

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

Facultad De Ciencias Administrativas Y Contables

Administración de Empresas



DESARROLLAR LA DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS DE ESPACIO
PÚBLICO CON BASE EN LA NORMA ISO 9001 VERSION 2008

Daniel Andrés Álvarez Gómez

Harold Andrés Marín Narváez

Sandra Milena Sabogal Pachón

Medellín, Colombia

2010



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y CONTABLES

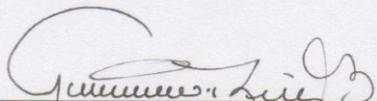
CENTRO DE INVESTIGACIONES

NOTA DE ACEPTACIÓN

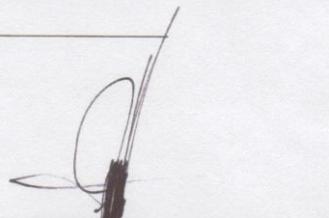
Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de Grado: **“Desarrollar la Documentación de los Procesos de Espacio Público con Base en la Norma ISO 9000 Versión 2008”**, elaborado por los estudiantes: DANIEL ANDRÉS ÁLVAREZ GÓMEZ, HAROLD ANDRÉS MARÍN NARVÁEZ Y SANDRA MILENA SABOGAL PACHÓN, del programa de Administración de Empresas, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Facultad de Ciencias Administrativas y Contables y por lo tanto se declara como:

ACEPTADO

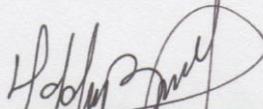
Medellín, Mayo 18 de 2010



Mg. Adriana Ruiz
Presidenta



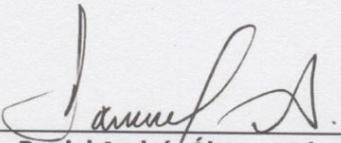
Esp. Francisco Acosta
Secretario

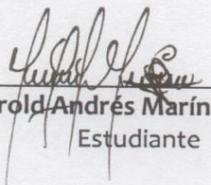


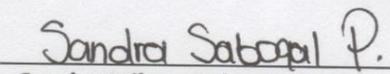
Esp. Jader de Jesús Berrío
Vocal



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA


Daniel Andrés Álvarez Gómez
Estudiante


Harold Andrés Marín Narváez
Estudiante


Sandra Milena Sabogal Pachón
Estudiante

Personería Jurídica según Resolución del Ministerio de Educación No. 8529 del 6 de junio de 1983

Cra. 84 No. 33AA-1 PBX. 250 83 28 Fax. 250 79 48 Medellín <http://www.unac.edu.co>

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestros más sinceros agradecimientos en primer lugar a nuestro Dios, por permitirnos desarrollar a cabalidad este proyecto que además de permitirnos culminar una etapa de nuestro proceso educativo, nos ha entregado grandes lecciones que nos serán de gran utilidad en el medio laboral. También queremos agradecer a la Subsecretaría y Defensoría de Espacio Público del Municipio de Medellín por permitirnos conocer de sus procesos y aportar a ellos este trabajo que será de gran utilidad dentro de su desarrollo y calidad laboral. A nuestros asesores quienes nos orientaron en el desarrollo de este trabajo y quienes desinteresadamente nos impartieron su conocimiento para que pudiéramos comprender, analizar, desarrollar y culminar este proceso. Por último queremos agradecer a la Corporación Universitaria Adventista, a sus docentes y a todos aquellos que nos apoyaron en este proceso.

CONTENIDO

RESUMEN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	1
INTRODUCCIÓN	6
DEFINICION DEL PROBLEMA/OPORTUNIDAD	7
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO	8
GENERALIDADES	9
Reseña histórica	9
Cuáles son los espacios públicos	9
Misión	10
Visión	10
Objetivos generales	11
Principios	11
Funciones	12
JUSTIFICACION	14
DESARROLLO METODOLÓGICO	15
<i>Gestión de calidad</i>	15
Implementación Del Sistema De Gestión De La Calidad	21
Los 8 Principios de la Calidad	25
Beneficios de un sistema de gestión de la calidad	26
NORMA FUNDAMENTAL	29

ANEXO. 1. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN, ORGANIZACIÓN, MODIFICACIÓN, ELIMINACIÓN, APROBACIÓN, ALMACENAMIENTO, DISTRIBUCIÓN, DIFUSIÓN Y CONTROL DE LOS DOCUMENTOS	
DOCUMENTOS DE REFERENCIA	44
ANEXO 2. PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE LOS REGISTROS DE CALIDAD	62
ANEXO 3. PROCEDIMIENTO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	70
ANEXO 4. PROCEDIMIENTO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS	85
ANEXO 5. AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	99
CONCLUSIONES	118
RECOMENDACIONES	119
BIBLIOGRAFÍA	120

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Deficiencias Más Comunes Del Sistema De Calidad	28
Tabla 2. Formato de programa de revalidación	36
Tabla 3. Formato de descripción del procedimiento	39
Tabla 4. Control de registros	41

LISTADO DE FIGURAS

FIGURA 1. Estructura organizacional

13

RESUMEN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Corporación Universitaria Adventista

Facultad de Ciencias Administrativas y Contables

Administración de Empresas

DESARROLLAR LA DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS DE ESPACIO

PÚBLICO CON BASE EN LA NORMA ISO 9001 VERSIÓN 2008

Integrantes del grupo: Daniel Andrés Álvarez Gómez
Harold Andrés Marín Narváez
Sandra Milena Sabogal Pachón

Asesores: Esp. Francisco Acosa
Esp. Jader Berrío

Terminación del proyecto: 14 de Mayo de 2010

PROBLEMA

Al analizar los contenidos y accionar de la Subsecretaria de Espacio Público se encontró que no tenían procesos estandarizados y documentados que permitiera un mismo objetivo a la hora de realizar las funciones de cada departamento.

Método

El desarrollo del proyecto se realizó en tres fases:

Fase 1. Documentación inicial

Se documentó en la parte teórica y práctica, se habló del sistema de gestión de la calidad (SGC) y se especificó el beneficio que trae como herramienta ya que permite evaluar en términos de calidad y satisfacción social el desempeño

En la parte práctica se obtuvo información real de las experiencias vividas en el medio laboral, con esta información el verdadero trabajo a desarrollar

Fase 2. Análisis exploratorio.

Se verificó cuáles eran los procedimientos críticos en los cuales trabajar principalmente y empezamos un estudio sobre ellos.

Según la (ISO 9001 Administración y aseguramiento de la calidad) Norma ISO 9001:2008 Sistema de Gestión de la Calidad. Requisitos, al evaluar el sistema de calidad, hay tres preguntas esenciales que se deben plantear con relación a cada proceso que se evalúa:

- a) ¿Los procesos están definidos y los procedimientos están documentados apropiadamente?
- b) ¿Los procesos están desplegados e implementados completamente, según se ha documentado? (Si la anterior pregunta es negativa esta pregunta no aplica)
- c) ¿Los procesos son eficaces al proporcionar los resultados esperados?

La documentación es importante para el mejoramiento de la calidad. Cuando los procedimientos se han documentado, desplegado e implementado es posible hacer mediciones de desempeño.

Fase 3. Recolección de Documentación.

Lo que se realizó fue verificar la información existente, articular y crear los procesos para la respectiva documentación.

El Espacio Público en algún momento trato de realizar algunos procedimientos que aplicaran a una estandarización internacional, sin embargo esta tarea no se culmino.

Ingresamos en la fase final del proyecto la cual conformaba la creación de procedimientos administrativos y operativos, los tales constituían alrededor de 25 actividades incluidos en los siguientes procesos: Los procesos operativos, regulación, publicidad exterior visual, social, inspecciones y archivo. Dada la situación de la no culminación de los procesos iniciales que la Subsecretaria en

algún momento trato de realizar, el equipo de trabajo adicono a la investigación la creación de los procedimientos documentados bajo la norma fundamental que se creó para este trabajo y con base en la norma internacional ISO 9001- 2008. Adicional a ello, se anexaron los procesos documentados que exige la norma internacional dado el caso de que se desee acceder a la certificación, los procesos documentados son: Acciones Correctivas, Acciones preventivas, Auditoria, Control de Documentos, y control de Registros. Todo esto es fundamental para que la organización gire en torno a un mismo objetivo. Uno de los problemas que usualmente presentaba la organización era la rotación del personal. Este conocimiento nunca se había documentado ni plasmado en un registro que pudiera dar fe de que los procedimientos se hacían correctamente. Por esto el proyecto aporta una estandarización para que todos tengan un mismo objetivo. Debemos tener en cuenta de que para entregar un producto, en este caso un servicio de calidad se debe primero tener óptimos resultados a nivel interno de la organización teniendo en cuenta de que en el caso de este proyecto el servicio es entregado a todos los habitantes del municipio de Medellín quienes son los que utilizan el espacio público de esta ciudad.

Resultados

Con este proyecto se entrego la Documentación de los procesos críticos y que dan cuenta de la planeación, operación y control de la Subsecretaria de Espacio Público de Medellín, los procesos documentados que exige la norma de referencia

internacional y la norma fundamental que además de que nos permitió darle un estándar para el proyecto, le permitirá a la organización tener una base y guía para la construcción de nuestros procesos o procedimientos que se puedan anexar al Sistema de Gestión y calidad de la Subsecretaria de defensoría y espacio público de Medellín.

Conclusiones

Podemos concluir de que contar con la documentación integral de los procedimientos internos y además de ello implantar un Sistema de Gestión de calidad, le permite a la organización estructurar de manera adecuada y con un mismo fin todos los objetivos y que documentar lo que se hace aporta a la gestión del conocimiento pues esto es patrimonio fundamental para toda empresa.

“La calidad no es un valor agregado, es inherente a la persona y a la gestión empresarial.”

Francisco Acosta Bustamante

INTRODUCCIÓN

Un sistema de gestión de calidad en las organizaciones apoyadas en normas de reconocimiento internacional, es un ejercicio del cual la administración se sirve para incorporar una nueva cultura hacia el mejoramiento de los procesos al interior de la entidad.

La filosofía de la Calidad Total proporciona una concepción global que fomenta la Mejora Continua en la organización y la involucración de todos sus miembros, centrándose en la satisfacción tanto del cliente interno como del externo. Podemos definir esta filosofía del siguiente modo: Gestión (el cuerpo directivo está totalmente comprometido) de la Calidad (los requerimientos del cliente son comprendidos y asumidos exactamente) Total (todo miembro de la organización está involucrado, incluso el cliente y el proveedor, cuando esto sea posible).

DEFINICION DEL PROBLEMA/OPORTUNIDAD

Es de suma importancia de que las organizaciones tengan sus procesos estandarizados para efectos de que todas las personas de la organización estén direccionadas hacia un mismo enfoque o meta específica, es por esto que la implantación o cultura de un sistema de calidad se enfoca en la estandarización de esos procesos que traerán como beneficio la mejora continua de los mismos. Se ha visto la necesidad de documentar estos procesos y definir normas que ayuden a la elaboración y correcto seguimiento de los mismos.

Objetivos

Objetivo general

Proporcionar a la Sección del Espacio Público de la Ciudad de Medellín los documentos necesarios para validarse ante un sistema de gestión de la calidad

Objetivos específicos

- a) Homologar la información existente bajo la norma fundamental
- b) Elaborar los procedimientos documentados bajo la norma fundamental
- c) Identificar de los registros que permitirán controlar la gestión

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Con base en el sistema de gestión de calidad basado en la ISO 9000- 2008 se implantará la documentación a los procesos de la oficina de espacio público adscrito a la secretaría de gobierno del municipio de Medellín.

- a) Documentar
- b) Sensibilizar al personal
- c) Construir elementos propios de la cultura de calidad
- d) Definir los procesos de responsabilidad de la dirección, gestión de los recursos, Prestación del servicio, medición, análisis y mejora.

Adecuando la implantación de dichos elementos a la cultura de calidad del municipio de Medellín. La información que se produzca con motivo de este proyecto de grado es sujeta a control por parte de organismos de fiscalización, es así como queremos entregar una información que tenga un valor para ser verificado implantado y controlado.

Generalidades

Reseña histórica

Por medio del Acuerdo 18 de 1999 se crea la Defensoría del Espacio Público como un Departamento Administrativo, cuya misión es contribuir al mejoramiento de la calidad de vida a través de una eficaz defensa del espacio público, una adecuada administración del patrimonio inmobiliario de la ciudad y de la construcción de una nueva cultura del espacio público, que garantice su uso y disfrute colectivo y estimule la participación comunitaria.

Cuáles son los espacios públicos

El espacio público es el escenario propicio para el encuentro ciudadano y la construcción de una identidad colectiva que permita en un plano de igualdad, convivencia e integración la presencia permanente de la comunidad de forma organizada de manera que todos puedan ejercer sus derechos sobre las bases del cumplimiento de los deberes.

Espacios públicos son aquellos escenarios tales como deportivos, parques, plazas, entorno de los parques biblioteca, parques lineales, reservas ambientales, lugares patrimoniales, culturales, así como la red vial y peatonal

Misión

La Subsecretaría Defensoría del Espacio Público es un establecimiento del orden Municipal, que tiene como misión: recuperar, proteger, defender y administrar el espacio público, mediante la aplicación de políticas que garanticen la equidad e inclusión social de todos los ciudadanos y ciudadanas del Municipio de Medellín, para posicionar los espacios públicos como sitios de encuentro y convivencia entre las personas con igualdad de derechos y deberes

Visión

Posicionar la Subsecretaría Defensoría del Espacio Público, hacia el año 2011, como una entidad líder en el desarrollo de un Sistema Integrado de Espacio Público del Municipio de Medellín, y de una cultura ciudadana de respeto y promoción a su uso adecuado y ordenado por parte de la ciudadanía, en el que se combine de manera armónica el ejercicio de derechos y el cumplimiento de deberes, y dentro de ese marco, procurar la integración lúdica y recreativa con el aprovechamiento económico de algunos de esos espacios. Posicionar la Subsecretaría Defensoría del Espacio Público, hacia el año 2011, como una entidad líder en el desarrollo de un Sistema Integrado de Espacio Público del Municipio de Medellín, y de una cultura ciudadana de respeto y promoción a su uso adecuado y ordenado por parte de la ciudadanía, en el que se combine de manera armónica el ejercicio de derechos y el cumplimiento de deberes, y dentro de ese marco, procurar

la integración lúdica y recreativa con el aprovechamiento económico de algunos de esos espacios.

Objetivos generales

Diseñar estrategias encaminadas a la defensa, protección, regulación y recuperación de lo público, como un espacio diseñado para el encuentro ciudadano, mediante programas de vigilancia, control, sensibilización y capacitación dirigidos a los comerciantes formales e informales y a la ciudadanía en general, fortaleciendo la regulación en sus actividades y propiciando su uso adecuado y el disfrute colectivo; trabajando bajo los principios fundamentales de la actual administración: juego limpio y corresponsabilidad, generando impactos de legalidad, movilidad y medio ambiente para aportar calidad de vida a la ciudadanía.

Principios

Para la Subsecretaría Defensoría del Espacio Público todas sus actuaciones siempre tendrán en primer lugar a las personas, para lo cual se utilizan métodos de concertación y la pedagogía, a fin de solucionar los naturales conflictos que se presentan, antes de hacer uso de medidas coercitivas y aplicar los correctivos para proteger, recuperar y defender el espacio público como lo dicta la ley.

Somos conscientes de que las actuaciones de la Subsecretaría son consideradas, en ocasiones, anti populares, pues se trata de controlar y recuperar espacios invadidos

sin autorización o por fuera de la norma que, en la mayoría de los casos, generan solidaridad ante la ciudadanía.

Es por ello que se hace necesario hacer una mirada integral, articulada, sistémica que posibilite entender la complejidad de las situaciones que vivimos en el espacio público y, así, empezar a dar respuestas a los múltiples interrogantes y retos que alrededor del tema se nos plantean.

Son diversos los aspectos en los que la Subsecretaría está empeñada a fin de mejorar la gestión en distintos temas, y que en consecuencia favorezcan la imagen que los comerciantes formales, informales y la ciudadanía en general tienen de esta dependencia.

Funciones

- a) Direccionar el proceso de defensoría y de recuperación del espacio público.
- b) Propender por un espacio público funcional, seguro y agradable en toda la ciudad, en el que haya comunicación fluida y en el que la población pueda disfrutar colectivamente, realizando sus actividades sociales, culturales, económicas, comerciales y deportivas.
- c) Administrar, proteger y recuperar las zonas de uso público del Municipio, para el uso y goce de sus habitantes.

Estructura organizacional



Figura. 1

Justificación

Para la subsecretaría y defensoría del espacio público es muy importante establecer una cultura de procesos que permitan generar control y dirección a la gestión realizada. Implementar un sistema de gestión de la calidad le permitirá acceder a una herramienta que encaminara a la organización hacia una mejora continua. Es importante tener en cuenta que la certificación ISO 9000 no se otorga a una empresa si no a sus actividades. Es decir se pueden tener varias actividades o procesos y el sistema de gestión de calidad se puede implementar en uno de ellos.

DESARROLLO METODOLÓGICO

Gestión de calidad

Según la norma ISO 9000-2008 El sistema de gestión de la calidad es una herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades. Está enmarcado en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades.

Implantar un sistema de calidad supone una nueva manera de gestionar la calidad en una organización. Significa sistematizar un conjunto de acciones para implantar, controlar y mejorar los procesos de trabajo y minimizar su variabilidad, ya que un sistema de gestión de calidad es el conjunto de elementos para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

Según la ISO 9000 Administración y aseguramiento de la calidad, al evaluar el sistema de calidad, hay tres preguntas esenciales que se deben plantear con relación a cada proceso que se evalúa:

- d) ¿Los procesos están definidos y sus procedimientos están documentados apropiadamente?

- e) ¿Los procesos están desplegados e implementados completamente, según se ha documentado?
- f) ¿Los procesos son eficaces al proporcionar los resultados esperados?

En el numeral 5 de la NTC-ISO 9000-1 donde expresa las funciones de la documentación evidenciando que estas deben ser de un alto valor agregado, pues la documentación apropiada es esencial para varias funciones críticas como:

- a) Alcanzar la calidad requerida.
- b) Evaluar los sistemas de calidad.
- c) Mejoramiento de la calidad.
- d) Mantenimiento de los mejoramientos.

La documentación es importante para el mejoramiento de la calidad. Cuando los procedimientos se han documentado, desplegado e implementado es posible hacer mediciones de desempeño.

El sistema de gestión de la calidad se desarrollará y se pondrá en funcionamiento en forma obligatoria en los organismos y entidades del sector central y del sector descentralizado por servicios de la Rama Ejecutiva del Poder Público del orden nacional, y en la gestión administrativa necesaria para el desarrollo de las funciones propias de las demás ramas del Poder Público en el orden nacional. Así mismo en las Corporaciones Autónomas Regionales, las entidades que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral de acuerdo con lo definido en la Ley 100 de 1993 y, de modo general, en las empresas y entidades prestadoras de servicios

públicos domiciliarios y no domiciliarios de naturaleza pública o las privadas concesionarias del Estado.

De todo esto surge el siguiente interrogante, ¿Es obligatorio que las entidades se certifiquen?

No, las entidades solo están obligadas a implementar la norma. Sin embargo, una vez implementado el sistema y cuando la entidad considere pertinente, podrá certificar su Sistema de Gestión de la Calidad con base en las normas internacionales de calidad ISO.

Según la norma ISO 9000 2008 Los documentos requeridos por el SGC deben controlarse.

Los registros son un tipo especial de documento y deben controlarse de acuerdo con los requisitos citados en el numeral 4.2.4. de la norma ISO 9000.

Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para:

- a) aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión,
- b) revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente,
- c) asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de revisión actual de los documentos,
- d) asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso,
- e) asegurarse de que los documentos permanecen legibles y fácilmente

identificables,

f) asegurarse de que se identifican los documentos de origen externo y se controla su distribución, y

g) prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón.

Control de documentos

Será necesario controlar los documentos y los registros de calidad.

Deberá establecerse un procedimiento documentado para definir los siguientes controles:

- a) Aprobación de los documentos
- b) Revisión y actualización de los documentos
- c) Asegurarse de que estén identificados los cambios y el estado de revisión actual de los documentos
- d) Asegurarse de que las respectivas versiones de los documentos estén disponibles en el punto de uso
- e) Asegurarse de que los documentos se mantengan legibles e identificables
- f) Asegurarse de que los documentos de origen externo estén identificados y su distribución esté controlada
- g) Impedir el uso involuntario de documentos obsoletos

Acción

Algunas organizaciones pueden optar por rever todos los documentos regularmente, por ejemplo una vez por año. Sin embargo, no existen requisitos para la revisión periódica sino según la necesidad. La revisión podría realizarse:

Con el uso regular, o bien durante verificaciones de inspección internas

Si los empleados utilizan los documentos, deberían buscar aquellos que necesitan una actualización y someterlos a revisión.

El programa de verificaciones de inspección internas mide la conformidad de la documentación y también debería identificar las revisiones pedidas. Si los empleados utilizan el sistema, los documentos se revén, revisan y actualizan constantemente.

Control de los Registros de Calidad

Los registros de calidad se conservan para demostrar la conformidad con los requisitos y el manejo eficaz del sistema de administración de calidad.

Este procedimiento exige que los registros de calidad permanezcan legibles, fácilmente identificables y disponibles.

Define los controles necesarios para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de permanencia y eliminación de los registros de calidad.

Explicación

Los Registros de Calidad deberán establecerse y mantenerse para suministrar pruebas de conformidad del Sistema de Calidad.

Los registros deberán mantenerse legibles, identificables y recuperables. Deberá haber procedimientos para poder establecer el control para la identificación, la memorización, la protección y la recuperación, y el tiempo de conservación y eliminación de los datos relativos a la calidad.

Esto puede formar parte del mismo procedimiento, subdividiéndose en dos partes: una para los documentos y una para los registros.’

Acción:

Será necesario un procedimiento para identificar cómo su organización identifica, memoriza, protege, recupera y elimina los datos de la calidad. La norma identifica algunos registros necesarios.

Su organización debe identificar otros que serán necesarios para su sistema de calidad, para suministrar pruebas de conformidad a los requisitos y del funcionamiento efectivo del sistema de calidad.

Metodología PHVA

La norma también adopta la metodología PHVA para la gestión de los procesos, la cual fue desarrollada por Walter Shewart y difundida por Edwards Deming y consiste en:

1. Planear (o Planificación de la Calidad): En esta etapa se desarrollan objetivos y las estrategias para lograrlos. También se establece que recursos se van a necesitar, los criterios, se diseñan los procesos, planes operativos, etc.
2. Hacer: Se implementa el plan.

3. Verificar (o Control de Calidad): En esta etapa se realizan actividades de análisis para la verificar que lo que se ha ejecutado va acorde a lo planeado y su vez detectar oportunidades de mejora.

4. Actuar (o Mejora de la Calidad): Se implementan acciones para mejorar continuamente. En varias organizaciones esto se conoce como proyectos de mejora.

Un proceso puede ser definido como un conjunto de actividades enlazadas entre sí que, partiendo de uno o más inputs (entradas) los transforma, generando un output (resultado).

Las actividades de cualquier organización pueden ser concebidas como integrantes de un proceso determinado. De esta manera, cuando un cliente entra en un comercio para efectuar una compra, cuando se solicita una línea telefónica, un certificado de empadronamiento, o la inscripción de una patente en el registro correspondiente, se están activando procesos cuyos resultados deberán ir encaminados a satisfacer una demanda.

Implementación Del Sistema De Gestión De La Calidad

La implementación de sistemas de gestión de la calidad en las organizaciones públicas y privadas apoyados en normas de reconocimiento internacional, es un ejercicio del cual la administración se sirve, para incorporar una nueva cultura hacia el mejoramiento de los procesos al interior de la entidad y la actitud sincera hacia la satisfacción de los clientes reflejados en los usuarios, beneficiarios y destinatarios de los productos y servicios de la entidad.

El compromiso de presentar una evaluación objetiva a los distintos procesos, proyectos y programas, garantiza el enfoque de mejoramiento continuo y el compromiso de todos los vinculados en la materialización de los objetivos de la entidad.

Lo importante en si no es poseer las herramientas de gestión; lo verdaderamente significativo serán las acciones de mejoramiento consciente que se deriven de un análisis riguroso de las debilidades y amenazas que traduzcan oportunidades de mejoramiento.

Pero esta decisión por parte de la alta dirección, no sólo trae cambio de actitud y paradigmas en la relación con los clientes, sino también, en los empleados, los entes de control y sobretodo los proveedores con quienes se debe generar controles de la gestión en la relación que debe evidenciarse mutuamente beneficiosa.

Sin embargo, la decisión por parte de alta dirección para implementar e incluso certificar los sistemas de gestión basado en procesos, no es fácil, y en muchos casos existen presiones de mercado, por la competencia, por entes de fiscalización o por la misma ley que obliga la implementación o pena de asumir consecuencias nefastas para la administración. No debería la alta dirección actuar por presión sino por convicción, pero en muchos casos el mismo desconocimiento de los beneficios que trae consigo el adoptar la cultura de un sistema de gestión apoyado en la estructura del PHVA (Planear, hacer, verificar y ajustar) hace que no sea una prioridad para la dirección de la entidad.

Una certificación en un sistema de gestión es mucho más que un reconocimiento escrito en un papel. Es una cultura empresarial, una motivación colectiva que lleva a cada empleado a mejorar todos los días los procesos

productivos. Es también un sistema en el cual cada etapa es documentada, para que todos los involucrados puedan saber rápidamente qué se está haciendo bien y dónde es necesario mejorar. Mientras algunos directivos todavía vacilan respecto a adoptar o no un sistema de reconocimiento internacional, otros avanzan para tomar la ventaja. El proceso tiene que surgir de un compromiso de la gerencia. A primera vista, la decisión es difícil, pues los costos son evidentes, mientras los beneficios eluden la cuantificación. Por lo general, estos procesos duran entre uno o dos años y no es raro que se prolonguen a tres. El retorno cuantificable de corto plazo puede ser bajo. Pero en el largo plazo, la cultura empresarial se convierte en el sector productivo en mayor número de órdenes de compra, más rotación de sus productos y menos tiempo entre pedidos, todo lo cual se traduce directamente en rentabilidad; y en el sector oficial en una mejora sustancial en la gestión y los resultados a partir del cumplimiento de los planes de acción de la entidad.

La primera gran tarea es sensibilizar a la entidad respecto al proceso que se va a adelantar. Es un proceso largo, serio, de mucho cuidado y exige la participación de todos dentro de la empresa. Pero una vez iniciado, toma vida propia, los individuos no pueden hacer a un lado el proceso; por el contrario, el proceso hace que el resto de la entidad deje de lado a quienes no participan. El comienzo es duro. Pero hay que convencerse de que la gente de la entidad hace la norma. Cada cual presenta sus procedimientos óptimos y cómo mejorarlos y participa de un desarrollo de organización, que al final es el mejor. Por eso, la primera pregunta que se debe responder la alta dirección de la entidad es si tiene la gente para hacer esto. La participación de los funcionarios es vital. La innovación se documenta y no es simplemente una "lluvia de ideas", sino que las sugerencias que tienen potencial,

según el criterio del grupo, son implementadas y sus resultados se miden. La participación de los trabajadores es vital para el éxito. Lo mismo que el reconocimiento a las iniciativas que rinden resultados concretos. Contar con la asesoría de un experto y capacitarse en mejoramiento de calidad es muy importante. Si no nos ponemos al ritmo de la globalización, en muy corto plazo las empresas que no tengan sistemas certificados están destinadas a desaparecer o a convertirse en empresas de garaje. Las oportunidades para montarse en el tren de la competitividad internacional están al alcance. Hay programas y recursos para ayudar a todas las empresas, sin importar su tamaño. La iniciativa es de cada entidad, pero se trata de una decisión en la que no hay cómo perder. Como mínimo, la alta dirección llega a conocer verdaderamente su organización, los funcionarios ganan en motivación y los clientes reciben una señal que les permite rápidamente distinguir a la entidad. Es un negocio redondo y también un requisito absoluto para toda empresa que aspire crecer.

Compatibilidad con otros sistemas de calidad

Este sistema es complementario con los sistemas de control interno y desarrollo administrativo.

Es posible, para una entidad, adaptar su(s) sistema(s) de gestión de la calidad existente(s) para que cumpla con los requisitos de esta norma.

El sistema de gestión de la calidad debe entenderse como una herramienta que comparte algunos elementos con otros sistemas. Por lo tanto, es posible que la implementación de algunos de los requisitos de esta norma permita el cumplimiento, total o parcial, de requisitos de otros sistemas. En la implementación del sistema de

gestión de la calidad se debe tener cuidado especial en la identificación de estos elementos comunes, para evitar que se dupliquen esfuerzos.

Los 8 Principios de la Calidad

La familia de normas ISO 9000 se basa en ocho principios citados en la norma ISO 9000:2005 los cuales se mencionan a continuación:

1. Enfoque en el cliente: Este principio lo que nos dice básicamente es que el cliente es primero, por lo que se debe de hacer todo el esfuerzo posible para satisfacer sus necesidades y exceder sus expectativas.
2. Liderazgo: En la organización deben de haber líderes que permitan crear un ambiente donde el personal interno se involucre con el logro de los objetivos de la organización.
3. Participación del Personal: Lograr que el personal se involucre y se comprometa con los objetivos de la organización ayuda a que la organización logre los resultados deseados.
4. Enfoque a Procesos: La organización debe determinar y gestionar sus procesos para alcanzar sus resultados de manera más eficiente.
5. Enfoque a Sistema: Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
6. Mejora Continua: La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.
7. Decisiones basadas en hechos: Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.

8. Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores: Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

Estos principios, en conjunto con la metodología PHVA y el enfoque a procesos, constituye la estructura en la cual se basan cada uno de los requisitos de la norma ISO 9001:2008, por lo que en esos elementos es donde se encuentra el corazón de la norma.

Beneficios de un sistema de gestión de la calidad

La implementación de un Sistema de Gestión de Calidad puede traerle grandes beneficios a una organización, cuando esta lo hace con un alto nivel de compromiso por parte de la alta dirección e integrando a su cultura los ocho principios mencionados anteriormente. Algunos ejemplos se que se pueden citar son:

- Aumentar la satisfacción de los clientes: Un SGC ayuda a que la organización planifique sus actividades en base a los requisitos de los clientes y no solamente en base a los requisitos que establezca la organización, por lo que la calidad se integra en el producto o servicio desde la planificación, conduciendo así a que se tengan clientes satisfechos. Hay que recordar que la calidad no es solo cumplir requisitos, sino de tener clientes satisfechos.
- Reducir variabilidad en los procesos: A través de un SGC podemos estandarizar los procesos de una organización reduciendo así la variabilidad que se presentan en estos, lo cual hace que aumente nuestra capacidad de producir productos consistentes.
- Reducir costes y desperdicios: Un SGC ayuda a crear una cultura proactiva y de análisis de datos, por lo que la organización se enfoca en detectar oportunidades de

mejoras y corregir problemas potenciales, lo que conlleva a que esta tenga numerosos ahorros en recursos.

- Mayor rentabilidad: Al SGC ayudar a la organización a aumentar la satisfacción de los clientes y reducir costes y desperdicios, su rentabilidad aumenta, produciendo así mayores ingresos o un mayor margen de beneficios, así como mejor posicionamiento en el mercado y de tener no sólo clientes satisfechos, sino leales.

La implementación de ISO 9001:2008 no es el último paso que una organización debería de dar, de hecho es apenas el principio. ISO 9001 solo ayuda a construir el esqueleto para el SGC de la organización y es a partir de este entonces se le da la forma al muñeco. Si los huesos del muñeco están bien colocados, entonces tendrás un sistema derecho y robusto, de lo contrario, tendrás un muñeco torcido y cojo.

Por último hay que destacar que en una implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad muchas veces se requiere que hayan cambios en algunos elementos culturales de la organización, pues como muy bien dijo Albert Einstein: “Si quieres lograr resultados diferentes, tienes que hacer cosas diferentes”.

Tabla 1. Deficiencias Más Comunes Del Sistema De Calidad

<p>Enfoque general del proyecto de implantación: Falta de compromiso por parte de la dirección</p> <p>No incluir a los empleados</p> <p>Evaluación incompleta o imprecisa de las operaciones reales</p> <p>Falta de voluntad para reconocer los problemas</p> <p>Capacitación inadecuada</p> <p>Revisiones por parte de la dirección: No emprender acciones basadas en la revisión del sistema de calidad</p> <p>Falta de seguimiento a las acciones emprendidas.</p> <p>Auditorías internas de calidad: Capacitación inadecuada de los auditores</p> <p>Auditores no independientes al área que se auditará.</p> <p>No emprender acciones basadas en los hallazgos.</p> <p>No dar seguimiento a las acciones emprendidas.</p> <p>Revisión del contrato: Requisitos incompletos por parte del cliente</p> <p>Evidencia inadecuada de la revisión. Falta de mecanismos para resolver ambigüedades Falta de mecanismos para asegurar que la compañía pueda cumplir con los requisitos.</p>	<p>Control de documentos: Disponibilidad de versiones obsoletas para su uso.</p> <p>Los documentos no se encuentran disponibles donde se necesita.</p> <p>Falta de acceso a los documentos</p> <p>Inadecuada revisión y aprobación de los cambios</p> <p>Control de equipos de inspección, medición y prueba: Mala identificación del equipo pertinente Sistema poco efectivo para el control de la calibración</p> <p>Acción correctiva: Respuestas inadecuadas a las no conformidades</p> <p>No resolver las no conformidades que se presentaron con anterioridad.</p> <p>Procesos incompletos de acción correctiva.</p> <p>Registros inadecuados</p> <p>Identificación inadecuada de las raíz de los problemas</p> <p>Capacitación: Falta de un método sistemático para identificar y registrar las competencias necesarias.</p> <p>Ignorar la capacitación práctica.</p> <p>Falta de un método sistemático para evaluar las competencias de los empleados.</p> <p>Registros incompletos Registros inaccesibles</p>
--	--

NORMA FUNDAMENTAL
ESPACIO PÚBLICO DE LA CIUDAD DE MEDELLIN

INSTRUCTIVO PARA LA REDACCIÓN Y PRESENTACIÓN DE INSTRUCTIVOS

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETO
2. ALCANCE
3. DEFINICIONES
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

CONDICIONES GENERALES

ARQUITECTURA DE LOS DOCUMENTOS

ESQUEMA DE LOS DOCUMENTOS

5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA
6. REGISTROS DE CALIDAD
7. INDICADORES
8. ANEXOS
9. DIAGRAMA DE FLUJO

OBJETO

Establecer lineamientos que sirvan de ayuda a todas las personas que tengan la responsabilidad elaborar los instructivos, guías y otros documentos del Sistema de gestión de la Calidad de las Empresas Públicas de Medellín E.S.P.

ALCANCE

Estos lineamientos son aplicables a la redacción y presentación de los instructivos, guías y otros documentos del Sistema corporativo de gestión de la Calidad de las Empresas Públicas de Medellín E.S.P y de los sistemas de gestión de la calidad que se implementen en cada una de las UEN, UNC y USC.

DEFINICIONES

Además de las definiciones dadas a continuación, se deberán tener en cuenta las señaladas en el Manual corporativo de calidad y en la norma NTC ISO 9000 “Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y Vocabulario”.

Documento: Es la información y su medio de soporte. El medio de soporte puede ser papel, medio magnético, óptico, electrónico, muestra patrón, etc.

Fecha de liberación: Es la fecha en la cual un documento se pone a disposición oficial para su uso.

Objeto: Es el propósito del documento

Alcance: Constituye el rango de aplicación del documento. Señala el sistema de gestión de la calidad donde impacta el documento y su extensión.

Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

Instructivo: Documento que describe paso a paso las acciones que se deben seguir para efectuar una actividad

Nota: El instructivo debe suministrar información sobre quién, cómo, donde y cuándo se realizan las actividades.

Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia objetiva de actividades desempeñadas, del grado de cumplimiento de los procesos y productos con los requisitos de calidad y de la eficacia del sistema de gestión de la calidad. El registro puede ser escrito o almacenado en cualquier soporte de datos (por ejemplo, en la memoria del computador)

Diagrama de flujo: Es una descripción gráfica de la secuencia de actividades que conforman un procedimiento o instructivo.

Responsabilidades: Expresión utilizada para describir las obligaciones de un área o de un cargo específico, relacionadas con una actividad de un procedimiento o instructivo.

Formato: Documento en el que se registra la información generada como resultado de la aplicación de un procedimiento.

Guía: Documento donde se dan indicaciones, se describe o detallan las actividades o instrucciones para realizar un procedimiento

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Condiciones generales

Al elaborar un documento del sistema de gestión de la calidad se deben tener en cuenta las siguientes condiciones

- Claridad, precisión y coherencia en la redacción.
- Utilizar un solo término para designar cada concepto.
- No se deben utilizar jergas ni extranjerismos.

La documentación puede hacerse por medio de diagramas de flujo, tablas, figuras, planos, videos, fotografías u otros, y utilizar diferentes medios como el papel, magnético, electrónico, óptico o de otra índole.

Arquitectura de los documentos

Portada (ver portada de este documento)

- Logotipo de Espacio Publico del Municipio de Medellín
- Nombre del Sistema de gestión de la Calidad
- Título del documento
- Código del documento
- Versión del documento
- Número de páginas del documento
- Fecha de aprobación del documento: mes y año
- Cargo del responsable de la elaboración del documento
- Nombre del responsable de la elaboración del documento
- Firma del responsable de elaboración del documento
- Fecha de elaboración del documento
- Cargo del responsable de la aprobación del documento
- Nombre del responsable de la aprobación del documento
- Firma del responsable de la aprobación del documento
- Fecha de aprobación del documento

Páginas interiores (ver páginas interiores de este documento)

- Logotipo del espacio público de la ciudad de Medellín
- Nombre de la Unidad
- Nombre del Sistema de gestión de la Calidad
- Título del documento

- Código del documento
- Versión del documento
- Paginación del documento
- Cuerpo del documento

Tamaño de las hojas del documento: Tamaño carta (21,59 por 28 cm).

Codificación del documento

A cada documento se debe asignar un código alfa numérico de identificación, con la siguiente estructura y siempre separado por un guión.

XXX-YYY-ZZZ-PP-TD-###

Donde:

XXX Corresponde a la Unidad de Operación del Sector

ADMON: Corresponde a la parte Administrativa:

1.	Departamento de Regulación	REG
2.	Departamento Social	SOC
3.	Departamento Logístico	LOG
4.	Departamento de Comunicaciones	COM
5.	Departamento de Planeación	PLAN
6.	Departamento Jurídico	JUR
7.	Departamento de Archivo	ARCH
8.	Departamento de Publicidad exterior Visual	PEV
9.	Departamento Operativo	OPERATIVO

Tabla 2. Formato de programa de revalidación

ADJMO	Adjudicación de Módulos	REOF	Procedimiento de recepción de oficios para la oficina de archivos
FERART	Ferias Artesanales	PEV	Procedimiento de publicidad exterior visual
EVES	Procedimientos de permisos para eventos especiales.	CCM	Procedimiento de cancelación del carne por muerte del titular
REV	Procedimiento del programa de Revalidación	CCEV	Procedimiento de cancelación del carne por entrega voluntaria.
PERCEN	Procedimiento de Periferia y centro	PEVAP	Procedimiento de publicidad exterior visual y avisos.
REVAL	Procedimiento de Registro de Vallas	THETA	Procedimiento del sistema THETA.
PUBTRAN	Procedimiento de Publicidad de transito	ACR	Actuación de Control y recuperación
HOFARCH	Procedimiento de recepción de hoja de vida de la oficina de archivo	EQUICOM	Procedimiento de entrega y recepción de equipo de comunicación
HABCALL	Actuación de control, sensibilización y traslado grupo programa habitante de calle	RECINST	Actuación de control y recuperación institucional.

Divisiones y subdivisiones: Se recomienda que todos los documentos utilicen el sistema numérico arábigo para identificar las divisiones y subdivisiones.

Tipo de letra: El texto del documento debe ser en letra ARIAL 12. Los títulos en negrilla mayúscula sostenida y los subtítulos, numerales y subnumerales en negrilla minúscula.

Numeración: Todas las notas, tablas, figuras y diagramas deben estar numerados y llevar el título correspondiente, el cual se escribirá en negrilla mayúscula.

Forma gramatical: Los términos deben aparecer en su forma gramatical básica, es decir, los nombres en singular y los verbos en la forma reflexiva. Ejemplo; se mide o se debe medir.

Márgenes del texto: La presentación del texto, en lo posible, se debe realizar conservando las siguientes márgenes.

Margen superior: 35 mm

Margen inferior: 20 mm

Margen derecha: 30 mm

Margen izquierda: 30 mm

Expresiones: Los símbolos, unidades de medida, abreviaturas y expresiones matemáticas se escribirán de acuerdo con la norma NTC ISO 1000.

Representación de valores numéricos: En los valores numéricos se debe utilizar una coma para separar la parte entera de la parte decimal. Cada grupo de tres cifras, tanto a la izquierda como a la derecha de la coma, se debe separar por medio de un espacio; con la excepción de los números de cuatro cifras que designen años en cuyo caso no hay separación.

Esquema de los documentos

Objeto

El objeto resume la intención del documento. Por ejemplo, el propósito de un procedimiento sobre el control de la documentación puede redactarse así:

"Establecer instrucciones sobre el control sistemático de la publicación, recepción, revisión y retiro de todos los documentos y asignar la responsabilidad de cada una de estas tareas."

Alcance

En esta sección se presenta la Unidad, la subgerencia, área, departamento, equipo, proceso o personal a los que se aplica el documento. El alcance puede presentarse de la siguiente forma:

"Aplica a toda la documentación generada en el sistema de gestión de la calidad de la empresa."

Definiciones

En esta sección deben definirse las palabras, abreviaturas o frases que puedan presentar dificultades de comprensión para los interesados, incluyendo los auditores externos. También puede hacerse referencia a un documento común sobre definiciones y/o a la norma NTC - ISO 9000.

Descripción del Procedimiento

Describe las actividades, acciones o tareas a realizar, incluyendo quién, cómo, dónde y cuándo se realizan.

Se sugiere que se utilice la siguiente tabla para la descripción del proceso:

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: _____

Tabla 3. Formato de descripción del procedimiento.

ACTIVIDAD No.	RESPONSABLE (Área o cargo)	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD (Descripción breve de lo que se hace)	REGISTRO DE CALIDAD (se identifica el registro con su código o nombre)

En esta tabla se consignan paso a paso las actividades, acciones o tareas que conforman el procedimiento, las cuales coinciden con la secuencia de las actividades descritas en el diagrama de flujo. En la primera columna se enumera la actividad, en la segunda se designa el responsable de ejecutarla, en la tercera se hace una descripción breve y en la cuarta se indican los registros que se originan al llevar a cabo la actividad.

Si se considera conveniente, cuando se esté documentando se podrán identificar: los proveedores y clientes internos y externos de la actividad; las condiciones críticas a las cuales se debe hacer seguimiento y control; y la acción o acciones preventivas para asegurarla.

Se definen como condiciones críticas o reglas de negocio, aquellas que por su duración, complejidad o importancia, tienen una gran influencia en las características de calidad del proceso que se realiza, del producto que se genera, de la salud y seguridad, de los costos o de la gestión ambiental.

Documentos de referencia

Se enumeran los documentos internos y externos que deben consultarse en relación con el procedimiento. La lista debe indicar el nombre de los documentos y su código de referencia.

Control de registros

Cuando una actividad, acción o tarea genere registros de calidad se sugiere la siguiente tabla para su control.

Tabla 4. Control de registros

Descripción	Responsable	Almacenamiento	Conservación
Se listan los registros identificados en la última columna de la tabla de descripción del procedimiento.	Se identifica la persona encargada del diligenciamiento de los registros	Se identifica el sitio donde se dispone o conserva el registro de calidad	Se establece el tiempo de conservación del registro.

Indicadores

Son cocientes que comparan características determinadas de un proceso. Se utilizan para analizar rendimientos y pueden expresar relaciones de causa-efecto entre los insumos que intervienen en un proceso o actividad y sus resultados.

Los indicadores se han convertido en herramientas de administración, que facilitan mejorar la productividad de las empresas a través de la planeación, programación y ejecución de las actividades y, por último, la implantación de acciones correctivas y preventivas. Siempre que sea aplicable se establecerán los indicadores del procedimiento para medir su comportamiento y desempeño

Anexos

En esta sección se relacionan los formatos, planos, dibujos, especificaciones etc. que son complementarios al procedimiento.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

NTC - ISO 1000 Metrología. Sistema Internacional de Unidades

NTC 2921 Símbolos de procesamiento de la información. Símbolos de documentación y convenciones aplicables a los diagramas de flujo de datos de programación y de sistemas y a los gráficos de redes de programas y recursos del sistema.

NTC ISO 9000 Sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y vocabulario

REGISTROS DE CALIDAD

Esta sección no aplica a este documento

INDICADORES

Esta sección no aplica a este documento

ANEXOS

Esta sección no aplica a este documento

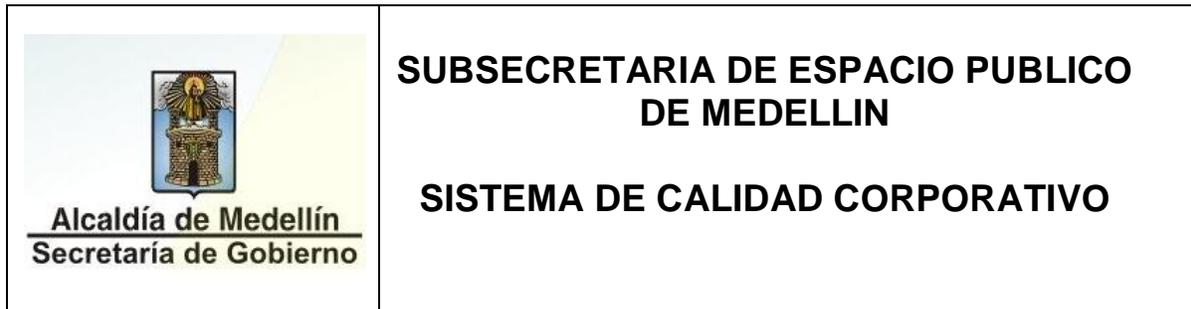
DIAGRAMA DE FLUJO

Esta sección no aplica a este documento

PROCESOS DOCUMENTADOS

En conformidad con los artículos 4.2.3. y 4.2.4 de la norma ISO 9000 2008 se muestran los documentos a nivel administrativo que requiere toda organización que se va a certificar bajo un ente de gestión de calidad internacional.

A continuación tendremos los documentos de acciones correctivas, acciones preventivas, auditoria, control de documentos y control de registros debidamente diligenciados y realizados para el espacio publico de la ciudad de Medellín.



**ANEXO. 1. PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN, ORGANIZACIÓN,
MODIFICACIÓN, ELIMINACIÓN, APROBACIÓN, ALMACENAMIENTO,
DISTRIBUCIÓN, DIFUSIÓN Y CONTROL DE LOS DOCUMENTOS**

VERSIÓN 01

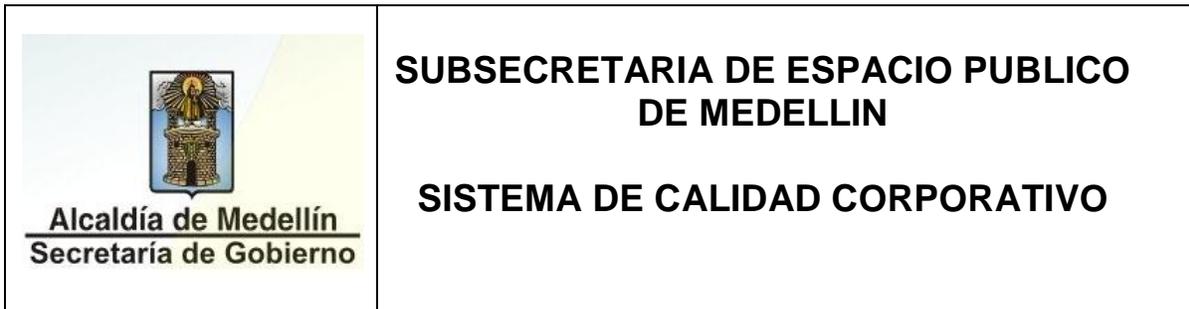
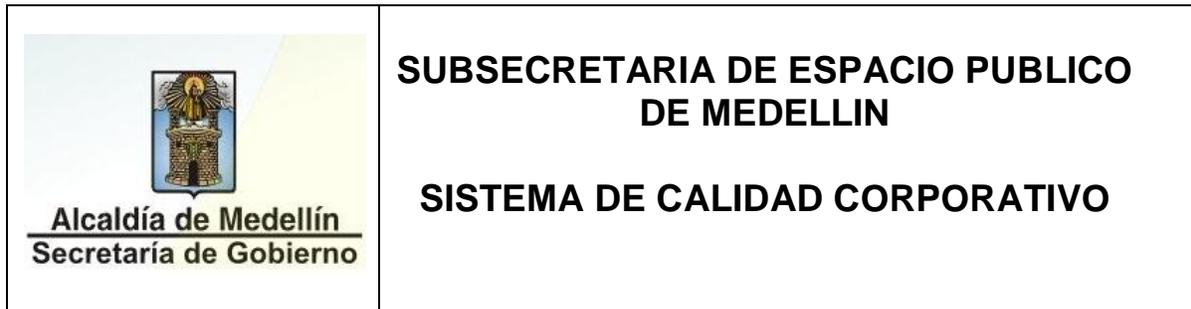


TABLA DE CONTENIDO

- 1 OBJETO
- 2 ALCANCE
- 3 DEFINICIONES
- 4 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO
 - 4.1 CONDICIONES GENERALES
 - 4.2 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO
- 5 ANEXO 1. DIAGRAMA DE FLUJO PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS



OBJETO

Normalizar y estandarizar el procedimiento para control de los documentos del sistema de Calidad del Espacio Público de Medellín.

ALCANCE

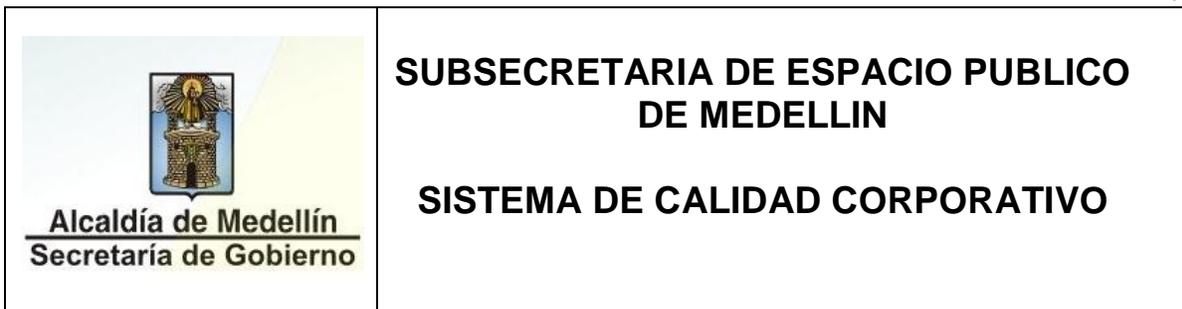
Comprende la elaboración, modificación, organización, eliminación, aprobación, almacenamiento, distribución y difusión de los documentos del sistema de calidad,

De la Subsecretaria de Espacio Público de Medellín.

DEFINICIONES

Documento. Es toda información y su medio de soporte perteneciente al Sistema de Calidad. La información puede ser la descripción de un proceso, procedimiento o actividad, datos, registros que pueden ser o incluir diagramas de flujo, tablas, figuras, planos, videos, fotografías, entre otros. El medio de soporte puede ser papel, video, magnético o cualquier otro medio.

NOTA: Los registros se controlan de acuerdo con el procedimiento "Control de registros"



Copia controlada: Tienen el carácter de copia controlada de los documentos, los manuales, guías, procedimientos e instructivos (y registros) pertenecientes a los diferentes sistemas de calidad que se encuentren en el software para la administración de los documentos de calidad de la Empresa o que se entreguen formalmente en un medio de soporte confiable a un funcionario que esté matriculado en la lista de distribución del documento específico.

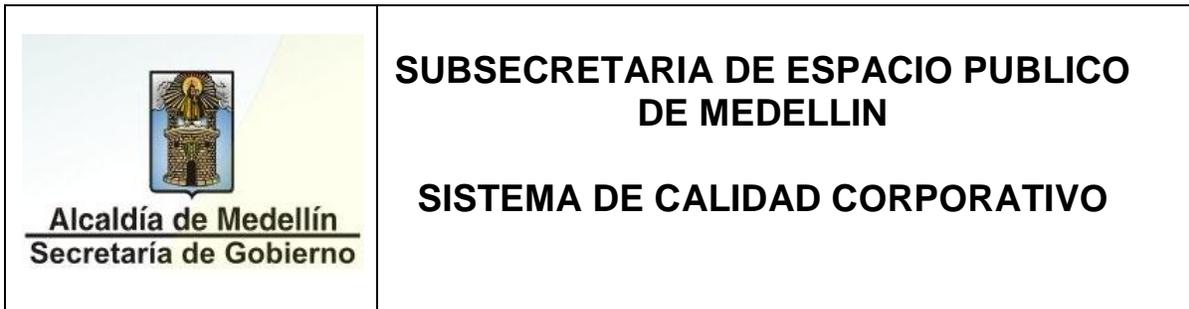
Son también documentos controlados los de origen externo al sistema de calidad de las Empresas y que sean establecidos como necesarios para garantizar la funcionalidad y efectividad del sistema de calidad, y cuya copia se entregue formalmente en un medio de soporte confiable a un funcionario que esté matriculado en la lista de distribución del documento específico.

Procedimiento: Forma especificada de efectuar una actividad o un proceso. Documento que especifica los pasos que debe seguir un proceso o actividad.

Instructivo: Documento que detalla específicamente una o más actividades descritas en un procedimiento.

Usuario del documento: Cualquier funcionario de SUBSECRETARIA ESPACIO PUBLICO DE MEDELLÍN cuyas actividades se vean afectadas por el contenido de un documento.

Elaboración: Es la redacción de un documento nuevo y su revisión



Organización: Es realizar la preparación del documento aplicando para ello las recomendaciones del “Instructivo para la organización de procedimientos e instructivos, cuando sea aplicable.

Modificación: Es la actualización de un documento con el fin de ponerlo a punto con relación a las mejoras en los procesos.

Eliminación: Retiro de un documento de circulación ya sea porque el proceso cambió radicalmente y obligó a que se elaborara un nuevo documento, o porque el proceso dejó de ejecutarse.

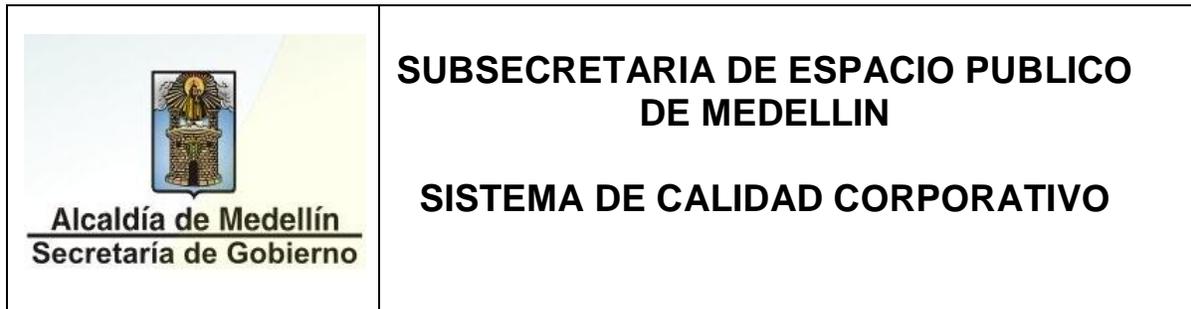
Aprobación: Autorización para la distribución de un documento.

Almacenamiento: Forma de conservar y custodiar los documentos de tal forma que se asegure su preservación y su utilización por las personas que lo requieran.

Distribución: Que se emiten copias de los documentos a las personas interesadas.

Difusión: Utilización de cualquier medio de comunicación para hacer conocer la información de los procesos documentados.

Control: Mecanismo para garantizar el efectivo funcionamiento y actualización de los documentos que conforman el sistema de calidad.



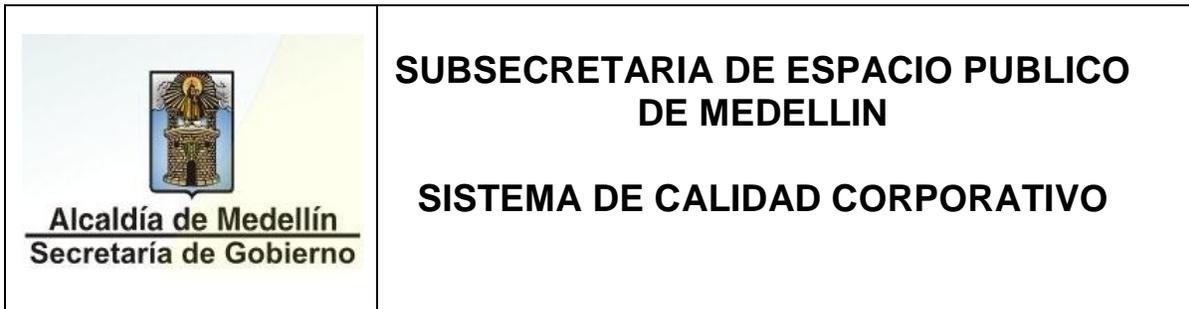
Administrador del sistema: Son las personas que pertenecen a cada sistema de calidad que están encargadas de administrar la herramienta informática para el control de la documentación.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Condiciones generales

Para crear, modificar o eliminar un documento del sistema de calidad se deben ejecutar los siguientes pasos:

- Detección de la necesidad de elaborar, modificar o eliminar un documento
- Autorización para la elaboración, modificación o eliminación del documento
- Planeación de la elaboración, modificación o eliminación del documento
- Elaboración del documento
 - Codificación del documento incluyendo la versión
 - Revisión del contenido
 - Organización e impresión del documento
 - Validación del documento
 - Aprobación del documento
 - Distribución del documento
 - Difusión del documento
 - Entrenamiento para su utilización



- Modificación del documento
- Revisión del contenido
- Organización e impresión del documento
- Validación del documento
- Aprobación del documento
- Distribución del documento
- Difusión del documento
- Entrenamiento para su utilización
- Eliminación del documento
- Difusión de la eliminación

Es de suma importancia conservar la secuencia del procedimiento con el fin de que los documentos se actualicen donde se requiera y no se pase por alto el control que se debe registrar y se difunda adecuadamente.

Las copias originales en papel de los documentos corporativos del sistema de calidad y la lista maestra de los documentos del sistema, debidamente firmadas, son administradas por el Equipo Coordinador Calidad y para los demás sistemas de calidad el administrador del sistema es el encargado de conservar los originales en papeles debidamente firmados y las listas maestras de distribución

Las Empresas disponen de un sistema de información para la administración de la documentación de sus sistemas de calidad que en la documentación se denominará software de calidad, el cual está diseñado para soportar y controlar la documentación de los sistemas de calidad.

 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p align="center">SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p align="center">SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

4.2 Descripción del procedimiento

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO DE CALIDAD
<p>Paso N° 1 El líder de la implantación del sistema de calidad</p>	<p>En sistemas en implementación, Se realiza la planificación del sistema y se identifican los documentos necesarios del mismo.</p>	<p>Listado de los documentos del sistema</p>
<p>Paso N° 2 Un usuario del documento</p>	<p>En sistemas existentes. Presenta al dueño del proceso la solicitud de elaboración, modificación o eliminación de un documento, con la correspondiente sustentación. Para los casos de solicitud de elaboración o modificación del documento se debe anexar una propuesta para el contenido del mismo.</p>	<p>Solicitud de elaboración, modificación o eliminación de un documento</p>
<p>Paso N° 3 El dueño del proceso</p>	<p>Verifica que la solicitud obedece a una necesidad dentro del sistema de calidad y que agrega valor al proceso. Si considera que no debe elaborarse, modificarse o suprimirse el documento, rechaza la solicitud.</p>	

 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p align="center">SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p align="center">SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

<p align="center">Paso N° 4</p> <p>El dueño del proceso</p>	<p>Cuando el documento afecta a otras áreas remite la solicitud a la AREA SOCIAL o equivalente, adjuntando su concepto.</p> <p>.Si el procedimiento o instructivo no afecta a otra área le asigna el grupo de personas que efectuará la elaboración, modificación, o eliminación del documento y va al paso 6.</p>	<p>Memorando con su concepto</p>
<p align="center">Paso N°5</p> <p>El AREA SOCIAL o su equivalente</p>	<p>Verifica con las áreas afectadas si el objeto de la solicitud obedece a las necesidades del proceso y se enmarca dentro de las directrices de calidad de La Subsecretaria de Espacio Público de Medellín.</p> <p>Esta revisión debe hacerse por consenso de las áreas y personas involucradas en la utilización del documento.</p> <p>Si considera que no debe elaborarse, modificarse o suprimirse el documento, rechaza la solicitud..</p>	
<p align="center">Paso N°6</p> <p>El dueño del proceso o el AREA SOCIAL o su equivalente</p>	<p>Si el resultado de la verificación del paso anterior arroja que es viable, asigna el grupo de personas que efectuará la, elaboración, modificación o eliminación del documento.</p>	

 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p align="center">SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p align="center">SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	REGISTRO DE CALIDAD
<p align="center">Paso N°7</p> <p>El grupo de funcionarios asignados</p>	<p>Determinan si la solicitud es para declarar obsoleto algún documento.</p> <p>Si es así continua con el paso 7, de lo contrario continua en el paso 11</p>	
<p align="center">Paso N°8</p> <p>Grupo de funcionarios asignados</p>	<p>Estudian la solicitud y establecen la necesidad y conveniencia de declarar obsoleto el documento y le informan al AREA SOCIAL o al dueño del proceso sobre el resultado de su estudio.</p>	
<p align="center">Paso 9</p> <p>Grupo de funcionarios asignados</p>	<p>En caso negativo informan al solicitante la razón para negar la solicitud de declarar obsoleto el documento.</p> <p>En caso afirmativo lo envían al administrador del sistema para que lo de baja.</p>	
<p align="center">Paso 10</p> <p>El administrador</p>	<p>Declaran obsoleto y dan de baja al documento y recogen los ejemplares en papel distribuidos e informan mediante la herramienta informática a todos los interesados en el documento y proceden a retirarlo del sistema.</p>	<p>Registro de la eliminación del documento en el sistema y constancia de la recolección de los documentos distribuidos</p>

 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p>SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p>SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

<p>Paso 11</p> <p>El grupo de funcionarios asignados</p>	<p>Elaboran la propuesta del nuevo documento o de su modificación.</p> <p>Cuando se trate de documentos nuevos, le asignan un código de identificación y cuando se trate de una modificación sustancial al documento se le asigna un nuevo número de versión, en coordinación del administrador del sistema.</p>	<p>Propuesta del nuevo documento o de modificación</p>
<p>Paso 12</p> <p>El grupo de funcionarios asignados</p>	<p>Lo revisan y verifican que su contenido describa las actividades que realizan, y hacen las observaciones y o modificaciones que sean del caso.</p> <p>En caso de modificación de un documento o de la generación de uno nuevo que afecte varias áreas envía una copia del nuevo documento a la AREA SOCIAL o equivalente</p>	<p>Documento y solicitud de aprobación</p>
<p>Paso13</p> <p>Los Funcionarios asignados para la revisión o el AREA SOCIAL o su equivalente, según sea el caso</p>	<p>Envían el documento en revisión a los usuarios del mismo, con el fin de que lo usen y hagan las observaciones que consideren necesarias</p>	

 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p align="center">SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p align="center">SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

<p>Paso 14</p> <p>El AREA SOCIAL o su equivalente, el grupo de funcionarios asignados</p>	<p>Una vez se han recibido las observaciones sobre el borrador se hacen los ajustes necesarios y se envía el documento al dueño del proceso para su aprobación</p>	
<p>Paso 15</p> <p>El dueño del proceso</p>	<p>Aprueba el documento verificando que éste cumpla con las directrices de la Empresa y del Sistema de Calidad, y lo envía al administrador del sistema</p> <p>En el caso que no este de acuerdo con el documento lo remite al grupo de funcionarios asignados, con sus observaciones para que éstos hagan los ajustes correspondientes.</p>	<p>Constancia de aprobación del documento (Documento firmado)</p> <p>Memorando con las observaciones</p>
<p>Paso 16</p> <p>El grupo de funcionarios asignados</p>	<p>Revisan si el documento afecta otro documento del Sistema y coordinan con el AREA SOCIAL o equivalente o el dueño del proceso la actualización de los documentos afectados.</p> <p>((Ir al paso 2))</p>	
<p>Paso 17</p> <p>El AREA SOCIAL o su equivalente,</p>	<p>El AREA SOCIAL en coordinación con el administrador del sistema, mediante herramienta informática, Informa a todos los usuarios del documento sobre la modificación o la creación de un nuevo documento y lo publican mediante la herramienta informática (</p>	<p>Evidencia de la distribución del documento.</p>

 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p>SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p>SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

	<p>.). Si se trata de una modificación, debe indicarse claramente cual fue el cambio que se realizó y donde se hizo.</p> <p>El AREA SOCIAL en coordinación con el grupo de funcionarios asignados capacitan a todos los usuarios del documento cuando lo considere necesario</p>	Listado de distribución
<p>Paso 17 Continuación</p>	<p>Cuando algún funcionario no tenga acceso al software para la gestión u control de los documentos, el administrador del sistema saca copias en papel y se las hace llegar a los funcionarios involucrados en el proceso, para lo cual el administrador del sistema debe tener un listado de las personas a las cuales les tiene que entregar los documentos en papel. Así mismo debe dejar constancia de la distribución de los documentos en papel.</p>	
<p>Paso 18 El administrador del sistema</p>	<p>Actualiza la lista maestra de los documentos del sistema y conserva una copia del documento modificado</p>	Informe de las modificaciones
<p>Paso 19 Los jefes de las áreas usuarias del documento y el AREA SOCIAL o equivalente</p>	<p>Deben garantizar la adecuada implantación y utilización del documento.</p>	Informes de seguimiento a la implantación

 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p align="center">SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p align="center">SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

Cada uno de los administradores de los Sistemas de Calidad mantiene la lista actualizada de los documentos del sistema de calidad con el fin de evitar el uso de documentos y datos inválidos u obsoletos. Los documentos deben estar en medio electrónicos, pero pueden estar en diferentes medios, cuando sea necesario para facilitar su consulta.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

ANEXOS

REGISTROS DE CALIDAD

REGISTROS	RESPONSABLE	ALMACENAMIENTO	CONSERVACIÓN
Listado de los documentos del sistema	Administrador del sistema	Archivo del administrador del sistema	Permanente
Solicitud de elaboración, modificación o eliminación de un documento	Administrador del sistema	Archivo del administrador del sistema	Un año
Memorando con concepto sobre la modificación o declaratoria de obsoleto de un documento	Dueño del proceso	Archivo del administrador del sistema	Un año
Registro de la eliminación del documento en el sistema y constancia de la recolección de los documentos distribuidos	Administrador del sistema	Archivo del administrador del sistema	Cinco años Sugiero tres años

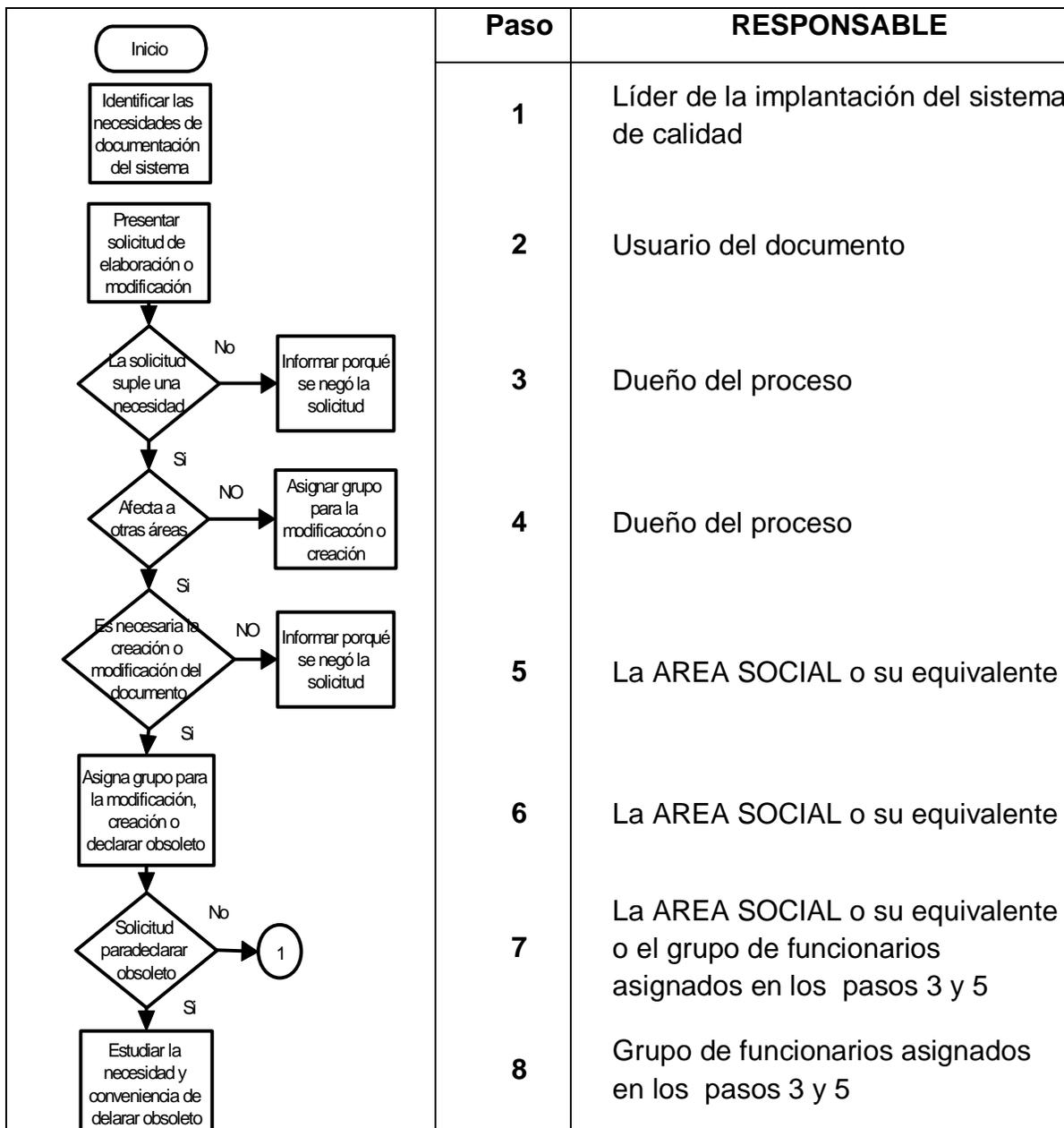
 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p align="center">SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p align="center">SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

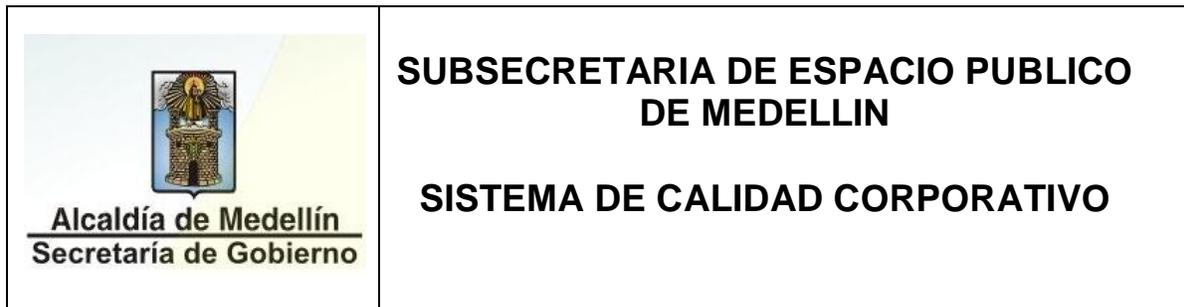
Listado de distribución de los documentos de los diferentes sistemas de calidad	Administrador del sistema	Archivo del administrador del sistema	Tres años
Informe de las modificaciones	Administrador del sistema	Archivo del administrador del sistema	Un año

Pasado el tiempo de retención de los registros de calidad, el dueño del proceso decide si se eliminan o si los conserva. En este caso debe señalar el nuevo período de retención de los registros y la forma de hacerlo.

 Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno	SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO
--	--

ANEXO 1. DIAGRAMA DE FLUJO PARA EL CONTROL DE DPCUMENTOS





**ANEXO 2.. PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE LOS REGISTROS DE
CALIDAD**

MAYO 2010

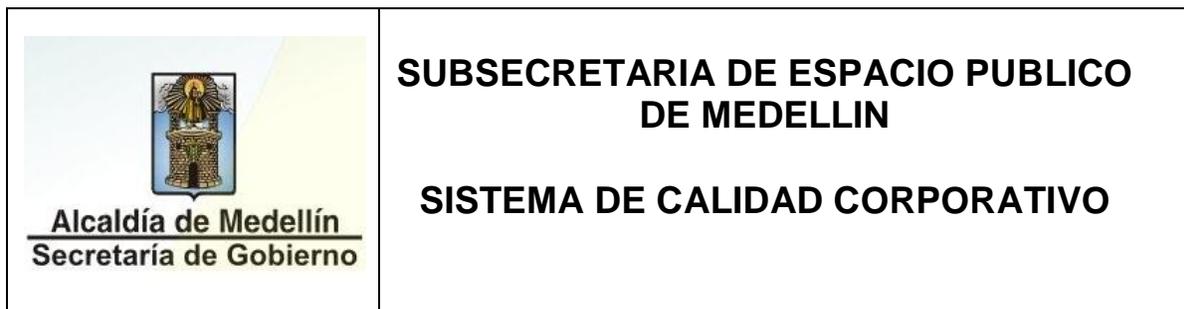
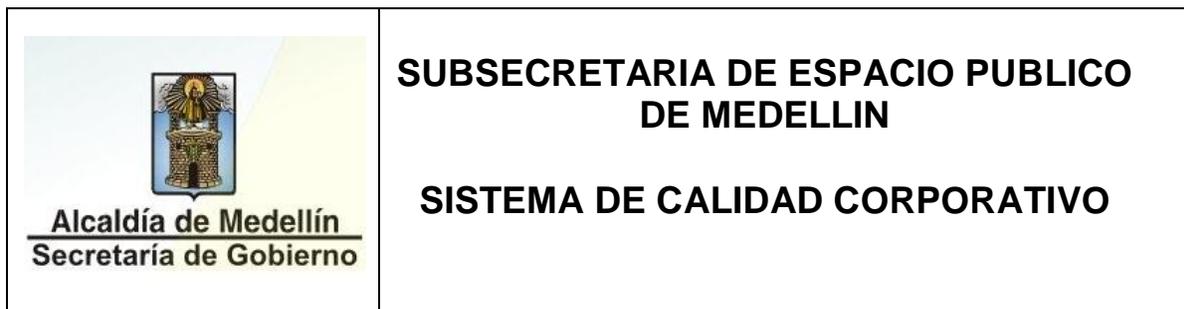


TABLA DE CONTENIDO

	PÁGINA
1.OBJETO	
2.ALCANCE	
3.DEFINICIONES	
4.RESPONSABILIDADES	
5.DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	
5.1 CONDICIONES GENERALES	
5.2 IDENTIFICACIÓN DE REGISTROS	
5.3 ALMACENAMIENTO	
5.4 PROTECCIÓN	
5.5 RECUPERACIÓN	
5.6 TIEMPO DE RETENCIÓN	
5.7 DISPOSICIÓN DE LOS REGISTROS	
6.DOCUMENTOS DE REFERENCIA	



OBJETO

Este documento establece el procedimiento para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros del sistema de calidad de la Subsecretaria de Espacio Público de Medellín

ALCANCE

Este procedimiento aplica a todos los registros de calidad que se identifiquen durante la implantación de los diferentes sistemas de calidad.

DEFINICIONES

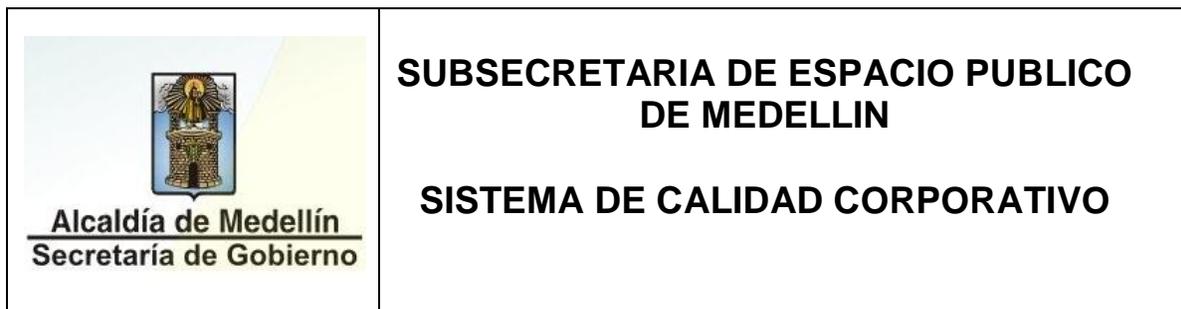
Además de la definición dada a continuación, se deberán tener en cuenta las señaladas en la norma ISO 9000.

Registro de calidad: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

RESPONSABILIDADES

El Departamento Administración Documentos dicta las directrices corporativas para el almacenamiento, protección, tiempo de retención y disposición de los registros de calidad, y lleva a cabo el almacenamiento y conservación de los registros que le son confiados.

El dueño del proceso, jefe de la dependencia o Coordinador de equipo de trabajo es el responsable de definir los registros de calidad que se llevan en su proceso, dependencia o equipo, la forma de diligenciarlos, los períodos de toma de datos, los períodos de registro de los datos, los formatos a utilizar, los responsables de la toma de datos, los responsables de diligenciar los formatos, los responsables de llevar los



registros, los responsables de su almacenaje y conservación, los períodos de tiempo de conservación y la forma de conservación y de eliminación de los obsoletos.

Además, debe analizar periódicamente los registros utilizando las herramientas estadísticas adecuadas para ello, con el fin de que éstos le sirvan para detectar las no conformidades u otros problemas que afectan o puedan afectar su proceso, dependencia o equipo para el mejoramiento continuo del mismo.

El Responsable de la toma de datos debe tomar los datos cuidadosamente en los períodos y formas que le han sido definidos, plasmarlos de manera clara y legible en los formatos adecuados y pasarlos a los responsables de su conservación o de diligenciar los registros cuando sea aplicable.

El responsable por diligenciar los registros debe recibir los datos que le envían y diligenciar los registros de calidad en forma adecuada, clara y legible de acuerdo con los instructivos que le han sido entregados, y pasarlos a quien los almacena y conserva.

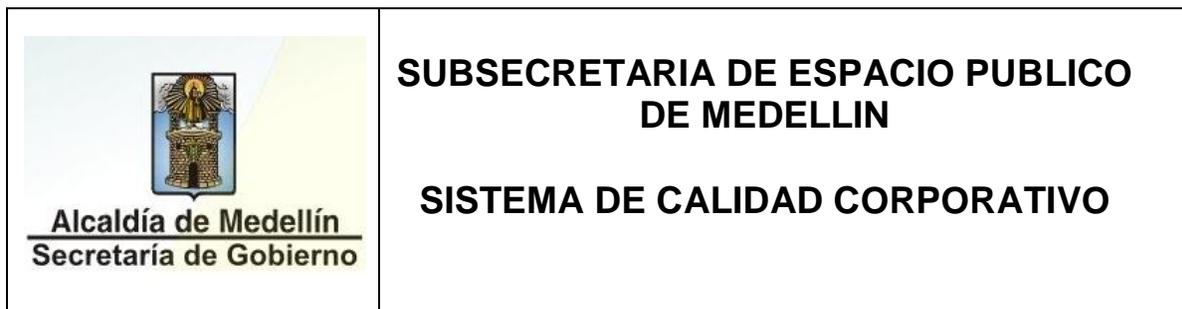
El responsable por la conservación de los registros debe recibir los registros que le envían, almacenarlos y conservarlos de acuerdo con las instrucciones recibidas del dueño del proceso, jefe o coordinador de equipo. Además los debe tener a disposición de los clientes o de las demás personas que puedan tener acceso a los mismos.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

5.1 Condiciones generales

El dueño del proceso debe elaborar un inventario de los registros que conforman el sistema de calidad. Este inventario debe recopilar información requerida para establecer el programa de identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición de registros.

Para la presentación de los registros de calidad no se adopta un formato único y éste debe tener una presentación adecuada a los elementos que contiene. Sin embargo cuando se diseña un formato para recopilar información que se ha de convertir en un registro, se debe controlar su versión y cada vez que sea modificado debe retirarse la versión obsoleta.



Todos los registros de calidad deben ser legibles, confiables y se deben almacenar y conservar en tal forma que se puedan consultar con agilidad y facilidad, en instalaciones que ofrezcan un ambiente adecuado para prevenir el deterioro y la pérdida, y siempre cumpliendo con las directrices y procedimientos establecidos por el Departamento de Administración Documental. Se deberán mantener respaldos (backup) cuando el dueño del proceso o el Departamento Administración Documentos lo considere conveniente.

Los registros de calidad pueden estar en forma impresa, en medio electrónico, magnético, óptico o de otra índole. Los registros de calidad estarán disponibles para los clientes cuando medie una solicitud escrita dirigida al dueño del proceso.

A continuación se presenta el significado de las actividades que constituyen el proceso de control de registros:

5.2 Identificación de registros

Se entiende por identificación aquella característica del registro que permite su diferenciación de otro y que se da por medio de un código preestablecido.

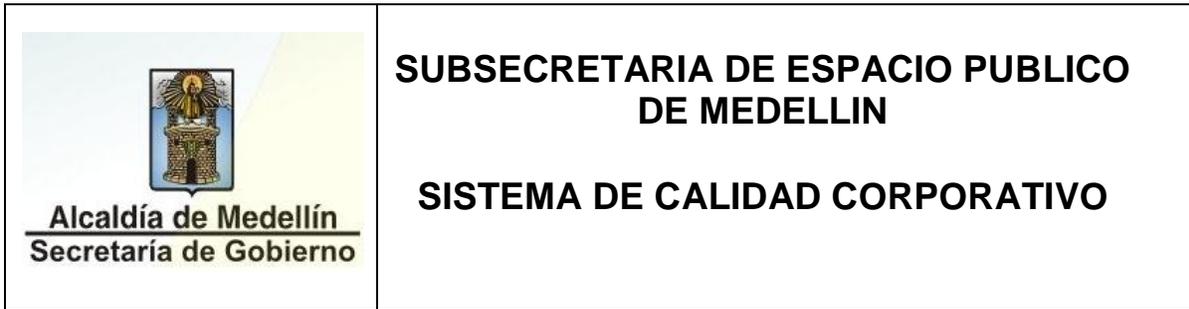
Los registros deben contener la información referente al tipo de registro, el código, el nombre y la firma de la persona responsable cuando sea aplicable, la fecha de su recolección y la firma de la instancia superior autorizada, cuando sea necesario.

Se debe verificar que se incluyan todos los registros exigidos por el Sistema de Calidad, incluidos los de los proveedores y/o contratistas, cuando sea necesario para el sistema de calidad.

5.3 Almacenamiento

Cada dependencia o Equipo de Trabajo es responsable de consignar la información en los registros y de enviarlos oportunamente para su archivo o tramitación.

El almacenamiento de los registros es responsabilidad del Departamento de Administración Documental, o del dueño del proceso si el registro se archiva en la



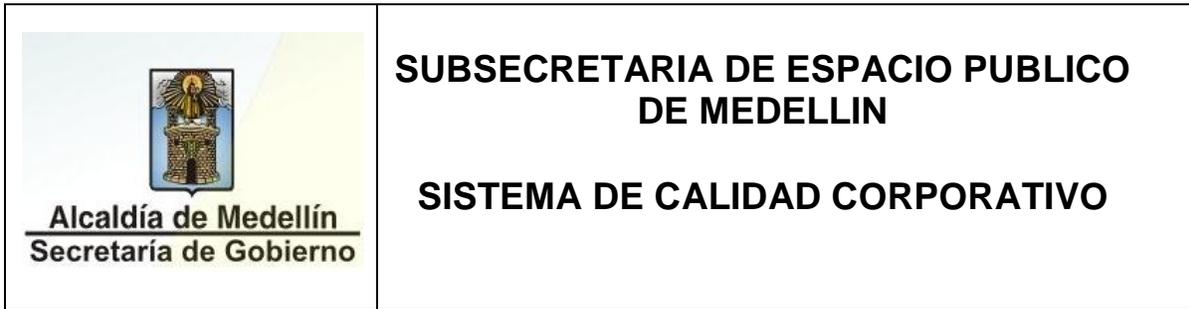
dependencia o equipo de trabajo, quien debe garantizar el cumplimiento de las directrices corporativas sobre administración y control de registros.

Los registros pertenecientes a un proceso específico se almacenan, conservan, ordenan y clasifican en la forma como determine el dueño del proceso, pero siempre de acuerdo con las directrices que fije el Departamento de Administración Documental para el almacenamiento y conservación de los mismos. El control de acceso a los registros de calidad recae en el responsable de cada registro.

5.4 Protección.

Protección constituye el conjunto de acciones encaminadas a garantizar que los registros no sufran daño, deterioro o pérdida. Estas acciones deben estar contenidas en el programa de administración de los registros.

El dueño del proceso es el responsable de establecer las condiciones de protección y para ello debe consultar las directrices que establece el Departamento de Administración Documental.



El dueño del proceso es el responsable de autorizar el acceso a los registros de calidad de personas que no pertenecen al proceso sean estas funcionarios de la Empresa o personal externo.

5.5 Recuperación.

Se entiende por recuperación la facilidad de poder acceder a un registro en el menor tiempo posible. La facilidad de acceso esta ligada a las condiciones sobre identificación y almacenamiento

5.6 Tiempo de retención

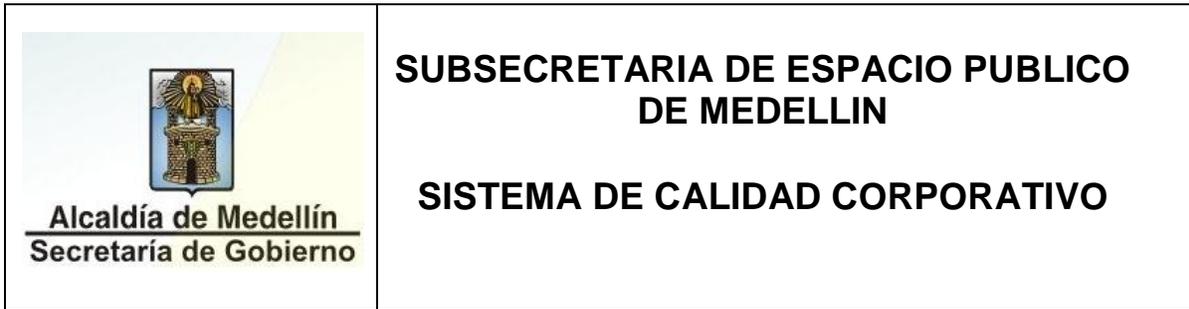
Los tiempos de retención de los registros de calidad los define el dueño del proceso teniendo en cuenta que este período debe ser el adecuado conforme a las exigencias legales, de los clientes, internas, de garantías y operativas.

5.7 Disposición de los registros

Pasado el tiempo de retención de los registros de calidad, el dueño del proceso decide

 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p>SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p>SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

si se eliminan o si los conserva. En este caso debe señalar el nuevo período de retención de los registros y la forma de hacerlo.



**ANEXO 3. PROCEDIMIENTO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE ACCIONES
CORRECTIVAS**

ESPACIO PÚBLICO DE MEDELLIN

VERSIÓN 01

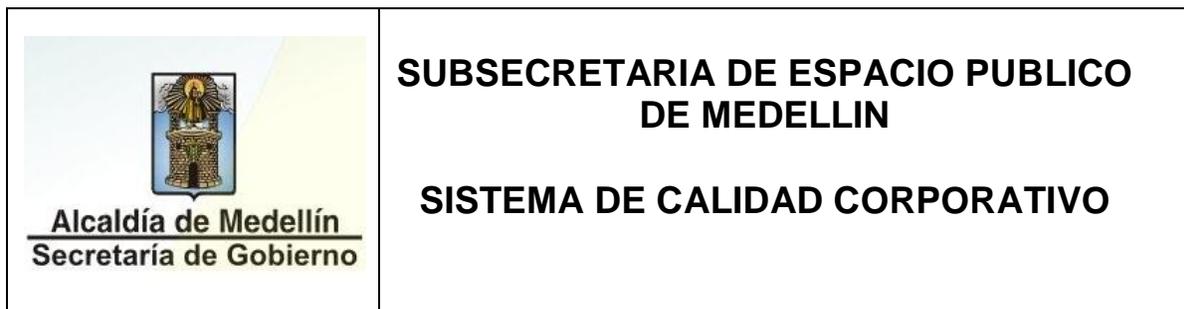
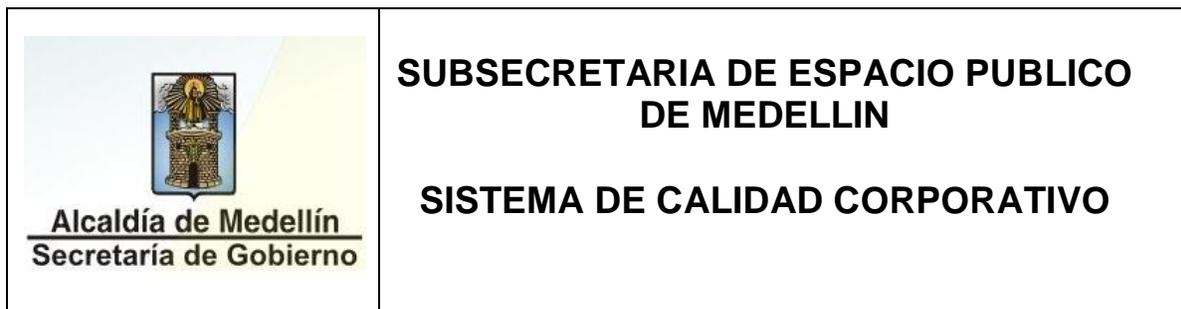


TABLA DE CONTENIDO

- 1 PROPÓSITO**
- 2 ALCANCE**
- 3 DEFINICIONES**
- 4 RESPONSABILIDADES**
- 5 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**
 - 5.1 GENERALIDADES
 - 5.2 PROCEDIMIENTO
- 6 DOCUMENTOS RELACIONADOS**
- 7 REGISTRO D E CALIDAD**
- 8 DIAGRAMA DE FLUJO**
- 9 ANEXO NO. 1 FORMATO PARA REPORTE DE NO CONFORMIDAD**
- 10 ANEXO NO. 2 CRITERIOS PARA EL INICIO DE ACCIONES CORRECTIVAS**



PROPÓSITO

Este procedimiento tiene como propósito establecer lineamientos que sirvan para corregir las no conformidades reales o presentes en los productos, servicios, suministros (insumos), procesos y el Sistema de Calidad de la Subsecretaria de Espacio Público de Medellín, de acuerdo con las directrices del Manual de Calidad de las mismas y las necesidades del cliente, y asegurarnos que el problema no ocurra de nuevo.

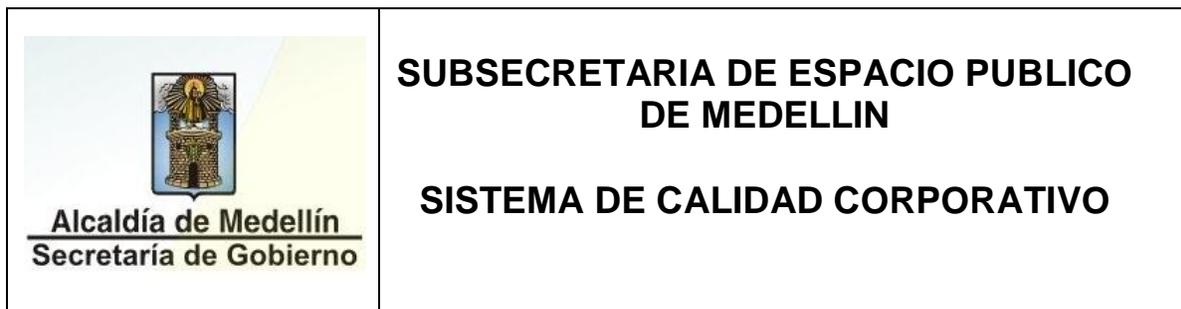
ALCANCE

Este procedimiento aplica a todas las dependencias de Espacio Público de Medellín donde se haya implantado el sistema de calidad.

DEFINICIONES

Además de las definiciones dadas a continuación, se deberán tener en cuenta las señaladas en la norma ISO 9000

- **Reporte de no conformidad (RNC):** Documento en el cual se reporta una no conformidad, defecto o situación indeseable. Un RNC debe ser diligenciado completamente en el formato correspondiente, ya sea en forma electrónica o en



papel.

- **Emisor:** Funcionario de la Subsecretaria de Espacio Público de Medellín adscrito o no a una dependencia cubierta por el sistema de calidad que identifica una no conformidad, defecto o situación indeseable y diligencia un RNC.

- **Acción correctiva:** Acción tomada para eliminar las causas de una no conformidad, defecto o situación no deseable, con el propósito de evitar su repetición, además ésta debe ser apropiada a los efectos de las no conformidades encontradas.

No conformidad: Incumplimiento de un requisito especificado, defecto o situación no deseable que pone en riesgo el debido funcionamiento del Sistema de Calidad,

- **Dependencia responsable:** Es aquella área responsable de estudiar las causas de una no conformidad, definir las acciones correctivas e implantarlas y hacerles seguimiento.

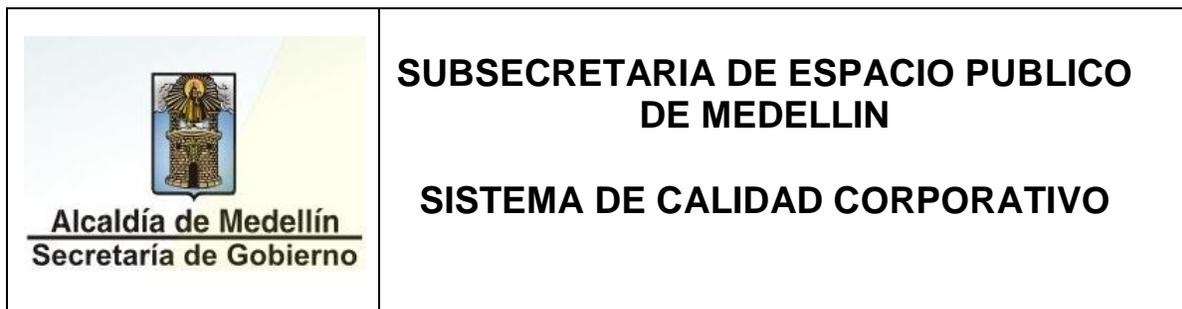
-

- **Equipo de trabajo responsable:** Es un grupo humano encargado de definir el origen de las causas de la no conformidad , (Equipo de trabajo responsable por la determinación de las causas de la no conformidad,) la determinación del plan de acción correspondiente y la implantación de las acciones correctivas.

RESPONSABILIDADES

El Emisor debe

- Diligenciar un RNC cuando identifique una no conformidad, defecto o situación no deseable. Debe haber una persona específica para hacerlo, ya sea en forma directa o mediante comunicación con los funcionarios que tienen acceso a la documentación necesaria.



El Jefe de la Dependencia responsable debe:

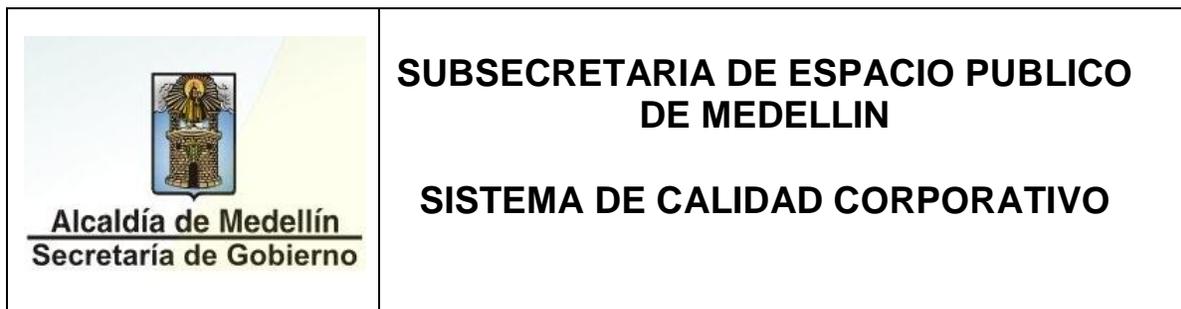
- Revisar y evaluar los reclamos de los clientes y los reportes de procesos y productos no conformes, y generar un RNC para trasladarlo a un emisor asignado si este estudio lo justifica
- Nombrar los miembros del Equipo responsable de cada RNC y su coordinador.
- Aprobar las acciones correctivas propuestas y verificar con el coordinador del equipo responsable su efectiva implementación.
- Aprobar el cierre de los RNC cuando las acciones correctivas se implanten y comunicarlo a la AREA SOCIAL o la Dirección de Control Interno, y áreas interesadas.

El Coordinador del Equipo responsable debe:

- Investigar y determinar las causas de la no conformidad
- Evaluar y determinar una acción correctiva.
- Asignar la implantación de la acción correctiva a otra dependencia, cuando sea aplicable.
- Identificar e implantar la acción correctiva en forma efectiva y eficaz
- Revisar la acción correctiva y verificar su implantación y eficacia.

El AREA SOCIAL o equivalente como responsable en cada UNIDAD por el proceso y administración de las Acciones Correctivas y Preventivas debe:

- Asignar un número consecutivo a cada RNC y actualizar el listado de ellos
- Archivar los RNC que han sido cerrados y actualizar el listado
- Hacer seguimiento a las fechas de cierre de los RNC
- Definir, desarrollar, mantener y reportar los indicadores del sistema de acciones correctivas y preventivas es decir, un seguimiento de atención a las acciones
- Comunicar las acciones correctivas y preventivas implantadas a otros sistemas de calidad dentro de la Subsecretaria de espacio público de Medellín a los cuales les puedan ser útiles.



El líder de calidad de cada UNIDAD debe:

- Presentar los indicadores del sistema de acciones correctivas y preventivas ante el Grupo de Calidad de su UNIDAD, como parte de la revisión gerencial. Comunicar a los Jefes de las dependencias y al AREA SOCIAL o equivalente los planes de acción que se originen en la revisión gerencial.
- Enviar al AREA SOCIAL o equivalente el reporte de no conformidades y observaciones emanadas de las auditorías externas, ya se trate de las auditorías del ente certificador, de los clientes o de los entes de control externo, cuando los hallazgos de dichos entes afecten el sistema de calidad.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Generalidades

La efectividad del sistema de calidad está estrechamente ligada a la efectividad de su sistema de acciones correctivas y preventivas, el cual, conjuntamente con los procesos de Revisión Gerencial y Auditorías internas de Calidad, forma la trilogía sobre la cual se cimienta el proceso de mejoramiento continuo de los procesos cubiertos por el sistema de calidad. Por esto, todo el personal involucrado en los diferentes sistemas de calidad tiene la responsabilidad de participar en el proceso de acciones correctivas y preventivas.

El proceso de acción correctiva se inicia cuando se identifique una no conformidad que amerita tomar una decisión para atender desviaciones en el Sistema de Calidad y podría afectar su normal desempeño

La acción correctiva debe ser documentada usando el formato RNC de conformidad con lo establecido en este documento. Una acción correctiva debe ser iniciada a partir de los siguientes hechos, pero no debe limitarse a los mismos:

- No conformidad identificada durante las auditorías de calidad.
- Planes de acción emanados del proceso de revisión gerencial
- Reclamos, quejas o sugerencias de los clientes

 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p align="center">SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p align="center">SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

- Problemas en los procesos, en los productos o servicios, identificados por los funcionarios y trabajadores
- No conformidades encontradas en los suministros de proveedores, productos suministrados por los clientes o en las áreas de almacenamiento
- Sugerencias de los empleados.

PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	ACTIVIDADES
Emisor 5.2.1	Diligencia los campos 1,2 y 5 del formato y lo firma. Debe detallar en el campo 8 las evidencias objetivas que tenga del problema. Si el RNC es el resultado de una auditoría, el auditor debe llenar también los campos 6, 7 y 8. Envía el RNC a la dependencia o a la AREA SOCIAL o equivalente.
AREA SOCIAL o equivalente 5.2.2	Verifica que el formato del RNC haya sido bien diligenciado, si no lo está lo devuelve al emisor para que lo complete. Llena los campos 3,4 y 8 y lo registra en un consecutivo que llevará en medio electrónico. Lo envía al Jefe de la dependencia.

 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p>SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p>SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

<p>Jefe de la dependencia</p> <p>5.2.3</p>	<p>Revisa el RNC y designa al Coordinador del Equipo responsable. Llena campos 9, 10 y 11, y en asocio con aquel designa las personas para conformar el equipo responsable.</p>
<p>Coordinador y Equipo responsable</p> <p>5.2.4</p>	<p>Revisan el RNC y determinan si se requiere tomar una acción correctiva, para lo cual tendrán en cuenta los criterios establecidos en el Anexo 2 “Criterios para la iniciación de acciones correctivas”:</p> <p>Si se justifica tomar la acción llenan los campos 12 y 13 del formato; si no se justifica identifica en el campo 12 las razones por las cuales no es necesario tomar una acción correctiva y retornan el formato al Jefe de la dependencia dentro de los 10 días siguientes a la recepción del mismo en la dependencia.</p> <p>Identifican si se requiere una corrección (acción correctiva inmediata (acción remedial)) y la implementa (tal acción) con el fin de subsanar (temporalmente) los efectos de la no conformidad. Prosigue con el paso 5.2.5</p>
<p>Jefe de dependencia</p> <p>5.2.4.1</p>	<p>Si la acción correctiva se justifica llena el campo 14 del formato. Si el Equipo Responsable no encuentra méritos para iniciar una acción correctiva, llena los campos 18 y 19 del formato, lo envía al AREA SOCIAL en 5 días hábiles y, en este caso, continúa con el paso 5.2.9 de este procedimiento</p>
<p>Coordinador y Equipo responsable</p> <p>5.2.5</p>	<p>Evalúan la acción correctiva y el plan de implantación, para lo cual deben tener en cuenta la magnitud del problema y los riesgos involucrados. Si la documentación se hace en papel pueden utilizarse hojas adicionales, no necesariamente en la papelería del formato. Como parte del plan identifican los criterios cualitativos y cuantitativos para determinar la efectividad de la acción decidida. Cuando se determine que el plan es satisfactorio envían</p>

 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p align="center">SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p align="center">SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

	<p>una copia del mismo al Jefe de la dependencia dentro de los 10 días siguientes a la recepción de la responsabilidad por la investigación de las causas y el establecimiento del plan de acción</p>
<p>Jefe Dependencia 5.2.6</p>	<p>Revisa la acción correctiva propuesta y su plan de implantación, y lo devuelve al Coordinador de Equipo para su realización o para su ajuste si es necesario</p>
<p>AREA SOCIAL o equivalente 5.2.7</p>	<p>Actualiza la base de datos con el plan de acción propuesto, si es necesario</p>
<p>Coordinador del Equipo y Equipo responsable 5.2.8</p>	<p>Ejecutan el plan de acción para la eliminación de las causas de la no conformidad, determinando a la vez los cambios necesarios en la documentación de tal forma que reflejen las nuevas acciones que se estén desarrollando</p> <p>Se llena el campo 15 del RNC.</p> <p>Si la acción correctiva ha sido implantada y sus resultados son aceptables de acuerdo con el plan y la magnitud del problema, el Coordinador del Equipo aprueba con su firma en el campo 16 y coloca la fecha de este hecho en el campo 17 del formato, indicando el cierre del RNC y envía el formato al Jefe de la dependencia y a la dirección de control interno si es atención de una no conformidad producto de auditorías</p>
<p>Jefe de la dependencia 5.2.9</p>	<p>Revisa la acción correctiva y procede así:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si ésta no ha sido implantada completamente o sus resultados no son aceptables devuelve el formato al Coordinador de Equipo para que proceda con las correcciones del caso - Si la implantación del plan de acción fue inapropiada,

 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p align="center">SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p align="center">SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

	<p>devuelve el formato al Equipo y regresa al paso 5.2.5.</p> <p>- Si la acción correctiva ha sido implantada y sus resultados son satisfactorios, aprueba con su firma en el campo 18, coloca la fecha en el campo 19 y lo envía al AREA SOCIAL o equivalente en los 5 días siguientes a la acción correctiva</p>
<p>AREA SOCIAL o equivalente</p> <p>5.2.10</p>	<p>Revisa el formato del RNC para verificar que se haya diligenciado completamente, envía una copia al emisor del RNC y procede a archivarlo</p> <p>Si el formato no ha sido gestionado completamente, lo devuelve al jefe de la dependencia para su corrección antes de proceder con su archivo</p>
<p>Auditor Interno</p> <p>5.3</p>	<p>Verifica la implantación y efectividad de la acción correctiva tomada y llena los campos 20, 21, 23 y 24 del formato</p>

DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Manual de Calidad Corporativo
- Procedimiento para la toma de acciones preventivas)
- Procedimiento para la realización de auditorías internas de calidad
- Procedimiento para el control de documentos
- Procedimiento para el Control de Registros de calidad.

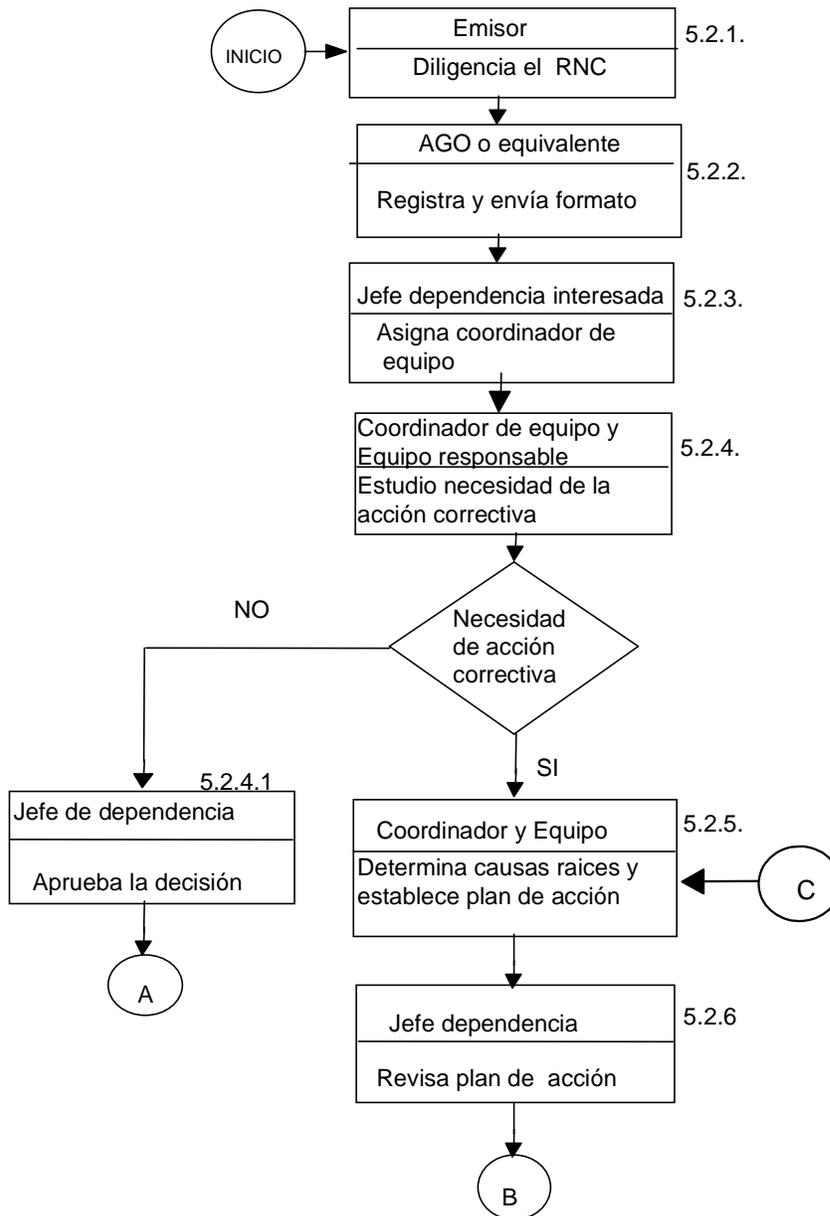
REGISTRO DE CALIDAD

Debe ser utilizado el formato Reporte de No conformidad y gestionarlo de acuerdo con el procedimiento EPM-SCC-PR-006 "Procedimiento para el Control de Registros

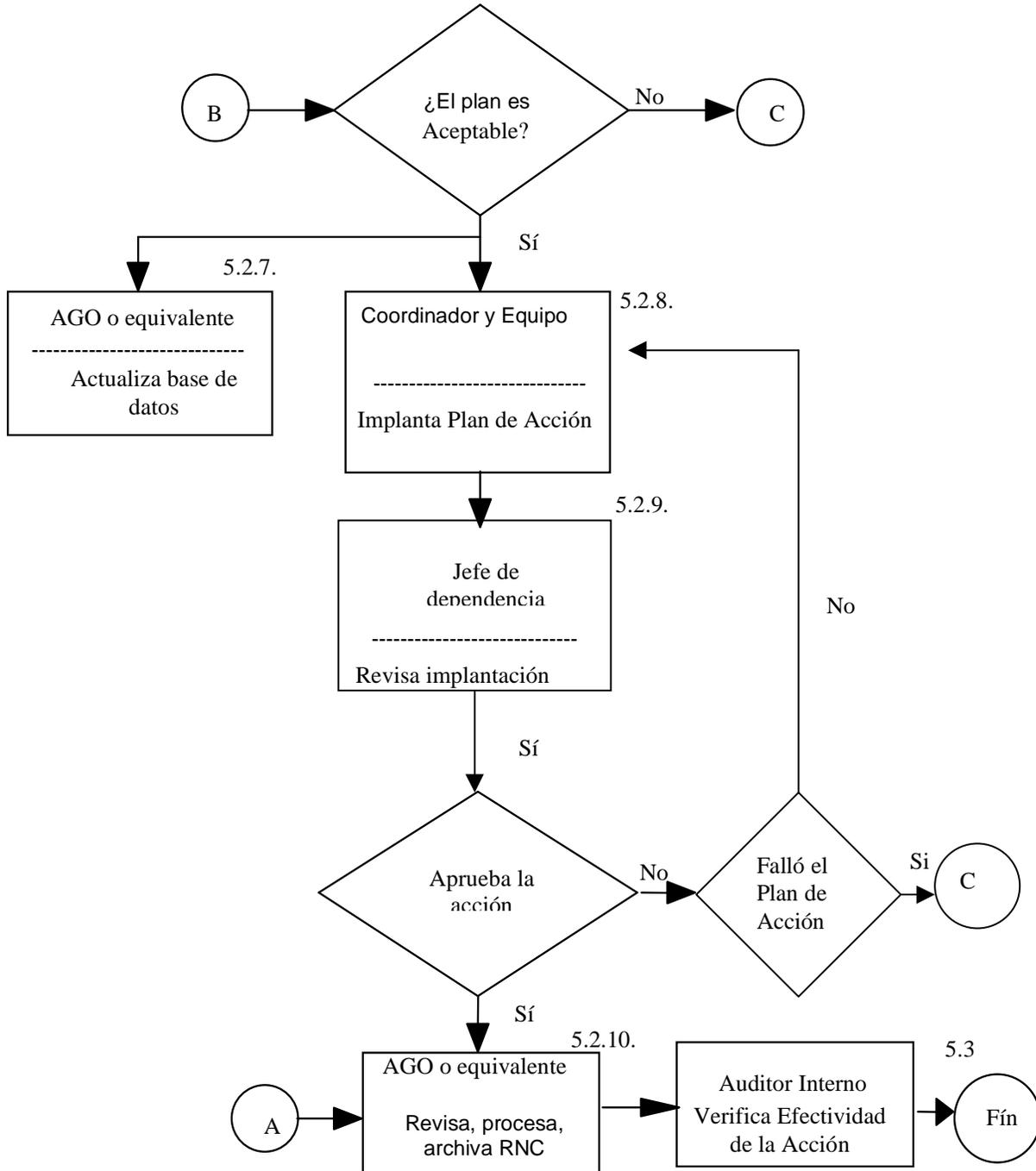
 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p align="center">SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p align="center">SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
---	---

de calidad”. El formato correspondiente se muestra en el Anexo 1 de este documento.

DIAGRAMA DE FLUJO



 Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno	SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO
---	--



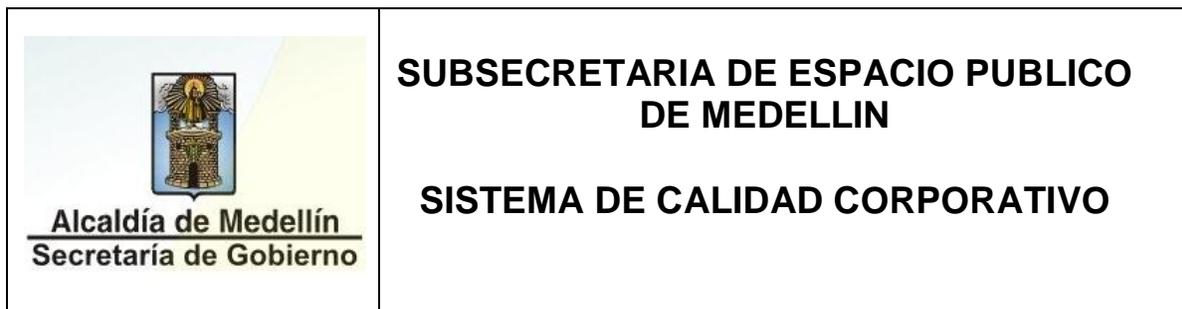
 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p>SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p>SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

ANEXO No. 1. FORMATO PARA REPORTE DE NO CONFORMIDAD

REPORTE DE NO CONFORMIDAD			
PARTE 1 – EMISOR			
1. Emisor:	2. Dependencia del emisor:	3. RNC N°	4. Fecha:
5. Es ésta una no conformidad hallada en una auditoría de calidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		6. Dependencia o proceso auditado:	
7. Requisitos no cumplidos:		Documento: Sección del Documento Versión:	
8. Descripción de la no conformidad:			
Firma del Emisor (Auditor Principal)		Firma de Jefe Dependencia	
PARTE 2 – ACCION PROPUESTA			
9. Dependencia:			
10. Coordinador Equipo:		11. Fecha de recepción:	

 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p align="center">SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p align="center">SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

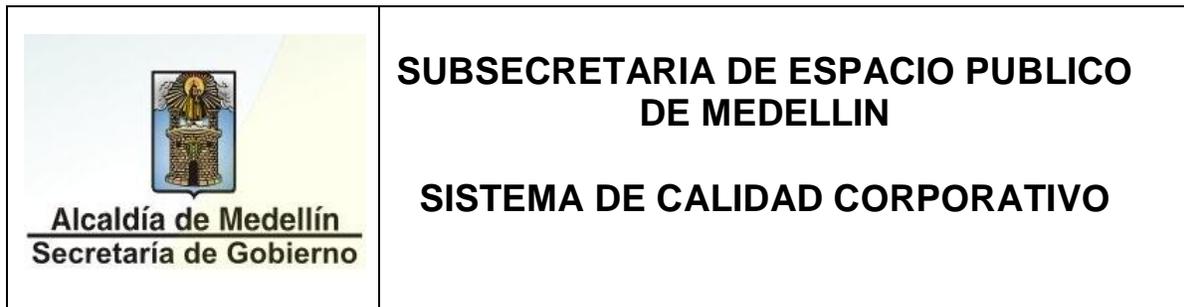
12. Causas:		
13. Acción Correctiva Propuesta: (Si se requiere)		
14. Aprobación por jefe de dependencia:		Fecha:
PARTE 3 – IMPLANTACIÓN		
15. Acción Tomada:		
PARTE 4 – CIERRE		
16. Cierre de la Acción correctiva:	17. Fecha:	
18. Aprobación por el jefe de le dependencia:	19. Fecha:	
PARTE 5 – VERIFICACIÓN		
20. ¿La acción tomada fue efectiva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	21. Razón:	22. ¿Es necesaria una nueva acción correctiva?
23. Firma del Auditor Interno :		24. Fecha:



ANEXO No. 2 CRITERIOS PARA EL INICIO DE ACCIONES CORRECTIVAS

Para que se justifique el inicio de un proceso de acción correctiva, como se establece en el paso 5.2.3 del “Procedimiento para la ejecución de Acciones Correctivas” ,es decir, un proceso que implique: investigación de las causas del problema, decisión por la acción correctiva más efectiva, un plan para su implantación y la evaluación de su efectividad, es necesario que se cumpla al menos uno de los siguientes criterios:

1. El problema presentado es de naturaleza repetitiva.
2. El riesgo de no tomar una acción correctiva puede tener consecuencias graves sobre la calidad del producto, el servicio, el sistema de calidad o la seguridad de las personas, equipos o instalaciones.
3. Hay evidencia de que el proceso tiene problemas o puede ser mejorado ostensiblemente
4. El problema no puede ser resuelto por la mera comunicación entre los interesados.
5. La magnitud del problema o del riesgo involucrado amerita tomar una acción correctiva (en proporción al riesgo involucrado.)
6. Los demás problemas reportados como no conformidades, incluidos los hallazgos de auditorías de calidad internas y externas, que no ameriten la aplicación de todo el proceso completo por tratarse de meras omisiones o errores simples, serán documentados como acciones correctivas y se les hará solamente la corrección adecuada (acción remedial) pero no les hará la investigación de causas raíces pues se conoce claramente su origen y solución.



**ANEXO 4. PROCEDIMIENTO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE ACCIONES
PREVENTIVAS**

ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN

VERSIÓN 01

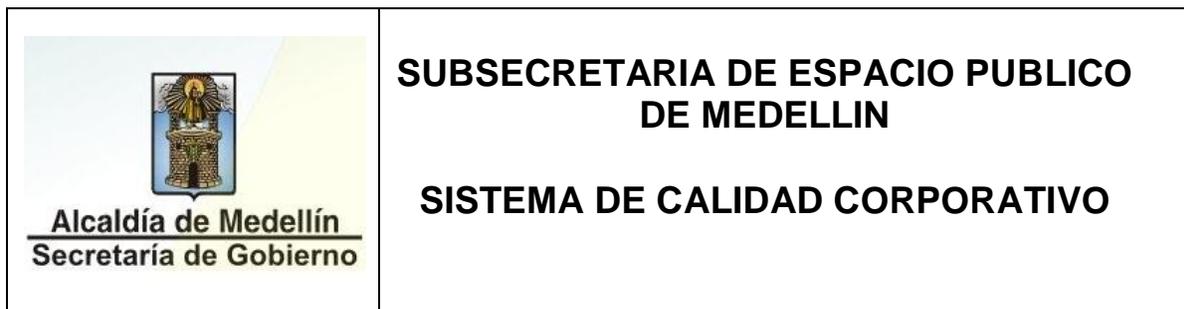
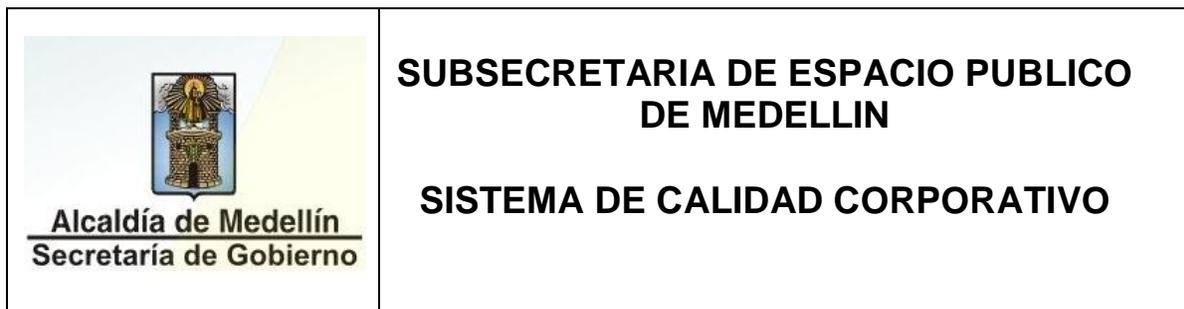


TABLA DE CONTENIDO

- 1 PROPÓSITO**
- 2 ALCANCE**
- 3 DEFINICIONES**
- 4 RESPONSABILIDADES**
- 5 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**
 - 5.1 GENERALIDADES
 - 5.2 PROCEDIMIENTO
- 6 DOCUMENTOS RELACIONADOS**
- 7 REGISTRO DE CALIDAD**
- 8 DIAGRAMA DE FLUJO**
- 9 ANEXO NO. 1 FORMATO DE SOLICITUD DE ACCIÓN PREVENTIVA**
- 10 ANEXO NO. 2 CRITERIOS PARA EL INICIO DE ACCIONES PREVENTIVAS**



PROPÓSITO

Este procedimiento tiene como propósito establecer los lineamientos y el proceso para la eliminación de las causas de las no conformidades potenciales en el Sistema de Calidad y asegurar que la no conformidad potencial no se presentará.

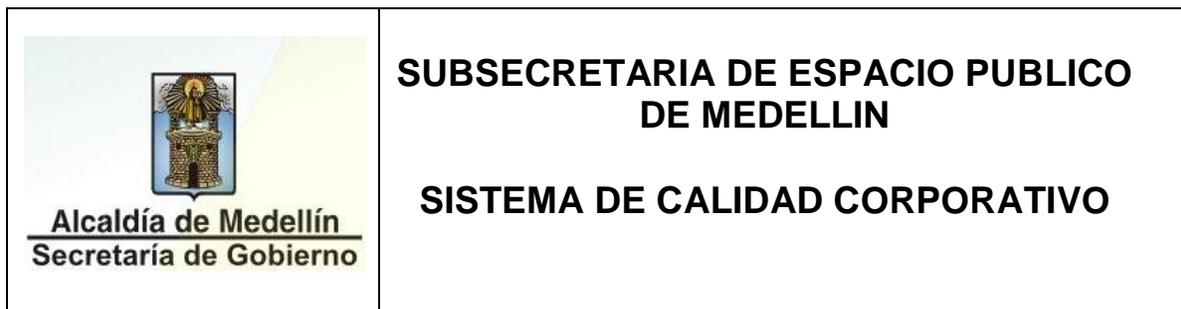
ALCANCE

Este procedimiento aplica a todas las dependencias de Espacio Público de Medellín donde se halla implantado el sistema de calidad.

DEFINICIONES

Además de las definiciones dadas a continuación, se deberán tener en cuenta las señaladas en la norma ISO 9000

- **Solicitud de acción preventiva (SAP):** Documento en el cual se reporta una no conformidad, defecto o situación indeseable potencial. El SAP debe ser diligenciado completamente en el formato correspondiente, ya sea en forma electrónica o en papel.
- **Emisor:** Funcionario de la subsecretaría de espacio público de Medellín que identifica una no conformidad, defecto o situación indeseable potencial, y diligencia



una SAP. En el caso de las acciones preventivas originadas en las auditorías de calidad, el emisor es el auditor que informa la correspondiente no conformidad potencial.

- **Acción correctiva:** Acción tomada para eliminar las causas de una no conformidad, defecto o situación no deseable, con el propósito de evitar su repetición

- **No conformidad:** Incumplimiento de un requisito especificado del Sistema de Calidad.

- **Acción preventiva:** Acción tomada para eliminar las causas de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

- **Dependencia responsable:** Es aquella área responsable de estudiar las causas de una no conformidad potencial, definir las acciones preventivas, implantarlas y hacerles seguimiento.

- **Equipo de trabajo responsable:** Es un grupo humano encargado de definir el origen de las causas de la no conformidad, determinar el plan de acción correspondiente y la implantación de las acciones preventivas.

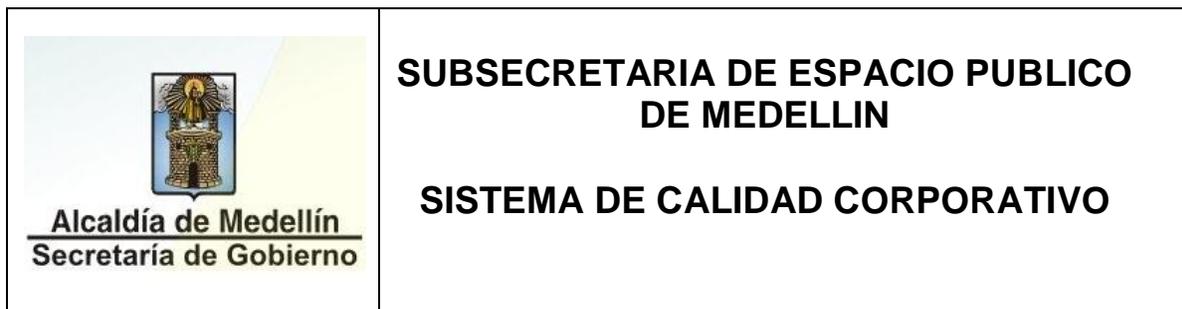
RESPONSABILIDADES

El Emisor debe:

- diligenciar una SAP cuando identifique una no conformidad, defecto o situación potencial no deseable. Cualquier persona está facultada para hacerlo, ya sea en forma directa o mediante comunicación con los funcionarios que tienen acceso a la documentación necesaria.

El Jefe de la Dependencia debe:

- Revisar las SAP relacionados con su sistema de calidad



- Analizar y evaluar la necesidad de acciones preventivas de acuerdo con la información derivada del desempeño de las auditorías internas de calidad, las no conformidades potenciales detectadas en la operación o en la revisión gerencial de su sistema de calidad y en las sugerencias de los clientes o del personal cubierto por el sistema de calidad.
- Nombrar los miembros del Equipo responsable de cada SAP y su coordinador.
- Aprobar las acciones preventivas propuestas y verificar con el coordinador del equipo responsable su efectiva implementación
- Hacer el seguimiento a la implantación de las acciones preventivas y aprobarlas en el caso de que éstas resulten ser eficaces.
- Aprobar el cierre de las SAP cuando las acciones preventivas se implanten y comunicar al AREA SOCIAL o equivalente

El Coordinador del Equipo Responsable debe:

- Determinar si se justifica una acción preventiva e investigar las causas de la no conformidad potencial,
- Definir e implantar la acción preventiva en forma eficaz
- Asignar el diseño e implantación de la acción preventiva a otra dependencia, cuando sea aplicable, y revisar su implantación.
- Revisar la acción preventiva y verificar su implantación y eficacia.

El AREA SOCIAL o equivalente como responsable en cada UNIDAD por el proceso y administración de las Acciones Correctivas y Preventivas debe:

- Asignar un número consecutivo a cada SAP y actualizar su listado
- Archivar los SAP que han sido cerrados y actualizar el listado
- Hacer seguimiento a las fechas de cierre de los SAP
- Definir, desarrollar, mantener y reportar los indicadores del sistema de acciones correctivas y preventivas
- Comunicar las acciones correctivas y preventivas implantadas a otros sistemas de calidad dentro de la subsecretaria de espacio público a los cuales les puedan ser útiles.

El líder de calidad de cada UNIDAD debe:

- Presentar los indicadores del sistema de acciones correctivas y preventivas ante el Grupo de Calidad de su UNIDAD, como parte de la revisión gerencial.

 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p align="center">SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p align="center">SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

- Comunicar a los Jefes de las dependencias y al AREA SOCIAL o equivalente los planes de acción que se originen en la revisión gerencial.
- Enviar al AREA SOCIAL o equivalente el reporte de no conformidades y observaciones emanadas de las auditorías externas, ya se trate de las auditorías del ente certificador, de los clientes o de los entes de control externo, cuando los hallazgos de dichos entes afecten el sistema de calidad.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Generalidades

La efectividad del sistema de calidad está estrechamente ligada a la efectividad de su sistema de acciones correctivas y preventivas, el cual, conjuntamente con los procesos de Revisión Gerencial y Auditorías internas de Calidad, forma la trilogía sobre la cual se cimienta el proceso de mejoramiento continuo de los procesos cubiertos por el sistema de calidad. Por esto, todo el personal involucrado en los diferentes sistemas de calidad tiene la responsabilidad de participar en el sistema de acciones correctivas y preventivas.

La acción preventiva se documenta usando el formato de SAP de conformidad con lo establecido en este documento. Una acción preventiva debe ser iniciada a partir de los siguientes hechos, pero no debe limitarse a los mismos:

- No conformidad potencial identificada durante las auditorías de calidad.
- Planes de acción emanados del proceso de revisión gerencial
- Reclamos, quejas o sugerencias de los clientes
- Problemas potenciales en los procesos, en los productos o servicios, identificados por los funcionarios y trabajadores
- No conformidades potenciales encontradas en los suministros de proveedores, productos suministrados por los clientes o en las áreas de almacenamiento
- Sugerencias de los empleados.

 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p>SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p>SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

Procedimiento

RESPONSABLE	ACTIVIDADES
<p>Emisor 5.2.1</p>	<p>Diligencia los campos 1,2 y 5 del formato SAP. Si es posible debe detallar en el campo 8 las evidencias objetivas que tenga del problema. Si la SAP es el resultado de una auditoría, el auditor debe llenar también los campos 6, 7 y 8.</p> <p>Envía el formato a la dependencia o al AREA SOCIAL o equivalente</p>
<p>AREA SOCIAL o equivalente 5.2.2</p>	<p>Verifica que el formato SAP haya sido bien diligenciado, si no lo está lo devuelve al emisor para que lo complete. Llena los campos 3 y 4 y lo registra en un consecutivo que llevará en medio electrónico. Lo envía al Jefe de la dependencia.</p>
<p>Jefe de dependencia 5.2.3</p>	<p>Revisa la SAP, designa al Coordinador del Equipo responsable. Llena campos 9, 10 y 11, y en asocio con aquel designa las personas para conformar el equipo responsable de la acción preventiva.</p>
<p>Coordinador y Equipo responsable 5.2.4</p>	<p>Revisan la SAP y determinan si se requiere tomar una acción preventiva, para lo cual tendrán en cuenta los criterios establecidos en el Anexo 2 "Criterios para el inicio de acciones preventivas":</p> <p>Si se justifica tomar la acción llenan los campos 12 y 13 del formato; si no se justifica señalan en el campo 12 las razones por las cuales no es necesario tomar una acción preventiva y retornan el formato al Jefe de la dependencia dentro de los 10 días siguientes a la recepción del mismo en la dependencia. Prosigue con el paso 5.2.5</p>
<p>Jefe de dependencia</p>	<p>Si la acción se justifica llena el campo 14 del formato. Si el Equipo Responsable no encuentra méritos para iniciar una</p>

 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p align="center">SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p align="center">SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

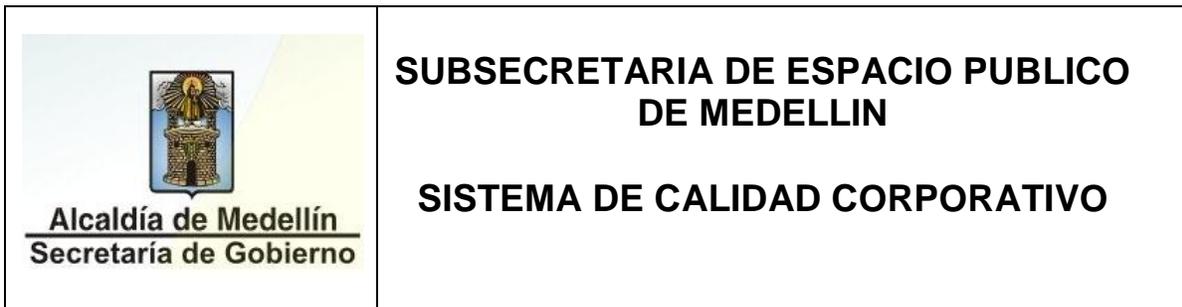
5.2.4.1	acción correctiva, llena los campos 18 y 19 del formato y lo envía a la AREA SOCIAL en 5 días hábiles.
Coordinador y Equipo responsable 5.2.5	Evalúan la acción preventiva y el plan de implantación, para lo cual deben tener en cuenta la magnitud del problema y los riesgos involucrados. Si la documentación se hace en papel pueden utilizarse hojas adicionales, no necesariamente en la papelería del formato. Como parte del plan identifican los criterios cualitativos y cuantitativos para determinar la eficacia de la acción. Cuando se determine que el plan es satisfactorio envían una copia del mismo al Jefe de la dependencia dentro de los 10 días siguientes a la recepción de la responsabilidad por la investigación de las causas y el establecimiento del plan de acción
Jefe de dependencia 5.2.6	Revisa la acción preventiva propuesta y su plan de implantación. Si lo considera satisfactorio llena el campo 14 del formato y envía copias al Coordinador del Equipo y al AREA SOCIAL o equivalente dentro de los 5 días siguientes al recibo del plan por parte del Coordinador de Equipo
AREA SOCIAL o equivalente 5.2.7	Actualiza la base de datos con el plan de acción propuesto, si es necesario
Coordinador y Equipo responsable 5.2.8	<p>Ejecutan el plan de acción para la eliminación de las causas de la no conformidad potencial, determinando a la vez los cambios necesarios en la documentación de tal forma que reflejen las nuevas acciones que se estén desarrollando</p> <p>Se llena el campo 15 de la SAP.</p> <p>Si la acción preventiva ha sido implantada y sus resultados son aceptables de acuerdo con el plan y la magnitud del problema, el Coordinador del Equipo aprueba con su firma en el campo 16 y coloca la fecha de este hecho en el campo 17 del formato, indicando el cierre de la SAP y envía</p>

 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p align="center">SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p align="center">SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

	el formato al Jefe de la dependencia
<p>Jefe dependencia 5.2.9</p>	<p>Revisa la acción preventiva y procede así:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si ésta no ha sido implantada completamente o sus resultados no son aceptables devuelve el formato al Coordinador de Equipo para que proceda con las correcciones del caso - Si la implantación del plan de acción fue inapropiada, devuelve el formato al Equipo y regresa al paso 5.2.5. - Si la acción ha sido implantada y sus resultados son satisfactorios, aprueba con su firma en el campo 18, coloca la fecha en el campo 19 y lo envía a la AREA SOCIAL o equivalente en los 5 días siguientes
<p>AREA SOCIAL o equivalente 5.2.10</p>	<p>Revisa el formato de la SAP para verificar que se haya gestionado completamente y procede a archivarlo, enviando una copia del mismo al emisor de la SAP</p> <p>Si el formato no ha sido gestionado completamente, lo devuelve al Jefe de la dependencia para su corrección antes de proceder con su archivo</p>

DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Procedimiento para la realización de auditorías internas de calidad
- Procedimiento para el control de documentos
- Procedimiento para el Control de Registros de calidad

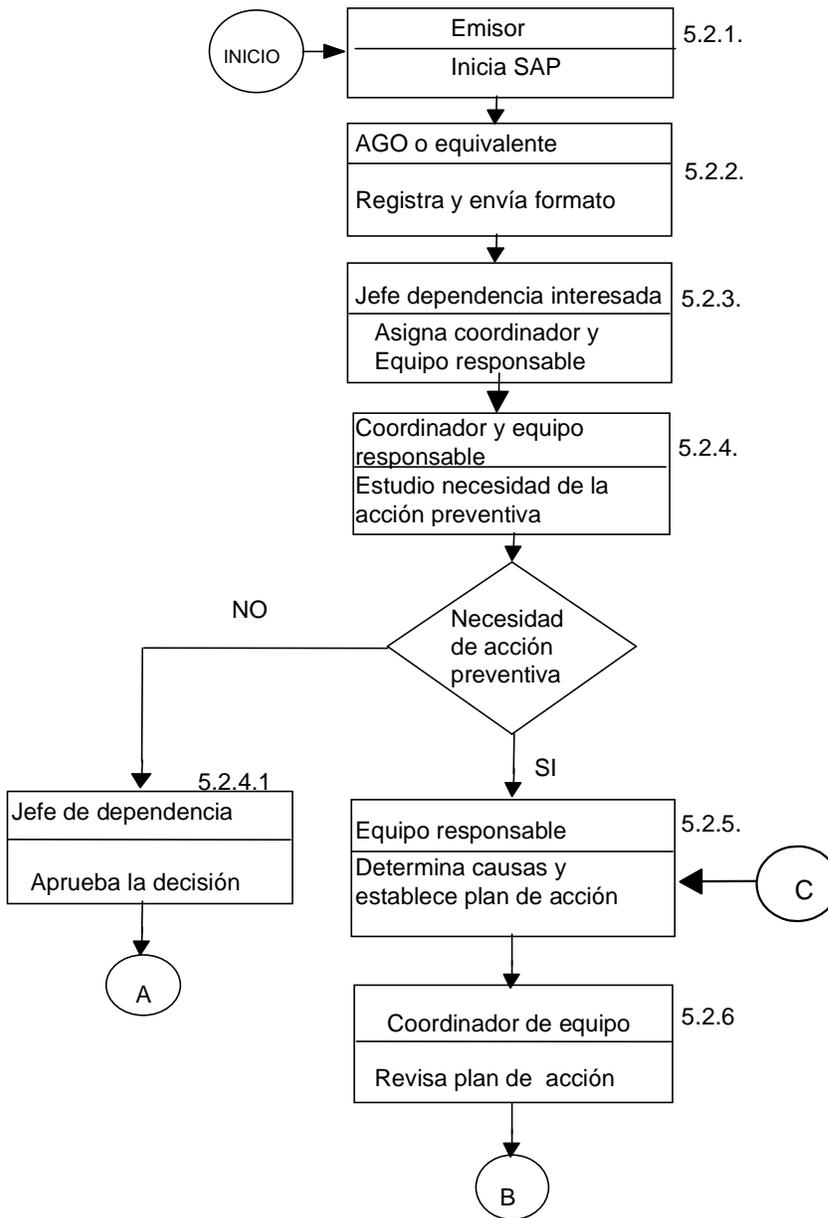


REGISTRO DE CALIDAD

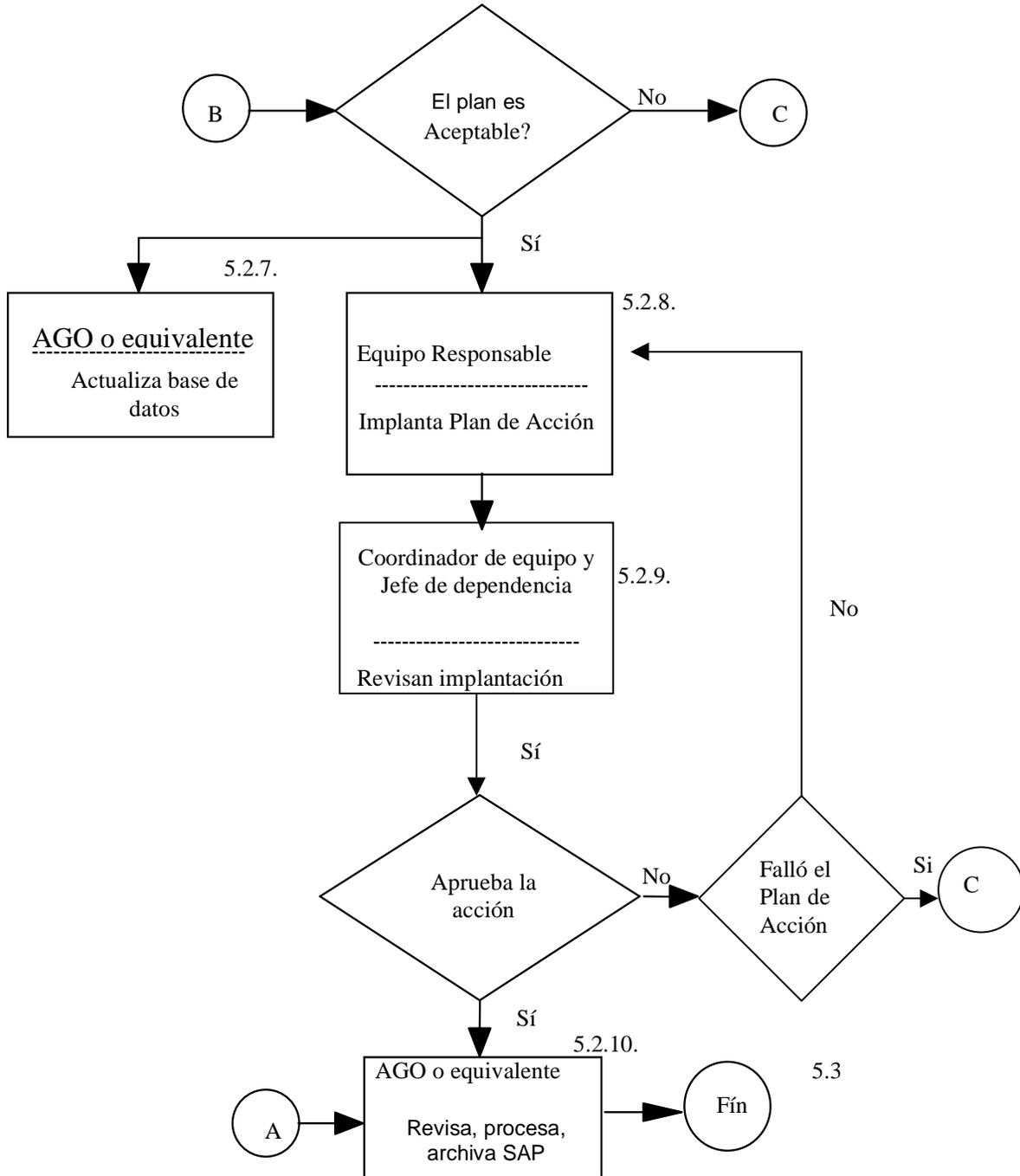
Debe ser utilizado el formato para la Solicitud de Acciones Preventivas gestionado de acuerdo con el Procedimiento para el Control de Registros de calidad". El formato correspondiente se muestra en el Anexo 1 de este documento.

 Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno	<p>SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p>SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
---	---

DIAGRAMA DE FLUJO



 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p>SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p>SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
---	---



 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p>SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p>SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

ANEXO NO. 1 FORMATO DE SOLICITUD DE ACCIÓN PREVENTIVA

SOLICITUD DE ACCIÓN PREVENTIVA			
PARTE 1 – EMISOR			
1. Emisor:	2. Dependencia del emisor:	3. SAP N°	4. Fecha:
5. ¿Es una no conformidad potencial hallada en una auditoría de calidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		6. Dependencia o proceso auditado:	
7. Requisitos no cumplidos:		Documento: Sección del Documento: Versión:	
8. Descripción de la no conformidad o problema potencial:			
PARTE 2 – ACCION PROPUESTA			
9. Dependencia:			
10. Coordinador de Equipo:		11. Fecha de recepción	
12. Causas:			
13. Acción preventiva Propuesta:			

 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p align="center">SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p align="center">SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

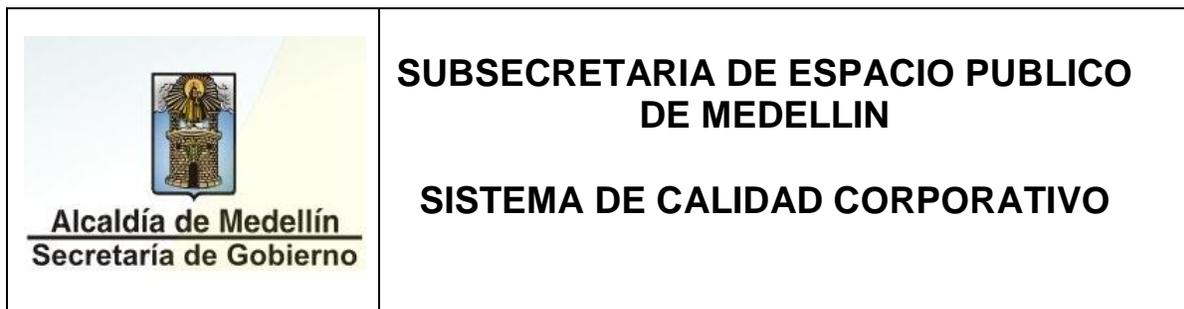
14. Aprobación por el jefe de dependencia:		Fecha:
PARTE 3 – IMPLANTACIÓN		
15. Acción Tomada:		
PARTE 4 – CIERRE		
16. Cierre de la acción preventiva:	17. Fecha:	
18. Aprobación por el jefe de la dependencia:	19. Fecha:	

ANEXO No. 2 CRITERIOS PARA EL INICIO DE ACCIONES PREVENTIVAS

Para que se justifique el inicio de un proceso de acción preventiva, como se establece en el paso 5.2.3 de este procedimiento, es necesario que se cumpla al menos uno de los siguientes criterios:

7. El problema potencial presentado sería de naturaleza repetitiva
8. El riesgo de no tomar una acción preventiva podría tener consecuencias graves sobre la calidad del producto, el servicio, el sistema de calidad o la seguridad de las personas, equipos o instalaciones
9. Existe evidencia de que el proceso podría ser mejorado en forma ostensible

La acción preventiva es apropiada a la magnitud del problema y/o proporcional a los riesgos involucrados



ANEXO 5. AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD

VERSIÓN 01

 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p align="center">SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p align="center">SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

CONTROL DE CAMBIOS

REVISIÓN No.	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LOS CAMBIOS
01	Marzo 16 de 2001	Los principales cambios se presentan a nivel de: definiciones, responsabilidades de los auditores, precisión en algunas actividades y registros de calidad del procedimiento. Modificación del formato de informe final de auditoría interna.
02	Septiembre de 2003	Se hizo un ajuste total al documento para ponerlo de acuerdo con la Normas ISO 9001 versión 2000 e ISO 19011 versión 2002

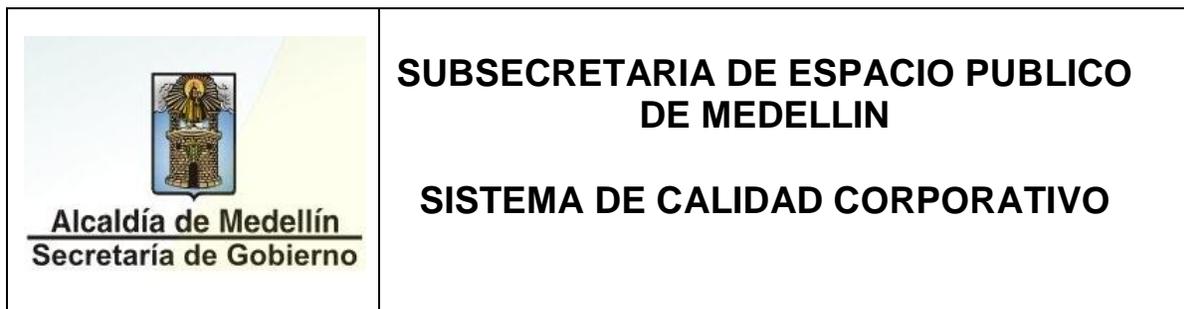
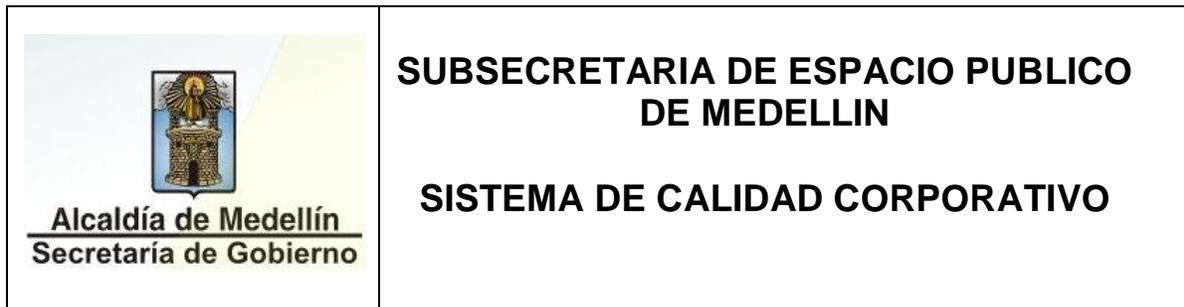


TABLA DE CONTENIDO

- 1 OBJETO 102**
- 2 ALCANCE**
- 3 DEFINICIONES**
- 4 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**
 - 4.1 CONDICIONES GENERALES
 - 4.2 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO
 - 4.3 DIAGRAMA DE FLUJO
- 5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA**
- 6 REGISTROS DE CALIDAD DE LAS AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD**
- 7 INDICADORES DE GESTIÓN Y DE RESULTADOS**
- 8 ANEXO: PERFIL DE LOS AUDITORES INTERNOS DE CALIDAD**



OBJETO

Este documento describe las actividades para la programación, planificación, realización, evaluación y mejora del proceso de auditorías internas de calidad del Sistema Corporativo de Gestión de la Calidad de las Subsecretaria de Espacio Publico

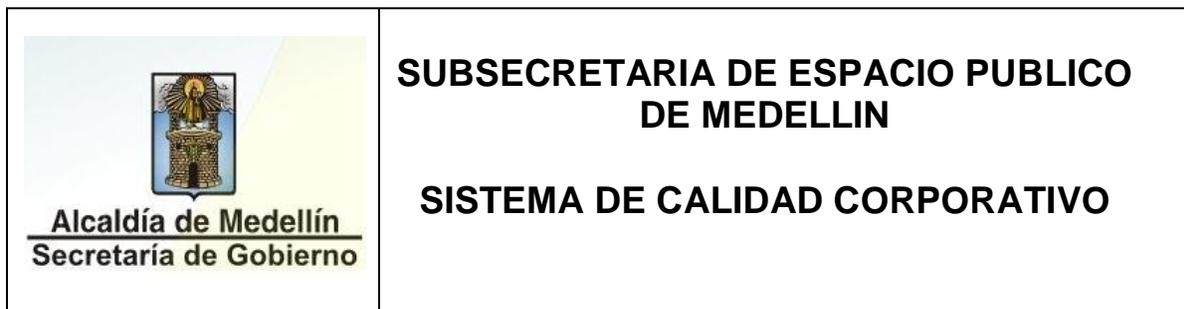
ALCANCE

Aplica a todos los procesos que forman parte del Sistema Corporativo de Gestión de la Calidad de la Subsecretaria de Espacio Público.

DEFINICIONES

Además de las definiciones dadas a continuación deben tenerse en cuenta las señaladas en la norma ISO 9000

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



Auditor interno de calidad: Servidor de la subsecretaría de espacio público con la competencia para llevar a cabo una auditoría interna de calidad. Debe cumplir con el perfil de auditores internos de calidad descritos en el anexo a este documento.

Auditor principal: Auditor interno de calidad que coordina el Equipo de Auditoría y es el responsable de todas las etapas de la misma. Debe cumplir con el perfil de auditor principal descrito en el anexo a este documento.

Auditor acompañante: Auditor de calidad externo a la Empresa que es invitado por la Dirección de Control Interno a acompañar a los auditores internos en la realización de una auditoría. En ningún caso podrá desempeñar el rol de auditor principal.

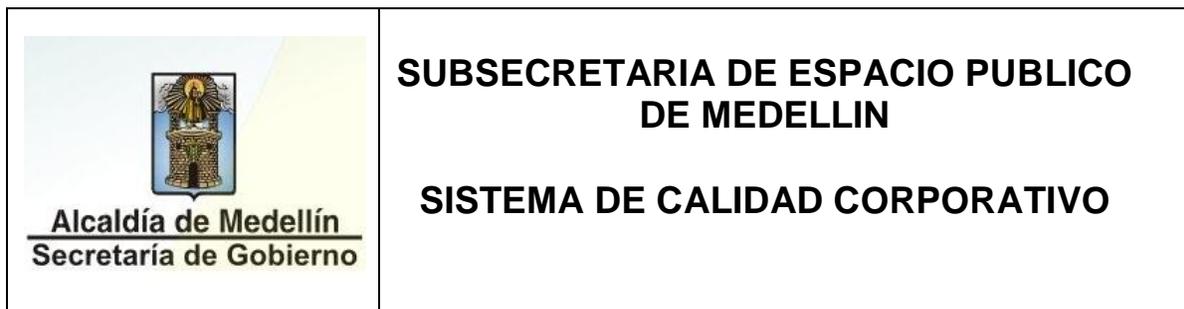
Auditado: Área o proceso al cual se le realiza una auditoría.

Competencia: Aptitud demostrada para aplicar conocimientos y habilidades.

Conclusiones de la auditoría: Resultados de una auditoría que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos y los hallazgos de la auditoría.

Criterios de la auditoría: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos contra los cuales se compara la evidencia de la auditoría.

Equipo de auditoría: Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría. El Equipo auditor podrá incluir auditores en formación, auditores acompañantes y expertos técnicos. Igualmente, podrá estar acompañado de guías u observadores, los cuales no forman parte del equipo auditor. Los observadores serán funcionarios de la Empresa, los expertos podrán pertenecer a la Empresa o ser externos, en este



último caso se contratarán con base en la normatividad vigente sobre contratación de la Organización.

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

Hallazgo: Resultado de la evaluación de la evidencia recopilada frente a los criterios de la auditoría.

No conformidad: Incumplimiento de un criterio de la auditoría.

Oportunidad de mejora: Aspecto o situación que no afecta la eficacia del Sistema de gestión de la calidad ni la prestación del servicio pero que su tratamiento puede mejorar los resultados del proceso o del Sistema, o evitar situaciones de riesgo real o potencial o no conformidades potenciales.

Sistema corporativo de gestión de la calidad: Sistema de gestión de la calidad implantado en la subsecretaría de espacio público que señala los principios, las directrices y los objetivos de calidad de la Organización, y establece los procedimientos corporativos para el logro de estos objetivos. Es, además, el marco de referencia para la definición, implantación y seguimiento de los diferentes sistemas de gestión de la calidad que se generen en los procesos de la subsecretaría de Espacio público de Medellín.

 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p>SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p>SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

CONDICIONES GENERALES

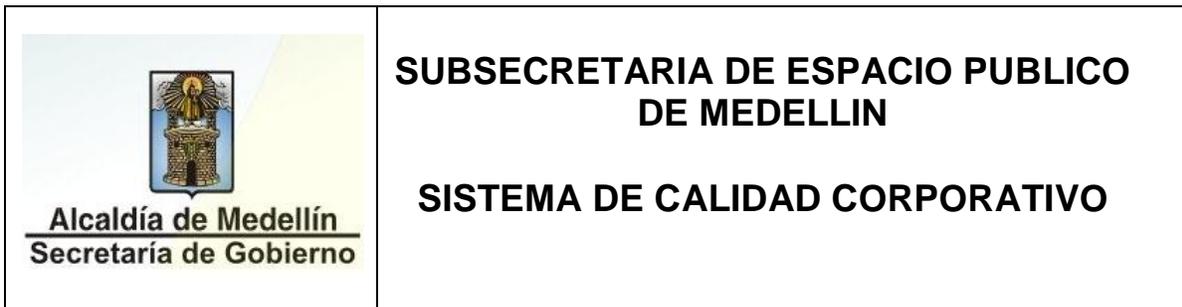
Como condiciones generales se establecen las responsabilidades de los diferentes actores del proceso de auditorías internas de calidad:

Responsabilidades de la Dirección de Control Interno en la gestión del programa de auditorías de calidad.

- Elaborar, en conjunto con el Equipo Coordinador de Calidad, el programa anual de auditorías internas de calidad de la Empresa incluyendo los objetivos, alcance, equipo auditor y fechas de realización de cada auditoría.
- Comunicar a las partes interesadas el programa de auditorías internas.
- Hacer seguimiento continuo al desarrollo y eficacia del programa de auditorías.
- Revisar periódicamente y mejorar la gestión del programa de auditorías. Esta revisión del proceso incluye los resultados, la competencia de los auditores, la retroalimentación de los auditados, la conformidad con el programa y con el procedimiento, los registros, la coherencia en el desempeño de los auditores.
- Comunicar los logros del proceso de auditorías a la alta dirección.

Responsabilidades del auditor interno de calidad en la gestión de una auditoría

- Planificar, realizar y controlar las actividades que le fueron asignadas.
- Estudiar la documentación del sistema de gestión de calidad que va a auditar



- Preparar las listas de verificación
- Recolectar la información y evidencias, analizar los datos recolectados, redactar los informes correspondientes y comunicar los resultados al equipo de auditoría.
- Tratar la información con discreción y garantizar su confidencialidad.
- Apoyar al auditor principal y al equipo de auditoría.

Responsabilidades del Auditor principal en la gestión de una auditoría

Además de las responsabilidades estipuladas para los auditores internos de calidad tiene las siguientes:

- Determinar la viabilidad de la auditoría
- Definir con el auditado el proceso de comunicación durante la auditoría.
- Gestionar todas las etapas de la auditoría
- Coordinar el trabajo del Equipo de Auditoría.
- Preparar el plan de auditoría y discutirlo con el responsable del área o proceso a auditar.
- Acordar con la Dirección de Control Interno la incorporación a la auditoría de nuevos auditores, de un experto técnico, de observadores o guías, si considera que se requieren, después de hacer la planificación de la auditoría.
- Representar al equipo auditor ante el auditado.
- Presentar el informe de auditoría.
- Coordinar la logística necesaria

Responsabilidades del Auditado en la gestión de una auditoría

- Definir el objeto y alcance de la auditoría
- Coordinar con el auditor principal el plan de auditoría, las comunicaciones y la logística para la realización de la Auditoría.
- Suministrar los recursos e información que se acuerden con el auditor principal ya sea en forma previa a la realización de la auditoría o en el transcurso de la misma.
- Acordar la agenda de las entrevistas y de las reuniones.
- Respetar a los auditores y su trabajo.
- Establecer el plan de acciones correctivas y preventivas

 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p>SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p>SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

- Hacer seguimiento a la eficacia de las acciones tomadas
- Participar en las reuniones de apertura, conciliación y cierre de la auditoría.
- Conservar los registros de la auditoría

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	ACTIVIDADES	REGISTRO
PLANIFICACIÓN DEL PROCESO DE AUDITORÍAS		
Responsable de la dependencia o del proceso.	Elabora el programa anual de auditorías de calidad de su dependencia o proceso incluyendo las fechas, objeto y alcance de las mismas, y lo envía al AREA SOCIAL o Equivalente de su UNIDAD.	
AREA SOCIAL o equivalente de las UNIDADES (UEN, USC, UNC)	Con los programas de auditorías de los diferentes procesos, consolida el programa anual de auditorías de calidad de su respectiva UNIDAD y lo envía a la Dirección de Control Interno (DCI).	
Dirección de Control Interno	Elabora el calendario anual de auditorías internas de calidad de la Empresa (fechas de las diferentes auditorías) con base en los programas de auditorías de calidad de las UNIDADES, y lo envía a la Dirección de Calidad para su aprobación.	
Dirección de Calidad (Comité de gerencia)	Revisa y aprueba el calendario y lo devuelve a la DCI para su programación, ejecución y control.	Acta del Comité de Gerencia.
Dirección Control Interno y Equipo Coordinador de	Elaboran el Programa anual de auditorías de calidad que incluye las fechas de las auditorías, objeto y alcance para los equipos auditores, objeto y alcance para	Programa anual de auditorías

 Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno	SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO
---	--

Calidad	cada auditoría	internas
Dirección Control Interno	Comunica la realización de las auditorías a los respectivos jefes de los auditores, a los responsables de las dependencias o procesos a auditar y a los auditores.	
EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍAS		
Planificación de la auditoría		
Auditor Principal	Hace un contacto inicial con el responsable de la dependencia o proceso a auditar con el fin de acordar las fechas definitivas de ejecución de la auditoría, el procedimiento de comunicación durante la auditoría, solicitar la información requerida para planificar la auditoría y otros aspectos que considere necesarios.	
Responsable de la dependencia o proceso	Entrega al auditor principal los documentos del Sistema, con un mes de anterioridad a la fecha de inició de la auditoría.	
Auditor Principal	Verifica la viabilidad de la auditoría y la planifica para garantizar que se cubran los objetivos y el alcance, envía el plan a los demás auditores y al responsable de la dependencia o proceso.	Plan de la auditoría
Equipo auditor	Elabora los documentos de trabajo tales como listas de verificación o chequeo u otros.	
Realización de la auditoría		
	Reunión de Apertura	
	Deben asistir los auditores, el responsable de la dependencia o proceso, el representante del	Acta de la reunión de

 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p align="center">SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p align="center">SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

<p>Auditor principal</p> <p>Responsable de la dependencia o proceso</p>	<p>SGC y, en lo posible, todas las personas que serán entrevistadas.</p> <p>Confirma el objeto, alcance, duración, agenda, recursos de la auditoría y la metodología a utilizar. Presenta al Equipo Auditor y el plan de trabajo.</p> <p>Presenta a las personas que serán entrevistados y manifiesta su aprobación y compromiso con el plan de trabajo de auditoría y con el suministro de los recursos e información que se acordaron con el auditor principal.</p>	<p>apertura.</p>
<p>Auditor interno de calidad</p> <p>Entrevistado</p> <p>Equipo Auditor</p>	<p>Ejecución de la auditoría en el sitio</p> <p>Realiza las entrevistas, observa las actividades, el ambiente de trabajo y las condiciones del entorno, comprueba los hechos mediante registros de calidad y cualquier otra técnica de auditoría.</p> <p>Contesta las preguntas del auditor, y le suministra la información que solicite.</p> <p>Analiza los hallazgos, los califica como no conformidades u oportunidades de mejora y prepara el Informe de Auditoría. En el formato respectivo consignan los hallazgos que</p>	

 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p>SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p>SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

Auditor principal	Entrega el informe de auditoría al responsable de la dependencia o proceso	Informe de auditoría
Responsable de la dependencia o proceso	<p>Diligencia las partes que le corresponden del formato "Reporte de no conformidades".</p> <p>Diligencia el plan de acciones correctivas y de mejora para subsanar las no conformidades reales y potenciales.</p>	RNC y Plan de acciones correctivas y preventivas.
Evaluación de la auditoría		
Responsable de la dependencia o proceso, representante del SGC y auditados	Diligencian y devuelven los formatos de evaluación de la auditoría que les hace llegar la Dirección de Control Interno	
Responsable de la dependencia o proceso	<p>Programa y realiza seguimiento al plan de acciones correctivas y de mejora para comprobar que han sido eficaces, realizadas dentro del tiempo que se acordó y que han sido documentadas y comunicadas a las partes interesadas.</p> <p>Diligencia la última parte del formato "Reporte de no conformidades" indicando el resultado de la verificación de la eficacia de las acciones, la cual será revisada en la siguiente auditoría interna de calidad.</p>	Reportes de no conformidades
VERIFICACIÓN Y MEJORA DEL PROGRAMA DE AUDITORIAS		

 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p>SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p>SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

Dirección de Control Interno	<p>Trimestralmente evalúa la eficacia de las auditorías internas de calidad. Invita a una reunión a los auditores que participaron en auditorías en el trimestre donde presenta un informe y retroalimentación del proceso de auditorías.</p>	Informe trimestral de evaluación
Dirección de Control Interno	<p>Anualmente convoca a una reunión a todos los auditores internos de calidad en la cual presenta un informe sobre el proceso e auditorías y retroalimentación del proceso de auditorías la cual incluye, entre otras, sugerencias para la mejora del proceso y de las competencias de los auditores, ajustes al "Procedimiento para la realización de auditorías internas de calidad". Establece e implementa un plan de evaluación de los auditores internos, dejando los registros correspondientes que proporcionen evidencia objetiva de la formación de los auditores.</p> <p>Posteriormente, establece y coordina los programas para el desarrollo, mantenimiento y mejoramiento de las competencias de los auditores internos de calidad.</p>	Informe anual de evaluación.
Dirección de Control Interno	<p>Presenta informe anual a la Gerencia General sobre la conformidad y eficacia de los Sistemas de Gestión de la Calidad de la Empresa, la evaluación del Proceso de auditorías internas de calidad, y las sugerencias para la mejora del proceso y de las competencias de los auditores.</p>	Informe de evaluación del proceso de auditorías de calidad a la Dirección de calidad

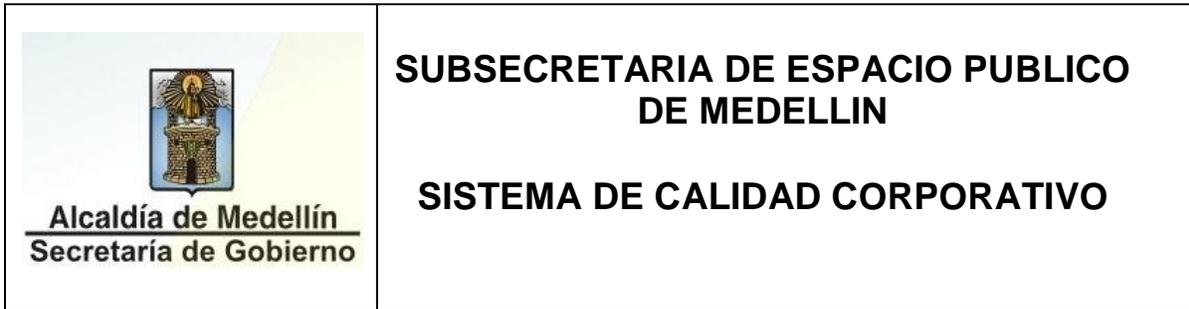
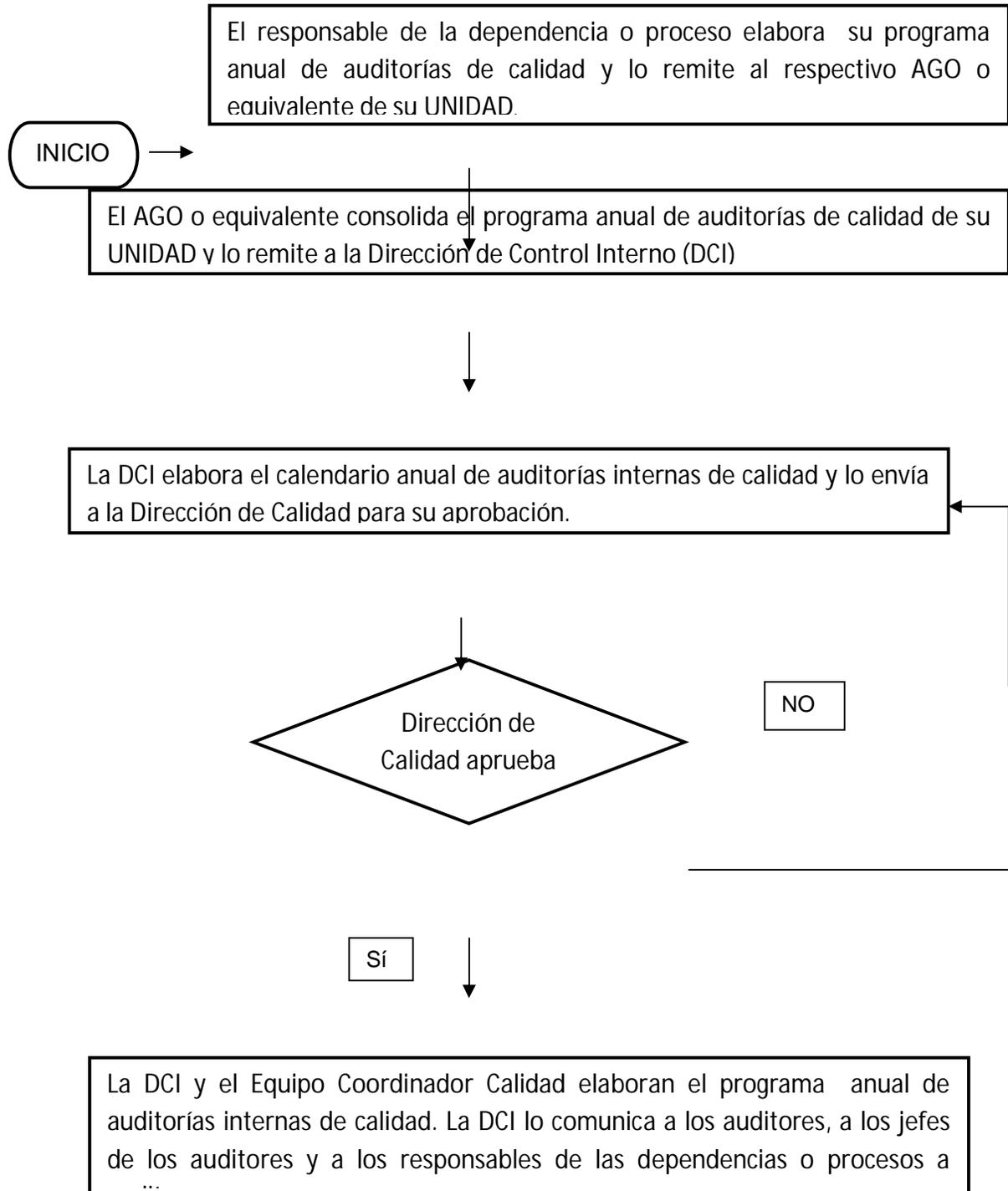
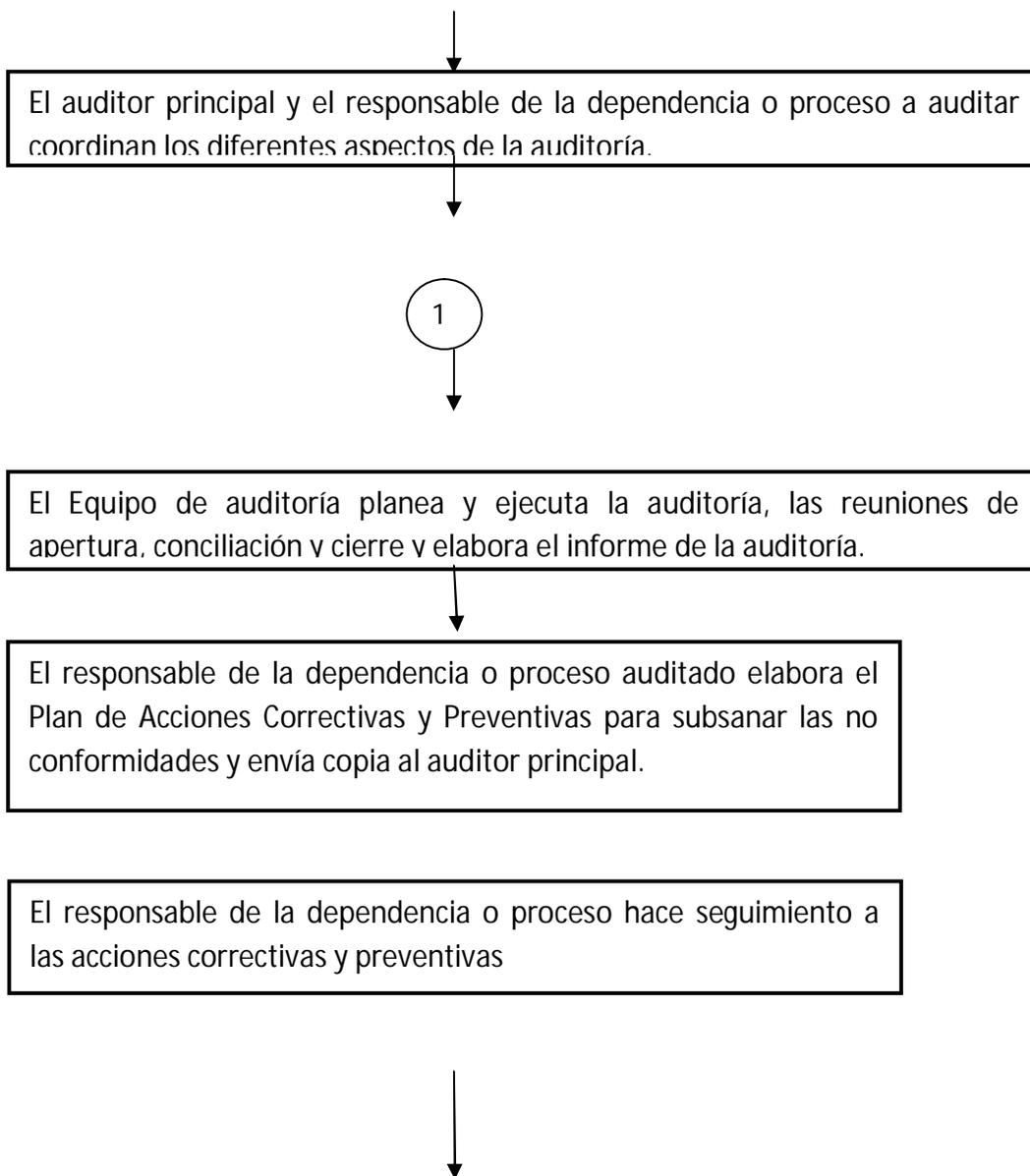
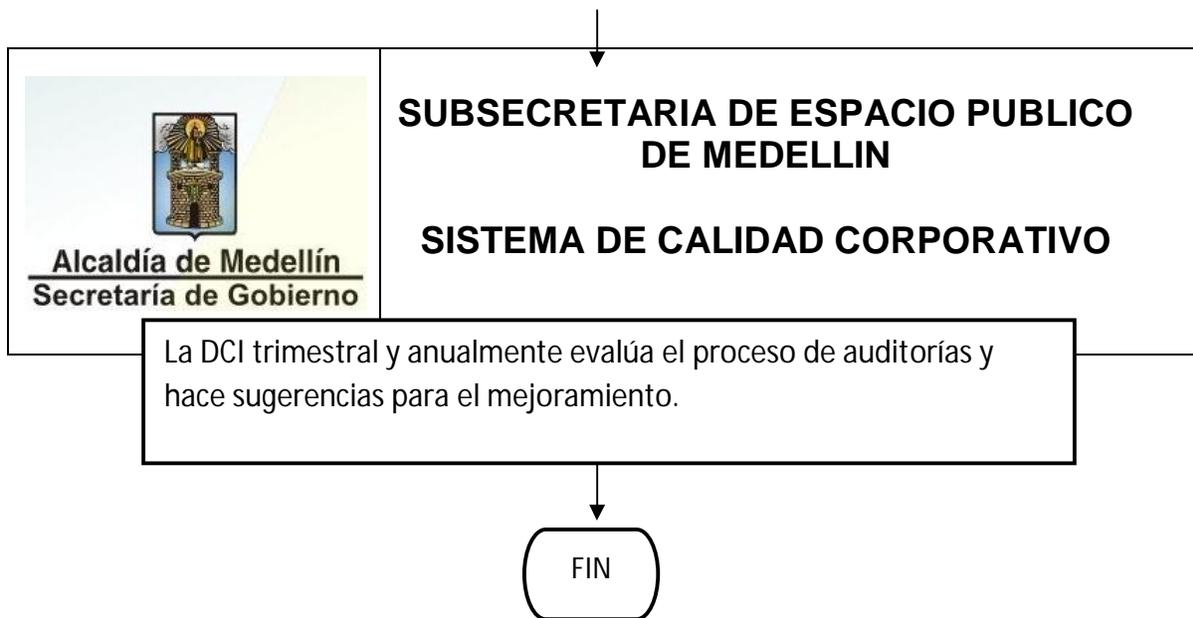


DIAGRAMA DE FLUJO



 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p>SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p>SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---





DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- NTC ISO 9000 Sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y vocabulario
 - NTC ISO 19011 Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión de la calidad y/o ambiental
 - Acciones Correctivas
 - Acciones preventivas
- REGISTROS DE CALIDAD DE LAS AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD**

DESCRIPCION DEL REGISTRO DE CALIDAD	DEL DE	RESPONSABLE DE SU ARCHIVO	NOMBRE ARCHIVO	TIEMPO ALMA - CENAJE
			LUGAR DE ALMACENAJE	
			Definido por la DCI	
Acta del Comité de Gerencia	de	Comité de gerencia	Definido por el Comité de Gerencia	3 años
Programa anual de auditorías internas de calidad	de	Dirección de Control Interno	Auditorías de calidad Definido por la DCI	3 años
Plan de la auditoría		Área o proceso	Auditorías de calidad	3 años

 Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno	SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO
---	--

	auditado	Definido por el Área	
Actas de las reuniones de apertura y cierre	Área o proceso auditado	Auditorías de calidad	3 años
		Definido por el Área	
Plan de acciones correctivas y preventivas	Área o proceso auditado	Auditorías de calidad	3 años
		Definido por el Área	
Informe auditoría interna	Área o proceso auditado	Auditorías de calidad	3 años
		Definido por el Área	
Reportes de no conformidades	Área o proceso auditado	Auditorías de calidad	3 años
		Definido por el Área	
Informes de evaluación trimestral y anual de las auditorías de calidad	Dirección de Control Interno	Auditorías de calidad	3 años
		Definido por la DCI	
Informe de evaluación del proceso de auditorías de calidad a la Dirección de calidad	Dirección de Control Interno	Auditorías de calidad	3 años
		Definido por la DCI	

INDICADORES DE GESTIÓN Y DE RESULTADOS

La Dirección de Control Interno es la responsable de definir los indicadores de gestión y de resultados que garanticen la medición y control de la gestión del proceso de auditorías internas de calidad de la Subsecretaria de espacio público de Medellín

 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p align="center">SUBSECRETARIA DE ESPACIO PUBLICO DE MEDELLIN</p> <p align="center">SISTEMA DE CALIDAD CORPORATIVO</p>
--	---

ANEXO: PERFIL DE LOS AUDITORES INTERNOS DE CALIDAD

 <p>Alcaldía de Medellín Secretaría de Gobierno</p>	<p align="center">SISTEMA CORPORATIVO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</p>
	<p align="center">PERFIL DE LOS AUDITORES INTERNOS DE CALIDAD</p>
	<p>FECHA:</p>
<p>AUDITOR INTERNO DE CALIDAD</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Funcionario activo de la Empresa. • Poseer título de Profesional o Tecnólogo • No debe desempeñarse en la actividad a ser auditada • Poseer alguno de los siguientes estudios: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Certificado de asistencia al curso “Auditor Interno de Calidad” ➤ Certificado de asistencia al curso de “Auditor Líder” ➤ Certificado de estudios en temas relacionados con calidad tales como diplomado, especialización o maestría. 	
<p>AUDITOR PRINCIPAL</p>	
<p>Además de los requisitos anteriores debe tener experiencia en diagnóstico, auditoría, o implantación de sistemas de calidad (mínimo una de estas actividades)</p>	

ELABORADO POR: _____ **Jefe Unidad de Auditoría**

APROBADO POR: _____ **Director Control Interno**

CONCLUSIONES

Contar con la documentación integral de los procedimientos internos y además de ello implantar un Sistema de Gestión de calidad, le permite a la organización estructurar de manera adecuada y con un mismo fin todos sus objetivos.

Documentar lo que se hace aporta a la gestión del conocimiento pues esto es patrimonio fundamental para toda empresa

RECOMENDACIONES

Proporcionar capacitación sobre todos los documentos realizados con el fin de incorporarlos en el día a día de los funcionarios de espacio público y con ellos generar una verdadera cultura de gestión en procesos

BIBLIOGRAFÍA

Freire Santos, José Luis. (2001). La nueva ISO 9000:2000, análisis comparativo con las ISO 9000:1994. Príncipe de Vergara, 74. 28006 Madrid.

Instituto colombiano de normas técnicas y certificación. ICONTEC. ISO 9000 administración y aseguramiento de la calidad. Santafé de Bogotá.

Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario. ISO, Ginebra, 2000. 29 pp. (ISO 9000: 2000).

<http://www.normas9000.com/iso-9000-13.html>

<http://www.gestiopolis.com/administracion-estrategia/sistemas-gestion-calidad-satisfaccion-cliente.htm>