



Resolución de Presidencia N° 330-2015-P/IPD

Lima 24... de ..Agosto..... del ..2015...

CONSIDERANDO:

Que, mediante Decreto Supremo N° 046-2014-PCM, se aprobó la Política Nacional para la Calidad, el mismo que se fundamenta en la promoción de la productividad, la innovación y la competitividad, la provisión de bienes y servicios idóneos, y el cumplimiento de los estándares de calidad; el desarrollo de una cultura de calidad con una visión descentralizada, difundiendo el conocimiento científico y la mejores prácticas de calidad; la producción y el uso de bienes y servicios de calidad mediante la utilización de estándares de calidad y la adecuación de la normativa que favorezca su diseño, producción y distribución; y una política transversal que involucre a los poderes públicos y agentes económicos con una cobertura nacional y con los recursos necesarios para su sostenibilidad;

Que, el literal f) del artículo 20° del reglamento de Organización y Funciones del IPD, aprobado por Decreto Supremo N° 017 – 2004 – PCM, señala que la Oficina de Presupuesto y Planificación tiene entre sus funciones “Establecer los mecanismos de Gestión de Calidad de las actividades deportivas, que permita en la medida de lo posible, alcanzar una certificación”.

Que, el literal c) del numeral 4.2.1 de la Norma ISO/IEC 9001:2008, establece entre los requisitos para la documentación de un Sistema de Gestión de Calidad, el establecimiento de procedimientos documentados y los registros requeridos por esta Norma Internacional, además es necesario precisar que como parte de las acciones necesarias para certificar bajo la Norma ISO/IEC 9001:2008 el proceso de “Autorización y Otorgamiento de las Subvenciones a favor de las Federaciones Deportivas Nacionales y el Comité Olímpico Peruano”, se requiere establecer los procedimientos que indica la norma citada.

Que, la Oficina de Presupuesto y planificación ha presentado su propuesta de procedimientos obligatorios requerido por la Norma ISO 9001:2008, denominados: “Procedimiento de acciones de mejora”, “Procedimiento de acciones preventivas y correctivas”, “Procedimiento de atención de sugerencias, reclamos y quejas”, “Procedimiento de auditorías internas”, “Procedimiento de control de documentos externos”, “Procedimiento de control de documentos internos”, “Procedimiento de control de registros”, “Procedimiento de tratamiento de servicios no conformes” del IPD, con la finalidad de optimizar la gestión institucional, el mismo que considera es necesario aprobar.

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 28036 – Ley de Promoción y Desarrollo del Deporte;





PERÚ

Con las visaciones de la Secretaría General, Oficina de Presupuesto y Planificación y Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar los siguientes documentos:

- Procedimiento de acciones de mejora.
- Procedimiento de acciones preventivas y correctivas.
- Procedimiento de atención de sugerencias, reclamos y quejas.
- Procedimiento de auditorías internas.
- Procedimiento de control de documentos externos
- Procedimiento de control de documentos internos.
- Procedimiento de control de registros.
- Procedimiento de tratamiento de servicios no conformes.

Del Instituto Peruano del Deporte, cuyos adjuntos forman parte de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Publicar la presente Resolución en la página Web del IPD: www.ipd.gob.pe

Regístrese y Comuníquese;

DR. SAUL BARRERA AYALA
Presidente (e)
INSTITUTO PERUANO DEL DEPORTE





PROCEDIMIENTO DE ACCIONES DE MEJORA

Concepto	Nombre y Apellido – Cargo	Firma	Fecha de Firma
Elaborado por :	Julio César Luque Maldonado- Jefe de la Unidad de Organización y Métodos		
Revisado por :	Tania Zurita Sánchez - Jefe de la Oficina de Presupuesto y Planificación		
Aprobado por :	Saúl Barrera Ayala – Secretario General del IPD		

Título: PROCEDIMIENTO DE ACCIONES DE MEJORA	Código: OPP-SGC-PR-01	Versión: 1	Página: 2/7
--	--------------------------	---------------	----------------

INDICE

1. OBJETIVO.....	3
2. ALCANCE.....	3
3. DOCUMENTOS A CONSULTAR.....	3
4. GLOSARIO DE TÉRMINOS	3
5. DEFINICIONES.....	3
6. CONDICIONES.....	3
7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	4
8. DIAGRAMA DE FLUJO.....	5
9. REGISTROS.....	6
10. HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS	6
11. ANEXOS	6



Título: PROCEDIMIENTO DE ACCIONES DE MEJORA	Código: OPP-SGC-PR-01	Versión: 1	Página: 3/7
---	---------------------------------	----------------------	-----------------------

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos y el procedimiento para la identificación e implementación de acciones de mejora que permitan el mejoramiento continuo de la eficacia, eficiencia y efectividad del SGC en el IPD.

2. ALCANCE

El presente procedimiento es administrado por la Unidad de Organización y Métodos de la Oficina de Presupuesto y Planificación y es fuente de aplicación para las áreas comprendidas en el alcance del SGC del IPD. El procedimiento se inicia con la identificación de la acción (oportunidad) de mejora y termina con el registro del cierre de las acciones (oportunidades) de mejora.

Este procedimiento es aplicable a los procesos comprendidos dentro del alcance del SGC, bajo la norma ISO 9001:2008.

3. DOCUMENTOS A CONSULTAR

- 3.1. Ley N° 28036 - Ley de Aprobación y Desarrollo del Deporte y su modificatoria Ley N° 29544.
- 3.2. D. S. N° 017-2004-PCM que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del IIPD y su modificatoria D.S. N° 086-2004-PCM.
- 3.3. Resolución N° 440-2006-P/IPD que aprobó el Manual de Organización y Funciones del IPD y sus modificatorias.
- 3.4. Directiva N° 023-2015-IPD-OPP-UOM. Formulación, Aprobación y Actualización de Directivas del Instituto Peruano del Deporte.
- 3.5. Norma ISO 9000:2005. Sistemas de Gestión de la Calidad. Principios y Vocabulario.
- 3.6. Norma ISO 9001:2008. Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos.

4. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- 4.1. IPD: Instituto Peruano del Deporte
- 4.2. RED: Representante de la Dirección
- 4.3. SGC: Sistema de Gestión de Calidad

5. DEFINICIONES

Para el caso específico del presente procedimiento se consideran las siguientes definiciones:

- 5.1. Mejora Continua: Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.
- 5.2. Oportunidad de Mejora: Acción recomendada, que al ser implementada implica una mejora en el sistema de gestión.

6. CONDICIONES

- 6.1. Las oportunidades de mejora pueden surgir a partir de:
 - a. La revisión por la Dirección.
 - b. Las auditorías internas o externas.
 - c. El análisis de datos.
 - d. Los reclamos de los clientes que se repiten y proceden.
 - e. Los hallazgos del personal.
 - f. La revisión de las necesidades y expectativas del cliente.
 - g. El análisis del mercado.
 - h. El análisis de datos.
 - i. Las mediciones de satisfacción del cliente.
 - j. Los controles, revisiones y mediciones de los procesos.
 - k. La evaluación de registros del SGC.
 - l. Las lecciones aprendidas de experiencias pasadas.



- 6.2. El Jefe del órgano o unidad orgánica, evaluará las oportunidades de mejora planteadas por el personal, aprueba aquellas que considere convenientes y/o viables para el IPD, determina la prioridad de éstas y les asigna los recursos necesarios y al responsable de la mejora.
- 6.3. El responsable de la mejora designado, de requerirlo, podrá conformar un equipo de mejora para realizar el diagnóstico de la situación actual, recopilar y analizar datos para determinar las acciones a tomar, fijar tiempos para su implementación y formular indicadores para su posterior evaluación de impacto.
- 6.4. Los tiempos para las acciones determinadas en el campo "Acciones a Tomar" serán estimados considerando la disponibilidad de los recursos requeridos. Una vez transcurridos los plazos de ejecución previstos, y en cualquier caso y como mínimo, bimestralmente, se comprobará el cumplimiento de los mismos, se valorará la eficacia de las acciones ejecutadas y si se evaluará la conveniencia de realizar ajustes a la implementación de las oportunidades de mejora.
- 6.5. El RED, será el responsable de realizar la revisión del estado de las oportunidades de mejora mediante el formato "Seguimiento de Oportunidades de Mejora"; en dichas revisiones deberá procurar que toda oportunidad de mejora registrada sea gestionada adecuadamente hasta su cierre; estas revisiones serán trimestrales y se realizarán en los 5 días útiles siguientes al cierre de cada trimestre. Esto último, no es impedimento para la realización de revisiones no programadas si el RED lo estime conveniente.

7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nº	Actividad	Responsable
7.1	Identifica una oportunidad de mejora y la comunica al Jefe del órgano o unidad orgánica, según corresponda, para su evaluación.	Personal del IPD
7.2	<p>Evalúa la pertinencia de la oportunidad de mejora planteada.</p> <p>7.2.1 Si es viable, registra la fecha, el nombre del proceso al que pertenece la oportunidad de mejora, y la descripción de la misma, en el formato "Seguimiento de Oportunidades de Mejora". Continúa en el paso 7.3.</p> <p>7.2.2 Si no es viable, comunica el hecho al personal que reportó la oportunidad de mejora. Fin del procedimiento.</p>	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
7.3	Designa al responsable de ejecutar las acciones de mejora y lo registra en el formato "Seguimiento de Oportunidades de Mejora".	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
7.4	Determina y registra las acciones a tomar en el formato "Seguimiento de Oportunidades de Mejora".	Responsable de la Mejora
7.5	Ejecuta las "Acciones a tomar".	Responsable de la Mejora
7.6	<p>Verifica la efectividad de las acciones tomadas.</p> <p>7.6.1 Si las acciones tomadas fueron efectivas, registra el cierre de la mejora en la sección "Estado" del formato "Seguimiento de Oportunidades de Mejora". Fin del procedimiento.</p> <p>7.6.2 Si las acciones tomadas no fueron efectivas, solicita al Responsable de la mejora que realice nuevamente la determinación de las acciones a tomar. Regresa al paso 7.4.</p>	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica



Título: PROCEDIMIENTO DE ACCIONES DE MEJORA	Código: OPP-SGC-PR-01	Versión: 1	Página: 6/7
--	--------------------------	---------------	----------------

9. REGISTROS

Descripción	Código	Nº de ejemplares	Lugar de archivo	Tiempo de archivo (Años)
Seguimiento de Oportunidades de Mejora	SGC-FO-04	1	Archivo del Área	Permanente

10. HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS

Nº de versión	Nº de capítulo/ Ítem	Párrafo/ Figura/ Tabla/ Nota	Modificaciones

11. ANEXOS

Descripción	Anexo
Seguimiento de Oportunidades de Mejora	A





PROCEDIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS

Concepto	Nombre y Apellido – Cargo	Firma	Fecha de Firma
Elaborado por :	Julio César Luque Maldonado- Jefe de la Unidad de Organización y Métodos		
Revisado por :	Tania Zurita Sánchez - Jefe de la Oficina de Presupuesto y Planificación		
Aprobado por :	Saúl Barrera Ayala – Secretario General del IPD		

Título: PROCEDIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS	Código: OPP-SGC-PR-02	Versión: 1	Página: 4/9
---	---------------------------------	----------------------	-----------------------

- a. Las auditorías internas o externas.
 - b. Los reclamos de los clientes que se repiten y proceden.
 - c. La repetición de Servicios No Conformes.
 - d. Los hallazgos del personal.
- 6.3. Las No Conformidades potenciales se identificarán a partir de:
- a. La revisión de las necesidades y expectativas del cliente.
 - b. El análisis del mercado.
 - c. El análisis de datos.
 - d. La revisión por la Dirección.
 - e. Las mediciones de satisfacción del cliente.
 - f. Los controles, revisiones y mediciones de los procesos.
 - g. La evaluación de registros del SGC.
 - h. Las lecciones aprendidas de experiencias pasadas.
 - i. Los hallazgos del personal.
- 6.4. Para realizar el análisis de causas se podrán utilizar herramientas como: Diagrama Causa-Efecto, Diagrama de Pareto, Técnica de los 5 porqués, entre otras.
- 6.5. Al investigar las causas de las desviaciones, se podrá agrupar la mayor parte de ellas en los siguientes supuestos.
- a. Personal:
 - i) Cualificación inadecuada o incompleta del personal.
 - ii) Falta (insuficiencia) de personal.
 - b. Equipos:
 - i) Mantenimiento inadecuado o incorrecto del equipamiento o infraestructuras.
 - ii) Averías imprevistas.
 - iii) Falta de equipamiento o infraestructuras adecuados.
 - c. Material:
 - i) Aprovisionamiento de material inadecuado, fallido o fuera de plazo.
 - ii) Stock mínimo de aprovisionamiento inadecuado.
 - iii) Condiciones de almacenamiento inadecuadas.
 - d. Método:
 - i) Instrucciones inadecuadas o incompletas suministradas al personal o inexistentes.
 - ii) Problemas en la comunicación interna.
- 6.6. El personal involucrado en el Sistema de Gestión de Calidad será responsable de identificar e informar a sus superiores (Jefe del órgano o unidad orgánica) de las No Conformidades para que estos las reporten al Representante de la Dirección, para su evaluación.
- 6.7. Aquellas solicitudes de acción producto de auditorías realizadas al SGC serán entregadas al RED por el Auditor. Estas solicitudes deberán contener la descripción de la No Conformidad, la fecha de reporte del hallazgo y el nombre del Auditor.
- 6.8. En el caso que el RED sea el responsable del análisis de causas y/o acciones a tomar, corresponderá al Jefe del órgano o unidad orgánica, verificar la SAC.
- 6.9. Todo el personal tendrá la responsabilidad de solicitar una acción preventiva y/o correctiva, con el fin de prevenir la ocurrencia o recurrencia de situaciones de No Conformidad relacionadas con el SGC.
- 6.10. Los tiempos para las actividades (acciones) determinadas en el plan de acciones deberán ser realistas y razonables para las medidas correctivas. Una vez transcurridos los plazos de ejecución previstos, y en cualquier caso y como mínimo, bimestralmente, se comprobará el cumplimiento de los mismos y se valorará la eficacia de las acciones ejecutadas.



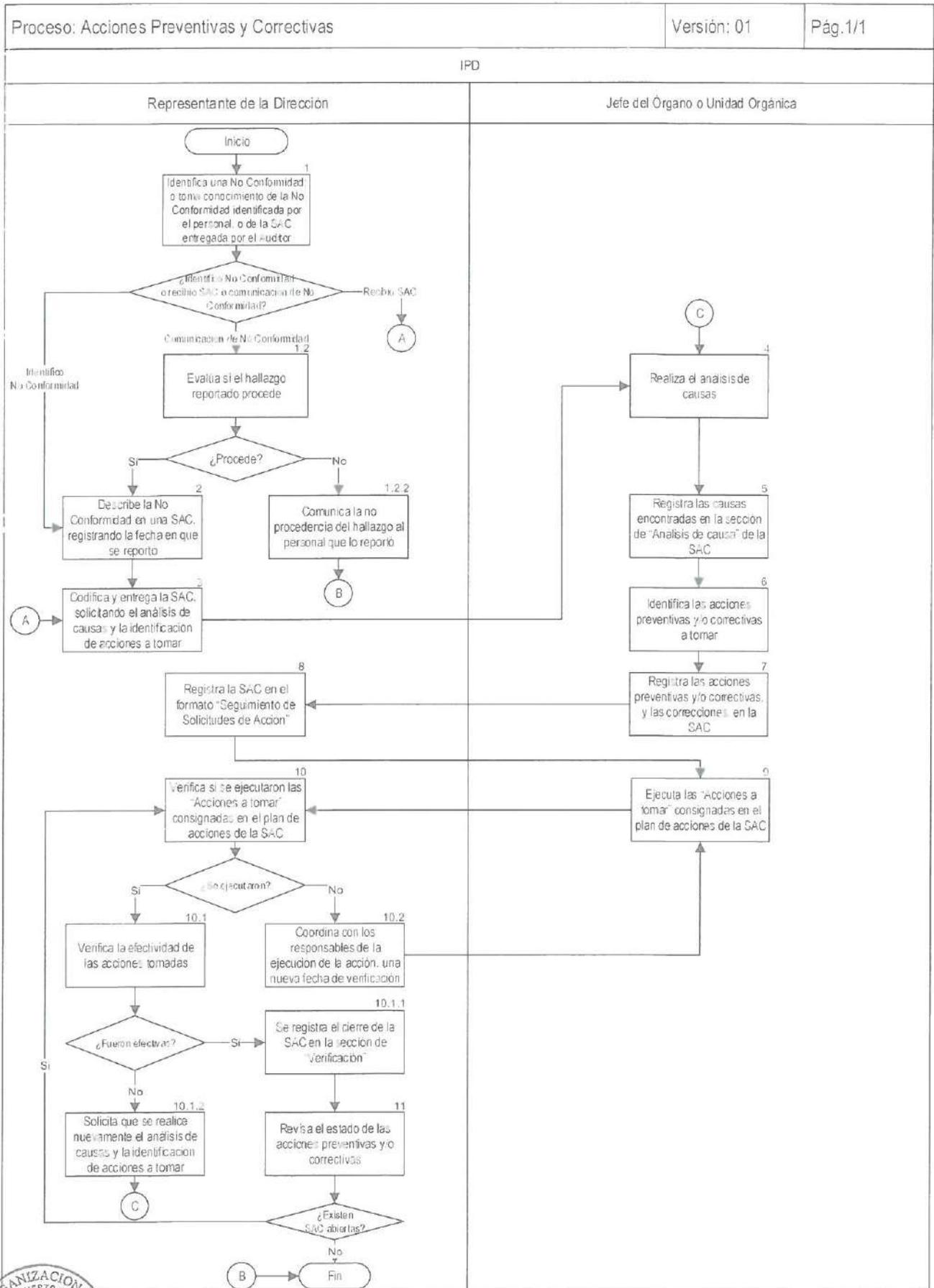
Título: PROCEDIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS	Código: OPP-SGC-PR-02	Versión: 1	Página: 5/9
--	--------------------------	---------------	----------------

7 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

N°	Actividad	Responsable
Identificación, Evaluación y Descripción		
7.1	Identifica una No Conformidad; o toma conocimiento de la No Conformidad identificada por el personal del IPD, o de la SAC entregada por el Auditor.	Representante de la Dirección
	7.1.1 Si identificó una No Conformidad, continúa en el paso 7.2.	
	7.1.2 Si recibió comunicación de una No Conformidad; evalúa si la misma procede coordinando con el personal responsable del proceso, de ser necesario.	
	7.1.2.1 Si procede, continúa en el paso 7.2.	
	7.1.2.2 Si no procede, comunica el hecho al personal que reportó la No Conformidad. Fin del procedimiento.	
7.1.3 Si recibió una SAC, continúa en el paso 7.3.		
7.2	Describe la No Conformidad en una SAC, registrando además la fecha en que se reportó la misma.	Representante de la Dirección
Codificación y Distribución		
7.3	Codifica y entrega la SAC al Jefe del órgano o unidad orgánica, responsable del proceso, según corresponda, solicitando que realice el análisis de causas y que identifique las acciones a tomar que correspondan. Nota: La codificación se realiza de la siguiente manera: XXX-YYYY, donde XXX es el número correlativo de la SAC e YYYY es el año en curso.	Representante de la Dirección
Análisis de Causa		
7.4	Realiza el análisis de causas, coordinando con el personal involucrado si fuera necesario, para encontrar la causa que originó la No Conformidad detectada.	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
7.5	Registra las causas encontradas en la sección de "Análisis de causa" de la SAC.	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
Acciones a Tomar		
7.6	Identifica las acciones preventivas y/o correctivas a tomar para las causas encontradas, con el fin de que éstas no vuelvan a ocurrir, coordinando con el personal involucrado si fuera necesario.	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
7.7	Registra las acciones preventivas y/o correctivas, y las correcciones que hubieren, en la sección de "Acciones a tomar" de la SAC y la entrega al RED.	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
7.8	Registra en el formato "Seguimiento de Solicitudes de Acción", la fecha del reporte, el código, la fecha propuesta de cierre y el estado de la SAC.	Representante de la Dirección
7.9	Ejecuta las "Acciones a tomar" consignadas en el plan de acciones de la SAC.	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
Verificación		
7.10	Verifica si se ejecutaron las "Acciones a tomar" consignadas en el plan de acciones de la SAC:	Representante de la Dirección
	7.10.1 Si las "Acciones a tomar" fueron ejecutadas, verifica la efectividad de las acciones mismas, a través de la revisión de instalaciones, procedimientos, estadísticas, registros generados, entre otros:	
	7.10.1.1 Si las acciones fueron efectivas, se registra el cierre de la SAC en la sección de "Verificación" adjuntando la documentación de sustento como evidencia en caso sea necesario. Continúa en el paso 7.11.	
	7.10.1.2 Si las acciones no fueron efectivas, solicita al Jefe del órgano o unidad orgánica, que realice nuevamente el análisis de causas y que identifique las acciones a tomar que correspondan. Regresa al paso 7.4.	
	7.10.2 Si las "Acciones a tomar" aún no fueron ejecutadas, coordina con los responsables de la ejecución de la acción, una nueva fecha de verificación. Regresa al paso 7.9.	
Seguimiento		
7.11	Revisa el estado de las acciones preventivas y/o correctivas con la ayuda del registro "Seguimiento de Solicitudes de Acción".	Representante de la Dirección
	7.11.1 Si se encuentran Solicitudes de Acción abiertas, regresa al paso 7.10.	
	7.11.2 Si no se encuentran Solicitudes de Acción abiertas, fin del procedimiento.	



8 DIAGRAMA DE FLUJO



9 REGISTROS

Descripción	Código	Nº de ejemplares	Lugar de archivo	Tiempo de archivo (Años)
Solicitud de Acción	SGC-FO-05	1	Archivo del Área	2 años
Seguimiento de Solicitudes de Acción	SGC-FO-06	1	Archivo del Área	Permanente

10 HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS

Nº de versión	Nº de capítulo/ ítem	Párrafo/ Figura/ Tabla/ Nota	Modificaciones

11 ANEXOS

Descripción	Anexo
Solicitud de Acción	A
Seguimiento de Solicitudes de Acción	B





PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE SUGERENCIAS, RECLAMOS Y QUEJAS

Concepto	Nombre y Apellido – Cargo	Firma	Fecha de Firma
Elaborado por :	Julio César Luque Maldonado- Jefe de la Unidad de Organización y Métodos		
Revisado por :	Tania Zurita Sánchez - Jefe de la Oficina de Presupuesto y Planificación		
Aprobado por :	Saúl Barrera Ayala – Secretario General del IPD		

Título: PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE SUGERENCIAS, RECLAMOS Y QUEJAS	Código: OPP-SGC-PR-03	Versión: 1	Página: 2/9
--	--------------------------	---------------	----------------

INDICE

1. OBJETIVO.....	3
2. ALCANCE.....	3
3. DOCUMENTOS A CONSULTAR.....	3
4. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	3
5. DEFINICIONES.....	3
6. CONDICIONES.....	4
7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.....	5
8. DIAGRAMA DE FLUJO.....	6
9. REGISTROS.....	7
10. HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS.....	7
11. ANEXOS.....	7



Título: PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE SUGERENCIAS, RECLAMOS Y QUEJAS	Código: OPP-SGC-PR-03	Versión: 1	Página: 3/9
--	--------------------------	---------------	----------------

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos y el procedimiento a seguir para atender las sugerencias, reclamos y quejas de los clientes que contacten al IPD, de manera presencial, mediante correo electrónico, por vía telefónica y/o a través de las redes sociales, con respecto a los servicios del IPD.

2. ALCANCE

El presente procedimiento es administrado por la Unidad de Organización y Métodos de la Oficina de Presupuesto y Planificación y es fuente de aplicación para las áreas usuarias de la Entidad, involucradas en la prestación de servicios que brinda el IPD. El procedimiento se inicia con la formulación de la sugerencia o reclamo o queja por parte del cliente y finaliza con la evaluación quincenal de las sugerencias, reclamos y quejas registradas, para determinar si existen tendencias que sean motivo de una no conformidad u oportunidad de mejora, respectivamente. Están excluidos los reclamos formulados a través del Libro de Reclamaciones del IPD.

Este procedimiento es aplicable a los procesos comprendidos dentro del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, bajo la norma ISO 9001:2008.

Este procedimiento es aplicable a los procesos comprendidos dentro del alcance del SGC, bajo la norma ISO 9001:2008.

3. DOCUMENTOS A CONSULTAR

- 3.1. Ley N° 28036 - Ley de Aprobación y Desarrollo del Deporte y su modificatoria Ley N° 29544.
- 3.2. D. S. N° 017-2004-PCM que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del IIPD y su modificatoria D.S. N° 086-2004-PCM.
- 3.3. Resolución N° 440-2006-P/IPD que aprobó el Manual de Organización y Funciones del IPD y sus modificatorias.
- 3.4. Directiva N° 023-2015-IPD-OPP-UOM. Formulación, Aprobación y Actualización de Directivas del Instituto Peruano del Deporte.
- 3.5. Norma ISO 9000:2005. Sistemas de Gestión de la Calidad. Principios y Vocabulario.
- 3.6. Norma ISO 9001:2008. Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos.

4. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- 4.1. IPD: Instituto Peruano del Deporte
- 4.2. RED: Representante de la Dirección
- 4.3. SGC: Sistema de Gestión de Calidad
- 4.4. SNC: Servicio No Conforme

5. DEFINICIONES

Para efectos del presente procedimiento se consideran las siguientes definiciones, las mismas que se encuentran señaladas en la norma ISO 9000:2005:

- 5.1. Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.
- 5.2. Acción Preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.

No Conformidad: Incumplimiento de un requisito.

Requisito: Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

Asimismo, para el caso específico del presente procedimiento se consideran las siguientes definiciones:

- 5.5. Libro de Reclamaciones: Documento de naturaleza física o virtual provisto por las entidades de la Administración Pública, en el cual los usuarios podrán formular sus reclamos sobre la atención en los trámites y servicios que les brindan.
- 5.6. Oportunidad de Mejora: Acción recomendada, que al ser implementada implica una mejora en el sistema de gestión.



Título: PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE SUGERENCIAS, RECLAMOS Y QUEJAS	Código: OPP-SGC-PR-03	Versión: 1	Página: 4/9
--	--------------------------	---------------	----------------

- 5.7. Queja: Disconformidad que no se encuentra relacionada a los bienes expendidos o suministrados o a los servicios prestados; o expresa el malestar o descontento del Cliente respecto a la atención al público, sin que tenga por finalidad la obtención de un pronunciamiento por parte del proveedor.
- 5.8. Reclamo: Es aquella manifestación que un Cliente realiza al proveedor mediante la cual expresa una disconformidad relacionada a los bienes expendidos o suministrados o a los servicios prestados.
- 5.9. Servicio No Conforme: Es aquel servicio y/ o producto que incumple con los requisitos especificados.
- 5.10. Sugerencia: Idea propuesta con relación a la prestación de los servicios para que se tenga en consideración por el IPD en el desarrollo de sus actividades.

6. CONDICIONES

- 6.1. Los reclamos formulados a través del Libro de Reclamaciones del IPD deberán ser atendidos en la forma y plazos establecidos. El presente procedimiento podrá aplicarse en forma supletoria, siempre y cuando no contravenga a lo establecido sobre el Libro de Reclamaciones.
- 6.2. Los reclamos y las quejas deberán ser tratadas de manera equitativa, objetiva e imparcial.
- 6.3. Los datos de contacto de los clientes que presenten una sugerencia o reclamo o queja no podrán ser divulgados sin su consentimiento expreso.
- 6.4. La atención o respuesta a los reclamos y quejas del Cliente deberá darse en un lapso no mayor a 72 horas desde el momento que son recibidas por la organización.
- 6.5. La atención de sugerencias, reclamos y quejas, será desarrollada por el responsable designado por cada unidad orgánica para cada servicio.
- 6.6. Las sugerencias serán registradas en el "Registro de Sugerencias, Reclamos, Quejas y Servicios No Conformes" (Ver Anexo A), donde se debe detallar la fecha en que se recibió, el nombre del cliente, la actividad o servicio brindado en referencia, el canal de comunicación, el nombre del personal que reporta, la descripción, la clasificación, la procedencia, las acciones tomadas y el responsable, la fecha de verificación de las acciones tomadas. Adicionalmente, para los reclamos y quejas se debe detallar las causas y si ésta generó una Solicitud de Acción.
- 6.7. Las sugerencias, reclamos o quejas consignadas en las encuestas de satisfacción deberán ser evaluadas para ser registradas en el "Registro de Sugerencias, Reclamos, Quejas y Servicios No Conformes" (Ver Anexo A) por el órgano o unidad orgánica correspondiente.
- 6.8. El seguimiento a la solución de los reclamos y quejas se hará mediante la utilización del "Registro de Sugerencias, Reclamos, Quejas y Servicios No Conformes" (Ver Anexo A), debiendo el personal responsable del Órgano o unidad orgánica mantener informado al cliente sobre del progreso de su reclamo o queja.
- 6.9. Un reclamo o queja sin solucionar o repetida frecuentemente podrá generar una Solicitud de Acción (correctiva o preventiva).
- 6.10. La generación y el tratamiento de una Solicitud de Acción (correctiva o preventiva), se llevará a cabo de acuerdo a lo descrito en el "Procedimiento de Acciones Preventivas y Correctivas".
- 6.11. El "Registro de sugerencias, reclamos, quejas y servicios no conformes" (Ver Anexo A) deberá mantenerse debidamente numerado, cabe resaltar que el tratamiento de un servicio no conforme, se llevará a cabo de acuerdo a lo descrito en el "Procedimiento de Tratamiento de Servicios No Conformes".

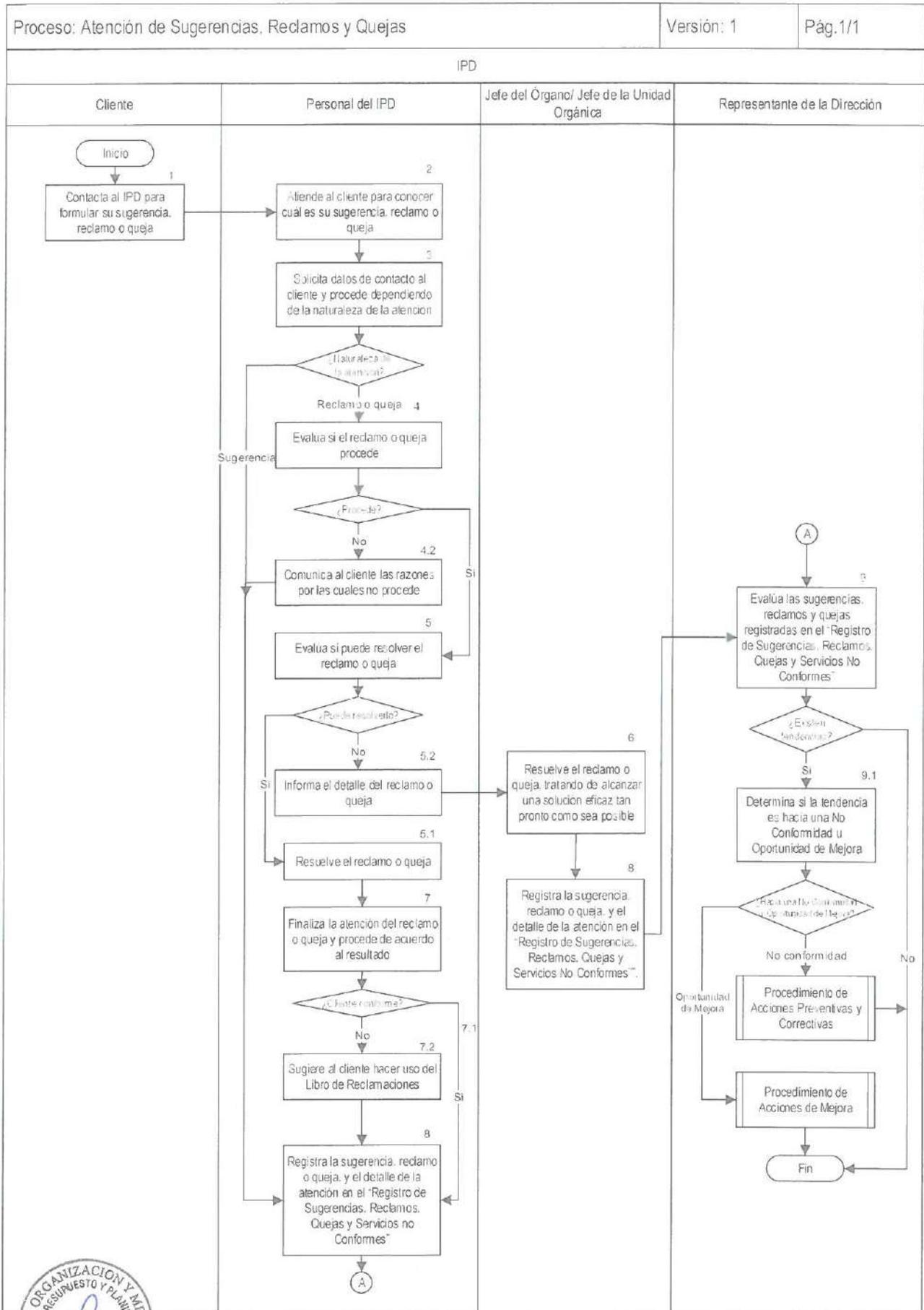


7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nº	Actividad	Responsable
Presentación		
7.1	Contacta al IPD para formular su sugerencia, reclamo o queja, de manera presencial, por correo electrónico, por vía telefónica o a través de las redes sociales que administra el IPD.	Cliente
7.2	Atiende al cliente para conocer cuál es su sugerencia, reclamo o queja.	Personal del IPD
7.3	Solicita al cliente sus datos de contacto, y los registra en el formato "Registro de Sugerencias, Reclamos, Quejas y Servicios No Conformes", para su posterior seguimiento. Procede dependiendo de la naturaleza de la atención: 7.3.1 Si es un reclamo o queja, continúa en el paso 7.4. 7.3.2 Si es una sugerencia, continúa en el paso 7.8.	Personal del IPD
Evaluación Inicial		
7.4	Evalúa si el reclamo o queja procede: 7.4.1 Si el reclamo o queja procede, continúa en el paso 7.5. 7.4.2 Si el reclamo o queja no procede, comunica al cliente las razones por las cuales el reclamo o queja no procede. Continúa en el paso 7.8.	Personal del IPD
Respuesta al Reclamo o Queja		
7.5	Evalúa si puede resolver el reclamo o queja: 7.5.1 Si puede resolver el reclamo o queja, resuelve el reclamo o queja. Continúa en el paso 7.7. 7.5.2 No puede resolver el reclamo o queja, informa el detalle del reclamo o queja al Jefe del órgano o unidad orgánica, según corresponda, para su atención. Continúa en el paso 7.6.	Personal del IPD
7.6	Resuelve el reclamo o queja, tratando de alcanzar una solución eficaz tan pronto como sea posible. Continúa en el paso 7.8.	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
Cierre del Reclamo o Queja		
7.7	Finaliza la atención del reclamo o queja y procede de acuerdo al resultado: 7.7.1 Si el cliente quedó conforme con la solución brindada, continúa en el paso 7.8. 7.7.2 Si el cliente no quedó conforme con la solución brindada, sugiere al cliente hacer uso del "Libro de Reclamaciones". Continúa en el paso 7.8.	Personal del IPD
7.8	Registra la sugerencia, reclamo o queja, y el detalle de la atención en el "Registro de Sugerencias, Reclamos, Quejas y Servicios No Conformes".	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica/ Personal del IPD
Análisis y Mejora		
7.9	Evalúa quincenalmente las sugerencias, reclamos y quejas registradas en el "Registro de Sugerencias, Reclamos, Quejas y Servicios No Conformes", para determinar si existen tendencias que sean motivo de una no conformidad u oportunidad de mejora respectivamente y procede de acuerdo al resultado: 7.9.1 Si existen tendencias, determina si la tendencia es hacia una no conformidad o hacia una oportunidad de mejora. Procede de acuerdo al resultado: 7.9.1.1 Tendencias de una no conformidad; procede de acuerdo al Procedimiento de Acciones Preventivas y Correctivas, generando una Solicitud de Acción. Fin del procedimiento. 7.9.1.2 Si existen tendencias de una oportunidad de mejora; procede de acuerdo al Procedimiento de Acciones de Mejora, comunicando al Jefe del órgano o unidad orgánica, según corresponda, para su evaluación. Fin del procedimiento. 7.9.2 Si no existen tendencias, fin del procedimiento.	Representante de la Dirección



8. DIAGRAMA DE FLUJO



Título: PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE SUGERENCIAS, RECLAMOS Y QUEJAS	Código: OPP-SGC-PR-03	Versión: 1	Página: 7/9
--	--------------------------	---------------	----------------

9. REGISTROS

Descripción	Código	Nº de ejemplares	Lugar de archivo	Tiempo de archivo (Años)
Registro de Sugerencias, Reclamos, Quejas y Servicios No Conformes	SGC-FO-02	1	Archivo del Área	Permanente
Solicitud de Acción	SGC-FO-05	1	Archivo del Área	2 años

10. HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS

Nº de versión	Nº de capítulo/ Ítem	Párrafo/ Figura/ Tabla/ Nota	Modificaciones

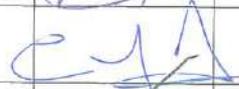
11. ANEXOS

Descripción	Anexo
Registro de Sugerencias, Reclamos, Quejas y Servicios No Conformes	A
Solicitud de Acción	B





PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS

Concepto	Nombre y Apellido – Cargo	Firma	Fecha de Firma
Elaborado por :	Julio César Luque Maldonado- Jefe de la Unidad de Organización y Métodos		
Revisado por :	Tania Zurita Sánchez - Jefe de la Oficina de Presupuesto y Planificación		
Aprobado por :	Saúl Barrera Ayala – Secretario General del IPD		

Título: PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS	Código: OPP-SGC-PR-04	Versión: 1	Página: 2/16
---	--------------------------	---------------	-----------------

INDICE

1. OBJETIVO.....	3
2. ALCANCE.....	3
3. DOCUMENTOS A CONSULTAR.....	3
4. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	3
5. DEFINICIONES.....	3
6. CONDICIONES.....	4
7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.....	5
8. DIAGRAMA DE FLUJO.....	7
9. REGISTROS.....	8
10. HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS.....	8
11. ANEXOS.....	8



Título: PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS	Código: OPP-SGC-PR-04	Versión: 1	Página: 3/16
---	--------------------------	---------------	-----------------

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos y el procedimiento a seguir para la planificación y realización de auditorías internas al SGC del IPD, así como para informar sus resultados y mantener los registros de calidad que se deriven de su aplicación.

2. ALCANCE

El presente procedimiento es administrado por la Unidad de Organización y Métodos de la Oficina de Presupuesto y Planificación y es fuente de aplicación para las áreas comprendidas en el alcance del SGC del IPD. El procedimiento se inicia con la elaboración, aprobación y difusión del Programa Anual de Auditorías del SGC, y finaliza con la evaluación a cada auditor interno, después de la auditoría interna.

Este procedimiento es aplicable a los procesos comprendidos dentro del alcance del SGC, bajo la norma ISO 9001:2008.

3. DOCUMENTOS A CONSULTAR

- 3.1. Ley N° 28036 - Ley de Aprobación y Desarrollo del Deporte y su modificatoria Ley N° 29544.
- 3.2. D. S. N° 017-2004-PCM que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del IIPD y su modificatoria D. S. N° 086-2004-PCM.
- 3.3. Resolución N° 440-2006-P/IPD que aprobó el Manual de Organización y Funciones del IPD y sus modificatorias.
- 3.4. Directiva N° 023-2015-IPD-OPP-UOM. Formulación, Aprobación y Actualización de Directivas del Instituto Peruano del Deporte.
- 3.5. Norma ISO 9000:2005. Sistemas de Gestión de la Calidad. Principios y Vocabulario.
- 3.6. Norma ISO 9001:2008. Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos.

4. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- 4.1. AI: Auditor Interno
- 4.2. IPD: Instituto Peruano del Deporte
- 4.3. RED: Representante de la Dirección
- 4.4. SAC: Solicitud de Acción
- 4.5. SGC: Sistema de Gestión de Calidad

5. DEFINICIONES

Para efectos del presente procedimiento se consideran las siguientes definiciones, las mismas que se encuentran señaladas en la norma ISO 19011:2011:

- 5.1. Auditor: Persona que lleva a cabo una auditoría.
- 5.2. Auditoría: 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.
- 5.3. Conclusiones de la Auditoría: Resultado de una auditoría, tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.
- 5.4. Criterios de Auditoría: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos usados como referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoría.
- 5.5. Equipo Auditor: Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría con el apoyo si es necesario, de expertos técnicos.
- 5.6. Evidencia de la Auditoría: Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que es pertinente para los criterios de auditoría y que es verificable.
- 5.7. Hallazgos de la Auditoría: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.



Título:	PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS	Código:	OPP-SGC-PR-04	Versión:	1	Página:	4/16
---------	--------------------------------------	---------	---------------	----------	---	---------	------

- 5.8. No Conformidad: Incumplimiento de un requisito.
- 5.9. Observador: Persona que acompaña al equipo auditor pero que no audita.
- 5.10. Plan de Auditoría: Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.
- 5.11. Programa de la Auditoría: Detalles acordados para un conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

Asimismo, para el caso específico del presente procedimiento se consideran las siguientes definiciones:

- 5.12. Auditor Líder: Un auditor del equipo auditor designado para dirigir la auditoría.
- 5.13. Lista de Verificación: Herramienta del Auditor que permite estructurar la evaluación y que sirve como ayuda memoria durante el proceso de auditoría.
- 5.14. Observación: Es una falla aislada o esporádica en el contenido o implementación de los documentos del sistema de gestión, o cualquier incumplimiento parcial en un requisito de la norma de referencia que no llega a afectar directamente o de manera crítica al sistema de gestión.
- 5.15. Oportunidad de Mejora: Acción recomendada, que al ser implementada implica una mejora el sistema de gestión

6. CONDICIONES

- 6.1. Los hallazgos de las auditorías se utilizarán para evaluar la eficacia del SGC, y para identificar oportunidades de mejora en cada uno de ellos.
- 6.2. Los auditores internos, podrán ser terceros subcontratados; en cuyo caso, deberán cumplir con las competencias de educación, formación y experiencia establecida en el Perfil de Puesto del Auditor Interno.
- 6.3. El Auditor Interno no deberá auditar su propio trabajo. Asimismo, los Auditores Internos serán independientes del área o proceso comprendido dentro del alcance de la auditoría, y estará a disposición del RED según corresponda, cuando sean convocados
- 6.4. El RED, será el encargado de la elaboración del Programa Anual de Auditorías para el SGC; definiendo en el mismo, el objetivo y alcance del Programa así como, el área o proceso, tipo, frecuencia y programación de cada auditoría contenida en dicho Programa.
- 6.5. El RED, podrá solicitar auditorías extraordinarias cuando lo considere necesario; debiendo actualizarse el Programa Anual de Auditorías, si los cambios se justifican.
- 6.6. El Equipo Auditor podrá estar conformado por uno o varios Auditores Internos dependiendo de la complejidad y características de la auditoría interna; y en caso de ser necesario, podrán participar expertos técnicos y observadores, estos últimos deberán haber llevado previamente el curso de Interpretación de la Norma ISO 9001:2008.
- 6.7. La presente figura representa de manera esquemática la metodología para llevar a cabo las auditorías internas:



- 6.8. El Jefe del órgano o unidad orgánica, responsable del proceso o área objeto de la auditoría, deberá:
 - a. Poner a disposición del equipo auditor los medios necesarios para la auditoría.

- b. Facilitar el acceso a las instalaciones y documentos relevantes para la auditoría.
 - c. Cooperar con los auditores para asegurar el éxito de la auditoría.
 - d. Tomar las acciones correctivas necesarias sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas durante la auditoría y sus causas.
- 6.9. En la etapa de preparación de la documentación, el Auditor Interno preparará una lista de verificación, de ser necesario.
- 6.10. Los hallazgos de la auditoría se clasifican en: No Conformidad, Observación y Oportunidad de Mejora.
- 6.11. El Informe de Auditoría Interna incluirá las fortalezas y debilidades, observaciones y oportunidades de mejora del SGC, para su posterior revisión por la Dirección.
- 6.12. Luego de la reunión de cierre, la Dirección procederá a analizar las fortalezas, debilidades, observaciones y oportunidades de mejora del SGC señaladas en el informe de auditoría. Asimismo, se tomarán las acciones y decisiones necesarias, definiéndose a un responsable, el plazo y la verificación correspondiente.
- 6.13. El RED debe mantener registro de la naturaleza de las observaciones y de cualquier acción tomada posteriormente en el registro de **Seguimiento de Observaciones**.
- 6.14. La generación y el tratamiento de una "Oportunidad de Mejora" se llevará a cabo de acuerdo a lo descrito en el procedimiento de Acciones de Mejora.
- 6.15. El RED podrá gestionar el tratamiento de las observaciones encontradas como si fuesen No Conformidades; siempre que lo estime conveniente.
- 6.16. Durante la auditoría interna se dará seguimiento a las acciones correctivas pendientes de cierre en el área o proceso auditado.

7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nº	Actividad	Responsable
Elaboración, Aprobación y Difusión del Programa Anual de Auditorías		
7.1	Elabora el Programa Anual de Auditorías del Sistema de Gestión de Calidad, para un ciclo completo de un (1) año, tomando en cuenta la importancia y el estado de los procesos o dependencias a auditar; así como los resultados de auditorías previas. Nota: Las auditorías internas se realizarán a intervalos planificados (por lo menos una vez al año) para determinar el grado en que el Sistema de Gestión de Calidad cumple con los requisitos de la norma ISO 9001:2008.	Representante de la Dirección
7.2	Aprueba el Programa Anual de Auditorías del Sistema de Gestión de Calidad, dentro del primer trimestre del periodo programado.	Secretario General
Elaboración del Plan de Auditoría		
7.3	Coordina con los responsables de las áreas involucradas, la(s) fecha(s) y hora(s) de ejecución de la auditoría, a fin de asegurar su disponibilidad durante la auditoría interna.	Representante de la Dirección
7.4	Selecciona a los auditores internos que conformarán el Equipo Auditor, de acuerdo al Perfil de Puesto del Auditor Interno y haciendo uso del formato "Evaluación del Auditor Interno". Así como, de ser necesario, selecciona a la(s) persona(s) que participará(n) como experto(s) técnico(s) y observador(es).	Representante de la Dirección
7.5	Nombra a un Auditor Interno como Auditor Líder para que dirija el proceso de auditoría interna; considerando la experiencia previa y procesos a ser auditados.	Representante de la Dirección
7.6	Prepara el Plan de Auditoría Interna para el SGC según formato, donde se definen las fecha(s), hora(s), itinerarios de auditoría, auditados, criterios de la auditoría y auditores.	Auditor Interno (Líder)
7.7	Comunica el Plan de Auditoría Interna al personal involucrado en los procesos a ser auditados.	Auditor Interno (Líder)
Preparación de Auditoría Interna		

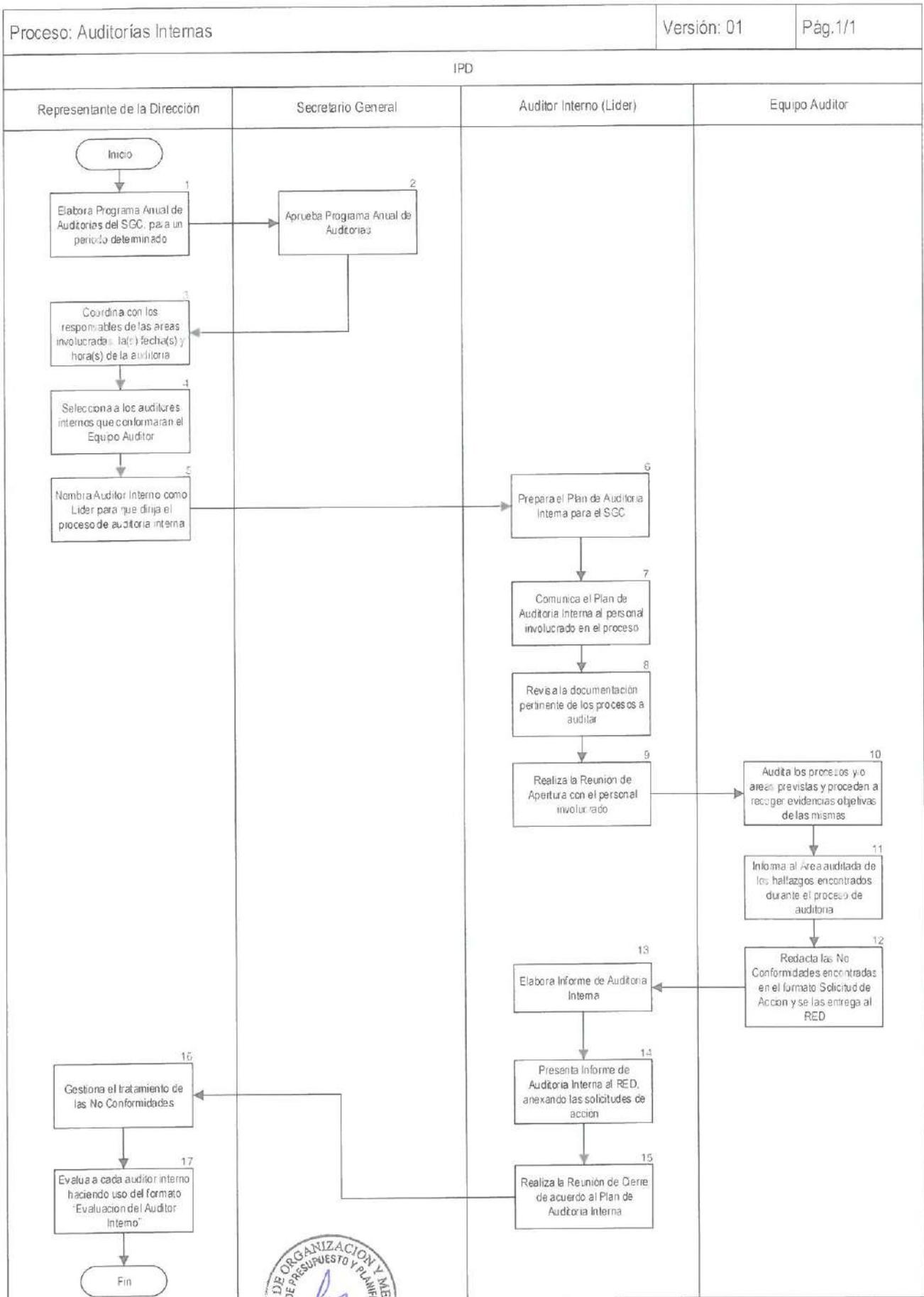


Título:	PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS	Código:	OPP-SGC-PR-04	Versión:	1	Página:	6/16
---------	--------------------------------------	---------	---------------	----------	---	---------	------

N°	Actividad	Responsable
7.8	Revisa la documentación pertinente de los procesos a auditar teniendo en consideración los resultados de auditorías previas y/o cláusulas de la norma ISO 9001:2008 y prepara una lista de verificación, de ser necesario.	Auditor Interno (Lider)
Apertura de Auditoría		
7.9	Realiza la Reunión de Apertura con el personal involucrado de acuerdo al Plan de Auditoría Interna establecido, confirmando los horarios, responsables y procesos a ser auditados; en caso de ser necesario, modifica el Plan de Auditoría.	Auditor Interno (Lider)
Ejecución de Auditoría		
7.10	Audita los procesos y/o áreas previstas haciendo uso de la norma ISO 9001:2008, y procede a recoger evidencias objetivas de las mismas a través de entrevistas, observación de actividades y revisión de registros, con la finalidad de verificar la implementación y efectividad del SGC.	Equipo Auditor
7.11	Informa al área auditada de los hallazgos encontrados durante el proceso de auditoría.	Equipo Auditor
Registro de No Conformidades		
7.12	Redacta las No Conformidades encontradas en el formato Solicitud de Acción (haciendo referencia a la cláusula de la norma ISO 9001:2008 que se esté incumpliendo) y se las entrega al Representante de la Dirección.	Equipo Auditor
Elaboración del Informe de Auditoría Interna		
7.13	Elabora Informe de Auditoría Interna , el cual incluye las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora del Sistema de Gestión de Calidad, para su posterior revisión por la Alta Dirección.	Auditor Interno (Lider)
7.14	Presenta el Informe de Auditoría Interna al Representante de la Dirección, anexando las Solicitudes de Acción, de ser necesario.	Auditor Interno (Lider)
Cierre de Auditoría Interna		
7.15	Realiza la Reunión de Cierre de acuerdo al Plan de Auditoría Interna, acordando los plazos para levantar las No Conformidades detectadas.	Auditor Interno (Lider)
7.16	Gestiona el tratamiento de las No Conformidades según lo establecido en el Procedimiento de Acciones Preventivas y Correctivas.	Representante de la Dirección
7.17	Evalúa a cada auditor interno, después de la auditoría interna, haciendo uso del formato Evaluación del Auditor Interno .	Representante de la Dirección



8. DIAGRAMA DE FLUJO



9. REGISTROS

Descripción	Código	Nº de ejemplares	Lugar de archivo	Tiempo de archivo (Años)
Programa Anual de Auditorías	SGC-FO-10	1	Archivo del Área	5 años
Plan de Auditoría Interna	SGC-FO-08	1	Archivo del Área	2 años
Informe de Auditoría Interna	SGC-FO-09	1	Archivo del Área	5 años
Solicitud de Acción	SGC-FO-05	1	Archivo del Área	2 años
Perfil de Puesto del Auditor Interno	SGC-FO-11	1	Archivo del Área	Permanente
Evaluación del auditor Interno	SGC-FO-07	1	Archivo del Área	Permanente
Seguimiento de Observaciones	SGC-FO-19	1	Archivo del Área	Permanente

10. HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS

Nº de versión	Nº de capítulo/ Ítem	Párrafo/ Figura/ Tabla/ Nota	Modificaciones

11. ANEXOS

Descripción	Anexo
Programa Anual de Auditorías	A
Plan de Auditoría Interna	B
Informe de Auditoría Interna	C
Solicitud de Acción	D
Perfil de Puesto del Auditor Interno	E
Evaluación del Auditor Interno	F
Seguimiento de Observaciones	G



ANEXO A: PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS


PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS
 CÓDIGO: SGC-FO-10
 VERSIÓN 01
 PÁG 1 DE 1

Norma de referencia: _____
 Objetivo: _____
 Alcance: _____
 Programa para el período (Mes) (Año) a (Mes) (Año): _____

Nº	Alcance (Área / Proceso)	Frecuencia	Programación*																																			
			Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic																								
1			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
2																																						
3																																						
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						
Nº de Auditorías																																						
Total de Auditorías del Programa																																						

Elaborado por: _____ Revisado por: _____
 Cargo: _____ Cargo: _____
 Fecha: _____ Fecha: _____

* Consignar con una "I" (Auditoría Interna) o "E" (Auditoría Externa) en el número de semana del mes en que se realizará la auditoría.



ANEXO C: INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	CÓDIGO SGC-FO-09
		VERSIÓN: 1
		PÁG. 1 DE 2

1. DATOS DE LA AUDITORÍA INTERNA	
Auditoría N°	
Norma de Referencia	
Periodo de Auditoría	Del dd/mm/aa al dd/mm/aa
Lugar de la Auditoría	
Equipo Auditor	

2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA INTERNA	
2.1 EXCLUSIONES REPORTADAS:	

3. OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA INTERNA	
<ul style="list-style-type: none"> Determinar el grado en el cual el SGC cumple con los requisitos de la norma ISO 9001:2008. 	

4. DEFINICIONES	
<p>4.1 NO CONFORMIDAD: Incumplimiento de un requisito. Una No Conformidad en el IPD es el incumplimiento de un requisito de la norma ISO 9001:2008, política o documentos (procedimientos, instrucciones o formatos) del SGC, cuya repetición pone en riesgo la efectividad del Sistema de Gestión y/o la calidad del servicio suministrado.</p> <p>4.2 OBSERVACIÓN: Es una falla aislada o esporádica en el contenido o implementación de los documentos del SGC, o cualquier incumplimiento parcial en un requisito de la norma de referencia que no llega a afectar directamente o de manera crítica al SGC.</p> <p>4.3 OPORTUNIDAD DE MEJORA: Acción recomendada, que al ser implementada implica una mejora en el SGC.</p>	

5. FORTALEZAS Y DEBILIDADES	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> A. B. 	<ul style="list-style-type: none"> A. B.

6. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA				
6.1 NO CONFORMIDADES:				
Se hallaron _____ No Conformidades (NC) durante la auditoría interna. Las No Conformidades se resumen en el siguiente cuadro:				
AREA/PROCESO	SAC	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	AUDITOR



Título:	PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS	Código:	OPP-SGC-PR-04	Anexo:	C	Versión:	1	Página:	12/16
---------	--------------------------------------	---------	---------------	--------	---	----------	---	---------	-------

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	CÓDIGO SGC-FO-009
		VERSIÓN: 1
		PÁG. 2 DE 2

6.2 OBSERVACIONES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA:

Las Observaciones (OBS) y Oportunidades de Mejora (OM) identificadas durante la Auditoría Interna se detallan a continuación:

- A.
- B.

7. CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA INTERNA

- A.
- B.



ANEXO D: SOLICITUD DE ACCIÓN

		SOLICITUD DE ACCION				CÓDIGO: SGC-FO-05	
						VERSIÓN: 1	
						PÁG. 1 DE 1	
Solicitud N°		Norma de referencia		ISO 9001:2008			
Acciones Correctivas		Acciones Preventivas		Servicio No Conforme			
Hallazgo:	Auditoria	Reclamos del cliente	Revisión por la Dirección	Análisis de datos	Observaciones del personal		
I. Descripción							
Informado por:						Fecha:	
Responsable:							
II. Análisis de Causa							
Responsable:						Fecha:	
III. Acciones a Tomar							
1. Acción Inmediata o Corrección (solo para los casos que aplique)							
2. Acción Correctiva / Preventiva (Plan de Acción)							
N°	Actividad				Responsable	Tiempo	
Responsable:						Fecha:	
Fecha de cierre propuesta:							
Verificación		Conforme		No Conforme			
Responsable:						Fecha de cierre real:	

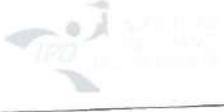


ANEXO E: PERFIL DE PUESTO DEL AUDITOR INTERNO

	PERFIL DE PUESTO DEL AUDITOR INTERNO				CÓDIGO:	
					SGC-FO-11	
					VERSIÓN: 1	
				PÁG. 1 DE 1		
AREA/ PROCESO			PUESTO	Auditor Interno		
LINEA DE AUTORIDAD Y RESPONSABILIDAD	Depende					
	Dirige a:	No tiene personal a su cargo.				
FUNCION GENERAL	• Planear, preparar y realizar las Auditorías Internas.					
FUNCIONES ESPECIFICAS	1. Planear y preparar la Auditoría.					
	2. Comunica y establece los requisitos de la auditoría.					
	3. Toma conocimiento de los resultados de auditorías anteriores.					
	4. Dirige el proceso de auditoría en el periodo planificado.					
	5. Recoger evidencias objetivas del área auditada a través de entrevistas, observación de actividades y revisión de registros con la finalidad de verificar la implementación del sistema y su efectividad.					
	6. Verifica que el SGC es conforme con las disposiciones planificadas en la norma y con los requisitos del SGC.					
	7. Verifica que el SGC implementado se mantiene de manera eficaz.					
	8. Planea y realiza las actividades y atribuciones de sus responsabilidades efectiva y eficientemente.					
	9. Informa al área auditada los hallazgos obtenidos durante el proceso.					
	10. Documenta las observaciones.					
	11. Redacta las no conformidades halladas en el SGC en la SAC.					
	12. Elabora y presenta el informe de auditoría.					
REQUISITOS MINIMOS DEL PUESTO	Educación, Formación y Experiencia:					
	• Título en Administración, Ingeniería o afines.					
	• Curso de Auditor Interno ISO 9001.					
	• Deseable Formación de Auditor Líder ISO 9001 Registro IRCA.					
	• Experiencia profesional mínima de tres (3) años en ejecución de auditorías de sistemas de gestión de calidad.					
	Habilidades					
	• Comunicación efectiva	X	• Organización y planificación	X	• Liderazgo	X
	• Mentalidad abierta	X	• Diplomático	X	• Observador	X
	• Perceptivo	X	• Versátil	X	• Tenaz	X
	• Decidido	X	• Integridad y comportamiento ético	X	• Seguro de sí mismo	X
• Respeto y trabajo en	X					



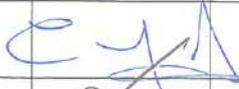
ANEXO F: EVALUACIÓN DEL AUDITOR INTERNO

		EVALUACIÓN DEL AUDITOR INTERNO				CÓDIGO SGC-FO-07		
						VERSIÓN 1		
						PÁG. 1 DE 1		
Evaluado:		Fecha:						
Evaluador:		Norma de referencia:						
<p>Consideraciones Importantes:</p> <p>Evaluar al Auditor Interno asignando una "x" en el valor de calificación de acuerdo a los criterios de evaluación. *Si la evaluación tiene como resultado "Aceptable" o "Insatisfactorio" o "Incumplimiento", se requerirá tomar acciones.</p>								
N°	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CALIFICACION						
		Muy Satisfactorio	Bastante Satisfactorio	Satisfactorio	Poco Satisfactorio	Nada Satisfactorio		
CONOCIMIENTO Y DESEMPEÑO COMO AUDITOR								
1	Conocimiento de la Norma ISO 9001:2008							
2	Conocimiento de la Norma ISO 19011							
3	Haber completado y aprobado el curso de formación de auditores, correspondiente							
4	Experiencia como auditor interno							
5	Desempeño satisfactorio en auditoría(s) previa(s)							
6	Haber realizado inducciones y cursos al personal respecto al SGC							
7	Haber realizado las auditorias en el periodo programado							
CONOCIMIENTO Y DESEMPEÑO GENERAL								
8	Conocimiento de los procesos de la organización							
9	Conocimiento de los objetivos, alcance y criterios de la auditoría							
10	Conocimiento de la documentación del SGC							
11	Experiencia laboral en la organización (mínimo seis (6) meses)							
12	Desempeño general en la organización							
HABILIDADES DEL AUDITOR								
13	Comunicación efectiva (informa y se informa de los demás)							
14	Mentalidad abierta (dispuesto a considerar ideas alternativas)							
15	Perceptivo (consciente y capaz de entender las situaciones)							
16	Decidido (alcanza conclusiones oportunas basadas en el análisis y razonamientos lógicos)							
17	Respeto y trabajo en equipo (actúa y colabora efectivamente con los demás)							
18	Organización y planificación (organiza y dispone las cosas logrando fluidez en sus actividades)							
19	Diplomático (con tacto en las relaciones con las personas)							
20	Versátil (se adapta fácilmente a diferentes situaciones)							
21	Integridad y comportamiento ético (imparcial, sincero, honesto y discreto)							
22	Liderazgo (capacidad para dirigir un grupo)							
23	Observador (consciente del entorno físico y las actividades)							
24	Tenaz (persistente, orientado hacia el logro de los objetivos)							
25	Seguro de si mismo (actúa en forma independiente)							
RESUMEN						CRITERIOS DE CALIFICACION		
				CALIFICATIVO	PUNTAJE			
CONOCIMIENTO Y DESEMPEÑO COMO AUDITOR		0.00		Muy Satisfactorio	>4 - 5			
CONOCIMIENTO Y DESEMPEÑO GENERAL		0.00		Bastante Satisfactorio	>3 - 4			
HABILIDADES DEL AUDITOR		0.00		Satisfactorio	>2 - 3			
RESULTADO*		0.00		Poco Satisfactorio	>1 - 2			
				Nada Satisfactorio	≤ 1			
OBSERVACIONES / ACCIONES A TOMAR								





PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS EXTERNOS

Concepto	Nombre y Apellido – Cargo	Firma	Fecha de Firma
Elaborado por :	Julio César Luque Maldonado- Jefe de la Unidad de Organización y Métodos		
Revisado por :	Tania Zurita Sánchez - Jefe de la Oficina de Presupuesto y Planificación		
Aprobado por :	Saúl Barrera Ayala – Secretario General del IPD		

Título: PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS EXTERNOS	Código: OPP-SGC-PR-05	Versión: 1	Página: 2/8
--	--------------------------	---------------	----------------

INDICE

1	OBJETIVO.....	3
2	ALCANCE.....	3
3	DOCUMENTOS A CONSULTAR.....	3
4	GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	3
5	DEFINICIONES.....	3
6	CONDICIONES.....	3
7	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.....	4
8	DIAGRAMA DE FLUJO.....	5
9	REGISTROS.....	6
10	HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS.....	6
11	ANEXOS.....	6



Título: PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS EXTERNOS	Código: OPP-SGC-PR-05	Versión: 1	Página: 3/8
--	--------------------------	---------------	----------------

1 OBJETIVO

Establecer los lineamientos y el procedimiento a seguir para el manejo de la documentación externa que afecte los procesos del SGC del IPD.

2 ALCANCE

El presente procedimiento es administrado por la Unidad de Organización y Métodos de la Oficina de Presupuesto y Planificación y es fuente de aplicación para las áreas comprendidas en el alcance del SGC. El procedimiento se inicia con la obtención de un nuevo documento externo y finaliza con el control de su vigencia.

Este procedimiento es aplicable a los procesos comprendidos dentro del alcance del SGC, bajo la norma ISO 9001:2008.

3 DOCUMENTOS A CONSULTAR

- 3.1. Ley N° 28036 - Ley de Aprobación y Desarrollo del Deporte y su modificatoria Ley N° 29544.
- 3.2. D. S. N° 017-2004-PCM que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del IPD y su modificatoria D.S. N° 086-2004-PCM.
- 3.3. Resolución N° 440-2006-P/IPD que aprobó el Manual de Organización y Funciones del IPD y sus modificatorias.
- 3.4. Directiva N° 023-2015-IPD-OPP-UOM. Formulación, Aprobación y Actualización de Directivas del Instituto Peruano del Deporte.
- 3.5. Norma ISO 9000:2005. Sistemas de Gestión de la Calidad. Principios y Vocabulario.
- 3.6. Norma ISO 9001:2008. Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos.

4 GLOSARIO DE TÉRMINOS

- 4.1. IPD: Instituto Peruano del Deporte
- 4.2. RED: Representante de la Dirección
- 4.3. SAC: Solicitud de Acción
- 4.4. SGC: Sistema de Gestión de Calidad

5 DEFINICIONES

Para el caso específico del presente procedimiento se consideran las siguientes definiciones:

- 5.1. Documento: Información y su medio de soporte.
- 5.2. Documento Controlado: Documento sobre el que se tiene responsabilidad de su adecuación a cualquier cambio o modificación, del que se mantiene control en la distribución de sus copias.
- 5.3. Documento Derogado: Documento que derivado de un cambio ha sido eliminado o cuenta con una nueva versión, por lo cual ha perdido su vigencia.
- 5.4. Documento Externo: Son las Normas Legales, Reglamentos, Manuales Técnicos, etc. de origen externo que el IPD ha determinado necesarios para su SGC y/ o aplicables a sus procesos involucrados.
- 5.5. Documento No controlado: Documento sobre el que no se tiene responsabilidad de informar de su adecuación sobre cualquier modificación. Asimismo, su distribución no se registra. Solo es de carácter informativo.

6 CONDICIONES

- 6.1. Todos los documentos de origen externo serán identificados mediante el nombre o título del documento.
 - 6.2. En caso que el personal del IPD requiera imprimir copias de documentos externos, quedará bajo su responsabilidad la impresión de la versión vigente, la cual podrá ser verificada mediante comparación con el original.
- En caso que el personal del IPD utilice copias impresas de los documentos externos, quedará bajo su responsabilidad la utilización de la versión vigente, la cual podrá ser verificada mediante comparación con el original.



Título: PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS EXTERNOS	Código: OPP-SGC-PR-05	Versión: 1	Página: 4/8
--	--------------------------	---------------	----------------

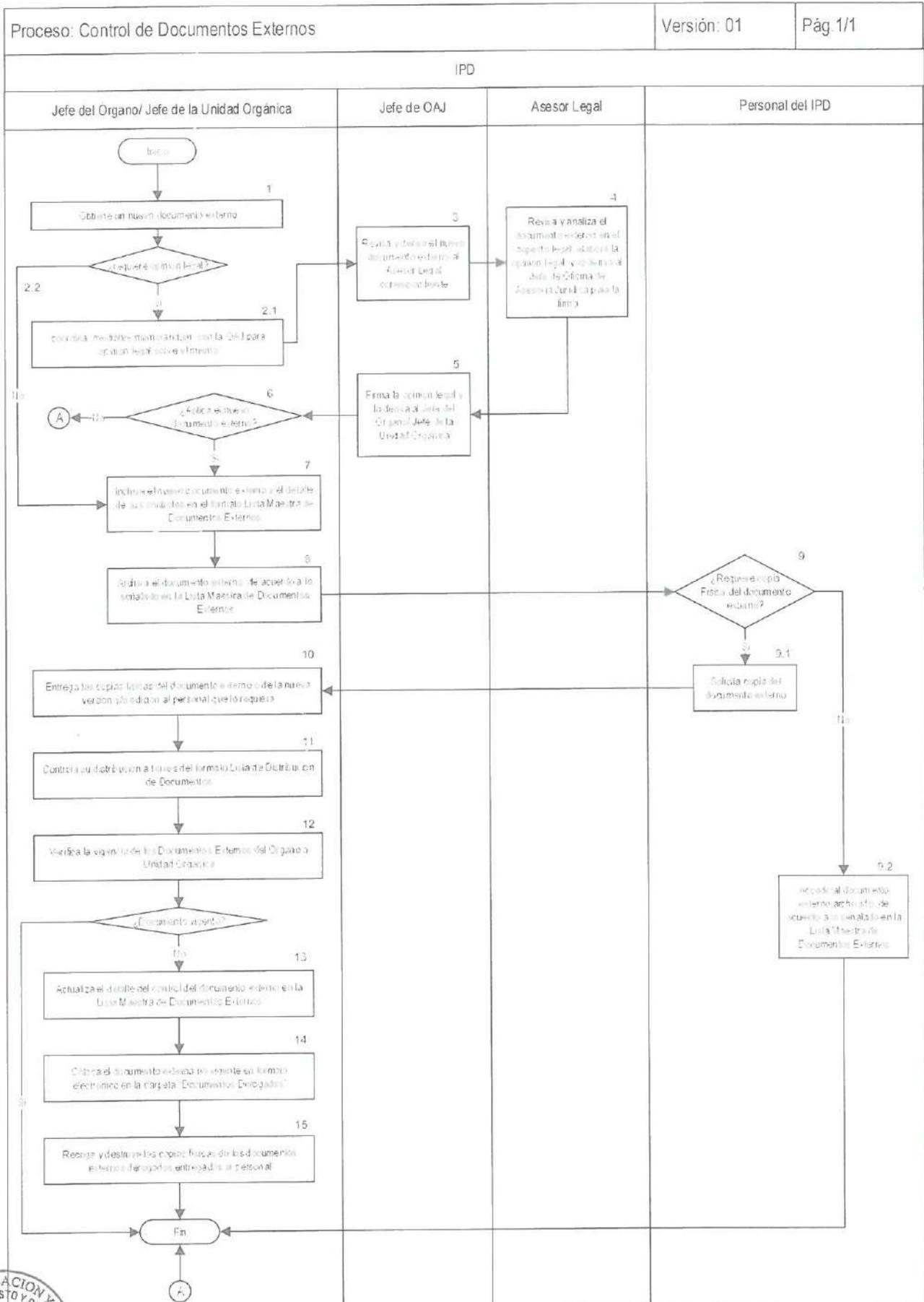
- 6.4. Cuando un órgano o unidad orgánica, tome conocimiento de la emisión de un nuevo documento externo que afecte el desarrollo de sus actividades, coordinará la adquisición de la copia pertinente.
- 6.5. El personal del IPD mantendrá legibles e identificables los documentos externos (físicos) que se encuentran bajo su custodia, e informará al Jefe del órgano o unidad orgánica, su pérdida o deterioro.

7 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nº	Actividad	Responsable
Inclusión de Documentos Externos		
7.1	Obtiene un nuevo documento externo.	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
7.2	Procede dependiendo si requiere opinión legal sobre la aplicación del nuevo documento externo. 7.2.1 Si requiere opinión legal sobre aplicación del nuevo documento externo, coordina, mediante memorándum, con la OAJ para opinión legal sobre el mismo. Continúa en el paso 7.3. 7.2.2 No requiere opinión legal. Continúa en el paso 7.7.	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
7.3	Revisa y deriva el nuevo documento externo al Asesor Legal correspondiente.	Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica
7.4	Revisa y analiza el documento externo en el aspecto legal, elabora la opinión legal, y lo deriva al Jefe de Oficina de Asesoría Jurídica para la firma.	Asesore Legal
7.5	Firma la opinión legal y lo deriva al Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica.	Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica
7.6	Procede dependiendo si aplica el nuevo documento externo, de acuerdo a la opinión legal. 7.6.1 Si aplica el nuevo documento externo. Continúa en el paso 7.7. 7.6.2 Si no aplica el nuevo documento externo. Fin del procedimiento.	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
7.7	Incluye el nuevo documento externo y el detalle de sus controles en el formato de Lista Maestra de Documentos Externos.	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
Archivo de Documentos Externos		
7.8	Archiva el documento externo, de acuerdo a lo señalado en la Lista Maestra de Documentos Externos.	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
Acceso a Documentos Externos		
7.9	Requiere copia física del documento externo. 7.9.1 Si requiere copia física del documento, solicita copia del documento externo. Continúa en el paso 7.10. 7.9.2 No requiere copia física del documento, accede al documento externo archivado, de acuerdo a lo señalado en la Lista Maestra de Documentos Externos. Fin del procedimiento.	Personal del IPD
7.10	Entrega las copias físicas del documento externo o de la nueva versión y/o edición al personal que lo requiera.	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
7.11	Controla su distribución a través de la Lista de Distribución de Documentos.	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
Control de Documentos Externos		
7.12	Verifica la vigencia de los documentos externos del órgano o unidad orgánica de acuerdo a la frecuencia de revisión de la Lista Maestra de Documentos Externos. 7.12.1 El documento externo se encuentra vigente. Fin del Procedimiento. 7.12.2 El documento externo no se encuentra vigente, continúa en el paso 7.13.	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
7.13	Actualiza el detalle del control del documento externo en la Lista Maestra de Documentos Externos.	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
7.14	Coloca el documento externo no vigente en formato electrónico en la carpeta "Documentos Derogados" de la base documental del SGC.	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
7.15	Recoge y destruye las copias físicas de los documentos externos derogados entregados al personal. Fin del procedimiento.	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica



8 DIAGRAMA DE FLUJO



9 REGISTROS

Descripción	Código	Nº de ejemplares	Lugar de archivo	Tiempo de archivo (Años)
Lista Maestra de Documentos Externos	SGC-FO-03	1	Archivo del Área	Permanente
Lista de Distribución de Documentos	SGC-FO-01	1	Archivo del Área	Permanente

10 HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS

Nº de versión	Nº de capítulo/ Ítem	Párrafo/ Figura/ Tabla/ Nota	Modificaciones

11 ANEXOS

Descripción	Anexo
Lista Maestra de Documentos Externos	A
Lista de Distribución de Documentos	B



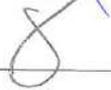
ANEXO A: FORMATO LISTA MAESTRA DE DOCUMENTOS EXTERNOS

		<p style="text-align: center;">LISTA MAESTRA DE DOCUMENTOS EXTERNOS</p>							<p>CÓDIGO: SGC-FO-03</p>	
									<p>VERSIÓN: 1</p>	
									<p>PÁG. 1 DE 1</p>	
Proceso/Órgano/Unidad Orgánica		Fecha								
		08/07/2015								
N°	Nombre / Título del Documento Externo	Año / Edición	Responsable del documento externo	Área / Proceso	Área de Ubicación	Estado (Vigente / Derogado)	Frecuencia de revisión del estado	Ruta de acceso		
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										





PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS

Concepto	Nombre y Apellido – Cargo	Firma	Fecha de Firma
Elaborado por :	Julio César Luque Maldonado - Jefe de la Unidad de Organización y Métodos		
Revisado por :	Tania Zurita Sánchez - Jefe de la Oficina de Presupuesto y Planificación		
Aprobado por :	Saúl Barrera Ayala – Secretario General del IPD		

Título: PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS	Código: OPP-SGC-PR-06	Versión: 1	Página: 2/18
--	--------------------------	---------------	-----------------

INDICE

1	OBJETIVO.....	3
2	ALCANCE.....	3
3	DOCUMENTOS A CONSULTAR.....	3
4	GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	3
5	DEFINICIONES.....	3
6	CONDICIONES.....	4
7	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.....	7
8	DIAGRAMA DE FLUJO.....	9
9	REGISTROS.....	11
10	HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS.....	11
11	ANEXOS.....	11



Título: PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS	Código: OPP-SGC-PR-06	Versión: 1	Página: 3/18
--	--------------------------	---------------	-----------------

1 OBJETIVO

Establecer los lineamientos y el procedimiento a seguir para controlar los documentos internos requeridos por el SGC del IPD; con el propósito de regular la elaboración, revisión, aprobación y distribución de estos documentos; la identificación de los cambios y el estado de revisión actual, la disponibilidad de las versiones pertinentes en los puntos de uso, la permanencia de documentos fácilmente identificables y la prevención del uso no intencionado de documentos obsoletos.

2 ALCANCE

El presente procedimiento es administrado por la Unidad de Organización y Métodos de la Oficina de Presupuesto y Planificación y es aplicable en todas las áreas del IPD, donde se utilicen los documentos citados en el Anexo B del actual procedimiento. El procedimiento se inicia con la identificación de la necesidad de elaborar o actualizar un documento y finaliza con el control permanente de la vigencia de los documentos.

3 DOCUMENTOS A CONSULTAR

- 3.1. Ley N° 28036 - Ley de Aprobación y Desarrollo del Deporte y su modificatoria Ley N° 29544.
- 3.2. D. S. N° 017-2004-PCM que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del IIPD y su modificatoria D.S. N° 086-2004-PCM.
- 3.3. Resolución N° 440-2006-P/IPD que aprobó el Manual de Organización y Funciones del IPD y sus modificatorias.
- 3.4. Directiva N° 023-2015-IPD-OPP-UOM. Formulación, Aprobación y Actualización de Directivas del Instituto Peruano del Deporte.
- 3.5. Norma ISO 9000:2005. Sistemas de Gestión de la Calidad. Principios y Vocabulario.
- 3.6. Norma ISO 9001:2008. Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos.

4 GLOSARIO DE TÉRMINOS

- 4.1. IPD: Instituto Peruano del Deporte
- 4.2. OPP: Oficina de Presupuesto y Planificación
- 4.3. RED: Representante de la Dirección
- 4.4. SGC: Sistema de Gestión de Calidad
- 4.5. UI: Unidad de Informática

5 DEFINICIONES

Para caso específico del presente procedimiento se consideran las siguientes definiciones:

- 5.1. Área: Se refiere tanto a órganos como a unidades orgánicas de una Entidad.
- 5.2. Documento: Información y su medio de soporte.
- 5.3. Documento Controlado: Documento sobre el que se tiene responsabilidad de su adecuación a cualquier cambio o modificación, del que se mantiene control en la distribución de sus copias.
- 5.4. Documento Derogado: Documento que ya no está vigente para la ejecución de las actividades de la institución, se conserva en caso sea requerido para consulta.
- 5.5. Documento Interno: Documento elaborado, revisado y aprobado por los órganos y unidades orgánicas del IPD, para normar su funcionamiento.
Documento No controlado: Documento sobre el que no se tiene responsabilidad de informar de su adecuación sobre cualquier modificación. Asimismo, su distribución no se registra. Solo es de carácter informativo.
- 5.7. Equipo de Trabajo: Por lo general son las personas directamente involucradas en el proceso y conocedoras de la magnitud y complejidad del mismo.
- 5.8. Hoja de Control de Cambios: Elemento de la estructura del documento que describe las modificaciones que han originado el cambio de versión del documento desde su creación.



Título: PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS	Código: OPP-SGC-PR-06	Versión: 1	Página: 4/18
---	---------------------------------	----------------------	------------------------

- 5.9. Nivel de Aprobación: Es el nivel máximo de aprobación para un documento, según el tipo.
- 5.10. Órganos: Son unidades de la organización que forman la estructura orgánica de la Entidad.
- 5.11. Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencias de las actividades desempeñadas.
- 5.12. Unidad Orgánicas: Es la unidad de organización en que se dividen los órganos contenidos en la estructura orgánica de la entidad.
- 5.13. Versión: Identifica el número de ediciones que ha tenido el documento, es decir cuántas veces se ha modificado.

Asimismo, se presentan las definiciones de los documentos internos del IPD:

- 5.14. Cartilla: Documento breve y elemental que explica cómo se realiza algún proceso o trámite.
- 5.15. Directiva: La Directiva es un documento normativo que emite el IPD que contiene un conjunto de dispositivos que establecen aspectos técnicos y operativos en materias específicas, cuya finalidad es orientar respecto a la implementación de políticas o normas de carácter general, o acciones que haya que emprender; formuladas de acuerdo a sus necesidades por los órganos de línea, asesoramiento o de apoyo del IPD, en concordancia con la normatividad vigente.
- 5.16. Documento de Gestión Institucional: Documento técnico normativo de gestión institucional que formaliza una organización y orienta el esfuerzo institucional para el logro de su misión, visión y objetivos.
- 5.17. Ficha de Indicadores de Gestión: Es un documento que define formalmente un indicador de gestión, cuyas características básicas son: forma de cálculo, periodicidad para la medición y el seguimiento, la forma de representación, los responsables y el resultado esperado, entre otros.
- 5.18. Formato: Documento que indica la información que debe registrarse para mantener evidencia de la realización de un proceso, actividad o tarea. Cuando el formato contiene datos y/o información se convierte en registro.
- 5.19. Guía: Es un documento que contiene el marco conceptual, las pautas básicas, y eventualmente la metodología, para la ejecución de actividades específicas.
- 5.20. Instructivo: Es un documento que describe en forma detallada cada paso de una tarea determinada, clarificando la forma de realizarla, siguiendo una secuencia lógica que permite evitar errores en el proceso de ejecución. Generalmente se constituye en un elemento de apoyo de un procedimiento. Indica el ¿Cómo se lleva a cabo? Es corto, de fácil lectura y entendimiento, puede contener imágenes y otros elementos para ayudar a la comprensión.
- 5.21. Manual: Es un documento que contiene instrucciones detalladas y precisas para realizar de forma ordenada y sistemática, las atribuciones, funciones, procedimientos y actividades, en concordancia con los objetivos y políticas de la Entidad. Un Manual también puede contener un compendio de documentos normativos, aprobados con anterioridad, y que se considera conveniente agruparlos para facilitar su acceso y disponibilidad para los usuarios.
- 5.22. Política: Es un conjunto de principios generales o directrices expresadas por la Alta Dirección de la Entidad, de cumplimiento obligatorio en la toma de decisiones, a nivel institucional.
- 5.23. Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

6 CONDICIONES

- 6.1. Los tipos de documentos internos establecidos en el IPD se encuentran detallados en el Anexo C: Tipos de Documentos Internos.
- 6.2. El procedimiento para la elaboración, revisión, aprobación y difusión de los documentos de gestión institucional se encuentra regulado por las normas vigentes en la materia; sin embargo, para efectos del control de las versiones, se empleará la Lista Maestra de Documentos Internos que forma parte del presente procedimiento. Por consiguiente, la regulación de dichos documentos no forma parte del presente documento.
- 6.3. Para la elaboración de los documentos internos, se conformará un Equipo de Trabajo designado por el área vía memorándum, el mismo que deberá definir el alcance y los niveles de aprobación del documento, según Niveles de Aprobación de Documentos Internos.

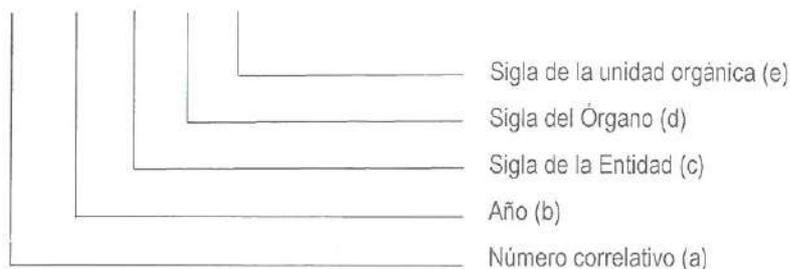


Título: PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS	Código: OPP-SGC-PR-06	Versión: 1	Página: 5/18
--	--------------------------	---------------	-----------------

- 6.4. En el caso de documentos con carátula, los responsables de la elaboración, revisión y aprobación deberán firmar en la carátula del documento. Adicionalmente, el responsable de la aprobación del documento, deberá colocar su V° B° y sello respectivo en el lado izquierdo inferior de cada página del documento a partir de la segunda página.
- 6.5. Las modificaciones en los documentos producto de cambios normativos institucionales son formuladas y propuestas por OPP.
- 6.6. Todos los documentos internos serán identificados por su título y/o código.
- 6.7. Cuando se realicen modificaciones en los documentos se deberá colocar la versión vigente en la carátula o encabezado de la primera página y en el encabezado de todas las páginas.
- 6.8. Cuando se realicen modificaciones en los formatos incluidos en los documentos se deberá colocar la versión vigente en el encabezado, sin que esto implique la modificación de los documentos de los que forman parte.
- 6.9. El formato y presentación de cada uno de los documentos citados a continuación deberá contemplar lo siguiente:
 - a. Las directivas, deberán cumplir con lo regulado por la Directiva N° 023-2015-IPD-OPP-UOM, Formulación, Aprobación y Actualización de Directivas del Instituto Peruano del Deporte.
 - b. Las directivas, manuales, procedimientos, planes, instructivos y guías deberán contar con una carátula al inicio del documento. Para el caso de los procedimientos la caratula se establecerá de acuerdo al Anexo A.
 - c. En las políticas, directivas, manuales, procedimientos, planes, instructivos, guía, fichas de indicadores de gestión y formatos se deberá señalar la versión del documento. Cuando se trate de políticas y cartillas la versión del documento se colocará en la parte inferior izquierda a manera de pie de página.
 - d. Los manuales, procedimientos, planes, instructivos, guías, fichas de indicadores de gestión y formatos deberán tener en el encabezado su Título, Código, Versión y N° de Página correspondiente.
- 6.10. La codificación de los documentos deberá realizarse de acuerdo a lo siguiente; quedando exceptuados los Documentos de Gestión Institucional y Políticas, los que no serán codificadas:

6.11.1 Codificación de Directivas:

XXX-XXXX-IPD/XXX-XXX



Descripción de campos:

- a. Número correlativo: Campo numérico de tres (3) dígitos representado por un número secuencial que identifica al documento.
- b. Año: Campo numérico de cuatro (4) dígitos representado por un número secuencial que identifica el año en curso.
- c. Sigla de la Entidad: Campo alfabético que identifica la sigla de la Entidad emisora del documento.
- d. Sigla del órgano: Campo alfabético que identifica la sigla del órgano que administra el documento. Ver: Siglas de Órganos y Unidades Orgánicas.
- e. Sigla de la unidad orgánica: Campo alfabético que identifica la sigla de la unidad orgánica que emite el documento. Ver: Siglas de Órganos y Unidades Orgánicas.

El enunciado del documento será el siguiente:

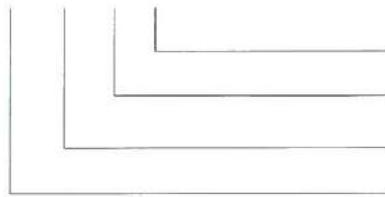
Nombre del tipo de documento, seguido del número correlativo, separado por un guión (-), el año en curso, separado por un guión (-), la sigla de la Entidad (con letras mayúsculas), separada por una raya en diagonal (/), la sigla del órgano que administra el documento (con letras mayúsculas); y de ser el caso, separado por un guión (-), las siglas de la unidad orgánica que emite el documento (con letras mayúsculas).



Título: PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS	Código: OPP-SGC-PR-06	Versión: 1	Página: 6/18
--	--------------------------	---------------	-----------------

6.11.2 Codificación de Manuales, Procedimientos, Planes, Instructivos, Guía, Cartilla y Fichas de Indicadores de Gestión.

XXX-XXX-XX-XX



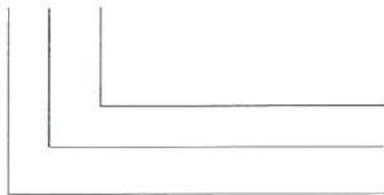
- Número correlativo (d)
- Tipo de documento (c)
- Código de Nombre del proceso (b)
- Sigla del órgano o unidad orgánica (a)

Descripción de campos:

- a. Sigla del órgano o unidad orgánica: Campo alfabético que identifica la sigla del órgano ó unidad orgánica que administra y/o emite el documento. Ver: Siglas de Organos y Unidades Orgánicas.
- b. Código del nombre del proceso: Campo alfabético de tres (3) caracteres que indica el nombre del proceso al cual hace referencia el documento.
- c. Código de tipo de documento: Campo alfabético de dos (2) caracteres que representa el tipo de documento. Ver: Tipos de Documentos Internos.
- d. Número correlativo: Campo numérico de dos (2) dígitos representado por un número secuencial que identifica al documento.

6.11.3 Codificación de Formatos:

XXX-FO-XX



- Número correlativo (c)
- Tipo de documento (b)
- Código del nombre del proceso (a)

Descripción de campos:

- a. Código del nombre del proceso: Campo alfabético de tres (3) caracteres que indica el nombre del proceso al cual hace referencia el documento.
- b. Tipo de documento: Para efectos de este tipo de documento, el código es "FO".
- c. Número correlativo: Campo numérico de dos (2) dígitos representado por un número secuencial que identifica al documento.



- 6.11. Para la aprobación de los documentos internos, se deberá definir previamente el alcance del documento y el nivel de aprobación, según: Niveles de Aprobación de Documentos Internos.
- 6.12. Los documentos aprobados entrarán en vigencia a partir del día siguiente de su aprobación.
- 6.13. Los cambios (entre una versión y otra) que se realicen en los Manuales, Procedimientos e Instructivos serán identificados en el mismo documento, en el capítulo: "Hoja de Control de Cambios". En el caso de las Políticas, Planes, Formatos, Fichas de Indicadores de Gestión, y Guías, los cambios serán identificados por comparación con la versión anterior.
- 6.14. En caso que el personal del IPD requiera imprimir copias de documentos, quedará bajo su responsabilidad la impresión de la versión vigente, la cual podrá ser verificada mediante comparación con el original.
- 6.15. El Jefe del órgano o unidad orgánica distribuirá las copias controladas (físicas) de los documentos internos que estén dentro del ámbito de su competencia, debidamente identificados como "Documento Controlado", a través de la Lista de Distribución de Documentos, en caso sea necesario, al personal que lo requiera.
- 6.16. El Jefe del órgano o unidad orgánica recogerá y destruirá las copias (físicas) de los documentos internos que estén dentro del ámbito de su competencia, que hayan sido derogados.

Título:	PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS	Código:	OPP-SGC-PR-06	Versión:	1	Página:	7/18
---------	---	---------	---------------	----------	---	---------	------

7 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nº	Actividad	Responsable
Elaboración del Documento		
7.1	Identifica la necesidad de elaborar o modificar un documento (requerido por el SGC para un fin específico, verificando la existencia de otros documentos relacionados y su alcance, a fin de determinar correctamente el documento a elaborar. 7.1.1 Si se requiere elaborar un nuevo documento, continúa en el paso 7.2. 7.1.2 Si se requiere modificar un documento existente, continúa en el paso 7.4. Nota: Las modificaciones producto de cambios normativos institucionales son formuladas y propuestas por la OPP.	Equipo de Trabajo
7.2	Define e identifica el alcance del documento.	Equipo de Trabajo
7.3	Elabora el documento, coordinando con el Especialista en Organización y Métodos. Continúa en el paso 7.7.	Equipo de Trabajo
Modificación del Documento		
7.4	Solicita al Jefe del órgano o unidad orgánica la modificación del documento.	Equipo de Trabajo
7.5	Evalúa si procede la solicitud. 7.5.1 Si la respuesta es "Sí", continúa en el paso 7.6. 7.5.2 Si la respuesta es "No"; comunica al solicitante, verbalmente o por medio de un documento escrito, la(s) razón(es) de la no procedencia de la solicitud. Fin del procedimiento.	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
7.6	Modifica documento, coordinando con el Especialista en Organización y Métodos.	Equipo de Trabajo
Validación y Revisión del Documento		
7.7	Revisa el documento íntegramente para que atienda las necesidades y que cuente con los controles necesarios para asegurar el cumplimiento de su finalidad. 7.7.1 Si el documento es conforme: somete a discusión pública, la versión preliminar del documento con la participación de todas las unidades orgánicas involucradas en la aplicación del documento, generando evidencia de que el documento fue enviado a discusión pública; el otro caso, es de aplicación directa ya sea por mandato o normativa interna que tenga carácter de aplicación obligatoria sin necesidad de requerir consenso de las áreas involucradas. Luego procede en función a si existen observaciones al documento: 7.7.1.1 Si el documento tiene observaciones, deriva el mismo al equipo de trabajo, continúa en el paso 7.8. 7.7.1.2 Si el documento no tiene observaciones, continúa en el paso 7.10. 7.7.2 Si el documento no es conforme, comunica sus observaciones al equipo de trabajo para su modificación. Regresa al paso 7.6.	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
7.8	Analiza las observaciones o recomendaciones y obtiene información para la modificación del documento.	Equipo de Trabajo
7.9	Incorpora en el documento las observaciones o recomendaciones que correspondan y lo entrega al Jefe del órgano o unidad orgánica.	Equipo de Trabajo
Aprobación del Documento		
7.10	Remite documento, con las firmas correspondientes, vía memorándum a la OPP para su revisión, codificación y trámite de aprobación.	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
7.11	Revisa y deriva el documento al Especialista en Organización y Métodos.	Jefe de la Unidad de Organización y Métodos
7.12	Revisa formato, congruencia y consistencia del documento, a fin de que éste no se contraponga a la normatividad interna o disposiciones legales vigentes.	Especialista en Organización y Métodos
7.13	Codifica el documento (cuando corresponda).	Especialista en Organización y Métodos
7.14	Formula el proyecto de resolución de aprobación, consolida y estructura el Expediente del documento y lo deriva al Jefe de la Unidad de Organización y Métodos para su revisión.	Especialista en Organización y Métodos
7.15	Revisa el Expediente del documento y lo deriva al Jefe de la Oficina de Presupuesto y Planificación.	Jefe de la Unidad de Organización y Métodos
7.16	Revisa el Expediente del documento, visa el proyecto de resolución de aprobación del documento y los deriva al Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica para opinión legal.	Jefe de la Oficina de Presupuesto y Planificación

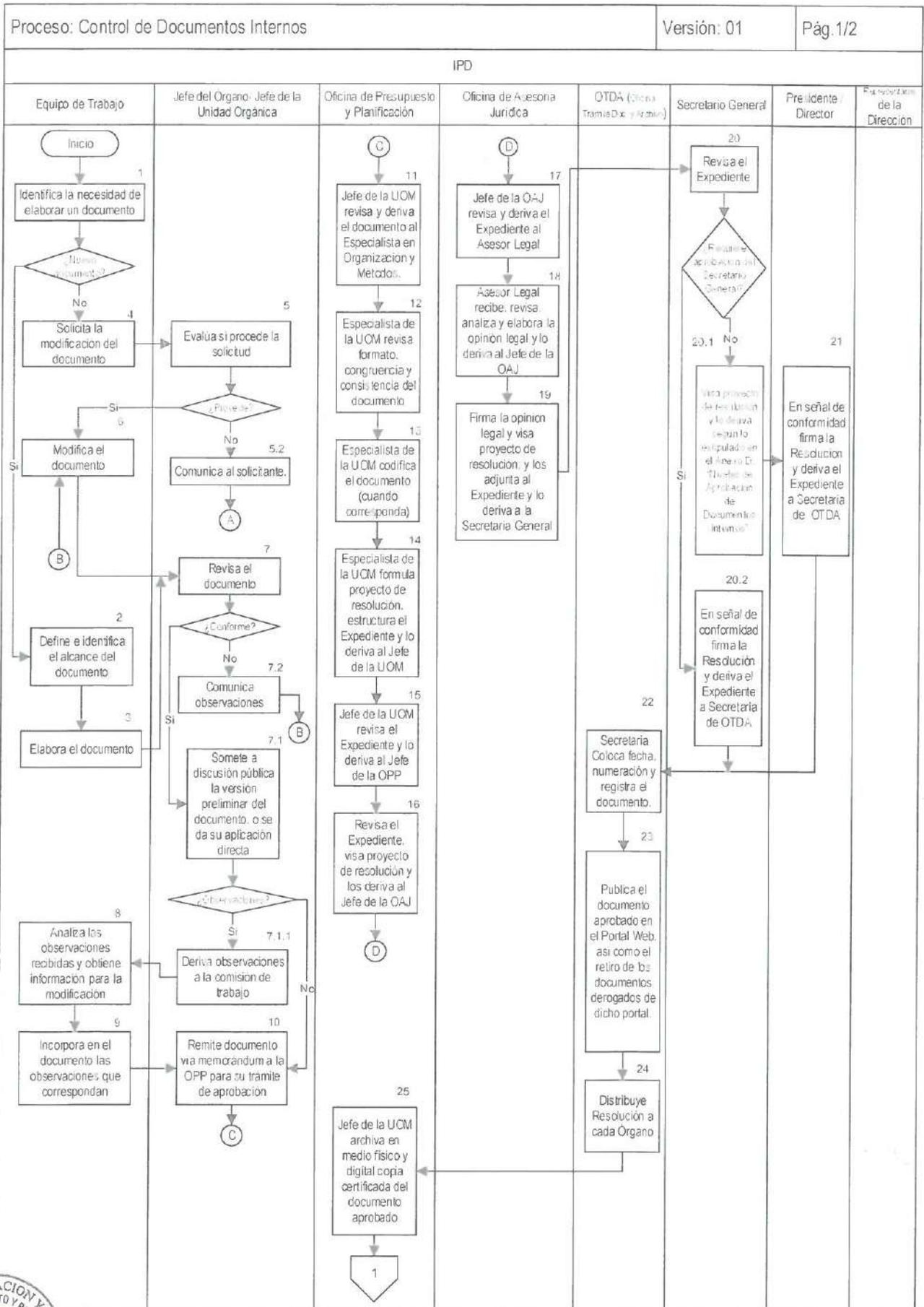


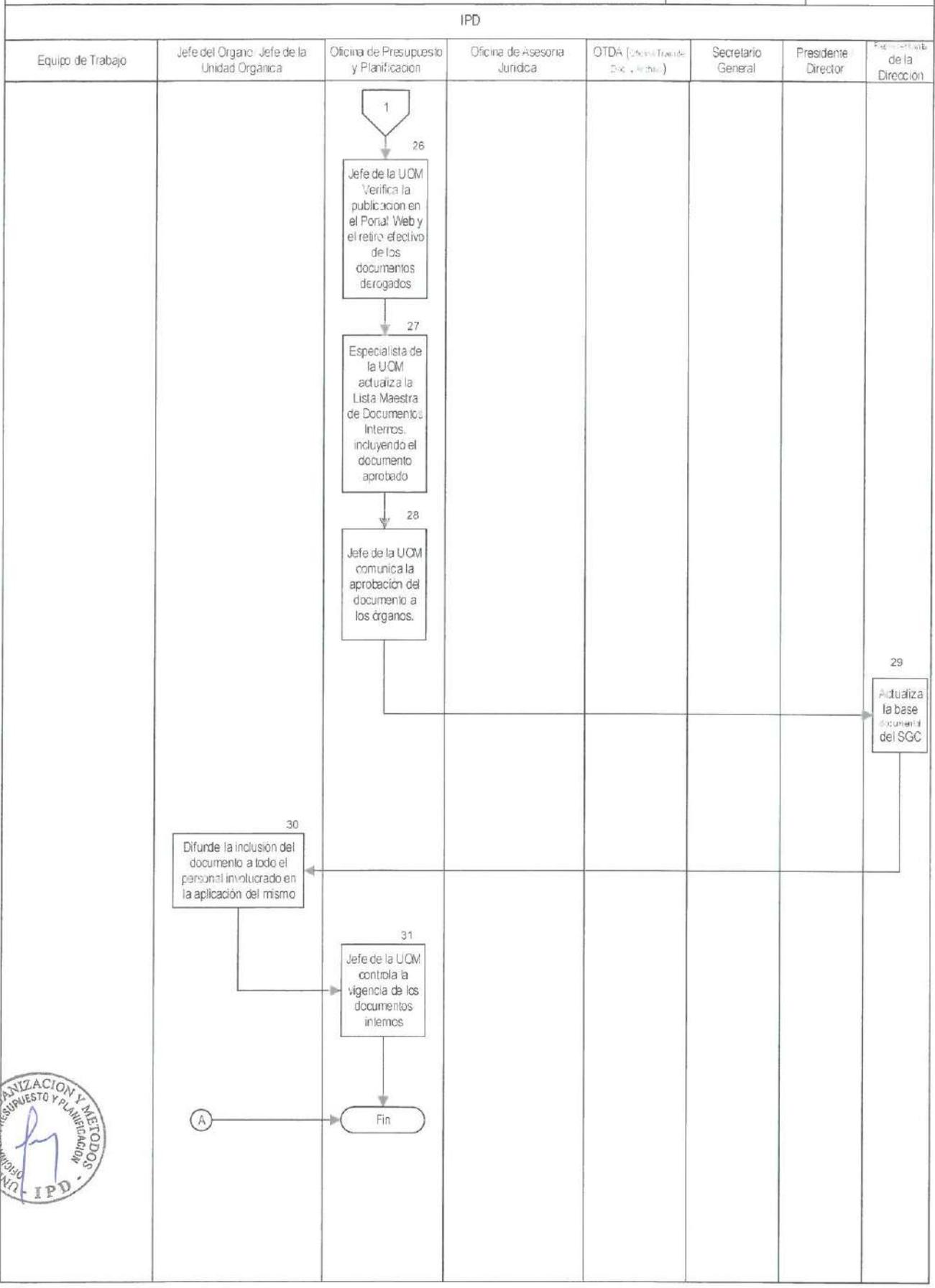
Título: PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS	Código: OPP-SGC-PR-06	Versión: 1	Página: 8/18
---	---------------------------------	----------------------	------------------------

Nº	Actividad	Responsable
7.17	Revisa y deriva el Expediente del documento al Asesor Legal correspondiente.	Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica
7.18	Revisa y analiza el Expediente del documento en el aspecto legal, elabora la opinión legal, y los deriva al Jefe de Oficina de Asesoría Jurídica para la firma.	Asesor Legal
7.19	Firma la opinión legal y visa el proyecto de resolución de aprobación del documento, y los adjunta al Expediente del documento y lo deriva al Secretario General.	Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica
7.20	Revisa el Expediente del documento. 7.20.1 Si no requiere aprobación de Secretario General, visa el proyecto de resolución de aprobación del documento y lo deriva al responsable del nivel de aprobación según lo estipulado en el Anexo D: "Niveles de Aprobación de Documentos Internos", continúa en el paso 7.21 7.20.2 Si requiere aprobación de Secretario General, en señal de conformidad firma la Resolución aprobando el documento y deriva el Expediente del documento a la Secretaria de OTDA (Oficina de Trámite Documentario) para el trámite respectivo, continúa en el paso 7.22	Secretario General
7.21	En señal de conformidad firma la Resolución aprobando el documento y deriva el Expediente del documento a la Secretaria de OTDA (Oficina de Trámite Documentario) para el trámite respectivo.	Presidente del IPD / Director
7.22	Coloca fecha, numeración y registra el documento.	Secretaria de OTDA (Oficina Trámite Doc. y Archivo)
7.23	Publica el documento aprobado en el Portal Institucional; así como el retiro de los documentos derogados del Portal Institucional, de ser el caso.	Secretaria de OTDA (Oficina Trámite Doc. y Archivo)
7.24	Distribuye la Resolución a cada Órgano para conocimiento.	Secretaria de OTDA (Oficina Trámite Doc. y Archivo)
Archivo del Documento		
7.25	Archiva en medio físico y digital la copia certificada del documento aprobado, garantizando que el documento custodiado sea el vigente y que la documentación derogada esté debidamente identificada.	Jefe de la Unidad de Organización y Métodos
7.26	Verifica la publicación en el Portal Institucional del documento aprobado y el retiro efectivo de los documentos derogados.	Jefe de la Unidad de Organización y Métodos
7.27	Actualiza la Lista Maestra de Documentos Internos, incluyendo el documento aprobado y actualizando el estado de la documentación derogada, de ser el caso.	Especialista en Organización y Métodos
Difusión del Documento		
7.28	Comunica la aprobación del documento y los documentos derogados, de ser el caso, vía memorándum, a los órganos.	Jefe de la Unidad de Organización y Métodos
7.29	Actualiza la base documental del SGC, incluyendo el documento vigente en la carpeta SGC IPD, y archiva el documento derogado en la carpeta "Documentos Derogados", adicionando al nombre un sufijo que indique el número de versión obsoleta.	Representante de la Dirección
7.30	Difunde la inclusión de un nuevo documento o versión a todo el personal involucrado en la aplicación del mismo y coordina capacitación al personal, cuando lo estime conveniente.	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
Control de Vigencia		
7.31	En forma permanente, controla la vigencia de los documentos normativos y de orientación en uso. Fin del procedimiento.	Jefe de la Unidad de Organización y Métodos



8 DIAGRAMA DE FLUJO





Título: PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS	Código: OPP-SGC-PR-06	Versión: 1	Página: 11/18
--	--------------------------	---------------	------------------

9 REGISTROS

Descripción	Código	Nº de ejemplares	Lugar de archivo	Tiempo de archivo (Años)
Lista Maestra de Documentos Internos	SGC-FO-18	1	Archivo del Área	Permanente
Lista de Distribución de Documentos	SGC-FO-01	1	Archivo del Área	Permanente

10 HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS

Nº de versión	Nº de capítulo/ Ítem	Párrafo/ Figura/ Tabla/ Nota	Modificaciones

11 ANEXOS

Descripción	Anexo
Esquema de Procedimiento	A
Siglas de Órganos y Unidades Orgánicas	B
Tipos de Documentos Internos	C
Niveles de Aprobación de Documentos Internos	D
Lista Maestra de Documentos Internos	E
Lista de Distribución de Documentos	F



ANEXO A: ESQUEMA DE PROCEDIMIENTO



PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS

Concepto	Nombre y Apellido – Cargo	Firma	Fecha de Firma
Elaborado por			
Revisado por			
Aprobado por			



ANEXO B: SIGLAS DE ÓRGANOS Y UNIDADES ORGÁNICAS

SIGLA	DESCRIPCION
CD	CONSEJO DIRECTIVO
P	PRESIDENCIA
SG	SECRETARIA GENERAL
OCI	ORGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL
OAJ	OFICINA DE ASESORIA JURIDICA
OPP	OFICINA DE PRESUPUESTO Y PLANIFICACION
UPTO	UNIDAD DE PRESUPUESTO
UPLA	UNIDAD DE PLANEAMIENTO
UOM	UNIDAD DE ORGANIZACIÓN Y METODOS
UEP	UNIDAD DE ESTADISTICA Y PREINVERSION
OTDA	OFICINA DE TRAMITE DOCUMENTARIO Y ARCHIVO
OIC	OFICINA DE INFORMACION Y COMUNICACIONES
OGA	OFICINA GENERAL DE ADMINISTRACION
UP	UNIDAD DE PERSONAL
UFIN	UNIDAD DE FINANZAS
UL	UNIDAD DE LOGISTICA
UI	UNIDAD DE INFORMATICA
UCO	UNIDAD DE COMERCIALIZACION
OI	OFICINA DE INFRAESTRUCTURA
UEP	UNIDAD DE ESTUDIOS Y PROYECTOS
UOE	UNIDAD DE OBRAS Y EQUIPAMIENTO
UM	UNIDAD DE MANTENIMIENTO
OCRCRNI	OFICINA DE COORDINACION REGIONAL, COOPERACION Y RELACIONES NACIONALES E INTERNACIONALES
UR	UNIDAD DE COORDINACION REGIONAL
UCRNI	UNIDAD DE COOPERACION, RELACIONES NACIONALES E INTERNACIONALES
DNRPD	DIRECCION NACIONAL DE RECREACION Y PROMOCION DEL DEPORTE
SDE	SUBDIRECCION DE DEPORTE ESTUDIANTIL
SDT	SUBDIRECCION DE DEPORTE PARA TODOS
DINADAF	DIRECCION NACIONAL DE DEPORTE DE AFILIADOS
DNCTD	DIRECCION NACIONAL DE CAPACITACION Y TECNICA DEPORTIVA
SMTC	SUBDIRECCION DE METODOS TECNICOS Y CAPACITACION
SRND	SUBDIRECCION DE REGISTRO NACIONAL DEL DEPORTE
DINASEB	DIRECCION NACIONAL DE SERVICIOS BIOMEDICOS
CRD-AMA	CONSEJO REGIONAL DEL DEPORTE: AMAZONAS
CRD-ANC	CONSEJO REGIONAL DEL DEPORTE: ANCASH
CRD-APU	CONSEJO REGIONAL DEL DEPORTE: APURIMAC
CRD-AQP	CONSEJO REGIONAL DEL DEPORTE: AREQUIPA
CRD-AYA	CONSEJO REGIONAL DEL DEPORTE: AYACUCHO



Título:	PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS	Código:	OPP-SGC-PR-06	Anexo:	B	Versión:	1	Página:	14/18
---------	---	---------	---------------	--------	---	----------	---	---------	-------

CRD-CAJ	CONSEJO REGIONAL DEL DEPORTE: CAJAMARCA
CRD-CUS	CONSEJO REGIONAL DEL DEPORTE: CUSCO
CRD-HCV	CONSEJO REGIONAL DEL DEPORTE: HUANCABELICA
CRD-HCO	CONSEJO REGIONAL DEL DEPORTE: HUANUCO
CRD-ICA	CONSEJO REGIONAL DEL DEPORTE: ICA
CRD-JUN	CONSEJO REGIONAL DEL DEPORTE: JUNIN
CRD-LLI	CONSEJO REGIONAL DEL DEPORTE: LA LIBERTAD
CRD-LAM	CONSEJO REGIONAL DEL DEPORTE: LAMBAYEQUE
CRD-LPR	CONSEJO REGIONAL DEL DEPORTE: LIMA PROVINCIAS
CRD-LOR	CONSEJO REGIONAL DEL DEPORTE: LORETO
CRD-MDD	CONSEJO REGIONAL DEL DEPORTE: MADRE DE DIOS
CRD-MOQ	CONSEJO REGIONAL DEL DEPORTE: MOQUEGUA
CRD-PAS	CONSEJO REGIONAL DEL DEPORTE: PASCO
CRD-PIU	CONSEJO REGIONAL DEL DEPORTE: PIURA
CRD-PUN	CONSEJO REGIONAL DEL DEPORTE: PUNO
CRD-SMA	CONSEJO REGIONAL DEL DEPORTE: SAN MARTIN
CRD-TAC	CONSEJO REGIONAL DEL DEPORTE: TACNA
CRD-TUM	CONSEJO REGIONAL DEL DEPORTE: TUMBES
CRD-UCA	CONSEJO REGIONAL DEL DEPORTE: UCAYALI
CRD-CLL	CONSEJO REGIONAL DEL DEPORTE: CALLAO



ANEXO C: TIPOS DE DOCUMENTOS INTERNOS

CÓDIGO	TIPO DE DOCUMENTO INTERNO
PO	Política
DG	Documento de Gestión Institucional
DI	Directiva
MA	Manual
MP	Mapa de Procesos
PR	Procedimiento
PL	Plan
IN	Instructivo
GU	Guía
FI	Ficha de Indicadores de Gestión
FO	Formato



Título: PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS	Código: OPP-SGC-PR-06	Anexo: D	Versión: 1	Página: 16/18
--	--------------------------	-------------	---------------	------------------

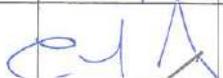
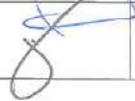
ANEXO D: NIVELES DE APROBACIÓN DE DOCUMENTOS INTERNOS

TIPO DE DOCUMENTO	MODALIDAD DE REVISIÓN	ALCANCE	NIVEL DE APROBACIÓN
Políticas	Aplicación Directa	Institucional	Consejo Directivo
Documentos de Gestión Institucional	Aplicación Directa	Institucional	Presidencia
Directivas	Aplicación Directa	Institucional	Presidencia/ Secretaria General
Manuales	Discusión Pública	Institucional	Presidencia
		Oficina	Presidencia
		Unidad	Presidencia
		Dirección	Presidencia
Procedimientos	Discusión Pública	Institucional	Presidencia / Secretaria General
		Oficina/ Unidad	Presidencia / Secretaria General
		Dirección	Presidencia / Secretaria General
Planes	Discusión Pública	Institucional	Presidencia
		Oficina	Presidencia
		Unidad	Presidencia
		Dirección	Presidencia
Instructivos	Discusión Pública	Dirección	Director
Guías	Aplicación Directa	Institucional	Secretaria General
Ficha de Indicadores de Gestión	Aplicación Directa	Institucional	Presidencia





PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE REGISTROS

Concepto	Nombre y Apellido – Cargo	Firma	Fecha de Firma
Elaborado por :	Julio César Luque Maldonado- Jefe de la Unidad de Organización y Métodos		
Revisado por :	Tania Zurita Sánchez - Jefe de la Oficina de Presupuesto y Planificación		
Aprobado por :	Saúl Barrera Ayala – Secretario General del IPD		

Título: PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE REGISTROS	Código: OPP-SGC-PR-07	Versión: 1	Página: 2/8
--	--------------------------	---------------	----------------

INDICE

1	OBJETIVO.....	3
2	ALCANCE.....	3
3	DOCUMENTOS A CONSULTAR.....	3
4	GLOSARIO DE TÉRMINOS ...	3
5	DEFINICIONES.....	3
6	CONDICIONES.....	4
7	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	5
8	DIAGRAMA DE FLUJO	6
9	REGISTROS.....	7
10	HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS	7
11	ANEXOS	7



Título: PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE REGISTROS	Código: OPP-SGC-PR-07	Versión: 1	Página: 3/8
--	--------------------------	---------------	----------------

1 OBJETIVO

Establecer los lineamientos y el procedimiento a seguir para controlar los registros establecidos en el SGC del IPD, a través de su identificación, almacenamiento, protección, recuperación, retención y disposición.

2 ALCANCE

El presente procedimiento es administrado por la Unidad de Organización y Métodos de la Oficina de Presupuesto y Planificación y es fuente de aplicación para las áreas comprendidas en el alcance del SGC del IPD. El procedimiento se inicia con la generación de registros y finaliza con el control de los mismos.

Este procedimiento es aplicable a los procesos comprendidos dentro del alcance del SGC, bajo la norma ISO 9001:2008.

3 DOCUMENTOS A CONSULTAR

- 3.1. Ley N° 28036 - Ley de Aprobación y Desarrollo del Deporte y su modificatoria Ley N° 29544.
- 3.2. D. S. N° 017-2004-PCM que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del IIPD y su modificatoria D.S. N° 086-2004-PCM.
- 3.3. Resolución N° 440-2006-P/IPD que aprobó el Manual de Organización y Funciones del IPD y sus modificatorias.
- 3.4. Directiva N° 023-2015-IPD-OPP-UOM. Formulación, Aprobación y Actualización de Directivas del Instituto Peruano del Deporte.
- 3.5. Norma ISO 9000:2005. Sistemas de Gestión de la Calidad. Principios y Vocabulario.
- 3.6. Norma ISO 9001:2008. Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos.

4 GLOSARIO DE TÉRMINOS

- 4.1. IPD: Instituto Peruano del Deporte
- 4.2. RED: Representante de la Dirección
- 4.3. SGC: Sistema de Gestión de Calidad
- 4.4. UI: Unidad de Informática

5 DEFINICIONES

Para efectos del presente procedimiento se consideran las siguientes definiciones, las mismas que se encuentran señaladas en la norma ISO 9000:2005:

- 5.1. Información: Datos que poseen significado.
- 5.2. Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencias de actividades desempeñadas.

Asimismo, para el caso específico del presente procedimiento se consideran las siguientes definiciones:

- 5.3. Archivo activo: Ambiente o espacio de cada área, donde se archivan los registros que son revisados o consultados con frecuencia.
- 5.4. Archivo pasivo: Ambiente donde se archivan los registros que han cumplido su tiempo de archivo activo y que ya no son requeridos. Luego del tiempo de archivo pasivo los registros se pueden eliminar.
- 5.5. Formato: Documento que indica la información que debe registrarse para mantener evidencia de la realización de un proceso, actividad o tarea. Cuando el formato contiene datos y/o información se convierte en registro.
- 5.6. Servidor: Es una computadora que, formando parte de una red, provee servicios a otras computadoras denominadas clientes.



Título:	Código:	Versión:	Página:
PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE REGISTROS	OPP-SGC-PR-07	1	4/8

6 CONDICIONES

- 6.1. Los registros se generarán como consecuencia de la recepción de comunicaciones, eventos realizados y/ o resultados obtenidos, emisión de informes y reportes, registro de datos, entre otros.
- 6.2. Los registros podrán encontrarse o estar soportados en papel, de manera electrónica (discos duros, disquetes, discos compactos, video discos compactos, etc.) u otro medio (aquellos que no pueden ser incluidos en las categorías anteriores, tales como videocintas, rollos fotográficos, cintas de audio, etc.).
- 6.3. El detalle de la identificación, el código del formato, el número de ejemplares, el lugar de archivo y el tiempo de archivo de un registro deberá ser registrado en el capítulo Registros del documento de procedimiento al que está relacionado.
- 6.4. Como norma general el tiempo mínimo de conservación de los registros será definido en la Lista Maestra de Registros respetando en todos los casos los requisitos legales.
- 6.5. Serán responsables de la aplicación de este procedimiento, todo el personal del IPD que en el desarrollo de sus actividades utilice registros del SGC del IPD.
- 6.6. El RED, será responsable de velar por el cumplimiento de lo dispuesto en este procedimiento.
- 6.7. Los nuevos registros serán incluidos en la Lista Maestra de Registros, donde se deberá detallar la manera única de identificarlos, el criterio de clasificación, el área/proceso al cual están relacionados, el responsable del diligenciamiento de la información o del control de los registros, el medio en el que se encuentran o de soporte, los tiempos mínimos de retención o de conservación, el lugar de archivo o la ubicación física o ruta de acceso, y la disposición final (que se hará con los registros, luego de cumplido su tiempo de archivo).
- 6.8. En el archivo de los registros el criterio de clasificación para asegurar su recuperación inmediata puede ser:
 - a. Alfabéticamente
 - b. Numéricamente
 - c. Alfanuméricamente
 - d. Cronológicamente
- 6.9. Se deberá proteger la información de los registros electrónicos de tal manera que se impida la pérdida o modificación de los datos originales (control de acceso a las instalaciones, claves o contraseñas de acceso a computadores, claves o contraseñas de usuario, claves o contraseñas de apertura de archivos, claves o contraseñas de protección de archivos contra escritura, respaldos (back up), entre otros).
- 6.10. Para el caso de los registros lógicos o electrónicos conservados en servidores, el responsable de realizar los respaldos (back up) incrementales, semanalmente, en cintas magnéticas, será la UI.
- 6.11. En la generación de registros es necesario tener en cuenta:
 - a. Los registros deben ser legibles;
 - b. Siempre se debe registrar la fecha de creación del registro;
 - c. Todos los casilleros de un formato se deberán registrar. En caso que existan campos vacíos (por falta de datos) se deberán invalidar los casilleros correspondientes con líneas u otro artificio apropiado;
 - d. Los registros manuscritos, sólo podrán efectuarse utilizando lapicero (no lápiz);
 - e. No deberá borrarse, bajo ninguna circunstancia, la información registrada originalmente;
 - f. Las correcciones a la información plasmada en los registros, deberán hacerse trazando una línea sobre la información que se desea corregir, garantizando que quede legible para luego consignar la nueva información;
 - g. Todo registro deberá contar con su identificación;
- 6.12. Los registros lógicos o electrónicos deberán ser conservados en un servidor, de requerirse.
- 6.13. Durante el periodo de conservación de los registros del SGC, se deberá garantizar que el sistema de organización del archivo permita su fácil accesibilidad y la oportuna consulta de los registros.
- 6.14. Durante el periodo de conservación de los registros físicos del SGC, se deberá garantizar que los registros se mantengan legibles e identificables, almacenados en lugares apropiados, y seguros a fin de evitar su deterioro.
- 6.15. El personal del IPD, deberá disponer de los espacios y facilidades para conservar y archivar los registros del SGC, de tal forma que sean fácilmente accesibles y se evite su deterioro.



Título:	PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE REGISTROS	Código:	OPP-SGC-PR-07	Versión:	1	Página:	5/8
---------	---------------------------------------	---------	---------------	----------	---	---------	-----

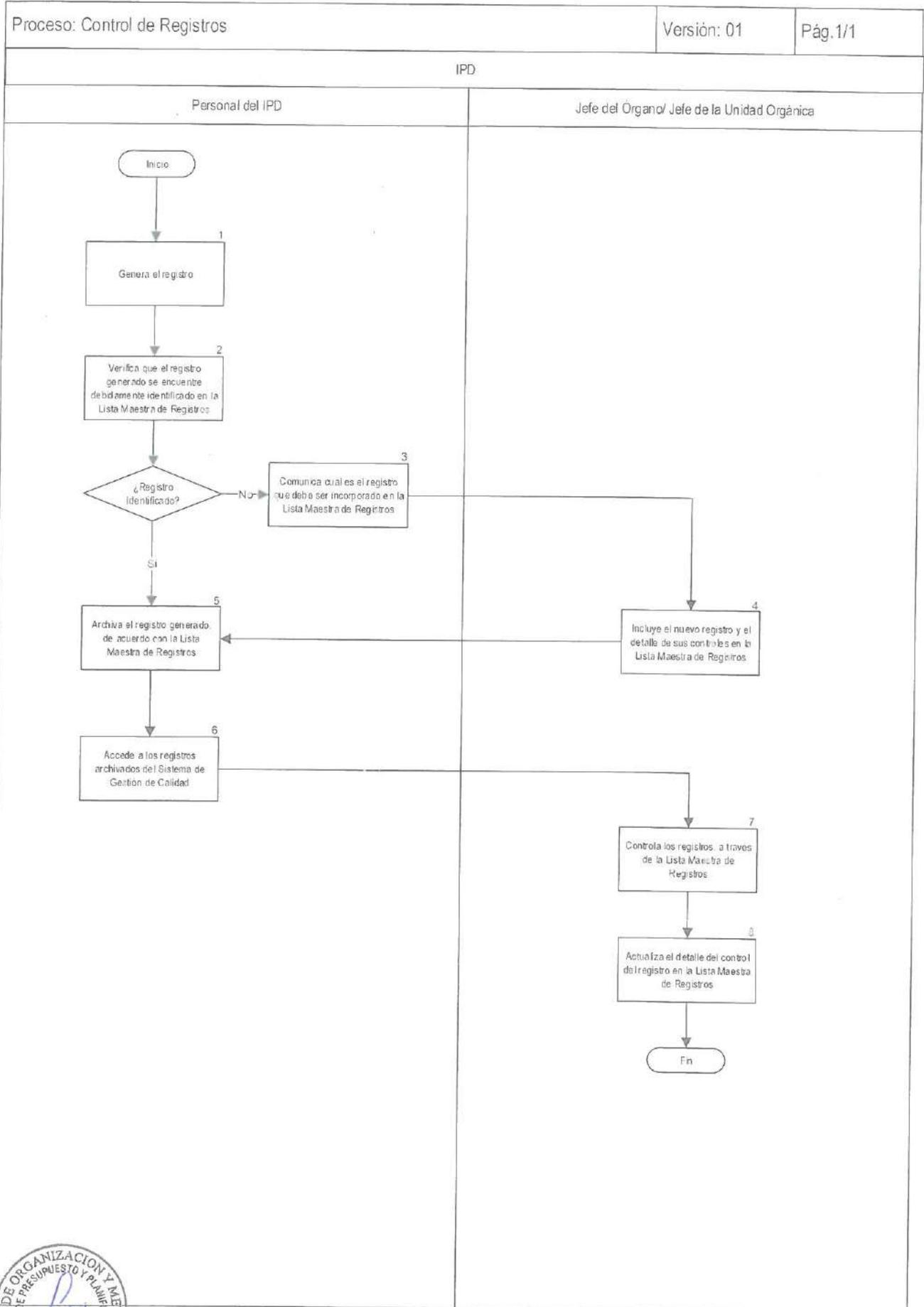
- 6.16. Los registros externos deberán ser incluidos en la Lista Maestra de Registros y ser archivados, utilizando el medio y el nombre para su identificación, en un lugar adecuado y de fácil acceso que evite su deterioro y/o pérdida.
- 6.17. Los registros serán identificados a través de su título y/o código de formato.
- 6.18. El Jefe del órgano o unidad orgánica, será el responsable del control del archivo pasivo de los registros que han cumplido su tiempo de archivo activo y de su posterior eliminación.
- 6.19. El RED, por lo menos una vez al año, deberá realizar verificaciones para identificar los registros que ya cumplieron su tiempo de retención en el archivo pasivo y coordinar su eliminación.

7 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nº	Actividad	Responsable
Verificación e identificación de los registros		
7.1	Genera el registro durante la realización de las actividades establecidas en los diferentes documentos del SGC.	Personal del IPD
7.2	Verifica si el registro generado se encuentra debidamente identificado en la Lista Maestra de Registros. 7.2.1 El registro se encuentra identificado en la Lista Maestra de Registros, continúa en el paso 7.5. 7.2.2 El registro no se encuentra identificado en la Lista Maestra de Registros, continúa en el paso 7.3.	Personal del IPD
7.3	Comunica al Jefe del órgano o unidad orgánica, cuál es el registro que debe ser incorporado en la Lista Maestra de Registros.	Personal del IPD
7.4	Incluye el nuevo registro y el detalle de sus controles en el formato de Lista Maestra de Registros.	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
Archivo de los registros		
7.5	Archiva el registro generado, de acuerdo con lo señalado en la Lista Maestra de Registros.	Personal del IPD
Acceso a los registros		
7.6	Accede al registro archivado, de acuerdo con lo señalado en la Lista Maestra de Registros.	Personal del IPD
Control de los registros		
7.7	Controla los registros según detalles de la Lista Maestra de Registros.	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
7.8	Actualiza el detalle del control del registro en la Lista Maestra de Registros, en caso sea necesario.	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica



8 DIAGRAMA DE FLUJO



9 REGISTROS

Descripción	Código	Nº de ejemplares	Lugar de archivo	Tiempo de archivo (Años)
Lista Maestra de Registros	SGC-FO-17	1	Archivo del Área	Permanente

10 HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS

Nº de versión	Nº de capítulo/ ítem	Párrafo/ Figura/ Tabla/ Nota	Modificaciones

11 ANEXOS

Descripción	Anexo
Lista Maestra de Registros	A





PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO DE SERVICIOS NO CONFORMES

Concepto	Nombre y Apellido – Cargo	Firma	Fecha de Firma
Elaborado por :	Julio César Luque Maldonado- Jefe de la Unidad de Organización y Métodos		
Revisado por :	Tania Zurita Sánchez - Jefe de la Oficina de Presupuesto y Planificación		
Aprobado por :	Saúl Barrera Ayala – Secretario General del IPD		

Título: PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO DE SERVICIOS NO CONFORMES	Código: OPP-SGC-PR-08	Versión: 1	Página: 2/10
---	--------------------------	---------------	-----------------

INDICE

1	OBJETIVO.....	3
2	ALCANCE.....	3
3	DOCUMENTOS A CONSULTAR.....	3
4	GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	3
5	DEFINICIONES.....	3
6	CONDICIONES.....	4
7	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.....	5
8	DIAGRAMA DE FLUJO.....	6
9	REGISTROS.....	7
10	HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS.....	7
	ANEXOS.....	7



Título: PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO DE SERVICIOS NO CONFORMES	Código: OPP-SGC-PR-08	Versión: 1	Página: 3/10
---	--------------------------	---------------	-----------------

1 OBJETIVO

Establecer los lineamientos y el procedimiento a seguir para la identificación y el control oportuno de los Servicios No Conformes, a fin de prevenir su uso o entrega no intencional; así como, establecer las responsabilidades y autoridades relacionadas con su tratamiento.

2 ALCANCE

El presente procedimiento es administrado por la Unidad de Organización y Métodos de la Oficina de Presupuesto y Planificación y es fuente de aplicación para las áreas comprendidas en el alcance del SGC del IPD. El procedimiento se inicia con la identificación del Servicio No Conforme por parte del personal del IPD y finaliza con el análisis de repetición del Servicio No Conforme.

Este procedimiento es aplicable a los procesos comprendidos dentro del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, bajo la norma ISO 9001:2008.

3 DOCUMENTOS A CONSULTAR

- 3.1. Ley N° 28036 - Ley de Aprobación y Desarrollo del Deporte y su modificatoria Ley N° 29544.
- 3.2. D. S. N° 017-2004-PCM que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del IIPD y su modificatoria D.S. N° 086-2004-PCM.
- 3.3. Resolución N° 440-2006-P/IPD que aprobó el Manual de Organización y Funciones del IPD y sus modificatorias.
- 3.4. Directiva N° 023-2015-IPD-OPP-UOM. Formulación, Aprobación y Actualización de Directivas del Instituto Peruano del Deporte.
- 3.5. Norma ISO 9000:2005 Sistemas de Gestión de la Calidad. Principios y Vocabulario.
- 3.6. Norma ISO 9001:2008. Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos.

4 GLOSARIO DE TÉRMINOS

- 4.1. IPD: Instituto Peruano del Deporte
- 4.2. RED: Representante de la Dirección
- 4.3. SAC: Solicitud de Acción
- 4.4. SGC: Sistema de Gestión de Calidad
- 4.5. SNC: Servicio No Conforme

5 DEFINICIONES

Para efectos del presente procedimiento se consideran las siguientes definiciones, las mismas que se encuentran señaladas en la norma ISO 9000:2005:

- 5.1. Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.
- 5.2. Concesión: Autorización para utilizar o liberar un producto que no es conforme con los requisitos especificados.
- 5.3. Corrección: Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.
- 5.4. Desecho: Acción tomada sobre un producto No Conforme para impedir su uso inicialmente previsto.
Nota: En el caso de un servicio No Conforme, el uso se impide no continuando el servicio.
- 5.5. Liberación: Autorización para proseguir con la siguiente etapa de un proceso.
- 5.6. No Conformidad: Incumplimiento de un requisito.
- 5.7. Permiso de desviación: Autorización para apartarse de los requisitos originalmente especificados de un producto, antes de su realización.
- 5.8. Producto: Resultado de un proceso, existen cuatro categorías genéricas de productos:



Título: PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO DE SERVICIOS NO CONFORMES	Código: OPP-SGC-PR-08	Versión: 1	Página: 4/10
---	--------------------------	---------------	-----------------

- a. Servicios (por ejemplo, transporte);
 - b. Software (por ejemplo, programas de computador, diccionario);
 - c. Hardware (por ejemplo, parte mecánica de un motor); y,
 - d. Materiales procesados (por ejemplo, lubricante).
- 5.9. Reclasificación: Variación de la clase de un producto No Conforme, de tal forma que sea conforme con requisitos que difieren de los iniciales.
- 5.10. Reparación: Acción tomada sobre un producto No Conforme para convertirlo en aceptable para su utilización prevista.
- 5.11. Reproceso: Acción tomada sobre un producto No Conforme para que cumpla con los requisitos.
- 5.12. Requisito: Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.
- 5.13. Verificación: Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.

Asimismo, para el caso específico del presente procedimiento se consideran las siguientes definiciones:

- 5.14. Guía para el Control de Servicios No Conformes: Es un documento en donde se describe cada Servicio No Conforme y el número de casos antes de tomar acción correctiva. Este documento se irá enriqueciendo conforme vayan apareciendo nuevos Servicios No Conformes.
- 5.15. Queja: Disconformidad que no se encuentra relacionada a los bienes expendidos o suministrados o a los servicios prestados; o expresa el malestar o descontento del Cliente respecto a la atención al público, sin que tenga por finalidad la obtención de un pronunciamiento por parte del proveedor.
- 5.16. Reclamo: Es aquella manifestación que un Cliente realiza al proveedor mediante la cual expresa una disconformidad relacionada a los bienes expendidos o suministrados o a los servicios prestados.
- 5.17. Servicio No Conforme: Es aquel servicio y/ o producto que incumple con los requisitos especificados.
- 5.18. Sugerencia: Idea propuesta con relación a la prestación de los servicios para que se tenga en consideración por el IPD en el desarrollo de sus actividades.
- 5.19. Tratamiento de un Servicio No Conforme: Es la acción a tomar frente a un servicio que presenta una No Conformidad, con el objeto de solucionar dicha No Conformidad y realizar una disposición del mismo.

6 CONDICIONES

- 6.1. Los Servicios No Conformes se identificarán mediante la medición y control de los servicios (control de calidad) y por hallazgos del personal del IPD.
- 6.2. Cuando se detecte un Servicio No Conforme después o durante la ejecución del mismo, se deberán tomar las acciones apropiadas a los efectos o efectos potenciales de la No Conformidad.
- 6.3. Si se detectase un posible Servicio No Conforme que no se encontrara identificado en la Guía para el Control de Servicios No Conformes, se deberá comunicar al Jefe del órgano o unidad orgánica que administra el servicio, quien deberá identificar el caso y registrarlo en la Guía.
- 6.4. Las acciones inmediatas a tomar para eliminar la No Conformidad de un Servicio No Conforme, se clasifican en:
- a. Reproceso (Volverlo hacer);
 - b. Reparación (Cambio de una parte del servicio para que funcione);
 - c. Reclasificación (Cambiar la tipología de un servicio);
 - d. Concesión (Acuerdo con el cliente para apartarse de los requisitos originalmente especificados de un servicio después de su realización);
 - e. Desecho (Acción tomada sobre un Servicio No Conforme para impedir su uso inicialmente previsto, el uso se impide no continuando el servicio); y,
 - f. Permiso de desviación (Autorización para apartarse de los requisitos originalmente especificados de un servicio antes de su realización).



Título: PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO DE SERVICIOS NO CONFORMES	Código: OPP-SGC-PR-08	Versión: 1	Página: 5/10
---	--------------------------	---------------	-----------------

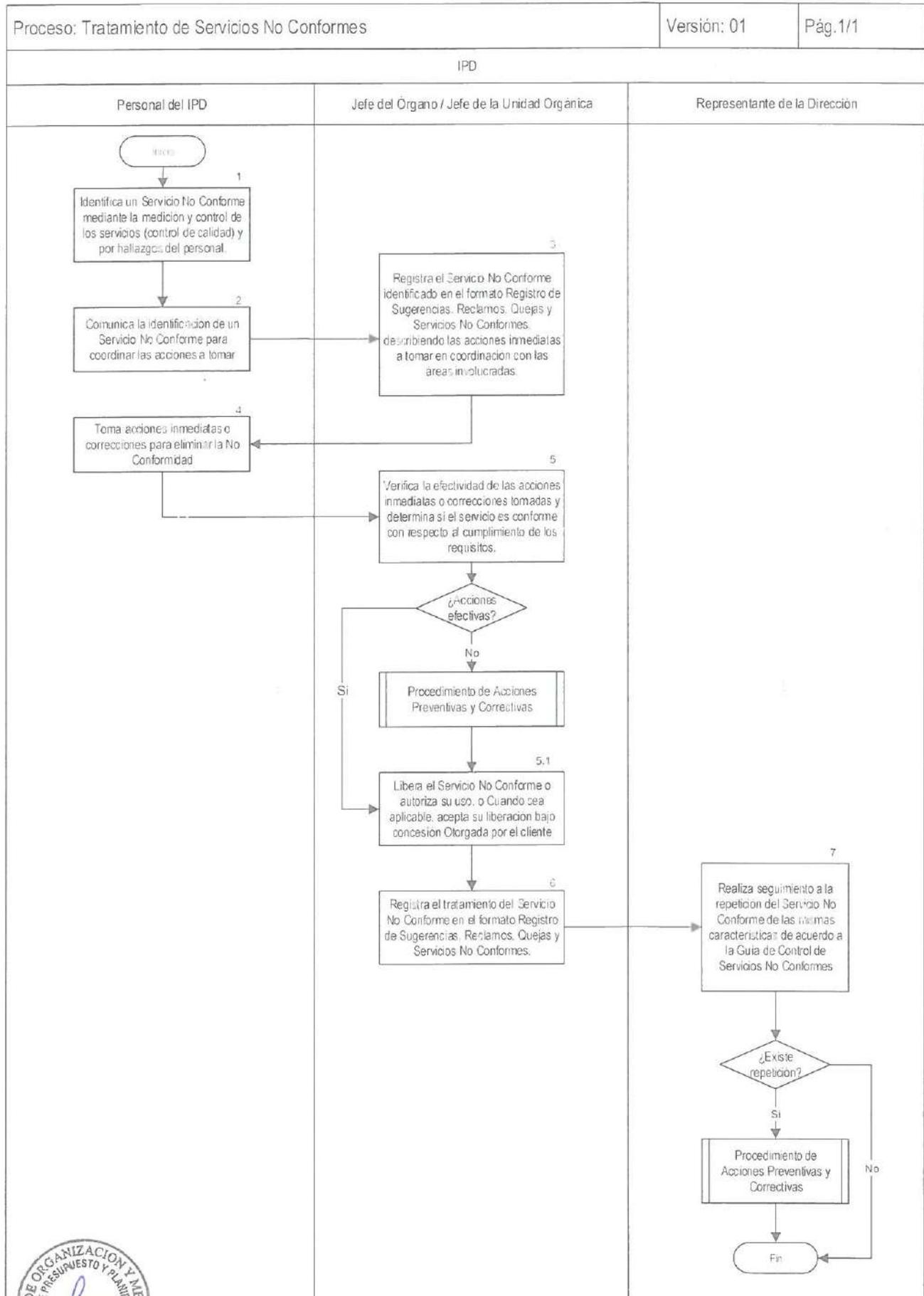
- 6.5. El Registro de Sugerencias, Reclamos, Quejas y Servicios No Conformes, deberá mantenerse debidamente numerado.
- 6.6. Los Servicios No Conformes se consignarán en el Registro de Sugerencias, Reclamos, Quejas y Servicios No Conformes, donde se deberá detallar la fecha en que se identificó, el nombre del cliente, el servicio brindado en referencia, el canal de comunicación, el nombre del personal que reporta, la descripción, la clasificación, la procedencia, las causas, las acciones tomadas y el responsable, la fecha de verificación de las acciones tomadas y si ésta generó una Solicitud de Acción.
- 6.7. El seguimiento a la solución de los Servicios No Conformes se hará mediante la utilización del Registro de Sugerencias, Reclamos, Quejas y Servicios No Conformes.
- 6.8. La generación y el tratamiento de una Solicitud de Acción, se llevará a cabo de acuerdo a lo descrito en el procedimiento de Acciones Preventivas y Correctivas.

7 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nº	Actividad	Responsable
7.1	Identifica un Servicio No Conforme.	Personal del IPD
7.2	Comunica la identificación de un Servicio No Conforme al Jefe del órgano o unidad orgánica, para coordinar las acciones a tomar.	Personal del IPD
7.3	Registra el Servicio No Conforme identificado en el formato "Registro de Sugerencias, Reclamos, Quejas y Servicios No Conformes", describiendo las acciones inmediatas a tomar, en coordinación con las áreas involucradas.	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
7.4	Toma las acciones inmediatas o correcciones requeridas para eliminar la No Conformidad.	Personal del IPD
7.5	Verifica la efectividad de las acciones inmediatas o correcciones tomadas y determina si el servicio es conforme con respecto al cumplimiento de los requisitos: 7.5.1 Si las acciones inmediatas o correcciones tomadas fueron efectivas, libera el Servicio No Conforme o autoriza su uso, o cuando sea aplicable, acepta su liberación bajo concesión otorgada por el cliente. 7.5.2 Si las acciones inmediatas tomadas no fueron efectivas, procede de acuerdo al Procedimiento de Acciones Preventivas y Correctivas. Repite el paso 7.5.	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
7.6	Registra el tratamiento del Servicio No Conforme en el formato "Registro de Sugerencias, Reclamos, Quejas y Servicios No Conformes".	Jefe del Órgano/ Jefe de la Unidad Orgánica
7.7	Realiza seguimiento a la repetición de un Servicio No Conforme de las mismas características de No Conformidad, de acuerdo a la Guía de Control de Servicios No Conformes: 7.7.1 Si existe repetición; procede de acuerdo al Procedimiento de Acciones Preventivas y Correctivas, generando una Solicitud de Acción. Fin del procedimiento. 7.7.2 Si no existe repetición, fin del procedimiento.	Representante de la Dirección



8 DIAGRAMA DE FLUJO



Título:	PROCEDIMIENTO DE TRATAMIENTO DE SERVICIOS NO CONFORMES	Código:	OPP-SGC-PR-08	Versión:	1	Página:	7/10
---------	--	---------	---------------	----------	---	---------	------

9 REGISTROS

Descripción	Código	Nº de ejemplares	Lugar de archivo	Tiempo de archivo (Años)
Registro de Sugerencias, Reclamos, Quejas y Servicios No Conformes	SGC-FO-02	1	Archivo del Área	Permanente
Guía para el Control de Servicios No Conformes	SGC-FO-15	1	Archivo del área	Permanente
Solicitud de Acción	SGC-FO-05	1	Archivo del área	2 años

10 HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS

Nº de versión	Nº de capítulo/ Ítem	Párrafo/ Figura/ Tabla/ Nota	Modificaciones

11 ANEXOS

Descripción	Anexo
Registro de Sugerencias, Reclamos, Quejas y Servicios No Conformes	A
Guía para el Control de Servicios No Conformes	B
Solicitud de Acción	C



ANEXO B: GUÍA PARA EL CONTROL DE SERVICIOS NO CONFORME

	<p>GUÍA PARA EL CONTROL DE SERVICIOS NO CONFORMES</p>	CÓDIGO SGC-FO-15
		VERSIÓN 1
		PAG. 1 DE 1

Instrucciones de Uso:

Completar el presente formato con las tipologías de Servicio No Conforme detectada para cada servicio, en caso que el Tipo de Servicio No Conforme detectado no corresponda a ninguna categoría preexistente, adicionar la nueva categoría a la presente guía. Agregar tantas filas como sean requeridas.

Proceso			
Fecha de Registro	Servicios	Tipo de Servicio No Conforme	Nº de Casos para Acción Correctiva
	Servicio 1		
	Servicio 2		
	Servicio 3		
	Servicio 4		
	Servicio 5		
	Servicio 6		
	Servicio 7		
	Servicio 8		



ANEXO C: SOLICITUD DE ACCIÓN

		SOLICITUD DE ACCION				CÓDIGO: SGC-FO-05	
						VERSIÓN: 1	
						PÁG. 1 DE 1	
Solicitud N°		Norma de referencia		ISO 9001:2008			
Acciones Correctivas		Acciones Preventivas		Servicio No Conforme			
Hallazgo:	Auditoría	Reclamos del cliente	Revisión por la Dirección	Análisis de datos	Observaciones del personal		
I. Descripción							
Informado por:							
Responsable:				Fecha:			
II. Análisis de Causa							
Responsable:				Fecha:			
III. Acciones a Tomar							
1. Acción Inmediata o Corrección (solo para los casos que aplique)							
2. Acción Correctiva / Preventiva (Plan de Acción)							
N°	Actividad				Responsable	Tiempo	
Responsable:				Fecha:			
Fecha de cierre propuesta:							
Verificación							
Conforme				No Conforme			
Responsable:				Fecha de cierre real:			

