



VALIDACIÓN

Los presentes documentos

Manuales de Procesos y Procedimientos de SEDIS 2019:

- 1.) Unidad de Alimento Solidario /Lizzete Hernández. contentivo de 29 páginas.
- 2.) Unidad Administradora de Programas y Proyectos (UAPP) / Dr. Danilo Alvarado. contentivo de 38 páginas.
- 3.) Unidad de Seguimiento, Supervisión y Evaluación de Programas y Proyectos (USSEPP) / ING. Carlos Aguiriano. contentivo de 49 páginas.
- 4.) Dirección de Acompañamiento y Fortalecimiento Social / Daniel Quijada. contentivo de 21 páginas.
- 5.) Dirección de Salud Solidaria / Dr. Gustavo Riedel, contentivo de 36 páginas.
- 6.) Unidad de Criando con Amor / Oneyda Mora, contentivo de 23 páginas.
- 7.) Unidad de Vivienda Saludable / Ing. Héctor Padilla, contentivo de 39 páginas.
- 8.) Dirección de Comunicaciones (DCS) / Licda. Nelly Amador, contentivo de 29 páginas.
- 9.) Dirección General de Responsabilidad Social / Billy Leiva, contentivo de 43 páginas.
- 10.) Departamento Legal / Abog. Marlon Meza, contentivo de 43 páginas.
- 11.) Dirección de Auditoría Interna / Licda. Marlene Díaz, contentivo de 29 páginas.
- 12.) Dirección de Cooperación Externa / Ing. Jorge Pineda, contentivo de 34 páginas.
- 13.) Unidad de Ventanilla Única / Ing. Jorge Pineda, contentivo de 32 páginas.
- 14.) Secretaria General / Abg. José Luis Valladares, contentivo de 39 páginas.
- 15.) Gerencia Administrativa y Financiera, Lic. Edwin Edgardo Rosales, contentivo de 223 páginas.
- 16.) Unidad de Atenciones a Grupos Vulnerables / Ing. Francis Vásquez, contentivo de 62 páginas.
- 17.) Unidad de Integración y Regionalización / Licda. Mauren Meléndez, contentivo de 46 páginas.
- 18.) Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión (UPEG) / Ing. Walter Ramírez, contentivo de 42 páginas.
- 19.) Dirección de Discapacidad / Lic. Moisés Izaguirre, contentivo de 43 páginas.
- 20.) Dirección de Prevención de Embarazos en Adolescentes / Dra. Mirian Lucila Barahona, contentivo de 18 páginas.
- 21.) Dirección General del Adulto Mayor /Licda. Diana Mejía contentivo de 72 páginas.
- 22.) Unidad de Genero / Abg. Lilian Castañeda contentivo de 43 páginas.
- 23.) Unidad Asesora de Gestión de Calidad / Licda. Tania Rodríguez, contentivo de 37 páginas.

- 24.) Dirección General de Análisis y Evaluación de Políticas Sociales (DIGAEP)/ Licda. María Elena Quilodran, contentivo de 38 páginas.
- 25.) Dirección de Compensación Social / Lic. Rafael Alexander Flores, contentivo de 12 páginas.
- 26.) Dirección de Transferencias Monetarias Condicionadas / Lic. Miguel Ortega, contentivo de 71 páginas.
- 27.) Dirección de Sistema de Información Gerencial / Ing. Carlos Josué Romero, contentivo de 17 páginas.
- 28.) Dirección de Tecnología / Ing. Franklin Raudales, contentivo de 43 páginas.
- 29.) Dirección de Oportunidades para Sectores Vulnerables / Ing. Juan Carlos Ochoa, contentivo de 33 páginas.
- 30.) Dirección de Alimentación Escolar / Licda. Claudia Flores, contentivo de 31 páginas.
- 31.) Dirección de Promoción y Desarrollo Humano / Licda. Lorena Mena, contentivo de 123 páginas.
- 32.) Unidad Administradora de Proyectos (UAP/SSIS / Will Roberto Castro, contentivo de 165 páginas.
- 33.) Dirección de Pueblos Indígenas y Afrohondureños DINA FROH/Tulio Mariano González contentivo 72 paginas.
- 34.) Dirección de Desarrollo de Proyectos Productivos/ Dr. Rene Berlioz, contentivo de 49 páginas.
- 35.) Dirección de Mejores Familias Para Una Vida Mejor/ Lic. Emilio Munguía, contentivo de 58 páginas.

Estos documentos fueron elaborados por el personal designado de cada una de la Direcciones /Unidades y validados por cada Director y Jefe de Unidades SEDIS; bajo la supervisión el Comité de Control Interno COCOIN/SEDIS, conforme a los requerimientos establecidos por la Oficina Nacional de Desarrollo Integral del Control Interno (ONADICI), para su aprobación correspondiente.

Validado en la ciudad de Tegucigalpa a los 01 días del mes de julio de 2019.



Daniilo Alvarado Rodríguez

Secretario Por Ley en el Despacho de la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social
(Acuerdo Ministerial N° 048-SEDIS-2019)



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE DESARROLLO
E INCLUSIÓN SOCIAL

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD ASESORA DE GESTIÓN DE CALIDAD



UGC

UNIDAD GESTIÓN DE CALIDAD
EN SEDIS LA CALIDAD ES UN
COMPROMISO DE TODOS



 GOBIERNO DE LA REPUBLICA DEL PARAGUAY	 MINISTERIO DE LA COMERCIALIZACION GENERAL DE LA EMPRESA DIRECCION DE TRANSFERENCIA Y MODERNIZACION DE EMPRESAS (DITAM)	Secretaria de Desarrollo e Inclusión Social	Código: MPP-UAGC-001
			Fecha: 01/02/2019
		Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad Asesora de Gestión de Calidad	Versión: 1
			Página 1

ÍNDICE

GENERALIDADES	3
Introducción	3
Antecedentes	4
Objetivo del Manual.....	4
Justificación del Manual.....	5
Estructura Organizativa de la Unidad Asesora de Gestión de Calidad.....	6
ESTRUCTURA DEL MANUAL	7
1. Nombre del Proceso y Procedimiento	7
a) Objetivo del Proceso:	7
b) Alcance:	7
c) Personal que Interviene:	7
d) Procedimiento:.....	8
➤ Actividad: Gestión de Plan de Acciones	8
Diagrama de Flujo de Proceso.....	9
Matriz de Riesgos de SMAE.....	10
➤ Actividad: Realizar Informe de Medición de Eficacia del SGC.....	11
Diagrama de flujo de Proceso	12
Matriz de Riesgos de SMAE.....	13
➤ Actividad: Realizar Auditoria Interna	14
Diagrama de flujo de Proceso	15
Matriz de Riesgo de SMAE	17
2. Nombre del Procesos y Procedimiento.....	18
a) Objetivo del Proceso:	18
b) Alcance:	18
c) Personal que Interviene:	18
d) Procedimiento:.....	19

 GOBIERNO DE HONDURAS SECRETARÍA DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE TRANSFERENCIA Y MOBILIZACIÓN DEL FONDOS COCOPIN	Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social	Código: MPP-UAGC-001
	Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad Asesora de Gestión de Calidad	Fecha: 01/02/2019
		Versión: 1
		Página 2

➤ Actividad: Revisión y Control de Documentos	19
Diagrama de Flujo de Proceso	20
Matriz de Riesgos de Información y Conocimiento	21
Documentos de Referencia:	22
Glosario de Términos:	22
Simbología Utilizada	24
ANEXOS	25

 <p>SECRETARÍA DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL DIRECCIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS Y ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD</p>	Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social	Código: MPP-UAGC-001
	Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad Asesora de Gestión de Calidad	Fecha: 01/02/2019
		Versión: 1
		Página 3

GENERALIDADES

Introducción

El Manual de Procesos y Procedimientos está dirigido a todas las personas que, bajo cualquier modalidad, se encuentren vinculadas a la **Unidad Asesora de Gestión de Calidad** y se constituye en un elemento de apoyo útil para el cumplimiento de las responsabilidades asignadas, y para coadyuvar, conjuntamente con el Control Interno, en la consecución de las metas de desempeño y rentabilidad, asegurar la información y consolidar el cumplimiento normativo.

Este documento describe los procesos administrativos, y expone en una secuencia ordenada las principales operaciones o pasos que componen cada procedimiento, y la manera de realizarlo. Contiene, además, diagramas de flujo, que expresan gráficamente la trayectoria de las distintas operaciones, e incluye las dependencias administrativas que intervienen, precisando sus responsabilidades y la participación de cada cual.

Sus contenidos aprobados, deben ser de cumplimiento obligatorio para todo el personal profesional, técnico o administrativo actuante. La inobservancia de lo establecido implicará responsabilidad personal y profesional.

 GOBIERNO DEL PERÚ	 MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL	Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social	Código: MPP-UAGC-001
			Fecha: 01/02/2019
		Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad Asesora de Gestión de Calidad	Versión: 1
			Página 4

Antecedentes

La Secretaría de Estado en el Despacho de Desarrollo e Inclusión Social, fue creada mediante el Decreto Ejecutivo Número PCM-003-2014 de fecha tres (03) de febrero del año 2014.

La **Unidad Asesora de Gestión de Calidad (UAGC)** fue creada mediante el Acuerdo Ministerial No. 004-SEDIS-2018 el 29 enero de 2018, emitido por el Secretario de Estado de Desarrollo e Inclusión Social, Por ley. La que será encargada de asesorar los procesos de alcance de la certificación ISO 9001-2015 para el mantenimiento y control del Sistema de Gestión de Calidad y mejoramiento continuo, la que deberá cumplir con las responsabilidades.

Fue rectificado el Acuerdo Ministerial No. 047-SEDIS-2018 en la fecha once (11) de junio de 2018, por el Secretario de Estado de Desarrollo e Inclusión Social.

Objetivo del Manual

El presente Manual de Procesos y Procedimientos tiene como objetivo principal fortalecer los mecanismos de sensibilización que se despliegan y solidifican para brindar fortalecimiento al Sistema de Control Interno. Los Procesos que se dan a conocer cuentan con la estructura, base conceptual y visión en conjunto de las actividades misionales y de soporte de la **Unidad Asesora de Gestión de Calidad** con el fin de dotar a la misma entidad, de una herramienta de trabajo que contribuya al cumplimiento eficaz y eficiente de la misión y metas esenciales, contempladas en el Plan Estratégico.

Así mismo, se busca que exista un documento completo y actualizado de consulta, que establezca un método estándar para ejecutar el trabajo de la **UAGC**, en razón de las necesidades que se deriven de la realización de las actividades de la **Unidad Asesora de Gestión de Calidad**.

 <p>SECRETARÍA DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE DESARROLLO URBANO Y MODERNIZACIÓN DEL ESTADO OS 0001</p>	Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social	Código: MPP-UAGC-001
	Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad Asesora de Gestión de Calidad	Fecha: 01/02/2019
		Versión: 1
		Página 5

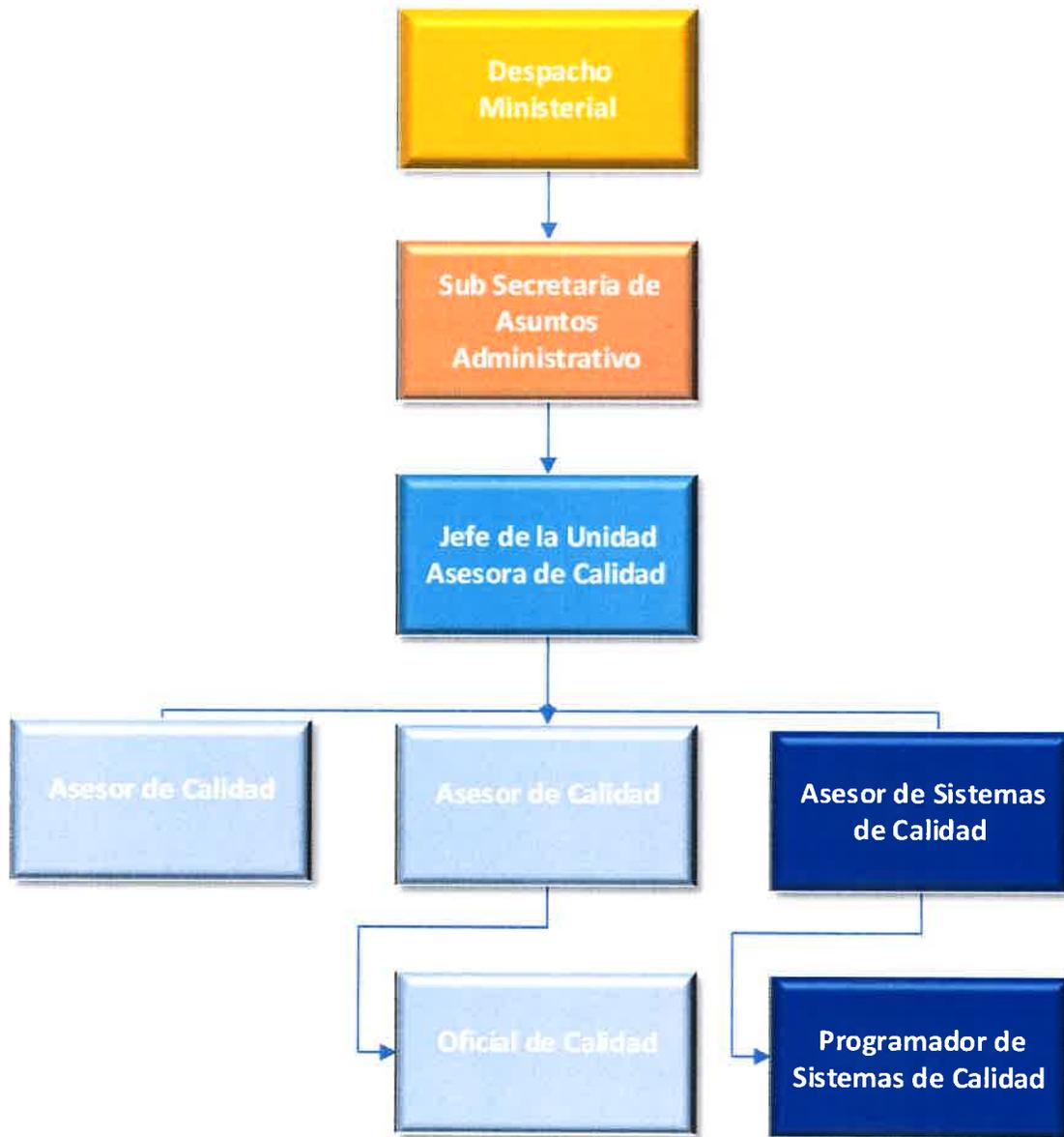
Justificación del Manual

Es importante señalar que los manuales de procesos y procedimientos son la base del sistema de calidad y del mejoramiento continuo de la eficiencia y la eficacia, poniendo de manifiesto que no bastan las normas, sino que, además es imprescindible el cambio de actitud en el conjunto de los trabajadores, en materia no solo de hacer las cosas bien, sino dentro de las practicas definidas en la organización.

El manual de procesos y procedimientos, es una herramienta que permite a la Institución, integrar una serie de acciones encaminadas a agilizar el trabajo de la administración y mejorar la calidad del servicio, comprometiéndose con la búsqueda de alternativas que mejoren la satisfacción de los usuarios.

 <p>REPUBLICA DE HONDURAS GOBIERNO DE LA REPUBLICA DE HONDURAS MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL</p>	Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social	Código: MPP-UAGC-001
		Fecha: 01/02/2019
	Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad Asesora de Gestión de Calidad	Versión: 1
		Página 6

Estructura Organizativa de la Unidad Asesora de Gestión de Calidad



 <p>SECRETARÍA DE INCLUSIÓN SOCIAL MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS PÚBLICAS DIRECCIÓN REGIONAL DE INCLUSIÓN SOCIAL Y SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO OSAMBI</p>	Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social	Código: MPP-UAGC-001
	Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad Asesora de Gestión de Calidad	Fecha: 01/02/2019
		Versión: 1
		Página 7

ESTRUCTURA DEL MANUAL

1. Nombre del Proceso y Procedimiento

Gestión de Seguimiento Evaluación y Mejora

a) Objetivo del Proceso:

Asegurar la mejora de los procesos y la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad, así como la respuesta eficaz a incidentes, no conformidades y reclamos.

Verificar si el Sistema de Gestión de Calidad cumple con los requisitos de la Norma ISO 9001:2015.

b) Alcance:

Inicia en realizar tratamientos de incidentes y finaliza con controlar los cambios del Sistema de Gestión de Calidad.

c) Personal que Interviene:

- Jefe de la unidad de calidad
- Coordinadores de calidad
- Comité de líderes de procesos de calidad
- Comité de coordinadores de calidad en los procesos certificados.
- Equipo Auditor
- Unidad de Transparencia

[Handwritten signature and stamp]

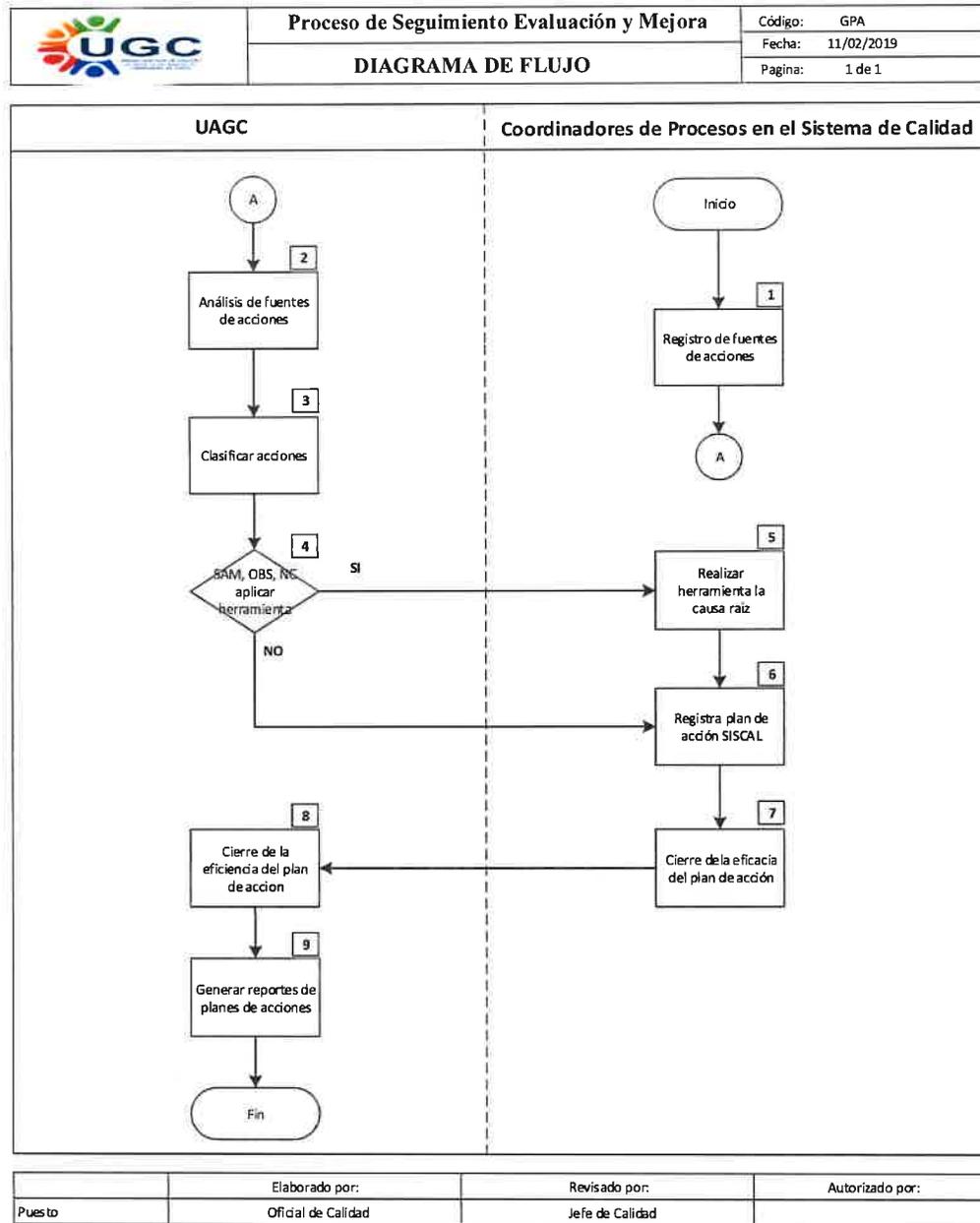
d) Procedimiento:

➤ Actividad: Gestión de Plan de Acciones

ETAPAS	ENTRADAS QUE SE RECIBEN	RESPONSABLE DE LAS ENTRADAS	ACTIVIDAD	INSUMOS	tiempo de ejecución	RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	SALIDAS QUE SE GENERAN
1- Revisar Fuente de las acciones	Incidentes (SAM)	Coordinadores de Procesos	1.1 El asesor de calidad revisa en el SISCAL en la bandeja entrada de la SAM para ver si se han registrado solicitudes de acciones de mejora de indicadores o incidentes.	Computadora, SISCAL, internet	15 min	Asesor de Calidad	Fuente de las acciones identificadas
	Indicadores (SAM)		1.2 El equipo auditor al finalizar cada auditoría clasifica los hallazgos los que son observaciones, no conformidades y oportunidades de mejora.				
	Auditorías	Equipo Auditor					
2- Analizar fuente de las acciones	Fuente de las acciones identificadas	Asesor de Calidad	2.1 Se identifica de que fuente proviene la SAM si es de un indicador o es de un incidente. Si proviene de un indicador significa que su resultado está en rojo (en indicadores mensuales 3 rojos consecutivos, indicadores trimestrales 2 rojos e indicadores semestrales y anuales 1 rojo). 2.2 Si la SAM proviene de un incidente significa que los incidentes están ligados a un riesgo >= 16 se les aplica una acción correctiva y si son menores a 16 debe ocurrir 5 veces el incidente (para que se pueda aplicar un análisis de causa raíz). A todas las SAM se les debe aplicar una herramienta para encontrar la causa raíz. 2.3 Los hallazgos de observaciones y no conformidades encontrados en la auditoría se les debe aplicar una herramienta para encontrar la causa raíz.	Computadora, SISCAL, internet	20 min	Asesor de Calidad	Acciones clasificadas
3- Crear planes de acción	Acciones clasificadas	Asesor de Calidad	3.1 El asesor se reúne con el coordinador de proceso para elegir la herramienta adecuada que identifique la causa raíz (Ishikawa, 5 Por qué? y el diagrama de Ishikawa). Esta planilla se descarga de la documentación del SISCAL ver Anexo 1 . 3.2 Cuando ya se identificó la causa raíz el coordinador deberá registrar un plan de acción en el módulo plan de acción ver Anexo 2 y posteriormente se adjunta la herramienta en el módulo de causa raíz. 3.3 Cuando el coordinador registra el plan de acción y establece que este es de bajo impacto (las acciones generan cambios de bajo impacto en el proceso o en el sistema) se procederá a ingresar un control de cambios en el respectivo módulo en el cual se identifican los riesgos generados por el cambio de recursos necesarios para realizar el cambio, acciones para prevenir los riesgos generados por el cambio entre otros y establecer una fecha de cierre. Anexo 3	Computadora, SISCAL, Portal del empleado, internet	1 Semana	Asesor de Calidad, Coordinador y Líder de proceso.	Planes de acciones registrados
4- Dar seguimiento de la eficacia	Planes de acciones registrados	Asesor de Calidad, Coordinador y Líder de proceso.	4.1 Cada plan de acción contiene una fecha de inicio y de finalización. 4.2 Todas las actividades planteadas se deben cumplir en un 100% en la fecha estipulada para que pueda quedar cerrado y el asesor de calidad pueda proceder al seguimiento de la eficiencia. 4.3 Cuando no se haya cerrado en un 100% deberá volver a plantear un plan de acción.	Computadora, SISCAL, Portal del empleado, internet	depende del tiempo de cada plan de acción.	Asesor de Calidad, Coordinador y Líder de proceso.	Lista de Planes de acción eficaces
5- Dar seguimiento de la eficiencia	Lista de planes de acción eficaces	Asesor de Calidad	5.1 El asesor de calidad verifica que el plan de acción implementado este funcionando de manera eficiente. 5.2 Si se verifica la eficiencia del plan de acción el asesor deberá registrar el estado de eficiencia en el SISCAL. 5.3 Si no fue eficiente el coordinador deberá volver a plantear un nuevo plan de acción.	Computadora, SISCAL, internet	1 hora	Asesor de Calidad, Coordinador y Líder de proceso.	Lista de planes de acción eficiente
6- Realizar reporte de planes de acciones	Lista de planes de acción eficiente	Asesor de Calidad	6.1 Cada vez que se realiza el informe de medición de la eficacia del SGC se debe generar un reporte de todos los planes de acciones cerrados a la fecha el asesor genera este reporte mediante el SISCAL	Computadora, SISCAL, internet	30 min	Asesor de Calidad	Generar Reporte de planes de acciones

Diagrama de Flujo de Proceso

Gestión de Plan de Acciones



 <p>MINISTERIO DE VIVIENDA Y OBRAS PÚBLICAS DIRECCIÓN GENERAL DE TRANSFERENCIAS Y COOPERACIONES DEL ESTADO SMAE</p>	Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social	Código: MPP-UAGC-001
	Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad Asesora de Gestión de Calidad	Fecha: 01/02/2019
		Versión: 1
		Página 10

Matriz de Riesgos de SMAE

Gestión de Plan Acciones

Ranking	Valores
Bajo	1
Medio	2
Alto	3

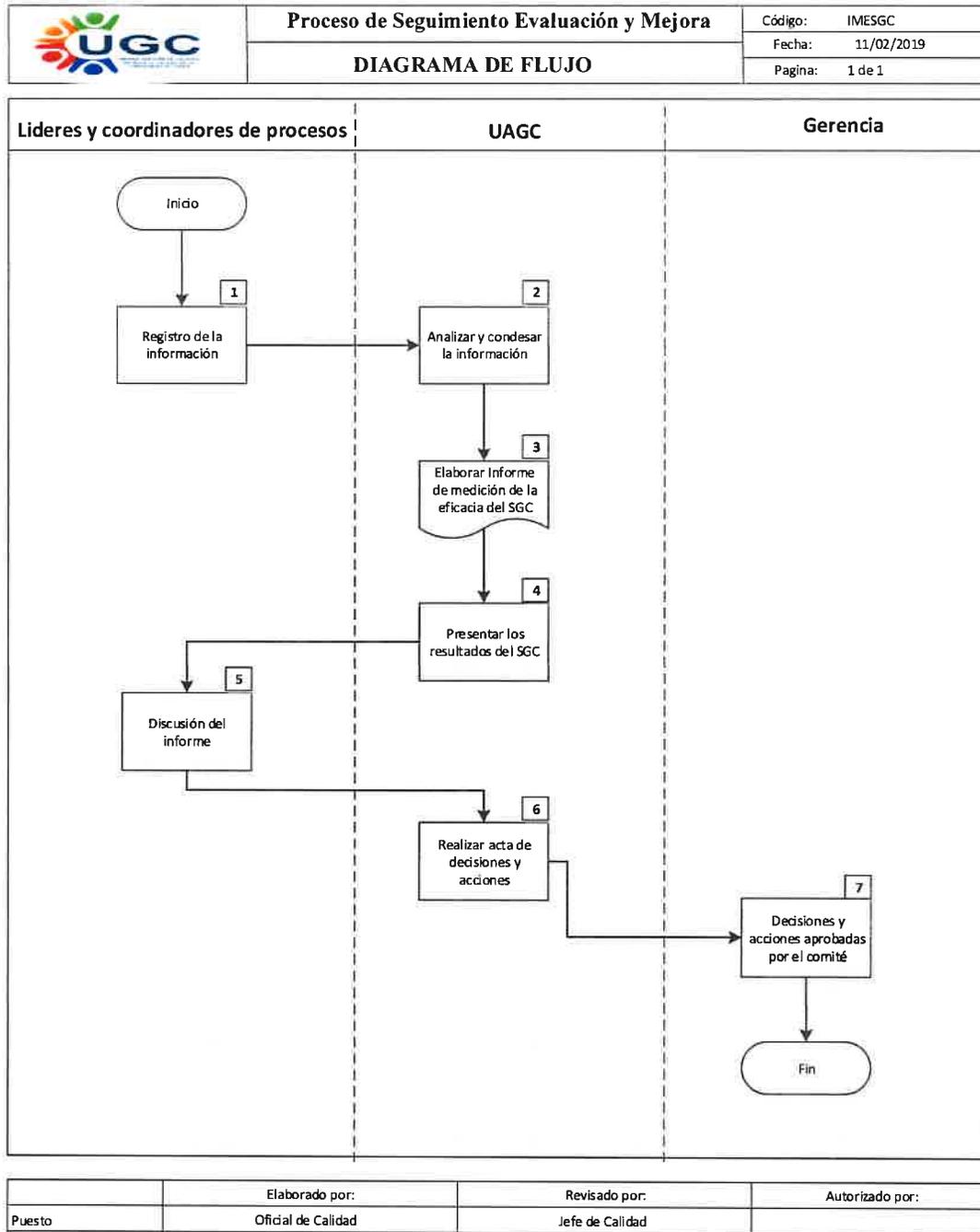
ACTIVIDADES	ETAPAS	RIESGO	EVALUACIÓN DE RIESGO					
			P	I	VTR	ACTIVIDADES DE CONTROL DE RIESGO	RESIDUAL	RANKING
Gestión de Plan de Acciones	Crear planes de acción	Que no se identifiquen adecuadamente las causas de los problemas o los inductores de las oportunidades de mejora o que no sean eficaces las acciones.	3	5	15	-Revisar los planes de acción -Revisar la eficacia de las acciones	1	Bajo
	Revisar Fuente de las acciones	Que no se registre oportunamente	3	4	12	Verificar el diligenciamiento de la lista de incidentes. Seguimiento trimestral de los incidentes.	2	Medio

➤ Actividad: Realizar Informe de Medición de Eficacia del SGC

ETAPAS	ENTRADAS QUE SE RECIBEN	RESPONSABLE DE LAS ENTRADAS	ACTIVIDAD	INSTRUMENTOS	tiempo de ejecución	RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	SALIDAS QUE SE GENERAN
1.-Análisis la información	1. La satisfacción del cliente	Unidad de transparencia	1.1 El OIP es el encargado de medir la satisfacción del beneficiario por medio de una muestra poblacional según los convenios otorgados a las fundaciones que ejecutan beneficios de vida mejor. 2. La encuesta se realiza por medio de una llamada telefónica, de los beneficiarios liquidados en el SISEP de las fundaciones, donde se le consulta al beneficiario si está a satisfacción con el beneficio entregado. 3. Al final de mes se hace la recolección total de datos y posteriormente es enviada al USSEPP para la carga del indicador en el SISCAL.	Computadora, Portal web SLD, internet, SISEP	8 horas	Unidad de transparencia y Unidad de Calidad	Reporte de resultado de las encuestas, reporte del desempeño de los procesos, reporte de la conformidad de los productores y proveedores, reporte de NC y AC, reporte de seguimiento y medición, reporte de auditoría, reporte de los proveedores
	1. El grado en que se han logrado los objetivos de la calidad y la Conformidad de los productos y servicios 2. El desempeño de los procesos	Procesos responsables de cada indicador	1. Se revisa en el SISCAL los indicadores de los procesos involucrados en los objetivos de calidad. Se tabulan los datos recolectados y se grafican para visualización de las tendencias, luego se realiza un análisis de los resultados obtenidos y se procede a realizar la conclusión del grado que se han logrado los objetivos. 2. Para realizar el desempeño de los procesos se revisa en el SISCAL los indicadores de todos los procesos, se genera un reporte y un gráfico de los datos obtenidos en base a su matriz y análisis de indicadores, luego se realiza una conclusión final.	Computadora, SISCAL, internet		Asesor de Calidad	
			1. Revisar en el SISCAL en los hallazgos las no conformidades y AC por procesos, se clasifican por procesos y se identifica su porcentaje de avance, se elabora un gráfico representativo del porcentaje de avance en hallazgos de la auditoría y para finalizar se realiza una conclusión final. 2. Revisar en el SISCAL en el módulo de riesgo residual los riesgos por cada proceso, se identifica el total de riesgos por cada proceso, los riesgos críticos y los incidentes ocurridos en los riesgos, después se elabora un gráfico representativo a los riesgos más una conclusión final. ver Anejo 4 -Revisar en el SISCAL en el módulo de reporte de incidente los incidentes por cada proceso, se genera un reporte con el total de incidentes ocurridos en cada proceso y se realiza una conclusión final. ver Anejo 5 -Revisar en el SISCAL en el módulo plan de mejora las acciones ingresadas por cada proceso, se genera un reporte de todas las acciones realizadas por cada proceso proveniente de las diferentes fuentes (riesgos, auditorías, incidentes, indicadores, autoevaluación). Se procede a realizar los siguientes gráficos: planes de acción por cada proceso VS % de Avance, Por tipo de acción y por la fuente de que proviene cada acción. Realizar una conclusión de los resultados -Revisar en el SISCAL en el módulo de control de cambios realizados por cada proceso, se genera un reporte con todos los cambios registrados y se elabora una conclusión. -Las unidades realizan trimestralmente una autoevaluación de sus procesos (Destiny and Control) de acuerdo los resultados se realizan gráficos comparativos los cuales generan la necesidad de recursos, cambios y oportunidades de mejora, se realiza una conclusión final. ver Anejo 6 3. Se elabora un cuadro con el total y clasificación de los hallazgos de auditoría por tipo de hallazgos y el estado en que se encuentran, luego se realiza una conclusión final. 4. Se ingresa al SISEP se va al módulo de comité, listado de instrucciones, se recopilan los datos de las fundaciones/ ejecutores registradas por la UAPP luego para realizar los análisis, de la puntuación global que incluye los siguientes criterios: perfil de la institución, nivel de calidad, subórdenes, satisfacción, puntualidad de ejecución, finalmente se realiza la conclusión general de los datos generados del sistema de los proveedores externos.		4 horas	Asesor de Calidad	
	1. No conformidad y acciones correctivas, 2. Resultados de seguimiento y medición 3. Resultados de las auditorías, 4. El desempeño de los proveedores externos. (Programa de Vivienda Saludable)	Unidad de Calidad					
2.-Elaborar informe	Reporte de resultado de las encuestas, reporte del desempeño de los procesos, reporte de la conformidad de los productos y servicios, reporte de NC y AC, reporte de seguimiento y medición, reporte de auditoría, reporte de los proveedores externos	Asesor de Calidad	Se ingresa al SISCAL en el módulo de documentos se descarga el formato del informe de medición de la eficacia del SGC. ver Anejo 7 . Luego se procede a condensar toda la información necesaria para empezar a estructurar el informe, una vez completado el informe se convoca por medio de un memo a una reunión a los líderes y coordinadores de procesos que están bajo el certificado ISO 9001:2015 y a la máxima autoridad donde se les presentaran los resultados del informe de medición de la eficacia.	Computadora, SISCAL, internet	48 horas	Asesor de Calidad	Informe de medición de la eficacia del SGC
3. Presentar informe	Informe de medición de la eficacia del SGC	Unidad de Calidad	Se realiza la reunión con todos los miembros involucrados el cual se detallaran los resultados del SGC y el comportamiento.	Computadora, internet, data show	1 hora	Unidad de Calidad, máxima autoridad, líderes de procesos	Informe presentado y discutido
4. Realizar acta de decisiones y acciones	Informe presentado y discutido	Unidad de Calidad	Se ingresa al SISCAL en el módulo de documentos se descarga el formato de acta de decisiones y acciones, se elabora el acta con las decisiones tomadas en la reunión. La salida de la revisión debe incluir las decisiones y acciones relacionadas con: las oportunidades de mejora, cualquier necesidad de cambio en el SGC, las necesidades de recursos. La organización debe conservar información documentada como evidencia de los resultados de la revisión por la dirección. Se presenta un cuadro de decisiones y acciones. ver capítulo 10 de norma	Computadora, internet, SISCAL	30 min	Unidad de Calidad, máxima autoridad, líderes de procesos	Decisiones y acciones aprobados por el comité

Diagrama de flujo de Proceso

Realizar Informe de Medición de Eficacia del SGC



Matriz de Riesgos de SMAE

Realizar Informe de Medición de Eficacia del SGC

Ranking	Valores
Bajo	1
Medio	2
Alto	3

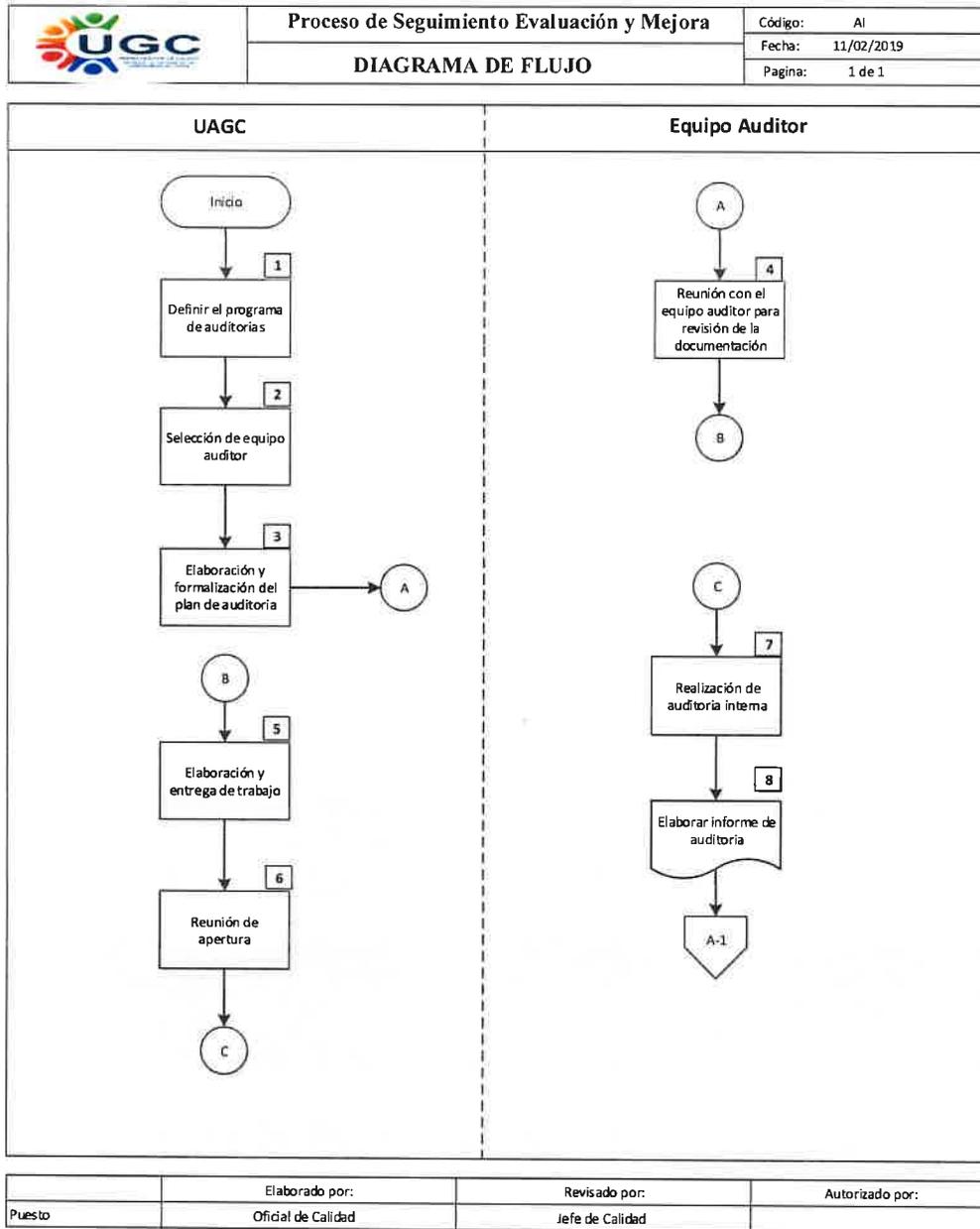
ACTIVIDADES	ETAPAS	RIESGO	EVALUACIÓN DE RIESGO					
			P	I	VTR	ACTIVIDADES DE CONTROL DE RIESGO	Residual	Ranking
Realizar Informe de Medición de Eficacia del SGC	Analizar la información de entrada de las NC, AC, auditorías y autoevaluación.	Que no se realice el trámite de acuerdo con el marco legal	1	5	5	Verificación de los tiempos de tramite Seguimiento de SDQ	1	Bajo
		Que no se haga de manera objetiva y consistente con la realidad	3	4	12	Revisar y verificar el informe de autoevaluación	1	Bajo
	Realizar acta de decisiones y acciones	Que los cambios implementados afecten el funcionamiento de los procesos o del SGC.	3	5	15	Revisar el plan de cambios	1	Bajo
		Que no se registren en el SISCAL las oportunidades mejoras identificadas por cada unidad	5	2	10	-Creación de un módulo para que IT ingrese las solicitudes de mejoras en el sistema.	1	Bajo

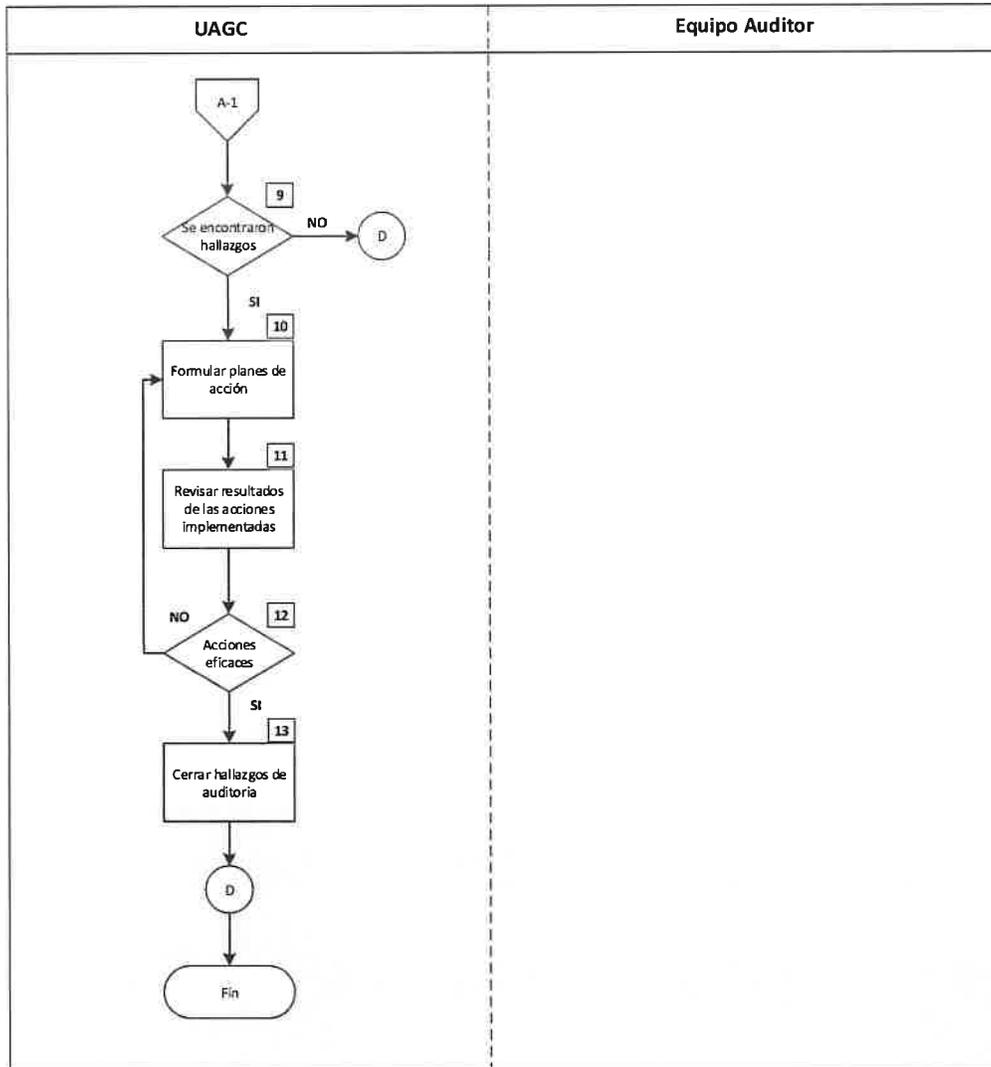
➤ Actividad: Realizar Auditoria Interna

ETAPAS	ENTRADAS QUE SE RECIBEN	RESPONSABLE DE LAS ENTRADAS	ACTIVIDAD	INSTRUMENTOS	Tiempo de ejecución	RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	SALIDAS QUE SE GENERAN
1.-Elaborar programas de auditorias	1. Informe de resultados de auditorias previas	Unidad de Calidad	Ingresar al SISCAL en el modulo de documentos descargar Carta de Proceso de auditoria. Se utiliza el formato de programa de auditorias internas, ver Anexo 8, teniendo en cuenta la importancia el desempeño de los resultados de auditorias previas. Se define la fecha y area auditada.	Computadora, SISCAL, Internet	40 min	Unidad de calidad y lider del equipo auditor	Programa anual de auditorias internas, plan de auditoria
	2. Perfiles de auditores		2. Con los perfiles de auditores se define el equipo auditor de acuerdo a los requisitos establecidos. Luego se comunica al subsecretario de asuntos administrativos y al equipo de auditores los detalles de las auditorias a realizar.	Computadora	30 min	Asesor de Calidad	
	3. Requisitos de la norma	Asesor de Calidad y equipo auditor	3.1 Se Ingresar al SISCAL descargar el formato de plan de auditoria, ver Anexo 9 3.2 Formular el objetivo y alcance de la auditoria se aclaran con el tratante de acuerdo al cronograma de actividades. 3.3 Una vez finalizado se documenta el plan de auditoria y es enviado al subsecretario de asuntos administrativos y a los procesos que seran auditados.	Computadora, SISCAL, Internet	1 hora	Asesor de calidad, lider y equipo auditor	
2.-Elaborar o identificar la documentación necesaria.	Programa anual de auditorias internas, plan de auditoria	Asesor de Calidad	Reunión con el equipo auditor para hacer una revisión sistemática de la documentación para verificar si se establecen disposiciones adecuadas para el cumplimiento de cada uno de los requisitos de la norma ISO 9001:2015, la documentación objeto de revisión puede ser el plan de calidad, los procedimientos, las cartas de proceso según sea necesario y demás documentación relacionada con el cumplimiento de los requisitos. Preparar los documentos necesarios para el desarrollo de la auditoria lo mismo que los medios logísticos necesarios en coordinación con el área de administración de las auditorias. Esta documentación puede incluir: Plan de auditoria, Listas de verificación donde se documentan las observaciones y las evidencias que respalde las conclusiones alcanzadas por los auditores, Formados	Computadora, Internet, SISCAL	2 hora	Equipo auditor y unidad de calidad	Listado de asistencia, lista de verificación.
3. Realizar auditoria interna	Listado de asistencia, lista de verificación	Equipo Auditor	3.1 Se hace una reunión inicial para el desarrollo de las siguientes actividades: Presentación de los miembros del equipo de auditor, Revisión-formatización del alcance y los objetivos de la auditoria, Resumen de los métodos, procedimientos y reglas de juego para el desarrollo de las actividades, Establecer los conductos de comunicación, tipos de reunión y confirmación la hora y fecha de la reunión de cierre. 3.2 Se realizan las entrevistas, se examina la documentación, o se observan las actividades, para recolectar las evidencias de la auditoria de acuerdo con la lista de verificación preparada previamente. Al comparar las evidencias encontradas durante la auditoria, contra los criterios de la auditoria, se identifican los hallazgos de cumplimiento, o de incumplimiento de los mismos. Se consideran criticos, los hallazgos que afecten los objetivos, los resultados y el marco normativo del proceso o de la entidad.	Computadora, SISCAL, Portal del empleado, internet	3 dias	Equipo Auditor, Responsables de áreas Auditadas	Listas de verificación con los hallazgos, Listado de asistencia
4. Elaborar el informe de auditoria interna	Listas de verificación con los hallazgos, listado de asistencia	Equipo Auditor	4.1 Se ingresa al SISCAL se descarga el formato de informe de auditoria. Ver Anexo 10. Tomando como base la información registrada en las listas de verificación, se redactan los hallazgos y las conclusiones de la auditoria. 4.2 Una vez que el informe este terminado se hace la reunion de cierre se formaliza la identificación de los hallazgos, se hace la presentación a los auditores de los principales hallazgos detectados en la auditoria.	Computadora, Internet	1 hora	Equipo Auditor y Unidad de Calidad	Informe de auditoria Interna de Calidad, Listado de asistencia,
5. Revisar resultados de las acciones implementadas	Informe de Auditoria Interna de Calidad, listado de asistencias	Equipo Auditor y Unidad de calidad	5.1 Cada responsable de la unidad donde se encontraron los hallazgos aplicaran una corrección si es necesario, posteriormente ingresan el tratamiento de las no conformidades al Sistema de Gestión de Calidad. 5.2 De acuerdo con los planes de acción formulados por los procesos, se programa y se realiza el seguimiento correspondiente para verificar la ejecución de los planes definidos y el logro de los resultados esperados. 5.3 Las acciones se consideran eficaces si evitan que los hallazgos se vuelvan a presentar en el sistema de gestión de la calidad. 5.4 Se hace el cierre de los hallazgos, registrando las evidencias que examinó el auditor para verificar los resultados logrados.	Computadora, SISCAL, portal de empleado internet,	1 hora	Asesor de calidad y coordinadores de procesos	Plan de acciones cerrados

Diagrama de flujo de Proceso

Realizar Auditoría Interna





	Elaborado por:	Revisado por:	Autorizado por:
Puesto	Oficial de Calidad	Jefe de Calidad	

Matriz de Riesgo de SMAE

Realizar Auditoría Interna

Ranking	Valores
Bajo	1
Medio	2
Alto	3

ACTIVIDADES	ETAPAS	RIESGO	EVALUACIÓN DE RIESGO					
			P	I	VTR	ACTIVIDADES DE CONTROL DE RIESGO	Residual	Ranking
Realizar Auditoría Interna	Elaborar programas de auditorías	Que el equipo auditor no esté suficientemente comprometido con el objetivo de la auditoría.	2	5	10	Realizar capacitación cada vez que se lleve a cabo una auditoría	3	Alto
		Que no se cuenta con suficiente personal capacitado para realizar la auditoría.	3	5	15	Capacitar a nuevo personal de la Secretaría para contar con suficientes auditores	1	Bajo
	Elaborar el informe de auditoría interna	Que los resultados no sean confiables por una mala planificación o recolección de evidencias.	3	5	15	Revisar el plan y los informes de auditoría.	1	Bajo

 GOBIERNO DE LA REPUBLICA DE HONDURAS	 MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL	Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social	Código: MPP-UAGC-001
		Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad Asesora de Gestión de Calidad	Fecha: 01/02/2019
			Versión: 1
			Página 18

2. Nombre del Procesos y Procedimiento

Gestión de Información y Conocimiento

a) Objetivo del Proceso:

Asegurar que la información documentada utilizada en los procesos por el personal de SEDIS son adecuados, se controlan, se encuentran actualizados, estén disponibles y que los registros derivados de los mismos se conservan y son fácilmente recuperables para el sistema de gestión de calidad.

b) Alcance:

Inicia con elaborar y modificar documentos que la organización determina como necesarios para la eficacia del SGC. Y finaliza con el control de registro.

c) Personal que Interviene:

- Jefe de la unidad de calidad
- Coordinadores de calidad
- Comité de coordinadores de calidad en los procesos certificados de la norma ISO.

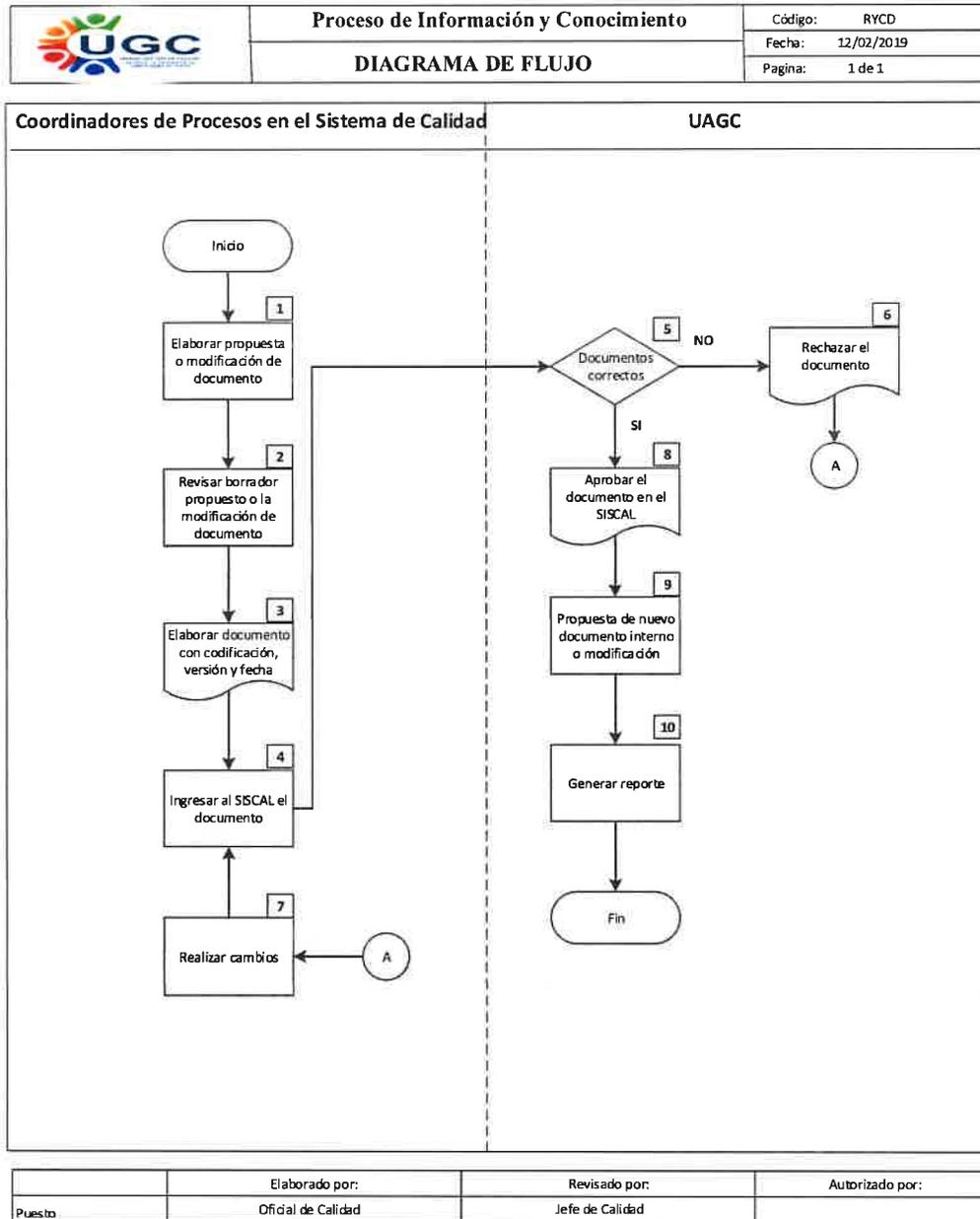
d) Procedimiento:

➤ Actividad: Revisión y Control de Documentos

ETAPAS	ENTRADAS QUE SE RECIBEN	RESPONSABLE DE LAS ENTRADAS	ACTIVIDAD	INSUMOS	Tiempo de ejecución	RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	SALIDAS QUE SE GENERAN
1. Elaborar propuesta de nueva documentación/ modificación y revisión	Propuesta de nueva documentación interna. Modificación de documentación interna existente.	Lider y coordinador de proceso	1.1 El personal de la institución que solicita nuevos documentos o modificación de documentos existentes del SGC, elabora propuesta para nueva documentación/Modificación de forma clara y concisa. Cuando es un documento nuevo el líder del proceso deberá categorizar si el documento proviene de fuentes externas o si se ha realizado internamente 1.2 El borrador propuesto es revisado por el líder del proceso y oficial de calidad. 1.3. Se elabora el documento con codificación, versión y fecha 1.4. El documento propuesto es ingresado al SISCAL el cual es entregado a la Unidad Gestión Calidad.	Computadora, SISCAL, internet	40 min	Lider y Coordinador de proceso/ Oficial de calidad	Solicitud de documentos
2. Aprobar documentación	Solicitud de documentos	Lider y coordinador de proceso	El oficial de Calidad ingresa a la bandeja de nueva documentación en el SISCAL y revisa si el documento propuesto es adecuado (Si tiene código, versión, fecha, logo SEDIS, unidad y título del documento), ver Anexo 11 . Si es adecuado el documento se procede con su aprobación y si no se rechaza. Estos documentos que pertenecen a cada unidad cada vez que se convertirán en un registro, para saber la ubicación donde estarán almacenados el coordinador deberá ingresar esta ubicación física en el modulo de registro.	Computadora, SISCAL, internet	30 min	Oficial de Calidad	documentos aprobados, consecutivo de versión y control de obsoletos - SISCAL
3. Generar reporte	documentos aprobados, consecutivo de versión y control de obsoletos - SISCAL	Oficial de Calidad	Se ingresa al SISCAL en el modulo de documentos, en este modulo se puede contar con las opciones de seleccionar el proceso del reporte a generar, descargar los documentos y filtrarlos (Por tipo de documento, código, estado y nombre)	Computadora, SISCAL, internet	10 min	Oficial de Calidad	Reporte de documento

Diagrama de Flujo de Proceso

Revisión y Control de Documentos



Matriz de Riesgos de Información y Conocimiento

Revisión y Control de Documentos

Ranking	Valores
Bajo	1
Medio	2
Alto	3

ACTIVIDADES	ETAPA	RIESGO	EVALUACIÓN DE RIESGO					
			P	I	VTR	ACTIVIDADES DE CONTROL DE RIESGO	RESIDUAL	RANKING
Revisión y Control de Documentos	Aprobar documentación	Perdida/Extravió de registros	3	5	15	Respaldo a diario en servidor externo y en nube de los registros electrónicos	1	Bajo
		Perdida/Extravió de documentos	3	5	15	Monitorear el BackUp de sistemas de gestión de documentos	1	Bajo
		Llenado incorrecto de registro	2	5	10	Capacitar al personal a cargo de la actividad y nuevos recursos	2	Medio
		Información incompleta	3	4	12	-Revisar por parte del responsable de calidad -Revisar atributos completos del documento adecuado	1	Bajo
		Hurto de registros	2	5	10	Almacenar, archivo protegido con acceso restringido	1	Bajo
		Falla en base de datos del SISCAL	2	5	10	Respaldo a diario en servidor externo y en nube de los registros electrónicos	1	Bajo
		Aprobación tardía de documento	3	4	12	Revisión diaria del sistema	1	Bajo
	Elaborar propuesta de nueva documentación / modificación y revisión	Falla en el sistema al momento de subir el documento	3	4	12	Respaldo de aplicación	2	Medio
		Error en el documento	3	4	12	Validar el documento revisado	2	Medio

 <p>SECRETARÍA DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE CALIDAD Y MODERNIZACIÓN DEL ESTADO TEGUCIGALPA</p>	Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social	Código: MPP-UAGC-001
		Fecha: 01/02/2019
	Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad Asesora de Gestión de Calidad	Versión: 1
		Página 22

Documentos de Referencia:

- Norma Hondureña OHN-ISO 9001:2015 S04-LE-01
- Informe de auditoría S04-FO-02
- Plan de auditoría S04-FO-01
- Revisión de la Eficacia del Desempeño M01-FO-04
- Carta de Procesos de Información y Conocimiento S04-CP-01
- Carta de Procesos de SMAE M01-CP-01
-

Glosario de Términos:

Un SGC comprende actividades mediante las que la organización identifica sus objetivos y determina los procesos y recursos requeridos para lograr los resultados deseados.

Seguimiento: determinación del estado de un sistema, un proceso un producto un servicio o una actividad.

Mejora: actividad para mejorar el desempeño.

Mejora continua: actividad recurrente para mejorar el desempeño.

Control de cambios: actividades para controlar las salidas, después de la aprobación formal de su información sobre configuración del producto.

No conformidad NC: incumplimiento de un requisito.

Conformidad: cumplimiento de un requisito.

Acción preventiva: acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.

Acción correctiva AC: acción para eliminar la causa de una no conformidad y evitar que vuelva a ocurrir.

Corrección: acción para eliminar una no conformidad

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

 <p>GOBIERNO DE LA REPUBLICA DE HONDURAS</p> <p>SECRETARÍA DE COORDINACIÓN GENERAL DE SERVICIOS PROTECCIÓN DEL BIENestar DEL TRANSPORTE Y SOSTENIBILIDAD DEL ESTADO (SEDIS)</p>	Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social	Código: MPP-UAGC-001
	Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad Asesora de Gestión de Calidad	Fecha: 01/02/2019
		Versión: 1
		Página 23

Hallazgos de la auditoría: resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría, recopilada frente a los criterios de auditoría.

Programa de la auditoría: conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico

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

Eficiencia: relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados

Eficacia: grado en el que se realizan las actividades planificadas y se logran los resultados planificados.

Siglas

SEDIS: Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social.

SISCAL: Sistema de Calidad.

UAGC: Unidad Asesora de Gestión de Calidad.

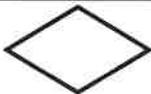
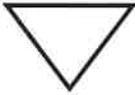
ISO: Organización Internacional de Estandarización.

UAPP: Unidad Administradora de Programa y Proyectos.

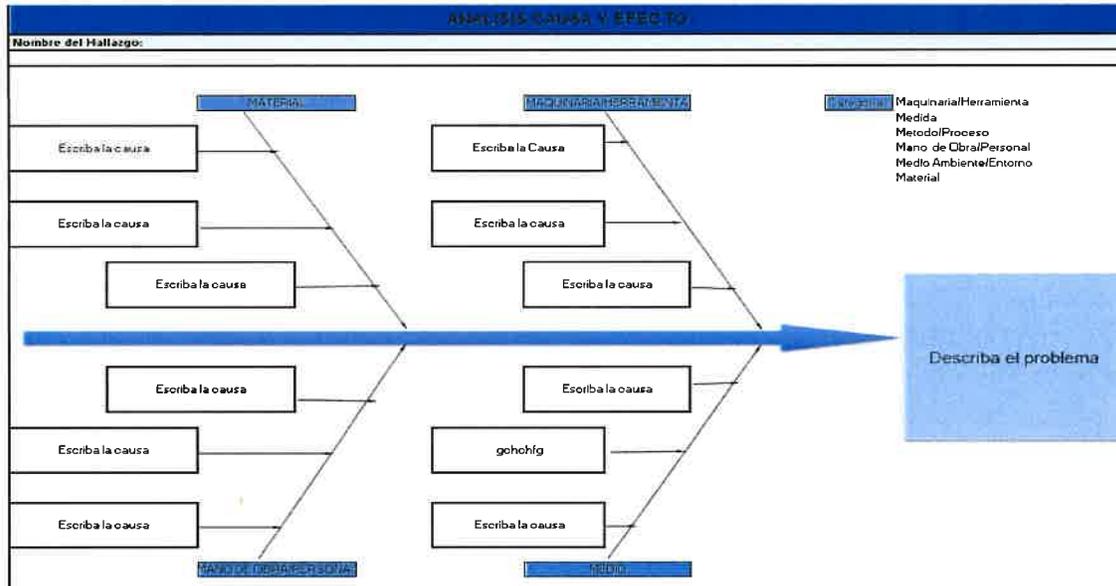
SISEP: Sistema de Seguimiento de Proyectos.

USSEPP: Unidad de Seguimiento Supervisión de Programa y Proyectos.

Simbología Utilizada

SIMBOLO	DESCRIPCION
	-Indicador de inició de un procedimiento. -Indicador de Terminar el proceso.
	Forma utilizada en un Diagrama de Flujo para representar una tarea o actividad.
	Forma utilizada en un Diagrama de Flujo para representar una actividad predefinida expresada en otro Diagrama.
	Forma utilizada en un Diagrama de Flujo para representar una actividad de decisión o de conmutación.
	Forma utilizada en un Diagrama de Flujo para representar una actividad combinada.
	Conector dentro de la misma página.
	Documento. Representa la información escrita pertinente al proceso.
	Conector fuera de la página.
	Dirección de flujo o línea de unión. Conecta los símbolos señalando el orden en que se deben realizar las distintas actividades.

ANEXOS



Causa Principal	Herramienta 5 Porques
Escribir el Efecto Principal	Describe las Posibles Soluciones Las soluciones pueden ser descritas en cualquiera de los 5 porques donde se encuentre la causa que genere el efecto principal.
1 Porque	Describe la solución
2 Porque	Describe la solución
3 Porque	Describe la solución
4 Porque	Describe la solución
5 Porque	Describe la solución
Escribir el Quito Porque	Describe la solución

Anexo 1

Planes de Acción

Proceso: UNIDAD DE SEGUIMIENTO, SUPERVISIÓN

Acciones de Mejora: Control de Cambios | Consulta General

Código	Fecha	Necesidad Identificada	Clasificación	Acción	Alto Impacto	Nombre Puesto	Fecha Cierre	S4M	Estado	Estado OP
OM70	1/8/2019	Mejorar el Control de cambios de beneficiarios en el SISEP	Auditoría	Mejora	No	COORDINADOR DEL PROGRAMA VIDA MEJOR.	1/11/2018	No	100%	Finalizado

Resultado Esperado	Situaciones Accion	Causas Factores	Descripcion OP
Contar en el SISEP con un mejor control de cambio de beneficiarios y que se pueda registrar en el mismo sistema	N/A	No contar con un control y registro de los cambios de beneficiarios en el SISEP	1.Solicitar via memorando una reunión con la unidad de Tecnología para analizar la acción de mejora en el SISEP; 2 Ejecutar y llevar a cabo la reunión y llegar a acuerdos; 3 Dar seguimiento a la acción.

Resumen Resultado	Eficacia Accion	Leccion Aprendida	Nombre Riesgo
Hay un mejor control al momento de realizar cambios en el sistema , ya que el mismo sistema nos permite justificar porque se realiza el cambios en los beneficiarios.	Eficaz	Que ahora no tenemos duplicidad de beneficio, y podemos visualizar y dejar registro de los cambios realizados en el sistema para determinada fundacion	NO APLICA

Anexo 2

Planes de Acción

Proceso: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Acciones de Mejora: Control de Cambios | Consulta General

Código CC	Fecha CC	Cambio Realizar	Código OP	Espera Lograr	Nombre Puesto	Notificación Cambios	Resultados Despues Cambios	estado
16	13/12/2017	Garantizar la disponibilidad presupuestaria para la operatividad de los Programas sociales.	45	Reducir las modificaciones presupuestarias	SECRETARIO DE ESTADO POR LEY	Gerencia Administrativa Financiera	Garantizada la disponibilidad presupuestaria de los proyectos de Vida Mejor.	100

Riesgo Control Cambio	Recurso Control Cambio	Accion Control Cambio
N/A	Presupuestarios	N/A

Código CC	Fecha CC	Cambio Realizar	Código OP	Espera Lograr	Nombre Puesto	Notificación Cambios	Resultados Despues Cambios	estado
17	13/12/2017	Integración y fortalecimiento del direccionamiento estrategico institucional con la planificación de la calidad	46	Mejorar el seguimiento de los indicadores.	OFICIAL DE CALIDAD	Desarrollemos Honduras / Vivienda Saludable / Unidad de Transparencia / Unidad de Gestion de Calidad / UPEG	Mejorada la integracion y fortalecimiento de los indicadores del SGC.	100

Anexo 3

alejandra.lopez
Cerrar sesión

INICIO SGC PROCESOS SMAE ADMINISTRACION REPORTES

RIESGOS RESIDUALES

Selección Proceso: GESTIÓN SECRETARÍA LEGAL

Selección Año: 2018 Selección Periodo: Julio - Septiembre

Código Riesgo	Nombre Riesgo	Probabilidad	Impacto	Nivel Riesgo	Numero Incidentes	Eficacia Medidas	Probabilidad Residual	Impacto Residual	Nivel De Riesgos	Días	CódDp
19	Presentación de Documentos Faltos	3	3	9	0	No	3	3	9	3	
24	Documentos extraviados, dañados, perdidos, incorrectos o incompletos	3	5	15	0	No	3	5	15	10	
27	Errores en el Convenio o Adendum	3	4	12	0	No	3	4	12	6	
44	Entusiasmo de Letras de Cambio	3	5	15	0	No	3	5	15	5	
44	Firma de Convenio y/o Adendum por persona no facultada	3	5	15	0	No	3	5	15	5	
28	Errores en la firma de Convenios y/o Adendums	3	4	12	0	No	3	4	12	6	
47	Imposibilidad de ejecutar la Gestión	3	5	15	0	No	3	5	15	5	

Anexo 4





alejandra.lopez
Cerrar sesión

INICIO SGC PROCESOS SMAE ADMINISTRACION REPORTES

INCIDENTES

Selección Proceso: GESTIÓN DE COMPRAS

Selección Año: 2018 Selección Mes: Septiembre

Añadir una columna aquí para agrupar por dicha columna

Código Riesgo	Nombre Riesgo	Incidentes
54	Que la Programación no se realice conforme a los techos por cada Dirección o Unidad Solicitante.	1

Código	Descripción Incidente	Causas Incidente	Consecuencias Incidente	Tratamiento Incidente
46	compras de la Sub Secretaría de Integración Social (PRAF) que no estaban contempladas en la planificación	fusión según acuerdo ministerial 55 A 2018	Afectación de cumplimiento de planificación por compras no contempladas	Se contemplaran las compras de la Sub Secretaría de Integración Social (PRAF) para el próximo año

Anexo 5

Selección Año: 2018

Selección Mes: Julio - Septiembre

Autoevaluación de gestión		Autoevaluación de control		
Nombre Riesgo	Nombre Control	Calificación	Situación Actual	Oportunidades De Mejora
Que se definan cargos de personal permanente que incumplan el marco legal	Verificar el cumplimiento con la funcionalidad. Verificar el cumplimiento con las leyes aplicables	100	NO SE HAN DEFINIDO CARGOS DE PERSONAL PERMANENTE QUE INCUMPLAN EL MARCO LEGAL	NINGUNA
Que el personal en funciones no cumpla con el perfil del puesto	Verificar del expediente del personal	75	EL MANUAL DE PUESTOS Y FUNCIONES ESTA EN REVISIÓN AÚN	NINGUNA
Que exista exceso de personal en cada puesto de trabajo	Verificar de carga de trabajo	100	PERSONAL SUFICIENTE	NINGUNA
Que el personal seleccionado no cumpla con los requisitos del puesto	Verificar competencias del personal segun manual de puestos y funciones. Revisar el contrato de trabajo	75	EL MANUAL DE PUESTOS Y FUNCIONES ESTA EN REVISIÓN AÚN	NINGUNA
Que el personal no reciba el plan de inducción	Evaluación del plan de inducción	25	EL PERSONAL DE NUEVO INGRESO EN SU MAYORÍA NO HA RECIBIDO LA INDUCCIÓN	NINGUNA
Que personal reciba capacitaciones no relacionadas a las funciones que desempeña	Verificar del Plan de Formación	100	VAN DIRIGIDAS AL PERSONAL QUE NOS INDICAN LOS JEFES DE LAS UNIDADES	NINGUNA
Falta de conocimiento de calidad en las unidades críticas.	Evaluar conocimientos de calidad del personal	75	HAY QUE REFORZAR LOS CONOCIMIENTOS DE CALIDAD EN EL PERSONAL	NINGUNA
Que se pierdan y no se compartan todos los conocimientos críticos.	Hacer seguimiento a la documentación del inventario de conocimientos críticos.	75	FALTAN 2 UNIDADES QUE ACTUALICEN SUS CONOCIMIENTOS CRITICOS	NINGUNA
Que la evaluación realizada no corresponda con la realidad	Revisar informe de evaluación del desempeño de la gestión por resultados.	100	EVALUACIÓN APLICADA	NINGUNA
Que las necesidades de capacitación no sean las adecuadas	1.1 Revisar el informe de diagnostico de necesidades de capacitación. 1.2 Verificar diligenciamiento de la encuesta de diagnostico de necesidades de capacitación de empleados	75	PLAN DE CAPACITACION EN EJECUCIÓN	NINGUNA
Promedio: 80.00 %				

AUTOEVALUACION

Selección Proceso: GESTIÓN HUMANA

Autoevaluación de gestión		Autoevaluación de control		
Tema	Lista Autoevaluación	Calificación	Situación Actual	Oportunidades De Mejora
Objetivos	Objetivos del proceso centrados en la calidad	100	EL OBJETIVO ACTUAL ES CLARO Y CONSISTENTE	NINGUNA
Requisitos	Requisitos identificados, comunicados y evaluados	100	ESTÁN REGISTRADOS LOS DOCUMENTOS LEGALES EXTERNOS E INTERNOS EN EL SISCAL	NINGUNA
Riesgos	Riesgos del proceso actualizados y planes de control definidos	100	RIESGOS ACTUALIZADOS	NINGUNA
Indicadores	Indicadores actualizados y con seguimiento regular	100	INDICADORES ACTUALIZADOS	NINGUNA
Documentación	Documentación actualizada, comunicada, aplicada	75	SE ESTÁN ACTUALIZANDO DOCUMENTOS DE LAS UNIDADES DE RECIENTE CREACIÓN	NINGUNA
Personas	Responsabilidades, competencia, cultura para la calidad del servicio	100	TODO EL PERSONAL SABE SU ROL DENTRO DEL PROCESO DE GESTIÓN HUMANA	NINGUNA
Comunicación	Comunicaciones planificadas y controladas	100	EL PLAN DE COMUNICACIÓN ESTA ACTUALIZADO	NINGUNA
Recursos	Recursos suficientes y disponibles	100	CON LA REMODELACIÓN DEL EDIFICIO SE CUENTA CON LOS RECURSOS NECESARIOS	NINGUNA
SMAE	Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación regular de la gestión y los resultados logrados	100	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN REGULAR	NINGUNA
Mejora	Identificación de oportunidades de mejora y desarrollo de acciones	100	PLAN DE MEJORAS ACTUALIZADO Y CONTROL DE CAMBIOS	NINGUNA
Promedio: 97.50 %				

Anexo 6



 MPP-UAGC-001

INFORME DE REVISIÓN DE LA EFICACIA M01-FO-04

ÍNDICE DE CONTENIDO

INFORME DE REVISIÓN DE LA EFICACIA DEL SGC

**Plataforma de Vida Mejor
Gestión de Vida Mejor y Supervisión,
Evaluación de Programa y Proyectos**

Enero del 2019



INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVO.....	4
REVISIÓN DE EFICACIA DEL SISTEMA	5
1. Análisis de desempeño.....	5
1.1. La satisfacción del cliente.....	5
1.2. Conformidad de los productos y servicios.	7
1.3. El desempeño de los procesos y acciones de mejora.	8
1.4. El grado en que se han logrado los objetivos de la calidad.....	26
1.5. No conformidad y acciones correctivas y resultados de seguimiento y medición.....	27
1.6. El desempeño de los proveedores externos. (Programa de Vivienda Saludable).....	28
2. Análisis de riesgos, incidentes y cambios.....	29
2.1. Análisis de riesgos	29
2.2. Análisis de Incidentes.....	30
2.3. Análisis de cambios	30
3. Análisis autoevaluación de la gestión y control.	31
3.1. La adecuación de recursos.....	32
4. Decisiones y acciones.....	34
CONCLUSIONES.....	34
ANEXOS.....	34

Anexo 7

GESTIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS **MO1-HG-01** (PROGRAMA DE AUDITORIA INTERNA)

SECRETARÍA DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL PROGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS DEL SGC - 2019																			
PROCESO	OBJETIVO DE LA AUDITORIA	AUDITOR LIDER	AUDITADO	CRITERIOS DE AUDITORIA	AUDITORIAS REQUERIDAS	EN FEB	EN MAR	EN ABR	EN MAY	EN JUN	EN JUL	EN AGO	EN SEPT	EN OCT	EN NOV	EN DIC	AUDITORIAS PROGRAMADAS	AUDITORIAS EJECUTADAS	EJECUCIÓN
Direccionamiento estratégico	Examinar conformidad, eficacia y desempeño del SGC	Tania Carolina Rodríguez Ceirato	Responsable de Procesos	Plan de calidad, Carta de proceso	0					1							2	0	0%
Gestión de la Plataforma de Vida Mejor	Examinar conformidad, eficacia y desempeño del SGC	Tania Carolina Rodríguez Ceirato	Responsable de Procesos	Plan de calidad, Carta de proceso	0					1							2	0	0%
Gestión Humana	Examinar conformidad, eficacia y desempeño del SGC	Tania Carolina Rodríguez Ceirato	Responsable de Procesos	Plan de calidad, Carta de proceso	0					1							2	0	0%
Gestión de TICs	Examinar conformidad, eficacia y desempeño del SGC	Tania Carolina Rodríguez Ceirato	Responsable de Procesos	Plan de calidad, Carta de proceso	0					1							2	0	0%
Gestión de información y conocimiento	Examinar conformidad, eficacia y desempeño del SGC	Tania Carolina Rodríguez Ceirato	Responsable de Procesos	Plan de calidad, Carta de proceso	0					1							1	0	0%
Gestión de compras	Examinar conformidad, eficacia y desempeño del SGC	Tania Carolina Rodríguez Ceirato	Responsable de Procesos	Plan de calidad, Carta de proceso	0					1							1	0	0%
Gestión de servicios generales	Examinar conformidad, eficacia y desempeño del SGC	Tania Carolina Rodríguez Ceirato	Responsable de Procesos	Plan de calidad, Carta de proceso	0					1							2	0	0%
Secretaría legal	Examinar conformidad, eficacia y desempeño del SGC	Tania Carolina Rodríguez Ceirato	Responsable de Procesos	Plan de calidad, Carta de proceso	0					1							1	0	0%
Gestión fiduciario	Examinar conformidad, eficacia y desempeño del SGC	Tania Carolina Rodríguez Ceirato	Responsable de Procesos	Plan de calidad, Carta de proceso	0					1							1	0	0%
Unidad de Seguimiento Supervisión y Evaluación	Examinar conformidad, eficacia y desempeño del SGC	Tania Carolina Rodríguez Ceirato	Responsable de Procesos	Plan de calidad, Carta de proceso	0					1							1	0	0%
Unidad de Seguimiento Supervisión y Evaluación	Examinar conformidad, eficacia y desempeño del SGC	Tania Carolina Rodríguez Ceirato	Responsable de Procesos	Plan de calidad, Carta de proceso	1					1							2	0	0%
TOTAL AUDITORIAS						0	0	0	0	11	0	0	0	0	0	0	17	0	0

Anexo 8

PLAN DE AUDITORIA S04-FO-01

PLAN DE AUDITORIA	
Organización:	SECRETARÍA DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL - SEDIS
Fecha de elaboración:	Ingrese fecha de elaboración
Elaborado por:	Nombre del líder auditor
Fecha de auditoría:	Duración de la auditoría
Objetivos de la auditoría:	1. Objetivo 1 2. Objetivo 2 3. Objetivo 3
Alcance de la auditoría:	Describa desde qué área o nominación comienza la auditoría
Criterio de la auditoría:	> Criterio 1 > Criterio 2
Equipo auditor:	Auditor líder: Nombre del Auditor Observador 1: Nombre del Observador Observador 2: Nombre del Observador Observador n: Nombre del Observador
Observaciones:	Ingrese Observaciones generales
Firma del Auditor Líder:	
Firma del representante del auditado(Aceptación):	

Cronograma de actividades

DIA	HORA	PROCESO/ACTIVIDAD	PARTICIPANTES

50% de completado

Anexo 9

 <p>SECRETARÍA DE COORDINACIÓN GENERAL DE GOBIERNO REGIONAL TENDENCIA DE TRANSFERENCIA Y MODERNIZACIÓN DEL ESTADO ONARCA</p>	Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social	Código: MPP-UAGC-001
	Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad Asesora de Gestión de Calidad	Fecha: 01/02/2019
		Versión: 1
		Página 32

INFORME DE AUDITORIA INTERNA S04-FO-02

INFORME DE AUDITORIA INTERNA	
Organización:	SECRETARÍA DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL - SEDIS
Fecha de la auditoría:	Duración de la auditoría
Objetivos de la auditoría:	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Objetivo 1 ➤ Objetivo 2 ➤ Objetivo n 	
Alcance de la auditoría:	
Describe el alcance de auditoría	
Criterio de la auditoría:	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Criterio 1 ➤ Criterio n 	
Equipo auditor:	
Auditor Líder: Nombre del Auditor	
Comentarios del auditor:	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comentario 1 ➤ Comentario n 	

Hallazgos:	Ver Anexo 1.
Tabla Resumen de la auditoría:	Ver Anexo 2.
Plan de auditoría:	Ver Anexo 3.
Registro del personal auditado:	Ver Anexo 4.
Conclusiones: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Conclusión 1 ➤ Conclusión 2 ➤ Conclusión n 	
Lista de distribución: <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 	
Firmas: Firma del auditor líder	

Anexo 10





Gestión de Documentos

Código	355
Proceso	S01: GESTIÓN HUMANA
Nombre de documento	PROCESO DE ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE FORMACIÓN
Nomenclatura	S01-IN-03
Herramienta	Instructivos
Version	1
Clasificación	INTERNO
Fecha	13/12/2018
Hora	10:35:33:1
Usuario	eder.discua
Revisa	SUB-GERENTE DE RECURSOS HUMANOS
Elabora	ENLACE DE RECURSOS HUMANOS
Tipo Acceso	Universal
Estado	Borrador

Descargar Respaldo	Codigo	Nombre del Documento	Tipo de Archivo
Descargar	2364	S01-IN-03_V1.docx	Documentos

Observaciones:



 <p>SECRETARÍA DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD</p>	Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social	Código: MPP-UAGC-001
	Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad Asesora de Gestión de Calidad	Fecha: 01/02/2019
		Versión: 1
		Página 35

PORTAL DEL EMPLEADO

Portal del Empleado



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE DESARROLLO
E INCLUSIÓN SOCIAL

Usuario:

Contraseña:

Recordar Usuario y Contraseña

Entrar



PERSONAL
TECNOLOGÍA

SECRETARÍA DE DESARROLLO
E INCLUSIÓN SOCIAL

EL PORTAL DEL EMPLEADO

1722
ALEJANDRA JUAREZ LOPEZ
SABANERO
UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD
SECRETARÍA DE CALIDAD

alejandra.lopez [Salir](#)

INICIO
MI PERFIL
SOLICITUDES
RELOJ
BIENES NACIONALES
UTILIDADES
SGC

Bienvenido al Sistema

Accede a...



MIS DATOS DE PERFIL



MIS SOLICITUDES



MIS BIENES NACIONALES



MIS UTILIDADES



MIS NOTIFICACIONES

Importante

Cumpleaños del día

[Ver Cumpleaños del Mes](#)

Catálogo de Noticias

-  Gestión documental
-  Carta de proceso
-  Administración
-  Notificaciones
-  Conocimientos Adquiridos
-  Mantenimiento
-  Inlogramas
-  Causa raíz
-  Necesidad de cambios



Administración Carta de Proceso

 FICHA	 DOCUMENTOS	 REGISTROS	 INDICADORES	 INCIDENTES
 RIESGOS	 AUTOEVALUACION	 PLAN DE MEJORA	 CONTROL DE CAMBIOS	 Carta de proceso

SISTEMA DE CALIDAD (SISCAL)

INGRESO AL SISTEMA





qualityaustria
SYSTEM CERTIFIED
ISO 9001:2015 No 202250



LSQA



I-Net

Aceso

Usuario:

Contraseña:

Recordar



UGC
 UNIDAD GESTIÓN DE CALIDAD
 EN TODA LA CALIDAD ES UN
 COMPROMISO DE TODOS

 <p>SECRETARÍA DE INCLUSION SOCIAL DIRECCION DE ASISTENCIA TECNICA Y MODERNIZACION DEL ESTADO COCOIN</p>	Secretaria de Desarrollo e Inclusión Social	Código: MPP-UAGC-001
	Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad Asesora de Gestión de Calidad	Fecha: 01/02/2019
		Versión: 1
		Página 37



