RESOLUCIÓN DE COMISIÓN ORGANIZADORA

N° 066-2022-UNF/CO

Sullana, 09 de febrero de 2022.

VISTOS:

El Oficio Nº 007-2022-UNF-OGC de fecha 04 de febrero de 2022; Acta de Sesión Ordinaria de Comisión Organizadora, de fecha 08 de febrero de 2022; y,

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 18º de la Constitución Política del Perú, prescribe que la Universidad es autónoma en su régimen normativo, de gobierno, académico, administrativo y económico: Las Universidades se rigen por sus propios estatutos en el marco de la Constitución y de las leyes.

Que, mediante Ley N° 29568 del 26 de julio de 2010 se crea la Universidad Nacional de Frontera en el distrito y provincia de Sullana, departamento de Piura, con fines de fomentar el desarrollo sostenible de la Subregión Luciano Castillo Colonna, en armonía con la preservación del medio ambiente y el desarrollo económico sostenible; y, contribuir al crecimiento y desarrollo estratégico de la región fronteriza noroeste del país.

Que, el artículo 8º de la Ley Universitaria, establece que la autonomía inherente a las Universidades se ejerce de conformidad con la Constitución y las Leyes de la República e implica los derechos de aprobar su propio estatuto y gobernarse de acuerdo con él, organizar su sistema académico, económico y administrativo.

Que, mediante Resolución de Comisión Organizadora N° 461-2021-UNF/CO de fecha 29 de noviembre de 2021, se resuelve aprobar el Estatuto de la Universidad Nacional de Frontera.

Que, con Decreto Supremo Nº 010-2022-PCM, de fecha 28 de enero de 2022, se aprueba: "Prorróguese el Estado de Emergencia Nacional declarado mediante Decreto Supremo 184-2020-PCM, prorrogado por Decreto Supremo 201-2020-PCM, Decreto Supremo 008-2021-PCM, Decreto Supremo 036-2021-PCM, Decreto Supremo 058-2021-PCM, Decreto Supremo 076-2021-PCM, Decreto Supremo 105-2021-PCM, Decreto Supremo 123-2021-PCM, Decreto Supremo 131-2021-PCM, Decreto Supremo 149-2021-PCM, Decreto Supremo 152-2021-PCM, Decreto Supremo 167-2021-PCM, Decreto Supremo 174-2021-PCM y Decreto Supremo 186-2021-PCM, por el plazo de veintiocho (28) días calendario, a partir del martes 1 de febrero de 2022, por las graves circunstancias que afectan la vida de las personas a consecuencia de la COVID-19".

RESOLUCIÓN DE COMISIÓN ORGANIZADORA

Que, con Oficio Nº 007-2022-UNF-OGC, de fecha 04 de febrero de 2022, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad comunica a Presidencia de Comisión Organizadora, que: "(…) en el marco de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad Universitaria ISO 21001:2018, ISO 14001:2015, ISO 45001:2018, el Proyecto "Mejoramiento del Servicio de Gestión de la Calidad Académica de la Universidad Nacional de Frontera", se envía los documentos a fin de que sean aprobados por los integrantes de la Comisión Organizadora; dichos documentos fueron revisados por los miembros de la Comisión Organizadora y la Oficina de Gestión de la Calidad; asimismo fueron validados por los miembros de la comisión Organizadora. La aprobación de los documentos por la Alta Dirección, son un requisito indispensable para la implementación del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad Universitaria en nuestra entidad".

Que, en Sesión Ordinaria de Comisión Organizadora, de fecha 08 de febrero de 2022, se aprobó los acuerdos contenidos en la parte resolutiva de la presente.

Estando a lo expuesto y en uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria – Ley Nº 30220 y por las Resoluciones Viceministeriales Nros. 200-2019-MINEDU, 179-2020-MINEDU, 149-2021-MINEDU y 244-2021-MINEDU.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR la Política del Sistema Integrado de Gestión de la Universidad Nacional de Frontera, la misma que como anexo adjunto forman parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO.- APROBAR los documentos transversales del Sistema Integrado de Gestión de la Universidad Nacional de Frontera, los mismos que como anexo adjuntos forman parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO TERCERO.- NOTIFICAR a través, de los mecanismos más adecuados y pertinentes, para conocimiento y fines correspondientes.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y EJECÚTESE.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE FRONTERA
Dr. Raul Edgardo Natividad Ferrer
Presidente de la Comisión Organizadora

UNIVERSIDAD NACIONAL DE FRONTERA
Abg. José Hipolito Paulinus Rivera
SECRETARIO GENERAL

1. POLÍTICA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN. UNIVERSIDAD NACIONAL DE FRONTERA.

POLÍTICA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE FRONTERA

La Universidad Nacional de Frontera (UNF) es una institución de educación superior, que tiene como misión la formación integral del estudiante, enfocándose en el desarrollo de la investigación, innovación y responsabilidad social universitaria, por ello nos comprometemos a:

- Brindar una formación profesional humanística, científica y tecnológica a través de procesos alineados al modelo educativo y al plan estratégico de la UNF, identificando los riesgos y oportunidades para el establecimiento de acciones que permitan lograr los objetivos establecidos.
- Cumplir con el marco normativo vigente, compromisos legales aplicables y asumidos por la UNF.
- Promover actividades para la protección del ambiente, estableciendo medidas para prevenir la contaminación del entorno y utilizando los recursos naturales en forma eficiente.
- Identificar los peligros y reducir los riesgos asociados a las actividades desarrolladas por la comunidad universitaria de la UNF.
- Establecer los mecanismos más apropiados para realizar consultas y fomentar la participación de los trabajadores y otras partes interesadas en los aspectos relevantes de la seguridad y salud en el trabajo; fortaleciendo la gestión de la comunicación interna y externa.
- Mejorar en forma continua el desempeño del sistema integrado de gestión.
- Asegurar la satisfacción de nuestros estudiantes y grupos de interés de la UNF.
- Brindar responsabilidad social universitaria de acuerdo a las necesidades requeridas por la comunidad.
- Mantener y promover la gestión de la propiedad intelectual, aplicada en todos los procesos de la UNF, comprometiéndonos al cumplimiento de los derechos de la propiedad que se generen en base a la investigación, desarrollo e innovación de la UNF.

_____

Dr. Raúl Edgardo Natividad Ferrer
Presidente de la Comisión Organizadora

_____

Dra. Denesy Pelagia Palacios Jiménez
Vicepresidenta Académica

_____

Dr. Freddy Rogger Mejía Coico
Vicepresidente de Investigación

Revisión: 1
Sullana,14 de diciembre de 2021

2. MATRIZ DE OBJETIVOS SIG – ESTRATÉGICOS. UNIVERSIDAD NACIONAL DE FRONTERA.

	MATRIZ DE OBJETIVOS SIG - ESTRATÉGICOS	CODIGO: F.E02.04.03.GC-001 REVISIÓN: FECHA: 07/02/2022

POLÍTICA INTEGRADA	POLÍTICA ESPECÍFICA	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	INDICADORES	META	EJECUCIÓN	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN
La Universidad Nacional de Frontera (UNF) es una institución de educación superior, que tiene como misión la formación integral de las personas, enfocándose en el desarrollo de la investigación y responsabilidad social universitaria, por ello nos comprometemos a: • Brindar una formación profesional humanista, científica y tecnológica, a través de procesos alineados al plan estratégico de la UNF, considerando los impactos ambientales de sus actividades, así como los riesgos y oportunidades para el establecimiento de acciones para lograr los objetivos establecidos. • Cumplir con el marco normativo vigente, compromisos legales y otros aplicables y asumidos por la UNF. • Promover actividades para la protección del medio ambiente, estableciendo medidas para prevenir la contaminación del entorno y utilizando los recursos naturales en forma eficiente. • Identificar los peligros y reducir los riesgos asociados a las actividades desarrolladas por la comunidad universitaria en la UNF. • Establecer los mecanismos más apropiados para realizar consultas y fomentar la participación de los trabajadores y otras partes interesadas en los aspectos relevantes de la seguridad y salud en el trabajo; fortaleciendo la comunicación interna y externa de las partes interesadas. • Mejorar en forma continua el desempeño del sistema integrado de gestión. • Asegurar la satisfacción de nuestros estudiantes y grupos de interés, así como la responsabilidad social de acuerdo a las necesidades requeridas. • Manteniendo la gestión de la propiedad intelectual, aplicada en todos los procesos de la UNF, comprometiéndonos al cumplimiento de los derechos de la propiedad que se generen en base a la investigación y desarrollo de la UNF.	Brindar una formación profesional humanista, científica y tecnológica, a través de procesos alineados al plan estratégico de la UNF.	Mejorar la formación Académica en la formación de los Estudiantes Universitarios	% de estudiantes satisfechos con el servicio educativo por la Universidad Nacional de Frontera	90%	Plan Estratégico de Calidad	**Semestral**	**Oficina de Planeamiento y Presupuesto**
	La gestión de la propiedad intelectual se aplica a todos los procesos de la UNF, comprometiéndonos al cumplimiento de los derechos de la propiedad que se generen en base a la investigación y desarrollo de la UNF.	Promover la Investigación e Innovación y Tecnología para los docentes y Estudiantes	% de docentes con publicaciones en libros, revistas indexadas o que registren patentes	60%	Plan Estratégico de Calidad	**Semestral**	**Oficina de Planeamiento y Presupuesto**
	La satisfacción de nuestros estudiantes y grupos de interés, así como la responsabilidad social de acuerdo a las necesidades requeridas.	Promover la extensión y proyección social para la Comunidad Universitaria	Nº de proyectos de resposnsabilidad social formulados y ejecutados	5	Plan Estratégico de Calidad	**Semestral**	**Oficina de Planeamiento y Presupuesto**
	Brindar una formación profesional humanista, científica y tecnológica, a través de procesos alineados al plan estratégico de la UNF, considerando los impactos ambientales de sus actividades, así como los riesgos y oportunidades para el establecimiento de acciones para lograr los objetivos establecidos.	Mejorar la gestión Institucional	% de personal docente y no docente comprometido con la gestión efectiva y sostenible de la Universidad Nacional de Frontera	90%	Plan Estratégico de Calidad	**Semestral**	**Oficina de Planeamiento y Presupuesto**
	Establecer los mecanismos más apropiados para realizar consultas y fomentar la participación de los trabajadores y otras partes interesadas en los aspectos relevantes de la SST; fortalecimiento de la comunicación Interna y Externa.	Promover mecanismos apropiados para realizar consultas y fomentar la participación de los trabajadores y otras partes interesadas en los aspectos relevantes de la SST; fortaleciendo la comunicación interna y externa	Nº de trabajadores capacitados en gestión de SST	100%	Plan Estratégico de Calidad	**Semestral**	**Unidad de Recursos Humanos**
	Promover actividades para la protección del medio ambiente, estableciendo medidas para prevenir la contaminación del entorno y utilizando los recursos naturales en forma eficiente.	Promover la Gestión Ambiental en la Universidad Nacional de Cañete	Nº de programas de gestión ambiental desarrolladas para la Universidad Nacional de Frontera	3	Plan Estratégico de Calidad	**Semestral**	**Dirección de proyección social y Extensión cultural**
		Institucionalizar el compromiso ambiental y promover la participación de la comunidad universitaria en la implementación de las acciones orientadas al cuidado del ambiente.	Socialización de la difusión de política ambiental.	100%	Plan de Gestión Ambiental UNF	**Semestral**	**Oficina de Gestión Ambiental.**
		Promover la gestión ambiental interna con sentido de responsabilidad y sostenibilidad en el uso de los recursos y prevención de la contaminación dentro del campus universitario y en el área de influencia.	Actualizaciones en página web ambiental de la UNF	100%	Plan de Gestión Ambiental UNF	**Semestral**	**Oficina de Gestión Ambiental.**
		Sensibilizar a la Comunidad Universitaria acerca el cuidado del Ambiente en el uso de los recursos y prevención de la contaminación.	Numero de Talleres de sensibilización	100%	Plan de Gestión Ambiental UNF	**Semestral**	**Oficina de Gestión Ambiental.**
		Generar investigaciones ambientales que permita la sostenibilidad en la UNF	Cumplimiento del Plan de capacitación ambiental	100%	Plan de Gestión Ambiental UNF	**Semestral**	**Oficina de Gestión Ambiental.**
		Fortalecer el Compromiso ambiental de la Comunidad Universitaria	Número de participantes en talleres de sensibilización	100%	Plan de Gestión Ambiental UNF	**Semestral**	**Oficina de Gestión Ambiental.**
	Mejorar en forma continua el desempeño del sistema integrado de gestión.	Implementar la Gestión Interna de Riesgo de desastres	% de presupuesto institucional asignado para implementar la gestión de riesgo de desastres	100%	Plan Estratégico de Calidad	**Semestral**	**Oficina de Planeamiento y Presupuesto**
		Establecer las medidas de seguridad y salud en el trabajo que deben ser aplicadas en la entidad	Implementar la documentación concerniente del sistema de Gestión de SST	100%	Plan Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo	**Semestral**	**Oficina de RRHH**
	Identificar los peligros y reducir los riesgos asociados a las actividades desarrolladas por la comunidad universitaria en la UNF.	Fomentar el sistema la gestión de seguridad y salud en el trabajo en la Universidad Nacional de Frontera	Nº de planes o programas de identificación de peligros y reducción de riesgos asociados en gestión de SST	1	Plan Estratégico de Calidad	**Semestral**	**Unidad Ejecutora de Inversiones**
		Garantizar las condiciones de seguridad y salvaguardar la vida, integridad física y el bienestar de los Trabajadores, mediante la prevención de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales	Realizar inspecciones de higiene y limpieza en los ambientes de la UNF	100%	Plan Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo	**Semestral**	**CSST**
		Promover una cultura de prevención de riesgos laborales en los trabajadores, proveedores y todos aquellos que presenten servicios en relación a la entidad, con el fin de garantizar las condiciones de seguridad y salud en el trabajo.	Realizar capacitación en medidas preventivas en seguridad y salud ocupacional	100%	Plan Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo	**Semestral**	**CSST**

3. MATRIZ FODA.
UNIVERSIDAD NACIONAL DE FRONTERA.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE FRONTERA	**MATRIZ FODA - SIG**	**CODIGO :** F-E02.05.05-GC-001 **REVISIÓN:** 01 **FECHA:** 07 /02/2022

CONTEXTO INTERNO			
FORTALEZA			
ASPECTO	**ISO 21001**	**ISO 14001**	**ISO 45001**
Dirección General de Administración	Se cuenta con el Plan Estratégico Institucional, y Plan Operativo Institucional.	Proyecto de Áras verdes en ejecución.	Personal supervisor de SST de UNF. Se tiene lineamientos para los contratistas en el RISST.
	Universidad Licenciada por SUNEDU.		
		Se cuenta con un programa de voluntariado ECOPASOS	Campañas de salud preventiva.
	Se ha iniciado el proceso de acreditación de los 3 programas de estudios, ante SINEACE e ICACIT.	Se cuenta con la Directiva Nº004 - Directiva de Medidas de Ecoeficiencia en la Universidad Nacional de Frontera.	Se cuenta con el Reglamento Interno de Seguridad y Salud en el Trabajo.
			Comité de CSST activo.
		Se cuenta con el plan de Gestión Ambiental 2019-2021	Se cuenta con el protocolo de Seguridad para Laboratorios y Talleres.
			Brigada de emergencia conformada
	Cumplimiento de la normativa legal aplicable		
	Sistema de Gestión Integrado en proceso de implementación. Se cuenta con una política orientada al desarrollo sostenible.		
	Página web institucional publicita los procesos de admisión y actividades. Grupos de Whassap, facebook		
Operaciones y Logística	Se cuenta con servicio de bus universitario (cuatro unidades)		Existencia de protocolos de funcionamiento de laboratorios y talleres.
		Plan de gestión ambiental	Existencia de plan anual de Salud y Seguridad Ocupacional.

Finanzas y Contabilidad	Alta ejecución presupuestal	Se cuenta con un PIP de áreas verdes, de maestranza, y un Plan de mantenimiento que tienes partidas de Gestión Ambiental.	
	La universidad cuenta con ingresos de recursos de Canon y sobre Canon que permiten la inversión y mejora en diversos tipos de proyectos a nivel transversal y específico.		
Académico e Investigación	Construcción de más pabellones y ambientes, dedicados a aspectos académicos y de investigación.	Pabellones y ambientes construidos, rodeados de áreas verdes y autorizados.	Pabellones y ambientes construidos bajo estándares nacionales de edificaciones.
	Actualización de los planes curriculares de los programas de estudiio en proceso. Se cuenta con reglamentación aprobada relacionada al área acádemica.	Pabellones, laboratorios y talleres cuentan con tachos de residuos de acuerdo a la normativa dentro de los ambientes y por fuera en los pasadizos	
	Se cuenta con modelo educativo vigente	Se cuenta con puntos de acopio de residuos: residuos generales, residuos peligrosos y productos químicos y RAEE.	
	Se cuenta con proyectos de investigación básica y aplicada		
	Se cuenta con líneas de investigación aprobadas.		
	Se cuenta con reglamento general de investigación.		
	Se cuenta con recursos económicos suficientes para investigación (se cuenta con un PIP de investigación).		
	Se cuenta con equipos modernos de enseñanza.		
	Se cuenta con diversos equipos e instrumentos- a nivel de laboratorios - que pueden permitir brindar servicios de análisis e investigación a diversas empresas o personas.		
Cooperación Internacional	Se cuenta con convenios nacionales e internacionales con organizaciones públicas y privadas y Universidades.	Se cuenta con un Convenio Marco con la Municipalidad Provincial de Sullana	
		La UNF pertenece a la Red Ambiental Interuniversitaria	

Recursos Humanos	Personal docente con grado acorde a la Ley Universitaria 30220.	Se cuenta con la Unidad de Servicios Generales y Gestión Ambiental. Así como personal competente para el desarrollo de tareas ambientales por el Proyecto de Áreas Verdes.	Se cuenta con un especialista para el desarrollo de tareas de seguridad y salud en el trabajo de obras dentro del campus.
	Capacitación permanente a personal docente.	Programas de inducción en gestión ambiental.	Programas de inducción en gestión SST.
	Implementación y actualización del registro de Sanciones a potencial personal con sanciones.	Personal operario de limpieza capacitado para manejo integral de residuos que se generan en UNF	
	Adecuación de estándares en RRHH, según lo establecido por SERVIR		
Sistemas de Información y Tecnología	Se cuenta con un PIP de Sistemas de Información para la implementación de un ERP.		
	Se cuenta con oficinas administrativas, aulas y laboratorios equipados con TICS.	Se cuenta con un dron que sirve para mapear las áreas del campus universitario y su área de influencia.	
	Se cuenta con sistemas de gestión: andrómeda, servidores, redes, y otros.		
	Portal institucional y correo institucional	Alto uso del correo institucional	
	Se cuenta con un sistema informático de gestión y el aula virtual.		
Otro		Se cuenta con programa de reciclaje de residuos reaprovechables.	
		Parte de los residuos orgánicos son destinados a la planta de compostaje de la Municipalidad Provinical de Sullana.	

DEBILIDAD			
ASPECTO	**ISO 21001**	**ISO 14001**	**ISO 45001**
Dirección General de Administración	Demora en los trámites administrativos para cumplimiento de actividades académicas.	Falta de socialización en temas ambientales del personal administrativo	Falta de socialización en temas de SST del personal administrativo
	Falta de personal para ocupar cargos de unidades orgánicas (acumulaciones de cargos y responsabilidades).	Falta socializar los procedimientos y planes del Sistema de Gestión Ambiental con las áreas administrativas.	Falta socializar los procedimientos y planes del Sistema de Gestión SST con las áreas administrativas.
		Existe un Plan de Gestión de RRSS, y otros; pero no se ejecutan o aplican en su totalidad; al mismo tiempo no son conocidos por muchos líderes y miembros de la comunidad universitaria.	Existe un plan de bioseguridad límitado en las instalaciones del tópico y laboratorios.
	No se cuenta con un Sistema Inegrado de Gestión UNF		
	No se encuentran asegurados los equipos, materiales, e infraestructura, ante siniestros de cualquier índole u origen.		
Comunicación e Imagen Institucional	Falta de directiva que regule la comunicación interna y externa en la UNF		
Unidad de Abastecimiento	No se cuenta con base de datos para facilitar y agilizar las contrataciones. No se realiza inducción y capacitación de la Ley de Contrataciones del Estado y las directivas UNF.		
	Falta de recursos humanos de acuerdo a Ley.		
	No se cuenta con indicadores de gestión en operaciones, procesos u otros afines		
Oficina de Planeamiento y Presupuesto	Falta de recursos financieros de las unidades operativas (Ej: Admisión)	Falta de asignación de presupuesto para la implementación de estándares ambientales (ISO 14001)	Falta de asignación de presupuesto para la implementación de estándares en SST (ISO 45001)

Académico e Investigación	No se cobertura todas las plazas del concurso públicos.	Escasa capacitación en temas ambientales con alcance a la comunidad universitaria.	Escasa capacitación en temas SST con alcance a la comunidad universitaria.
	No se cuenta con perfil de ingreso de los estudiantes de los programas de estudios de la UNF		
	Los docentes tengan mayor interés en completar sus investigaciones, redactándolas (Template) para poder ser publicadas. Falta de capacitación de los docentes para poder producir mayor investigación.		
	Falta de incentivo y estímulo a los estudiantes y docentes para la publicación de sus trabajos de investigación y de tesis.		
	No se cuenta con una moderna infraestructura para una Biblioteca Central.		
Cooperación Internacional (Oficina de Cooperación y Relaciones Internacionales)	No se cuenta con convenios nacionales e internacionales con universidades, para estudiantes y docentes. No se cuenta con el financiamiento para poder generar dichos convenios. No se cuenta con profesionales con el conocimiento y gestión de convenios en Sullana.		
Recursos Humanos	Falta de sinergia para el trabajo enfocado hacia los propósitos institucionales.		
	Escaza capacitación especializada en los organos y unidades orgánicas.		
	Limitado compromiso e identificación con la Institución.		
	Limitada realización de talleres para potenciar el trabajo en equipo y compañerismo.	Ausencia de una cultura de ahorro de energía en la comunidad universitaria.	Inobservancias por subsanar en SST (EMOs, Monitoreos, Procedimientos, Formatos, Registros)

	Falta de sinergia para el trabajo enfocado hacia los propósitos institucionales	Falta de conciencia ambiental y de seguridad y salud en el trabajo en la institución.	
	Escaso personal para ocupar cargos de unidades organicas (acumulaciones de cargos y responsabilidades), así como falta de personal de apoyo. Exceso de contratación como "locadores". Pocas plazas CAS para diveras funciones que es necesario cubrir dentro de la organiación.		
Tecnología , información y comunicación	Conectividad interna de internet deficiente en campus universitario. Baja tensión de energía eléctrica y deficiencias en la matriz energética.		
Sistema Integrado de Gestión	No se cuenta con Sistema Integrado de Gestión en UNF		
	Ausencia de programas y talleres de orientación vocacional, promovidos por la UNF, hacia las instituciones educativas de nivel secundario, y así motivarlos a postular a la universidad.	Falta de difusión de los Planes de Manejo de Residuos.	Falta de difusión y actualización de la documentación de SST de acuerdo a la Ley 29783.
CONTEXTO EXTERNO			
OPORTUNIDAD			
ASPECTO	**ISO 21001**	**ISO 14001**	**ISO 45001**
Política	Políticas nacionales de mejora de calidad de la Universidad peruana.	Existe la política regional sobre el manejo del recurso hídrico. Tenemos invitaciones a participar de grupos de gestión del manejo del agua por parte del ANA y junta de usuarios del río Chira Existe la política de manejo de residuos sólidos. Tenemos invitaciones por parte de la Municipalidad Provincial de Sullana para participar de grupo de trabajo de la propuesta del Plan de Manejo Integral de Residuos de Sullana	Existe políticas nacionales de protección laboral, en materia de seguridad y salud en el Trabajo.

	Convenios y alianzas estratégicas con organizaciones e instituciones del ámbito regional, nacional e internacional. Predisposiciòn de apoyar a la universidad por parte del gobierno regional y gobiernos locales.	Existencia de instituciones públicas y privadas que fomentan la gestión ambiental y la sostenibilidad. Regulación de marcos normativos que promueven la gestión ambiental sostenible Existencia de recursos naturales para experimentación e investigación.	Política de SST actual que toma en cuenta la globalización de las actividades laborales según la OIT.
Economía	Existen Programas Presupuestales como el PP066 (Vicerrectorado Académico), y el PP137 (Vicerrectorado de Investigación).	El MINEDU ha incrementado el PIM de la UNF para desarrollar acciones y proyectos relacionados entre ellos con el medio ambiente	
	Firma de convenio con MINEDU para ampliación presupuestal.		
	La UNF cuenta con el presupuesto del canon minero.		
Socio- Culturales	Aceptación de la colectividad de Sullana y población dentro del ámbito de influencia de la Universidad		
	Contamos con diversos convenios de cooperación interinstitucional a nivel nacional e internacional. Predisposición de apoyar a la universidad por parte del gobierno regional y gobiernos locales.		
	Creciente mercado de postulantes (demandantes de los servicios académicos universitarios).		
Tecnología	Creciente mercado de tecnología a nivel global, lo que permitiría mayor desarrollo e investigación dentro de la Universidad.	Existencia de tecnologías ambientales, las cuales podrían implementarse dentro de la organización.	Existencia de tecnologías que permitan agilizar los procesos en SST.

Legislación	Existencia de la Ley de Contrataciones con el Estado.		
	Existencia legislación: Ley 30220. Ley de presupuesto público. Decreto Supremos para el gasto público en las universidades nacionales.		
		Ley de Medio Ambiental	Ley 29783 Seguridad y Salud en el Trabajo
Ecología	Existencia de recursos naturales para experimentación e investigación.		
Otro	Existencia de fondos concursales nacionales e internacionales, que financian proyectos de Responsabilidad Social, y proyectos de investigación.		
AMENAZAS			
ASPECTO	**ISO 21001**	**ISO 14001**	**ISO 45001**
Política	Contradicción de ley de presupuesto y ley de homologación de sueldo de docentes con magistrados.	Falta de conciencia y acumulación en la generación de residuos sólidos en los alrededores del campus universitario.	
Economía	Salario bajo de docentes (MEF). Incremento de la inflación		
Socio- Culturales	Baja tasa de profesionales de la zona que puedan ejercer la docencia.	Malas prácticas de cultura de protección del medio ambiente de estudiantes ingresantes a la UNF, lo cual genera la dificultad de asepsia de los diferentes ambientes de la UNF especialmente los servicios higiénicos de los diferentes pabellones en la UNF	Delincuencia por los alrededores de la universidad a altas horas de la noche.
	Poco interés de algunas poblaciones de optar por una carrera universitaria	Deficiencia de servicio y calidad de agua potable en la Universidad.	Escasas líneas de transporte formal en la ruta Sullana-Nuevo Sullana y viceversa.
	Muchas empresas y parte de la población de la región desconocen que existe una universidad Pública en Sullana.		
Legislación	Las acciones de los lobies en los poderes del estado por flexibilizar y derogar la reforma universitaria.		

Ecología	Desastres naturales que puedan provocar la pérdida de infraestructura de la Universidad.		
		Al encontrarse la UNF en una zona de expansión urbana de la ciudad de Sullana, ello dificulta el apoyo para la mejora de condiciones de la calidad de vida ambiental, dado que el gobierno local no asignan los recursos necesarios para el mantenimiento permanente del recojo de los residuos sólidos y líquidos en la zona de influencia de la UNF, Villa Perú Canadá	
			No se cuenta con áreas verdes a los alrededores de la UNF
Otros		Compra de agua de agua potable a la EPS GRAU a través de camiones cisterna	
	Los plazos de envío de productos hacia la universidad son demasiados largos.		
	Presencia de botadero municipal y Planta de Tratamiento de Aguas Residuales y Servidas (a 4km aprox de distancia)		
	La ciudad de Sullana no está acondiconada para lluvias torrenciales y huaycos.		

4. MATRIZ DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES. UNIVERSIDAD NACIONAL DE FRONTERA.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE FRONTERA	MATRIZ DE RIESGOS	CODIGO : M-E02.04.05-DCU-001 REVISIÓN: 01 FECHA : 07/02/2022

N°	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO						ANÁLISIS DEL RIESGO			EVALUACIÓN DEL RIESGO		TRATAMIENTO DEL RIESGO				
	ORIGEN DEL RIESGO IDENTIFICADO	NORMA ASOCIADA (ISO 21001, ISO 14001, ISO 45001)	PROCESO RELACIONADO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	POSIBLE CAUSA/ ORIGEN	EFECTO / CONSECUENCIA IDENTIFICADA	CONTROLES ACTUALES	PROBABILIDAD	IMPACTO/ CONSECUENCIA	INDICE DEL RIESGO	NIVEL DEL RIESGO	TIPO DE TRATAMIENTO	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN A TOMAR	HERRAMIENTAS DE SEGUIMIENTO	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	EFICACIA DE LA ACCIÓN
1	**Contexto:** Entorno Interno Negativo **Interesados:** Empresas /CONCYTEC / Organismos Internacionales o Nacionales con los que se tiene convenios	21001	Relaciones Interinstitucionales	Insuficientes mecanismos/convenios para prácticas pre-profesionales o profesionales. Cambio de responsables en los gobiernos regionales.	* Negativa de las organizaciones para aceptar practicantes x Ley N° 28518 que los obliga a subvencionarlos económicamente	Estudiantes insatisfechos Egresados con dificultad para insertarse al mercado laboral Incumplimiento de los objetivos educacionales de la carrera	Se cuenta con responsables de convenios. Estos pueden ser el gobiero regional, empresas, etc. Se cuenta con convenios interinstitucionales a nivel nacional e internacional.	1	2	2	Bajo	ASUMIR				
2	**Contexto: Entorno Interno Negativo Interesados:MINISTERIO DE EDUCACIÓN (MINEDU).**	21001	Formación Integral Investigación e innovación y desarrollo	*Modificación de la ley universitaria N° 30220 en los artículos de mejoramiento y aseguramiento de la calidad *Restricción de recursos presupuestales	* Cambios politicos * Incumplimiento de convenios interinstitucionales con el MINEDU * Falta de compromiso de los colaboradores involucrados por cada area.	* Estudiantes insatisfechos *Modificacion de Planes Curriculares * Inestabilidad institucional * Restriccion presupuestal para ejecucion de convenios	Directivas para Ejecucion de Inversiones de la UNF Universidad Licenciada. Cumplimiento de las condiciones básicas de calidad	1	2	2	Bajo	ASUMIR				
3	**Contexto: Entorno Interno Negativo Interesados:SUNEDU**	21001	Formación Integral	*Modificación de la Resolución N° 054-2017. * Incumplimiento de Reglamento de Infracciones y Sanciones de la SUNEDU,	* Falta de compromiso de los colaboradores con el proceso de ejecucion de indicadores de licenciamiento institucional. * Debil seguimiento de cumplimiento en el marco normativo. * Falta de disponibilidad presupuestal	* Sanciones y multas por incumplimiento. * Cierre temporal o definitivo de la UNF	* Se cuenta con la oficina de gestión de la calidad que se encarga de dar seguimiento al cumplimiento de las condicones básicas de la calidad y los procesos relacionados con el licenciamiento.	1	4	4	Bajo	ASUMIR				
4	**Contexto: Entorno Interno Negativo Interesados:SINEACE**	21001	Formación Integral	No acreditar los programas de estudio	* Limitada disponibilidad presupuestal. * Falta de compromiso de los involucrados en los procesos de acreditacion	* Baja competitividad de la carreras de la UNF con caerreras similares de otras universidades acreditados.	Se cuenta con una unidada de Acreditación que forma parte de la oficina de gestión de la calidad que se encarga de dirigir los procesos de acreditación de los programas de estudio	2	3	6	Medio	REDUCIR	Dotar de presupuesto a la unidad de acreditación para contratación de personal que apoye a los programas de estudio en acreditación. Ejecución de los componentes del proyecto mejoramiento de la gestión del servicio de calidad academica.	N° de Estándares y criterios implementadoss en las escuelas profesionales	Of de Gestion de Calidad/Unidad de Acreditación	100% de escuelas profesionales acreditadas
5	**Contexto: Entorno Interno Negativo Interesados:MEF**	21001	Dirección Estratégica	Reversión de asignación presupuestal no ejecutada al termino del ejercicio presupuestal * Disminución de la asignación presupuestal por incapacidad de gasto	* Falta de carteras de inversiones (perfiles y expedientes). * Debil seguimiento y monitoreo al proceso de inversiones.	* Dismunicion en la asignacion presupuestal de la UNF. * Insatisfacción de los estudiantes por restriccion de algunos servicios.	Seguimiento a la ejecución del POI. Directivas para Ejecucion de Inversiones de la UNF	2	3	6	Medio	REDUCIR	Formulacion y ejecucion de una Directiva de Seguimiento y Monitoreo del Proceso de Ejecucion Presupuestal e Inversiones	% de Ejecucion Presupuestal en el ejercicio	Of de Planeamiento y Presupuesto	Alto Nivel de % de ejecucion presupuestal
6	**Contexto: Entorno Interno Negativo Interesados:POSTULANTES A PREGRADO**	21001	Formación Integral	* Sólo se cuenta con un canal de pago pudiendo generar una reduccion de postulantes por insatisfaccion del servicio.	* Inexistencia de mayores facilidades en el tramite de pago.	* Insatisfaccion de los postulantes	no hay control	3	3	9	Medio	REDUCIR	Ampliar los canales de pago a traves de convenios con entidades financieras	N° de convenios suscritos	Direccion General de Administracion	Menor % de reclamos y/quejas por antenciones en el pago.
7	**Contexto: Entorno Interno Negativo Interesados:GOBIERNO REGIONAL Y LOCAL**	21001, 14001, 45001	Gestión de Relaciones Interinstitucionales	Demora en el proceso de transferencia del canon a la universidad	* Cambios politicos. * Cambios de normas relacionadas.	* Reduccion en la ejecucion de procesos de proyectos de investigación e infraestructura	no hay control	2	3	6	Medio	ASUMIR	Directiva de Seguimiento y Monitoreo para el adecuado uso y transferencia del Canon	% de ejecucion del canon	Plaemiento y presupuesto Dirección General de Administración	Alto % de proyectos de investigacion e infraestructura ejecutada
8	**Contexto: Entorno Interno Negativo Interesados:CONCYTEC**	21001	Investigación e innovación y desarrollo	Limita cantidad de docentes ordinarios.	Demora en trámites de asignación de plazas por parte del MEF y MINEDU	Reducida ejecución de investigaciones. * Reducida ejecucion del presupuesto.	Convocatoria de fondos concursales para que los docentes cuenten con presupuesto. Convocatorias para nombramiento docente	1	3	3	Bajo	REDUCIR	Motivar a los docentes a realizar publicaciones. Desarrollo de guías o textos universitarios.	% de docentes con publicaciones	Vicepresidencia de Investigacion	Alto % de proyectos aprobados y liestas para ser publicadas
9	**Contexto: Entorno Interno Negativo Interesados:PROVEEDORES**	21001	Abastecimiento	Demora en la adquisición de bienes y servicios	Leyes y tramites de la administracion publica demasiados engorrosos.	* Demora en la atención de bienes y servicios * Insatisfaccion del servicio a los usuarios.	Directiva de	4	3	12	Alto	REDUCIR	Directiva n° 001-2021-UNF contratacion de bienes y servicios por montos iguales o inferiores a ocho (8) unidades impositivas tributarias – uits.	% de Bienes y Servicios antendidos oportunamente dentro del Plazo establecido	Direccion General de Administracion Unidad de Abastecimiento	Bajo indice de reclamos del area usuaria

10	**Contexto: Entorno Interno Negativo Interesados:ORGANISMOS INTERNACIONALES**	21001	Gestión de Relaciones Interinstitucionales	Reducción de oportunidades por incumplimiento de convenios	Debil seguimiento y monitoreo del cumplimiento de convenios suscritos por la UNF	* No ejecucion del programa de movilidad estudiantil y docentes.	Se cuenta con un responsable de cada convenio con la UNF.	1	3	3	Bajo	ASUMIR	Cumplimiento de plazos o compromisos de los convenios Interinstitucionales	% de convenios internacionales suscritos	Oficina de Cooperación y Relaciones Internacionales	Alto % de convenios ejecutados y vigentes
11	**Contexto: Entorno Interno Negativo Interesados:ESTUDIANTES DE PRE GRADO**	21001, 14001, 45001	Formación Integral	Incremento de la deserción de estudiantes Poca oportunidad de insertarse en el mercado laboral	Falta de recursos económicos. Falta de seguimiento a los estudiantes	* Bajo prestigio institucional. * Baja demanda estudiantil.	Bienestar universitario realiza actividades de seguimiento al estudiante	2	3	6	Medio	REDUCIR	Ofrecer beneficios a los estudiantes con bajos recursos económicos como aumentar los cupos en el comedor universitario. Acceder a las convocatorias que ofrece el gobierno como beca 18, beca permanencia (PRONABEC).	Realizar seguimiento de los beneficios ofrecidos a los estudiantes.	Dirección de Bienestar Uniersitario	N° de estudiantes beneficiados
12	**Contexto: Entorno Interno Negativo Interesados:EGRESADOS**	21001	Formación Integral	Limitada inserción en el mercado laboral	Limitada numero de convenios de practicas con empresas.	* Insatisfaccion en la formacion academica de los estudiantes.	Reglamentos, Planes y Directivas de Seguimiento al Graduado	2	3	6	Alto	REDUCIR	Ejecucion del Plan de Insercion Laboral para egresados	% de Ejecucion del Programa de Insercion Laboral	Unidad de Seguimiento al Graduado	% de egresados insertados en el mercado laboral
13	**Contexto: Entorno Interno Negativo Interesados:PADRES Y TUTORES**	21001	Formación Integral	Disminución en la credibilidad en la institucion por el proceso de formacion integral.	No se cuenta con programas autorizados suficientes para ofrecer.	Dismininución en la cantidad de estudiantes a las carreras ofertadas	Difusión masiva de las carreras con las que UNF cuenta a las provincias y ciudades de la región.	2	3	6	Medio	REDUCIR	Creación de nuevos programas académicos.	Cronograma de actividades que incluye la norma.	Oficina de Gestión de Calidad	Incremento de programas académicos
14	**Contexto: Entorno Interno Negativo Interesados:PERSONAL ADMINISTRATIVO**	21001, 45001	Gestión de Talento Humano	Inestabilidad laboral	No se cuenta con contratos indefinidos, sólo CAS, locadores.	Rotación de personal. Retraso en el avance de los procesos de Gestion Academica y Administrativa	no hay control	3	3	9	Alto	REDUCIR	Solicitar al MEF plazas de nombramiento al personal administrativo.	Cronograma de seguimiento de las solicitudes de plazas	Unidad de RRHH	Alto % de clima laboral satisfactorio
15	**Contexto: Entorno Interno Negativo Interesados:PERSONAL DOCENTE CONTRATADO**	21001	Gestión de Talento Humano	Inestabilidad laboral	No se cuenta con contratos indefinidos.	Retraso en el avance de los procesos de Gestion Academica Insatsifacción docente	Se ha solicitado el nombramiento para 35 docentes.	2	3	6	Medio	REDUCIR	Ejecutar los procesos para el nombramiento docente.	Cronograma de nombramiento docente	Unidad de RRHH Vicepresidencia Académica	Alto % de clima laboral satisfactorio
16	**Contexto: Entorno Interno Negativo Interesados:EMPRESAS Y/O EMPLEADORES**	21001	Formación Integral	Poco interés en la cntratación de los egersados de las UNF	Falta de actualizacion de Planes Curriculares acorde a las necesidades del Mercado.	Limitada aceptacion de estudiantes y egresados por las empresas publicas y privadas.	El Plan de Estudios debe contener un estudio de mercado para que pueda actualizar y socilaizar con los grupos de interés como empresas públicas y privadas.	2	3	6	Medio	REDUCIR	Formular y ejecutar un Plan de Fortalecimiento de Capacitaciones Tecnicas (Diplomados, Talleres, Cursos, etc) Controlar que el Plan de Estudios cuente con el estudio de mercado para orientar el perfil del egresado.	N° de Talleres ejecutados	Unidad de Formación Continua	Alto % de estudiantes y egresados insertados en el mercado laboral

5. GESTIÓN DE LA CALIDAD PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE FRONTERA.

Código: PG-E02.04.01.02-OGC-001 Fecha de Aprobación: 07-02-2022	Revisión: 01

Gestión de la Calidad
Procedimiento de Control de la Información Documentada

	Órgano o Unidad Orgánica	Nombre y Cargo	Firma
Elaborado por:	Oficina de gestión de calidad	Mg. Einstein Sanchez Bardales	
Revisado por:	Presidente de la Comisión Organizadora	Dr. Raúl Edgardo Natividad Ferrer	
	Vicepresidente Académico	Dra. Denesy Pelagia Palacios Jiménez	
	Vicepresidente de Investigación	Dr. Freddy Rogger Mejía Coico	
Aprobado por:	Presidente de la Comisión Organizadora	Dr. Raúl Edgardo Natividad Ferrer	
	Vicepresidente Académico	Dra. Denesy Pelagia Palacios Jiménez	
	Vicepresidente de Investigación	Dr. Freddy Rogger Mejía Coico	

Control de Cambios		
Revisión	**Sección / Ítem**	**Descripción del cambio:**
01	---	Nuevo

I. OBJETIVO

Normar las actividades de elaboración, revisión, aprobación, codificación, control, distribución, difusión y actualización de la documentación del Sistema Integrado de Gestión, que comprende los aspectos de Calidad Universitaria, Medio Ambiente, Seguridad y Salud en el Trabajo.

II. ALCANCE

Este procedimiento es aplicable a todos los documentos requeridos por el Sistema Integrado de Gestión de la Universidad Nacional de Frontera (UNF).

III. BASE NORMATIVA

ISO 21001:2018
ISO 45001:2018
ISO 14001:2015

IV. SIGLAS Y DEFINICIONES

4.1 Manual del Sistema de Gestión: Documento que especifica la forma de administrar la organización, cumpliendo todos los requisitos de los sistemas que conforman el Sistema Integrado de Gestión (SIG): Calidad Universitaria, Medio Ambiente y Seguridad y Salud en el Trabajo.

4.2 Manual de Organización y Funciones (MOF): Documento en el cual se detallan las responsabilidades, funciones y descripciones de los puestos del personal de la UNF.

4.3 Procedimiento: Descripción específica para llevar a cabo las actividades asociadas a un determinado proceso.

4.4 Instructivo: Documento que detalla la forma de desarrollar una actividad específica que está asociada a un procedimiento determinado. Puede incluir gráficos, esquemas, dibujos, flujogramas, fotografías, entre otros elementos que puedan ayudar a la comprensión del documento por parte del usuario.

4.5 Formato: Es un documento en el que se consignarán datos como resultado de una actividad de verificación o control. Los formatos que con información pasan a denominarse registros para el SIG.

4.6 Registro: Documento que contienen información relevante para el SIG, es la evidencia de la ejecución de las actividades y procesos de la UNF.

4.7 Copia No controlada / documento de trabajo: Todo documento cuya vigencia no se controla y que pudiera ser obsoleto, debiendo ser claramente identificado como tal.

4.8 Copia Controlada: Copia de los documentos vigentes del SIG, que se distribuyen a las oficinas responsables de administrar dichos documentos.

4.9 Documento Obsoleto: Documento cuya revisión ha sido modificada.

4.10 Documentación externa: Son aquellos documentos que se emplean en los procesos del sistema, pero cuyo origen es externo y fuera del control de la UNF, en esta categoría se considera, por ejemplo: normas técnicas, leyes, manuales de equipos, entre otros.

4.11 Planes: Documento que describe la planificación de las actividades a desarrollar en un plazo determinado para lograr objetivos específicos.

V. REQUISITOS PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO

Descripción	Fuente
1. Necesidad de Documentar o actualizar la información del SIG	Área usuaria / Todos los procesos

VI. ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

N°	Actividad	Área	Responsable
	1. Identificación y control de los documentos		
1	Los documentos son identificados a través de un nombre y código según el Anexo N° 2.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
2	Todos estos documentos son controlados por Lista Maestra Interna (F-E02.04.01.0-OGC-001).	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
3	Existen algunas excepciones como las declaraciones de la política y objetivos del sistema integrado, los cuales son identificados sólo con el nombre, sin requerir de un código en el SIG; asimismo, se cuentan con registros que no tienen código ni formato definido, pero proporcionan evidencia necesaria para el SIG, por ejemplo: certificados de calibración, currículo vitae, licencia de construcción, exámenes médicos, etc. En ambos casos, dichos documentos son controlados mediante la Lista Maestra Interna (F-E02.04.01-DCU-001). La UNF colocará las siglas de la unidad en el ítem de código.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
4	Los registros que son identificados con nombre y código, deben incluir el número de revisión del formato de manera visible en el documento.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
5	Los documentos transversales son aprobados por la Comisión Organizadora a través de un correo institucional a la oficina de presidencia.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

6	Los documentos necesarios de cada proceso son aprobados por las vice presidencias correspondientes a través de correo institucional.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
7	Los documentos aprobados son escaneados y se suben al repositorio y comunica al responsable de proceso y subproceso para que este comunique a todos los involucrados en el documento	Oficina de Gestión de la Calidad Todas las áreas	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad Responsable de Proceso o subproceso
8	Se cuenta con un plazo de 05 (cinco) días útiles desde la aprobación del documento para realizar la distribución o publicación del documento y la difusión del mismo. A partir de la difusión, el documento entra en vigencia.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
9	La información documentada del SIG se encuentra disponible para el personal a través de las copias controladas o el acceso al repositorio institucional, la cual está protegida con los accesos.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
10	Para el caso de documentos en formato en físico, las copias controladas de los documentos relativos al SIGCUNF son identificadas como tales con el sello de “COPIA CONTROLADA” y el punto de distribución correspondiente, según cada área. Para el caso de documentos en formato electrónico, no se consideran copias controladas físicas.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
11	Los documentos son revisados al menos una vez al año para verificar su continua conveniencia y cumplimiento de los requisitos establecidos. Dicha revisión se realizará a lo largo de año. Si el documento es revisado sin cambios se actualiza la revisión y se indica en el control de cambios.	Procedimiento General: Oficina de Gestión de la Calidad Procedimientos específicos: Responsable de Elaboración	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad Responsable del Proceso
12	Para el caso del registro en forma manual está prohibido usar correctores y/o hacer borrones. Si ocurre errores de registro se debe tachar el error, indicar la firma y colocar el valor correcto.	Todas las áreas	Cualquier integrante de la UNF
13	En las Listas Maestras se especifica la forma, ubicación, el tiempo de conservación y responsable de cada registro (en el caso de los registros técnicos relacionados con los ensayos o calibraciones estos deben ser conservados por un periodo mínimo de 4 años y si hubiera registros del tipo legal deben conservase por el tiempo que indique la ley correspondiente). Cumplido el tiempo de conservación, el registro queda a disposición para su eliminación, hasta que el Director y/o Jefe de la Unidad correspondiente o responsable asignado lo determine. Dicha eliminación debe ser	Procedimiento General: Oficina de Gestión de la Calidad Procedimientos específicos: Responsable de Elaboración	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad Responsable del Proceso

	de forma tal que salvaguarde la confidencialidad de la información.		
14	Para el caso de documentos Obsoletos en físico; son recogidos los documentos obsoletos y entregados las revisiones vigentes con un Cargo de Entrega de documento controlado F-E02.04.01-DCU-001; la unidad es responsable de la eliminación de las copias controladas obsoletas relativas a la documentación del SIG.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
15	Los documentos obsoletos de toda la información documentada, a excepción de los registros, son conservados por un periodo mínimo de 4 años.	Procedimiento General: Oficina de Gestión de la Calidad Procedimientos específicos: Responsable de Elaboración	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad Responsable del Proceso
16	Los registros almacenados electrónicamente (en formatos vigentes u obsoletos) son almacenados de forma trimestral en un back up. Para los datos almacenados en los sistemas informáticos también se realiza un back up de la información.	Procedimiento General: Oficina de Gestión de la Calidad Procedimientos específicos: Responsable de Elaboración	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad Responsable del Proceso
2. Generación o actualización, publicación y difusión de documentos			
1	Detección de la necesidad de elaborar o modificar un documento del SIG puede generarse en cualquier proceso o área de la UNF.	Todas las áreas	Cualquier integrante de la UNF
2	La propuesta del nuevo documento se hará llegar en forma electrónica (vía e-mail: calidad@unf.edu.pe) o personalmente a la Oficina de Gestión de la Calidad, para su correspondiente revisión. La lista de responsables de procesos se encuentra en el anexo N° 1.	Todas las áreas	Responsable de Proceso o Subproceso
3	Entrega al responsable de proceso o subproceso los lineamientos para la aprobación y estructura de los documentos según lo descrito en el anexo N°2.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
4	Todos estos documentos son controlados por medio de la Lista Maestra Interna (F-E02.04.01-DCU-001).	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
5	Para la modificación de los documentos, se tiene en cuenta que el código del documento se mantenga y se actualice el número de revisión del documento. La identificación de cambios se realiza a través de un cuadro en la segunda página, cuadro control de cambios en el cual se especifican los numerales	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

	modificados y un resumen general de los cambios respecto a la revisión anterior.		
6	Identificar modificaciones del mismo y, de ser el caso, modificar los documentos relacionados o comunicar a la persona responsable del documento relacionado la necesidad de modificación.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
7	En el caso de los formatos y los documentos de declaración de la política y objetivos de la calidad, los cambios se identifican comparando con el documento anterior.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
8	Si la unidad realiza el control de su documentación de manera física se realiza lo siguiente: • La persona responsable genera las copias controladas correspondientes, las distribuye al interior de su unidad y actualiza la Lista Maestra Interna (F-E02.04.01-DCU-001). • Luego, envía un correo electrónico al personal involucrado para realizar la difusión de los cambios realizados y envía una copia del correo electrónico al Jefe de la oficina de gestión de calidad. • Finalmente, se archiva el documento aprobado original.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
9	La persona designada por el Jefe de Unidad, cuenta con un plazo de 05 (cinco) días útiles desde la aprobación del documento para realizar la distribución o publicación del documento y la difusión del mismo. A partir de la difusión, el documento entra en vigencia.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
10	La unidad es responsable de la difusión de los cambios de la documentación. Para el caso de los documentos generales se realiza la difusión mediante correo electrónico a los responsables de Unidad/Oficina. Posteriormente, el responsable designado de la Unidad que corresponda, se encargan de la difusión al personal de su Unidad.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
11	En el caso de que no se actualice o modifique un documento que forma parte del SIG en un plazo de 04 (cuatro) años, es necesario que éste sea revisado para asegurar su adecuación. En caso no ameriten una actualización, el responsable de cada unidad actualiza la fecha de revisión en la Lista Maestra Interna (F-E02.04.01-DCU-001); asimismo, guarda la evidencia de la aprobación.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
12	La unidad debe implementar las disposiciones necesarias para asegurar el uso de los formatos vigentes.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

3.Eliminación de documentos			
1	Se genera la solicitud de eliminación de los documentos y queda liberado el código para ser reutilizado por otro documento.	Todas las áreas	Responsable de Proceso o Subproceso
2	Se envía una comunicación dirigida al personal involucrado y copia al Jefe de la oficina de gestión de calidad la relación del documento por eliminar de parte de la unidad. En caso de los documentos en físico se comunica a la Unidad de Gestión Ambiental.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
3	Actualización y publicación de la Lista Maestra Interna (F-E02.04.01-DCU-001).	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
4.Documentos de origen externo			
1	Ante la incorporación o modificación de un documento de origen externo, se realiza la revisión del mismo y se controla el documento.	Todas las áreas	Responsable de Proceso o Subproceso
2	Si se tratan de documentos físicos, se recogen las copias obsoletas y se eliminan, luego distribuye las copias controladas de los documentos (deben contener el sello de copia controlada en la primera página del documento). Luego, realiza la actualización de la Lista Maestra Interna (F-E02.04.01-DCU-001). y realiza su difusión.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
3	Si se tratan de documentos electrónicos, actualiza los archivos correspondientes o los links de acceso. Luego actualiza la Lista Maestra Interna (F-E02.04.01-DCU-001). y realiza su difusión.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
4	A criterio del responsable de Unidad, si se guarda la versión anterior, esta debe ser identificada como “OBSOLETO”. Los documentos de origen externo, son controlados por los responsables de las diferentes unidades por medio de la Lista Maestra Interna (F-E02.04.01-DCU-001).	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
	Fin del procedimiento		

VII. DOCUMENTOS QUE SE GENERAN O REFERENCIALES

1. Lista Maestra Interna (F-E02.04.01-DCU-001)
2. Cargo de Entrega de documento controlado F-E02.04.01-DCU-002

VIII. PROCESO

1. Gestión de la Mejora Continua (E02.04)

IX. ANEXOS

1. Anexo N°1: Lista de procesos y códigos
2. Anexo N° 2: Estructura de Documentos y codificación de áreas

ANEXO 1

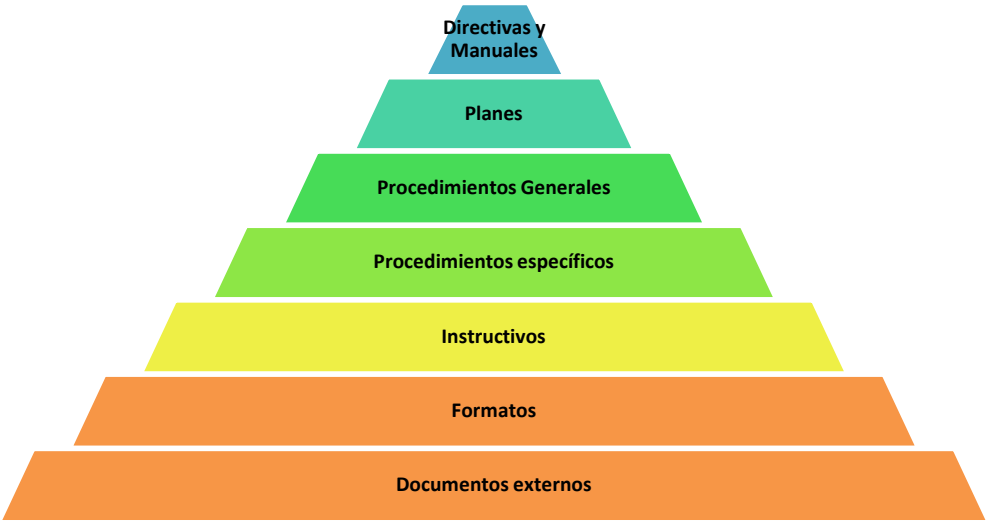
LISTA DE PROCESO Y CÓDIGOS

E01:	Gobieno de la Universidad
E02:	Sistema Integrado para la Mejora
E03:	Supervisión y Control
E04:	Gestión de Imagen Institucional y Comunicación
E05:	Cooperación y Relaciones Internacionales
E06:	Dirección Estratégica
M01:	Formación Integral
M02:	Investigación, Desarrollo e Innovación
M03:	Responsabilidad Social Universitaria
A01:	Gestión de Infraestructura
A02:	Gestión de Recursos Humanos
A03:	Bienestar Universitario
A04:	Gestión de Adquisiciones
A05:	Gestión de Mantenimiento
A06:	Tecnología de la Información y Comunicación
A07:	Gestión de Asuntos Jurídicos y Legales
A08:	Gestión de Centros de Información y Referencia
A09:	Gestión Finanaciera

ANEXO 2

Estructura y Codificación de los Documentos

1. Piramide de la Documentación



2. Codificación

La codificación se realiza de acuerdo a las siguientes pautas:

- Los documentos son codificados alfanuméricamente.
- La primera parte alfabética estará formada por una letra correspondiente al tipo de documento.
- Lo segunda parte será el código de identificación del proceso.
- La tercera parte serán las siglas de la oficina o área de la UNF responsable de la gestión del documento.
- La cuarta parte es un número correlativo de tres cifras iniciando en el número 001, independiente para cada proceso, área u oficina de la UNF.
- La revisión de los documentos nuevos se inicia en 01.

Código	Significado del Código	
T-P-A-XXX	T =	Tipo de documento:
	DR	→Directiva
	M	→ Manual
	PL	→Planes
	PG	→ Procedimiento General
	P	→ Procedimiento
	I	→ Instructivo
	F	→ Formato
	P =	Código del proceso
	A =	Área / Oficina / Facultad /Carrera
	XXX =	Numero Correlativo

A continuación se muestra la estructura de la codificación por áreas:

3. Estructura de Documentos

- **Manuales y Planes**: Son de uso general en la oficina o unidad y el formato es propuesto por la Dirección de la Calidad Universitaria según los requisitos de las normas vigentes.
- **Manuales Internos**: Son de uso especifico para algún proceso o área y el formato es propuesto por la unidad u oficina.
- **Instrucciones, Tablas, Normas internas:** En el caso de las Instrucciones debe contener como mínimo los pasos a seguir, los documentos relacionados y el resumen de cambios. Para el caso de las Tablas y Normas Internas el formato es propuesto por cada unidad.
- **Formatos de registro:** Son definidos por cada unidad. Los formatos son identificados con nombre y código, deben incluir el número de revisión del formato de manera visible en el documento (ejemplo: F-E02.04.01-DCU-001 / Rev.02)
- **Procedimiento:** según lo indicado en la siguiente hoja

Código de Oficinas

SIGLAS DE LAS DEPENDENCIAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE FRONTERA

UNIDADES ORGÁNICAS	SIGLAS
ÓRGANOS DE ALTA DIRECCIÓN	
• Presidencia	P
• Vicepresidencia Académica	VPAC
• Vicepresidencia de Investigación	VPIN
ÓRGANOS ESPECIALES	
• Comisión Permanente de Fiscalización	CPF
• Tribunal de Honor	TH
• Defensoría Universitaria	DU
ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL	
• Órgano de Control Institucional	OCI
ADMINISTRACIÓN INTERNA **ÓRGANOS DE ASESORAMIENTO**	
• Oficina de Asesoría Jurídica	OAJ
• Oficina de Planeamiento y Presupuesto	OPP
▪ Unidad de Planeamiento	UPL
▪ Unidad de Presupuesto	UP
▪ Unidad Formuladora	UF
▪ Unidad de Modernización	UM
• Oficina de Cooperación y Relaciones Internacionales	OCRI
• Oficina de Gestión de la Calidad	OGC
▪ Unidad de Acreditación	UAC
• Oficina de Comunicación e Imagen Institucional	OCII
ÓRGANOS DE APOYO	
• Oficina de Tecnologías de la Información	OTI
• Dirección General de Administración	DGA
▪ Unidad de Tesorería	UT
▪ Unidad de Contabilidad	UC
▪ Unidad de Abastecimiento	UA
▪ Unidad de Bienes Patrimoniales	UBP
▪ Unidad de Recursos Humanos	URH
▪ Unidad Ejecutora de Inversiones	UEI
▪ Unidad de Servicios Generales y Gestión Ambiental	USGGA
• Secretaría General	SG
▪ Unidad de Archivo Central	UACE
▪ Unidad de Trámite Documentario	UTD
▪ Unidad de Grados y Títulos	UGT

ÓRGANOS DE LÍNEA

• Coordinación	C
▪ Departamento Académico	DA
▪ Escuela Profesional	EP
▪ Unidad de Investigación	UI
▪ Unidad de Posgrado	UPO
• Dirección de Extensión Cultural y Proyección Social	DECPS
▪ Unidad de Asuntos Culturales	UACU
▪ Unidad de Proyección y Responsabilidad Social	UPRS
• Dirección de Bienestar Universitario	DBU
▪ Unidad de Servicios Asistenciales	USA
▪ Unidad de Asuntos Deportivos	UAD
• Dirección de Admisión y Registros Académicos	DARA
▪ Unidad de Admisión	UAD
▪ Unidad de Registro Académico	URA
• Dirección de Gestión y Servicios Académicos	DGSA
▪ Unidad de Gestión Académica	UGA
▪ Unidad de Biblioteca Central	UBC
▪ Unidad de Laboratorios	UL
▪ Unidad de Formación Continua	UFC
▪ Unidad de Seguimiento al Graduado e Inserción Laboral	USGIL
• Dirección de Gestión de la Investigación	DGI
▪ Unidad de Proyectos de Investigación y Capacitación	UPIC
▪ Unidad de Análisis e Información de la Investigación	UAII
▪ Unidad de Difusión y Edición Científica	UDEC
• Dirección de Innovación y Transferencia Tecnológica	DITT
▪ Unidad de Derecho de Autor y Patentes	UDAP
▪ Unidad de Transferencia de Tecnología	UTT
• Dirección de Incubadora de Empresas	DIE
▪ Unidad de Semilleros	US
▪ Unidad de Incubadora de Empresas	UIE

Facultades

• Facultad de Ciencias Empresariales y Turismo	FCET
▪ Escuela Profesional de Administración Hotelera y de Turismo	EPAHT
• Facultad de Ciencias Económicas y Ambientales	FCEA
▪ Escuela Profesional de Ingeniería Económica	EPIE
▪ Escuela Profesional de Ingeniería Ambiental	EPIA
▪ Escuela Profesional de Ingeniería Forestal	EPIF
• Facultad de Ingeniería de Industrias Alimentarias y Biotecnología	FIIAB
▪ Escuela Profesional de Ingeniería de Industrias Alimentarias	EPIIA
▪ Escuela Profesional de Ingeniería en Biotecnología	EPIB

6. MATRIZ DE PARTES INTERESADAS.
UNIVERSIDAD NACIONAL DE FRONTERA.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE FRONTERA	**MATRIZ DE PARTES INTERESADAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA FRONTERA**	**CODIGO : F-E02.05.05-GC-002** **REVISIÓN: 01** **FECHA: 07/02/2022**

PARTES INTERESADAS PERTINENTES	REQUISITOS (Legales y reglamentarios)	POSITIVO/NEGATIVO (P/N)	FODA	DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO	EFECTO
MINISTERIO DE EDUCACIÓN (MINEDU).	*Cumplimiento de la ley universitaria N° 30220 *Cumplimiento de la política de aseguramiento de la calidad. *Ejecución del presupuesto *Ejecución del proyecto educativo	P	OPORTUNIDAD	Cumplir con la normatividad asegura la calidad educativa y el prestigio de la universidad. La ejecución presupuestal asegura el manejo optimo de los recursos.	Mejora en la educación de alta calidad. Prestigio de La universidad
		P	OPORTUNIDAD	Ventaja de asistencia técnica por parte de la DIGESU, en la gestión de inversiones.	100% DEL NIVEL DE EJECUCIÓN DE PROYECTOS DE INVERSIÓN.
SUNEDU	Cumplimiento de la Resolución N° 054-2017 (CBC) Cumplimiento de la política de aseguramiento de la calidad.	P	OPORTUNIDAD	Cumplir con la normatividad asegura la calidad educativa y el prestigio de la universidad.	Mejora en la educación de alta calidad. Prestigio de La universidad
SINEACE	Cumplimiento del libro modelo de acreditación. (Resolución de Presidencia del Consejo Directivo Ad Hoc N° 175-2016-SINEACE/CDAH-P.) Cumplimiento de la política de aseguramiento de la calidad (Decreto Supremo N° 016-2015MINEDU).	P	OPORTUNIDAD	El proceso de acreditación da prestigio a nuestra universidad.	Mejora en la educación de alta calidad. Prestigio de La universidad
ICACIT	Cumplimiento de la normativa xxx	P	OPORTUNIDAD	Cumplimiento de estándares para acreditar los programas de ingeniería	Mejora en la educación de alta calidad. Prestigio de La universidad
MEF	Cumplimiento del marco legal nacional en materia economica, así como en temas relacionados de contabilidad, tesoreria y presupuesto público. Ley N° 28411 Ley General del Sistema NAcional de Presupuesto, Ley N° 28708 Ley General del Sistema Nacional de Contabilidad y la Ley General de Tesoreria N° 28693.	P	FORTALEZA	Existe coherencia entre la ley de Presupuesto y los lineamientos emitidos por el CONCYTEC	La UNF puede contar con ingresos debido a las patentes. Reconoimiento de la UNF
POSTULANTES A PREGRADO	Ley Universitaria. Legislación del MINEDU, concerniente a la educación básica regular.	P	OPORTUNIDAD	Existe un número de jóvenes egresados de secundaria con ganas de seguir una carrera universitaria.	Incremento de la cantidad de Ingresantes a la UNF
GOBIERNO REGIONAL Y LOCAL	Acuerdos o convenidos marco de apoyo interinstitucional.	P	OPORTUNIDAD	Acuerdos con municipalidad distritales y pronvinciales, con intenciones de apoyar las cadenas productivas y de investigación donde cumple un rol protagónico la Universidad	Mayores participación conjunta con gobiernos locales

CONCYTEC	Acuerdos o convenios marcos con el CONCYTEC.	P	OPORTUNIDAD	Acuerdos de investigación, con la participación activa de la comunidad universitaria y docentes.	Mayor participación de la comunidad universitaria y de docentes, e investigadores, en diversos tipos de investigación, en diversos ámbitos de aplicación.
PROVEEDORES	Ley de Saneamiento de agua potable.	F	FORTALEZA	Sistema de abastecimiento de agua potable suficiente	Baja insidencia de enfermedades estomacales.
		F	FORTALEZA	Sistema de conexión eléctrica necesaria	Baja insidencia de cortes eléctricos
	Compra de bienes y servicios de manera oportuna Ley de contrataciones del estado Nº 30025. Contratos con proveedores. Bases de Concursos Públicos.	F	FORTALEZA	Contrataciones con evlaución de proveedores para evitar daños a las personas, lugares o ambientes.	Bajo indice de accidentes e incidentes.
COMUNIDAD (DE ZONAS ALEDAÑAS A LA UNIVERSIDAD)	Contribuir al desarrollo de la sociedad Profesionales con ética y desarrollo.	P	FORTALEZA	Egreso de profesionales que aporten a las necesidades de las provincias cercanas y la región Piura.	Profesionales egresados - de zonas aledañas - que contribuyen a una mejor sociedad, con sus capacidades técnicas.
ORGANISMOS INTERNACIONALES	Respeto y cumplimiento a los convenios suscritos de las partes.	F	FORTALEZA	Existen convenios que son aprovechados en la universidad	Existe intercambio académico. Incremento de investigaciones conjuntas con otras universidades.
ESTUDIANTES DE PRE GRADO	Cumplimiento de la formación integral por competencias.	P	FORTALEZA	Implementación de Infraestructura y Equipamiento en el campus de la UNF Que beneficia el aprendizaje de los alumnos de pre grado. Laboratorios acordes a necesidades formativas	Estudiantes con apredizaje según los planes curriculares establecidos, y según los obejtivos académicos.
EGRESADOS	Apoyo en la inserción laboral Bolsa de Trabajo Actualización de su formación profesional Estudios de pos grado.	P	OPORTUNIDAD	Alta insersión laboral de los egresados.	Alta tasa de empleabilidad de egresados
COLABORADORES: PERSONAL DOCENTE NOMBRADO, PERSONAL DOCENTE CONTRATADO Y PERSONAL ADMINISTRATIVO	De acuerdo al modelo de licenciamiento de SUNEDU, la entidad debe brindar capacitación al personal docente y al personal administrativo.	P	FORTALECE	Personal capacitado	personal eficiente en el desarrollo de las actividades

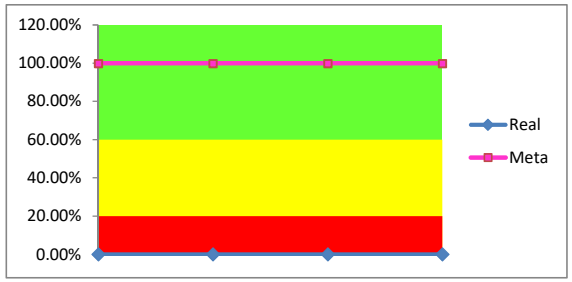
7. FICHA DEL INDICADOR.
UNIVERSIDAD NACIONAL DE FRONTERA.

	FICHA DEL INDICADOR				REVISIÓN: 01 FECHA : 07/02/2022
Proceso					
Objetivo del indicador					
Indicador					
Código de identificación					
Fórmula de Cálculo					
Responsable		**Tipo**		**Unidad**	
Registros fuente					
Frecuencia de Medición					

Nota: C = Creciente D = Decreciente

Cuadro de Evolución del Indicador

Resultados				
Periodo	**Real**	**Meta**	**Verde**	**Rojo**
		100.00%	60.00%	20.00%
		100.00%	60.00%	20.00%
		100.00%	60.00%	20.00%
		100.00%	60.00%	20.00%
		100.00%	60.00%	20.00%
		100.00%	60.00%	20.00%
		100.00%	60.00%	20.00%
		100.00%	60.00%	20.00%



8. GESTIÓN DE LA CALIDAD - PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN.
UNIVERSIDAD NACIONAL DE FRONTERA.

Código: PG-E02.04.03-GC-001 Fecha de Aprobación: 07/02/2022	Revisión: 01

Gestión de la Calidad
Procedimiento de
Revisión por la Dirección

	Órgano o Unidad Orgánica	Nombre y Cargo	Firma
Elaborado por:	Oficina de gestión de calidad	Mg. Einstein Sanchez Bardales	
Revisado por:	Presidente de la Comisión Organizadora	Dr. Raúl Edgardo Natividad Ferrer	
	Vicepresidente Académico	Dra. Denesy Pelagia Palacios Jiménez	
	Vicepresidente de Investigación	Dr. Freddy Rogger Mejía Coico	
Aprobado por:	Presidente de la Comisión Organizadora	Dr. Raúl Edgardo Natividad Ferrer	
	Vicepresidente Académico	Dra. Denesy Pelagia Palacios Jiménez	
	Vicepresidente de Investigación	Dr. Freddy Rogger Mejía Coico	

Control de Cambios		
Revisión	**Sección / Ítem**	**Descripción del cambio:**
01	---	Nuevo

I. OBJETIVO

Establecer un mecanismo que permita garantizar el eficiente desarrollo de la Revisión de los Sistemas de Gestión por la Alta Dirección, de manera anual y dar los lineamientos para la presentación de la información a analizar en el Sistema Integrado de Gestión de la UNF,

II. ALCANCE

El presente procedimiento es de aplicación para toda la comunidad universitaria y partes interesadas de la Universidad Nacional de Frontera (UNF).

III. BASE NORMATIVA

- Norma ISO 21001:2018
- Norma ISO 45000:2018
- Norma ISO 14001: 2015

IV. SIGLAS Y DEFINICIONES

4.1. Partes interesadas: Persona u organización que puede afectar, verse afectada o percibirse a sí misma como afectada por una decisión o actividad.

4.2. Alta dirección: Conformada por la Comisión Organizadora de la UNF.

4.3. Revisión: Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia del tema objeto de la revisión, para alcanzar los objetivos establecidos.

V. REQUISITOS PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO

Descripción	Fuente
1. Documentación y datos del SIG	Todos los procesos

VI. ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

N°	Actividad	Área	Responsable
1	La revisión por la dirección se realizará como mínimo una vez al año, luego de realizada una auditoria interna.	Comisión Organizadora Oficina de Gestión de la Calidad	Responsable del proceso
2	La agenda de la revisión por la dirección incluirá de entrada la siguiente información:	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de Calidad

	• Revisión de acuerdos y compromisos de los acuerdos anteriores; • Cambios en las cuestiones externas e internas pertinentes al sistema de gestión integrado; • Cambios de las necesidades y expectativas de las partes interesadas; • Cambios de los aspectos ambientales significativos; • Cambios y eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades; • Grado del logro de objetivos ambientales; • Desempeño ambiental de la organización; • Adecuación de los recursos; • Las comunicaciones de las partes interesadas externas, incluidas las quejas; • Satisfacción del estudiante y retroalimentación de las partes interesadas; • Evaluación de los objetivos de la calidad, medio ambiente, seguridad y salud en el trabajo a través de los Indicadores de Medición; • Estado de las no conformidades y acciones correctivas; • Resultados de seguimiento y medición; • Resultados de las auditorias; • Evaluación de cumplimiento de los requisitos legales y otros, relacionados con sus aspectos ambientales y de seguridad y salud en el trabajo; • Desempeño de los proveedores externos; • Resultados de la evaluación formativa y sumativa. • Eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades. • Oportunidades de mejora. • Retroalimentación del personal, para mejorar su competencia.		
3	Se debe coordinar para que los responsables de los procesos puedan presentar sus datos en función a los resultados obtenidos.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de Calidad
4	Los resultados de la Revisión por la Dirección incluyen todas las decisiones y acciones u oportunidades propuestas para la mejora de la eficacia del SIG y de los procesos que conlleven a la mejora de la calidad del servicio educativo en relación con los requerimientos y la mejora del desempeño ambiental y de seguridad y salud en el trabajo, así como las necesidades de recursos para llevarse a cabo dichas mejoras. Esta información debe estar disponible para su comunicación y consulta.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de Calidad

5	Se debe realizar las actualizaciones y modificaciones de los documentos para la implementación de medidas correctivas y preventivas que pueda generar revisiones en la documentación del SIG.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de Calidad
6	Sobre la base de las evidencias objetivas proporcionadas en la reunión, la Oficina de calidad debe registrar los acuerdos pertinentes. Los acuerdos incluirán suficiente detalle de las acciones a cumplir, plazo y responsables de su ejecución	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de Calidad
7	Los acuerdos que se tomen en la Revisión por la Dirección se conservan como parte de los registros de la calidad. La información que debe tener dichos acuerdos es la siguiente: • Fecha de reunión: • Propuestas: • Acta N°: • Acuerdos: • Asistentes: • Responsables de cada acuerdo: • Revisión de Acuerdos Anteriores: • Fecha de cumplimiento: • Identificación de problemas: • Fecha de próxima reunión:	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de Calidad

	Fin del procedimiento		

VII. DOCUMENTOS QUE SE GENERAN O REFERENCIALES

1. Acuerdos de la Revisión por la Dirección

VIII. PROCESO

1. Gestión de la Mejora Continua (E02.04)

IX. ANEXOS

---

9. GESTIÓN DE LA CALIDAD - PROCEDIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE FRONTERA.

Código: PG-E02.04.04-GC-001 Fecha de Aprobación:07/02/2022	Revisión: 01

Gestión de la Calidad
Procedimiento para el Tratamiento de Acciones Correctivas y Oportunidades de Mejora

	Órgano o Unidad Orgánica	Nombre y Cargo	Firma
Elaborado por:	Oficina de gestión de calidad	Mg. Einstein Sanchez Bardales	
Revisado por:	Presidente de la Comisión Organizadora	Dr. Raúl Edgardo Natividad Ferrer	
	Vicepresidente Académico	Dra. Denesy Pelagia Palacios Jiménez	
	Vicepresidente de Investigación	Dr. Freddy Rogger Mejía Coico	
Aprobado por:	Presidente de la Comisión Organizadora	Dr. Raúl Edgardo Natividad Ferrer	
	Vicepresidente Académico	Dra. Denesy Pelagia Palacios Jiménez	
	Vicepresidente de Investigación	Dr. Freddy Rogger Mejía Coico	

Control de Cambios		
Revisión	**Sección / Ítem**	**Descripción del cambio:**
01	---	Nuevo

I. OBJETIVO

El presente procedimiento tiene como propósito establecer los lineamientos para identificar e implementar las acciones correctivas u oportunidades de mejora en el Sistema Integrado de Gestión de la Universidad Nacional de Frontera (SIG-UNF).

II. ALCANCE

Este procedimiento se aplica a todas las Áreas, Programas, Unidades que están bajo el alcance del SIG-UNF.

III. BASE NORMATIVA

1. ISO 21001:2018
2. ISO 14001:2015
3. ISO 45001:2018

IV. SIGLAS Y DEFINICIONES

Corrección
Acción inmediata para eliminar una No Conformidad detectada.

Acción correctiva
Acción para eliminar la causa de una No Conformidad y evitar que vuelva a ocurrir.

No Conformidad
Es el incumplimiento de un requisito establecido para el SIG-UNF, soportada por evidencia objetiva.

Observación
Es una desviación puntual del SIG-UNF, en el cual no se detecta suficiente evidencia para declararla como una no conformidad.

Oportunidad de mejora
Situación o condición favorable para lograr una mejora o éxito en la persecución de un objetivo.

Riesgo
Efecto de la incertidumbre para el logro de un objetivo. Un efecto es una desviación de lo esperado, ya sea positivo o negativo.

V. REQUISITOS PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO

Descripción	Fuente
1. Hallazgos: • No Conformidades (Mayores o menores) • Observaciones • Oportunidades de mejora	• Informe de auditorias • Registro de Quejas • Registro de servicios no conformes • Entre otros

VI. ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

N°	Actividad	Área	Responsable
GENERACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS U OPORTUNIDADES DE MEJORA			
1	Genera solicitudes de acciones de corrección, acciones correctivas u oportunidades de mejora según las fuentes y registros indicados en la tabla del Anexo N°1. El registro se lleva a cabo en el F-E02.04.04-GC-001. Solicitudes de Acciones Correctivas y Oportunidades de Mejora.	Todas las Áreas	Según lo indicado en la Tabla del Anexo N° 1
2	Ante situaciones en que se presentan No Conformidades (incumplimiento de algún requisito del SIG-UNF), se toma conciencia del evento y se implementa (o designa a los responsables) tomar las acciones inmediatas que eliminen la No Conformidad (correcciones). El plazo máximo para llevar a cabo las correcciones es de dos semanas, salvo casos en que no sea posible.	Todas las Áreas	Responsable del proceso
3	Procede a analizar la(s) causa(s) raíz (ces) de la No Conformidad para luego establecer e implementar (o designar los responsables que lleven a cabo) las acciones correctivas pertinentes así como las actividades para evaluar la eficacia de las acciones.	Todas las Áreas	Responsable del proceso
4	Ante situaciones en que se presentan Oportunidades de mejora, analiza la pertinencia de éstas, y de aplicar, se identifica e implementa las acciones para aprovechar la oportunidad de mejora y/o lograr exitosamente el objetivo que se persigue. Se establecen las actividades para evaluar la eficacia de las acciones implementadas.	Todas las Áreas	Responsable del proceso
5	Ante eventos o asuntos que generan riesgos a tratar y oportunidades de diferente índole a aprovechar, procede según la metodología indicada en la Matriz de Identificación y tratamiento de riesgos y oportunidades (F-E02.04.05-GC-001).	Todas las Áreas	Responsable del proceso
6	Se lleva a cabo las actividades para el seguimiento y la evaluación de la eficacia de las acciones correctivas implementadas y de las acciones implementadas para aprovechar las oportunidades de mejora.	Unidad de Gestión de Calidad	Jefe de la Calidad
7	En el F-E02.04.04-GC-001 Solicitudes de Acciones Correctivas y Oportunidades de Mejora se registra toda la información de las diferentes actividades de corrección, acciones correctivas y oportunidades de mejora.	Todas las Áreas	Dueño del proceso

8	Si durante el seguimiento se identifica que las actividades planificadas no han sido ejecutadas, puede: • Acordar con el responsable de la SAC-OM, una nueva fecha de implementación de las actividades pendientes considerando una justificación razonable para ello. • Acordar la anulación de alguna actividad/acción, solo en caso exista un motivo justificado como por ejemplo: cambio en el alcance, priorización de proyectos, cambio de políticas, cancelación del servicio. En ambos casos registra las decisiones y sus fundamentos en el F-E02.04.04-GC-001 Solicitudes de Acciones Correctivas y Oportunidades de Mejora	Unidad de Gestión de Calidad	Coordinador de Calidad
9	Si durante el seguimiento identifica que las acciones implementadas no fueron eficaces, se coordina con el responsable del proceso para reiniciar el análisis de la(s) causa(s) raíz(ces) de la No Conformidad y el análisis de la razón por la cual las acciones no fueron eficaces con el fin de plantear nuevas acciones. Registra las decisiones y sus fundamentos en el F-E02.04.04-GC-001 Solicitudes de Acciones Correctivas y Oportunidades de Mejora	Unidad de Gestión de Calidad	Coordinador de Calidad
10	Si durante el seguimiento se identifica que las acciones implementadas fueron eficaces, se procede a cerrar la SAC-OM registrando la información en el F-E02.04.04-GC-001 Solicitudes de Acciones Correctivas y Oportunidades de Mejora.	Unidad de Gestión de Calidad	Coordinador de Calidad
	Fin del procedimiento		

VII. DOCUMENTOS QUE SE GENERAN O REFERENCIALES

1. Formatos que se generan
2. Solicitud de Acciones Correctivas y Oportunidades de Mejoras F-E02.04.04-GC-001
3. Procedimiento de Auditorías Internas PG-E02.04.02-GC-001
4. Procedimiento para el Análisis de Datos y la Revisión por la Dirección PG-E02.04.03-GC-001
5. Informes de auditorias
6. Acta de reunión de Análisis de Datos
7. Acta de reunión de Revisión por la Dirección
8. Registro de quejas y reclamos
9. Registro de salidas y servicios no conformes
10. Entre otros

VIII. PROCESO

1. Gestión de la Mejora Continua (E02.04)

IX. ANEXOS

1. Anexo N° 1: Fuentes de generación de Acciones Correctivas y Oportunidades de mejora

ANEXO N° 1

FUENTES DE GENERACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS

Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

FUENTES	REGISTROS	RESPONSABLE
Auditorias	Informe de auditoria	Auditor líder
Seguimiento de los objetivos de la calidad	Ficha de Indicador /Registro de Análisis de datos	Directo de Calidad Universitaria
Seguimiento de los objetivos estratégicos	Ficha de Indicador	Director Planificación y Desarrollo Institucional
Seguimiento de cumplimiento de requisitos de los usuarios y partes interesadas pertinentes	Resultados de las encuestas de Satisfacción de usuarios y partes interesadas pertinentes	Decanos, Directores y Jefes de Oficina
Seguimiento de cumplimiento de requisitos del servicio y las salidas de los procesos	Ficha de indicador	Dueños de procesos
Identificación de riesgos y oportunidades	Matriz de Identificación de riesgos y oportunidades	Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
Quejas o reclamos	Registro de quejas y reclamos	Decanos y jefes de Comités de Calidad
Evaluación de desempeño de proveedores	Conformidad del Servicio	Dueños de los procesos
Evaluación de desempeño de docentes	Registro de evaluación de docentes	Director de Desarrollo Académica
Evaluación de desempeño de personal administrativo	Registro de evaluación de personal administrativo	Jefe de Unidad de Personal Administrativo
Análisis de datos (indicadores)	Acta de Análisis de datos	Jefe de Gestión de la Calidad
Revisión por la Dirección	Acta de Revisión por la Dirección	Director de Calidad Universitaria

10. GESTIÓN DE LA CALIDAD - PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE QUEJA, INCIDENTES, ACCIDENTES Y SERVICIOS NO CONFORMES

UNIVERSIDAD NACIONAL DE FRONTERA.

Código: PG-E02.04.06-GC-001 Fecha de Aprobación: 07/02/222	Revisión: 01

Gestión de la Calidad
Procedimiento de
Gestión de Queja, Incidentes, accidentes y Servicios No Conformes

	Órgano o Unidad Orgánica	Nombre y Cargo	Firma
Elaborado por:	Oficina de gestión de calidad	Mg. Einstein Sanchez Bardales	
Revisado por:	Presidente de la Comisión Organizadora	Dr. Raúl Edgardo Natividad Ferrer	
	Vicepresidente Académico	Dra. Denesy Pelagia Palacios Jiménez	
	Vicepresidente de Investigación	Dr. Freddy Rogger Mejía Coico	
Aprobado por:	Presidente de la Comisión Organizadora	Dr. Raúl Edgardo Natividad Ferrer	
	Vicepresidente Académico	Dra. Denesy Pelagia Palacios Jiménez	
	Vicepresidente de Investigación	Dr. Freddy Rogger Mejía Coico	

Control de Cambios		
Revisión	**Sección / Ítem**	**Descripción del cambio:**
01	---	Nuevo

I. OBJETIVO

Establecer las actividades a realizar para el registro y tratamiento de las quejas, incidencias y/o servicios no conformes de los usuarios internos y partes interesadas en temas de Calidad, Medio Ambiente y Seguridad y Salud Ocupacional de la Universidad Nacional de Frontera (UNF). Garantizando la confidencialidad de los denunciantes y la objetividad de los investigadores.

II. ALCANCE

El presente procedimiento es de aplicación para toda la comunidad universitaria y partes interesadas de la Universidad Nacional de Frontera (UNF) donde se presenten quejas, incidentes y/o servicios no conformes por parte de los usuarios internos y partes interesadas.

III. BASE NORMATIVA

- Norma ISO 21001:2018
- Norma ISO 45000:2018
- Norma ISO 14001: 2015
- DS N° 042-2011-PCM, que establece la obligación de las entidades del sector público de contar con el Libro de reclamaciones.

IV. SIGLAS Y DEFINICIONES

4.1. Beneficiario: Persona o grupo de personas que se benefician de los productos y servicios de la UNF y a quienes la organización educativa está obligada a prestar servicios en virtud de su misión.
4.2. Estudiante: Beneficiario que adquiere y desarrolla competencia mediante un servicio educativo en la UNF.
4.3. Libro de Reclamaciones: Es un documento que constituye un mecanismo de participación de los estudiantes, docentes, administrativos o grupos de interés, por el cual pueden expresar su insatisfacción por alguno de los servicios de la UNF.
4.4. Partes interesadas: Persona u organización que puede afectar, verse afectada o percibirse a sí misma como afectada por una decisión o actividad.
4.5. Queja: Insatisfacción relacionada con la prestación de servicio. Ejm: Demora en la atención.
4.6. Reclamo: Disconformidad relacionada a los productos y servicios. Incumplimiento de los requisitos del servicio. Ejm: Títulos con errores.
4.7. Servicio No Conforme: Cuando el producto o servicio incumple los requisitos de calidad requeridos para poder llevar a cabo o continuar el proceso.
4.8. Incidente: Todo aquel suceso que tiene relación directa o indirecta sobre la marcha normal de las actividades.

V. REQUISITOS PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO

Descripción	Fuente
1. Formulario de quejas, incidencias y servicio no conforme F-E02.04.06-GC-001 2. Libro de reclamaciones en físico y virtual	Todos los procesos

VI. ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

N°	Actividad	Área	Responsable

1. Recepción y registro de la queja y/o incidencia y/o accidente			
1.1	Las quejas e incidencia en temas de calidad, seguridad y medio ambiente son recepcionadas por cada unidad y registradas en el libro de reclamaciones. Así también a través de mesa de partes y/o correo electrónico. Las recibidas a través del libros de reclamaciones son recepcionadas en presidencia al correo ipalacios@unf.edu.pe, y son derivadas a las respectivas unidades involucradas. El plazo de respuesta de dichas unidades es de 10 días hábiles. Presidencia tiene hasta 30 días hábiles para responder a los usuarios. Adicionalmente deberán ser registradas en el formulario de queja, apelación, servicio no conforme F-E02.04.06-GC-001. Para el caso de accidentes e incidentes peligrosos y no peligrosos, se reportan al jefe inmediato, CSST y Oficina de Gestión de la Calidad. Deben ser registrados en el formulario Registro de accidentes de trabajo. Para el caso de enfermedades ocupacionales son generados por el médico ocupacional y se informan a la entidad en caso el trabajador debe ser cambiado de puesto de trabajo.	Unidades operativas Oficina de Gestión de la Calidad Presidencia	Presidente Responsable del proceso o miembro de la comunidad universitaria
1.2	En caso de quejas, o incidentes de alumnos estos son registrados en el formulario de queja, servicio no conforme F-E02.04.06-GC-001.	Todos los procesos	Alumnos
1.3	En la descripción de la queja o incidencia o accidente se debe considerar toda la información relevante y necesaria para tener posteriormente, una investigación (análisis de causa) y respuesta.	Unidades operativas	Responsable del proceso

2.Evaluación inicial de la queja, reclamo e incidencia o accidente			
2.1	Para el caso de queja, reclamo o incidencia: El responsable del proceso donde se originó la queja y/o reclamo, en coordinación con el personal involucrado evaluarán y determinarán si: 2.1.1 La queja, reclamo o incidencia procede: cuando existió un error en nuestros procesos o a consecuencia de ello. Se genera un servicio de trabajo no conforme. En este caso el usuario tiene la razón y se detalla en el libro de reclamaciones y en el formulario de queja, reclamo, servicio con conforme F-E02.04.06-GC-001. Se debe considerar el registro de una actividad de comunicación con el cliente indicándole que su reclamo ha sido recibido.	Unidades operativas	Responsable del proceso

	2.1.2 La queja, reclamo o incidencia no procede: cuando no existió ningún error en nuestros procesos, ni como consecuencia de ello. No se genera un servicio no conforme. En este caso el usuario no tiene la razón, se detalla y finaliza el proceso. Se detalla en el libro de reclamaciones. El responsable del proceso comunicará al usuario, el resultado de la evaluación. Para el caso de los accidentes o incidentes, se procede con el traslado y/o atención del accidentado en la entidad médica correspondiente. El servicio de salud-tópico UNF atiende los casos de primeros auxilios.		
2.2	Para el caso de incidencias: El responsable del proceso donde se originó la incidencia, en coordinación con el personal involucrado evaluarán y determinarán: Si la incidencia no se considera un servicio no conforme, se procede a generar actividades de corrección indicando en el registro las fechas programadas de corrección. Si la incidencia se considera un servicio no conforme y se registra en el formulario de queja, reclamo, servicio no conforme F-E02.04.06-GC-001, se procede a generar actividades de corrección en caso aplique. Si se considera emitir una Acción Correctiva se debe marcar esta opción para la apertura de un nuevo registro en el cual se registrará las acciones, responsables y fechas de implementación de las actividades según el Procedimiento PG-E02.04.04-GC-001 Tratamiento de acciones correctivas y oportunidades de mejora. En el caso que el SNC identificado deba ser entregado al cliente se debe autorizar su entrega por el responsable del proceso o jefe de área.	Unidades operativas	Para las unidades académicas: Coordinadores de facultad Para las unidades administrativas: Coordinadores de facultad
2.3	En los casos en que se identifica un SNC las actividades propuestas deben describir las actividades que se realizan para el tratamiento del SNC y estas actividades deben ser apropiadas al efecto que pudieran tener sobre otros servicios, procesos o el cliente. El responsable de la investigación registra el análisis de las causas, y las actividades a tomar.	Unidades operativas	Para las unidades académicas: Coordinadores de facultad Para las unidades administrativas: Coordinadores de facultad
2.4	Cuando se trata de incidencias y/o quejas relacionadas a temas de seguridad y medio ambiente se registran en el formulario de seguimiento de quejas, reclamos y/o incidentes. Si se trata de generar acciones correctivas se sigue de acuerdo al	Unidades operativas	Para las unidades académicas: Coordinadores de facultad

	procedimiento PG-E02.04.04-GC-001 Tratamiento de acciones correctivas y oportunidades de mejora. De ser necesario se registrará la incidencia en la matriz de identificación de peligros y evaluación de riesgos o en la matriz de identificación y evaluación de aspectos ambientales de la UNF.		Para las unidades administrativas: Directores
3. Investigación (análisis de causa) y acción a tomar			
3.1	De proceder con el registro del servicio no conforme; el responsable asignado debe emplear los mecanismos que considere necesario para identificar que originó la queja, reclamo (diagrama de Pareto, Ishikawa, lluvia de ideas) y analizar la causa para poder plantea la acción a tomar registrándola en el formulario de queja, reclamo, servicio no conforme F-E02.04.06-GC-001. El responsable asignado debe conseguir la mayor cantidad de información posible para garantizar que la investigación de la queja sea lo más completa posible. Para el caso de los accidentes y/o incidentes se realiza la investigación en el lugar de los hechos, debiendo recoger las evidencias fotográficas, testimonios de los testigos y registrarlos en el Registro de accidentes de trabajo. Posteriormente se registran las acciones a tomar. Si se trata de un incidente peligros o un accidente fatal (hasta las 24 horas de ocurrido) se registra en el portal del Ministerio de Trabajo.	Unidades operativas	Para las unidades académicas: Coordinadores de facultad Para las unidades administrativas: Directores

4. Verificación de la acción a tomar			
4.1	Se verifica el cumplimiento de las acciones planteadas con la evidencia pertinente.	Oficina de gestión de la calidad	Jefe de Oficina de gestión de la calidad

5. Generación de Acción Correctiva y Oportunidad de Mejora			
5.1	Si la queja, reclamo, o servicio no conforme o accidente no fuera resuelta, se genera una solicitud de acción correctiva u oportunidad de mejora, se indica en el registro de queja y/o reclamo el número de AC/OM, el cual a su vez ***se debe*** registrar en el Formato F-E02.04.04-GC-001 de Solicitudes de Acciones Correctivas y Oportunidades de Mejora. En el caso contrario se cierra la queja. Todo queja debe culminar con el envío de una notificación de finalización del proceso de tratamiento de quejas.	Unidad operativa	Responsable del proceso

	Fin del procedimiento		

VII. DOCUMENTOS QUE SE GENERAN O REFERENCIALES

1. Formulario de queja, apelación, servicios no conforme F-E02.04.06-GC-001.
2. Formato F-E02.04.04-GC-001 de Solicitudes de Acciones Correctivas y Oportunidades de Mejora

VIII. PROCESO

1. Gestión de la Mejora Continua (E02.04)

IX. ANEXOS

---

11. GESTIÓN DE LA CALIDAD – PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS. UNIVERSIDAD NACIONAL DE FRONTERA.

Código: PG-PE03.04-OGC-006 Fecha de Aprobación: 07/02/2022	Revisión: 01

Gestión de la Calidad
Procedimiento de Gestión de Auditorías Internas

	Órgano o Unidad Orgánica	Nombre y Cargo	Firma
Elaborado por:	Oficina de gestión de calidad	Mg. Einstein Sanchez Bardales	
Revisado por:	Presidente de la Comisión Organizadora	Dr. Raúl Edgardo Natividad Ferrer	
	Vicepresidente Académico	Dra. Denesy Pelagia Palacios Jiménez	
	Vicepresidente de Investigación	Dr. Freddy Rogger Mejía Coico	
Aprobado por:	Presidente de la Comisión Organizadora	Dr. Raúl Edgardo Natividad Ferrer	
	Vicepresidente Académico	Dra. Denesy Pelagia Palacios Jiménez	
	Vicepresidente de Investigación	Dr. Freddy Rogger Mejía Coico	

Control de Cambios		
Revisión	**Sección / Ítem**	**Descripción del cambio:**
01	---	Nuevo

I. OBJETIVO

Establecer la metodología para la planificación, ejecución y seguimiento de las auditorías internas del Sistema de Gestión de la Calidad Universitaria (SIGCUNF) con el fin de obtener información en relación a:

- La conformidad con los requisitos establecidos en la norma ISO 21001:2018, ISO 14001:2015 e ISO 45001:2018 los requisitos legales y reglamentarios y todos los requisitos establecidos por la UNF para el sistema de gestión.
- Su implementación y mantenimiento eficaz y la mejora continua.

II. ALCANCE

Este procedimiento aplica a todas las auditorías internas que se realicen al SIGCUNF

III. BASE NORMATIVA

1. ISO 21001:2018
2. ISO 14001:2015
3. ISO 45001:2018

IV. SIGLAS Y DEFINICIONES

Auditoría interna: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría.

Alcance de Auditoría: Extensión y límites de una auditoría.

Auditor: Persona con competencia para llevar a cabo una auditoría**.**

Auditor líder: El auditor que lidera al equipo auditor.

Auditado: Área o persona, sometida a una auditoría.

Equipo auditor: Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría.

Programa de Auditoria: Detalles acordados para un conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

Plan de Auditoria: Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.

Conformidad: Cumplimiento de un requisito.

No conformidad: Incumplimiento de un requisito.

Observación: Situaciones donde la evidencia de incumplimiento no es suficiente, existe beneficio de duda o se trata de hechos aislados o puntuales de incumplimiento.

Evidencia de Auditoria: Registros**,** declaraciones de hecho o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoria y que son verificables.

Hallazgos de la auditoria: Resultado de la evaluación de la evidencia de la auditoria recopilada frente a los criterios de la auditoria.

Riesgo: Efecto de la incertidumbre sobre los objetivos.

Criterios de Auditoria: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos usados como referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoría.

Evidencia de la auditoría: Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que es pertinente para los criterios de auditoría y que es verificable.

Conclusiones de Auditoria: Resultado de la auditoria tras considerar los objetivos de la auditoria y todos los hallazgos de la auditoría.

Cliente de auditoría: Organización o persona que solicita una auditoría.

Sistema de gestión: Sistema para establecer la política y los objetivos y para lograr dichos objetivos.

V. REQUISITOS PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO

Descripción	Fuente
1. Que el SIGCUNF esté implementado y mantenido	ISO 21001:2018 ISO 14001:2015 ISO 45001:2018 Documentos asociados a los procesos

VI. ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO

N°	Actividad	Área	Responsable
GESTIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORIAS			
1	En el último trimestre de cada año, planifica las auditorías a realizarse al SIGCUNF para el año siguiente, elaborando la propuesta del **Programa de Auditorías Internas.** Para la elaboración del programa se tiene en consideración: ● Resultados de las auditorias previas ● Riesgos para el auditado: fechas, disponibilidad de tiempo, recursos, ambientes. ● Riesgos para el proceso: disponibilidad de auditores, recursos si son externos. ● Características (importancia y complejidad) de los procesos, programas, facultades ● Requisitos legales, de acreditación, u otros requisitos de compromisos adquiridos. ● Nivel de desempeño/madurez de las áreas, programas, facultades, procesos: logro de objetivos, implementación de acciones correctivas, gestión de las quejas, gestión de los servicios no conformes o no conformidades, entre otros aspectos del SIGCUNF. ● Cambios que afecten a la organización ● Prioridades de la Alta Dirección En el **Anexo N°1** se cuenta con una tabla que provee lineamientos/orientaciones que puedan servir de soporte para la planificación.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad
2	El programa de auditoría incluye al menos: Objetivo, alcance, riesgos identificados, recursos (auditores, métodos, disponibilidad de TICs). Asimismo en el alcance considera a todos los programas, facultades, direcciones, y otras áreas pertinentes de la UNF, así como todos los requisitos del SIGCUNF.		
3	Revisa el Programa de Auditorías y lo envía a la Alta Dirección para su aprobación	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
4	Aprueba el Programa de Auditorias	Comisión Organizadora	Presidencia de la CO

			/ Vicepresidencia Académica de la CO / Vicepresidencia de Investigación de la CO
5	Coordina la ejecución de cada una de las auditorias planificadas en el programa desde su inicio hasta el cierre de las acciones correctivas después de verificar la eficacia de éstas.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
6	Hace el seguimiento de los resultados de las auditorías realizadas y, de ser necesario, lleva a cabo modificaciones para la implementación de mejora al Programa, gestionando la aprobación de las nuevas versiones del Programa actualizado.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
EQUIPO AUDITOR - COMPETENCIA			
7	Selecciona a los auditores y mantiene actualizada la **Lista de auditores** aprobados para el SIGCUNF, considerando los requisitos establecidos en el **Anexo N°2.**	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
8	Asegura que los auditores mantengan la competencia y estén conscientes de su trabajo en forma independiente y guardando la confidencialidad de la información, mediante la **firma de la Carta de Compromiso del Auditor/Auditor Líder.**	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
9	Lleva a cabo la evaluación del desempeño de los auditores internos según los lineamientos establecidos en el **Anexo N°2,** brinda la retroalimentación y define los planes de acción para eliminar las brechas identificadas.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
REALIZACIÓN DE LA AUDITORIA			
Preparación			

10	Al menos 15 días previos a cada auditoria programada, toma contacto inicial con el área/proceso a ser auditado para: ● Confirmar la viabilidad de la auditoria según las fechas establecidas ● Confirmar objetivos, alcance, métodos, composición del equipo auditor y los expertos (de ser necesario) y criterios (requisitos legales, de la norma, documentos generales del SIGCUNF así como documentos específicos al programa/proceso). ● Contar con acceso a los documentos y registros pertinentes al propósito ● Acordar la participación de observadores y guías ● Determinar cualquier interés o preocupación del auditado	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
11	Al menos 10 días previos a cada auditoria se pone en contacto con el Equipo auditor para proveerle toda la información necesaria para llevar a cabo la auditoria.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
12	Revisa la documentación necesaria para llevar a cabo la auditoria considerando el objetivo, alcance, criterios y metodología. Con esta información prepara el **Plan de Auditoria** y lo envía al Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad. El plan de auditoria incluye al menos: objetivo, alcance, criterios, ubicaciones, fecha, horarios y duración de las actividades a llevarse a cabo, responsabilidades, auditores, recursos, riesgos (de aplicar)	No aplica	Auditor Líder
13	Envía el **Plan de Auditoria,** a los responsables de los procesos auditados.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
14	Revisa la documentación necesaria específica para las áreas/procesos a auditar y prepara su Lista de Verificación pertinente utilizando de ser necesario el **Formato de Lista de Verificación de la Auditoria**	No aplica	Equipo Auditor
Ejecución de la auditoria "in situ"			
15	Lleva a cabo la reunión de apertura, re-confirmando la viabilidad de todas las actividades indicadas en el plan de auditoria. De ser necesario se realizan los ajustes pertinentes (horarios de entrevistas, personas a entrevistar, lugares, guías, etc.). Los asistentes firman el **Acta de la reunión de apertura.**	No aplica	Auditor Líder

16	Participan en la reunión de apertura	Escuelas/Programas/áreas/procesos a ser auditados	Alta dirección (o su representante) Equipo auditor Dueños de los procesos a ser auditados
17	Llevan a cabo las entrevistas, revisan la documentación, recopilan las evidencias de las auditorías y las comparan con los criterios para tener los hallazgos de la auditoria. Hace uso de la **Lista de Verificación de la Auditoria** para registrar las evidencias de la auditoria. Luego de cada entrevista provee un resumen de los resultados. .	No aplica	Equipo Auditor
18	Acompañan a los auditores durante el proceso, llevándolos a las áreas o personas con las cuales los auditores van a entrevistarse. Apoyan en la comunicación con los diferentes actores.	No aplica	Guías
19	Pueden acompañar a los auditores sin proveer información o hacer preguntas, solo en calidad de oyentes y observadores.	No aplica	Observadores/auditores en entrenamiento
20	De ser necesario o según lo planificado, se reúnen para compartir impresiones, resultados y tomar alguna acción de ser necesario.	No Aplica	Auditor Líder y su equipo
21	Comunica periódicamente sobre el progreso de la auditoría y cualquier inquietud al auditado (al responsable del proceso de auditoria) y cuando sea necesario al responsable del SIGCUNF	No aplica	Auditor Líder
22	Prepara las conclusiones de la auditoria: ● grado de conformidad y reconocimiento de fortalezas del SIGCUNF con los criterios, incluyendo la eficacia del SG para cumplir con los objetivos establecidos ● implementación, mantenimiento y mejora del SIGCUNF ● capacidad del proceso de la revisión por la dirección para asegurar la continua idoneidad, adecuación, eficacia y mejora del SIGCUNF ● logro de los objetivos de auditoria, cobertura del alcance y cumplimiento de los criterios de auditoria ● Hallazgos, considerando la clasificación de éstos según el **Anexo N°3.**	No aplica	Auditor líder

23	Lleva a cabo la reunión de cierre de auditoria, explicando, cuando sea apropiado, lo siguiente: ● La evidencia de auditoria se ha basado en muestra de la información disponible ● El método en que se presentan los resultados (clasificación de las NC) ● Proceso de tratamiento de los hallazgos y posibles consecuencias ● La presentación de los hallazgos y conclusiones de la auditoria ● Actividades posteriores (presentación de las acciones correctivas, seguimiento de su implementación, verificación de eficacia y cierre de éstas) La información resumida de la reunión de apertura es registrada en el **Acta de la reunión de cierre.**	No aplica	Auditor Líder
Preparación y distribución del Informe de auditoria			
24	Prepara el **Informe de Auditoría**. El informe incluye al menos la siguiente información: ● Objetivo(s), alcance, criterios de la auditoria ● Equipo auditor y participantes por parte del auditado ● Fechas y ubicaciones donde se llevó a cabo la auditoria ● Los hallazgos y las evidencias relacionadas, así como oportunidades de mejora ● Las conclusiones ● Una declaración del grado en que se han cumplido los criterios de auditoria. ● Hacer referencia e incluir el Plan de auditoria ● Hacer referencia al desarrollo de la auditoria incluyendo algún obstáculo que pueda haberse presentado y que pueda disminuir la confianza de las conclusiones ● Confirmación del cumplimiento de los objetivos de la auditoria según el plan ● Cualquier área no cubierta ● Opiniones divergentes entre equipo auditor y auditado, si se presentaran ● Buenas prácticas identificadas ● Planes de acción de seguimiento ● Declaración de la naturaleza confidencial de la información a la que se tuvo acceso	No aplica	Auditor Líder

	• Lecciones aprendidas y cualquier implicación para que retroalimente al programa de auditoria • Lista de distribución del Informe de auditoria		
25	Recibe el informe de auditoría, lo revisa y emite las Solicitudes de Acciones Correctivas (SACs) correspondientes. Envía a todos los auditados el Informe de auditoría, acompañados de las SACs según corresponda.	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y VERIFICACIÓN SU EFICACIA			
26	Revisa los hallazgos reportados en las SACs, analiza la información y de ser necesario toma las acciones inmediatas que sean pertinentes para eliminar el problema	Área o programa auditado	Responsable del área/proceso/ programa auditado
27	Lleva a cabo un análisis de la(s) causa(s) raíz(ces), y propone las acciones correctivas pertinentes y envía el registro de las SACs al Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad Para el caso de las oportunidades de mejora, analiza las diferentes alternativas para el logros de la oportunidad planteada y de considerar pertinente decide la implementación de ellas llenando el registro correspondiente en el cual se listan las actividades o acciones, las fechas de finalización y los responsables de cada acción.	Área o programa auditado	Responsable del área/proceso/pro grama auditado
28	Implementa las acciones correctivas planteadas para eliminar las causas raíces de los hallazgos o las acciones planteadas para el logro de las oportunidades identificadas en la auditoria, según las fechas y los responsables indicados.	Área o programa auditado	Responsable del área/proceso/pro grama auditado
29	Hace el seguimiento de la implementación de las acciones propuestas y verifica su eficacia para el cierre de las mismas.	Unidad de Gestión de la Calidad	Jefe de Unidad
	Fin del procedimiento		

VII. DOCUMENTOS QUE SE GENERAN O REFERENCIALES

Formatos que se generan

1. Formato del Programa de Auditorias
2. Formato del Plan de auditoria
3. Formato de Lista de Verificación
4. Formato de Solicitudes de Acción Correctiva
5. Formato de Informe de Auditoria

Documentos de Referencia

6. Procedimiento de Acciones Correctivas
7. Norma ISO 21001
8. Norma ISO 19011

VIII. PROCESO

1. PE03 Gestión de Calidad

IX. ANEXOS

1. Anexo N° 1: Criterios para el cálculo de la frecuencia/programación de las auditorías internas
2. Anexo N° 2: Criterio de Calificación de los auditores.
3. Anexo N°3: Clasificación de los hallazgos.

ANEXO N° 1

CRITERIOS PARA EL CÁLCULO DE LA PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS:

A) Criterios de Auditoria y Puntajes

- Desempeño del Proceso o del Programa

RESULTADOS DE INDICADORES	PUNFAJE
Incumplimiento **anual** de uno de los objetivos o alguna de las metas.	3
Alguna desviación de un indicador en uno de los periodos	2
Más de una desviación en un indicador ó Desviaciones en más de un indicador	1

- Criticidad/complejidad/importancia del Proceso

PROCESOS	PUNFAJE
Operativos / Muy complejo /impacta fuertemente en la acreditación o licenciamiento	3
Soporte / Complejo/	2
Estratégicos / No complejo	1

- Complejidad o importancia para la Dirección del Proceso/Programa

PROCESOS	PUNFAJE
Muy complejo /impacta fuertemente en la acreditación o licenciamiento o algún otro aspecto legal	3
Complejo/impacta en algún grado en la acreditación o licenciamiento o en algún otro aspecto legal	2
No complejo / No impacta en la acreditación o licenciamiento o algún otro aspecto legal	1

- Cantidad de Solicitudes de Acciones Correctivas y Oportunidades de Mejora abiertas (como resultado de auditorías previas, salidas no conformes, quejas, reclamos, entre otros).

CANTIDAD DE SAC-OM	PUNFAJE
>= 8	3
4 a 7	2
>= 3	1

- Resultados de auditorías previas de acuerdo a la siguiente tabla:

MAYOR	MENOR	PUNFAJE
> = 5		3
2 a 4		2
1	>= 3	2
	>= 3	2
1	< 3	1
	< 3	1

B) Calculo de Resultados y Frecuencia de Auditorias:

PUNFAJE TOTAL	ADITORÍAS AL AÑO	FRECUENCIA
De 1 a *5*	1	Anual
Más de 5	2	2 veces al año

ANEXO N° 2

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN, EVALUACIÓN Y MEJORA DEL DESEMPEÑO DE LOS AUDITORES INTERNOS DE LA UNF

CRITERIOS DE SELECCIÓN DEL AUDITOR

EDUCACIÓN	FORMACIÓN	EXPERIENCIA
Estudios técnicos o profesionales	● Haber aprobado un curso de Interpretación de los requisitos de la norma ISO 21001 con al menos doce (12) horas (ocho horas en caso de actualización de la norma). ● Haber aprobado un curso de formación de auditores internos según la norma ISO 19011 de al menos doce (12) horas (ocho horas en caso de actualización de la norma). ● Conocimientos del proceso a auditar.	● Al menos 16 horas auditor observando a otro auditor competente. ● Al menos 16 horas auditor como responsable pero con la tutoría de otro auditor competente. ● Experiencia en otras organizaciones como auditor al menos en unas 32 horas auditor.

CRITERIOS DE SELECCIÓN AUDITOR LIDER (adicionales a los criterios para auditor)

EDUCACIÓN	FORMACIÓN	EXPERIENCIA
Ninguna adicional	Recomendable (no obligatorio) haber aprobado el curso de auditor líder IRCA (u otro similar). Recomendable (no obligatorio) haber llevado alguna especialización o cursos sobre Sistemas de Gestión de la Calidad u otros.	Obligatorio ● Al menos 16 horas auditor como observador de un auditor líder competente. ● Al menos dos auditorías (con un total de más de 32 horas auditor) haciendo las funciones de auditor líder pero acompañado de un auditor líder competente. ● Experiencia en otras organizaciones como auditor líder (al menos 02 auditorías con un total de 32 horas auditor).

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
1	En cada proceso de auditoría, en una escala de 1 al 5, evalúa al auditor interno durante su participación en las auditorías internas programadas siguiendo los lineamientos indicados en el **Formato Registro de evaluación de auditores,** entre ellos: Integridad Pensamiento analítico Perseverancia Flexibilidad Trabajo en equipo Liderazgo Capacidad de planificación Desempeño técnico El resultado promedio es consolidado en el **Registro Lista de Auditores Aprobados del SIGCUNF.**	Auditor líder
2	En caso el auditor tenga una puntuación menor a 3, recibe una retroalimentación para la mejora del desempeño y si es necesario se planifica actividades de capacitación o acompañamiento para obtener mayor experiencia. Estas actividades se registran **en Formato Registro de evaluación de auditores**	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

ANEXO N° 3

CLASIFICACIÓN DE LOS HALLAZGOS NO CONFORMES

TIPO O NIVEL DE NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN
No Conformidad Mayor	Incumplimiento completo o sistemático de un requisito. Incumplimiento que impacta significativamente al cumplimiento de requisitos establecidos o implícitos de los usuarios o que impacta a su satisfacción o algún aspecto legal.
No Conformidad Menor	Incumplimiento parcial o puntual de algún requisito y que NO afecta significativamente al cumplimiento de los requisitos del cliente, su satisfacción o a algún aspecto legal.
Observación	Se ha encontrado algunas evidencias que dan indicios de probable incumplimiento pero que no se cuenta con las evidencias completas para completar una No conformidad.
Oportunidad de mejora	Situación observada que no incumple ningún requisitos establecido pero que puede ser evaluado por el auditado para decidir si la aprovecha para mejorar el SIGCUNF