



Universidad Técnica Particular de Loja
La universidad Católica de Loja



Universidad de Huelva

ESCUELA DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y AMBIENTALES
MODALIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA

**Tesis de grado previo la obtención
del título de Magister en sistemas
integrados de gestión**

TEMA: IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD TOTAL EN LA EMPRESA ARLOS S.A DEDICADA A LA FABRICACIÓN COMERCIALIZACIÓN DE QUÍMICOS PARA TRATAMIENTOS DE AGUAS DE SISTEMAS DE VAPOR Y ENFRIAMIENTO+

AUTOR:
ING. VIVIANA SOLIS BARZOLA

DIRECTOR: ING.MSC. MACARENA CORREA

Loja, 2011

CERTIFICACION DEL DIRECTOR DE TESIS

Ing. (a) MACARENA CORREA

**DOCENTE È DIRECTOR (a) DE TESIS
CERTIFICA.**

Que el presente trabajo de investigación, realizado por la estudiante ING. MARTHA VIVIANA SOLIS BARZOLA ha sido cuidadosamente revisado por la suscrita, por lo que he podido constatar que cumple con todos los requisitos de fondo y de forma establecidos por la Universidad Técnica Particular de Loja y la Universidad de Huelva por lo que autorizo su presentación.

Lugar y fecha, ò ò ò ò ò ò ò ò ò .

ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò .,

Ing. (a) MACARENA CORREA

CESION DE DERECHOS

ACTA DE DECLARACIÓN Y CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

%o MARTHA VIVIANA SOLIS BARZOLA declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: %o forman parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero académico o institucional (operativo) de la Universidad+

Nombre de la autora Firma

CI.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo, son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Nombre de la autora : ING. MARTHA VIVIANA SOLIS BARZOLA

Firma :

DEDICATORIA

Consciente de que en un trabajo de esta índole, se queda algo íntimo de uno mismo, porque se ha puesto el alma en cada una de sus páginas, bien vale dedicársela a alguien.

A mi Dios y a mi hija Viviana que me brinda la fuerza la esperanza para superarme cada día.

A mi madre gran fortaleza. mi padre, abuelita, hermanas y sobrinos pilar fundamental de mis decisiones y mis logros. A ellos dedico este trabajo y toda aquella actividad que me ha brindado satisfacción y orgullo.

Siempre sus consejos me dan impulso para seguir y cuando ya no hay fuerzas, existe una palabra de aliento PERSEVERANCIA, con la que he podido mantenerme firme en la incesante lucha de la vida.

AGRADECIMIENTO

Llegado este momento suele ocurrir a menudo, que de una u otra manera soslayamos en forma no deliberada, nombres que debieran figurar como muestra de gratitud, por lo que en acto de justicia pura, quiero agradecer a todas aquellas persona que hicieron posible y ayudaron a cumplir esta etapa de mi vida.

A mis padres, mi querida hija Viviana , mi abuelita, hermanas, sobrinos, y de manera especial doy gracias a Dios el ser supremo por haberme dado amor, sabiduría y fortaleza, que me inspiro para ser cada día mejor.

También a todas aquellas personas, profesionales, docentes, compañeros de estudio e instituciones, directivos de empresa ARLOS S.A. , que siempre me acompañaron durante esta etapa y depositaron su confianza e ideas en mi persona.

Palabras hay muchas para describir la magnificencia y la intensidad de este agradecimiento, pero puede englobarse en una sola.

Graciasõ .

INDICE DE CONTENIDOS

EMPRESA ARLOS S.A.

1. Introducción
2. Justificación
3. Objetivos
4. Marco teórico
5. Área de estudio
6. Metodología
- Capítulo 1:
Perfil de nuestra Institución
Historia
- Capítulo 2:
Estructura Organizacional
Organigrama Corporativo
Organigrama del Comité de Calidad
- Capítulo 3:
Productos incluidos en el Sistema de Gestión de Calidad
Implantación y eficacia del sistema de gestión de calidad
Política de Calidad
- Capítulo 4:
Requisitos de las Normas ISO 9001: 2008
- Capítulo 5:
Responsabilidad de la Dirección
- Capítulo 6:
Gestión de recursos
- Capítulo 7:
Realización del producto
- Capítulo 8:
Medición, análisis y mejora
- Capítulo 9:
Guías
- Capítulo 10:
Procedimientos normativos
- Capítulo 11:
Cuadros explicativos: Macroprocesos
7. Resultados y discusión
8. Conclusiones
9. Recomendaciones
10. Bibliografía
11. Glosario
12. Anexos

INDICE DE CUADROS

Cuadro	Descripción
MP-GC-01	MACROPROCESO DEL SISTEMA
MP-GC-02	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION
MP-GC-03	GESTION DE RECURSOS
MP-GC-04	REALIZACION DEL PRODUCTO
MP-GC-05	MEDICION Y ANALISIS DE MEJORA
MP-GC-06	MACROPROCESO DE PRODUCCION
MP-GC-07	MACROPROCESO DE ARLOS S..A

RESUMEN

He realizado mi línea de investigación sobre la Metodología para la implementación de un sistema de gestión de calidad total en la empresa ARLOS S.A. empresa dedicada a la fabricación y comercialización de químicos para tratamiento de aguas de sistemas de vapor y enfriamiento.

Arlos empresa ubicada en vía Daule de la ciudad de Guayaquil es una empresa familiar que tiene el objetivo de crecer y certificar con un ente competente la Norma Iso 9001:2008.

Consciente de todos lo que hay que invertir la Gerencia General y Técnica de Arlos se ha impulsando cumplir con la normativa vigente.

Esta labor se basa en la calidad de asistencia técnica continua a sus treinta empresas a cargo, personalizando el servicio para mantener los equipos funcionando con mediciones de parámetros que cumplan las normas, reconociendo que los equipos de vapor y enfriamiento en las empresas son los corazones de las mismas. La versión del año 2008 de las normas ISO 9000 dan la posibilidad de aplicar el sentido común y decidir de acuerdo con las características de la organización en cuanto a tamaño, tipo de actividad que realiza, complejidad de los procesos y sus interacciones, y la competencia del personal, la extensión de la documentación del sistema de gestión de la calidad. No obstante exigen la existencia de los siguientes documentos:

- Declaraciones documentadas de una política de calidad y objetivos de la calidad.
- Manual de Calidad.

1.- INTRODUCCION

La implementación de un sistema de gestión de calidad total en la empresa Arlos S.A., surge de las necesidades de mejorar sus procesos y brindar un mejor servicio a sus clientes, llevándolos a un mejor sistema de competitividad necesarios en el mercado actual.

La norma Iso 9001:2008 da a la empresa un enfoque basado a los clientes y al proceso. Lo que permite sincronizar las actividades para alcanzar uno de los objetivos principales de la satisfacción del cliente

Las organizaciones deben cambiar simplemente porque el mundo cambia.

"El cambio" del que hoy hablamos refleja asombrosos e innumerables progresos científicos que se incorporan rápidamente a la tecnología e inciden drásticamente en la economía de todos los países del mundo y en sus empresas. Estos avances tecnológicos pueden tener efectos devastadores sino están acompañados por una nueva ética para manejarlos y por un vigoroso desarrollo de la responsabilidad social de los gobiernos, sus organizaciones y las empresas en general, de manera que los beneficios de estos avances sean compartidos equitativamente por toda la humanidad.

La dirección debe alcanzar la absoluta convicción que no hay futuro para la organización si no se cumplen siempre los requisitos de los clientes. De nada vale arengar a los empleados sobre la importancia de los clientes, ellos deben ver en el accionar cotidiano de la dirección que, contra viento y marea, la decisión de cumplir los requisitos de los clientes es mantenida con firmeza.

De manera que el Sistema de Gestión de la Calidad, cuyos requisitos contiene la norma ISO 9001 y que están expresados como directrices en la norma ISO 9004, provee el marco adecuado para llevar adelante el cambio que permitirá a las organizaciones perdurar en el tiempo.

2.- JUSTIFICACION

La buena evolución de la empresa ARLOS S.A. durante los últimos años refleja el alto grado de satisfacción de sus clientes con su estándar de calidad y oferta.

Consientes de la dinámica actual de nuestros mercados, y con miras a ubicarnos al mejor nivel competitivo, nacionalmente, ARLOS S.A. desea certificar bajo las NORMAS ISO 9001:2008

Finalmente queremos reiterar nuestro compromiso de impulsar permanentemente el mejoramiento de la Calidad, Productividad, Competitividad en beneficio de todos sus integrantes y comprometer la entrega y dedicación absoluta porque nuestro objetivo a largo plazo es ampliarnos en capacidad productiva y personal.

3.-OBJETIVOS

General

Obtener la implementación de un sistema de gestión de calidad total en la empresa Arlos S.A. dedicada a la fabricación y comercialización de químicos para tratamientos de aguas de sistemas de vapor y enfriamiento

Específicos:

1. Estructurar la organización para responder a un organigrama de los sistemas de la empresa donde se jerarquizan los niveles directivos y de gestión.
2. Estructurar las responsabilidades que implica a personas y departamentos.
3. Determinar los procedimientos que responden al plan permanente de pautas detalladas para controlar las acciones de la organización.
4. Responder a la sucesión completa organizativa de los procesos u operaciones dirigidas
5. Definir recursos no solamente económicos, sino humanos, técnicos y de otro tipo, de forma estable y circunstancial.

4.- MARCO TEORICO

Basado en la norma Iso 9001 versión 2008

5.- AREA DE ESTUDIO

IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD TOTAL EN LA EMPRESA ARLOS S.A DEDICADA A LA FABRICACIÓN COMERCIALIZACIÓN DE QUÍMICOS PARA TRATAMIENTOS DE AGUAS DE SISTEMAS DE VAPOR Y ENFRIAMIENTO+

6.- METODOLOGIA

DESARROLLO

La metodología que se propone cuenta con seis etapas y se describe de manera general en el siguiente esquema:

ETAPA 1. Determinación de las necesidades de documentación.

Objetivo: Determinar los tipos de documentos que deben existir en la organización para garantizar que los procesos se lleven a cabo bajo condiciones controladas.

Tareas:

1. Estudiar en las normas ISO 9000 los elementos de la documentación aplicables a la organización.

La versión del año 2008 de las normas ISO 9000 dan la posibilidad de aplicar el sentido común y decidir de acuerdo con las características de la organización en cuanto a tamaño, tipo de actividad que realiza, complejidad de los procesos y sus interacciones, y la competencia del personal, la extensión de la documentación del sistema de gestión de la calidad. No obstante exigen la existencia de los siguientes documentos:

- Declaraciones documentadas de una política de calidad y objetivos de la calidad.
- Manual de Calidad.

Procedimientos documentados para:

- Control de documentos.
- Control de los registros de calidad.
- Auditorias internas.
- Control de productos no conformes.
- Acciones correctivas.
- Acciones preventivas.
- Los documentos requeridos por la organización para asegurar el control, funcionamiento y planificación efectivos de sus procesos.

Registros para:

- Revisiones efectuadas por la dirección al sistema de gestión de la calidad
- Educación, formación, habilidades y experiencia del personal.

Procesos de realización del producto y cumplimiento de los requisitos del producto.

- Revisión de los requisitos relacionados con el producto.
- Elementos de entrada del diseño y desarrollo.
- Resultados de la verificación del diseño y desarrollo.
- Resultados de la validación del diseño y desarrollo.
- Control de cambios del diseño y desarrollo.
- Evaluación de proveedores.
- Control de los equipos de medición y seguimiento cuando no existen patrones nacionales o internacionales.
- Resultados de la verificación y calibración de los instrumentos de medición.
- Auditorías internas.
- Autoridad responsable de la puesta en uso del producto.
- Tratamiento de las no conformidades.
- Acciones correctivas.
- Acciones preventivas.

Etapas 2. Diagnóstico de la situación de la documentación en la organización.

- Objetivo: Conocer la situación de la documentación en la organización comparando lo que existe con las necesidades determinadas en la etapa anterior.

Etapas 3. Diseño del sistema documental.

- Objetivo: Establecer todos los elementos generales necesarios para la elaboración del Sistema Documental.

Etapas 4. Elaboración de los documentos.

- Objetivo: elaborar, revisar y aprobar todos los documentos a cada nivel.

Etapa 5. Implantación del sistema documental.

- Objetivo: Poner en práctica lo establecido en los documentos elaborados

Etapa 6. Mantenimiento y mejora del sistema.

- Objetivo: Mantener la adecuación del sistema a las necesidades de la organización a través de la mejora continua.

CAPITULO 1

1.- PERFIL DE NUESTRA INSTITUCIÓN.

1.1. HISTORIA.

La empresa ARLOS S.A. se funda en el año 2001 como una cristalización de un deseo de una pareja uno era profesional y el otro familiar quienes se comprometieron hace mas de 20 años y hasta la fecha han cumplido su compromiso. La pareja se impuso el reto de crear una marca propia de fabricación y comercialización de químicos para tratamiento de aguas de sistema de vapor y enfriamiento. Formaron este paralelismo familia - empresa que actualmente brinda servicio personalizado a treinta empresas que tiene a cargo..

Arlos fue constituida en la Notaria Trigésima del cantón de Guayaquil el 7 de agosto del 2001 e inscrita en el Registro mercantil el 4 de octubre del 2001

En la actualidad empresa ARLOS S.A. está a cargo de sus dueños quienes a su vez contratan los servicios de apoyo:

La empres ARLOS S.A. cumple con estas leyes:

1. Estatutos o constitución de la compañía ARLOS S.A.
2. Normas y Procedimientos para Recaudación de las Cuotas Redimibles a favor de ARLOS S.A.
3. Ley de Régimen Tributario Interno
4. Código Tributario
5. Código de Trabajo

6. Código de Procedimiento Civil
7. Ley de Cheques
8. Legislación Ecuatoriana
9. Permiso de Funcionamiento (Dirección Provincial de Salud de Guayas)
10. Tasa de Habilitación y Control de Establecimientos (Municipio)
11. Patente Mensual Municipal
12. Patente Anual Municipal
13. Pago de predios urbanos
14. Certificado de Seguridad (Benemérito Cuerpo de Bomberos)
15. Impuesto de Bomberos
16. Pago 1,5 x 1000 . Municipalidad de Guayas
17. Pago de predios urbanos y adicionales. Municipalidad (en tramite)
18. Tasa de habilitación y control de establecimientos. Municipalidad
19. Comprobante de depósito IESS
20. Contribución. Superintendencia de Cias.
21. RUC actualizado
22. Normas Inen ecuatorianas : NTE INEN 2288:2000 PRODUCTOS QUÍMICOS INDUSTRIALES PELIGROSOS. ETIQUETADO DE PRECAUCIÓN. REQUISITOS. Primera Edición HAZARDOUS INDUSTRIAL CHEMICALS. PRECAUTIONARY LABELLING. SPECIFICATIONS. First Edition
23. Ley de sustancias estupefacientes y sicotrópicas.(Consep)

Las Certificaciones que hemos obtenidos como proveedores con entes externos son:
SGS - COFACE

Nuestros procesos de producción incluyen actualmente:

- Compras , Recepción, y clasificación de materia prima
- Almacenamiento

- Producción
- Almacenamiento del producto terminado
- Despacho

1.2 MISION Y VISION DE LA EMPRESA

MISION:

Desarrollar, producir, comercializar y distribuir productos químicos de calidad que superen las expectativas de clientes y consumidores, generando valor para nuestros accionistas, beneficios a nuestros trabajadores y tratando justa y profesionalmente a nuestros clientes+.

VISION:

Crear y producir el mejor producto químico, teniendo como base la comunicación total con los clientes, esto nos dará un diferencial único que nos identifique y a la vez nos haga más competitivos, alcanzando y manteniendo un liderazgo en el mercado.+.

CAPITULO 2

2.- ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

GERENTE GENERAL (DIRECCION TECNICA)

GERENTE ADMINISTRATIVO (REPRESENTANTE DE LA DIRECCION)

JEFE DE GESTION DE CALIDAD

CONTADOR

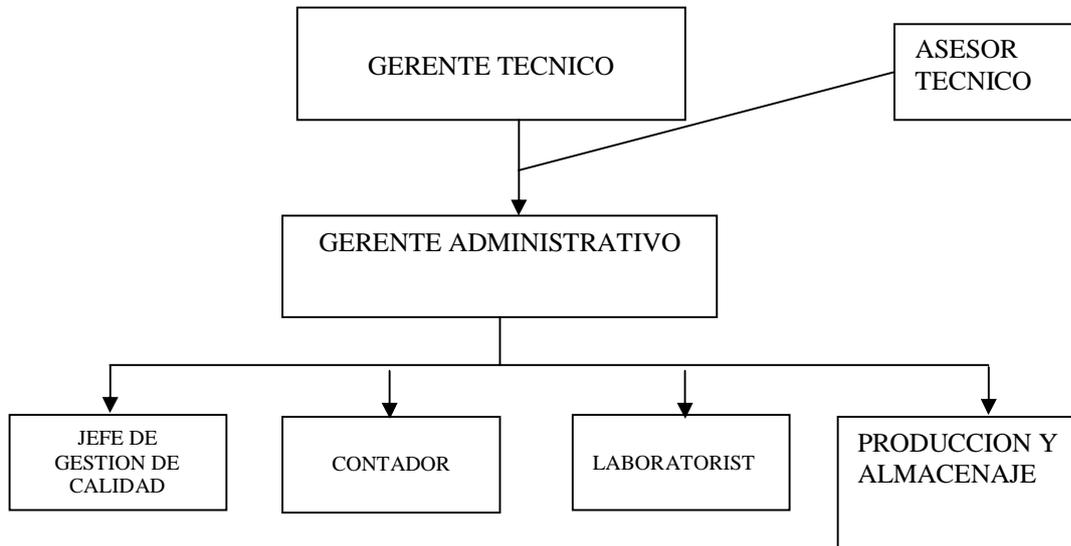
ASESOR TECNICO

LABORATORISTA

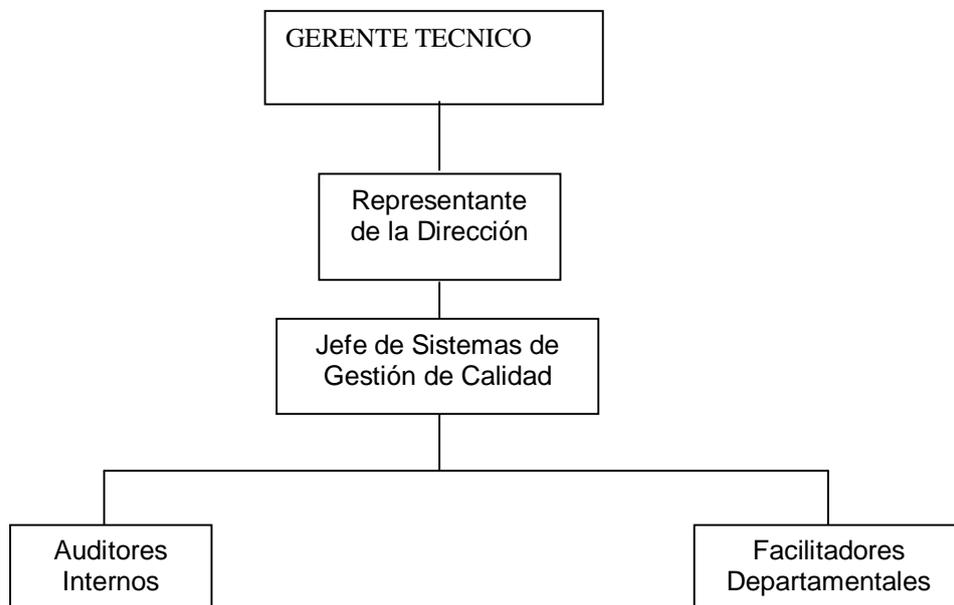
TRANSPORTISTA

PERSONAL DE LIMPIEZA

2.1. ORGANIGRAMA CORPORATIVO



2.2. ORGANIGRAMA DEL COMITÉ DE CALIDAD



CAPITULO 3

3. PRODUCTOS INCLUIDOS EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD-

El Sistema de Gestión de Calidad, de **ARLOS S.A.** incluye los siguientes productos:

A10L Aditivo atrapador de dureza (liquido)

A10P Aditivo atrapador de dureza (polvo)

A5 Aditivo atrapador de Oxígeno (polvo)

A30 Liquitor

A33 Algibac

3.1.- IMPLANTACIÓN Y EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

El Sistema de Gestión de Calidad esta claramente definido, documentado e implantado en cada área de trabajo y su mejoramiento se evidencia a través de los Objetivos Corporativos, Planes de trabajos e Indicadores.

Para asegurar la eficaz implantación del Sistema de Gestión de Calidad el Representante de la Dirección es el responsable del manejo del Manual de Gestión de Calidad y de los procedimientos normativos mandatorios de la Norma ISO 9001:2008, el mismo es manejado electrónicamente y esta a disposición de todos los usuarios en un acceso directo que tendremos en red solo como lectura.

La eficacia del Sistema de Gestión de Calidad se la evalúa y controla a través de las Actas de Revisión por la Dirección+FOR-GC-37+

3.2.- POLÍTICA DE SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

Nuestra Política es:

ARLOS, empresa que produce y comercializa productos químicos, es consciente de que tiene un compromiso con la sociedad y el entorno donde desarrolla sus actividades. Este compromiso se concreta en la Política, fundamentada en los principios siguientes:

Buscar la satisfacción del cliente mejorando sus procesos a través del servicio técnico.

Facilitar la mejora continua de la organización, mediante la revisión de los procesos generados nuestra actividad y programas de mejora así como mediante la evaluación periódica de la eficacia del sistema de gestión de calidad

La capacitación de nuestro personal sobre temas de calidad

Aumentar el impacto positivo de nuestro servicio, aprovechando los recursos mas importantes del proceso.

Podemos confirmar que la actual Política es adecuada a las necesidades de la organización y de sus clientes. La misma es compacta y directa para poder fácilmente ser entendida y difundida por todo el personal.

La Política de Calidad es un documento controlado, codificado como una Especificación (ESP) y deberá llevar siempre la fecha de emisión. ESP-GG-01.

CAPITULO 4

4. REQUISITOS DE LAS NORMAS ISO 9001: 2008,

A continuación se detallan desde la cláusula 4 hasta la cláusula 8 de la Norma ISO 9001:2008, del Sistema de Gestión de Calidad de ARLOS S.A.

4.1 REQUISITOS

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 Cláusula 4.1: La organización debe establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión calidad.

El Sistema de Gestión de Calidad está claramente definido, documentado e implementado en cada Área y Departamento de ARLOS S.A, para lo cual utilizamos el formato **%Responsables de las Cláusulas de las Normas+**, donde se formalizan el o los departamentos responsables de cada cláusula de las Normas ISO 9001:2008.

El Sistema de Gestión de Calidad está basado en el enfoque de procesos de calidad, los mismos que se resumen en el MAPA DE PROCESOS DE ARLOS S.A

El manejo y control de los procesos esta definido en el **%Procedimiento Manejo de Procesos+(PRN-GC-06)**.

Además están contratados externamente los procesos de transporte de materia prima y producto terminado, contabilidad, mantenimiento, calibración de equipos, servicios de laboratorista para medición de parámetros de calidad.

Los proveedores de éstos y otros servicios son contratados externamente y han sido seleccionados y calificados de acuerdo a lo establecido en el capítulo 7.4 de este Manual.

4.2 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACION.

4.2.1 TECNICIDADES

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 4.2.1: La documentación del sistema de gestión de la calidad debe incluirlo .

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 4.2.2: La organización debe establecer y mantener un manual de calidad que incluya lo .

La documentación del Sistema de Gestión de Calidad incluye:

1. La declaración documentada de la Política de Calidad (**ESP GG 01**) y de los objetivos del Sistema de Gestión de Calidad. (**ESP GG 05**).
2. El presente Manual de Gestión de Calidad+ (**MC -GC - 01**).
3. Los procedimientos documentados requeridos por las Normas ISO 9001:2008 los mismos que tienen la siguiente denominación y código:

Procedimiento Acciones correctivas (PRN-GC-01)

Procedimiento Control de registros (PRN-GC-02)

Procedimiento Control de documentos (PRN-GC-03)

Procedimiento Auditorías internas de calidad (PRN-GC-04)

Procedimiento Sistema de mejoramiento continuo (PRN-GC-05)

Procedimiento para manejo de procesos (PRN-GC-06)

Procedimiento Acciones preventivas (PRN-GC-07)

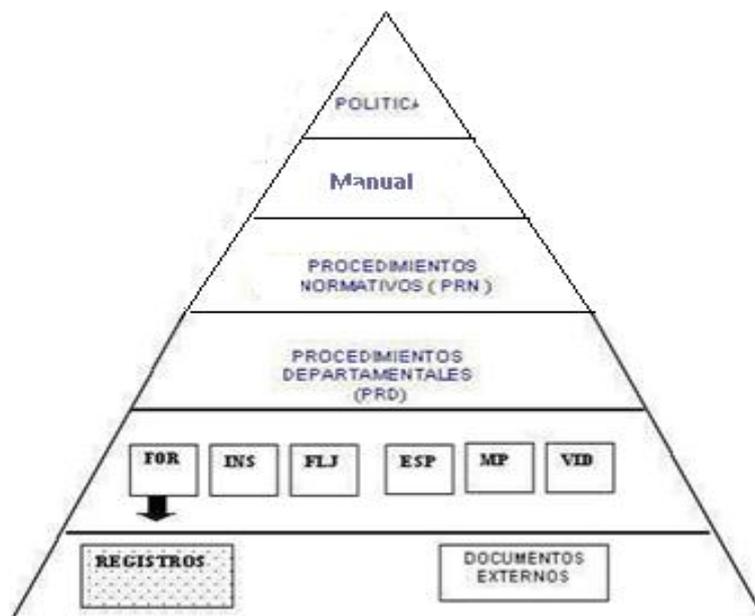
Procedimiento Producto no conforme (PRN-GC-08).

A.) ESTRUCTURA DOCUMENTAL

Adicionalmente, el Sistema de Gestión de Calidad se materializa en una estructura documental la misma que incluye los documentos que ARLOS S.A, requiera para asegurar la planeación, operación y control de los procesos, y que son:

- Procedimientos Departamentales (PRD)
- Formatos (FOR)
- Instructivos (INS)
- Flujogramas (FLJ)
- Especificaciones (ESP)
- Mapas de procesos (MP)
- Registros
- Documentos externos
- Videos (VID)
- Acciones Correctivas (AC)
- Acciones Preventivas (AP)
- Oportunidad de Mejora (ODM)

Estructura Documental del Sistema de Gestión de Calidad



Los registros requeridos por ISO 9001:2008 comprenden:.

- Registros con o sin código
- Carpetas
- Bitácoras
- Sistemas Informáticos

B.) CÓDIGOS DE ÁREAS Ó DEPARTAMENTOS.-

El Sistema de Gestión de Calidad ARLOS S.A., incluye la mayoría de sus áreas y departamentos, las mismas que han sido codificadas para identificar claramente el área y el funcionario con responsabilidad principal en la documentación.

Las principales áreas o departamentos que participan en el Sistema de Gestión de Calidad son:

AREA Ó DEPARTAMENTO	NOMBRE RESPONSABLE	CARGO	CÓDIGO DEPARTAMENTAL
GERENCIA GENERAL - TECNICO	ING.ALBERTO MOYANO	GERENCIA TECNICA	GG
ADMINISTRATIVO /FINANCIERO RECURSOS HUMANOS	SRA. ELVIRA DE MOYANO	GERENCIA ADMINISTRATIVA	GA
GESTION DE CALIDAD	MELISSA MOYANO	JEFE DE GESTION DE CALIDAD	JGC
ASESOR TECNICO	ING.XAVIER GOMEZ	ASESOR TECNICO	AT
CONTABILIDAD	EC. JUAN BOHORQUEZ	CONTADOR	C
CONTROL DE CALIDAD	ING. NANCY AGUIRRE	LABORATORISTA	CC
COMPRAS Y VENTAS	SRA. ELVIRA DE MOYANO	GERENCIA ADMINISTRATIVA	GA

MANUAL DE GESTIÓN DE CALIDAD

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 Cláusula 4.2.2: La organización debe establecer y mantener un manual de calidad que incluya: a) el alcance del sistema de gestión de la calidad, incluyendo los detalles y la justificación de cualquier exclusión

ARLOS S.A. Establece y mantiene el presente Manual de Gestión de Calidad (**MC GC 01**) el mismo que incluye:

a)EL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Se inicia formalmente a partir del de Enero del 2011 para el caso del Sistema ISO 9001:2008:

Nuestros procesos de producción incluyen actualmente:

- Recepción, compras y clasificación de materia prima
- Almacenamiento
- Producción
- Almacenamiento del producto terminado
- Despacho

b)LOCALIDADES.

La planta industrial está ubicada en el Km. 5 ½ de la vía Daule en Guayaquil

c)EXCLUSIONES EN EL SISTEMA DE CALIDAD

No existen exclusiones en el Sistema de Gestión de Calidad de ARLOS S.A.

Este manual incluye una referencia a los procedimientos documentados requeridos por las Normas ISO 9001:2008

La Descripción de la interacción entre los procesos del Sistema de Gestión de Calidad, definido en los siguientes documentos:

- En el Mapa de Proceso
- En el campo %Origen+ y %Destino+ de las especificaciones de los procesos.

4.2.3 CONTROL DE DOCUMENTOS

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 4.2.3: *Los documentos requeridos por el sistema de gestión de la calidad deben controlarse.*

El manejo de documentos se define en el procedimiento:

- Procedimiento Control de registros (PRN-GC-02)
- Procedimiento Control de documentos (PRN-GC-03)

El Sistema de Gestión de Calidad está constituido por documentos controlados los mismos que se encuentran en forma electrónica, y/o impresos.

Los documentos son controlados si se los detalla en las Listas Maestras de Documentos las cuales son técnicamente manejadas individualmente en cada departamento.

Las Listas Maestras es el documento que resume los documentos o formatos validos para el Sistema de Gestión de Calidad

Para prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos y aplicar una identificación, se los marca con una diagonal en la primera página y/o con la palabra %Obsoleto+.

Los documentos son aprobados al incluir el nombre o la firma en el campo de %Aprobado+ que se encuentran en las Listas Maestras aunque también pueden ser aprobados en forma individual.

La Lista Maestra de Formatos y la de Documentos en forma electrónica se encuentran en las carpetas de cada departamento dentro de la subcarpetas %Formatos+ o %Documentos+ respectivamente. Al momento de abrir estas subcarpetas el primer archivo electrónico que se halla es el de la Lista Maestra.

Los documentos de origen externo son identificados y se controla su distribución, en cada departamento por separado, a través de la Lista Maestra de Documentos Externa, incluyendo los documentos que sirven para demostrar el cumplimiento legal de la Organización.

4.2.4 CONTROL DE REGISTROS

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 4.2.4: Los registros deben establecerse y mantenerse para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos .

El manejo de registros se define en el procedimiento técnico:

- Procedimiento Control de registros (PRN-GC-02)
- Procedimiento Control de documentos (PRN-GC-03)

El Sistema de Gestión de Calidad está constituido por registros controlados los mismos que se encuentran en forma impresa y/o electrónica.

Las Hojas de Control de Registros es el documento que resume los registros validos para el Sistema de Gestión de Calidad

Los registros son controlados si se los detalla en las Hojas de Control de Registros, las cuales son técnicamente manejadas individualmente en cada departamento.

La forma de manejar los Registros se define en las Hojas de Control de Registros donde se incluyen todos los tipos de registros existentes, ya sean Impresos o electrónicos.

CAPITULO 5

5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

5.1 COMPROMISO, RECURSOS, FUNCIONES, ROLES, RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD DE LA DIRECCIÓN.

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 Cláusula 5.1: La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación .

En ARLOS S.A. la Dirección, a cargo de la Gerencia General se encuentra altamente comprometida con el desarrollo y optimización del Sistema de Gestión de Calidad así como su mejora continua con las siguientes actividades:

- Comunicando al personal de **ARLOS S.A.** la importancia de satisfacer los requisitos del Cliente, principalmente, a través de la difusión de la Misión/Política de Calidad Objetivos Corporativos e Indicadores.
- Establecer, mantener y difundir la Política de Calidad y los Objetivos Corporativos.
- Mantener constantes reuniones entre la Dirección y las diferentes áreas.
- Mantener reuniones constantes con el Representante de la Dirección.
- Asegurar la disponibilidad de recursos necesarios para la ejecución de todas las actividades que estén orientadas a cumplir con los requerimientos del cliente,.

5.2 ENFOQUE AL CLIENTE

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 5.2: La alta dirección debe asegurarse de que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente (véase 7.2.1 y 8.2.1)

La Dirección se asegura que los requisitos del cliente se determinan y cumplen con el propósito de lograr la satisfacción del mismo, el cual se realizan a través de Encuestas de Satisfacción del Cliente u otro método adecuado para la Empresa. A través de los resultados de obtenidos se generan acciones de mejora para alcanzar la satisfacción del cliente.

5.3 POLÍTICA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 Cláusula 5.3: La alta dirección debe asegurarse de que la política de la calidad

La Política del Sistema de Gestión de Calidad es adecuada al propósito de ARLOS S.A. y es comunicada y entendida por el personal. Con tal fin se ha difundido la Política con varias actividades como:

- Charlas de Inducción
- Internet
- Correo Interno
- Exhibición al público en cuadros

La Política del Sistema de Gestión de Calidad es un tipo de documento de Gerencia codificado como **ESP GG 01** y es una declaración formal de la Dirección.

5.4 PLANIFICACIÓN

5.4.1 OBJETIVOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 Cláusula 5.4.1: La alta dirección debe asegurarse de que los objetivos de la calidad, incluyendo aquellos necesarios para

La Dirección se asegura constantemente que los objetivos de calidad estén claramente entendidos, establecidos y medidos en cada nivel y función de la organización, los cuales son coherentes con nuestra política de calidad. Para la efectiva medición de los Objetivos se han establecido indicadores que tratan de estimar los progresos logrados. Los objetivos de calidad de ARLOS S.A. son los objetivos siguientes:

1. Completar el 90% del plan de capacitación en el Sistema de Gestión de la Calidad para el personal (anual).
2. Obtener el 80 % en la evaluación de satisfacción de nuestros clientes (anualmente).
3. Realizar anualmente la calibración externa de las balanzas
4. Mantener un promedio de mermas de preparación de químicos por debajo de un 85%

Los objetivos son cuantificables y de gran impacto para la organización, así mismo en estos se incluyen una serie de actividades que resumen una innumerable cantidad de objetivos que abarcan todas las áreas de la organización.

Adicionalmente, existe un procedimiento de Mejoramiento Continuo que incluye el Manejo de Objetivos departamentales que maneja a nivel de detalle objetivos específicos de cada área productiva. PRN-GC-05.

5.4.2 PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 Cláusula 5.4.2: *La alta dirección debe asegurarse de que*

La Dirección de ARLOS S.A., se asegura que la planeación del Sistema de Gestión de Calidad, se lleva a cabo con las siguientes actividades:

- a) Reuniones periódicas de planificación y control;
- b) Reportes de medición.

5.4.3 REQUISITOS LEGALES Y DE OTRO TIPO.

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 Técnicas 1.1 Literal a.- *necesita demostrar su capacidad para proporcionar regularmente productos que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.*

ARLOS S.A., comprometido con el cumplimiento de las leyes y normativas vigentes en el Ecuador relacionadas con el producto y servicio, mantiene al día la cancelación de sus obligaciones como empresa, así como también realiza los análisis de control de calidad del producto bajo los métodos nacionales establecidos.

También ha desarrollado la:

- Matriz de Identificación de Requisitos Legales (FOR-GC-19)

5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN

5.5.1 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 Cláusula 5.5.1: *La alta dirección debe asegurarse de que las Responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización.*

La Dirección de ARLOS S.A., se asegura que las Responsabilidades y Autoridades están definidas en la descripción de funciones, las mismas que son entregadas a todo el nuevo personal o a aquellos que cambian sus funciones.

También provee todo tipo de recursos necesarios para establecer, implantar, mantener y mejorar el Sistema de Gestión de Calidad

Estas responsabilidades y autoridades únicamente podrán ser definidas o cambiadas por los Jefes de área.

Las Responsabilidades también pueden estar definidas dentro de la narración de los procedimientos.

Existen algunos documentos que detallan responsabilidades específicas del personal como la siguiente:

- Responsables Cláusulas de las Normas

5.5.2 REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 Cláusula 5.5.2: *La alta dirección debe designar un miembro de la dirección de la organización quien, independientemente de otras responsabilidades.*

En **ARLOS S.A.** el Gerente Administrativo es el Representante de la Dirección y tienen la autoridad y responsabilidad para:

- a) Asegurar que los procesos e indicadores del Sistema de Gestión de Calidad estén establecidos, implementados y mantenidos efectivamente.
- b) Informar a la Dirección sobre el desempeño del Sistema de Gestión de Calidad, incluyendo las necesidades de mejora continua, en forma permanente y en especial luego de las Auditorías Internas y Externas.

- c) Asegurar que se promuevan la toma de conciencia de los requisitos de los clientes.

La responsabilidad del Representante de la Dirección incluye la coordinación con Autoridades, Asesores, Certificadores y terceros lo que se relacione con el Sistema de Gestión de Calidad

5.5.3 COMUNICACIÓN INTERNA,.

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 Cláusula 5.5.3: La alta dirección debe asegurarse de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización .

ARLOS S.A. se asegura que se establezcan los procesos de información apropiados manteniendo una adecuada comunicación interna entre sus distintos niveles y funciones. La comunicación interna garantiza que todos los mandos y empleados de ARLOS S.A. comprendan y conozcan los aspectos de la empresa así como los objetivos de nuestro Sistema de Gestión de Calidad y puedan contribuir a cumplir la política de calidad, y a la mejora continua. Ver el procedimiento **%Comunicación Interna %**

Para lograr este objetivo utilizamos los siguientes mecanismos:

- Buzón de Ideas de Mejora y Comunicación los cuales son revisados periódicamente.
- Creación de una Internet para mejorar la comunicación interna.
- Correos electrónicos.
- Elaboración de Actas en Reuniones formales.
- Circulares y comunicaciones escritas dirigida en técnica para información y conocimiento de los colaboradores de ARLOS S.A.
- Carteleras.
- Dafo

5.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 Cláusula 5.6.1: La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización, a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 Cláusula 5.6.2: La información de entrada para la revisión por la dirección debe incluir

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 Cláusula 5.6.3: Los resultados de la revisión por la dirección deben incluir todas las decisiones y acciones relacionadas

La Dirección de ARLOS S.A. proporciona evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de Calidad así como con la mejora continua de su eficacia, para lo cual realiza semestralmente la revisión del Sistema de Gestión de Calidad técnicamente después de una auditoria interna o externa, en base al procedimiento Revisión por la Dirección.

Los resultados de la revisión del Sistema de Gestión de Calidad se resumen y documentan en un informe FOR-GC-26. Los resultados de la revisión son comunicados a los responsables de las áreas afectadas.

CAPITULO 6

6. GESTIÓN DE RECURSOS

6.1 PROVISIÓN DE RECURSOS

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 Cláusula 6.1: La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para: a) implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia, y

ARLOS S.A. planifica, determina y provee de los recursos necesarios para mantener y mejorar el Sistema de Gestión de Calidad para lo cual aprovisiona los recursos con el manejo del FLUJO DE CAJA.

6.2 RECURSOS HUMANOS

6.2.1 TECNICIDADES.

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 Cláusula 6.2.1: El personal que realice trabajos que afecten a la conformidad con los requisitos del producto debe ser competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencias apropiadas

ARLOS S.A., está convencido que el mayor activo con el que cuenta es su personal, para lo cual dispone de procedimientos necesarios para un permanente desarrollo de nuestro recurso humano, tales como el

procedimiento de :Reclutamiento, selección, contratación e inducción del personal entre otros.

Estos procedimientos nos aseguran un permanente desarrollo de nuestro recurso humano.

6.2.2 COMPETENCIA, TOMA DE CONCIENCIA Y FORMACIÓN

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 Cláusula 6.2.2: La organización debe: a) determinar la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan a la conformidad con los requisitos del producto

ARLOS S.A., Determina en su Sistema de Gestión de Calidad, que el personal que realiza labores que directa o indirectamente puedan afectar la conformidad con los requisitos del producto y, es competente con base a su formación, educación, habilidades y experiencia. Este personal se sujeta al procedimiento Reclutamiento, selección, contratación e inducción del personal .

Luego de las evaluaciones del personal, si la empresa detecta necesidades de capacitación y/o entrenamiento se planifican y ejecutan programas de entrenamiento y capacitación para suplir dichos requerimientos.

Se registrarán los resultados obtenidos después de la capacitación mediante la evaluación del Jefe departamental, la cual se realizara a través del formato de Evaluación del rendimiento del Personal .

En **ARLOS S.A.**, los distintos Departamentos, mantienen permanentemente reuniones de trabajo, para asegurarse que este es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades, del incumplimiento de las normas, los procedimientos especificados, la no conformidad con la política de calidad.

6.3 INFRAESTRUCTURA

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 6.3: *La organización debe determinar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto. La infraestructura incluye, cuando sea aplicable:*

- a) *edificios, espacio de trabajo y servicios asociados,*
- b) *equipo para los procesos, (tanto hardware como software), y*
- c) *servicios de apoyo tales (como transporte, comunicación o sistemas de información)*

ARLOS S.A. Determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto, dicha infraestructura incluye:

– **ESPACIOS DE TRABAJO.**

Aunque la planta es pequeña en ARLOS S.A se han desarrollado procedimiento en donde se especifica las actividades a realizarse y de quien es la responsabilidad.

– **EQUIPOS.**

Arlos S.A. es responsable de contratar servicio de calibración de sus equipos (balanzas y computadores), para eso se crea el Plan Anual de Mantenimiento de Maquinarias y Equipos .

6.4 AMBIENTE DE TRABAJO

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 6.4: *La organización debe determinar y gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto*

El ambiente de trabajo en **ARLOS S.A.** es un ambiente Sano y Seguro, Adicionalmente garantizamos que nuestro personal trabaja en un clima laboral agradable y realizamos mediciones de temperatura, humedad, ruido y luminosidad dentro de las áreas de trabajo. El Clima Laboral es el medio ambiente humano y físico en el que se desarrolla el trabajo cotidiano. Influye en la satisfacción y por lo tanto en la productividad. Está relacionado con el saber hacer+del directivo, con los comportamientos de las personas, con su manera de trabajar y de relacionarse, con su integración con la empresa, con las máquinas que se utilizan y con la propia actividad de cada uno.

Es la dirección, con su cultura y con sus sistemas de gestión, la que proporciona -o no- el terreno adecuado para un buen clima laboral, y forma parte de las políticas de personal y de recursos humanos la mejora de ese ambiente con el uso de técnicas precisas

CAPITULO 7

7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO, IMPLANTACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.

7.1 PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 7.1: La organización debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto. La planificación de la realización del producto debe ser coherente con los requisitos de los otros procesos del sistema de gestión de la calidad (véase 4.1)õ .

La realización del producto esta definida en la planificación de producción.

La planificación de la producción esta basada en los consumos de químicos de los clientes previo a una visita de inspección donde se realiza los análisis de aguas de caldero y se revisa que los parámetros de dureza, alcalinidad P y M, pH, sólidos totales, fosfatos, sulfitos, se encuentra acorde con la normativa internaciones American Boiler Manufactures Association de la caracterización que debe tener el agua que ingresa al caldero y el agua presente en el caldero. También se analiza el agua de las torres de enfriamiento para verificar el Índice de Langelier.

7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE

7.2.1 DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO.

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 7.2.1: La organización debe determinar
a) *los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma,õ ..*

La relación y contacto con los clientes esta definida con las visitas personalizadas a cada uno de nuestros clientes donde se realiza las verificaciones analíticas y visuales de los sistema de caldera y de enfriamiento

para lograr la satisfacción del cliente y buscando siempre el mejoramiento continuo de nuestros procesos.

Determinar cuales son las necesidades del Cliente según las tendencias e innovaciones del Mercado, realizando investigaciones y estudios en base a las visitas que se realicen a las Compañías determinando así la Gama de los Productos de acuerdo a los intereses de los consumidores finales.

De esta manera ser más competitivos y presentar una línea de Productos más diversificada y completa, estando al día con las tecnologías y evolución de los nuevos productos a nivel nacional.

7.2.2 REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO.

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 7.2.2: La organización debe revisar los requisitos relacionados con el producto. Esta revisión debe efectuarse antes de que la organización se comprometa a proporcionar un producto al cliente...

Antes de formalizar contractualmente la relación con un cliente nuevo, el Departamento de Ventas revisa los requerimientos del posible cliente, para lo cual comunica a los diferentes departamentos que tengan inherencia para revisar la factibilidad y capacidad del cumplimiento de dichos requisitos, una vez revisado los requisitos es comunicado al posible cliente.

Cuando el cliente envía sus requerimientos, ARLOS S.A. antes de comprometerse a realizar dicho requerimiento, primero es revisado por el departamento de producción para analizar su factibilidad y capacidad de cumplimiento, para lo cual realizarán diferentes actividades con el resto de departamentos que estén involucrados en el proceso de producción.

7.2.3 COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 Cláusula 7.2.3: La organización debe determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a

ARLOS S.A. ha determinado e implantado actividades eficaces de comunicación con el cliente a través de cualquiera de los siguientes mecanismos:

Una página Web arlosquimicos@hotmail.com

Comunicaciones escritas vía e-mail.

Visitas a los clientes.

Encuestas de Satisfacción.

La comunicación consiste sobre todo en recoger, documentar y responder a las *comunicaciones relevantes* recibidas tanto de forma verbal, como por escrito: para ello contamos con el procedimiento PRD-GC-01 %Comunicación Interna+:

Asi mismo nos basamos en un QFD para determinar las necesidades del cliente:

Seleccionar un Producto/Servicio Importante a Mejorar.

Obtener la Voz del Cliente

Extraer las Necesidades del Cliente

Organizar las Necesidades del Cliente

Priorizar las Necesidades del Cliente

Establecer los Parámetros de Diseño

Generar la Matriz de Relaciones

Obtener la Evaluación de Desempeño del Cliente

Correlacionar los Parámetros de Diseño

Analizar los Resultados

Iterar el Proceso

7.3 DISEÑO Y DESARROLLO

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 7.3.1: La organización debe planificar y controlar el diseño y desarrollo del producto.

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 7.3.2: Deben determinarse los elementos de entrada relacionados con los requisitos del producto y mantenerse registros (véase 4.2.4).

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 7.3.3: Los resultados del diseño y desarrollo deben proporcionarse de manera adecuada para la verificación respecto a los elementos de entrada para el diseño y desarrollo, y deben aprobarse antes de su liberación.

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 7.3.4: En las etapas adecuadas, deben realizarse revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado (véase 7.3.1).

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 7.3.5: Se debe realizar la verificación, de acuerdo con lo planificado (véase 7.3.1), para asegurarse de que los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo.

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 7.3.6: Se debe realizar la validación del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado (véase 7.3.1) para asegurarse de que el producto resultante es capaz de satisfacer los requisitos para su aplicación especificada o uso previsto, cuando sea conocido.

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 7.3.7: Los cambios del diseño y desarrollo deben identificarse y deben mantenerse registros. Los cambios deben revisarse, verificarse y validarse, según sea apropiado, y aprobarse antes de su implementación.

El diseño y desarrollo de nuevos productos es documentado en el flujo de proceso donde se detalla la forma de Planificar y controlar el diseño de nuevos productos.

La planificación del diseño y desarrollo de un producto nuevo, surge por una demanda concreta de un cliente, o por una decisión de Gerencia General de ofrecer un producto nuevo al mercado, sin que necesariamente haya sido solicitado por alguna persona externa.

La Gerencia General es la que aprueba la elaboración de un producto nuevo.

7.4 COMPRAS

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 7.4.1: La organización debe asegurarse de que el producto adquirido cumple los requisitos de compra especificados.

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 7.4.2: La información de las compras debe describir el producto a comprar, incluyendo, cuando sea apropiado.

El proceso de compras, que incluye selección evaluación y reevaluación.

Los proveedores de ARLOS S,A son seleccionados y calificados periódicamente y reevaluados.

La verificación de los materiales e insumos son realizados por la parte administrativa y técnica

7.5 PRODUCCION Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO

7.5.1 CONTROL DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 7.5.1: La organización debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas .

Este requerimiento esta definido en el formato PLANIFICACIÓN DE PRODUCCIÓN .

7.5.2 VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 7.5.2: La organización debe validar todo proceso de producción y de prestación del servicio cuando los productos resultantes no puedan verificarse mediante actividades de seguimiento o de medición posteriores .

Disponemos de procesos donde los productos ó servicios resultantes puedan verificarse mediante actividades de seguimiento.

Este requerimiento de la cláusula de ISO 9001:2008 se lo controla de la siguiente manera:

Departamento de Control de Calidad:

Verificación y validación de por lo menos una vez al año las balanzas con el fin de asegurarnos que los equipos de medición de especificaciones del producto nos están diciendo la verdad.

Departamento de Producción

Auditorias a las líneas de procesos

Todas las Áreas o Departamento

Se realiza la validación de los procesos mediante la revisión de los procedimientos

Sistema de Información gerencial (SIG)

Auditorias Internas

Departamento de ventas

Satisfacción de los clientes

7.5.3 IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD.

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 7.5.3: Cuando sea apropiado, la organización debe planificar el producto por medios adecuados, a través de toda la realización del producto.

La organización debe identificar el estado del producto con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de toda la realización del producto.

Cuando la trazabilidad sea un requisito, la organización debe controlar la identificación única del producto y mantener registros (véase 4.2.4).

NOTA . En algunos sectores industriales, la gestión de la configuración es un medio para mantener la identificación y la trazabilidad.

Este requerimiento esta definido en la forma de identificar los químicos según la norma de rotulado Inen 2288:2000

7.5.4 PROPIEDAD DEL CLIENTE

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 7.5.4: La organización debe cuidar los bienes que son de propiedad del cliente mientras estén bajo el control de la organización o estén siendo utilizados por la misma...

Este requerimiento es resguardado con el procedimiento custodia de información de datos obtenidos del cliente

7.5.5 PRESERVACIÓN DEL PRODUCTO.

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 7.5.5: La organización debe preservar la conformidad del producto durante el proceso interno y la entrega al destino previsto para mantener la conformidad con los requisitos. Según sea aplicable, la preservación debe incluir la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento, y protección. La preservación debe aplicarse también, a las partes constitutivas de un producto.

Este requerimiento esta definido en el procedimiento Almacenamiento de producto terminado.

7.6 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 7.6: La organización debe determinar el seguimiento y la medición a realizar, y los equipos de seguimiento y medición necesarios para proporcionar la evidencia .

Los equipos como balanza que se usan en la preparación de químicos debe ser calibrados 1 vez al año para su confiabilidad

CAPITULO 8

8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

8.1 TECNICAIDADES

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 8.1: La organización debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para:

- a) demostrar la conformidad con los requisitos del producto,
- b) asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de la calidad, y
- c) mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión la calidad.

Esto debe comprender la determinación de los métodos aplicables, incluyendo las técnicas estadísticas, y el alcance de su utilización.

Para manejar esta cláusula disponemos del procedimiento normativo Sistema de Mejoramiento Continuo PRN-GC-05.

8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

8.2.1 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE.

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 8.2.1: Como una de las medidas del desempeño del sistema de gestión de la calidad, la organización debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización. Deben determinarse los métodos para obtener y utilizar dicha información.

Este requerimiento esta definido en el procedimiento de Ventas bajo la responsabilidad del departamento de ventas para asegurar la independencia del departamento de Ventas en la evaluación de la satisfacción el cliente.

Dependiendo de los resultados de las encuestas de Satisfacción al cliente o de otros métodos que aplique la empresa, la Dirección toma las acciones necesarias para la mejora y las registra en las Actas de Reunión.

8.2.2 AUDITORÍA INTERNA

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 8.2.2: La organización debe llevar a cabo auditorias internas a intervalos planificados auditorias internas para determinar si el sistema de gestión de la calidad

ARLOS S.A., lleva a cabo Auditorías Internas por lo menos dos veces al año, preferentemente antes de las Auditorías Externas.

Se elabora un Plan Anual de Auditorías+ (**FOR GC 05**), en el que se refleja las diferentes auditorías internas o externas a realizarse durante un año.

Para manejar esta cláusula disponemos del procedimiento normativo Auditoría Interna PRN-GC-04.

8.2.3 SEGUIMIENTO Y MEDICION DE LOS PROCESOS

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 8.2.3: La organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento, y cuando sea aplicable, la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad .

Para manejar esta cláusula disponemos del procedimiento normativo Manejo de Procesos PRN-GC-06.

En la implementación de los controles se establecen en acuerdo con los responsables de las áreas implicadas los siguientes temas:

- El modo de ejecutar las tareas en el área, en los casos que sea necesario modificar los procesos o procedimientos actuales.
- Los parámetros o elementos que se van a controlar una vez que se haya identificado y establecido el requerimiento.
- Los valores o criterios de aceptación o rechazo (criterios legales y/o de eficacia de procesos)
- La frecuencia de control y la responsabilidad del mismo.

Todo ello queda documentado en procedimientos e instrucciones

ARLOS S.A. emplea el control operacional como una herramienta para detectar y subsanar con rapidez posibles desviaciones respecto a los criterios o especificaciones por la empresa. Toda incorporación de nuevos procesos o modificación de los existentes, son objeto de análisis para evaluar la necesidad de ejercer sobre el mismo un control operacional.

La necesidad de modificar o incorporar un proceso surge cuando:

- Los proyectos de ARLOS S.A. impliquen el desarrollo de nuevas presentaciones de sus productos destinados para clientes específicos.

- Se detecten oportunidades de mejora en los procesos, que pueden atenderse aceptablemente con la incorporación de equipos con tecnologías

8.2.4 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO.

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 8.2.4: La organización debe hacer el seguimiento, y medir las características del producto para verificar que se cumplen los requisitos del mismo

Se realiza mediciones del producto a través de las encuestas de cliente

8.3 CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 8.3: La organización debe asegurarse de que el producto que no sea conforme con los requisitos del producto, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencionados. Se debe establecer un procedimiento documentado para definir los controles y las responsabilidades y autoridades relacionadas para tratar el producto conforme.

Para manejar esta cláusula disponemos del procedimiento normativo Manejo de No Conformidades PRN-GC-08.

8.4 ANÁLISIS DE DATOS

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 8.4: La organización debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad..

Para manejar esta cláusula disponemos del procedimiento normativo Sistema de Mejoramiento Continuo PRN-GC-05.

8.5 MEJORA

8.5.1 MEJORA CONTINUA

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 8.5.1: La organización debe mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, ñ

Para manejar esta cláusula disponemos del procedimiento normativo Sistema de Mejoramiento Continuo PRN-GC-05.

Además , periódicamente y coincidiendo con la revisión por la Dirección, se revisa la documentación relacionada con el manejo de procesos a través de los indicadores empleados para evaluar su efectividad.

8.5.2 ACCIÓN CORRECTIVA

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 8.5.2: La organización debe tomar acciones para eliminar la causa de no conformidades con objeto de prevenir que vuelva a ocurrir

Se maneja con el procedimiento PRN-GC-01

8.5.3 ACCION PREVENTIVA

Ref.: NORMA ISO 9001:2008 CLAUSULA 8.5.3: La organización debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. ò

Se maneja con un Procedimiento normativo llamado PROCEDIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS PRN-GC-07.

CAPITULO 9: GUIAS

GUIA PARA ELABORAR PROCEDIMIENTOS

INS-GC-01 Ver 31-01-2011

1.- Tipo y tamaño de letra para elaborar documentos

El tipo o fuente a utilizarse en la elaboración de documentos en general y que se encuentren declarado en la Estructura documental del Sistema de Gestión de Calidad será:

Títulos: Utilizar preferentemente : **ARIAL NEGRITA 14**

Redacción: Utilizar preferentemente : **arial 12**

Interlineado: Utilizar preferentemente : **sencillo.**

2.- Narración de un procedimiento

Existen muchas maneras de narrar un procedimiento, todo depende del nivel de complejidad y detalle que se quiera obtener. Aquí se presenta una guía a manera de ilustración, pero cada área o departamento puede profundizar o generalizar según sus necesidades.

1. Definir el **nombre del Procedimiento** considerando que éste agrupará una serie de actividades conectadas entre sí.
2. Se recomienda recolectar todos los **formularios** utilizados en el área.
3. Listar los formularios en la **Hoja de Control de los Registros**
4. Elaborar un **flujograma** de las principales actividades para tener como referencia al momento de redactar los procedimientos . (El flujograma ayuda a redactar en forma secuencial un procedimiento).
5. El **flujograma** podría ser parte del procedimiento como un anexo para facilitar la comprensión del mismo.
6. Redactar el Procedimiento, crear los **7 capítulos**.

Ejemplo de Procedimiento

- En el ejemplo adjunto se aprecia entre **comillas (\")** la explicación de los conceptos.
- Entre los paréntesis y con letra **cursiva y negrita** se narra el ejemplo de un procedimiento.

Ejemplo de Procedimiento

1.-

ARLOS S.A.		CODIGO : PRD-BG-01
	ADQUISICION DE MATERIALES	FECHA: 21 11 02 PAGINA : ½

2.-

1. OBJETIVO :

« o por líneas de producción» Definir el propósito del procedimiento »
(Detallar como realizar la compra adecuadamente para asegurar que los productos cumplan las especificaciones y condiciones de compra)

2. POLITICA

En forma optativa, no mandatoria, la Gerencia o la Jefatura del área definirá una Política general sobre este procedimiento. Si no hubiere política se pone N/A

(El incumplimiento de este procedimiento originará una responsabilidad económica de los empleados participantes)

3. ALCANCE :

Describir el rango de aplicación ya sea por áreas físicas, o por productos (Aplica solo a los Departamentos de Compras y Gerencia, aplica a materiales de Producción, no aplica a materiales para Administración).

4. DEFINICIONES:

Se debe describir el significado de los términos o palabras técnicas que se van a utilizar en la redacción del procedimiento con la finalidad de que se facilite el entendimiento del mismo+

(Evidencia Objetiva.- Información que sustenta la veracidad de algo)

5. RESPONSABILIDADES :

Se debe escribir los cargos de los funcionarios responsables tanto de la ejecución como de la supervisión del trabajo descrito en el procedimiento.

(El jefe de bodega es responsable de la ejecución el Gerente de Compras es responsable de la supervisión)

6. REFERENCIAS.

Código y Nombre de los Documentos que se mencionan o con los que tiene relación este procedimiento

Procedimiento General de Compras	PRO COM 01
Instructivo para recepción de materiales	INS COM 03
Registro de Ingreso de Materiales a Bodega	FOR COM 06

7. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Cada párrafo debe incluir algunos de los siguientes componentes:

ARLOS S.A.		CODIGO : PRD-BS- 01
	ADQUISICION DE MATERIALES	FECHA : 21 11 02 PAGINA : 2/2

El Cargo de quién ejecuta, el Lugar donde se realiza , Cuando lo hace, la descripción de Como realiza las Actividades, el Para qué se lo hace, los formularios en que Registra la actividad y que hacer en caso de Excepciones o anomalías.

Generalmente, en un párrafo inicial se puede definir en forma general el Quien, Como y Cuando lo cual será válido para toda la narración del procedimiento.

Ejemplo de un párrafo del procedimiento :

Quién ò ò ò ò ò . *(El jefe de Bodega ò ò)*

Dónde ò ò ò ò ò .. *(en el área de Recepción ò ò)*

Cuándo ò ò ò ò ò *(Todos los viernes entre las 08h00 y 09h00)*

Cómo ò ò ò ò ò *(Recibe la mercadería revisando el 10 % de la Cajas)*

Para qué ò ò ò ò ò ..*(Para comprobar el número correcto de artículos y conformar si están en buen estado.*

Registros ò ò ò ò *(Como constancia, se anotará su aceptación en el campo aprobado del formulario AC01-FOR01)*

Excepciones ò ò ...*(En caso de que :*

1.-*Existan faltantes solo firmará la aceptación el Gerente de Compras*

2.-*Exista mercadería en mal estado, no será recibida parcialmente)*

8.- ANEXOS O REGISTROS.

Describir el Código y Nombre de los Registros que se mencionen en el procedimiento.

Se debe adjuntar todo los documentos anexos.

FOR COM 06 Registro de Ingreso de Materiales a Bodega
FOR COM 07 Presupuesto de Compra.

GUIA PARA ELABORAR INSTRUCTIVOS

1.- Antecedentes

Existen muchas maneras de elaborar un **Instructivo**, todo depende del nivel de complejidad y detalle que se quiera describir.

Esta es una guía, a manera de ilustración , de una de las maneras de hacerlo, cada área o departamento puede profundizar o generalizar según cada caso.

2.- Diferencia entre Procedimientos (QUE) e Instructivos (COMO)

Por un lado los **Procedimientos** son documentos muy amplios y complejos que necesitan introducción y amplia narración , el procedimiento contiene **QUE** actividades se realiza , sin llegar al detalle de la elaboración.

Por otro lado , a diferencia de los procedimientos, los Instructivos van al detalle de las actividades y se puede afirmar que en estos se describe el **COMO** se realizan estas actividades ó tareas.

3.- Concepto de Instructivos

Los Instructivos se definen como:

Í La manera detallada de describir COMO una persona debe realizar una actividad , generalmente se refiere a COMO maneja un equipo o COMO realiza una tareaÍ.

Es común encontrar que dentro de la narración de un procedimiento, se inserta entre paréntesis, el nombre de un Instructivo donde se resalta el detalle de **cómo** se ejecuta la actividad .

Ejemplo : (ver INS EL 05/ ver JUN 01)

4.-Tipos de Instructivos

1.- Instructivos tipo Í Operacional Î

Generalmente los Instructivos se encuentran exhibidos en el área de trabajo y contiene frases cortas que no exceden el tamaño de una hoja y estan acompañadas de gráficos , fotos ó dibujos.

Ejemplo 1: Instructivo para pasajeros de aviones en casos de emergencia.

Ejemplo 2: Instructivo para operar una fotocopiadora,

- 1.- Aplaste el botón verde de arranque 
- 2.- Espere 5 minutos a que se caliente la máquina 
- 3.- Establezca las condiciones de utilización deseada
- 4.- Elabore las copias , presione 
- 5.- Cuando termine , aplaste el botón rojo de apagado 

2 .- Instructivos tipo Í Administrativo Î o Í FormulariosÎ

Este tipo de Instructivo detalla como realizar una tarea administrativa , es decir describen como llenar los %campos %en un formulario.

Ejemplo: Forma de llenar el formulario de datos personales

Campo (1) : Ingrese la fecha con el código día, mes y año: **(dd/mm/aaaa)**

Campo (2) : Escriba el sexo del aplicante : **(M)** si es masculino, **(F)** si es Femenino

Campo (3) : Escriba el estado Civil: **(S)** si es Soltero , **(C)** si es Casado

Campo (4) : Escriba si tiene casa propia **(S)** si es Sí, **(N)** si es No

3.-Instructivos tipo Í Flujoograma MejoradoÎ

Utiliza un Flujoograma Mejorado y lo puede acompañar de frases cortas o instrucciones (ver Guía para elaborar Flujoograma Mejorado)

5 .- Pasos requeridos para elaborar un Instructivo

1.- Definir el **nombre del Instructivo** y junto con la palabra **Instructivo** formaran parte del encabezado.

No existe otro título ni cuadro en el encabezado para ahorrar espacio.

Ejemplo:

INSTRUCTIVO
Guía para elaborar Procedimientos

2.- Ponerle **código al Instructivo**, generalmente se utiliza el **código abreviado** tiene una sola línea y contiene el código, la versión y la fecha. Se lo escribe preferentemente en la parte superior central de todas las páginas.

En el extremo superior derecho se pondrá el número de página

Ejemplo: **INS GC 01 /ver JUN 01**

Pág 1/2

3.- Narrar en frases cortas la forma de **como** se deben realizar las actividades, acompañando con ilustraciones si se puede.

GUIA PARA ELABORAR UN FLUJOGRAMA

1.- Antecedentes

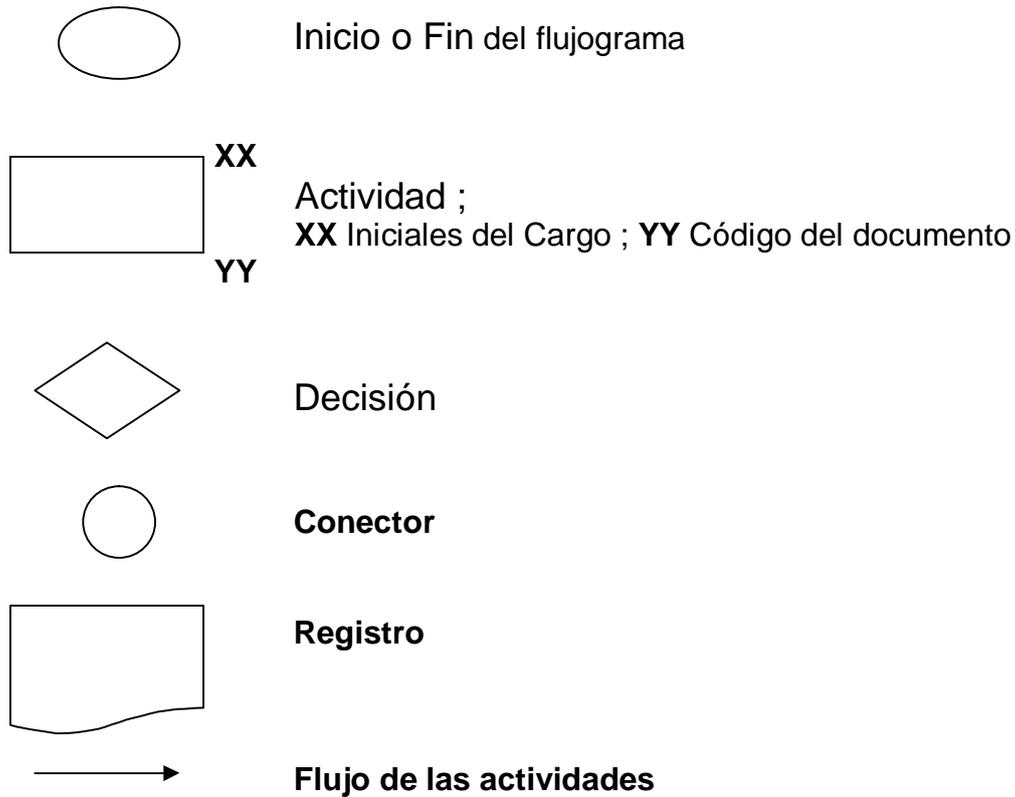
Existen muchas maneras de elaborar un Flujoograma, todo depende del nivel de complejidad y detalle que se quiera describir.

Esta es una guía, a manera de ilustración, de una de las maneras de hacerlo, cada área o departamento puede profundizar o generalizar según cada caso.

Definimos como **Flujoograma Mejorado** un típico flujoograma donde se le incluye , a la mayoría de actividades en su la parte externa, las **iniciales** del cargo que realiza y el **código** de el / los documentos que se relacionan con esa actividad.

2 .- Nomenclatura de un Flujoograma Mejorado

Las principales diagramas de un Flujograma son:



3.- Pasos requeridos para elaborar un FLUJOGRAMA

1.- Definir el **nombre del Flujograma** y junto con la palabra **%Flujograma+** formaran parte del encabezado.

No existe otro título ni cuadro en el encabezado para ahorrar espacio.

Ejemplo:

FLUJOGRAMA
Pasos para Receptar Compras de Materia Prima

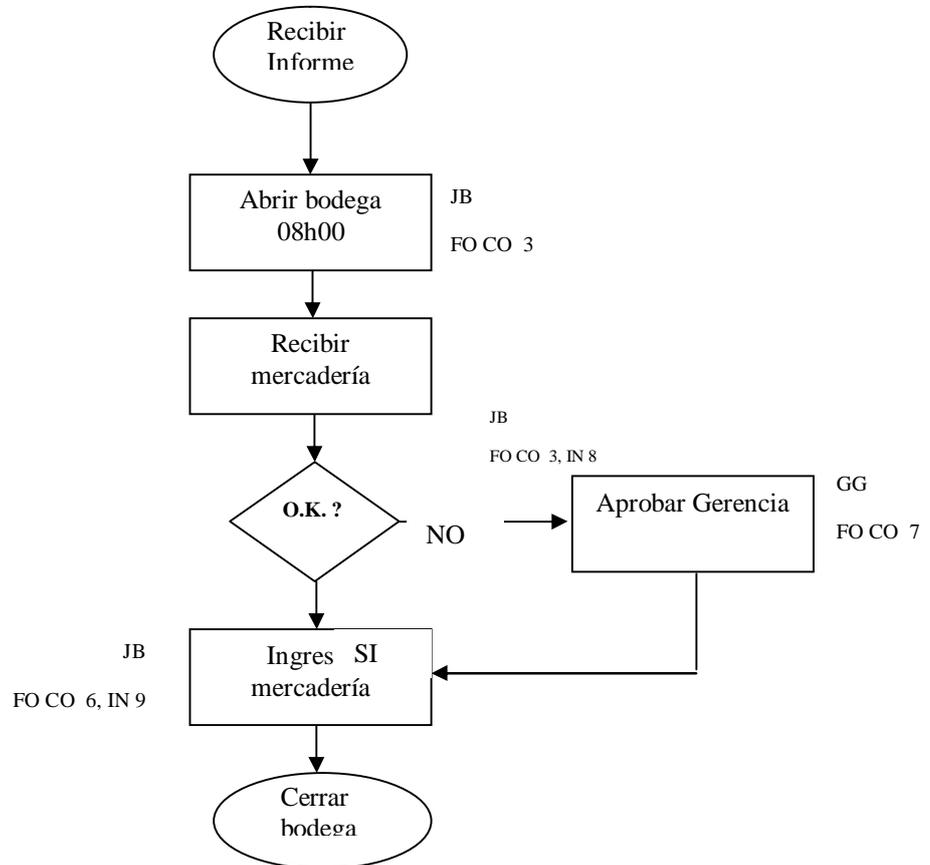
2.- Ponerle **código al Flujograma**, generalmente se utiliza el **%código abreviado+** tiene una sola línea y contiene el código, la versión y la fecha. Se lo escribe preferentemente en la parte superior central de todas las páginas.

En el extremo superior derecho se pondrá el número de página

Ejemplo: **FLJ 01 /ver JUN 01**

Pág 1/2

3.- Diagramar paso por paso las principales actividades, incluyendo en la mayoría de las actividades, las **iniciales** del cargo que las realiza y el **código** de el / los documentos que se relacionan con esa actividad.



GUIA PARA ELABORAR ESPECIFICACION

1.- Antecedentes

Se define a las Especificaciones como: %Las características ó parámetros de un producto ó equipo que generalmente tienen un formato de Tablas o su similar %

Las Especificaciones también son conocidas como %recetas %o Tablas que contienen información en filas y columnas.

Generalmente las Especificaciones son internas porque tienen origen dentro de la empresa o son Externas porque son originadas por el Cliente ó por Normas ó especificaciones del fabricante del equipo ó el INEN.

2.- Pasos requeridos para elaborar una especificación

a) Definir el nombre de la Especificación y junto con la palabra %Especificación % formarán parte del encabezado. No existe otro título ni cuadro en el encabezado.

Ejemplo: ESPECIFICACIÓN Tabla para cálculo de acidez

b) Ponerle código a las especificación, generalmente el código abreviado tiene una sola línea y contiene el código, la versión y la fecha. Se lo escribe preferentemente en la parte inferior izquierda.

Ejemplo: **ESP PRO-02 VER00 21 05 2000**

c) Incluir la Tabla ó narrar los Componentes que forman la Especificación

CAPITULO 10

PROCEDIMIENTOS NORMATIVOS

Acciones correctivas (PRN-GC-01)

1.- OBJETIVO

El principal objetivo es detallar como asegurar la implantación de acciones correctivas y además comprobar su eficacia.

2.- POLÍTICA

Todos los departamentos deben generar acciones correctivas.

3.- ALCANCE Y DEFINICIONES

El alcance incluye las áreas contempladas en el Sistema Gestión de Calidad

SUMILLA : iniciales del nombre o firma compacta.

NC : No Conformidad al Programa, producto o, procesos y al Sistema de Gestión de Calidad

La *NC* Se la levanta cuando se la detecta y se la cierra cuando se la corrige.

GC : Gestión de Calidad

AC : Acción Correctiva

ODM: Oportunidades de Mejoras

OBS: Observación.

4. -RESPONSABILIDADES

El Jefe de Sistemas de Gestión de será responsable de promover el uso de este procedimiento en forma eficaz.

El máximo responsable de cada departamento es responsable de la implantación del Procedimiento en su área

5. Ë REFERENCIAS

Reporte de Acción correctiva, **FOR Ë GCA-14**

6. - DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Acciones Correctivas

Las AC son las rectificaciones a las No Conformidades (NC).

Las No Conformidades u Observaciones se reflejan en el **FOR-GC-14**. Se levantarán NC u observación relativas a productos, procesos y al Sistema de Gestión de Calidad tanto en las auditorias planificadas como en cualquier momento en que sea evidente la NC u observación.

El personal podrá realizar la detección de AC en su trabajo rutinario.

Las Acciones Correctivas incluyen las siguientes actividades:

- a) Tratamiento eficaz de reclamaciones de clientes e informe de No conformidades de productos / procesos/auditorias (FOR-GC-14).
- b) Investigación de las causas de las NC
- c) Determinación de las acciones correctivas
- D) Controles para la eficacia de la NC.

6.1. Análisis de Causas

En cada NC u observación se debe buscar la verdadera causa raíz de dicha NC (si el caso lo amerita), para lo cual existe un campo en el formato FOR-GCA-14, donde se describe el correspondiente análisis de causas.

De ser necesario, si se requiere más espacio para actas, información, gráficos, etc., se puede ampliar a varias hojas numerándolas consecutivamente. Opcionalmente como apoyo a los formatos de acciones correctivas, se podrá utilizar los formatos FOR-GC-15 %Diagrama Causa Efecto+ y/o el formato FOR-GC-16 %Análisis de Causa+que se incluirán como anexos.

Dependiendo del impacto de la NC u observación y cuando amerite, se elaborará Proyectos de Mejora(FOR-GC-24) sobre el tema específico, con el fin de elaborar una Acción Correctiva más eficaz.

6.2 Descripción de las Acciones Correctivas (AC).

Las acciones correctivas (**AC**), son de carácter sistemático, es decir que están orientadas a identificar y corregir de manera organizada la causa raíz del problema, a diferenciar de las acciones correctoras que resuelven solo los errores de un evento específico.

Basado en un adecuado análisis de causas, se procede a elaborar las acciones correctivas, las mismas que son documentadas en el formato FOR-GC-14, en donde se describirán las acciones designadas, se debe identificar en la parte superior de este registro si es una AC

En el campo de %Acciones propuestas+ se puede seleccionar cuatro opciones a considerar. Antes de describir la Acción se marcará con una X, por lo menos uno de los cuatro casilleros denominados:

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| SE CAPACITO, | <input type="checkbox"/> |
| SE CAMBIO REGISTRO, | <input type="checkbox"/> |
| SE CAMBIO PROCEDIMIENTO | <input type="checkbox"/> |
| OTROS | <input type="checkbox"/> |

En el caso de las auditorías internas, los auditados deberán enviar las acciones correctivas al Departamento de Gestión de Calidad máximo hasta 15 días laborables después de haber recibido los informes de no conformidades/observaciones.

6.3 Verificación de Implantación de la AC

6.3.1. Por auditorías internas documentales, auditorías de cumplimiento, auditorías puntuales y reclamos de clientes.-

Una vez que cada departamento implanta la AC, se notificará al Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad, para que se evidencie la implantación y efectividad de la AC y se llene el campo VERIFICACION DE LA IMPLANTACION, incluyendo en el mismo los nombres de los responsables y la fecha de la verificación, para esta actividad si se requiere se puede solicitar la ayuda de los auditores internos

El Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad registrará el cumplimiento de las medidas tomadas en la Matriz de seguimiento de Planes de Acción FOR-GC-23.

6.3.2 Por producto y procesos.-

La Verificación de la Implantación de Acciones Correctivas la realizará el supervisor

Esta implantación no deberá exceder los 30 días calendario desde el levantamiento de la NC u observación.

En caso de haber excedido el plazo requerirá que el involucrado envíe un memo a Gestión de Calidad justificando el atraso y solicitando prórroga. La no presentación del memo de Justificación y prórroga ameritara por parte de Gestión de Calidad una nueva NC.

6.4. Manejo de quejas de clientes.

Las quejas de clientes, ya sean escritas o verbales, e independiente de que las quejas sean justificadas ó no, se deberán tratar como No Conformidades La acción correctiva se le enviara a los clientes vía correo electrónico (ACCION CORRECTIVA DE RECLAMOS). Los diferentes departamentos o áreas mantendrán la información referente a los reclamos de los clientes. Se dará un tiempo máximo de 15 días para recibir una respuesta por parte del cliente, caso contrario se asume que el cliente ha aceptado la acción correctiva.

Cuando exista porcentajes bajos en las encuestas anuales de los clientes, el departamento de ventas enviará a los clientes vía correo electrónico o el se comunicará con el cliente para atender sus inquietudes (se levanta un acta si es necesario).

6.5 Control de efectividad de la AC

Gestión de Calidad (Si la No conformidad u observación ha sido por auditorias o reclamos de clientes) narrará en el último campo del Reporte de NC dedicado al Control de efectividad, si es que se evidencio que la implantación de la AC tuvo oportunidad de ser aplicada en el trabajo diario.

El responsable de SGC deberá llenar el campo Control de efectividad, incluyendo en el mismo su nombre, y la fecha del control.

El plazo para comprobar la eficacia de la AC puede pasar hasta 90 días desde el levantamiento de la NC u OBS o puede comprobarse también durante las auditorías internas.

7.- ANEXOS

Reporte de Acción Correctiva. **FOR Ë GC Ë 14**

Proyectos de Mejora **FOR Ë GC Ë 24**

Control de registros (PRN-GC-02)

1. - OBJETIVO

El principal objetivo es detallar como realizar el control y manejo de registros relacionados con el Sistema de Gestión de Calidad Así como también detallar la forma en la que se debe manejar la identificación, almacenamiento, protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición final de los registros.

2.- POLÍTICA

Es política de ARLOS S.A. mantener un control permanente de la documentación para asegurar su correcta actualización y la optimización de los documentos en cada departamento.

Según el grado de importancia de los registros, cada área o departamento debe manejar sus registros según su propia iniciativa pero cumpliendo este procedimiento

3.- ALCANCE

Se aplica a todos los registros del Sistema de Gestión de Calidad que están descritos en las Listas Maestras de Documentos y formatos.

Los registros pueden estar en medios impresos, electrónicos o ambos.

4.-RESPONSABILIDADES

El Representante de la Dirección es responsable de la aprobación de todos los documentos del departamento de Sistemas de Gestión de Calidad.

El Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad, es responsable del control de los documentos de Gestión de Calidad como: la Política de Calidad ,los Objetivos Corporativos, el Manual de Gestión de Calidad, los Procedimientos Normativos, Hojas de Control de Registro, Listas Maestras.

El Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad es responsable de supervisar y asegurar el adecuado manejo de los registros del Sistema de Gestión de Calidad.

Los Gerentes son responsables de la elaboración, revisión y aprobación, de los documentos departamentales, salvo que se especifique lo contrario.

Cada Departamento es responsable del Control de la documentación y de los registros

Además, el departamento de Gestión de Calidad es responsable de la revisión de todos los documentos departamentales solo en su forma y no en su contenido y de reportar los cambios al Representante de la Dirección a través del formato %HISTORIAL DE DOCUMENTOS+

5.- REFERENCIAS

Norma ISO 9001:2008.

6.- DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

6.1 CONTROL DE DOCUMENTOS

6.1.1 Tipo y tamaño de letra para elaborar documentos

El tipo o fuente a utilizarse en la elaboración de registros en general y que se encuentren declarado en la Estructura documental del Sistema de Gestión de Calidad- será:

Títulos: Utilizar preferentemente : **ARIAL NEGRITA 14**

Redacción: Utilizar preferentemente : **arial 12**

Interlineado: Utilizar preferentemente : **sencillo.**

6.1.2 Elaboración de documentos

Existe un instructivo con sus respectivos ejemplos para elaborar Procedimientos %Guía para elaborar procedimientos+), Instructivos %Guía para elaborar Instructivos, Flujogramas %Guía para elaborar Flujogramas), Estructura Documental %Guía para elaborar estructura documental electrónica+), Especificaciones %Guía para elaborar especificaciones.

Para el contenido de los Procedimientos generalmente se utilizarán los capítulos siguientes :

1. **Objetivo**
2. **Política**
3. **Alcance**
4. **Definiciones**
5. **Responsabilidades**
6. **Referencias**
7. **Descripción del procedimiento**
8. **Anexos o Registros**

6.1.3 Encabezado.-

El encabezado se lo utiliza para los procedimientos y contendrá:

En el extremo izquierdo el **nombre o logo** de la empresa; el **nombre** del procedimiento en la parte central inferior y una sección de varios donde se encuentra: **Código, fecha, página**.

Para todos los documentos que no sean Procedimientos preferentemente no se utiliza encabezado y generalmente se usa el código abreviado.

6.1.4 Fecha de Vigencia del documento.-

La fecha de vigencia de un documento contendrá preferentemente el formato:

dd mm aa Donde d = día, m = mes y a = año

6.1.5 Codificación de documentos

6.1.5.1. - Código General para Procedimientos (TTT DDD ##)

El Código General se utiliza para la mayoría de los procedimientos excepto para los que usan el Código Abreviado y se ubica en el encabezado de todas las páginas.

El Código General tiene el formato : **TTT DDD ##**

Donde :

TTT = Máximo 3 letras que identifican el Tipo de documento

DDD = Máximo 3 letras que identifican el departamento

= 2 dígitos que identifican el orden correlativo

6.1.5.2.-Código abreviado ó resumido (TTT DDD 00 / Ver ddmm aa)

Se utiliza para todos los documentos exceptuando los Procedimientos que utilizan un encabezado especial.

Es la agrupación de Código, versión y fecha en una sola línea ubicada en la parte superior y sin usar encabezado .

Algunos documentos solo usarán el código abreviado ó resumido por efecto de espacio, ya que éste se ubica generalmente en la parte superior de la hoja.

Se utiliza el código abreviado especialmente para los Formularios (FOR), Mapas de Procesos (MP), Instructivo de Trabajo/Gráficos (INS) , Especificaciones técnicas (ESP), Video (VID), Flujogramas (FLJ), Manual de Gestión de Calidad I (MC)

El Código Abreviado tiene el formato : **TTT DDD ## / Ver dd mm aa**

Donde :

TTT = Máximo 3 letras que identifican el Tipo de documento .

DDD = Máximo 3 letras que identifican el área o departamento

= 3 dígitos que identifican el orden correlativo del documento

Ver = Abreviación de Versión (Se actualizara cada vez que haya un cambio en el documento)

dd = 2 dígitos por el día

mm = 2 dígitos por el mes

aa = 2 dígitos del año actual

6.1.5.3.-Códigos para Tipos de documentos

MGC = Manual de Gestión de Calidad

PRN = Procedimiento Normativo, se relacionan con los procedimientos documentados de la Norma ISO 9001: 2008

PRD = Procedimientos Departamentales

INS = Instructivo de Trabajo/Gráficos (Código abreviado)

ESP = Especificaciones técnicas (Código abreviado)

MP = Mapa de Proceso

VID = video (Código abreviado)

FOR = Formulario (Código abreviado)

FLJ = Diagrama de flujo (código abreviado)

AC = Acciones Correctivas (son las No conformidades - NC)

AP = Acciones preventivas (son las Observaciones - OBS)

ODM = Oportunidad de Mejora

6.1.5.4 *Código de Áreas o Departamentos*

AREA Ó DEPARTAMENTO	NOMBRE RESPONSABLE	CARGO	CÓDIGO DEPARTAMENTAL
GERENCIA GENERAL		GERENTE GENERAL	GG

6.1.6 Revisión y Aprobación de registros

6.1.6.1 Revisión de registros

Luego de elaborados, cada Departamento envía sus documentos al Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad para que los revise e ingrese a la red y compruebe los cambios realizados por el responsable del área donde se generó el cambio en el documento electrónico HISTORIAL DE DOCUMENTOS.

6.1.6.2 **Aprobación de registros**

Los registros son revisados y aprobados por el responsable de cada área o departamento generalmente en las Listas Maestras (FOR-GC- 01).

El Manual de Sistema de Gestión de Calidad es aprobado por el Representante de la Dirección en los Sistemas ISO 9001.

Los registros que se encuentren en medios electrónicos, son aprobados por el responsable de cada área o departamento, generalmente en las Listas Maestras.

Toda la información de la Estructura documental del Sistema de Gestión de Calidad- se encuentra ubicada en la Red, por lo tanto esta es la información vigente y controlada.

En los anexos de cada procedimiento se incluyen formatos y documentos que son aprobados en la Lista Maestras **(FOR-GC-01)**

6.1.7 **Lista Maestra**

Las Listas Maestras, **(FOR-GC-01)**, son mantenidas por el Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad con la finalidad de controlar la fecha vigente y estará accesible para evitar el uso de documentos obsoletos. Así mismo con las Listas Maestras se realiza la aprobación de los documentos.

Esta contendrá, principalmente:

Código, Nombre del documento, fecha vigencia, fecha de actualización.

La fecha vigente de los documentos estará fácilmente accesible en los sitios donde el personal realiza operaciones fundamentales.

Los documentos externos que sean necesarios serán controlados por el departamento que lo requiera y se elaborará una Lista Maestra exclusiva para los documentos externos.

6.1.8 **Cambios y enmendaduras en registros y datos**

Cuando sea posible se identificará la naturaleza de los cambios, utilizando la función que se encuentra dentro del menú denominado %herramientas % usando el marcador vertical de Microsoft Word.

Los documentos no válidos u obsoletos no serán utilizados y serán adecuadamente identificados escribiendo la frase « OBSOLETO » o trazando una diagonal por lo menos en la primera página.

Los documentos electrónicos obsoletos podrán almacenarse solo como referencia en una carpeta del mismo directorio, que esté claramente identificada y no deben ser confundidos con los documentos vigentes. Estos archivos podrán ser eliminados sin ningún requisito adicional.

6.1.9 Almacenamiento de Registros Electrónicos

Cada vez que se requiera guardar un registro electrónico se debe guardarlo únicamente con el nombre del registro y la fecha de elaboración.

Código de Registro Electrónico: **Í Nombre, Fecha elaboraciónÎ**

Código para Registro Electrónico: Reporte de Producción 13 12 2002

Dependiendo del proceso que maneje cada responsable, los accesos están restringidos para ingresar a ciertas carpetas que no tienen que ver con la función del departamento al que pertenece.

Para la distribución de cualquier documento del Sistema de Gestión de Calidad, cada departamento que lo solicite debe enviar un correo electrónico solicitando la misma al Representante de la Dirección con copia al Jefe de Sistema de Gestión de Calidad, una vez autorizada la copia del documento, el Jefe de Sistema de Gestión de Calidad solicitará el registro de la firma a la persona que realizó el pedido en el FOR GC 22 Lista de Distribución de copias controladas.

Los registros son de libre circulación no se necesita pedir autorización para obtener copias del mismo.

6.2 Control de Registros.

Los registros son fundamentales para nuestra empresa por las siguientes razones:

1. Proporcionan la evidencia objetiva de que fueron satisfechos los requerimientos de calidad para los productos .
2. Reflejan el grado de implantación y eficacia de nuestro Sistema de Gestión de Seguridad
3. Proveen una base de medición esencial para el mejoramiento continuo.

6.2.1.- Clasificación de los registros:

La mayoría de los registros se originan en los formatos aunque también son registros, entre otros las bitácoras, cuadernos, videos, carpetas.

Los registros se clasifican en registros propios y registros ajenos.

Los propios son aquellos que están bajo la responsabilidad de cada departamento y utilizan el código del departamento al que pertenecen.

Los registros ajenos son los que tienen origen en otra área de la empresa, o de origen externo a Arlos S.A., pero sin embargo son almacenados por nuestro departamento, por lo tanto no tienen nuestro código departamental.

Generalmente, si amerita el caso, se tendrá una hoja de control para registros propios, ajenos tanto para los impresos como para los electrónicos.

6.2.2. - Control.

Los registros pueden ser impresos o electrónicos y en muchos casos se declararán ambos.

Las 6 principales actividades que permiten manejar y mantener los Registros son: **identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición.**

Estas se cumplen con la matriz denominada Hoja de Control de Registros **(FOR-GC-02)**.

Cada departamento llevará el control de sus registros en forma Independiente utilizando este formato **(FOR-GC- 02)** en forma electrónica y /o impresa.

Las 6 principales actividades de Control de Registros se resumen como sigue:

Identificación

La mayoría de los registros serán identificados con el nombre o con un código, aunque se preferirá identificarlos con ambos.

Para que la identificación sea inequívoca se adicionará la fecha de vigencia., que es la última fecha de creación del documento, ésta fecha nos ayuda a evitar el uso de documentos obsoletos

Cuando existan varias copias en un mismo juego de registros, cada una de las copias deberá ser identificada individualmente, generalmente diferenciándolas por su número de copia. Cada copia se debe manejar como un registro independiente.

Almacenamiento y clasificación

Los registros serán almacenados de tal manera que se facilite su recuperación oportuna por lo que se debe definir el lugar específico de almacenamiento.

Preferentemente se puede identificar el lugar de almacenamiento con las siguientes letras:

(O) Oficina, (M) Mueble, (A) Archivador, (C) Cajón, (P) Posición (posición en anaquel ó carpeta colgante de cajón), (R) Repisa, (N) nivel, (Cp) carpeta, (AA) archivador aéreo, (D) división, (Pd) pared, (CA)cartón.

En el caso de registros electrónicos el lugar de almacenamiento se define preferentemente con la ruta de acceso al archivo electrónico.

Los registros generalmente son clasificados por orden numérico, cronológico, alfabético ó una combinación de ellas.

- **Protección.**

La protección del registro está definida en la columna denominada Acceso donde se detalla los cargos que pueden disponer de dicho registro.

- **Recuperación.**

El máximo tiempo en la que se debe recuperar o recolectar los registros desde sus áreas de trabajo para archivarlos es 30 días.

- **Tiempo de retención o almacenamiento.**

Cuando se refiera a tiempos de almacenaje se considera que los años son años cumplidos+o años fiscales, por lo que no se toma en cuenta el año en curso.

- **Almacenamiento archivos Activos**

Preferentemente se registrará en la columna denominada %Tiempo de retención Activo+el máximo tiempo de almacenaje definido por cada departamento.

- **Almacenamiento archivos Pasivos**

Preferentemente se registrará en la columna denominada %Tiempo de retención pasivo+el máximo tiempo de almacenaje definido por cada departamento.

Transcurrido el tiempo de almacenamiento pasivo, se eliminará los registros

- **Tiempo de eliminación ó disposición final**

Se dispondrán o eliminarán los registros una vez que haya transcurrido el tiempo de almacenamiento definido.

- **Enmendaduras en los datos**

Salvo que se indique lo contrario los registros podrán tener enmendaduras siempre que estén respaldadas con la sumilla de la persona que corrige.

En caso de que sea un registro de seguridad o sensibilidad económica /técnica o que esté bajo regulaciones contables o legales, no se aceptarán enmendaduras.

- **Eliminación de Formatos**

Procedimiento Control de documentos (PRN-GC-03)

1. - OBJETIVO

El principal objetivo es detallar como realizar el control y manejo de documentos relacionados con el Sistema de Gestión de Calidad. Así como también detallar la forma en la que se debe manejar la identificación, almacenamiento, protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición final de los registros.

2.- POLÍTICA

Es política de Arlos mantener un control permanente de la documentación para asegurar su correcta actualización y la optimización de los documentos en cada departamento.

Según el grado de importancia de los documentos, cada área o departamento debe manejar sus registros según su propia iniciativa pero cumpliendo este procedimiento

3.- ALCANCE

Se aplica a todos los documentos y registros del Sistema de Gestión de Calidad que están descritos en las Listas Maestras de Documentos y formatos.

Los documentos pueden estar en medios impresos, electrónicos o ambos.

4.-RESPONSABILIDADES

El Representante de la Dirección es responsable de la aprobación de todos los documentos del departamento de Sistemas de Gestión de Calidad

El Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad, es responsable del control de los documentos de Gestión de Calidad como: la Política de Calidad , los Objetivos Corporativos, el Manual de Gestión de Calidad, los Procedimientos Normativos, Hojas de Control de Registro, Listas Maestras.

El Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad es responsable de supervisar y asegurar el adecuado manejo de los registros del Sistema de Gestión de Calidad

Los Gerentes departamentales son responsables de la elaboración, revisión y aprobación, de los documentos departamentales, salvo que se especifique lo contrario.

Cada Departamento es responsable del Control de la documentación y de los registros que se genera en su Departamento.

Además, el departamento de Gestión de Calidad es responsable de la revisión de todos los documentos departamentales solo en su forma y no en su contenido y de

reportar los cambios al Representante de la Dirección a través del formato %HISTORIAL DE DOCUMENTOS+.

5.- REFERENCIAS

Norma ISO 9001:2008.

6.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

6.1 CONTROL DE DOCUMENTOS

6.1.1 Tipo y tamaño de letra para elaborar documentos

El tipo o fuente a utilizarse en la elaboración de documentos en general y que se encuentren declarado en la Estructura documental del Sistema de Gestión de Calidad será:

Títulos: Utilizar preferentemente : **ARIAL NEGRITA 14**

Redacción: Utilizar preferentemente : **arial 12**

Interlineado: Utilizar preferentemente : **sencillo**.

6.1.2 Elaboración de documentos

Existe un instructivo con sus respectivos ejemplos para elaborar Procedimientos %Guía para elaborar procedimientos, %Guía para elaborar Instructivos+), Guía para elaborar Flujogramas, %Guía para elaborar especificaciones+.

Para el contenido de los Procedimientos generalmente se utilizarán los capítulos siguientes :

1. **Objetivo**
2. **Política**
3. **Alcance**
4. **Definiciones**
5. **Responsabilidades**
6. **Referencias**
7. **Descripción del procedimiento**
8. **Anexos o Registros**

6.1.3 Encabezado.-

El encabezado se lo utiliza para los procedimientos y contendrá:

En el extremo izquierdo el **nombre o logo** de la empresa; el **nombre** del procedimiento en la parte central inferior y una sección de varios donde se encuentra: **Código , fecha, página**.

Para todos los documentos que no sean Procedimientos preferentemente no se utiliza encabezado y generalmente se usa el código abreviado.

6.1.4 Fecha de Vigencia del documento.-

La fecha de vigencia de un documento contendrá preferentemente el formato:

dd mm aa Donde d = día, m = mes y a = año

6.1.5 Codificación de documentos

6.1.5.1. - Código General para Procedimientos (TTT DDD ##)

El Código General se utiliza para la mayoría de los procedimientos excepto para los que usan el Código Abreviado y se ubica en el encabezado de todas las páginas

El Código General tiene el formato : **TTT DDD ##**

Donde :

TTT = Máximo 3 letras que identifican el Tipo de documento

DDD = Máximo 3 letras que identifican el departamento

= 2 dígitos que identifican el orden correlativo

6.1.5.2.-Código abreviado ó resumido (TTT DDD 00 / Ver ddmm aa)

Se utiliza para todos los documentos exceptuando los Procedimientos que utilizan un encabezado especial.

Es la agrupación de Código, versión y fecha en una sola línea ubicada en la parte superior y sin usar encabezado .

Algunos documentos solo usarán el código abreviado ó resumido por efecto de espacio, ya que éste se ubica generalmente en la parte superior de la hoja.

Se utiliza el código abreviado especialmente para los Formularios (FOR), Mapas de Procesos (MP), Instructivo de Trabajo/Gráficos (INS) , Especificaciones técnicas (ESP), Video (VID), Flujogramas (FLJ), Manual de Gestión de Calidad (MCA)

El Código Abreviado tiene el formato : **TTT DDD ## / Ver dd mm aa**

Donde :

TTT = Máximo 3 letras que identifican el Tipo de documento .

DDD = Máximo 3 letras que identifican el área o departamento

= 3 dígitos que identifican el orden correlativo del documento

Ver = Abreviación de Versión (Se actualizara cada vez que haya un cambio en el documento)

dd = 2 dígitos por el día

mm = 2 dígitos por el mes

aa = 2 dígitos del año actual

6.1.5.3.-Códigos para Tipos de documentos

MGC = Manual de Gestión de Calidad
PRN = Procedimiento Normativo, se relacionan con los procedimientos documentados de la Norma ISO 9001: 2008
PRD = Procedimientos Departamentales
INS = Instructivo de Trabajo/Gráficos (Código abreviado)
ESP = Especificaciones técnicas (Código abreviado)
MP = Mapa de Proceso
VID = video (Código abreviado)
FOR = Formulario (Código abreviado)
FLJ = Diagrama de flujo (código abreviado)
AC = Acciones Correctivas (son las No conformidades - NC)
AP = Acciones preventivas (son las Observaciones - OBS)
ODM = Oportunidad de Mejora

6.1.6.4 *Código de Áreas o Departamentos*

AREA Ó DEPARTAMENTO	NOMBRE RESPONSABLE	CARGO	CÓDIGO DEPARTAMENT AL
------------------------	--------------------	-------	-----------------------------

6.1.6 Revisión y Aprobación de documentos

6.1.6.1 Revisión de documentos

Luego de elaborados, cada Departamento envía sus documentos al Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad para que los revise e ingrese a la red y compruebe los cambios realizados por el responsable del área donde se generó el cambio en el documento electrónico HISTORIAL DE DOCUMENTOS.

6.1.6.3 Aprobación de documentos

Los documentos son revisados y aprobados por el responsable de cada área o departamento generalmente en las Listas Maestras (FOR-GC- 01).

El Manual de Sistema de Gestión de Calidad es aprobado individualmente por el Representante de la Dirección en los Sistemas ISO 9001

Los documentos que se encuentren en medios electrónicos, son aprobados por el responsable de cada área o departamento, generalmente en las Listas Maestras.

Toda la información de la Estructura documental del Sistema de Gestión de Calidad se encuentra ubicada en la Red, por lo tanto esta es la información vigente y controlada.

En los anexos de cada procedimiento se incluyen formatos y documentos que son aprobados en la Lista Maestras **(FOR-GC-01)**

6.1.7 Lista Maestra

Las Listas Maestras, **(FOR-GC-01)**, son mantenidas por el Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad con la finalidad de controlar la fecha vigente y estará accesible para evitar el uso de documentos obsoletos. Así mismo con las Listas Maestras se realiza la aprobación de los documentos.

Esta contendrá, principalmente:

Código, Nombre del documento, fecha vigencia, fecha de actualización.

La fecha vigente de los documentos estará fácilmente accesible en los sitios donde el personal realiza operaciones fundamentales.

Los documentos externos que sean necesarios serán controlados por el departamento que lo requiera y se elaborará una Lista Maestra exclusiva para los documentos externos.

6.1.8 Cambios y enmendaduras en documentos y datos

Cuando sea posible se identificará la naturaleza de los cambios, utilizando la función que se encuentra dentro del menú denominado %herramientas % usando el marcador vertical de Microsoft Word.

Los documentos no válidos u obsoletos no serán utilizados y serán adecuadamente identificados escribiendo la frase « OBSOLETO » o trazando una diagonal por lo menos en la primera página.

Los documentos electrónicos obsoletos podrán almacenarse solo como referencia en una carpeta del mismo directorio, que esté claramente identificada y no deben ser confundidos con los documentos vigentes. Estos archivos podrán ser eliminados sin ningún requisito adicional.

6.1.9 Distribución de documentos

La documentación de normativa y de soporte del Sistema de Gestión de Calidad reside en el PC Servidor de Sistemas, a la cual tienen acceso de lectura las siguientes personas:

Gerente General

Gerente Administrativo

Jefe de Gestión de Calidad

Dependiendo del proceso que maneje cada responsable, los accesos están restringidos para ingresar a ciertas carpetas que no tienen que ver con la función del departamento al que pertenece.

Para la distribución de cualquier documento del Sistema de Gestión de Calidad, cada departamento que lo solicite debe enviar un correo electrónico solicitando la misma al Representante de la Dirección (Gerente Administrativo) con copia al Jefe de Sistema de Gestión de Calidad , una vez autorizada la copia del documento, el Jefe de Sistema de Gestión de Calidad solicitará el registro de la firma a la persona que realizó el pedido en el FOR GC 22 Lista de Distribución de copias controladas.

Procedimiento Auditorías internas de calidad (PRN-GC-04)

1.- OBJETIVO

El principal objetivo del procedimiento es detallar la forma como se debe planificar e implementar Auditorías Internas para determinar la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad

2.-POLITICA

Es política de Arlos S.A. el garantizar un marco de estricta observancia de buenas prácticas y de mejora continua en lo referente al Sistema de Gestión de Calidad -, además todo departamento o área de la empresa debe participar, como auditado si el caso lo requiere.

3.- ALCANCE

El alcance incluye los Informes de las Auditorías Externas ISO en caso de existir.

4.-RESPONSABILIDADES

El Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad, es responsable de mantener y cumplir este procedimiento

Todo el personal que realiza actividades descritas en el procedimiento es responsable del mismo.

5.- REFERENCIAS

PRN-GCA-04 Acciones Preventivas y Correctivas

ISO 19011 :2002

6.- DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Audidores de otras Empresas o Consultores Externos pueden formar parte del equipo auditor sin previa calificación. Protocolo de auditoria INS-GC-09

6.1.- Tipos de Auditorías

Existen tres tipos de Auditorías Internas:

1. Auditoría Documental
2. Auditoría Cumplimiento
3. Auditoría Puntual

6.1.1 Auditoría documental y de Cumplimiento

Estas auditorías deben ser planificadas y realizadas por personal independiente de las actividades auditadas.

Las Auditorías Documentales y de cumplimiento, son las auditorías internas que se realizan como mínimo 2 veces por año.

El Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad programará las auditorías en el registro FOR GC 05 %Plan Anual de Auditorías+ y el Representante de la Dirección aprobará dicho plan.

Se deberá cubrir en el año por lo menos una vez a todas las áreas del Sistema de Gestión de Calidad

Para registrar la auditoría se utilizarán los siguientes documentos:

- FOR-GC-09 Denominado %Auditoría Documental y de Cumplimiento +

6.1.1.1 Auditoría documental

Este tipo de auditoría, que se refiere solo a la revisión de documentos, cubre el cumplimiento de la Política de Calidad, del manejo de Registros y de los Documentos utilizando el FOR-GC-09 Denominado %Auditoría Documental y de Cumplimiento +

El objetivo de la Auditoría es confirmar que la parte Documental esta bien definida y no existen vacíos ni errores antes de pasar a otro nivel de Auditoría como es la Auditoría de Cumplimiento

6.1.1.2 Auditoría de Cumplimiento .-

Este tipo de auditoría, se refiere a la revisión del cumplimiento de los procedimientos.

6.1.1.3 Criterio para tabular los resultados de la Auditoría

En el documento FOR-GC-09 %Auditoría Documental y de Cumplimiento+tiene 3 columnas para calificar al auditado:

COLUMNA %SI+ .- Cuando la muestra tomada para la auditoría es satisfactoria para el auditor

COLUMNA %NO+.- Cuando la muestra tomada para la auditoría no es satisfactoria para el auditor debido a que los incumplimientos son repetitivos o graves y se procede a levantar una No Conformidad (FOR-GC-14).

COLUMNA %CRITE. AUD.-(Criterio de Auditor).- En esta columna el auditor expondrá su criterio:

- ✓ NC: No Conformidad
- ✓ OBS: Observación o Acción Preventiva

✓ ODM: Oportunidad de Mejora

Los resultados se determinan de la siguiente manera:

Se debe cuantificar la cantidad de aciertos o %SI+ en la Auditoría para lo cual se tabula el nivel de efectividad de la auditoria utilizando el porcentaje de efectividad (%).

Las no conformidades y observaciones son comunicadas a los Jefes Departamentales de las Areas auditadas con el fin de que generen las acciones correctivas.

6.1.2 Auditoría Puntual

Estas auditorias no son planificadas y no son realizadas por personal independiente de las actividades auditadas.

La auditoría puntual se orienta a la detección espontánea e imprevista realizada por un empleado en su propia área o en cualquier otra área, a un hecho que amerita que se documente como No conformidad ocurrida en una actividad, a un registro ó a un proceso.

Las NC y Observaciones son registradas en la %Reporte de Acción correctiva, preventiva Op. de mejora+(FOR-GC-14)

Estas auditorias o detecciones aisladas no son mandatorias y se deberá promover su realización en la medida que el Sistema de Gestión de Calidad vaya fortaleciéndose

6.2 No Conformidades

Las No Conformidades que se levanten por parte del Auditor en la auditoria Documental y de Cumplimiento deberán ser registradas en la %Reporte de Acción correctiva, preventiva Op. de mejora+(FOR-GC-14)

El auditado debe detallar:

1. El Análisis de causa,
2. La **acción correctiva** propuesta

El Auditor verificará la Implantación y la Eficacia de la Acciones Correctivas en los campos respectivos.

El Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad registrará el cumplimiento de las medidas tomadas en la Matriz de seguimiento de Planes de Acción FOR-GC-23

6.3 Observaciones

Las Observaciones que se levanten por parte del Auditor en la auditoría Documental y de Cumplimiento deberán ser registradas en el %Reporte de Acción correctiva, preventiva Op. de mejora+(FOR-GC-14).

El auditado debe detallar:

1. El Análisis de causa,
2. La **acción preventiva** propuesta

El Auditor verificará el Seguimiento de la Implantación y la efectividad en los campos respectivos.

El Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad registrará el cumplimiento de las medidas tomadas en la Matriz de seguimiento de Planes de Acción FOR-GC-23.

6.4 Oportunidad de Mejora

La Oportunidad de Mejora que se sugieren por parte del Auditor, en el caso de ser factible su ejecución se registraran en el %Reporte de Acción correctiva, preventiva Op. de mejora+(FOR-GC-14)

El auditado debe detallar:

1. El Análisis de causa,
2. La acciones para implementar las oportunidades de mejoras

El Auditor verificará la Implantación y la Eficacia de la mejora en los campos respectivos.

El Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad registrará el cumplimiento de las medidas tomadas en la Matriz de seguimiento de Planes de Acción FOR-GC-23

6.5 Plan de Auditorías Internas y Externas

El Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad planeará, elaborará y ejecutará el Plan Anual de Auditorías internas y externas, (FOR-GCA-05) preferentemente a inicios del año.

El seguimiento a las auditorías se realizará marcando con una (P) cuando es planificada y cuando ya haya sido realizada se marcará con una (R).

6.6 Calificación y designación de auditores internos

El equipo de auditores, se encuentra formado por uno o más auditores, los mismos recibirán capacitación por una empresa externa.

6.6.1 Pasos para entrenar a los nuevos Auditores Internos

A los auditores que recién van a formar parte del staff de auditores internos de ARLOS S.A. se los entrena de la siguiente manera :

1. Una vez que los auditores han sido capacitados por una empresa externa y se los ha designados como auditores internos, se procede a formar grupos de observadores, con la finalidad de que los auditores recién capacitados tengan un mayor adiestramiento.
2. Queda a criterio del Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad las veces que el nuevo auditor debe formar parte como observador en las auditorías internas, así como determinar el momento que este listo para formar parte del Staff de Auditores de ARLOS S.A..
3. Cuando el auditor sea parte del Staff de auditores de el auditor será puesto nuevamente a prueba, pero esta vez será observado por ARLOS S.A..el Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad que procederá a evaluar su desempeño a través FOR-GC-10+Evaluación continua de los auditores Internos+.

Nota: Queda a criterio del evaluador indicar que el auditor es capaz de llevar a cabo una auditoría interna sin la necesidad de ser observado.

6.7. - Ejecución de la Auditoria

Se debe citar a la auditoría planificada con una comunicación formal, por lo menos con 7 días de anticipación, para lo cual se utilizará el Cronograma de Auditorías (FOR-GC-06) %Cronograma de auditorias de Calidad+

En el Cronograma de Auditorías Internas documentales y de cumplimiento (FOR-GC-06) se debe incluir la fecha, hora, las áreas o departamentos que serán auditados, el tipo de auditoría, las cláusulas a auditar y el nombre de los auditores internos.

Antes de la comunicación el Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad deberán negociar dicho horario.

Los resultados de las auditorías (NC, OBS, ODM) , serán registrados por el auditor en el Reporte de Acción correctiva, preventiva Op. de mejora+(FOR-GC-14).

En relación con las fechas que se registran en este formato (FOR-GC-14), se refieren sólo a los días calendario.

6.6 Comunicación

Todas las solicitudes de acciones correctivas o preventivas se agrupan por departamento y son distribuidas a los responsables del área auditada a más tardar a los 5 días laborables de finalizada la auditoria.

El auditado presentará propuestas de acciones correctivas / preventivas en un plazo no mayor a 15 días laborables desde la fecha de entrega del informe y las completará dentro de un plazo acordado. Cuando sea necesario, el Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad puede hacer recomendaciones acerca de la acción correctiva que se vaya a tomar.

Se utilizará el formulario *Resumen de Auditoria* (FOR-GC-07;FOR-GC-08;) para resumir los resultados de la auditoria, resaltando el número de las NC, OBS y ODM encontradas, segregado por departamento o área y por tipo de cláusula que se auditó.

El Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad es responsable de elaborar y enviar dicho Informe al Representante de la Dirección.

7.- ANEXOS Y REGISTROS

FOR-GC-05 Plan de auditorias

FOR-GC-06 Cronograma de Auditorias de Calidad (documental y de cumplimiento)

FOR-GC-14 Reporte de Acción Correctiva/Preventiva/ Oportunidad de Mejora

FOR-GC- 07 Resumen de auditoria

FOR-GC-09 %Auditoria Documental y de Cumplimiento+

FOR-GC-08 %Informe de auditoria Interna ISO+

FOR-GC-10 %Evaluación continua Desempeño Auditores Internos+

Procedimiento Sistema de mejoramiento continuo(PRN-GC-05)

1.- OBJETIVO

Detallar la forma de implantar y manejar el Sistema de Mejoramiento Continuo en toda la empresa.

4.- POLÍTICA

Cada área ó departamento debe implantar y optimizar el Sistema de Mejoramiento Continuo de su departamento.

3.- ALCANCE

Todos los departamentos que están dentro del Sistema de Calidad-

4.- RESPONSABILIDADES

El Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad es responsable de la coordinación general del Sistema de Mejoramiento Continuo, así como de su promoción, difusión, recopilación de información y resultados.

El máximo responsable de cada área o departamento es el responsable de la implantación y optimización del Sistema de Mejoramiento en su área.

5.- REFERENCIAS

Norma ISO 9001: 2008.

6.- DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

El Sistema de Mejoramiento Continuo esta basado en algunos programas a manera de módulos que son propios del área de Gestión de Calidad

Los programas son independiente entre sí y cada programa tiene su propio desarrollo. Los principales son:

1. Sistema de Información Gerencial (SIG) y
2. Programa de Ideas y comunicaciones (Buzón)
3. Proyectos de Mejora/ (FOR-GC-24)
4. Difusión y comunicación interna (Cartelera)
5. Cronograma de Actividades del Sistema ISO 9001:2008 (FOR-GC-25)

1.- Sistema de Información Gerencial (SIG)

Es un sistema de manejo de indicadores que permite a cada departamento llevar un control y seguimiento de los resultados reales y analizar sus variaciones.

En la mayoría de los casos, el SIG permite comparar los resultados reales del último mes contra los resultados del mes anterior y/o contra los objetivos propuestos.

El responsable del departamento o área deberá escribir el Análisis de los indicadores, indicando el justificativo o las acciones correctivas en el caso de que exista una variación muy marcada y no cumplamos con el Objetivo o Cap propuestos. El análisis de los indicadores se detalla en la parte inferior del Grafico.

El Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad deberá verificar que estén actualizados en el sistema los resultados del SIG y objetivos en cada departamento hasta el décimo quinto (15) día de cada mes y luego la Gerencia Administrativa los podrá revisar.

Si existe la necesidad el Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad revisará los indicadores de las áreas con cada uno de los responsables cuando los mismos no estén presentando resultados positivos durante cierto tiempo de control.

2.- Programa de Ideas y Comunicaciones (Buzón de Sugerencias)

El aporte del Recursos Humanos es la mejor fuente de información para elaborar ideas valiosas para el Mejoramiento Continuo, por tal motivo, existe en ARLOS S.A.. el Programa de Ideas y Comunicaciones que permite generar potenciales proyectos de mejora

Así mismo, las comunicaciones que se generan a través del buzón permiten mantener un buen sistema de comunicación interna del personal con la empresa.

Para tal fin existe un Buzón de Ideas y Comunicaciones para recopilar la información del personal.

La Gerencia Administrativa recogerá las ideas y comunicaciones en el buzón en períodos no mayor de 30 días, para ser entregadas a Gerencia General quien indicará a las personas que ella estime conveniente darle trámites a las mismas en caso de que apliquen.

3.- Proyecto de mejora

El proyecto de mejora es elaborado generalmente en equipo por un grupo de funcionarios de varias áreas, basados en la observación y medición estadística de hechos, para buscar mejor productividad en la forma de realizar las actividades.

Las principales fuentes que originan Proyectos de Mejora son:

- No conformidades (graves)
 1. Generadas en Manejo de procesos
 2. Generadas en Auditorías
 3. Generadas en el Sistema Información Gerencial

- Problemas de calidad
- Ideas ó sugerencias de calidad
- Oportunidades de mejora
- Reclamos de Clientes.
- Encuestas a los Clientes.

Para desarrollar el Proyecto de Mejora se requiere cumplir algunas etapas bajo la coordinación (si se requiere) del Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad, quien tiene que motivar, gestionar y lograr que los miembros del equipo de mejora logren encontrar una mejor solución al caso. (FOR-GC-24)

Las etapas para elaborar el proyecto de mejora son, entre otras, las siguientes:

- Planteamiento de la No Conformidad ó Problema
- Planteamiento de la sugerencia ó Oportunidad de mejora
- Definición del equipo del proyecto de mejora
- Uso de herramientas estadísticas utilizadas para el análisis de la causa raíz del problema
- Describir la causa raíz del problema
- Descripción de las Soluciones propuestas
- Análisis del Costo-Beneficio de la implantación

- Tiempo de duración del proyecto
- Opinión del Jefe inmediato
- Análisis y aceptación el Gerente Departamental ó General(una vez aprobada por gerencia se entrega una copia al auditor interno de la compañía)
- Fecha de implantación completada
- Resultado real del Costo-Beneficio de la implantación
- Resumen del Proyecto de mejora para informe a Gerencia
- Verificación del éxito del Proyecto por parte de Gerencia

Cuando el caso lo amerite el resultado real del Costo-Beneficio de la implementación del Proyecto de Mejora será determinado por el Auditor Interno del área contable.

Una vez que el proyecto esté aprobado el Departamento de Sistemas de Gestión de Calidad le dará el seguimiento respectivo hasta su ejecución y puesta en marcha. (FOR-GC-24).

4.-Difusión y Comunicación Interna (CARTELERA).

Toda la información que se genera en el Sistema de Mejoramiento Continuo y otras informaciones importantes son difundidas y comunicadas a todos los niveles de la organización a través de las Carteleras de publicaciones o por correo.

5.- Cronograma de Actividades del Sistema ISO 9001:2008 (FOR-GC-25)

Una de las importantes mediciones que se realizan en la empresa es el nivel de cumplimiento de las actividades planificadas.

El control y seguimiento de las actividades relacionadas al Sistema de Calidad se refleja en el FOR GC 25 + , en este reporte, se aprecia el grado de cumplimiento e incumplimiento de cada una de las tareas departamentales planteadas.

Se determina el estado de cumplimiento del FOR-GC-25 de la siguiente manera:

R = Realizado;

P = Pendiente;

N = No cumplió

7.- ANEXOS

Proyecto de mejora/	FOR-GC-24
Sistema de manejo de indicadores	FOR-GC-11
Cronograma de actividades del ISO 9001e ISO 14001	FOR-GC-25

Procedimiento Manejo de procesos (PRN-GC-06)

1.- OBJETIVO

Detallar la forma de manejar y controlar los procesos de la organización.

2.- POLÍTICA

Cada departamento debe definir y modificar cuando exista oportunidad de mejora , sus propios parámetros de medición, control y manejo de sus procesos

3.- ALCANCE

Todos los departamentos y actividades que están dentro del Sistema de Calidad y que tengan definidos sus procesos.

4.- RESPONSABILIDADES

El máximo responsable de cada área o departamento es el responsable general de los procesos.

Los operadores del área definidos ejecutan las mediciones y registros.

El Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad es responsable de la coordinación general de la implantación del procedimiento.

5.- REFERENCIAS

PRN-GC 05 Procedimiento de Mejoramiento Continuo

6.- DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

6.1-Definición del Macro Proceso

Tomando como referencia el modelo de proceso de la norma ISO 9001:2008 se definirá el Macro Proceso de la organización el cual deberá ser aprobado por el Representante de la Dirección.

Una vez que los procesos están definidos, a cada uno de ellos, se les nombrará sus responsables, sus indicadores de gestión pertinentes y los responsables de su medición en la **Matriz de responsabilidades de Proceso+FOR- GC-03**

6.2-Nomenclatura de Procesos

Generalmente, un proceso está constituido por varios subprocesos y estos a la vez pueden contener otros subprocesos. Para diferenciar los distintos niveles, a cada proceso / subproceso se le designa un número de Nivel a partir del cero en adelante, para ello nos referiremos al **Instructivo para codificar procesos y especificaciones+** Cuando nos referimos a un **proceso+**, este puede ser también un subproceso de cualquier nivel.

La forma de definir detalladamente los procesos y subprocesos, en especial su nomenclatura, está claramente especificado en el **Instructivo Nomenclatura para manejo de Procesos+ (INS-GC-06)** , en el se aprecia que los 6 elementos constitutivos de un proceso son :Entrada, Proceso, Salida, Controles, Recursos y Criterios de Aceptación del Proceso.

6.3.-Criterios de Aceptación del Procesos (C.A.P)

Se define que la forma de evaluar la conformidad de un proceso es decir, si un proceso es aceptable o no, se la realiza a través de los **Criterios de Aceptación del Proceso+(C.A.P.)**.

Todo proceso ó subproceso debe contar con un C.A.P. por lo menos

Los C.A.P. pueden ser de 4 tipos:

1. Indicadores de Productividad (Incluyen recursos como dinero, personal, plazos).
2. Especificaciones del producto (Que se refieren al producto final)
3. Información del proceso.
4. Satisfacción del Cliente.

Las Correcciones o acciones que se hagan al incumplimiento de los CAP pueden ser, según su nivel de importancia, entre otras:

1. Emitir un Acta de resumen de incumplimiento de los Procesos
2. Informar al nivel gerencial de la desviación usando un reporte periódico para que la Gerencia analice la información y tome decisiones pertinentes.

3. Indicar el respectivo justificativo.

6.4.-Especificaciones Teóricas del Procesos (E.T.P.)

Son los datos de los 6 elementos de un solo proceso y son denominados teóricos+debido a que son condiciones ideales que se pretenden alcanzar en el largo plazo y que deben ser tomadas como referencia o meta. **FOR-GC-13.**

6.5.-CONTROL DE CALIDAD SOBRE LAS E.T.P.

La salida del proceso es un producto y tiene unas especificaciones sobre las que se hace un Control de Calidad.

El Control de Calidad puede aplicarse tanto a la entrada, en el proceso y a la salida, para lo cual definimos el documento de referencia. En los procedimientos respectivos se indicará la frecuencia de los controles de calidad y otros detalles.

6.6.- Mapa de Procesos.

El documento Í Mapa de ProcesoÍ FOR GC 04 consta de varios subprocesos con los cuales se definen las interacciones de los procesos o subprocesos de un proceso.

6.7.- Definición del Sistema de Información Gerencial.

El Sistema de Información Gerencial está compuesto por el Sistema de Manejo de Indicadores de Productividad **FOR-GC-11**,

El %Sistema de Manejo de Indicadores de Productividad+tiene los siguientes elementos relacionados:

1. El Sistema de Manejo de Indicadores de Productividad propiamente dicho.
FOR- GC-11
2. %Gráfico+**FOR- GC-11**

6.8.- Control de Procesos.

Cada indicador se verá en un %Gráfico+así mismo, se indicará con un breve comentario en la parte inferior de los %gráficos+; si la evolución de los resultados del proceso a través del indicador analizado no es satisfactoria.

Cuando existan muchos incumplimientos de los niveles de CAP definidos o los incumplimientos afecten los procesos definidos, estos hechos se registrarán en Actas de Novedades de Proceso que se analizarán y se corregirán en reuniones departamentales.

Como evidencia de la reunión y de las acciones tomadas , los asistentes, en especial el Jefe del área involucrada, firmarán el acta con los comentarios pertinentes.

7.- ANEXOS

Mapa de Proceso	FOR-GCA-04
Matriz de Responsables de Proceso	FOR-GCA-03
Sistema de Manejo de Indicadores de Productividad	FOR-GCA-11
Especificaciones teóricas de proceso	FOR-GCA-13
Instructivos para codificar procesos y especificaciones	INS-GCA-10
Nomenclatura del Manejo de Procesos	INS-GCA-06

Procedimiento Acciones preventivas (PRN-GC-07)

1.- OBJETIVO

El principal objetivo es detallar como asegurar la implantación de acciones preventivas y además comprobar su eficacia.

2.- POLÍTICA

Todos los departamentos deben generar acciones preventivas y correctivas.

3.- ALCANCE Y DEFINICIONES

El alcance incluye las áreas contempladas en el Sistema Gestión de Calidad
SUMILLA : iniciales del nombre o firma compacta.

NC : No Conformidad al Programa, producto o, procesos y al Sistema de Gestión de Calidad

La NC Se la levanta cuando se la detecta y se la cierra cuando se la corrige.

GCA : Gestión de Calidad

AP : Acción Preventiva

ODM : Oportunidades de Mejoras

OBS : Observación.

4. -RESPONSABILIDADES

El Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad será responsable de promover el uso de este procedimiento en forma eficaz.

El máximo responsable de cada departamento es responsable de la implantación del Procedimiento en su área

5. REFERENCIAS

Reporte de Acción preventiva Op. de mejora **FOR GC-14**

6. - DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Acciones Preventivas (AP)

Las acciones preventivas son soluciones a tendencias que podrían volverse desviaciones o NC sino se hace algo al respecto, por lo tanto, es necesario tener un mecanismo de prevención.

El personal podrá realizar la detección de AC en su trabajo rutinario.

Las Acciones Preventivas incluyen las siguientes actividades:

- a) Uso de fuentes de información
- b) Documento de Referencia
- c) La incidencia (lo que se evidencia)
- d) Análisis de Causa
- e) Tendencia y posibles No Conformidades (Observaciones)
- f) Determinar pasos para resolver problemas(AP)
- g) Controles para probar su eficacia
- h) Asegurar que se informe a Gerencia

Todas las Observaciones que se detecten durante una auditoria interna deben ser tratadas como Acciones Preventivas.

6.1. Análisis de Causas

En cada NC u observación se debe buscar la verdadera causa raíz de dicha NC (si el caso lo amerita), para lo cual existe un campo en el formato FOR-GC-14, donde se describe el correspondiente análisis de causas.

De ser necesario, si se requiere más espacio para actas, información, gráficos, etc., se puede ampliar a varias hojas numerándolas consecutivamente. Opcionalmente como apoyo a los formatos de acciones correctivas, se podrá utilizar los formatos FOR-GC-15 %Diagrama Causa Efecto+ y/o el formato FOR-GC-16 %Análisis de Causa+que se incluirán como anexos.

Dependiendo del impacto de la NC u observación y cuando amerite, se elaborará Proyectos de Mejora (FOR-GC-24) sobre el tema específico, con el fin de elaborar una Acción Correctiva más eficaz.

6.2 Descripción de las Acciones Preventivas.

Las acciones preventivas (AP) van enfocadas a eliminar la potencial NC u observación.

Basado en un adecuado análisis de causas, se procede a elaborar las acciones correctivas y preventivas, las mismas que son documentadas en el formato FOR-GC-14, en donde se describirán las acciones designadas, se debe identificar en la parte superior de este registro si es una AP u ODM.

En el campo de %Acciones propuestas+ se puede seleccionar cuatro opciones a considerar. Antes de describir la Acción se marcará con una X, por lo menos uno de los cuatro casilleros denominados:

SE CAPACITO,

SE CAMBIO REGISTRO,

SE CAMBIO PROCEDIMIENTO

OTROS

En el caso de las auditorias internas, los auditados deberán enviar las acciones correctivas /preventivas al Departamento de Gestión de Calidad máximo hasta 15 días laborables después de haber recibido los informes de no conformidades/observaciones.

6.3 Verificación de Implantación de la AP.

6.3.1. Por auditorias internas documentales, auditorias de cumplimiento, auditorias puntuales y reclamos de clientes.-

Una vez que cada departamento implanta la AP, se notificará al Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad, para que se evidencie la implantación y efectividad de la AP y se llene el campo VERIFICACION DE LA IMPLANTACION, incluyendo en el mismo los nombres de los responsables y la fecha de la verificación, para esta actividad si se requiere se puede solicitar la ayuda de los auditores internos.

El Jefe de Sistemas de Gestión de Calidad registrará el cumplimiento de las medidas tomadas en la Matriz de seguimiento de Planes de Acción FOR-GC-23.

6.3.2 Por producto y procesos.-

La Verificación de la Implantación de Acciones Correctivas/Preventivas la realizará el supervisor o inspector del Departamento de Aseguramiento y Control de Calidad. Esta implantación no deberá exceder los 30 días calendario desde el levantamiento de la NC u observación.

En caso de haber excedido el plazo requerirá que el involucrado envíe un memo a Gestión de Calidad. La no presentación del memo de Justificación y prórroga ameritara por parte de Gestión de Calidad u na nueva NC.

6.4. Manejo de quejas de clientes.

Las quejas de clientes, ya sean escritas o verbales, e independiente de que las quejas sean justificadas ó no, se deberán tratar como No Conformidades. La acción correctiva se le enviara a los clientes vía correo electrónico (ACCION CORRECTIVA DE RECLAMOS). Los diferentes departamentos o áreas mantendrán la información referente a los reclamos de los clientes. Se dará un tiempo máximo de 15 días para recibir una respuesta por parte del cliente, caso contrario se asume que el cliente ha aceptado la acción correctiva. PRD-ME-02

Cuando exista porcentajes bajos en las encuestas anuales de los clientes, el departamento de mercadeo se enviará a los clientes vía correo electrónico o el se comunicará con el cliente para atender sus inquietudes (se levanta un acta si es necesario).

6.5 Control de efectividad de la AP.

Gestión de Calidad (Si la No conformidad u observación ha sido por auditorias o reclamos de clientes) narrará en el último campo del Reporte de NC dedicado al Control de efectividad, si es que se evidencio que la implantación de la AP tuvo oportunidad de ser aplicada en el trabajo diario.

El responsable de SGC deberá llenar el campo Control de efectividad, incluyendo en el mismo su nombre, y la fecha del control.

El plazo para comprobar la eficacia de la AP puede pasar hasta 90 días desde el levantamiento de la NC u OBS o puede comprobarse también durante las auditorias internas.

7.- ANEXOS

Reporte de Acción Correctiva / Preventiva Oportunidad de Mejora.

FOR EGC E 14

Proyectos de Mejora

FOR EGC E 24

Procedimiento Producto no conforme (PRN-GC-08).

1.OBJETIVO:

Manejar las no conformidades, reales o potenciales, con el fin de investigar y eliminar las causas de su origen, para prevenir su repetición a través de la toma de acciones correctivas, preventivas y de mejora.

Para simplificar, en adelante sólo se hablará de hallazgos y este término englobará los incumplimientos respecto a:

- Los requisitos de la norma ISO- 9001
- Los requisitos del producto.
- Los requisitos de clientes.
- Los requisitos legales aplicables
- Los requisitos de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad
- AMFE

2. POLÍTICAS:

- Es política cumplir siempre con el Standard de calidad de ARLOS S.A. y el Sistema de Gestión de Calidad.

3. ALCANCE Y DEFINICIONES.

Este procedimiento tiene alcance a todas las actividades, procesos y productos efectuados en ARLOS S.A.

DEFINICIONES.

- 5.- **No conformidad:** Incumplimiento de un requisito.
- 6.- **Acción Correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.
- 7.- **Acción Preventiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.
- 8.- **Mejora continua:** Acción recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.
- 9.- **Corrección:** Acción tomada sobre un producto y/o servicios declarados como no conformes, de tal forma que sea conforme con requisitos.
- 10.- **Observación:** Situación con riesgo de convertirse en no conformidad. Representa una oportunidad de acción preventiva o de mejora.

4.RESponsabilidad

Gerente Técnico y administrativo son los encargados de establecer las acciones correctivas para las no conformidades generadas por reclamos del cliente e incumplimiento de requisitos con el producto.

5.REFERENCIAS:

N/A

6.DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

6.- DISPOSICIONES GENERALES PARA LAS NO CONFORMIDADES :

Al implementar su Sistema de Gestión de Calidad ha identificado y determinado sus requisitos en función de la Norma ISO 9001:2008, los mismos que se encuentran especificados en el Manual del Sistema de Gestión de Calidad (MC-CG-01).

Por tanto el No cumplimiento de tales requisitos y otras especificaciones pertinentes llevan a identificar No Conformidades que provocan desviaciones, las mismas que ameritan ser registradas a cualquier nivel de la empresa para llevar a cabo acciones correctivas o preventivas cuyo seguimiento tiene el propósito de eliminar sus causas, generando así lineamientos para mejorar el desempeño del Sistema de Gestión de Calidad, todas las No conformidades y observaciones son

registradas en el Reporte de Acción correctiva, preventiva Op. de mejora FOR-GC-14.

Las acciones correctivas son necesarias cuando se han producido %no conformidades+ y las preventivas si se detecta la posibilidad de %no conformidades potenciales u observaciones+.

Cualquier tipo de hallazgo, la desviación de los procedimientos, el no cumplimiento de lo planificado, la no consecución de un objetivo o meta, etc. se recogen durante:

- “ El seguimiento del cumplimiento de objetivos y programas de calidad .
- “ El control operacional, el seguimiento y medición del mismo
- “ Las auditorias de calidad internas o externas
- “ Directamente de nuestros empleados sobre acontecimientos acaecidos, sugerencias o quejas internas
- “ Las reclamaciones o quejas de partes interesadas externas recibidas y de clientes.

Estas son registradas por la persona que las detecta o recibe la comunicación en el Reporte de Acción correctiva, preventiva Op. de mejora FOR-GC-14, luego sigue el procedimiento indicado en la Acciones Correctivas y Acciones Preventivas.

7.- ANEXOS Y REGISTROS

FOR GC 14

STICKERS NO CONFORME

COMUNICACIÓN INTERNA

1. OBJETIVO:

Establecer un método que permita la comunicación dentro de la Organización

2. POLITICA.

Este procedimiento se alinea a la política de Calidad de ARLOS S.A. que considera importante la difusión a nuestros empleados nuestra actividad y a sus funciones.

3. ALCANCE:

Este procedimiento aplica a las comunicaciones internas y las actividades descritas dentro del alcance del Manual del SGC,

4. DEFINICIONES:

- **Comunicación:** Proceso de recepción, emisión, documentación y respuesta a la información y solicitudes pertinentes de las partes interesadas que permita un diálogo con las mismas y consideración respecto de sus intereses.

5. RESPONSABILIDADES:

	GERENTE TECNICO	GESTION DE CALIDAD	GERENTE DE COMPRAS Y VENTAS	LABORATORIO	CONTADOR	ASESOR TECNICO
Recepción y documentación de consultas /internas	R	R	R			
Evaluación de las consultas internas	R	C	C	C	C	C
Ejecución de la decisión adoptada	R	C	C	C	C	C
Documentación archivo de las consultas de las decisiones adoptadas		R				
R = RESPONSABILIDAD C= COLABORACION I = INFORMACION						

6. REFERENCIAS NORMATIVAS:

NORMA ISO 9001 2008

7. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES:

7.1.-Comunicaciones internas.

El Jefe de Gestión de Calidad codifican y registran las comunicaciones internas emitidas como las recibidas, en el formato FOR-GC-20. Tras el análisis de las mismas el representante de la dirección junto al Jefe de Sistema de Gestión de Calidad emitirán en el plazo máximo de 7 días laborables alguna respuesta o la decisión resultante a través de un e-mail o por medio de una comunicación escrita u oficio al superior del departamento o área correspondiente.

Del mismo modo se aprovechará la cartelera para emitir comunicados, resultados de mejoras obtenidas por el Sistema de Gestión de Calidad

La comunicación interna entre los diferentes niveles de La Organización en lo que respecta al Sistema de Gestión de Calidad, se logra por medio de los siguientes mecanismos:

- **Carteleras.**
- **E- mail.**
- **Trípticos.**
- **Memos internos.**
- **Reuniones formales (con registro o actas) e informales (sin actas).**
- **Reuniones de capacitación del personal (se genera registro).**

8. REGISTROS:

Registro de Comunicaciones Internas

Reclutamiento, selección, contratación e inducción del personal .

1.- OBJETIVO :

Orientar sobre los pasos a seguir en el proceso de reclutamiento, selección, contratación e inducción del personal de la Compañía

2.- POLÍTICAS :

- Toda persona que ingrese a la Compañía deberá sujetarse a un proceso de selección.

3.- DEFINICIONES :

Reclutamiento.- Es un proceso donde se consiguen candidatos suficientes que, en principio parecen reunir las competencias exigidas por el puesto, de forma que, posteriormente, fueran seleccionarse a la(s) persona(s) mas idóneas para cubrir las vacantes existentes en la empresa.

Selección.- Es un proceso sistemático a través del cual se elige, de entre todos los candidatos reclutados, el más adecuado para ocupar el puesto vacante.

Contratación.- Es el proceso en que se establece la relación contractual con el nuevo trabajador.

Inducción.- Socialización del nuevo empleado en la organización a fin de que se adapte rápidamente a la misma, a través del conocimiento de su misión, visión, políticas y principios corporativos, además de sus procesos principales.

4.- ALCANCE :

Aplica a todo el personal

5.- DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO :

AREA RESPONSABLE	No.	PASOS A SEGUIR
Gerente	1	Comunica la necesidad de personal. (FOR-RH-04)
Gerente administrativo	2	Recluta a los aspirantes ya sea a través de aplicaciones voluntarias
	3	Pre-selecciona aspirantes que cumplan con el perfil del cargo requerido.
	4	Realiza entrevista a aspirantes pre-seleccionados.

- 5 Selecciona al candidato que cumpla con los requisitos.
- 6 Comunica a la Gerencia General esta contratación
- 7 Comunica al empleado documentación Requisitos Indispensables para el ingreso que deberá presentar
- 8 Archiva documentación reglamentaria en carpeta personal del empleado. (FOR-RH-13)
- 9 Comunica a trabajador fecha de ingreso a sus labores.
- 10 Comunica al Gerente la fecha de ingreso del nuevo trabajador.
- 11 Coordina la elaboración del contrato de trabajo.
- 12 Recoge firmas en el contrato de trabajo.
- 13 Realizar los trámites en el IESS.
- 14 Realiza la inducción de la organización al nuevo empleado.

9. CUADROS EXPLICACION

1.- MACROPROCESOS DE ARLOS S.A.

Los principales procesos de ARLOS S.A. se encuentran definidos en este diagrama el cual muestra la secuencia e interacción entre los procesos.

Existen procesos independientes, como Administración, Gestión de Calidad y Recursos Humanos , que están fuera de la línea de flujo normal de producción pero que interactúan en ambas vías con los procesos productivos.

Para tal fin se ha utilizado un %conector+ en el Macroproceso. (Ver lista maestra de macroprocesos de Gestion de Calidad)

Existe un procedimiento exclusivo para el Manejo de Proceso que detalla la forma de manejar los mismos. (PRN-GC-06).

CODIGO	NOMBRE
MP-GG-01	MACROPOCESO
MP-GG-02	REPOSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN
MP-GG-03	GESTION DE RECURSOS
MP-GG-04	REALIZACIÓN DEL PRODUCTO
MP-GG-05	MEDICIÓN Y ANALISIS DE MEJORA
MP-GG-06	MACROPROCESO DE PRODUCCION
MP-GG-07	MACROPROCESO DE ARLOS

INSTRUCTIVO PARA CODIFICAR PROCESOS Y ESPECIFICACIONES

Para la codificación de los procesos se deberá tener presente lo siguiente:

MACROPROCESO

1. El documento %Mapa de Proceso+ se utiliza para graficar la secuencia e interacción de dos o más procesos del departamento o de la empresa.

El primer paso es definir el Macro proceso de la empresa, usando como referencia el modelo de proceso de la Norma ISO 9001:2008 .

El nivel o piso+, a partir del cero, define las subdivisiones que puede tener un proceso.

El Macroproceso se encuentra en el NIVEL 0 y la identificación de los procesos dentro de ese nivel se lo hará con un solo dígito (1, 2, 3, 4, etc.) .

EXCEPCIÓN

- Si alguno de los procesos no requiere especificar las características de sus 6 elementos, se le borrará el código respectivo y se adecuará la numeración secuencial al resto de los procesos.

El código del Mapa de Proceso+es **MP-DDD-X. N** , en donde:

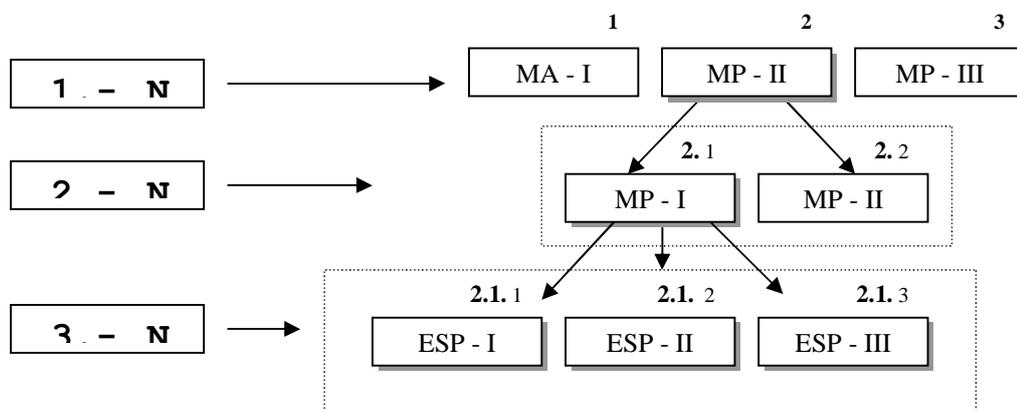
DDD; es el departamento

X ; es el dígito o los dígitos del proceso origen del nivel inmediato superior, en el caso del Macro proceso de la empresa el nivel es cero.

N; es el número secuencial respectivo

CODIFICACIÓN

- Cada uno de los procesos podrá ser codificado de la siguiente manera:



Se puede deducir el nivel del proceso analizado restando el valor de uno al número total de dígitos en el código del proceso: 2. 2.1 (3 dígitos . 1) = 2 , por lo tanto ,Nivel 2

El documento %Especificaciones Teóricas del Proceso+se utiliza para un solo proceso con el fin de detallar las características de sus 6 elementos.

Su codificación es **ESP-DDD- X . N** , en donde:

DDD; es el departamento

X; es el dígito o los dígitos del proceso origen del nivel inmediato superior

N ;es el número secuencial respectivo

A todos los procesos les serán definidos sus elementos en una E.T.P.

Resultados y discusión

La utilidad de las normas lo que hace facilitar es el comercio pero depende en gran medida de la confianza que merezca al comprador la aseveración del fabricante de que el producto cumple una norma determinada. Para la mayoría de los productos que entran en el mercado, los compradores suelen dar por buena la afirmación del fabricante de que el producto cumple la norma.

Hay, sin embargo, dos situaciones en que tales declaraciones no bastan por sí solas. Primero, en ciertos casos, los fabricantes que compran piezas, componentes y materiales pueden optar porque un tercero neutral certifique que esas piezas, componentes y materiales cumplen las especificaciones de las normas. Segundo, en relación con los productos sujetos a reglamentación, las autoridades reguladoras a menudo exigen que, antes de que los productos de fabricación nacional o los importados sean puestos a la venta, una institución o laboratorio reconocidos emitan una declaración positiva de conformidad de los productos con las prescripciones reglamentarias en materia de seguridad, calidad o medio ambiente.

Conclusiones

En nuestro país existen muchas leyes que en oportunidades son desconocidas, o si se conocen, no se aplican, o no hay suficientes políticas o estrategias para hacer cumplir la ley responsablemente.

Lo interesante de todo esto es entender que la calidad en los productos es un DERECHO del consumidor, por lo que la legislación en materia es un instrumento fundamental para el cumplimiento de ese derecho. Bien sea del consumidor interno o del consumidor extranjero. Por tanto, la satisfacción de un mercado con productos de calidad, y con el contenido de información requerida por el consumidor, exige de sistemas de gestión de calidad ; por tanto, considero que la legislación, aunque no siempre es la más adecuada o la más moderna, es un elemento principal en relación con estos sistemas, para el logro de los fines perseguidos.

Recomendaciones

Disponer de un marco jurídico actualizado y armonizado como base del Sistema de Gestión de Calidad.

Disponer de un programa efectivo de inspección y verificación del cumplimiento de la normativa Iso 9001 versión 2008 para realizar el control

Disponer de un sistema efectivo para la vigilancia: Vigilancia del desarrollo Humanos, Vigilancia en producción, Vigilancia en los químicos usado apoyado por proveedores con sus certificaciones.

Disponer de un programa de información, educación, comunicación y capacitación como soporte del control a la gestión de la calidad

Bibliografía

- Sistemas de Gestión de Calidad Segunda Edición (Texto Oficial de la Materia)
- NB-ISO 9000:2000 Sistemas de Gestión de la Calidad . Fundamentos y Vocabulario.
- NB-ISO 9001:2000 Sistemas de Gestión de la Calidad - Requisitos.
- NB-ISO 9004:2000 Sistemas de Gestión de la Calidad . Directrices para la mejora del desempeño.
- NB-ISO 19011:2002 Directrices para la auditoria de los sistemas de gestión de la calidad y/o ambiental
- ASQ: "Quality Review", ASQ Press, USA 2000.
- J. M JURAN Tercera edición 1992: "Manual de Control de Calidad" Editorial Reverte, Colombia.
- THOMAS PYZDEK1996.: "Manual de Control de la Calidad en la Ingeniería", McGraw Hill, México

Glosario

CALIDAD

Aptitud para el uso

PROCESO

Un proceso se puede definir como un conjunto de actividades, acciones o toma de decisiones interrelacionadas, caracterizadas por entradas y salidas, orientadas a obtener un resultado específico como consecuencia del valor añadido aportado por cada una de las actividades que se llevan a cabo en las diferentes etapas

DIAGRAMA DE FLUJO PARA EL PROCESO

El diagrama de flujo de un Proceso es la representación visual de la serie de acciones, etapas o tareas de que consta un Proceso.

AUDITORÍA

Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas objetivamente a fin de determinar hasta que punto los criterios de auditoría se cumplen.

EVIDENCIAS DE LA AUDITORÍA

Registros, declaraciones de hecho u otra información que son relevantes para los criterios de auditoría y que son verificables.

HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

Resultados de la evaluación de las evidencias de la auditoría frente a los criterios de auditoría

AUDITOR

Persona con la competencia para realizar una auditoría

Anexos

MAPA DE PROCESO

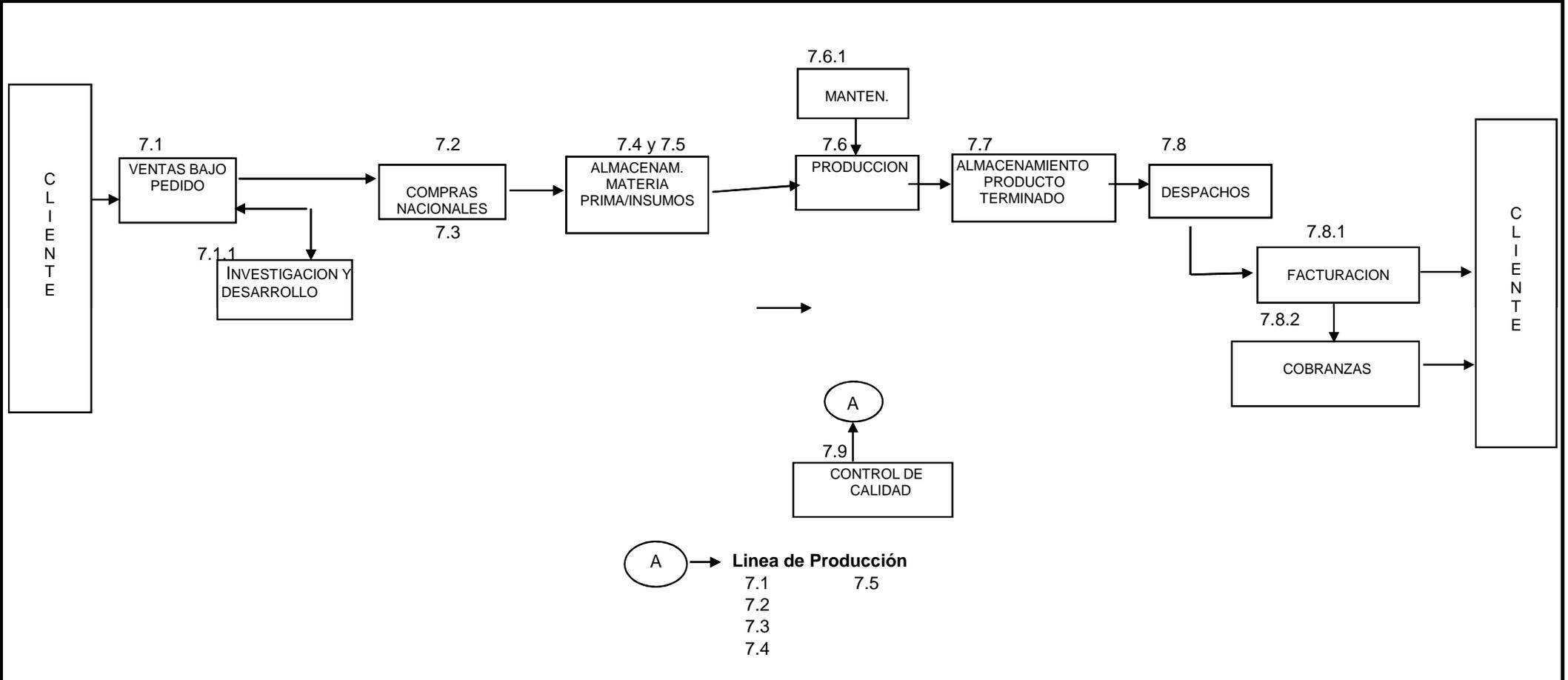
FOR GC 07/ ver 23-02-2011

AREA: GESTIÓN DE CALIDAD

NOMBRE DE PROCESO: PRODUCCIÓN Y COMERCIALIZACIÓN DE QUIMICOS

CODIGO MAPA DE PROCESO: MP GC 4

NIVEL: 1



MAPA DE PROCESO

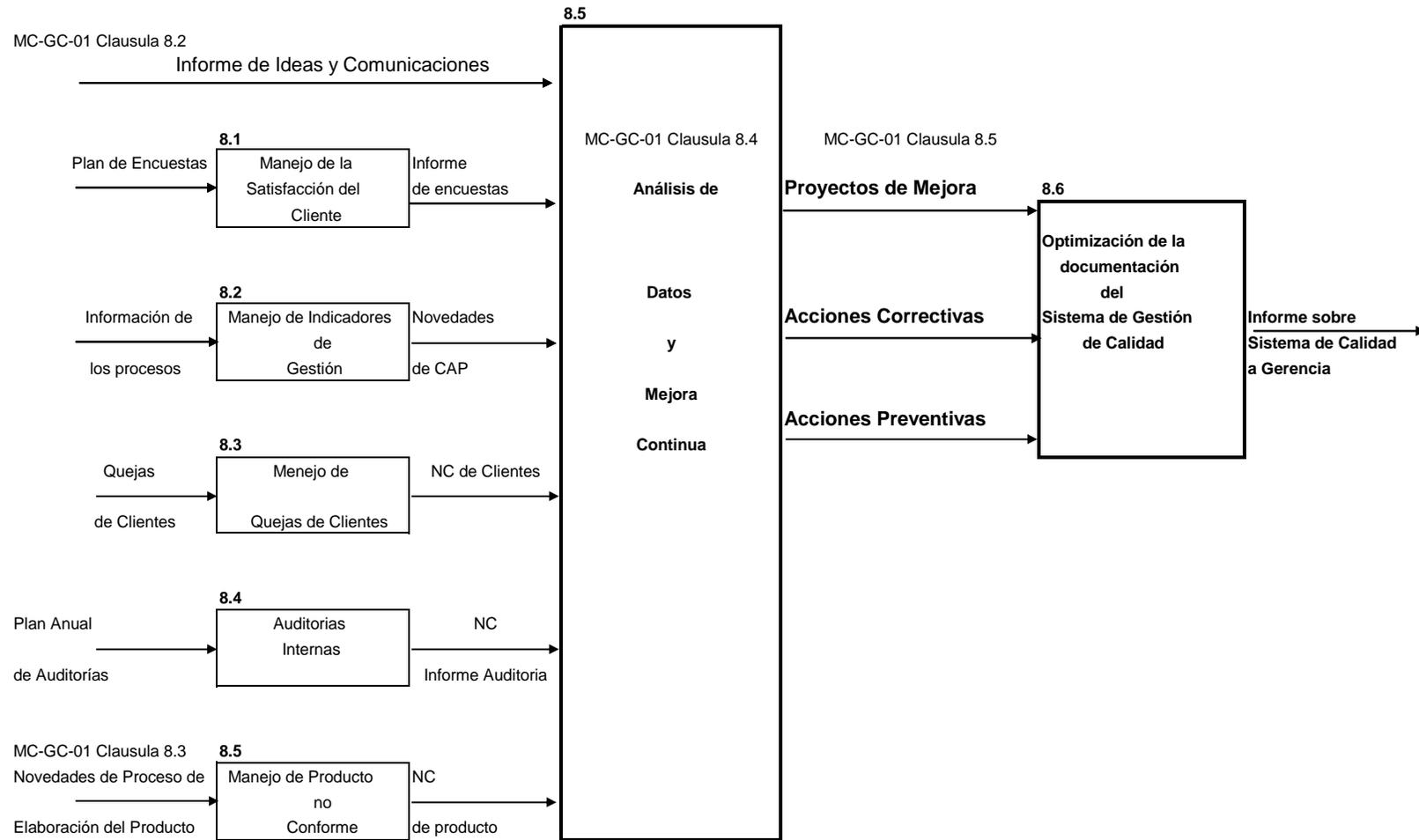
FOR-GC-07 / ver 1-02-2011

AREA: Gestión de Calidad

NOMBRE DEL PROCESO: Medición Análisis y Mejora / 8

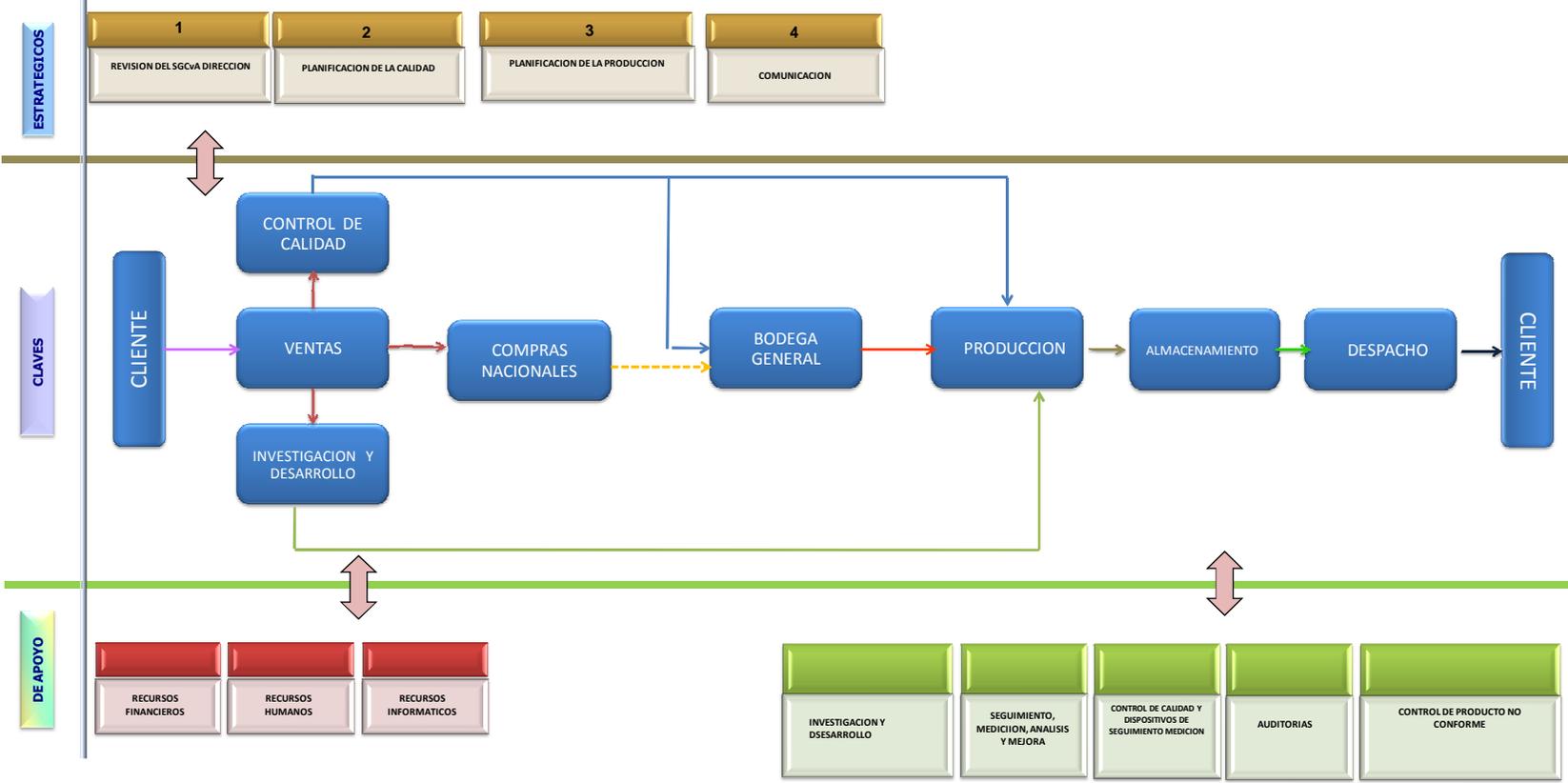
CODIGO MAPA DE PROCESO: MP GC 05

NIVEL: 1



ARLOS S.A.

MAPA DE PROCESOS



MAPA DE PROCESO

FOR GC 07 / ver 1-02-2011

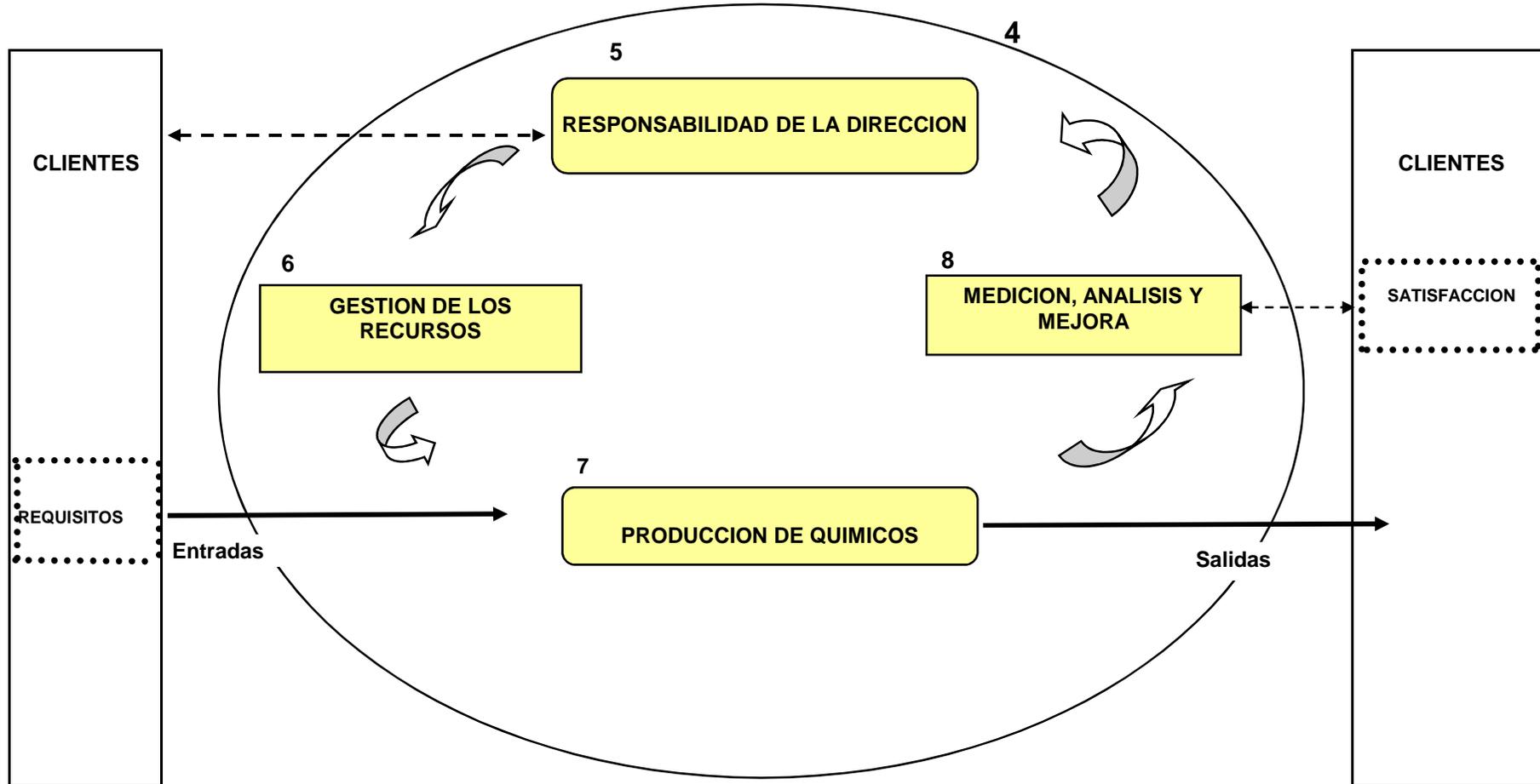
AREA: GESTION DE CALIDAD

NOMBRE DE PROCESO: MACROPROCESO /4

CODIGO MAPA DE PROCESO: MP GC 01 / ver 1-02-2011

NIVEL: 0

SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD



MAPA DE PROCESO

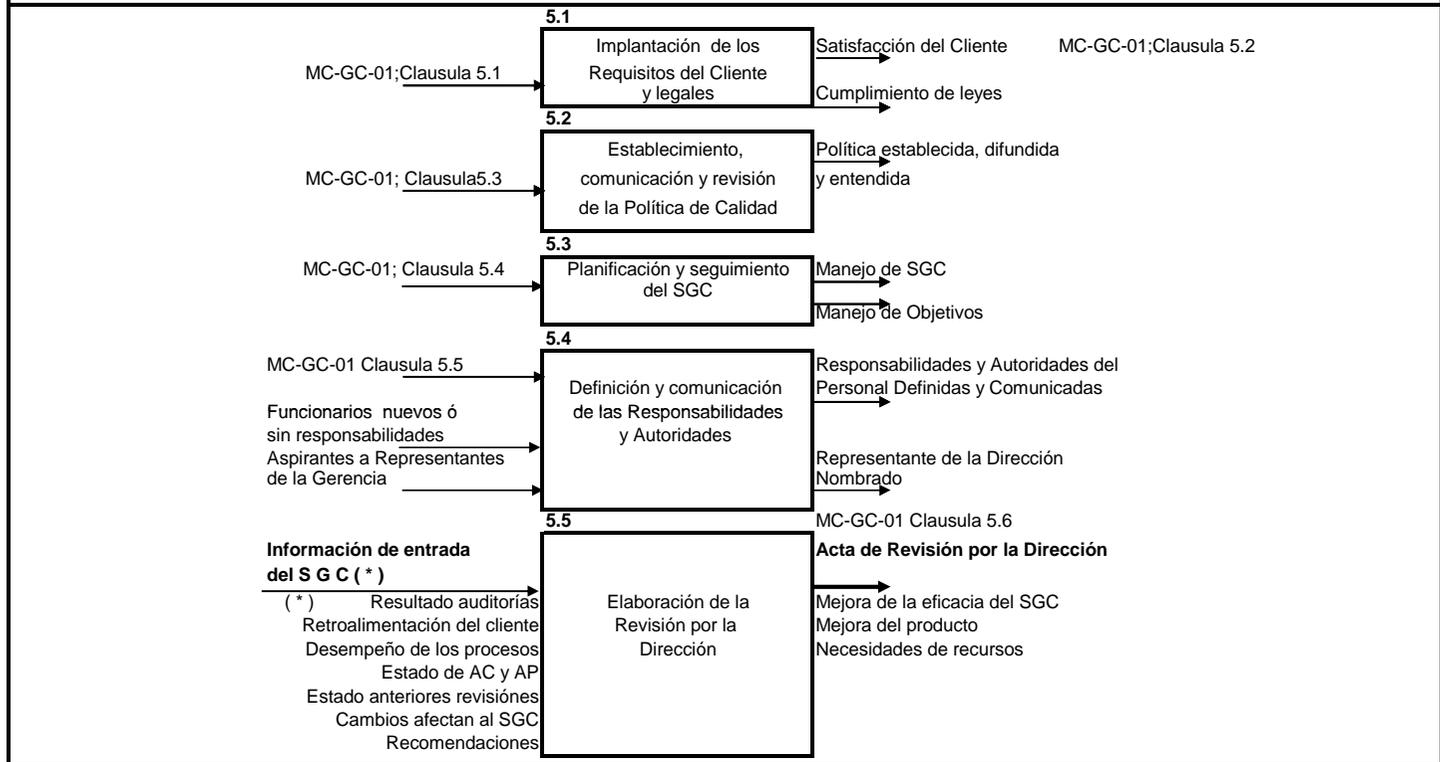
FOR GC 07 / ver 1-02-2011

AREA: Gestión de Calidad

NOMBRE DEL PROCESO: Responsabilidad Dirección / 5

CODIGO MAPA DE PROCESO: MP GC 02

NIVEL: 1



- 5,1 "Compromiso de la Dirección"
- 5.2 "Enfoque al Cliente"
- 5,3"Política de Calidad"
- 5,4 "Planificación"
- 5.4.1 "Objetivos de la Calidad"
- 5.4.2 "Planificación del sistema de gestión de la calidad"
- 5.5 "Responsabilidad, autoridad y comunicación"
- 5.6 "Revisión por la Dirección"

MAPA DE PROCESO

FOR GC 07 Ver 1-02-2011

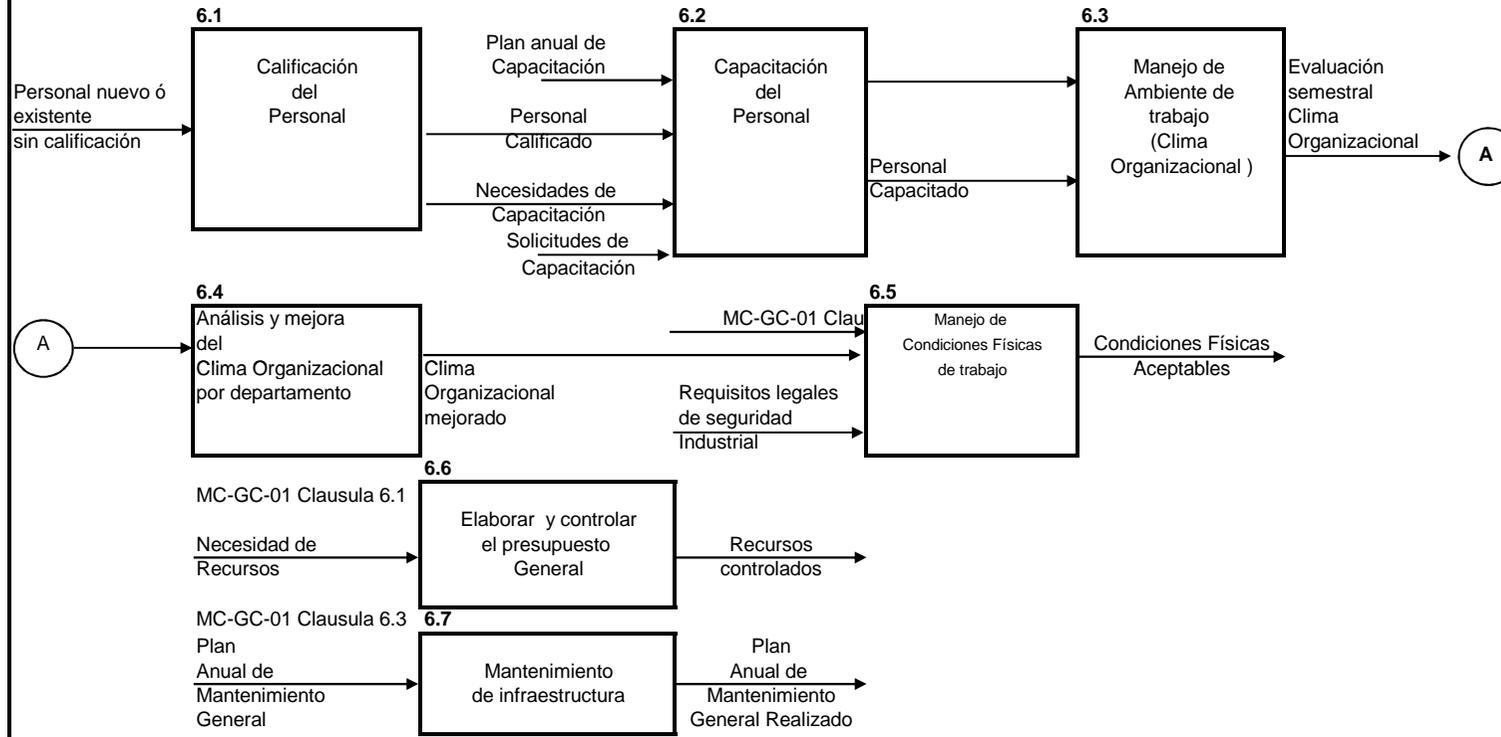
AREA: GESTION DE CALIDAD

NOMBRE DE PROCESO: Gestión Recursos / 6

CODIGO MAPA DE PROCESO: MP GC 03

NIVEL: 1

MC-GC-01 Clausula 6.2



- 6.1 Provisión de Recursos
- 6.2 Recursos Humanos
- 6.3 Infraestructura
- 6.4 Ambiente de Trabajo

Tipo de Proyecto:	Calidad	<input type="checkbox"/>	
-------------------	---------	--------------------------	--

Título:

Objetivos y metas propuestos:

Descripción del proyecto :

Recursos Económicos Asignados:

Medios necesarios Economicos y humanos:

Indicadores del Proyecto:

Responsable del seguimiento de las tareas:

Aprobación del proyecto por parte del Jefe Inmediato: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FIRMA:	Observaciones:
Fecha:		

Aprobación del proyecto por parte de Gerencia General: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FIRMA:	Observaciones:
Fecha:		

N°	Descripción de las tareas secuenciales	Responsable	Fecha de inicio	Fecha de fin	Firma del Responsable	Seguimiento	Firma	Fecha
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								

Otras observaciones durante el seguimiento realizado:

HISTORIAL DE DOCUMENTOS

FECHA:

DOCUMENTO(S):
▪

DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD:
.....

DESCRIPCIÓN DE LOS NUEVOS CAMBIOS DEL DOCUMENTO:
(llenar solo en el caso de procedimiento, instructivo, especificación)
.....

REGISTROS EXISTENTES:
(solo en caso de formatos)
.....

Responsable de las Cláusulas de la Norma

FOR-GC-11 Ver 07-09-07

PLANTA :		Departamentos/ Funciones																				
Auditoría tipo:		Gerencia General	Gerencia Administración	Gestión de Calidad	Control de Calidad	Producción	Materia Prima	Bodega Insumos	Bodega Producto Terminado	Proceso y Preparación	Recursos Humanos	Bienestar Social	Dpto. Médico	Seguridad Industrial/Física	Compras	Importaciones	Mantenimiento	Comercio Exterior	Bodega General	Sistemas	Mercadeo	Compra de Insumos
Auditor Líder:																						
Auditor 1:																						
Auditor 2:																						
Funcionarios Responsables		JC	VR	ICH	VS	AI	JV	AM	CCH	AI	LC	LA	AB	GQ	MP	MC	CM	CH	AB	SI	CS	MF
Funcionarios Responsables				VR	AD	DP	AI	AI	WC	DP	SE	LC	YG	DZ	VR	CC	LL	CC	RA	VR	KC	CC
Funcionarios Responsables						MF			CC	MF	VR	VR	LC	VR							GN	
Funcionarios Responsables													VR									
Funcionarios Responsables																						
ISO 9001	Clausulas	Areas Responsables																				
4.1	Requisitos Generales	S	S	P	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
4.2.1	Generalidades	S	S	P	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
4.2.2	Manual de Calidad	S	S	P	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
4.2.3	Control de los documentos	S	S	P	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
4.2.4	Control de los registros	S	S	P	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
5.1	Compromiso de la dirección	P	S	S																		
5.2	Enfoque al cliente	P	S	S													S				S	S
5.3	Política de la calidad	P	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
5.4.1	Objetivos de la Calidad	P	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
5.4.2	Planificación del sistema de gestión de la calidad	P	S	S																		
5.5.1	Responsabilidad y autoridad	P	S	S							S											
5.5.2	Representante de la dirección	P	S	S							S											
5.5.3	Comunicación Interna	P	S	S							S											
5.6	Revisión por la Dirección	P	S	S																		
6.1	Provisión de los Recursos		P																			
6.2	Recursos Humanos		P								P											
6.3	Infraestructura																	P				
6.4	Ambiente de trabajo / Seguridad Industrial														P							
7.1	Planificación y realización del producto					P	S	S	S	S							S					S
7.2	Procesos relacionados con el cliente																				P	P
7.3	Diseño y Desarrollo			S	P	P															S	
7.4	Compras														P	P						P
7.5.1	Control de la producción y prestación del servicio				P																	
7.5.2	Validación de los procesos de la Producción y de la prestación del Servicio				P	S																
7.5.3	Identificación y trazabilidad				S	P																
7.5.4	Propiedad de cliente																					P
7.5.5	Preservación del producto					P	P	P	P	P												
7.6	Control de los dispositivos de seguimiento y medición				P																	
8.1	Generalidades			P																		
8.2.1	Satisfacción al cliente																					P
8.2.2	Auditoría interna			P																		
8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos			P																		
8.2.4	Seguimiento y medición del producto				P																	
8.3	Control del producto no conforme			S	P	S	S	S	S	S												
8.4	Análisis de datos	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8.5.1	Mejora continua	S	S	P	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
8.5.2	Acción correctiva	S	S	P	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
8.5.3	Acción preventiva	S	S	P	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
	Requisitos Legales	P	S																		S	

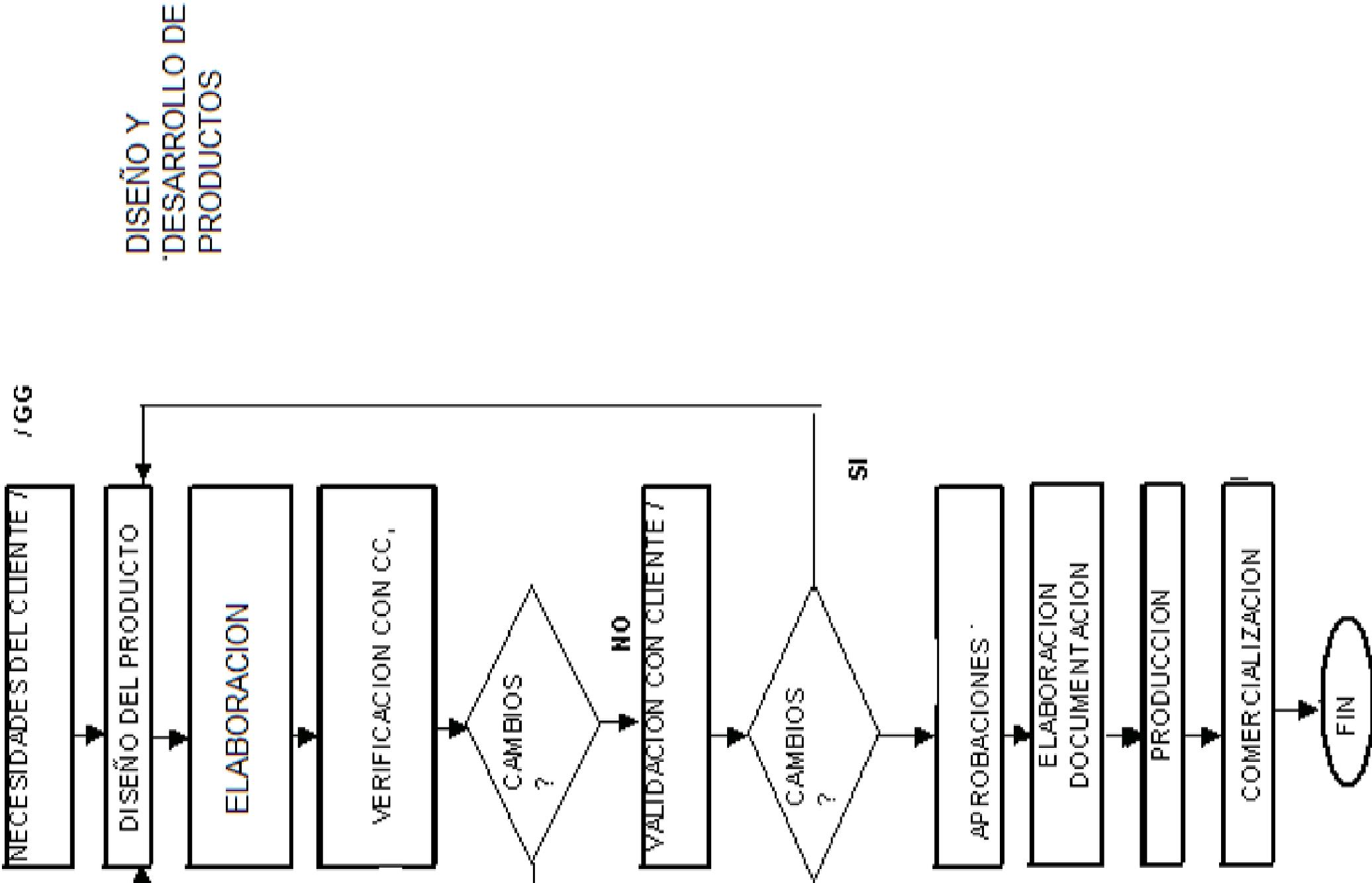
P= Responsables principales
S= Responsables secundarios

Nombre:

Fecha:

GUÍA DE APLICACIÓN. ANÁLISIS DAFO

1	Análisis interno / Identificación de factores		
	A	Debilidades	IR
	B	Fortalezas	IR
2	Análisis externo / Identificación de factores		
	A	Amenazas	IR
	B	Oportunidades	IR
3	Selección de los 7 factores más importantes		
	A	Debilidades	IR
	B	Fortalezas	IR
	C	Amenazas	IR
	D	Oportunidades	IR
4	Ponderación de los factores		
	Repartir 100 puntos entre los 7 factores, para determinar la relevancia de cada uno (P)		
	A	Debilidades	IR
	B	Fortalezas	IR
	C	Amenazas	IR
	D	Oportunidades	IR
5	Clasificación del posicionamiento		
	Clasificar según la tabla de clasificación		
	A	Debilidades	IR
	B	Fortalezas	IR
	C	Amenazas	IR
	D	Oportunidades	IR
6	Ponderación		
	Ponderación: Se multiplica el peso (P) por la clasificación (CI) en la casilla P*CI		
	A	Debilidades	IR
	B	Fortalezas	IR
	C	Amenazas	IR
	D	Oportunidades	IR
7	Representación		
	Ver hoja "CUADRO DAFO"		



ENCUESTAS DEL SERVICIO POST- VENTA.**Enero a Diciembre 2007**

Estimado Cliente: con el afán de servirlo mejor, favor indicarnos si la atención recibida de parte del Gerente Técnico como de los demás personeros de nuestra empresa fue la adecuada. Coloque una X en el casillero apropiado-

	PREGUNTA		SI	NO	A MEDIAS	Observación
1	Se le ha brindado el servicio Técnico ofertado Post-Venta					
2	La entrega del producto fue hecha a tiempo					
3	El producto Recibido Tiene la identificación Correcta					
4	Su solicitud de compra fue atendida con prontitud					
5	Los Productos recibidos fueron los solicitados					
6	De los productos aplicados se ha obtenido los beneficios esperados					
7	De ser requerida la presencia de el tecnico en su planta esta es inmediata					
8	Quedo satisfecho con su compra					
9	Se respetan los plazos establecidos para el cobro de sus facturas.					
10	Recibe la información de los productos que Usted considera necesaria					

Agradecemos su colaboración y estamos seguros de poder mejorar nuestra atención cualquier inquietud favor hacérsola conocer de inmediato para tomar los correctivos necesarios y a tiempo.

Información Requerido por El Dpto. Administrativo

APLICADO

Nombre del Cliente

FECHA

Día de la Encuesta.

Persona que Responde. (jefes Departamentales de control de calidad, Mantenimiento; Dpto. de Compras Bodega.

Manta, Febrero 23 del 2011

**REQUISITOS LEGALES Y REGULATORIOS
RELACIONADOS CON ARLOS S.A.
ESP GG 2 / ver 23 2 2011**

Por medio de la presente confirmamos, que conocemos y cumplimos el Marco Legal y Regulatorio que aplica para ARLOS S.A., los cuales detallamos a continuación:

La empresa ARLOS S.A. cumple con estas leyes:

1. Estatutos o constitución de la compañía ARLOS S.A.
2. Normas y Procedimientos para Recaudación de las Cuotas Redimibles a favor de ARLOS S.A.
3. Ley de Régimen Tributario Interno
4. Código Tributario
5. Código de Trabajo
6. Código de Procedimiento Civil
7. Ley de Cheques
8. Legislación Ecuatoriana
9. Permiso de Funcionamiento (Dirección Provincial de Salud de Guayas)
10. Tasa de Habilitación y Control de Establecimientos (Municipio)
11. Patente Mensual Municipal
12. Patente Anual Municipal
13. Pago de predios urbanos
14. Certificado de Seguridad (Benemérito Cuerpo de Bomberos)
15. Impuesto de Bomberos
16. Pago 1,5 x 1000 . Municipalidad de Guayas

17. Pago de predios urbanos y adicionales. Municipalidad (en tramite)
18. Tasa de habilitación y control de establecimientos. Municipalidad
19. Comprobante de depósito IESS
20. Contribución. Superintendencia de Cias.
21. RUC actualizado
22. Normas Inen ecuatorianas : **NTE INEN 2288:2000 PRODUCTOS QUÍMICOS INDUSTRIALES PELIGROSOS. ETIQUETADO DE PRECAUCIÓN. REQUISITOS. Primera Edición** HAZARDOUS INDUSTRIAL CHEMICALS. PRECAUTIONARY LABELLING. SPECIFICATIONS. First Edition
23. Ley de sustancias estupefacientes y sicotrópicas.(Consep)

ING. ALBERTO MOYANO
GERENTE TECNICO

MATRIZ DE APROBACIÓN DE DOCUMENTOS

ESP-GC-03/Ver 23-2-2011

CODIGO DEPATAMENTAL	DEPARTAMENTO	RESPONSABLE DE ELABORAR	RESPONSABLE DE APROBACIÓN
VE	VENTAS		
RH	RECURSOS HUMANOS		
MT	MANTENIMIENTO		
CO	COMPRAS		
CC	CONTROL DE CALIDAD		
GT	PRODUCCIÓN		
PT	PRODUCTO TERMINADO		
BG	BODEGA GENERAL		
GC	GESTION DE CALIDAD		
FI	FINANCIERO		

NIVELES DE ACCESO AL SISTEMA DE GESTION

ESP-GC-04/VER 23-2-2011

DEPARTAMENTO / AREA	NOMBRE	CARGO	CARPETA PRINCIPAL	SUB-CARPETA	ACCESOS DE:	
					Lectura	Escritura
GERENCIA GENERAL	Ing. Alberto Moyano	Gerente General	Todo el SGCSA ISO 9001:2008	-----	OK	OK
GERENCIA ADMINISTRATIVA	Sra Elvira de M;oyano	Gerente Administrativo	Todo el SGCSA ISO 9001:2008	-----	OK	OK
GESTION DE CALIDAD	Srta. Melissa Moyano	Coordinadora del SGCSA ISO 9001:2000	Todo el SGCSA ISO 9001:2008	-----	OK	OK





ARLOS S.A.

Cdla.Sta. Adriana Solar 6 Manz.20

Teléfono 2263516- 094864757

Guayaquil-Ecuador

EVALUACION DE LA SATISFACCION DE CLIENTES

Enero a Diciembre 2007

RESUMEN DE COMENTARIOS / OBSERVACIONES EFECTUADAS POR LOS CLIENTES.

	Nombre del cliente	Fecha de evaluacion	Comentarios / sugerencias para la mejora del servicio del efectuado por el cliente	Acciones tomadas por ARLOS S.A. para la mejora del servicio	Implementacion		Observaciones
					Plazo	Responsable	

MUESTRA Cartera de clientes
Clientes de Provincia
Clientes de Guayas
Clientes de Posorja
Clientes Chanduy
Clientes de Manta

Respuestas por Muestras Si/10 puntos No./ -10 puntos A medias 5 puntos

Puntaje obtenido por ARLOS

FLUJOGRAMA

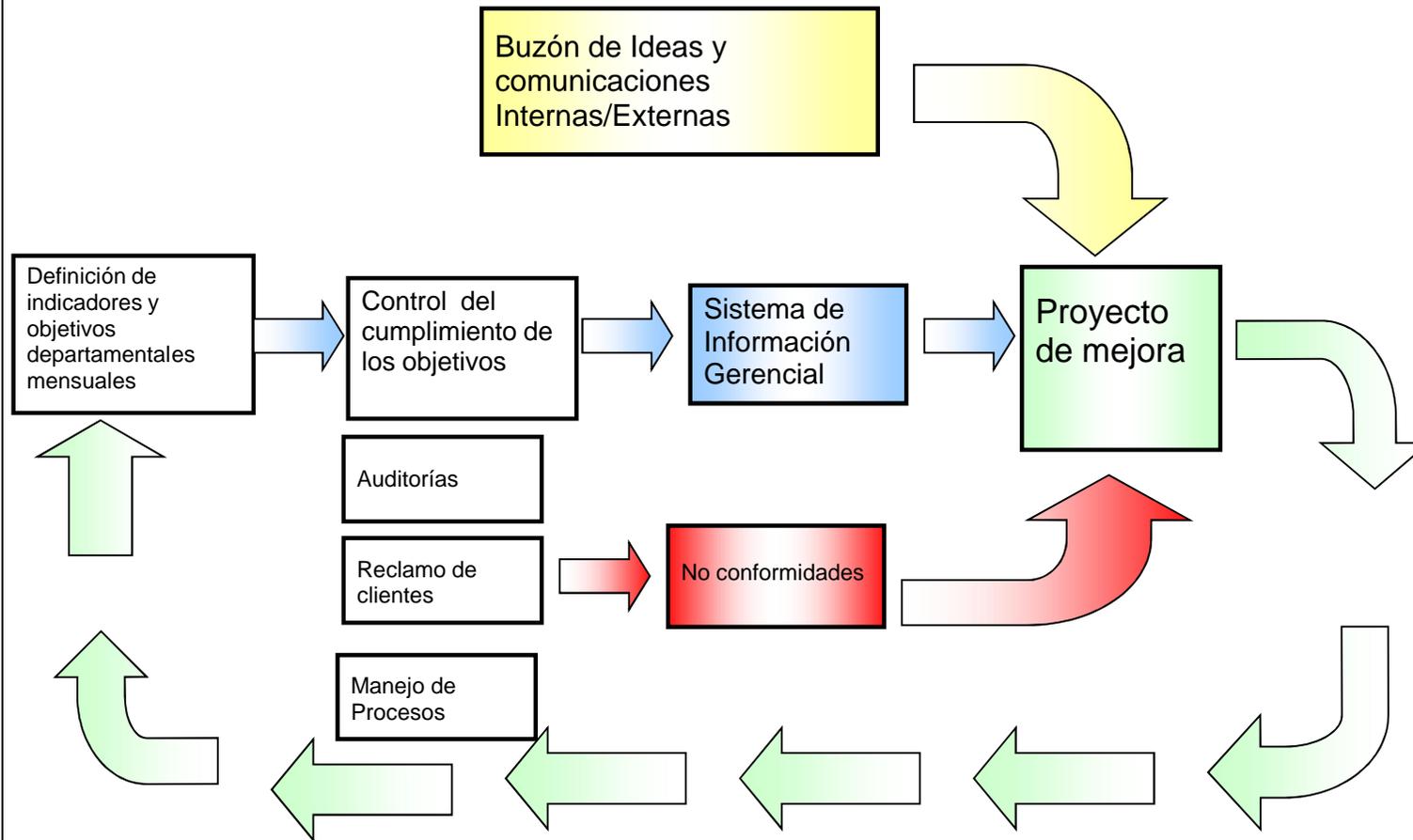
AREA: GESTION DE CALIDAD

FECHA: 23/02/2011

NOMBRE DEL PROCESO: PROCESO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

CÓDIGO: FLJ-GC-01

MODELO DE PROCESO DE MEJORAMIENTO CONTINUO



ARLOS S.A.

REVISIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

FOR GC 26 / VER 23-2-2011

ESPECIFICACIONES TEÓRICAS DEL PROCESO

FOR GC 13 VER 23-2-2011

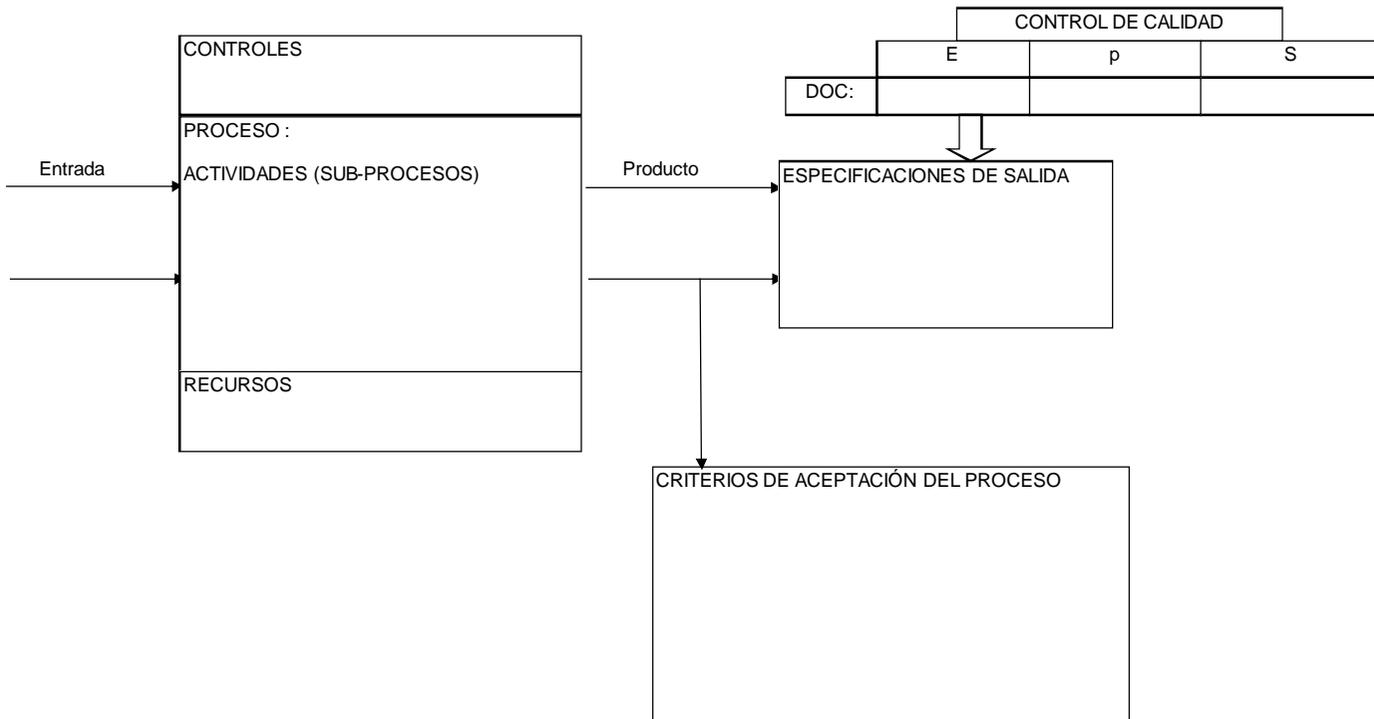
AREA:

FECHA:

NOMBRE DE PROCESO:

CODIGO ESPECIFICACION : ESP / ver

NIVEL:



**Comunicado Interno del
Sistema de Gestión de Calidad ARLOS S.A.**

**Código: FOR-GC-21
Ver: 23 / 2 / 2011
Fecha:**

Lista Maestra de: ANEXOS

FOR-GC-01 / VER 23 - 2-2011

Area o Departamento Responsable:

FECHA: 25-02-11

CODIGO	NOMBRE	FECHA - VIGENCIA
FOR-GC-01	Lista Maestra de: FORMATOS	23-02-11
FOR-GC-02	CONTROL DE LOS REGISTROS	23-02-11
FOR-GC-03	HISTORIAL DE DOCUMENTOS	23-02-11
FOR-GC-04	MAPA DE PROCESO	23-02-11
FOR-GC-05	PLAN ANUAL DE AUDITORIAS	23-02-11
FOR-GC-06	CRONOGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS	23-02-11
FOR-GC-07	RESUMEN DE AUDITORIA	23-02-11
FOR-GC-08	INFORME DE LA AUDITORIA INTERNA	23-02-11
FOR-GC-09	AUDITORIA DOCUMENTAL Y DE CUMPLIMIENTO	23-02-11
FOR-GC-10	EVALUACIÓN CONTINUA DEL DESEMPEÑO DE LOS AUDITORES INTERNOS	23-02-11
FOR-GC-11	SISTEMAS DE MANEJO DE INDICADORES	23-02-11
FOR-GC-12	MATRIZ GENERAL DE LA ESTRUCTURA DOCUMENTAL	23-02-11
FOR-GC-13	ESPECIFICACIONES TEORICAS DEL PROCESO	23-02-11
FOR-GC-14	RESP. DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS , OP DE MEJORAS	23-02-11
FOR-GC-15	DIAGRAMA DE CAUSA EFECTO	23-02-11
FOR-GC-16	ANALISIS DE CAUSA	23-02-11
17	DISEÑO Y DESARROLLO	23-02-11
18	RESPONSABLES DE CLAUSULA DE LAS NORMAS	23-02-11
FOR-GC-19	MATRIZ DE IDENTIFICACION DE REQUISITOS LEGALES	23-02-11
FOR-GC-20	REGISTRO DE COMUNICACIONES INTERNAS	23-02-11
FOR-GC-21	COMUNICACIONES INTERNAS DEL SGC	23-02-11
FOR-GC-22	LISTA DE DISTRIBUCION	23-02-11
FOR-GC-23	MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE PLAN DE ACC AUDITORIAS	23-02-11
FOR-GC-24	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD	23-02-11
FOR-GC-25	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL SGC	23-02-11
FOR-GC-26	Revisión del Sistema de gestion de Calidad	23-02-11
27	DAFO	23-02-11
28	ENCUESTA DE SERVICIO	25-02-11
29	AMFE	23-02-11
30	QFD	23-02-11
31	EVALUACION DE LA SATISFACCION DE CLIENTES	25-02-11
FLJ-GG-01	MEJORAMIENTO CONTINUO	23-02-11
ESP-GG-01	POLITICA DE CALIDAD	23-02-11
ESP-GG-02	REQUISITOS LEGALES Y REGULATORIOS	23-02-11
ESP-GG-03	MATRIZ DE APROBACIÓN DE DOCUMENTOS	23-02-11
ESP-GG-04	NIVELES DE ACCESO AL SISTEMA DE GESTION	23-02-11
ESP-GG-05	OBJETIVOS DE CALIDAD	23-02-11

ELABORADA POR:

APROBADA POR:

MAPA DE PROCESO

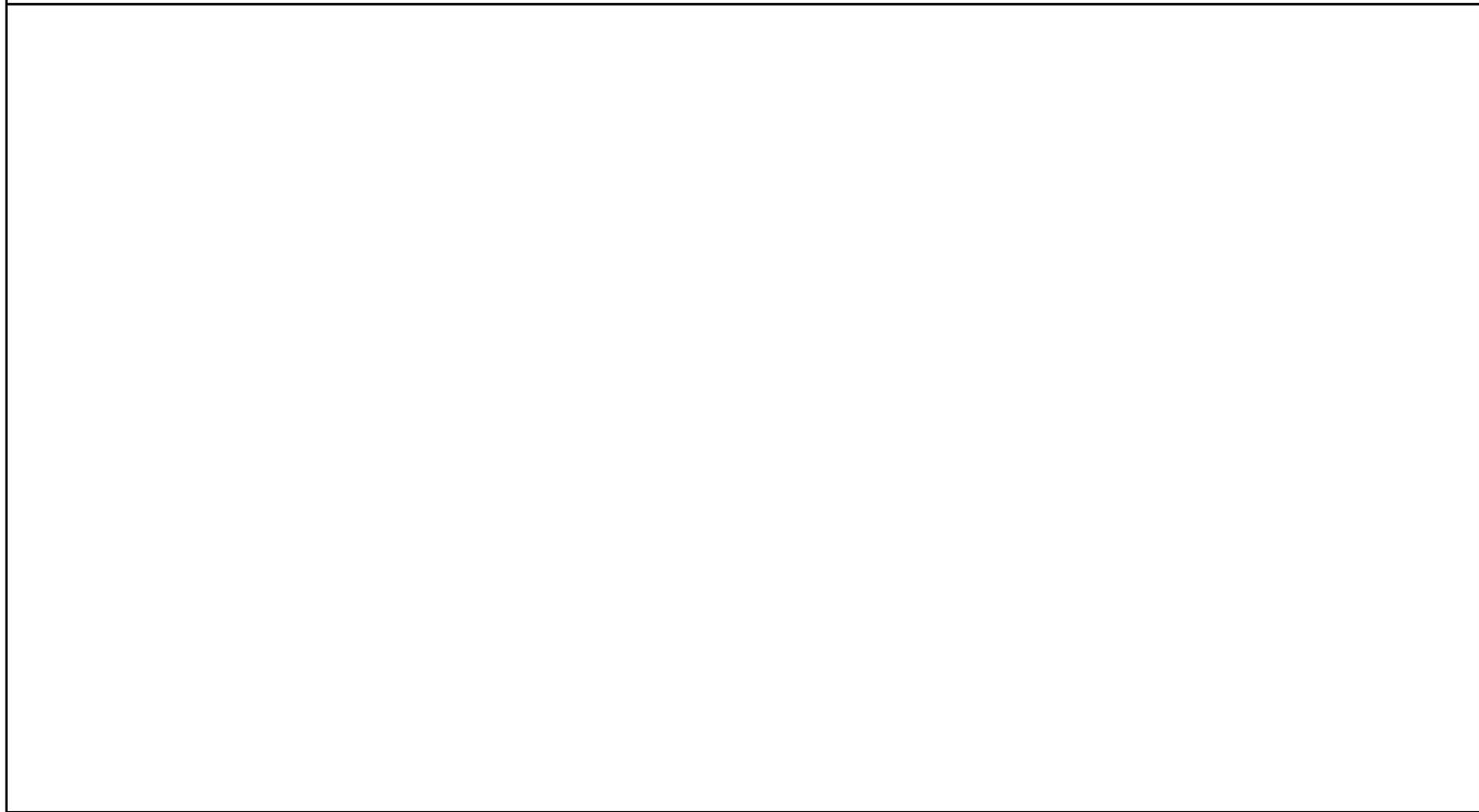
FOR-GC-04 Ver 23-2-2011

AREA:

NIVEL:

NOMBRE DE PROCESO:

CÓDIGO MAPA DE PROCESO:



RESUMEN DE AUDITORIA

FOR-GC-07 Ver 23-2-2011

Departamento:		Departamentos/ Funciones							TOTAL					
		Gestión de Calidad	Representante de la Dirección	Control de Calidad	Producción	Recursos Humanos	Compras	ventas	C	Z	S	O	D	M
No. Auditoría:														
Auditor Interno Principal:														
Auditores Internos de Apoyo:														
Observaciones:														
ISO 9001	Clausulas													
SISTEMA DE GESTIÓN														
4.1	Requisitos Generales													
4.2	Requisitos de la documentación													
4.2.1	Generalidades													
4.2.2	Manual de Gestión													
4.2.3	Control de los documentos													
4.2.4	Control de los registros													
5.1	Compromiso de la dirección													
5.2	Enfoque al cliente													
5.3	Política de la calidad													
5.4	Planificación													
5.4.1	Objetivos del Sistema de Gestión													
5.4.2	Planificación del sistema de gestión													
-----	Requisitos legales y de otro tipo													
5.5.1	Responsabilidad y autoridad													
5.5.2	Representante de la dirección													
5.5.3	Comunicación Interna													
5.6	Revisión por la Dirección													
6.1	Provisión de los Recursos													
6.2	Recursos Humanos													
6.2.2	Competencia Toma de conciencia.													
6.3	Infraestructura													
6.4	Ambiente de trabajo													
7.1	Planificación y realización del producto													
7.2	Procesos relacionados con el cliente													
7.2.1	Determinación de los requisitos relacionados con el producto													
7.2.2	Revisión de los requisitos relacionados con el producto													
7.2.3	Comunicación													
7.3	Diseño y Desarrollo													
7.4.1	Proceso de Compras													
7.4.2	Información de Compras													
7.4.3	Verificación de los Productos Comprados													
7.5	Producción y Prestación del servicio													
7.5.1	Control de la producción y prestación del servicio													
7.5.2	Validación de los procesos de la Producción y de la prestación del Servicio													
7.5.3	Identificación y trazabilidad													
7.5.4	Propiedad de cliente													
7.5.5	Preservación del producto													
7.6	Control de los dispositivos de seguimiento y medición													
8.2.1	Satisfacción al cliente													
8.2.2	Auditoria interna													
8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos													
8.2.4	Seguimiento y medición del producto													
	Evaluación del cumplimiento legal													
8.3	Control del producto no conforme													
8.4	Análisis de datos													
8.5.1	Mejora continua													
8.5.2	Acción correctiva													
8.5.3	Acción preventiva													
TOTAL									0	0	0	0	0	

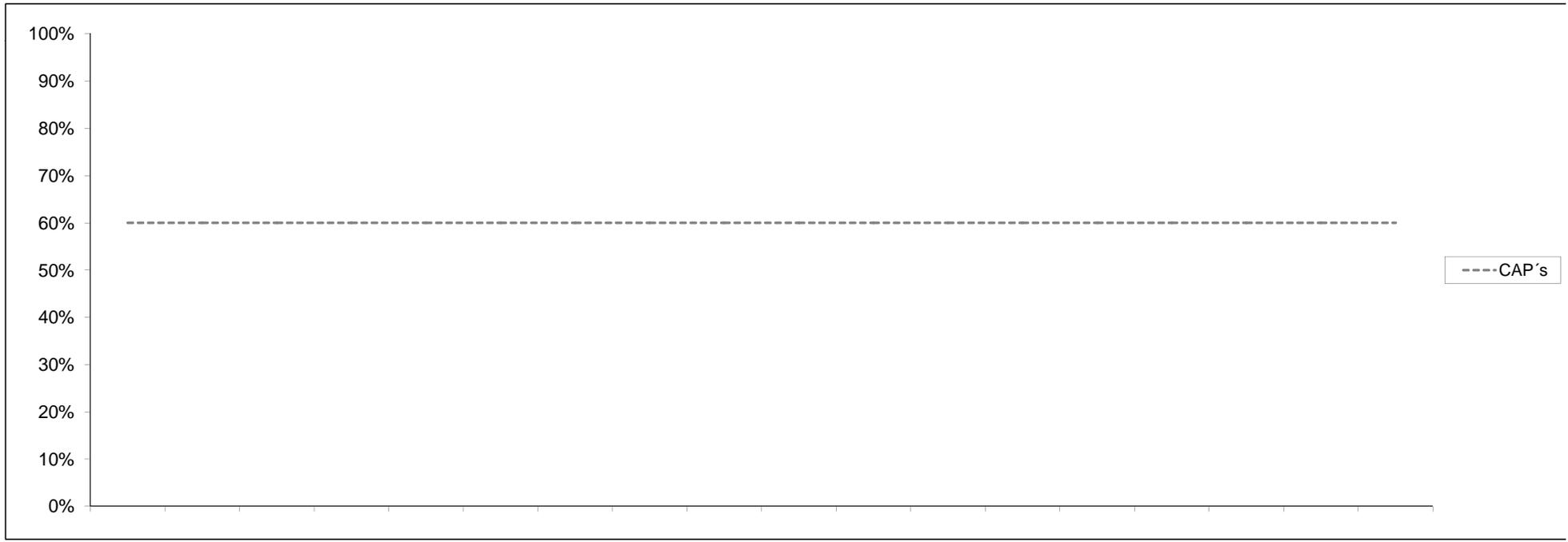
REALIZADO POR:

FECHA:

INFORME DE LA AUDITORÍA INTERNA
FOR-GC-08 Ver 23-2-2011

Departamento	Porcentaje de Cumplimiento
1	60%
2	60%
3	60%
4	60%
5	60%
6	60%
7	60%
8	60%
9	60%
10	60%
11	60%
12	60%
13	60%
14	60%
15	60%
16	60%
17	60%
18	60%
19	60%

OBSERVACIONES:



AUDITORIA DOCUMENTAL Y DE CUMPLIMIENTO

FOR-GCA-09 Ver 23-2-2011

Datos:

Nombre del auditado:	Cargo:
Departamento:	
Nombre del Auditor:	
Firma Auditor:	
Fecha:	

AUDITORIA		Cumple		Crite. Aud.
Política y Objetivos		Si	No	(NC,OBS,ODM)
1	Cuál es la Política Integrada de nuestra empresa?			
2	Cuales son los Objetivos Corporativos de nuestra empresa?			
Cumplimiento		Si	No	Crite. Aud.
Cumplimiento de Procesos (TODOS LOS DEPARTAMENTOS)				
3	Revise un procedimiento y verifique si cumple con lo indicado.			
Notas: _____				
4	Revise un Instructivo o especificación y verifique si cumple con lo indicado.			
Notas: _____				
Responsabilidad y Autoridad (TODOS LOS DEPARTAMENTOS)				
5	Revise la descripción de funciones y verifique que esten actualizadas			
Notas: _____				
Revisión por la Dirección (Dirección/ Representante de la Dirección)				
6	Se lleva a cabo la revisión por la dirección?			
Notas: _____				
7	Se cumple con la frecuencia de revisión establecida?			
Notas: _____				
8	Se toman acciones de mejora?			
Notas: _____				
Competencia, toma de conciencia y formación				
9	Se cumple con lo establecido en el Plan anual de capacitación			
Notas: _____				
10	Se lleva a cabo la medición de la eficacia de los cursos dictados.			
Notas: _____				
11	Se mantienen registros de educación, formación y experiencias del personal contratado?			
Notas: _____				
Infraestructura				
12	Se lleva a cabo el cumplimiento del plan de mantenimiento?			
Notas: _____				
Ambiente de Trabajo				
13	Se realiza una medición del clima laboral.			
Notas: _____				
14	Se toman acciones de las desviaciones detectadas en esta medición.			
Notas: _____				
Procesos relacionados con el cliente				
15	Se cumplen con los requisitos del producto solicitados por el cliente (ver evidencias).			
Notas: _____				
Comunicación con el cliente				
16	Se tiene evidencia de la atención de los reclamos de los clientes?			
Notas: _____				
Cumplimiento de los Procesos		Si	No	Crite. Aud.
Diseño y Desarrollo				
17	Se cuenta con una planificación de diseño y desarrollo de nuevos productos.			
18	Se tienen establecidos los requisitos físicos-químicos y legales del producto a elaborar?			
19	Se tiene evidencias de la revisión del cumplimiento de los requisitos del producto?			
20	Se identifican los problemas y se proponen acciones necesarias para solucionarlos?			
21	Se realiza la validación, confirmación o aprobación del cumplimiento de los requisitos del producto resultante?			
22	Se identifican y registran los cambios realizados durante el diseño y desarrollo del producto.			
23	Se mantienen registros de los resultados de los cambios y de cualquier acción que sea necesaria?			

<u>Compras.</u>				
24	La lista de proveedores se encuentra actualizada? (ver evidencias).			
	Notas: _____			
25	Se realiza la evaluación y reevaluación de los proveedores (ver evidencias)			
	Notas: _____			
26	Se tiene información de los requisitos del producto/servicio a comprar/contratar (fichas técnicas)			
	Notas: _____			
27	Se realiza la inspección de que los productos/servicios adquiridos cumplen con lo especificado?			
	Notas: _____			
28	Se comunica al proveedor las no conformidades encontradas durante la inspección?			
	Notas: _____			
<u>Validación de los procesos de la producción y de la prestación de servicios</u>				
29	Existe parámetros definidos para la revisión y aprobación de productos y/o procesos			
	Notas: _____			
30	Existen registros que comprueben la aprobación de los productos o procesos.			
	Notas: _____			
<u>Identificación y Trazabilidad</u>				
31	Realizar un ejercicio: seleccionar un código de un producto y hacerle el seguimiento.			
	Notas: _____			
<u>Propiedad del Cliente.</u>				
32	Cuidan la propiedad del cliente (información, producto, etc.)			
	Notas: _____			
<u>Preservación del producto.</u>				
33	Se cumple con la preservación del producto			
	Notas: _____			
<u>Control de los dispositivos de seguimiento y medición</u>				
34	Se realizan calibraciones o verificaciones de los equipos de medición dentro del plazo fijado.			
	Notas: _____			
35	Se mantienen registros de la calibración y verificación de los equipos?			
	Notas: _____			
36	Los patrones de medición son trazables con patrones nacionales o internacionales?			
	Notas: _____			
37	Se identifican los equipos para poder determinar el estado de calibración?			
	Notas: _____			
38	Se identifican y registran los equipos cuando no están conformes?			
	Notas: _____			
39	Se toman acciones apropiadas sobre el equipo averiado?			
	Notas: _____			
<u>Satisfacción del cliente</u>				
40	Se tiene evidencias de la medición de la satisfacción del cliente?			
	Notas: _____			
41	Se toman acciones sobre las desviaciones encontradas durante la medición?			
	Notas: _____			
<u>Auditoría Interna</u>				
42	Se cuenta con un plan de auditorías internas?			
	Notas: _____			
43	Se mantienen registros de las auditorías realizadas?			
	Notas: _____			
<u>Seguimiento y medición de los procesos</u>				
44	Están actualizados los indicadores u objetivos?			
	Notas: _____			
45	Se toman acciones cuando los indicadores del proceso está fuera del rango establecidos			
	Notas: _____			
<u>Seguimiento y medición del producto</u>				
46	Se realiza un seguimiento de las características del producto para verificar que cumple con los requisitos establecidos.			
	Notas: _____			
47	Se mantienen evidencias de las firmas y nombres de las personas que autorizan la liberación del producto.			
	Notas: _____			
<u>Control del Producto No Conforme</u>				
48	Se identifica y se controla el producto No Conforme? (ver evidencias del control)			
	Notas: _____			
49	Se tienen registros de la autorización del uso, liberación o aceptación del producto No conforme			
	Notas: _____			
<u>Mejora continua, mejora correctiva, mejora preventiva</u>				
50	Se cumplen con las metas de los objetivos de calidad ?			
	Notas: _____			
51	Se toman acciones cuando se presentan desviaciones en los mismos?			
	Notas: _____			
52	Se llevan a cabo programas de mejora ambiental			
	Notas: _____			

EVALUACIÓN CONTINUA DEL DESEMPEÑO DE LOS AUDITORES INTERNOS
FOR-GC-10 / Ver 23-2-2011

Fecha : _____	Evaluado : _____
Evaluador: _____	Firma del Evaluador: _____

Instrucciones de Calificación:

Auditores Internos: Se evalúa la intervención del auditor en base al ítems: A,B,C,D, E, F

A	Principios, procedimientos y técnicas de auditoría	Si	+ / -	No
1	¿Aplica principios, procedimientos y técnicas de auditoría?			
2	¿Planifica y organiza el trabajo eficazmente?			
3	¿Lleva a cabo la auditoría dentro del horario acordado?			
4	¿Establece prioridades y se centra en los asuntos de importancia?			
5	¿Recopila información a través de entrevistas eficaces, escuchando, observando y revisando documentos, registros y datos.?			
6	¿Verifica la exactitud de la información recopilada?			
7	¿Confirma que la evidencia de la auditoría es suficiente y apropiada para apoyar los hallazgos y conclusiones de la auditoría?			
8	¿Utiliza los documentos de trabajo para registrar las actividades de la auditoría?			
9	¿Prepara informes de auditoría?			
10	¿Mantiene la confidencialidad y la seguridad de la información?			
11	¿Se comunica eficazmente, tiene facilidad de palabras y se hace entender bien?			
B	Documentos del Sistema de gestión y de referencia:	Si	+ / -	No
12	¿Comprende el manejo del Sistema Integrado?			
13	¿Comprende las normas ISO utilizadas, entiende los requerimientos así como otros documentos aplicables del sistema integrado de gestión utilizados como criterio de auditoría?			
14	¿Aplica los documentos de referencia a las diferentes situaciones de auditoría?			
15	¿Comprende la estructura informática del sistema integrado de gestión, e identifica rápidamente los documentos del sistema.			
C	Leyes, reglamentos y otros requisitos aplicables pertinentes a la disciplina. El auditor debe conocer de manera general lo siguiente:	Si	+ / -	No
16	¿Los códigos, leyes y reglamentos locales, regionales y nacionales?			
17	¿Los tratados y convenios internacionales?			
18	Otros requerimientos que debe cumplir la organización. (permisos, certificados, etc)			
TOTAL				

OBSERVACIONES:

Ref. Norma 19011:2002

ESCOGER LA CAPACITACION QUE REQUIERE EL AUDITOR INTERNO EN CASO DE NECESITARLA

Requiere capacitación en Principios, procedimientos y técnicas de auditoría

Requiere capacitación en el manejo de las Normas ISO

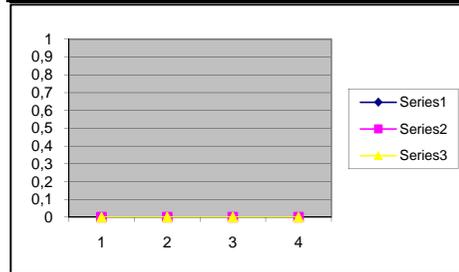
Requiere capacitación en el manejo del Sistema Integrado

No requiere capacitación

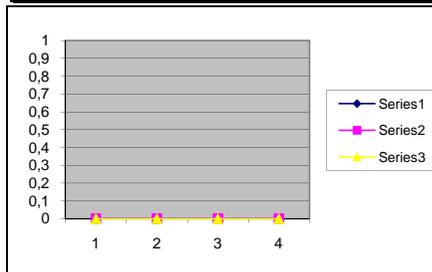
Firma y Sello de Aprobación :

Gráficos de Indicadores

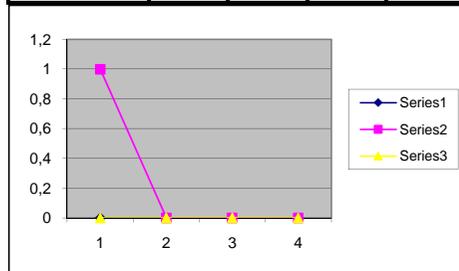
Tiempo de llegada de producto				
	Sem. I	Sem. II	Sem. III	Sem. IV
Objetivo	0	0	0	0
Logro Actual	0	0	0	0
CAP's	0	0	0	0



0				
	Sem. I	Sem. II	Sem. III	Sem. IV
Objetivo	0	0	0	0
Logro Actual	0	0	0	0
CAP's	0	0	0	0



0				
	Sem. I	Sem. II	Sem. III	Sem. IV
Objetivo	0	0	0	0
Logro Actual	1	0	0	0
CAP's	0	0	0	0

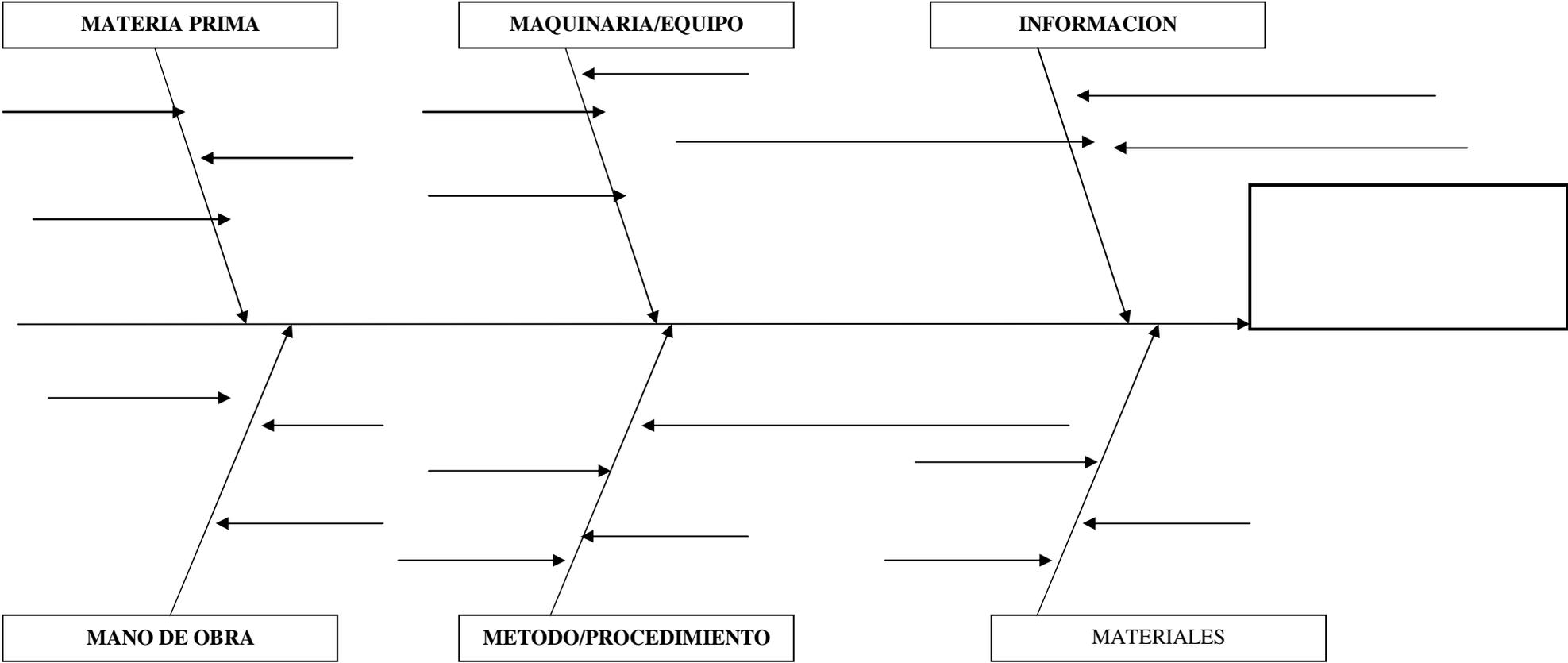


Justificaciones:

**DIAGRAMA CAUSA - EFECTO
FOR GC 15 VER 23-2-2011**

FECHA: _____

NO CONFORMIDAD: _____



OBSERVACIONES: _____

RESPONSABLE: _____

|