ Ministerio de Transportes y Comunicaciones Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao - ATU	MATRIZ DEL CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	VERSIÓN	1
		FECHA DE ACTUALIZACIÓN	

FODA	DEBILIDADES	FORTALEZAS
FACTORES INTERNOS		
FODA	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
FACTORES EXTERNOS		

ANEXO N° 02

Matriz de partes interesadas del SGC

 PERÚ Ministerio de Transportes y Comunicaciones Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao - ATU	MATRIZ DE PARTES INTERESADAS DEL SGC	VERSIÓN	1
		FECHA DE ACTUALIZACIÓN	

PARTE INTERESADA		NECESIDAD (Requisito obligatorio)	EXPECTATIVA
Interno			
Externo			

ANEXO N° 03

Matriz de riesgos del SGC

 PERÚ Ministerio de Transportes y Comunicaciones Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao - ATU	MATRIZ DE RIESGOS DEL SGC								VERSIÓN	1
									FECHA DE ACTUALIZACIÓN	

UNIDAD DE ORGANIZACIÓN	PROCESO	Descripción del Riesgo	Controles existentes al momento de la evaluación	Probabilidad	Impacto	Nivel de Riesgo (valor)	Nivel de Riesgo	Acciones adicionales a tomar (políticas de control propuestas)	FECHA / EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO	Probabilidad	Impacto	Nivel de Riesgo RESIDUAL	

ANEXO N° 04

Matriz de riesgos y oportunidades del contexto

 PERÚ	Ministerio de Transportes y Comunicaciones	Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao - ATU	MATRIZ DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES DEL CONTEXTO							VERSIÓN	1
										FECHA DE ACTUALIZACIÓN	

FODA	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CONTROLES ACTUALES	Probabilidad	Impacto	Nivel de Riesgo (valor)	Nivel de Riesgo	Acciones adicionales a tomar (políticas de control propuestas)	RESPONSABLE / FECHA / EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO	Probabilidad	Impacto	Nivel de Riesgo RESIDUAL
FACTORES INTERNOS	DEBILIDADES										
FACTORES EXTERNOS	AMENAZAS										

FODA	DESCRIPCIÓN DE LA OPORTUNIDAD	CONTROLES ACTUALES	Probabilidad	Beneficio	Nivel de la Oportunidad (valor)	Nivel de la Oportunidad (valor)	Acciones adicionales a tomar (políticas de control propuestas)	RESPONSABLE / FECHA / EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO	EFICACIA
FACTORES INTERNOS	FORTALEZAS								
FACTORES EXTERNOS	OPORTUNIDADES								

ANEXO N° 05

Tablero de control de objetivos e indicadores de la calidad

 PERÚ Ministerio de Transportes y Comunicaciones Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao - ATU	TABLERO DE CONTROL DE OBJETIVOS E INDICADORES DE LA CALIDAD							VERSIÓN	1
								FECHA DE ACTUALIZACIÓN	

OBJETIVO DE LA CALIDAD	OBJETIVOS ESPECIFICOS	META	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	REPORTE DE INFORMACION	COMO REPORTAR	INICIATIVAS PARA EL CUMPLIMIENTO	RECURSOS NECESARIOS	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN

ANEXO N° 06

Formato de evaluación de la eficacia de la capacitación

	PERÚ	Ministerio de Transportes y Comunicaciones	Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao - ATU	EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA CAPACITACIÓN	VERSIÓN 1
					FECHA DE ACTUALIZACIÓN

DATOS GENERALES

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN					
FECHA DE LA CAPACITACIÓN:		DURACIÓN EN HORAS:		CAPACITADOR:	

APRECIACIÓN DEL JEFE INMEDIATO SUPERIOR SOBRE EL DESEMPEÑO DEL/DE LA SERVIDOR/A CIVIL CAPACITADA/O (aplica para capacitaciones mayores a 03 horas) y podrá ser realizado en un plazo no mayor a tres meses después de recibida la capacitación.

A continuación, en cada uno de los enunciados deberá colocar el puntaje que usted considere (en su apreciación), siendo el puntaje 1 el nivel más bajo (Nunca) y el puntaje 5 el más alto (Siempre).

Sus respuestas tienen por objeto recoger información que permita conocer la eficacia de la capacitación, con el fin de evaluar y optimizar el Programa de Capacitación. Se considera eficaz cuando se haya obtenido una nota total de 20 a más.

En relación a los servidores/as evaluados conteste lo siguiente:

ITEM	NOMBRE DEL EVALUADO	¿Ha percibido un cambio de mejora en la actitud del colaborador después de haber sido capacitado?	¿Los conocimientos adquiridos como producto de la capacitación están siendo aplicados por el colaborador?	¿Considera que la capacitación proporcionada ha permitido mejorar el desempeño del colaborador?	¿Considera que el colaborador está motivado a seguir mejorando su desempeño por la capacitación recibida?	¿Considera que el colaborador propone ideas para la mejora continua, a partir de la capacitación recibida?	PUNTAJE TOTAL	Marcar X en caso considere que el evaluado necesita capacitación adicional?

ANEXO N° 07

Formato de inducción al SGC y entrega de la Política Institucional de la Calidad de la ATU

INDUCCIÓN AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y ENTREGA DE LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE LA CALIDAD	VERSIÓN	1
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	

NOMBRE	
D.N.I.	
FECHA	

He recibido la Política Institucional de la Calidad para la ATU, la cual entiendo, acepto y me comprometo a su cumplimiento.

He visto el video de inducción al sistema de gestión de la calidad de la ATU, a partir del cual tomo conocimiento de:

- La existencia de un sistema de gestión de la calidad en la ATU, en base a la norma internacional ISO 9001:2015 y su adaptación en la Norma Técnica Peruana NTP-ISO 9001:2015, "Sistema de gestión de la calidad. Requisitos. 6ta Edición", aprobada por Resolución Directoral N° 001-2015-INACAL-DN.
- El alcance del SGC.
- De qué manera doy cumplimiento al sistema de gestión de la calidad.
- La existencia de riesgos dentro del sistema de gestión de la calidad.

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

..... de de 20.....

Firma:
Nombre y apellidos:
DNI

ANEXO N° 08

Programa de sensibilización del SGC

	PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN DEL SGC	VERSIÓN	1
		FECHA DE ACTUALIZACIÓN	

ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
	P											
	E											
	P											
	E											
	P											
	E											
	P											
	E											

Riesgos del Programa	
Alcance del Sistema de Gestión	Atención de reclamos del ciudadano, gestión documental y contrataciones sin procedimiento de selección

ANEXO N° 09

Formato de sensibilización al SGC

	SENSIBILIZACIÓN AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	VERSIÓN	1
		FECHA DE ACTUALIZACIÓN	

FECHA DE LA SENSIBILIZACIÓN: _____

He recibido la sensibilización en el sistema de gestión de la calidad de la ATU, a partir del cual:

- Entiendo la Política Institucional de la Calidad de la ATU.
- Comprendo el sistema de gestión de la calidad implementado en la ATU.
- Comprendo de qué manera puedo cumplir con el sistema de gestión de la calidad de la ATU y las consecuencias de su incumplimiento.
- Tomo conocimiento del control que requieren los riesgos de la calidad.

NOMBRE	DNI	UNIDAD	CARGO	FIRMA

ANEXO N° 10

Matriz de comunicaciones del SGC

  PERÚ Ministerio de Transportes y Comunicaciones	Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao - ATU	MATRIZ DE COMUNICACIONES DEL SGC	VERSIÓN	1
			FECHA DE ACTUALIZACIÓN	

ASPECTOS A COMUNICAR	QUIEN COMUNICA	A QUIEN COMUNICA	CUANDO SE COMUNICA	COMO SE COMUNICA	IDIOMAS A COMUNICAR

ANEXO N° 11

Lista maestra de documentos del SGC

 PERÚ Ministerio de Transportes y Comunicaciones	Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao - ATU	LISTA MAESTRA DE DOCUMENTOS DEL SGC				VERSIÓN	1
						FECHA DE ACTUALIZACIÓN	

N°	Código	Tipo de documento	Nombre del documento	Estado (en revisión, aprobado, obsoleto)	Resolución de aprobación	Versión	Fecha de aprobación	Elaborado por	Revisado por	Aprobado por	Distribución

ANEXO N° 12

Disposiciones para el tratamiento de las salidas no conformes

Identificación de salidas no conformes

- Una “salida no conforme” puede ser identificada por cualquier trabajador, durante la ejecución de sus actividades.
- El trabajador deberá informarlo al responsable del proceso.
- Si es necesario, se detendrá la operación para analizar si es factible continuar o no.

Tratamiento de la salida no conforme

- El responsable del proceso deberá realizar la corrección de la salida no conforme, lo que supone, por ejemplo, corregir el documento errado.
- Se realizará una concesión sobre la salida no conforme, cuando no se pueda realizar una corrección. Esto implicaría que la persona que recibe la salida no conforme de su conformidad.

Verificación del tratamiento de la salida no conforme

- El responsable del proceso realizará el seguimiento a la ejecución de las correcciones para el tratamiento a la salida no conforme.

Registro de la salida no conforme

- Se registrará la salida no conforme en el registro de salidas no conformes, el cual contiene la información correspondiente a:
 - ✓ **Salida no conforme:** colocar la denominación de la salida conforme correspondiente.
 - ✓ **Descripción del no conforme:** se redactará la información relevante a la salida no conforme, por ejemplo, nombre del documento, nombre del/la ciudadano/a / administrado/a / cliente interno, entre otros.
 - ✓ **Fecha:** colocar la fecha de detección de la salida no conforme.
 - ✓ **Tratamiento / acciones a tomar:** indicar las acciones que se han realizado para corregir la salida no conforme.
 - ✓ **Concesión:** se indica si el/la ciudadano/a / administrado/a / cliente interno otorga una concesión sobre la salida no conforme identificada.

Análisis de las salidas no conformes

- Finalizado el mes, el responsable del proceso envía el registro de salidas no conformes a la OPR.
- La OPR analizará la información para determinar si las salidas no conformes han sido repetitivas.

Generación de la SAC

- El responsable del proceso, en coordinación con la OPR, decide si se debe generar una SAC, para que se le asigne un número correlativo.
- Posteriormente se realizará el tratamiento de las Acciones correctivas y Oportunidades de Mejora.

ANEXO N° 15

Encuesta de satisfacción para las unidades de organización

 PERU Ministerio de Transportes y Comunicaciones Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao - ATU	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA LAS UNIDADES ORGANIZACIONALES	VERSIÓN	1
		FECHA DE ACTUALIZACIÓN	

Unidad de organización: **Sede:**

Nombre: **Cargo:**

Fecha:

Marque con un X

	SATISFECHO 	INSATISFECHO 
Cual es su nivel de satisfacción con respecto a la atención brindada por la Unidad de Abastecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ha elegido INSATISFECHO, indique porque:

https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=1kp_QMTuB0Of7b9V2f58aWR29gPpokr0WA_tagUpZUMVU0NzQ0MTFIRtkwRkRCWVBZVjQ1OE43SS4u

ANEXO N° 16

Encuesta de satisfacción para la ciudadanía

 PERÚ Ministerio de Transportes y Comunicaciones	Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao - ATU	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA LAS UNIDADES ORGANIZACIONALES	VERSIÓN	1
			FECHA DE ACTUALIZACIÓN	



* Obligatorio

1. **¿Esta satisfecho con la atención brindada? ***

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

No, para nada

Por supuesto que sí

2. **¿Qué nos recomendaría mejorar?**

Escriba su respuesta

3. **Si desea déjenos un email donde podamos contactarlo.**

Escriba su respuesta

Enviar

<https://forms.office.com/r/HUqWAAwX0g>

ANEXO N° 17

Diseño metodológico para la medición de la satisfacción

Paso 1: Determinación del objetivo de la medición.

- Determinar el objetivo de la medición, teniendo en cuenta el servicio que se está midiendo y el propósito de la medición.

Paso 2: Determinación de la Población y selección de casos

- Determinar la población de interés relacionada al servicio, la población estará determinada por las personas que accedieron a dicho servicio durante el último año, semestre o mes. Seguidamente, en función a los objetivos trazados definen el grupo de estudio.
- En caso se trate de un estudio de enfoque cuantitativo, se establece el tamaño de muestra. El tamaño de la muestra se determina según la población indicada en el párrafo precedente y se calcula admitiendo un margen de error máximo de hasta 10%, y un nivel mínimo de confianza del 95%.
- Asimismo, teniendo en cuenta que es la primera medición se tomará un p y q de 0.53 La población de personas (N) se calcula según la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{Z^2pqN}{e^2(N - 1) + Z^2pq}$$

Donde:

n: Tamaño de muestra

p: Proporción de personas que espera que se encuentren satisfechos.

q: Proporción de personas que espera que se encuentren insatisfechos.

e: Error estándar.

z: Valor crítico de la distribución normal estandarizada; necesario para construir un intervalo de confianza para la distribución (1.96)

N: Tamaño de la Población.

- NOTA: Si no existen datos sobre N, es decir no hay datos históricos, se recurre a juicio experto. Para ello, se aplica una encuesta a un número representativo de personas, que en ningún caso puede ser menor al 3% del promedio mensual de personas atendidas.
- Para la selección de la muestra, se utiliza el muestreo aleatorio simple. En ese caso, se numera de forma correlativa desde el primer registro de la población hasta el último (desde 1 hasta "N"). Se genera "n" números aleatorios con distribución uniforme, este número debe ser sin repetición, y su valor debe estar en el rango de 1 a N. Los números seleccionados serán los registros a cuyas personas se aplicará la encuesta.
- Por otra parte, para el caso de un estudio de enfoque cualitativo, no existe una inferencia estadística poblacional.

Paso 3: Selección de las variables a medir

- Seleccionar y establecer las variables a medir de acuerdo con el servicio y según el tipo de persona, ya sea persona natural o persona jurídica.
 - a) Variables para persona natural
 - Geográficas. Ubicación, densidad poblacional, clima, etc.
 - Demográficas. Documento de identidad, edad, genero, tamaño familiar, estado civil, ocupación, educación, lengua, vulnerabilidad, nivel socioeconómico.

- Psicográficas. Intereses, acceso de canales, uso de canales, conocimiento.
 - Conductuales. Niveles de uso, beneficios del servicio, evento.
- b) Variables para persona jurídica
- Geográficas. Cobertura geográfica, dispersión, ubicación principal.
 - Por tipo de organización. Tamaño de organización, industria, sector, canales de atención disponibles.
 - Por comportamiento. Procedimiento usado, responsable de la iteración.
- NOTA: Las variables se definen en función a las características y atributos más relevantes del servicio y que estén acorde a los conductores que impactan en la satisfacción de las personas (trato profesional durante la atención, información, tiempo de provisión, resultado de la gestión/entrega, accesibilidad y confianza).

Paso 4: Determinación de la técnica y herramientas de recojo de información

- Determina la técnica y herramienta de recojo de información a través de las fuentes primarias y/o secundarias identificadas en el servicio.
- Seleccionar la herramienta de recojo, así como la técnica a utilizar, según la población y la fuente de la muestra.
- Esta herramienta debe ser diseñada para una rápida aplicación, de tal manera que no ocasione demora durante el desarrollo.
- Evaluar y seleccionar la herramienta de recojo, según la disposición de materiales tecnológicos y recursos disponibles en la organización.
- A continuación, se citan algunos ejemplos:
 - a) Para fuentes primarias bajo un enfoque cuantitativo:
 - Encuestas: los datos son obtenidos mediante cuestionarios estructurados, definidos y dirigidos a la población objetivo. Puede realizarse en forma presencial, virtual, telefónica y otros similares.
 - Entrevistas: en esta técnica se utiliza un cuestionario estructurado y lo único que requiere es un conjunto estándar de preguntas, pudiendo realizarse de manera telefónica o presencial.
 - Observación de campo no experimental: con frecuencia se usa esta técnica para profundizar en el conocimiento del comportamiento de la exploración. Si en una investigación exploratoria se ha encontrado información que requiere tener un mayor análisis, entonces se plantea una recolección de datos específicamente para esa información usando como instrumento una guía de observación o de campo.
 - b) Para fuentes primarias bajo un enfoque cualitativo:
 - Entrevistas: a diferencia de las entrevistas cuantitativas, permiten indagar profundamente en la subjetividad de las personas para conocer sus percepciones, opiniones más específicas y detalladas sobre determinado tema. Para ello se requiere hacer uso de preguntas abiertas con la finalidad de que el ciudadano se exprese ampliamente.
 - Grupos focales (focus group): modalidad colectiva de entrevista abierta y estructurada cuya técnica consiste en reunir personas con rasgos o aspectos comunes para generar una discusión sobre un tema determinado. El objetivo es identificar puntos a favor y puntos en contra en torno al sujeto de discusión.
 - Observación directa: consiste en la observación de las personas en los puntos de interacción con la entidad.
 - c) Para fuentes secundarias:
 - Registros o Bases de datos: se refiere a los datos ingresados por diferentes canales (físicos, informáticos, call centers, otros) donde se almacenan la información de identificación de las personas, las comunicaciones realizadas hacia la entidad, los reclamos y sugerencias que hayan realizado, a través de los registros del Sistema de Trámite documentario o sistemas específicos como el Libro de Reclamaciones, registro de consultas en línea, entre otros.

Paso 5: Cronograma de Actividades

- Una vez definida la muestra y la técnica de recojo de información se elabora el cronograma de actividades, estableciendo lo siguiente:
 - Capacitación para el personal responsable del recojo de la información.
 - Trabajo de campo para el relevamiento de la información
 - Monitoreo de los resultados obtenidos
 - Evaluación periódica
 - Designación de responsables
 - Periodicidad de las actividades, entre otros.

Paso 6: Levantamiento y procesamiento de información

- Para el levantamiento de la información se prepara el material que se necesitará y se procede a realizar la sensibilización al personal que realizará el levantamiento de la información.
- Recoger la información de acuerdo a la herramienta establecida y proceder a tabularla en una base de datos.

Paso 7: Análisis e interpretación de resultados

- Finalmente, se realiza el análisis e interpretación de los resultados y se registra en el documento que corresponda.

ANEXO N° 18

Disposiciones para las auditorías del SGC

Programa de auditorías:

- Es definido por la OPGR tomando en cuenta los resultados de auditorías previas y el estado y la importancia de los procesos y unidades de organización a auditar.
- Se realiza mínimo una auditoría al año cubriendo todos los requisitos de las normas a auditar y todos los procesos dentro del alcance del SGC.

Planificación de la auditoría:

- Por cada auditoría programada en el año se realiza un plan de auditoría, el cual contempla fechas de auditoría, auditores, horarios, criterios de auditoría, etc.
- Un auditor no puede auditar su propio trabajo.
- El plan es enviado con anticipación a las oficinas programadas.

Realización de la auditoría:

- Se realiza según el plan de auditoría.
- El auditor debe tomar en cuenta:
 - La gestión de riesgos previa al inicio de la auditoría.
 - Cómo es la movilización de una sede a otra.
 - Listas de verificación.

Documentación generada en la auditoría:

- Se elabora el informe de auditoría, en el cual se exponen los hallazgos encontrados.
- Si hubiera hallazgos de incumplimiento se genera no conformidades (NC), las cuales son tratadas mediante una "Acción Correctiva".

Resultado de la auditoría:

Los resultados de la auditoría deberán contener:

- Fortaleza: Requisitos que evidencian estar contribuyendo significativamente al proceso de mejora continua del SGC.
- No conformidad: Incumplimiento total sistemático o parcial de un requisito incluido en el criterio de la auditoría. Cada no conformidad genera una solicitud de acción correctiva que será evaluada según detalla el Anexo N°27.
- Oportunidad de mejora: Situación que no representa incumplimiento, pero puede ser revisadas por la organización cuando lo estime conveniente para mejorar la eficacia del proceso.

Las acciones por tomar de los hallazgos son:

- No conformidad (NC): Se genera solicitud de acción correctiva (SAC).
- Oportunidad de mejora (OM): Se monitorea como pendiente de área a revisar.

ANEXO N° 19

Programa anual de auditorías internas

 PERÚ Ministerio de Transportes y Comunicaciones	Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao	Oficina de Procesos y Gestión de Riesgos	PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS	VERSIÓN	1
				FECHA DE ACTUALIZACIÓN	

PROCESOS		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
	P												
	E												
	P												
	E												
	P												
	E												
	P												
	E												
	P												
	E												
	P												
	E												

Riesgos del Programa	
Alcance del Sistema de Gestión	
Criterios de auditoría	
Métodos de auditoría	
Logística para las auditorías	

ANEXO N° 20

Plan de auditoría interna

 PERÚ Ministerio de Transportes y Comunicaciones Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao Oficina de Procesos y Gestión de Riesgos	PLAN DE AUDITORÍA INTERNA	VERSIÓN	1
		FECHA DE ACTUALIZACIÓN	

CRITERIOS DE AUDITORÍA	Norma ISO 9001:2015, documentos del sistema de gestión y normativa aplicable	
ALCANCE		
EQUIPO AUDITOR		

Unidad / Proceso	Requisito	Auditor	Hora	Auditado
Fecha: XX/XX/XXXX				

ANEXO N° 21

Informe de auditoría interna

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	VERSIÓN	1
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	

CRITERIOS DE AUDITORIA	
METODOLOGÍA	
FECHA DE AUDITORIA	
AUDITORES RESPONSABLES	
LUGAR DE AUDITORIA	

HALLAZGOS (Cumplimiento e incumplimiento)
CUMPLIMIENTO - FORTALEZAS
INCUMPLIMIENTO – NO CONFORMIDADES

OPORTUNIDADES DE MEJORA
OM 01:
OM 02:

ANEXO N° 22

Ficha de auditor interno

FICHA DE AUDITOR INTERNO	VERSIÓN	1
	FECHADE ACTUALIZACIÓN	

A. Datos	
Apellidos y Nombres:	
Área:	

B. Competencias del Auditor	
Criterio	Conformidad al Requisito
Educación	(Indicar carrera profesional o técnica)
Experiencia Laboral	(Indicar fecha de ingreso)
Formación como Auditor	(Indicar curso de capacitación asociado al requisito)
Experiencia en Auditorías Internas como Observador	(Indicar las Auditorías en las que ha participado)

C. Desempeño en Auditorías Internas				
N° de Auditoría/ Fecha	Entrenamiento para:		Resultado de la evaluación (cumple / no cumple)	Observación/ Recomendación
	AL	AI		

D. Criterios de evaluación	
Criterios	Resultado (cumple / no cumple)
Cumple con las actividades encomendadas	
Cumple con el plan de auditoría	
Redacción de hallazgos, clara y precisa	
Resultado total: cumplimiento de los 3 criterios. Si uno o más criterios no fueron cumplidos, se deberá reforzar en la siguiente auditoría de entrenamiento.	

AL: Auditor Líder
AI: Auditor Interno

ANEXO N° 26

Disposiciones para las acciones correctivas y oportunidades de mejora

Análisis de causas

- La generación de una solicitud de acción correctiva (SAC) por parte de la OPGR inicia el análisis de las causas de la no conformidad.
- La OPGR envía la SAC al dueño del proceso o su representante (dueño de la no conformidad) para que inicie el análisis de la no conformidad.
- El dueño de la no conformidad realiza un análisis de causas para determinar por qué pasó esa no conformidad, el análisis se realizará mediante lluvia de ideas u otra herramienta que se considere necesario. La solución identificada se llama "Acción correctiva".
- El dueño de la no conformidad puede incluir en el análisis a las personas que considere que pueden ayudar a dar solución de la no conformidad.
- Si luego del análisis a la no conformidad se determina que no se generará una Acción Correctiva, la acción que se genere puede ser tratada como una "Oportunidad de Mejora".

Acción correctiva

- Las acciones correctivas establecen la solución para eliminar la causa de la no conformidad detectada, y que así, no vuelva a ocurrir.
- Puede existir varias acciones correctivas para una no conformidad.
- Se establecerán responsables y tiempos para realizar las acciones correctivas, los cuales quedan detallados en el "**Plan de Implementación de Acciones Correctivas**".

Oportunidad de Mejora

- Se establecen responsables y tiempos para realizar las oportunidades de mejora, los cuales quedan detallados en el "**Plan de Implementación de Oportunidades de Mejora**".

Verificación de la implementación de la Acción correctiva

- Luego de transcurrido el tiempo que se estableció para implementar la acción correctiva, se verifica su adecuada implementación.
- El seguimiento puede darse más de una vez, ya que puede ser posible que los tiempos establecidos inicialmente no fueron calculados adecuadamente. Además, algunas acciones correctivas tienen más de una actividad.
- Si no se cumple con las fechas establecidas para la implementación de acciones correctivas, se evalúa la necesidad de asignar recursos, reforzar el equipo u otras medidas pertinentes.
- Se realizará el seguimiento hasta que el responsable concluya con la implementación.

Verificación de la eficacia de la Acción correctiva

- La OPGR realiza la verificación de la eficacia para determinar si la no conformidad ha vuelto a ocurrir.
- Si se evidencia que la no conformidad no ha vuelto a ocurrir, se determina que esta ha sido efectiva y se procede a cerrar la SAC.
- Si al hacer la verificación de la SAC se demuestra que aún no se ha superado la no conformidad, entonces la SAC se cierra indicando que no ha sido efectiva. Esto hará que se genera una nueva SAC para reiniciar la investigación de causas o reforzar las acciones correctivas, según corresponda.

Seguimiento a la implementación de Oportunidades de Mejora

- Se verifica la adecuada implementación de las oportunidades de mejora.

ANEXO N° 27

Solicitud de acción correctiva

 PERÚ	Ministerio de Transportes y Comunicaciones	Autoridad de Transporte Urbano para Lima y Callao - ATU	SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA		VERSIÓN	1

De donde se generó?

Auditoria externa

Auditoria interna

Hallazgo del personal

Revisión por la dirección

AC Nro.

Riesgos

Otros

DESCRIPCION DE LA NO CONFORMIDAD

Norma / requisito: _____ Documento de referencia: _____

Descripción:

--

Fecha:	<input type="text"/>	OPGR:	<input type="text"/>
Nombre del generador:	<input type="text"/>	Designada a:	<input type="text"/>

INVESTIGACION DE CAUSAS

--

Fecha:	<input type="text"/>	OPGR:	<input type="text"/>
Investigadores:	<input type="text"/>		
Investigadores:	<input type="text"/>		

ACCIONES CORRECTIVAS (incluir fechas y responsables)

--

Fecha:	<input type="text"/>	Dueño del proceso:	<input type="text"/>
Responsables:	<input type="text"/>		

VERIFICACION DEL PLAN DE IMPLEMENTACION DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS

--

Fecha:	<input type="text"/>	Dueño del proceso:	<input type="text"/>
Personal implicado:	<input type="text"/>		
Verificador OPGR:	<input type="text"/>		

VERIFICACION DE LA EFICACIA DE LA IMPLEMENTACION DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS

--

Fecha:	<input type="text"/>	Dueño del proceso:	<input type="text"/>
Personal implicado:	<input type="text"/>		
Verificador OPGR:	<input type="text"/>		

Se cierra la SAC? Si No, se genera otra Cual? _____

