



SUCAMEC

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE CONTROL
DE SERVICIOS DE SEGURIDAD, ARMAS,
MUNICIONES Y EXPLOSIVOS DE USO CIVIL

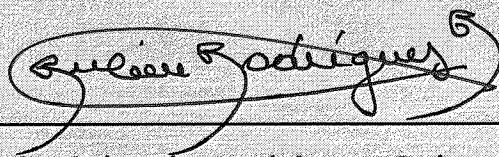
MEJOR
CONTROL.
MEJOR
SERVICIO.

POLÍTICA DE LA CALIDAD


La SUCAMEC es un organismo técnico especializado con autonomía administrativa, funcional y económica, con competencia de alcance nacional, encargada de controlar, fiscalizar, normar y sancionar los servicios de seguridad privada, fabricación, comercio y uso de armas de fuego, municiones, explosivos y productos pirotécnicos de uso civil.

En atención a sus funciones, se compromete a:

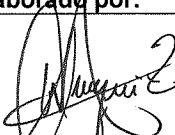
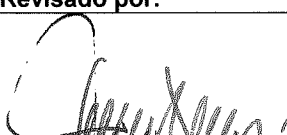
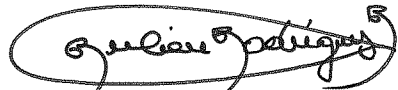
- Promover la mejora continua de los procesos mediante el Sistema de Gestión de Calidad.
- Brindar servicios de calidad para mejorar la satisfacción del ciudadano en el marco del ordenamiento legal.
- Mejorar continuamente los procesos internos sobre la base del fortalecimiento de las competencias de los colaboradores.
- Gestionar y controlar los riesgos de los procesos de la entidad.
- Ejecutar mecanismos de control antisoborno.




Rubén Orlando Rodríguez Rabanal
Superintendente Nacional de la SUCAMEC

 SUCAMEC	MANUAL	Código: PM02.01-OGPP-MN-01
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
		Fecha:
		Página 1 de 21

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD


Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
 Nombre: Wilder Chuqui Zuta Cargo: Analista de Calidad y Procesos	 Nombre: Ricardo Quintana Sanz Cargo: Jefe de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto RICARDO MARTIN QUINTANA SANZ <small>Jefe de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto</small> SUCAMEC	 Nombre: Rubén Orlando Rodríguez Rabanal Cargo: Superintendente Nacional.

	MANUAL	Código:PM02.01-OGPP-MN-01
		Versión: 01
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Fecha:
		Página 2 de 21

ÍNDICE

ÍNDICE.....	2
PRESENTACIÓN.....	3
1. OBJETIVO, ALCANCE Y EXCLUSIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN.....	4
2. REFERENCIAS NORMATIVAS.....	4
3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES.....	4
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	5
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN.....	8
6. GESTIÓN DE RECURSOS.....	12
7. REALIZACIÓN DEL SERVICIO.....	14
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA.....	<u>1819</u>
9. ANEXOS.....	<u>2021</u>



	MANUAL	Código:PM02.01-OGPP-MN-01
		Versión: 01
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Fecha:
		Página 3 de 21

INTRODUCCIÓN

El SGC de la SUCAMEC, cuenta con una serie de documentos normativos internos de soporte a los procesos, entre los cuales se encuentra el manual del Sistema de Gestión de Calidad, por medio del cual se responde a los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2008, en este sentido, con la finalidad de facilitar la interpretación del presente manual, se ha utilizado los mismos títulos y una numeración relacionada a los capítulos de la norma ISO 9001:2008 "Sistema de Gestión de la Calidad.

PPRESENTACIÓN

Mediante Decreto Legislativo N° 1127, publicado el 07 de diciembre de 2012, se crea la SUCAMEC, como un organismo técnico especializado, adscrito al Ministerio del Interior, con autonomía administrativa, funcional y económica, encargado de, entre otros, controlar, administrar, autorizar, capacitar, supervisar, fiscalizar, normar y sancionar las actividades en el ámbito de los servicios de la seguridad privada, fabricación y comercio de armas, municiones y conexos, explosivos y productos pirotécnicos de uso civil.

Misión, visión y valores

Misión:

Regular, supervisar y fiscalizar, a nivel nacional los servicios de seguridad privada y el uso civil de armas de fuego, municiones, explosivos y productos pirotécnicos, mediante la aplicación de recursos tecnológicos y la gestión de un equipo humano competente y comprometido en beneficio de la sociedad.


Visión:

- **Visión Compartida Sector Interior:**
Sector Interior al servicio de todos los ciudadanos, que contribuyen al desarrollo económico y social del país.
- **Visión Institucional:**
Ser reconocido como un organismo técnico especializado moderno, eficiente y transparente, que brinda servicios de calidad en forma oportuna y que contribuye a la seguridad ciudadana y al desarrollo del país.

Valores:

- **Honestidad:** Actuamos sobre la base de principios éticos, siendo veraces e íntegros, rechazando la corrupción en todos los ámbitos de nuestro desempeño.
- **Responsabilidad:** Asumimos los retos y encargos con efectividad, calidad y compromiso.
- **Solidaridad:** Mostramos empatía y compromiso hacia todas las personas, basándonos en el interés y en el bienestar común, y la seguridad ciudadana.
- **Transparencia:** Transmitimos a la sociedad la información de la gestión en forma veraz, clara y oportuna.



	MANUAL	Código:PM02.01-OGPP-MN-01
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
		Fecha:
		Página 4 de 21

- **Justicia:** Brindamos un trato imparcial, equitativo e igualitario a todas las personas, sin discriminación alguna, garantizando la seguridad jurídica del procedimiento.
- **Orden:** Organizamos nuestra labores de forma coherente y lógica.
- **Disciplina:** Actuamos con constancia, dedicación y firmeza en la consecución de nuestros propósitos y metas.

1. OBJETIVO, ALCANCE Y EXCLUSIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN.

Objetivo:

El presente documento tiene el objetivo fundamental de establecer los requisitos del SGC basado en la Norma ISO 9001:2008 a fin de lograr servicios que aseguren la satisfacción de nuestros clientes.

Alcance:

Los procesos identificados dentro del macro proceso “**Autorizaciones de Comercio**” gestionados en la sede central – Lima, cuyas solicitudes hayan sido ingresadas a través del sistema VUCE, estos procesos son:

- Comercio Interior: Autorización de fabricación de explosivos y materiales relacionados.
- Comercio Exterior: Autorización de internamiento de explosivos, productos pirotécnicos y materiales relacionados.
- Comercio Exterior: Autorización de salida de explosivos, productos pirotécnicos y materiales relacionados.

Exclusiones:

Para el alcance del SGC se ha excluido el requisito 7.3 “Diseño y desarrollo” y 7.6 “Control de los equipos de seguimiento y medición” de la Norma ISO 9001:2008, debido a que los requisitos identificados del cliente permanecen recurrentes, por lo que el servicio brindado al cliente no cambia, y tampoco se utilizan equipos de medición para proporcionar evidencia de la conformidad del servicio con los requisitos determinados. (Ver puntos 4.5.3 y 4.5.6 del presente Manual).



2. REFERENCIAS NORMATIVAS

El SGC de la SUCAMEC, se ha diseñado tomando como referencia:

- **ISO 9001:2008:** Sistema de Gestión de la Calidad – Requisitos.
- **ISO 9000:2005:** Sistema de Gestión de la Calidad – Fundamentos y Vocabulario.



3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES.

3.1 Términos:

La terminología utilizada en este Manual es la indicada a continuación:



- **Calidad:** Grado de satisfacción del usuario, según los requisitos establecidos para los servicios que brinda la SUCAMEC.
- **Usuarios:** Están constituidos por los administrados.
- **Responsable del SGC:** Personal de la SUCAMEC asignado, por la OGPP, con el propósito de liderar aspectos del Sistema de Gestión de Calidad.

3.2 Definiciones y/o abreviaturas:

Definiciones:

En este Manual se utilizan los términos sobre calidad incluidos en la Norma ISO 9000:2005 Sistema de Gestión de la Calidad: Fundamentos y Vocabulario.

Abreviaturas:

Dentro del contexto de este Manual se utilizan las siguientes abreviaturas:

SIGLA	NOMBRES
SUCAMEC	Superintendencia Nacional de Control de Servicios de Seguridad, Armas, Municiones y Explosivos de uso civil
SGC	Sistema de Gestión de Calidad
SN	Superintendente Nacional
GG	Gerencia General
AD	Alta Dirección
GEPP	Gerencia de Explosivos y Producto Pirotécnicos
OGTIC	Oficina General de Tecnologías de la información y Comunicaciones
OGA	Oficina General de Administración
OGAJ	Oficina General de Asesoría Jurídica
OGPP	Oficina General de Planeamiento y Presupuesto
SNC	Servicios No Conformes o No Conformidades
OGRH	Oficina General de Recursos Humanos
VUCE	Ventanilla Única de Comercio Exterior



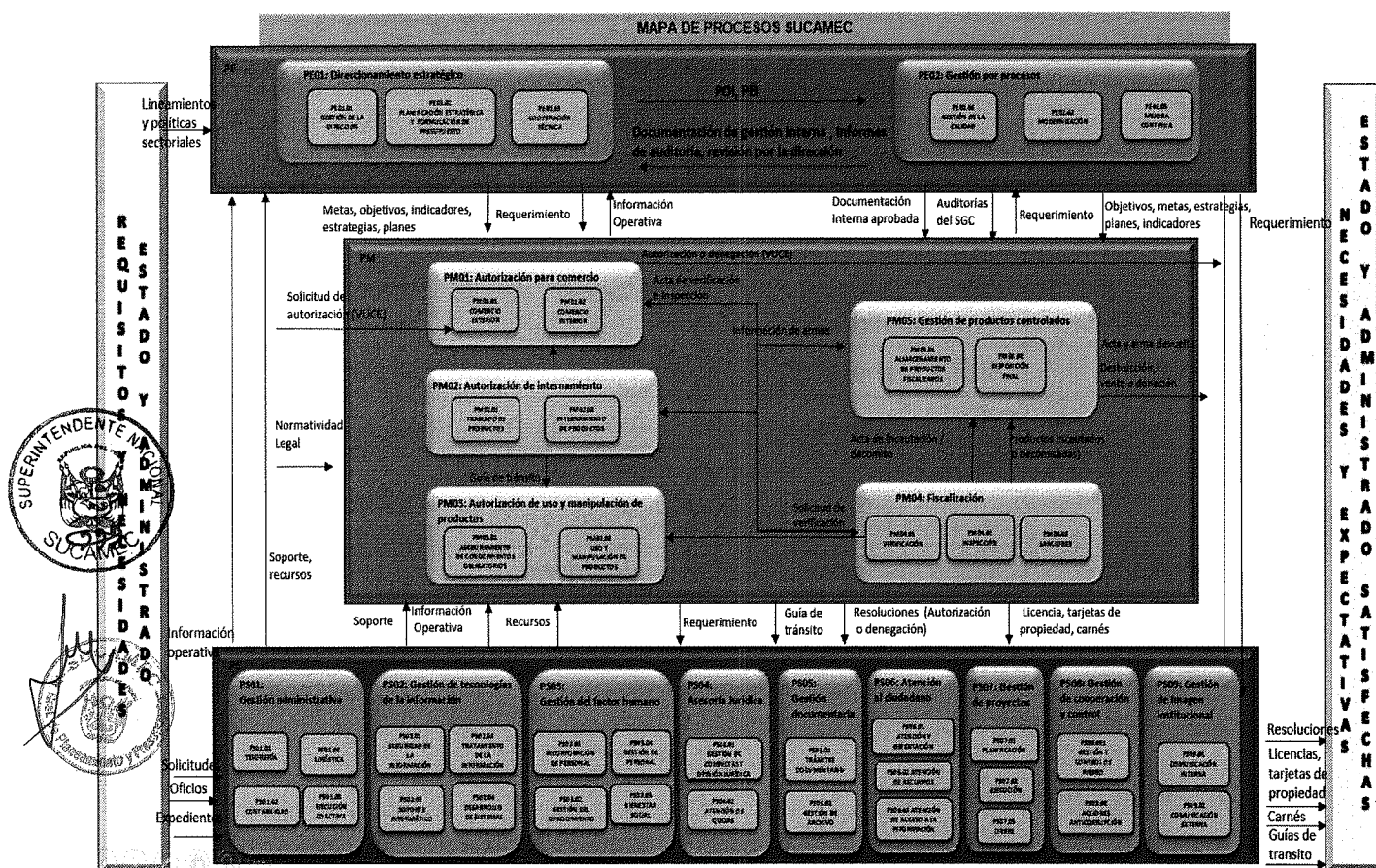
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.

4.1 Requisitos Generales:

El representante de la Alta Dirección establece, documenta, implementa, mantiene y mejora continuamente la eficacia del SGC, de acuerdo con los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 vigente, para lo cual:


- Identifica los procesos necesarios para el SGC, la secuencia e interacción en toda la organización y su aplicación bajo la norma ISO 9001:2008.
- Determina la secuencia e interacción de los procesos detallada en el mapa de procesos de la SUCAMEC (ver gráfico 01).
- Determina los criterios y métodos necesarios para asegurar que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces a través de la documentación del SGC en las directivas y procedimientos.
- Asegura la disponibilidad de información necesaria para apoyar el desarrollo y el seguimiento de los procesos a través de la documentación publicada en el intranet institucional.
- Mide los procesos y realiza el seguimiento y su análisis, a fin de identificar las oportunidades de mejora.
- La implantación de las acciones necesarias para alcanzar los resultados previstos y la mejora continua de los procesos.

Las unidades orgánicas responsables se aseguran del control de los procesos contratados externamente mediante la verificación del cumplimiento de los términos de referencia y/o especificaciones técnicas establecidos en los contratos suscritos con los proveedores.



• **Gráfico 01. Mapa de procesos de la SUCAMEC**

*Los procesos descritos con letra de color rojo no están considerados dentro del alcance del Sistema de Gestión de Calidad

	MANUAL	Código:PM02.01-OGPP-MN-01
		Versión: 01
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Fecha:
		Página 7 de 21

4.2 Requisitos de la documentación

4.2.1 Generalidades

La SUCAMEC cuenta con la documentación que describe los procesos del SGC implementados. Estos incluyen:

- Declaraciones documentadas de la Política y Objetivos de Calidad.
- El presente Manual del SGC.
- Documentos normativos que describen los procedimientos correspondientes a los procesos considerados dentro del alcance del SGC.
- Los registros que evidencian la conformidad con los requisitos, así como del funcionamiento efectivo del SGC.
- Otros documentos (internos y externos).

La documentación vigente del SGC se encuentra a disposición de los colaboradores en la intranet institucional.


Los documentos del SGC están registrados en la: Lista Maestra de Documentos Internos y la Lista Maestra de Administración de Registros, y se encuentran jerarquizados y clasificados conforme a la estructura general que se muestra en el gráfico siguiente:

Gráfico 2. Estructura de la documentación del SGC

Lineamientos para la gestión en la organización.

S= Sistema
G= Gestión
C= Calidad



	MANUAL	Código: PM02.01-OGPP-MN-01
		Versión: 01
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Fecha:
		Página 8 de 21

4.2.2 Manual del Sistema de Gestión de Calidad

La SUCAMEC aprueba, controla y mantiene actualizado el Manual del SGC para dar cumplimiento a los requisitos de la Norma ISO 9001:2008, dicho manual incluye:

- El alcance del SGC (Ver Ítem II).
- Documentos normativos establecidos para el SGC a los cuales se hace referencia en cada uno de los capítulos en el presente Manual, según corresponda.
- Una descripción de la interacción entre los procesos del SGC (Ver gráfico 01: Mapa de procesos de la SUCAMEC).

4.2.3 Control de los documentos

Los documentos internos del SGC se encuentran controlados de acuerdo a lo establecido en el: "Procedimiento Control de Documentos y Registros" y "Instructivo Elaboración de documentos". La relación de la documentación vigente del SGC se encuentra en la "Lista Maestra de documentos internos".

Los documentos externos son identificados por la OGAJ, los cuales están registrados en la "Lista Maestra de Documentos Externos", el cual incluye documentos legales y reglamentarios requeridos para el cumplimiento de los requisitos del SGC.

Una característica del control de los documentos internos del SGC vigentes es que se encuentran publicados en la intranet de la SUCAMEC.

4.2.4 Control de los registros

El control de los registros del SGC se realiza de acuerdo a lo establecido en el procedimiento "Control de Documentos y Registros", la administración de dichos registros se encuentran en la "Lista Maestra de Administración de Registros".


RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

5.1 Compromiso de la calidad

El Superintendente Nacional de la SUCAMEC evidencia su compromiso con el desarrollo e implementación del SGC, así como con la mejora continua de los procesos considerados dentro del alcance del SGC, de la siguiente manera:

- a) Comunicando a todo el personal de la SUCAMEC la importancia de satisfacer las necesidades de los administrados y los requisitos legales y reglamentarios, en cumplimiento a lo establecido en el SGC.
- b) Estableciendo, Aplicando y difundiendo la Política de la Calidad.
- c) Dando cumplimiento a los objetivos de la Calidad.
- d) Llevando a cabo revisiones por la Dirección del SGC.



	MANUAL	Código:PM02.01-OGPP-MN-01
		Versión: 01
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Fecha:
		Página 9 de 21

- e) Asegurando la disponibilidad de recursos mediante el presupuesto anual definido en el Plan Operativo institucional. "Procedimiento Proceso Presupuestal", "Procedimiento Proceso de Planeamiento Operativo".

5.2 Enfoque al cliente

La Alta Dirección de la SUCAMEC asegura que los requisitos de los clientes se determinen y se cumplan con el propósito de aumentar la satisfacción de los mismos a través de la aplicación de lo definido en los numerales 7.2.1 y 8.2.1 del presente documento, en forma paralela al cumplimiento de las normas vigentes y de las disposiciones del gobierno.

5.3 Política de la calidad

La política de calidad de la SUCAMEC es la siguiente:

POLITICA DE LA CALIDAD

La SUCAMEC, es un organismo técnico especializado con autonomía administrativa, funcional y económica, con competencia de alcance nacional, encargado de controlar, fiscalizar, normar y sancionar los servicios de seguridad privada, fabricación, comercio y uso de armas de fuego, municiones, explosivos y productos pirotécnicos de uso civil.


En atención a sus funciones, se compromete a:

- Promover la mejora continua de sus procesos mediante el Sistema de Gestión de Calidad.
- Brindar servicios de calidad para mejorar la satisfacción del ciudadano en el marco del ordenamiento legal.
- Mejorar continuamente los procesos internos sobre la base del fortalecimiento de las competencias de los colaboradores.
- Gestionar y controlar los riesgos de los procesos de la entidad.
- Ejecutar mecanismos de control antisoborno.

En base a esta Política de Calidad la Alta Dirección ha establecido los objetivos de la calidad del SGC, asimismo se asegura su correcta difusión, entendimiento e implementación de la siguiente manera.

- La publicación en el Intranet de la institución.
- Su publicación a través de cuadros o afiches en lugares visibles y en medios electrónicos.
- La presentación de la Política de Calidad en reuniones con los trabajadores.



	MANUAL	Código:PM02.01-OGPP-MN-01
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
		Fecha:
		Página 10 de 21

La política y objetivos de la calidad son revisados para su continua adecuación durante la Revisión por la dirección.

5.4 Planificación

5.4.1 Objetivos de la calidad

Sobre la base de su política de calidad, la Alta Dirección de SUCAMEC ha establecido los siguientes objetivos institucionales relacionados a la Gestión de la Calidad en el servicio, los cuales son medibles y coherentes con la Política de Calidad, los mismos que se muestran a continuación:

DESPLIEGUE DE OBJETIVOS		
	2015	
POLÍTICA DE CALIDAD	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PROCESOS INVOLUCRADOS
Comprometidos con la satisfacción de las necesidades del cliente	Incrementar el nivel de satisfacción de los clientes	Gestión de la Dirección
		Gestión de calidad
Promoviendo la mejora continua de nuestros procesos acorde con la norma ISO 9001:2008	Mejorar los procesos de negocio del SGC	Planeamiento
		Otorgamiento de Autorizaciones
		Control y fiscalización
		Recursos Humanos
		Tecnología de la Información y comunicaciones
Mejorar continuamente los procesos en base al fortalecimiento y competencias de nuestros colaboradores	Mejorar la eficiencia de los procesos de Soporte del SGC	Gestión Administrativa
		Trámite documentario
		Soporte Legal
		Proceso Presupuestal
		Recursos Humanos

Despliegue de Objetivos

Para el seguimiento del cumplimiento de estos objetivos, se han establecido indicadores, los cuales se detallan en cada Ficha de los procesos y en la "Matriz de Indicadores y Metas".

5.4.2 Planificación del Sistema de Gestión de Calidad

El Superintendente Nacional de la SUCAMEC planifica la Gestión de la Calidad a través de los lineamientos y las especificaciones descritas en el presente Manual.

Los cambios que pueden afectar al Sistema de Gestión de Calidad se identifican y analizan durante la revisión por la dirección.

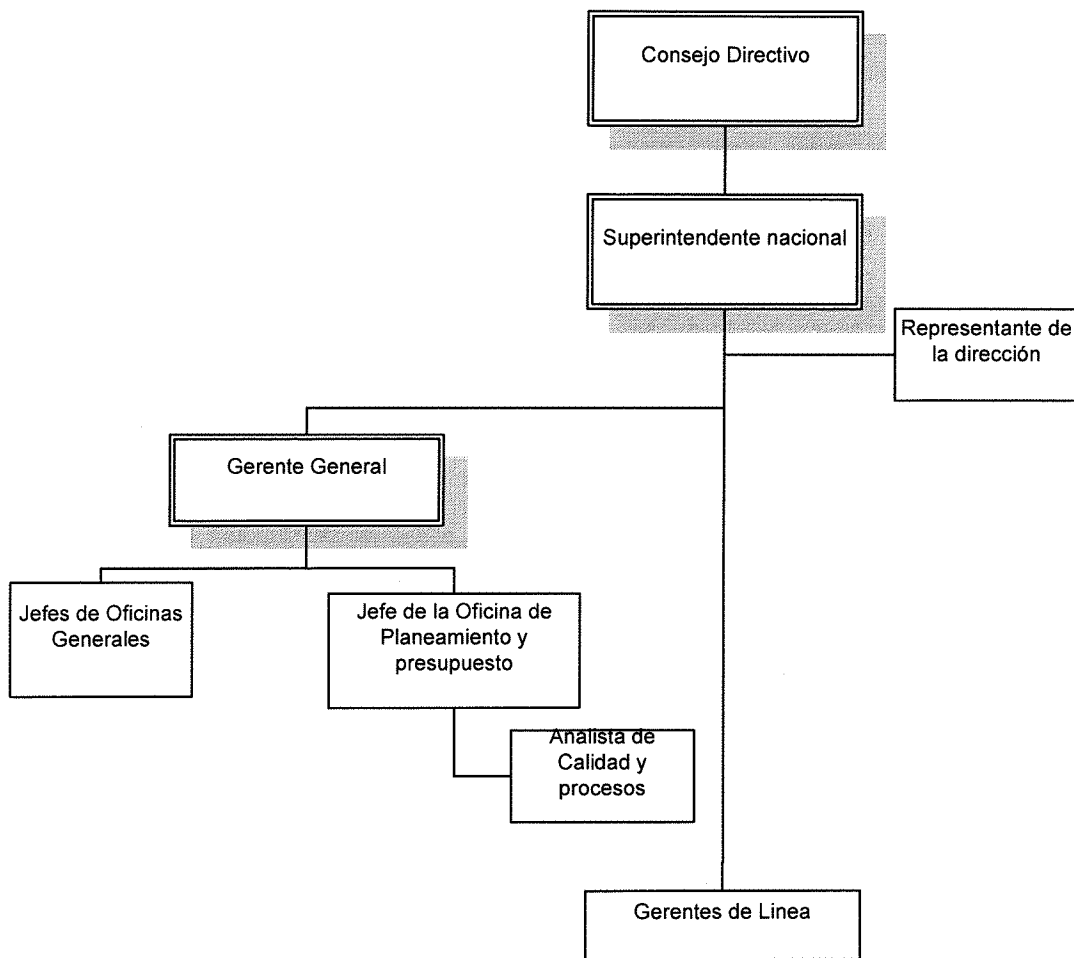
5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación

5.5.1 Responsabilidad y autoridad

Las responsabilidades y autoridades para la ejecución de las actividades se encuentran definidas en el Clasificador de Cargos.

Para asegurar la participación de las unidades orgánicas en la implementación y mantenimiento del SGC, se han designado a los responsables del Sistema de Gestión en cada unidad orgánica, cuyo rol está definido en el Anexo N° 01.


A continuación se presenta la estructura del SGC.



5.5.2 Representante de la Dirección:

El Superintendente Nacional, mediante resolución de superintendencia, designa al Representante de la Dirección encargado de informar sobre aspectos relacionados con el estado, mantenimiento y mejora del SGC según los requisitos de la Norma ISO 9001:2008.

5.5.3 Comunicación Interna:

	MANUAL	Código:PM02.01-OGPP-MN-01
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01 Fecha: Página 12 de 21

Los mecanismos de comunicación establecidos dentro de la organización para asegurar un adecuado flujo de información y la eficacia del SGC son los siguientes:

- Reuniones internas con las diferentes áreas.
- Intranet.
- Correo electrónico.
- Material físico informativo.

5.6 Revisión por la Dirección

5.6.1 Generalidades:

La revisión por la Dirección del SGC es realizado por lo menos una vez al año con la finalidad de asegurar su adecuación y eficacia, así como evaluar la necesidad de realizar cambios en el SGC, incluyendo la Política y los Objetivos de Calidad; y evaluar las oportunidades de mejora cuando corresponda.

5.6.2 Información de entrada para la revisión:

La revisión por la Dirección requiere los siguientes elementos como información de entrada:

- a) Revisión del Grado de Cumplimiento de Objetivos y Metas.
- b) Resultados de Auditorías Internas y Externas.
- c) Retroalimentación del cliente.
- d) Desempeños de los procesos y análisis de conformidad del producto/servicio.
- e) Estado de acciones correctivas y preventivas.
- f) Cambios que podrían afectar al SGC (cambios de requisitos legales, coyuntura relacionada a la calidad en prestación de servicios, otros).
- g) Seguimiento de revisiones por la dirección previas.
- h) Recomendaciones para la mejora.
- i) Otros.

5.6.3 Resultados de la revisión:

Los resultados de la revisión por la Dirección del SGC incluyen las acciones asociadas a:


- La mejora de la eficacia del SGC y sus procesos.
- La mejora del producto en relación con los requisitos del cliente.
- Las necesidades de recursos.

Las actas o informes de la Revisión por la Dirección constituyen registros de esta actividad. El Responsable del SGC realiza el seguimiento de los acuerdos y acciones aprobadas y comunica el estado de las mismas al Representante de la Alta Dirección.

6. GESTIÓN DE RECURSOS.

6.1 Provisión de Recursos



	MANUAL	Código:PM02.01-OGPP-MN-01
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
		Fecha:
		Página 13 de 21

La OGA elabora el Plan Anual de Contrataciones en base a los recursos presupuestales asignados.

La OGA recibe el pedido de las unidades orgánicas con Especificaciones Técnicas (si es un bien) y términos de referencia (si es un servicio) necesarios para:

- a) Implementar, mantener y mejorar la eficacia del SGC y de sus procesos.
- b) Aumentar la satisfacción del administrado mediante el cumplimiento de sus requisitos.

6.2 Recursos Humanos

6.2.1 Generalidades:

La gestión de recursos humanos es un proceso que se encarga de la selección de los servidores a solicitud de las unidades orgánicas de la SUCAMEC.

Los requisitos mínimos de competencia del personal para desarrollar actividades específicas son definidos en documentos normativos e institucionales como el clasificador de cargos y otros documentos de la SUCAMEC y para el personal bajo otra modalidad contractual se encuentra en los términos de referencia.

Los registros relacionados a la educación, formación, habilidades y experiencia laboral son conservados en los legajos de personal y están cargo de la OGRH

En la Sede Central: la OGRH ejecuta el proceso de selección y contratación de personal de acuerdo a lo establecido en el "Procedimientos de Selección de Personal"; y la OGA realiza el proceso de contratación de los servicios prestados por terceros, de acuerdo a lo establecido en los siguientes procedimientos: "Contratación de servicios prestados por terceros por montos iguales o inferiores a 8 Unidades Impositivas Tributarias", Contrataciones de bienes y/o servicios por montos iguales o inferiores a 8 Unidades Impositivas Tributarias y Contratación de bienes y/o servicios derivados de procedimientos de selección.


6.2.2 Competencias, formación y toma de conciencia:

La OGRH, en coordinación y apoyo de cada una de las unidades orgánicas determina las necesidades de competencia del personal que realiza actividades que afectan a la conformidad de los servicios brindados conforme al "Procedimiento selección de personal".

Para los fines de Inducción, Capacitación y formación del personal, la OGRH elabora el Plan de Desarrollo de las Personas (PDP) a través de un comité presidido por el Gerente General, este proceso de capacitaciones se realiza de acuerdo a lo establecido en el "Procedimiento de Capacitaciones", el proceso de inducción se realiza de acuerdo a lo establecido en el "Procedimiento Inducción al Personal".

6.3 Infraestructura



	MANUAL	Código: PM02.01-OGPP-MN-01
		Versión: 01
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Fecha:
		Página 14 de 21

La SUCAMEC cuenta con la infraestructura necesaria para la ejecución de los procesos, tales como:

- Espacios de trabajo e instalaciones (Oficinas, almacén y repositorios).
- Servicios de apoyo (soporte informático y de comunicación).

Las instalaciones son propiedad de la Institución, el mantenimiento está a cargo de la OGA. El área de logística, a través de Servicios Generales, se encarga del mantenimiento de las instalaciones conforme a lo establecido en el "Procedimiento de Mantenimiento de infraestructura y control de los servicios de limpieza y seguridad de la SUCAMEC".

La OGTIC brinda la plataforma tecnológica (Hardware y software) necesarias para el funcionamiento del servicio, se encarga además del mantenimiento Preventivo-Correctivo de los equipos informáticos conforme a lo establecido en los siguientes documentos. "Procedimiento Atención de mesa de ayuda", "Procedimiento mantenimiento de sistemas informáticos", "Procedimiento Respaldo de la información", "Instructivo Mantenimiento de equipos informáticos".

6.4 Ambiente de Trabajo

Para lograr la conformidad del servicio que brinda, la SUCAMEC ha determinado lo siguiente:

- Ambientes limpios y ordenados con una distribución de equipos que permitan el tránsito adecuado del personal.
- Iluminación adecuada para el desempeño de las funciones del personal, así como la señalización respectiva y zonas de seguridad.
- Adicionalmente, se cuentan con extintores contra incendios distribuidos en cada piso.

7. REALIZACIÓN DEL SERVICIO

7.1 Planificación de la Realización del Servicio


La SUCAMEC planifica y desarrolla los procesos necesarios para la realización del Servicio, durante la planificación se determina lo siguiente:

- a) Los objetivos de la calidad y los requisitos para el servicio.
- b) La necesidad de identificar procesos, documentos y de proporcionar recursos específicos para el servicio.
- c) Los registros que sean necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de la realización del servicio resultante cumplen los requisitos.

Las actividades para el control y monitoreo de los procesos están definidos en los siguientes documentos.

- Manual del Sistema de Gestión de Calidad.
- Procedimiento Autorización de Internamiento y salida de explosivos, productos pirotécnicos y materiales relacionados.



	MANUAL	Código: PM02.01-OGPP-MN-01
		Versión: 01
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Fecha:
		Página 15 de 21

- Procedimiento Autorización para funcionamiento de planta industrial y de comercialización de explosivos, insumos y conexos.
- Procedimiento Inspección y Verificación.

7.2 Procesos Relacionados con el Cliente

7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio:

La SUCAMEC ha determinado:

- Los requisitos relacionados con el servicios y se encuentran descritos en los procedimientos del párrafo 7.1
- Los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el servicio se encuentran especificados en la Ley N° 30299, Ley de armas de fuego, municiones, explosivos, productos pirotécnicos y materiales relacionados de uso civil y su reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 10-2017-IN a los que la SUCAMEC los regula a través de directivas, procedimientos e instructivos.
- Los requisitos no especificados por los administrados o los clientes internos pero necesarios para la utilización prevista o especificada.

Anualmente, y mediante encuestas de satisfacción al cliente, la SUCAMEC recopila los atributos más valorados respecto a los servicios brindados en el alcance del SGC, cuyos resultados son analizados por la Gerencia de Explosivos y Productos Pirotécnicos (GEPP), tomando en cuenta la aplicación de los requisitos legales y reglamentarios vinculados a dichos procesos.

7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el servicio:

Antes de asumir un compromiso de calidad para la realización del servicio con el administrado, se deberá realizar una revisión de los requerimientos en la normativa legal aplicable y verificar la factibilidad para el cumplimiento de los mismos.


Cuando el cliente proporcione la documentación de los requisitos normativos obligatorios de manera incompleta, se confirma con él mismo los requisitos necesarios para el servicio, antes de ser aceptada.

Cuando los requisitos documentados son presentados nuevamente, se asegura que la documentación relativa haya sido correctamente subsanada y que el personal involucrado tenga conocimiento de los cambios realizados oportunamente.

- En el caso de solicitudes de atención como soporte a los procesos definidos en el alcance del SGC, se verifica la factibilidad de los plazos de atención y ésta queda registrada en los sistemas informáticos, correo electrónico, memorandos y otros documentos relativos a la gestión del servicio.

7.2.3 Comunicación con el Cliente:



	MANUAL	Código:PM02.01-OGPP-MN-01
		Versión: 01
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Fecha:
		Página 16 de 21

La SUCAMEC ha identificado y establecido las disposiciones necesarias para establecer un sistema eficaz de comunicación con el cliente, que abarca:

- Información sobre sus servicios.
- Tratamiento de consultas y trámites.
- Retroalimentación de los usuarios, incluyendo sus quejas y reclamos.
- Libro de reclamaciones, quedando registrado de manera personal los reclamos de los ciudadanos.

La información sobre los servicios que brinda la SUCAMEC se encuentra en su página web. La atención de consultas, quejas y reclamos se realiza a través de las plataformas de atención al ciudadano, líneas telefónicas, correo electrónico, de acuerdo a lo establecido en los siguientes documentos: “Procedimiento Atención al Usuario / Administrado”, “Procedimiento Atención de reclamos”, “Procedimiento Atención de consultas – Contact Center”, “Instructivo Atención de consultas legales, recursos de apelación y quejas por defecto de tramitación”.

7.3 Diseño y desarrollo

Este requisito no es aplicable al SGC de la SUCAMEC, debido a que los servicios se encuentran establecidos en la Ley N° 30299, Ley de armas de fuego, municiones, explosivos, productos pirotécnicos y materiales relacionados de uso civil; por lo tanto no se requiere desarrollar o diseñar nuevos servicios.

7.4 Compras

7.4.1 Proceso de compras:

La GG a través de la (OGA) atiende los requerimientos de bienes y servicios recibidos según los términos de referencia y/o especificaciones técnicas, de acuerdo con el Plan Anual de Contrataciones (PAC) aprobado o para las contrataciones directas, según corresponda.

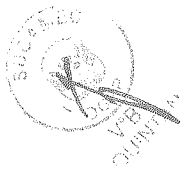
Los mecanismos y requisitos necesarios para la evaluación y selección de proveedores se determinan sobre la base de lo establecido en la Ley 30225, Ley de Contrataciones del Estado, su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 350-2015-EF, sus modificatorias y directivas.


7.4.2 Información de las compras:

Las unidades orgánicas de la SUCAMEC, establecen los términos de referencia o especificaciones técnicas para la adquisición de bienes y/o servicios, los cuales se mantienen por cada contratación, los mismos que incluyen cuando es apropiado:

- Requisitos para la aprobación o calificación del producto o servicio a ser adquirido.
- Requisitos para la calificación del personal.
- Requisitos Legales, entre otros.

7.4.3 Verificación de los Bienes adquiridos o servicios contratados:



	MANUAL	Código: PM02.01-OGPP-MN-01
		Versión: 01
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Fecha:
		Página 17 de 21

La GG a través de la (OGA) determina e implementa las disposiciones necesarias para la verificación de los productos y/o servicios adquiridos, a fin de que estos cumplan con los requisitos establecidos en las especificaciones técnicas y/o los términos de referencia de acuerdo a lo establecido en los contratos correspondientes.

La verificación de los bienes o servicios se realiza en coordinación con las áreas involucradas y quedan registradas en un acta y/o informe de conformidad conforme lo descrito en los procedimientos: Contratación de servicios prestados por terceros por Montos Iguales o Inferiores a 8 Unidades Impositivas Tributarias, Contrataciones de Bienes y/o Servicios por Montos Iguales o Inferiores a 8 Unidades Impositivas Tributarias, Contratación de bienes y/o servicios derivados de procedimientos de selección.

7.5 Producción y Prestación del Servicio

7.5.1 Control de la Producción y Prestación del Servicio:

La SUCAMEC planifica y controla las operaciones de los procesos definidos en el alcance del SGC a través de:

- La disponibilidad de documentos internos de soporte a los procesos que constituyen documentos de trabajo, los cuales incluyen información que describe las actividades de los procesos con sus respectivos registros.
- La evaluación de la aplicación de normativa legal, la cual es identificada y difundida por la OGAJ a todas las unidades orgánicas de la entidad.
- Para el ingreso de las solicitudes de Autorizaciones, la entidad pone al servicio de los administrados la Ventanilla Única de Comercio Exterior (VUCE).

7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio:


Este requisito se aplica a los procesos dentro del alcance del SGC, debido a que los productos deben verificarse mediante seguimiento o medición. La validación se realiza desde las siguientes perspectivas:

- El proceso de Autorización de funcionamiento de planta industrial de explosivos, se valida desde el inicio hasta el final del proceso, según se describen en el "Procedimiento: Autorización de fabricación de explosivos y materiales relacionados"
- Proceso de Autorización de internamiento y salida de explosivos, productos pirotécnicos y materiales relacionados, se valida desde el inicio hasta el final del proceso, según se describen en el "Procedimiento Autorización de internamiento y salida de explosivos, productos pirotécnicos y materiales relacionados".

7.5.3 Identificación y trazabilidad:

La SUCAMEC identifica el servicio durante todas las etapas del proceso y del servicio final a través del sistema informático CYDOC y VUCE,



	MANUAL	Código:PM02.01-OGPP-MN-01
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
		Fecha:
		Página 18 de 21

7.5.4 Propiedad del Cliente:

Se considera propiedad del cliente a todos los datos del ciudadano administrado por la SUCAMEC. Por tanto, mientras se encuentren bajo control de la entidad, la SUCAMEC preserva la confidencialidad de dicha información. Para ello, los colaboradores de la entidad firman un compromiso de confidencialidad de la información establecido en el formato de contrato de personal, así como también para los servicios por terceros, en el marco de la Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 033-2005 PCM.

7.5.5 Preservación del Servicio:

La SUCAMEC preserva la documentación referida a sus procesos internos, dicha documentación es identificada, tomada como referencia, almacenada y protegida por el personal responsable, de manera restringida.

Los documentos que se aplican para la preservación de los registros de los procesos son:

Procedimiento de respaldo de la Información.

Procedimiento de Salida de documentos.

Procedimiento de recepción y atención del acervo documentario.

Además de lo estipulado en el punto 7.5.3.

7.6 Control de los equipos de seguimiento y de medición

Este requisito no es aplicable al SGC de la SUCAMEC debido a que no utiliza equipos de medición para proporcionar evidencia de la conformidad del servicio con los requisitos determinados.



8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

8.1 Generalidades

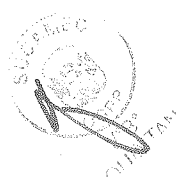
La SUCAMEC define sus procesos de seguimiento, evaluación y mejora necesarios para:


- Demostrar la conformidad de los servicios de Otorgamiento de autorizaciones definidos en el alcance del SGC.
- Asegurar la conformidad del SGC.
- Mejorar continuamente la eficacia del SGC.

Para ello, el Analista de Calidad realiza el análisis de datos tal como se indica en el punto 4.6.4 del presente Manual con el apoyo de la OGPP.

8.2 Medición y Seguimiento

8.2.1 Satisfacción del Cliente:



	MANUAL	Código:PM02.01-OGPP-MN-01
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
		Fecha:
		Página 19 de 21

La SUCAMEC realiza el seguimiento de la información acerca de la satisfacción del cliente, como una medida del desempeño del SGC, a fin de verificar si se ha cumplido con los requisitos del mismo, para lo cual ha establecido los siguientes mecanismos.

- Porcentaje de reclamos de los expedientes atendidos (mensual).
- Porcentaje de quejas por defecto de trámite presentadas conforme la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, de expedientes recibidos (mensual).
- Encuesta de satisfacción del usuario (anual).
- Trazabilidad de los procedimientos atendidos dentro del plazo establecido en la base legal aplicable vigente.

Los resultados de las encuestas son puestos a disposición del Analista de Calidad para la medición, seguimiento, evaluación y mejora de los indicadores del SGC conjuntamente con los responsables.

8.2.2 Auditorías Internas:

La SUCAMEC debe llevar a cabo auditorías internas a intervalos planificados para determinar si el SGC:

- Es conforme con las disposiciones planificadas con los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 y con los requisitos del SGC establecidos por la institución.
- Cumple con los procesos documentados.
- Se ha implementado y se mantiene de manera eficaz.

Los criterios para la ejecución de las auditorías, frecuencia y la metodología aplicada, incluyendo lo relativo a la selección de auditores, a fin de asegurar la imparcialidad de las mismas se gestionan según el "QA-PR-04: Procedimiento Auditorías internas de gestión de calidad".

8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos:

Para el seguimiento y medición de los procesos del SGC, se cuenta con indicadores según lo descrito en "Fichas de procesos" y "Matriz de indicadores y metas". En caso de incumplimiento de las metas de indicador se generan las Solicitudes de Acción Correctiva y se realiza el seguimiento según lo establecido en el "Procedimiento Acciones Correctivas y Preventivas".


8.2.4 Medición y Seguimiento del Servicio:

El Representante de la Alta Dirección, con apoyo del Analista de Calidad, planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para:

- Demostrar la conformidad del servicio.
- Asegurar la conformidad del SGC.
- Mejorar continuamente la eficacia del SGC.

8.3 Control del Servicio no Conforme



	MANUAL	Código:PM02.01-OGPP-MN-01
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
		Fecha:
		Página 20 de 21

La OGPP es la encargada de administrar y registrar los servicios que no sean conformes con los requisitos especificados, así como de controlar y tomar acciones para eliminar la no conformidad detectada conjuntamente con las unidades orgánicas involucradas. Los criterios para el control de los servicios no conformes se encuentran definidos en el procedimiento "Procedimiento Control de Producto no Conforme".

8.4 Análisis de Datos

La SUCAMEC se encarga de determinar y analizar los datos necesarios para demostrar la idoneidad del Sistema de Gestión de Calidad y evaluar donde se pueden realizar mejoras.

Este análisis involucra la información sobre:

- La satisfacción del cliente.
- La conformidad con los requisitos de los servicios.
- Las características y tendencias de los procesos y servicios a través del análisis de sus indicadores.
- Información relacionada a los proveedores.

Estos análisis se realizan en la Revisión por la Dirección programadas según el plan de trabajo del SGC.

8.5 Mejora

8.5.1 Mejora Continua:

La Alta Dirección de la SUCAMEC gestiona los procesos necesarios para mejorar continuamente el SGC a través de la Política de la Calidad, objetivos, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, Acciones Correctivas y Preventivas, y Revisión por la Dirección.

8.5.2 Acciones Correctivas:


Con la finalidad de eliminar las causas de las No Conformidades, evitar su repetición y asegurar que las acciones correctivas sean eficaces y apropiadas a los efectos de las No Conformidades encontradas, estas se gestionan según el procedimiento "Acciones correctivas y preventivas".

8.5.3 Acciones Preventivas:

Con la finalidad de prevenir la aparición de No Conformidades, y asegurar que las acciones preventivas sean eficaces y apropiadas para los efectos de los problemas potenciales, estas se gestionan según el procedimiento "Acciones correctivas y preventivas".

9. ANEXOS

Anexo N° 01: Rol del responsable del Sistema de Gestión.

	MANUAL	Código: PM02.01-OGPP-MN-01
	MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
		Fecha:
		Página 21 de 21

ROL DEL RESPONSABLE DE SISTEMA DE GESTIÓN

1. FUNCIÓN PRINCIPAL

Garantizar la correcta aplicación del Sistema de Gestión en el proceso asignado, buscando en todo momento la mejora continua, así como promover acciones de sensibilización, concientización, motivación e información sobre el mismo en su unidad orgánica.

2. REQUISITOS MÍNIMOS

Conocimientos de la norma ISO 9001:2008.

3. ROLES:


1. Apoyar en la difusión de la política, objetivos e indicadores de calidad en su órgano.
2. Asegurar que todo el personal de su órgano conozca los procesos de los cuales su órgano es dueño de proceso y/o formulador de las actividades y/o tareas.
3. Apoyar en el análisis de causa raíz de los hallazgos y, en consecuencia, la determinación de la toma de acciones, conjuntamente con el responsable del proceso, para la correcta implementación de los hallazgos.
4. Participar en las auditorías internas y otras revisiones, así como coordinar la realización de las mismas.
5. Promover la participación del personal de su órgano en el diseño y mejora de los procedimientos e instrucciones de trabajo.
6. Otras funciones designadas por su Gerencia.



Anexo N° 02 Cuadro de control de cambios:

Versión	Ítem	Cambio realizado



	INSTRUCTIVO	Código: PM02.01-OGPP-INS-01
		Versión: 01
	ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	Fecha:
		Página 1 de 9

I. OBJETIVO

Establecer las tareas a seguir para la elaboración y actualización de los documentos del SGC, los cuales deberán realizarse conforme a las pautas del presente instructivo.

II. ALCANCE Y RESPONSABILIDADES

Aplica a todos los documentos que se generen internamente como parte del SGC.

III. BASE LEGAL

- Decreto Legislativo N° 1127, que crea la Superintendencia Nacional de Control de Servicios de Seguridad, Armas, Municiones y Explosivos de Uso Civil - SUCAMEC.
- Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de Gestión Pública.
- Norma ISO/TR 10013 Directrices para la documentación de Sistemas de Gestión de la Calidad.

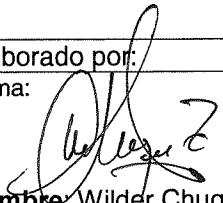
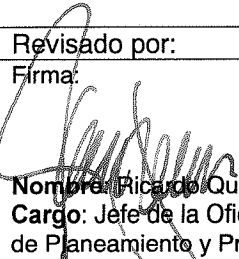
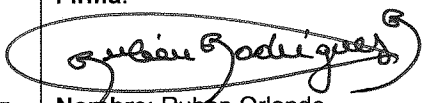
IV. REFERENCIAS

- Norma de Gestión de Calidad ISO 9001:2008.
- Procedimiento de Control de Documentos y Registros.
- Manual del Sistema de Gestión de Calidad.

V. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

5.1. Definiciones:

- **Diagrama de Flujo:** Es una representación gráfica de un proceso. Cada actividad del proceso es representado por un símbolo diferente que contiene una breve descripción de la etapa de proceso. Los símbolos gráficos del flujo del proceso están unidos entre sí con flechas que indican la dirección de flujo del proceso.
- **Ficha de Procesos:** Es una descripción detallada del proceso que contiene todas aquellas características relevantes para la gestión del proceso.
- **Formato:** Documento en el cual se registran los datos o resultados obtenidos por la ejecución de una actividad.
- **Instructivo:** Conjunto de tareas específicas ejecutadas para realizar una actividad, las cuales forman parte de una determinada actividad.
- **Manual:** Documento que proporciona información coherente interna y externa, sobre procesos definidos.


Elaborado por: Firma: 	Revisado por: Firma: 	Aprobado por: Firma: 
Nombre: Wilder Chuqui Zuta Cargo: Responsable del Sistema de Gestión de Calidad	Nombre: Ricardo Quintana Sanz Cargo: Jefe de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto	Nombre: Ruben Orlando Rodríguez Rabanal Cargo: Superintendente Nacional

Aprobado con Resolución N°

SUCAMEC-SN

La reproducción total o parcial de éste documento, constituye una "COPIA NO CONTROLADA"

.....
RICARDO MARTIN QUINTANA SANZ
Jefe de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto
SUCAMEC

	INSTRUCTIVO	Código: PM02.01-OGPP-INS-01
		Versión: 01
	ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	Fecha:
		Página 2 de 9

- **Procedimiento:** Documento que proporciona información sobre cómo se efectúan las actividades en forma secuencial para obtener un resultado y que identifica: Actividades, Actores y Registros.
- **Registro:** Documento donde se evidencia ciertos acontecimientos o cosas; especialmente aquellos que deben constar permanentemente de forma oficial, y que proporciona evidencia objetiva de las actividades realizadas o de los resultados obtenidos.
- **Sistema de Gestión:** Es un conjunto de reglas y principios relacionados entre sí de forma ordenada, para contribuir a la gestión de procesos generales o específicos de una organización. Permite establecer una política, unos objetivos y los medios para alcanzarlos.
- **Usuario:** Persona que solicita, elabora y/o actualiza el documento del SGC.

5.2. Abreviaturas:

- **N.A.:** No Aplica.
- **SGC:** Sistema de Gestión de Calidad.


VI. DESARROLLO

6.1. Elaboración del documento:

N° Tarea	Descripción de tareas	Responsable	Registro
1	Configuración de documentos: Configurar el documento considerando lo siguiente: Tamaño de papel: A4 Interlineado: Sencillo Tipo de letra: Arial Tamaño de letra: 11 Márgenes: 2.5 cm (margen izquierdo) y 2 cm (margen derecho) Márgenes 2.5 cm superior, 2 cm inferior	Usuario	N.A.
2	Configurar encabezado y pie de página. Encabezado y pie de página de los documentos de gestión de acuerdo al Anexo N° 1 del presente documento.	Usuario	N.A.
3	Registrar las actividades de acuerdo a la estructura de documento que corresponde: Estructurar el contenido del documento de acuerdo al Anexo N° 2 del presente documento.	Usuario	N.A.
4	Registrar el código asignado. Codificación: De acuerdo a la Matriz de codificación	OGPP	Documento nuevo

6.2. Actualización del documento:

N° Tarea	Descripción de tareas	Responsable	Registro
1	Identificar los cambios de la siguiente manera: Manuales, Procedimientos e instructivos		

	INSTRUCTIVO	Código: PM02.01-OGPP-INS-01
	ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	Versión: 01
Fecha:		
Página 3 de 9		


	<p>- Para actualizar un documento se utilizará la herramienta de Microsoft Word (control de cambio a fin de evidenciar las modificaciones por comparación con la versión anterior.</p> <p>La identificación antes señalada se mantendrá mientras esté en etapa de evaluación con la finalidad de facilitar la identificación de los cambio, cuando se logren levantar todas las observaciones se eliminaran los párrafos obsoletos y se indicará los cambios al final del documento en un "Cuadro de Control de Cambios.</p> <p>- No aplica lo indicado en el párrafo anterior para los siguientes documentos, los cuales evidenciará por comparación con la versión anterior: Formatos, Diagramas de flujo, mapas, caracterizaciones, fichas de procesos, tablas y anexos:</p>	Usuario	N.A.
2	Registrar los cambios de la nueva versión en el cuadro de control de cambios.	Usuario	N.A.
3	Actualizar la versión del nuevo documento.	Usuario	N.A.
4	Registrar fecha de aprobación del documento actualizado.	OGPP	Documento actualizado

VII. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Descripción de cambios	Fecha

VIII. ANEXOS

- 8.1. Anexo N° 1: Encabezados, Codificación y Pie de página.
- 8.2. Anexo N° 2: Estructura documentaria del SGC.
- 8.3. Anexo N° 3: Simbología para elaborar diagramas de flujo.
- 8.4. Anexo N° 4: Diagrama de Flujo.

	INSTRUCTIVO	Código: PM02.01-OGPP-INS-01
		Versión: 01
	ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	Fecha:
		Página 4 de 9

ANEXO N° 1: Encabezados, Codificación y Pie de página.

1.1. Encabezado:



TIPO DE DOCUMENTO

NOMBRE DEL DOCUMENTO

Código: XXXX

Versión: XXXX

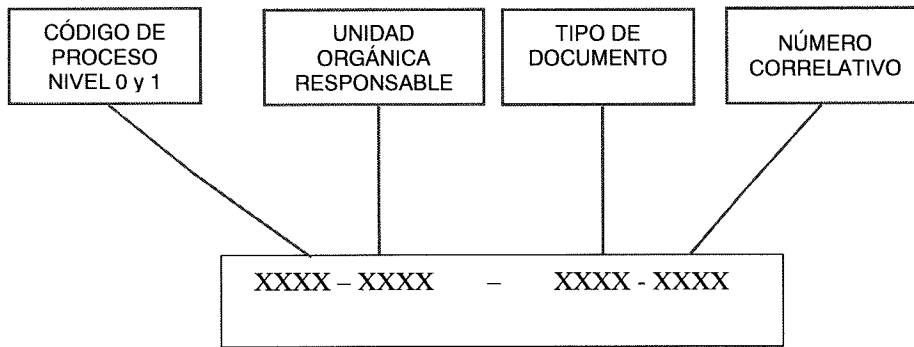
Fecha: XXXX

Página XXXX

- Versión: Número de dos cifras, se inicia desde 01.
- Fecha de aprobación.
- Página: # inicial de # total

1.2 Codificación:

- El código asignado a cada documento tiene la siguiente estructura:




1.3 Pie de página:

Elaborado por:	Revisado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma:	Firma:	Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:	Nombre:	Nombre:
Cargo:	Cargo:	Cargo:	Cargo:

Aprobado con Resolución N°

(Todas las versiones de los procedimientos, instructivos, políticas y manuales deben de llevar el número de resolución de aprobación de la primera versión)

La reproducción total o parcial de éste documento, constituye una "COPIA NO CONTROLADA"

	INSTRUCTIVO	Código: PM02.01-OGPP-INS-01
	ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	Versión: 02
		Fecha:
		Página 5 de 9

Nota: Cada ítem que forma parte de la **estructura documentaria del SGC** definida en el presente instructivo que no contenga información alguna, debe ser indicado como: No Aplica (NA).

ANEXO N° 2: Estructura documentaria del SGC.

A. POLÍTICA:

Como mínimo debe contener:

1. NOMBRE DEL DOCUMENTO
2. VERSIÓN
3. FIRMA DE APROBACIÓN

B. MANUAL DE GESTIÓN:

I. ÍNDICE

II. INTRODUCCIÓN

Información general referente a la institución y aspectos relevantes para la realización del Manual de Gestión.

III. OBJETIVO, ALCANCE Y EXCLUSIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN

Indicar en forma concreta lo que se pretende alcanzar con el desarrollo del Manual de Gestión.

IV. TÉRMINOS Y REFERENCIAS

Indicar en el siguiente orden y en orden alfabético:

4.1. Norma de referencia. Norma de referencia para implementar el SGC.

4.2. Términos: Terminología utilizada.

4.3. Definiciones y Abreviaturas: Definiciones y Siglas dentro del desarrollo del manual de gestión.

V. DESARROLLO DE REQUISITOS

Desarrollar cada requisito aplicable al Manual de Gestión. Este numeral puede incrementarse en función a la cantidad de requisitos y capítulos de las normas aplicables, por lo que podrá dividirse en más de un numeral dentro de la estructura del Manual.

VI. ANEXOS

Detalla información complementaria como por ejemplo diagramas de flujo, tablas, gráficos, fotos, etc.

Incluir en esta sección el "Cuadro de Control de Cambios" el mismo que detalla las modificaciones realizadas en el Manual de Gestión con respecto a su versión anterior.

C. PROCEDIMIENTO:

I. OBJETIVO

Establecer los objetivos que se deben conseguir con el contenido del procedimiento.

II. ALCANCE

Determina el ámbito funcional y/o estructural de aplicación precisando las unidades orgánicas de la SUCAMEC y además indica las actividades de inicio a fin para el logro del objetivo del documento.

III. BASE LEGAL

Indicar las disposiciones legales y administrativas con las que está relacionado el procedimiento y es necesario su uso para la aplicación del presente documento.

IV. REFERENCIAS

Indicar los documentos que tienen relación con el procedimiento y es necesario su uso para la aplicación del presente documento.

V. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

Indicar en el siguiente orden y en orden alfabético:

5.1. Definiciones: Términos técnicos empleados en la descripción del procedimiento.

5.2. Abreviaturas: Siglas dentro del desarrollo del procedimiento.

VI. DISPOSICIONES

Se detalla la totalidad de exigencias u otras formalidades que deben cumplirse para la iniciación y posterior ejecución del procedimiento.

VII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Indicar detalladamente en un cuadro las actividades que se deben desarrollar, los responsables y los registros asociados.

Debe de seguir la siguiente estructura:

Nº Act.	Descripción de actividades	Responsable	Registro
Número de Actividad	Se describen las actividades de manera secuencial.	Se indica el cargo del responsable de ejecutar la actividad.	Se indican los registros generados

VIII. CONTROL DE CAMBIOS


Versión	Descripción de cambios	Fecha
Número de la nueva versión	Detalle de los cambios y/o modificaciones del documento	XXXX

IX. ANEXOS

Detalla información complementaria al procedimiento como por ejemplo tablas, gráficos, fotos, diagramas de flujo, etc.

D. INSTRUCTIVOS:

I. OBJETIVO

	INSTRUCTIVO	Código:PM02.01-OGPP-INS-01
		Versión: 02
	ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	Fecha:
		Página 7 de 9

Establecer los objetivos que se deben conseguir con el contenido del instructivo.

II. ALCANCE Y RESPONSABILIDADES

Indicar el campo de Aplicación del documento, y las unidades orgánicas responsables de las funciones de acuerdo al alcance descrito.

III. BASE LEGAL

Indica la normatividad que tenga impacto en el desarrollo de las tareas del instructivo.

IV. REFERENCIAS

Indicar los documentos generados en SUCAMEC como Manuales, Procedimientos, instructivos y otros documentos que se relacionen al objetivo del instructivo.

V. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS


Indicar en el siguiente orden y en orden alfabético:

5.1. Definiciones: Términos dentro del desarrollo del instructivo,

5.2. Abreviaturas: Siglas dentro del desarrollo del instructivo.


VI. DESARROLLO

Detallar las tareas que se deben desarrollar.



Nº Tarea	Descripción de tareas	Responsable	Registro
Enumeración de tarea	Se describen las tareas de manera secuencial.	Se indica el cargo del responsable de ejecutar la tarea.	Se indican registros generados

VII. CONTROL DE CAMBIOS



Versión	Descripción de cambios	Fecha
Número de la nueva versión	Detalle de los cambios y/o modificaciones del documento que se está modificando.	XXXX

VIII. ANEXOS

Se detalla información complementaria al instructivo como por ejemplo tablas, gráficos, fotos, diagramas de flujo, etc.

E. FORMATOS:

Como mínimo debe contener:

1. Nombre del documento
2. Código
3. Versión
4. Fecha de aprobación



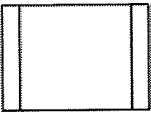
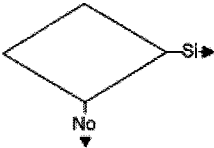




F. OTROS DOCUMENTOS:

Como mínimo debe contener:

1. Nombre del documento
2. Código
3. Versión
4. Fecha de aprobación.

ANEXO N° 3: Simbología para elaborar diagramas de flujo.

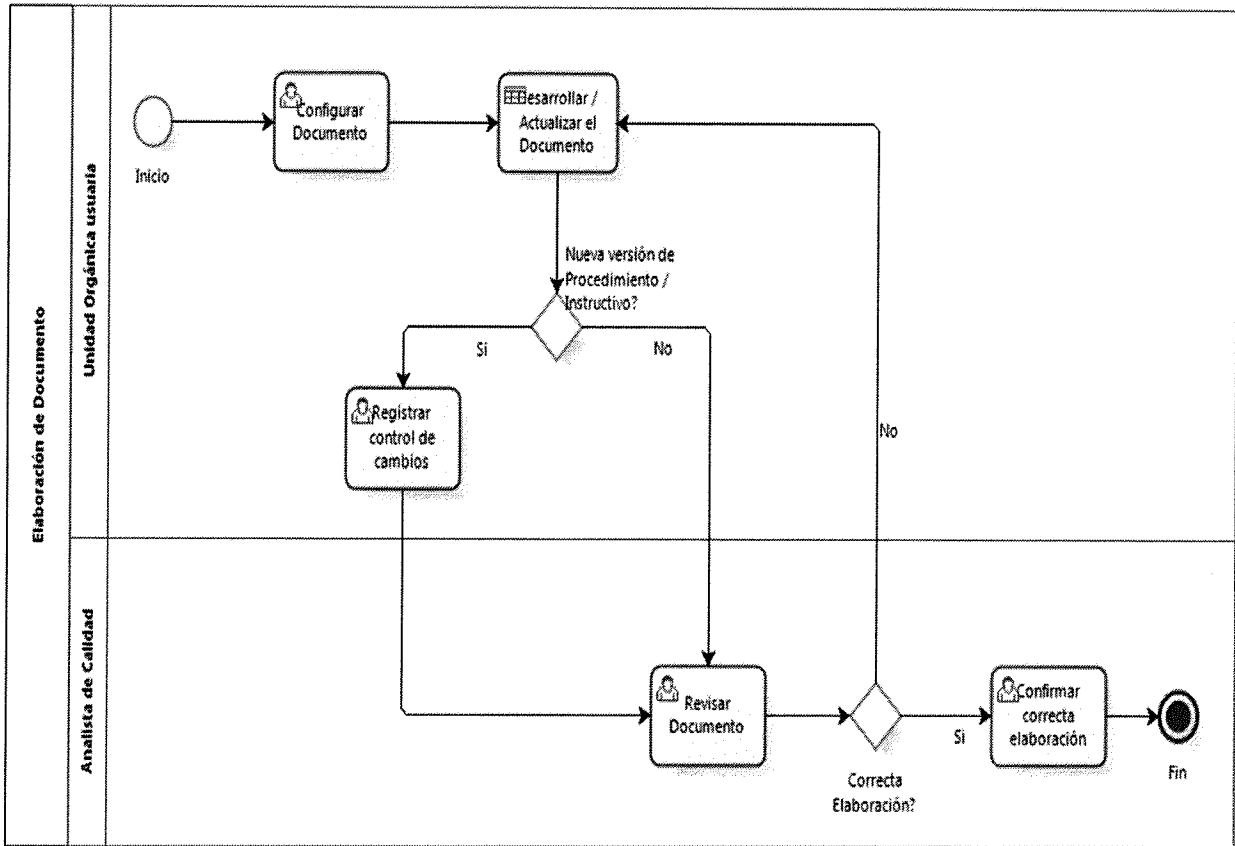
- Simbología para elaborar diagramas de flujo:

Figura	Descripción
	Inicio/Fin
	Etapa
	Referencia a otro proceso o etapa (interno o externo)
	Decisión
	Registro
	Conector (Número)
	Dirección del Flujo del Proceso
	Base de datos




ANEXO N° 4:

Diagrama de Flujo:



R. QUINTANA



	PROCEDIMIENTO	Código: PM02.01-OGPP-PR-01
	CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	Versión: 01
		Fecha:
		Página 1 de 11

I. OBJETIVO

Establecer las actividades de control de documentos y registros del SGC, las cuales se realizan en sus etapas de elaboración, revisión, aprobación, modificación, difusión, mantenimiento y archivo, tanto en su versión física como electrónica. Incluye el control de documentos de origen externo que son de obligatoria aplicación en la SUCAMEC.

II. ALCANCE

Este procedimiento es de aplicación obligatoria para todo el personal que desarrolla actividades en los procesos del SGC, independientemente de su relación contractual con la entidad, siendo sus titulares los responsables de cumplir y hacer cumplir lo establecido en el presente procedimiento.

III. BASE LEGAL

- Decreto Legislativo N° 1127, que crea la Superintendencia Nacional de Control de Servicios de Seguridad, Armas, Municiones y Explosivos de uso civil – SUCAMEC.
- Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de Gestión Pública.
- Ley 25323, del Sistema Nacional de Archivos.

IV. REFERENCIAS

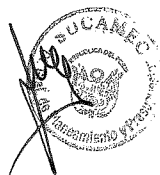
- Norma Internacional ISO 9001, versión 2008.
- Manual del Sistema de Gestión de Calidad.

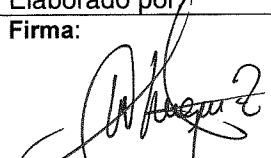
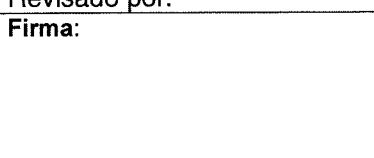
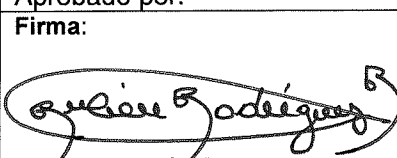


DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

5.1. Definiciones:

- Copia Controlada:** Copia física de un documento vigente del SGC solicitado por un usuario. Se identifica con el sello de "COPIA CONTROLADA".
- Documentos Externos:** Son aquellos documentos que no han sido elaborados ni aprobados dentro del marco del SGC, pero que son indispensables para la ejecución de las actividades en los procesos del SGC.
- Documentos Internos:** Son aquellos documentos elaborados, revisados, codificados y aprobados por las Unidades Orgánicas en el marco del SGC.
- Documento Confidencial:** Documento cuyo acceso o divulgación no autorizada puede originar un incumplimiento legal y/o afectar al SGC.




Elaborado por: Firma:	Revisado por: Firma:	Aprobado por: Firma:
 Nombre: Wilder Chuqui Zuta Cargo: Responsable del Sistema de Gestión de Calidad	 Nombre: Ricardo Quintana Sanz Cargo: Jefe de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto	 Nombre: Rubén Orlando Rodríguez Rabanal Cargo: Superintendente Nacional

Aprobado con Resolución N°

-SUCAMEC-SN

La reproducción total o parcial de éste documento, constituye una "COPIA NO CONTROLADA"

	PROCEDIMIENTO	Código:PM02.01-OGPP-PR-01
	CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	Versión: 01
		Fecha:
		Página 2 de 11

- **Documento Obsoleto:** Documento que ha perdido vigencia y ha sido reemplazado por una versión inmediata siguiente, o que ha sufrido un daño físico y ha sido reemplazada por otro con la misma versión.
- **Registro:** Documento que provee evidencia objetiva (información) sobre resultados obtenidos producto de la ejecución de alguna actividad de control, verificación, validación, monitoreo, etc.
- **Formato:** Documento estándar usado como plantilla para registrar información.
- **Otros documentos:** Hace referencia a documentación diferente a Políticas, manuales, procedimientos, instructivos y formatos aprobados en el marco del sistema de gestión de calidad.
- **Responsable del Sistema de Gestión:** Personal de la SUCAMEC asignado, por la OGPP, con la finalidad de liderar y gestionar aspectos de gestión de calidad.
- **Sistema de Gestión de Calidad:** Sistema de Gestión que tiene como propósito la satisfacción de las necesidades de los clientes externos e internos y la mejora continua de los procesos de la institución.
- **Unidad Orgánica:** Es la unidad funcional que conforma la estructura orgánica de la entidad.
- **Alta dirección:** Despacho de la Superintendencia Nacional y Gerencia General.




5.2. Abreviaturas:

- **AD.:** Alta Dirección
- **RED:** Representante de la dirección.
- **GCF:** Gerencia de Control y Fiscalización.
- **GEPP:** Gerencia de Explosivos y Productos Pirotécnicos de Uso Civil.
- **UO:** Unidad Orgánica.
- **OGA:** Oficina General de Administración.
- **OGAJ:** Oficina General de Asesoría Jurídica.
- **OGRH:** Oficina General de Recursos Humanos.
- **OGPP:** Oficina General de Planeamiento y Presupuesto.
- **OGTIC:** Oficina General de Tecnologías de la Información y Comunicaciones.
- **SGC:** Sistema de Gestión de Calidad.
- **TD:** Tramite Documentario, Atención al Usuario y Acervo Documentario.
- **NA:** No Aplica.



VI. DISPOSICIONES


- 6.1. El **Responsable del Sistema de Gestión de Calidad (SGC)** asumirá el rol como **Responsable del Sistema de Gestión** para la ejecución de las actividades descritas en el ítem **VII: Descripción de actividades** del presente procedimiento.
- 6.2. Los documentos del SGC, están referidos a documentación de carácter interno y externo, que son de obligatorio cumplimiento y uso en la institución.

	PROCEDIMIENTO	Código:PM02.01-OGPP-PR-01
	CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	Versión: 01
		Fecha:
		Página 3 de 11

- 6.3. El personal que desarrolla actividades en los procesos del SGC, independientemente de su relación contractual, es responsable de cumplir lo establecido en el presente procedimiento, mantener sus Base de datos, Matrices, listas de registros, etc. Actualizados, y de garantizar el cuidado y protección de sus documentos y registros en lugares apropiados y seguros, con el fin de evitar su deterioro y acceso indebido.
- 6.4. Los registros físicos deberán ser conservados en lugares limpios, ordenados y en condiciones apropiadas que no permitan su deterioro, esto es: libre de polvo, humedad o cualquier elemento que afecte su legibilidad y conservación.
- 6.5. El RED y la OGPP son responsables de hacer cumplir el presente procedimiento asegurando su implementación, control y mantenimiento respectivo.
- 6.6. La OGPP es responsable de administrar la **Lista Maestra de Documentos Internos** del SGC, así también de mantener actualizada la documentación interna vigente en el intranet de la entidad.
- 6.7. La OG AJ, es responsable del registro y control de documentos externos que sean pertinentes a las actividades del SGC. Incluye la revisión, difusión, verificación y registro de su vigencia, así también el apoyo necesario en lo que amerite asesoría.
- 6.8. Las unidades orgánicas son responsables de la oportuna difusión, entendimiento y de hacer cumplir la documentación del SGC vinculada a sus procesos.
- 6.9. La aprobación de las primeras versiones de los procedimientos, políticas, manuales e instructivos, son mediante resolución emitida por las unidades orgánicas usuarias, las siguientes versiones de estos documentos deben ser aprobados únicamente con la firma y vistos de los responsables e identificados con el número de resolución de aprobación de la primera versión impresa en la parte inferior de la primera hoja.
Nota: Los formatos y otros documentos; son aprobadas únicamente con las firmas y vistos de los responsables sobre los documentos impresos. Ver anexo 01.
- 6.10. Para actualizar o declarar obsoleto un documento existente, o crear un nuevo documento interno del SGC, la unidad orgánica usuaria debe enviar el correspondiente sustento mediante memorando a la OGPP¹.
- 6.11. El borrador (versión preliminar) de un documento propuesto se comparte con los involucrados a través de medios electrónicos para su revisión, una vez que se cuente con la versión consensuada final, las dependencias trasladan dicha versión de forma física a la OGPP, adjunta a un memorando, para el visto respectivo conforme al anexo 01.
- 6.12. La propuesta de actualización de un documento (no se incluye formatos y registros) se presentará de forma digital (formato Word) con la herramienta "**Control de Cambios**" activa, a fin de identificar las variaciones realizadas, una vez revisada y sin tener observaciones pendientes, los cambios que diferencian



¹ No se debe adjuntar ningún proyecto de documento hasta que la OGPP haya evaluado el sustento remitido y emitido opinión.

	PROCEDIMIENTO	Código: PM02.01-OGPP-PR-01
	CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	Versión: 01 Fecha: Página 4 de 11

de las versiones iniciales deben de ser registradas en el cuadro de control de cambios previo a su aprobación.

6.13. La revisión de la OGAJ es necesaria exclusivamente sobre documentos que describen procesos en los que dicha oficina participa. Queda a criterio de la Superintendencia Nacional o de la Gerencia General, según corresponda, solicitar la revisión de la OGAJ para otros procedimientos.

6.14. La UO es la responsable de hacer firmar y visar los documentos que son de su competencia dentro del SGC.

6.15. Los diagramas de flujo son opcionales para la elaboración de procedimientos e instructivos.

6.16. Las copias de los documentos internos vigentes del SGC deberán ser solicitadas mediante correo electrónico dirigido al responsable del SGC., indicando el código, nombre y cantidad de copias, dichos documentos deberán ser identificados con el sello de **COPIA CONTROLADA**, y registrados en el formato: Lista de distribución de documentos controlados.

6.17. Los documentos obsoletos y registros del SGC deberán ser enviados a TD previa disposición del responsable del SGC.

6.18. Las UO debe registrar la información correspondiente a los indicadores de sus procesos en una carpeta electrónica compartida, creada para dicho fin.

6.19. La UO debe solicitar a la OGTIC la creación de una carpeta electrónica con permisos de acceso restringido para preservar sus registros electrónicos.

6.20. El tiempo de retención de los registros se regula en los lineamientos del Archivo general central.

6.21. El Analista de Racionalización, Organización y Métodos es responsable de informar el estado de los indicadores de acuerdo a la frecuencia de medición descrita en cada ficha de procesos, al Responsable del Sistema de Gestión de Calidad.


VII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

A) CONTROL DE DOCUMENTOS

N° Act.	Descripción de Actividades	Responsable	Registro
1	Recibir requerimiento. Recibe memorando con requerimiento (Conforme a la disposición 6.9)	Responsable del sistema de Gestión.	memorand o
2	Evaluar el Requerimiento: Evalúa la solicitud del órgano usuario sobre el requerimiento de: a) Generar un nuevo documento interno o actualizar un documento interno existente. b) Declarar obsoleto un documento interno.	Responsable del Sistema de Gestión.	NA
3	Informar a la unidad orgánica.		


	<p>Elabora y envía memorando a la unidad orgánica informando si procede o no su requerimiento.</p> <p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si como resultado de la evaluación se determina que se debe proceder a elaborar un nuevo documento o actualizar uno existente, continuar con la actividad 04. - En caso se declare obsoleto el documento se procederá con la actividad 10. 	Responsable del Sistema de Gestión.	Memorand o
4	<p>Designar al responsable de elaborar el documento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Designa al responsable de elaborar o actualizar el documento interno. 	Gerente o Jefe de la Unidad Orgánica	Correo electrónico
5	<p>Elaborar o Actualizar el documento del SGC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica el proceso al cual corresponde el documento interno. - Identifica la documentación interna y externa aplicable al proceso. - Elabora o actualiza el documento interno de acuerdo a los parámetros establecidos en el: Instructivo de Elaboración de Documentos. - Solicita la participación del personal vinculado al proceso y del Analista de Calidad. - Envía la propuesta inicial por correo electrónico al personal vinculado al proceso y al Analista de Calidad. 	Responsable de elaborar el documento interno.	correo electrónico Propuesta inicial de documento interno
6	<p>Revisar el documento propuesto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evalúa que el documento interno presentado atienda las necesidades de la unidad orgánica y registre los controles necesarios para asegurar el cumplimiento de su funcionalidad. - Realiza los ajustes al documento según las observaciones consideradas e identifica los cambios necesarios. - De ser necesario, convoca a reunión a las unidades orgánicas usuarias, y presenta la propuesta final del documento interno. - Registra los cambios de los documentos actualizados en el cuadro de control de cambios (manuales, procedimientos e instructivos). - Coordina con el Analista de Calidad la codificación del documento interno según lo indicado en el Instructivo para elaborar documentos del sistema de gestión, en caso corresponda. - Cambia la versión en los documentos internos que han sido actualizados y para los documentos nuevos iniciar la versión en 01. - Registrar la fecha de aprobación en el documento interno. 	Responsable del Sistema de Gestión. Responsable de elaborar el documento interno	Correo electrónico Document o propuesto
7	<p>Aprobar el documento interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recaba las firmas y vistos sobre el documento interno (ver anexo 01). 	Responsable de elaborar el	Document o aprobado



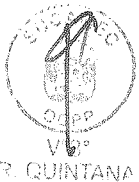
	PROCEDIMIENTO	Código: PM02.01-OGPP-PR-01
		Versión: 01
	CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	Fecha:
		Página 6 de 11

	<ul style="list-style-type: none"> - Emite resolución que aprueba la primera versión del documento interno. - Elabora memorando y enviar a la OGPP adjunto con el documento firmado y visado por los responsables, y solicita la publicación del mismo, de ser el caso. 	documento interno Jefe o Gerente de la UO	Resolución de aprobación
8	<p>Publicar el documento interno</p> <p>Coordina la actualización del documento interno en el intranet institucional con el Analista de racionalización, organización y métodos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actualiza la lista maestra de documentos internos. - Escanea el documento interno del SGC y actualiza la documentación publicada en la intranet institucional. - Comunica a la UO la publicación del documento interno en la intranet. 	Responsable del Sistema de Gestión. Analista de racionalización, organización y métodos	Correo electrónico Lista maestra de Documentos Internos actualizada Documentos del intranet actualizada
9	<p>Difundir el documento interno</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difunde los nuevos documentos internos con el personal vinculado al proceso. <p>Nota: De ser necesario realizar capacitaciones al personal para lograr un mayor entendimiento.</p>	Gerente o Jefe de la UO	Correo electrónico / lista de asistencia
10	<p>Declarar documento obsoleto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ubica el documento que se declara obsoleto en físico y electrónico. - Marca el documento en físico con el sello de "DOCUMENTO OBSOLETO" - Archiva el documento obsoleto en el file de documentos obsoletos. - Actualiza la lista maestra de documentos internos del SGC. - Difunde el fin del período de vigencia del documento obsoleto. 	Responsable del Sistema de Gestión Gerente o Jefe de la UO	Documento obsoleto registrado Lista maestra de documentos internos
11	<p>Almacenamiento y manejo de Documentos:</p> <p>En físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener la documentación interna vigente y la versión obsoleta anterior a la versión vigente impresa en archivadores identificados. <p>En Archivo Electrónico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener la documentación vigente publicada en la intranet. - Los documentos obsoletos se deben retirar de la lista de documentos vigentes del intranet. 	Responsable del Sistema de Gestión	Registro de documentos actualizada Documentos del Intranet actualizado

B) CONTROL DE REGISTROS


	PROCEDIMIENTO	Código: PM02.01-OGPP-PR-01
	CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	Versión: 01
		Fecha:
		Página 7 de 11

N° Act.	Descripción de Actividades	Responsable	Registro
1.	Identifica registros y actualiza lista maestra de administración de registros. <ul style="list-style-type: none"> - Identifica los tipos de registro bajo su competencia y control que proporcionen evidencia de las actividades en conformidad con el SGC. - Comunica al Responsable del SGC la detección de nuevos tipos de registros durante el proceso. 	Gerente o Jefe de la Unidad orgánica	Correo electrónico Lista maestra de administración de registros
2.	Almacenar registros <ul style="list-style-type: none"> - En Físico: Almacena los registros físicos en archivadores, estantes, File; ubicados en cada Área Usuaria. - En Electrónico: Almacena los registros electrónicos en una carpeta electrónica creada para tal fin. 	Responsable de la UO del control de registros	File de Unidades orgánicas
3.	Proteger y recuperar registros. <ul style="list-style-type: none"> - En Físico: Asegurarse que los archivadores, files y estantes sean de acceso limitado. - En Electrónico: Solicita a la OGTIC que las carpetas electrónicas sean de acceso restringido. - Coordina con la OGTIC la recuperación de archivos electrónicos o copias de respaldo. 	Responsable de la UO del control de registros	File de Unidades orgánicas
4.	Retener y disponer registros <ul style="list-style-type: none"> - Retener los registros físicos ubicados en el archivo de gestión o documentación de cada UO, hasta cumplir con el tiempo de permanencia de un año (tabla de retención de documentos). - La transferencia de documentos y registros a TD se realiza de acuerdo a lo estipulado en el Recepción y atención del acervo documentario. - La retención de los registros por parte del área de TD se realiza de acuerdo a los lineamientos del archivo general de la nación. - La disposición y permanencia de los registros electrónicos en la carpeta electrónica es responsabilidad de la UO. 	Responsable de la UO del control de registros	Registros en físico Formato de inventario de transferencia documental.
5.	Actualiza lista maestra de administración de registros.	Responsable del Sistema de Gestión.	Listas de registros actualizadas



VIII. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Descripción de Cambios	Fecha
	-	

	PROCEDIMIENTO	Código:PM02.01-OGPP-PR-01
	CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	Versión: 01
		Fecha:
		Página 8 de 11

IX. ANEXOS


Anexo N° 1: Cuadro de aprobación de documentos



DEFINICIÓN	MANUAL DE GESTIÓN DE CALIDAD	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO	OTROS DOCUMENTOS	FORMATO
<p>POLITICA</p> <p>Documento donde se establecen las intenciones globales y orientación de nuestra institución relativas al sistema de gestión, descrita y expresada por la Alta Dirección.</p>	<p>MANUAL DE GESTIÓN DE CALIDAD</p> <p>Documento que describe el Sistema de Gestión aplicable en nuestra institución.</p>	<p>PROCEDIMIENTO</p> <p>Documento que describe de forma general quién, cómo y cuándo deben ejecutarse las actividades de un proceso.</p>	<p>INSTRUCTIVO</p> <p>Documento que describe de forma detallada quién, cómo y cuándo debe ejecutarse las tareas de una actividad.</p>	<p>OTROS DOCUMENTOS</p> <p>Documento que describe pautas distintas e independientes dentro de un proceso o parte de éste. Brindan información de apoyo o complementarias.</p>	<p>FORMATO</p> <p>Documento estructurado para registrar información requerida de acuerdo a las necesidades del desarrollo de un proceso.</p>
<p>ELABORACIÓN</p> <p>1. Alta dirección. 2. Oficina General de Planeamiento y Presupuesto. (Ver Instructivo de elaboración de documentos)</p>	<p>Responsable del Sistema de Gestión. (Ver Instructivo de elaboración de documentos)</p>	<p>Personal designado en la Unidad Orgánica. (Ver Instructivo de elaboración de documentos)</p>	<p>Personal designado en la unidad orgánica. (Ver Instructivo de elaboración de documentos)</p>	<p>Personal designado en la unidad orgánica. (Ver Instructivo de elaboración de documentos)</p>	<p>Personal designado en la unidad orgánica (Ver Instructivo de elaboración de documentos)</p>
<p>FIRMA DE ELABORACIÓN</p> <p>No aplica</p>	<p>Responsable del Sistema de Gestión.</p>	<p>Personal designado en la Unidad Orgánica.</p>	<p>Personal designado en la Unidad Orgánica.</p>	<p>Personal designado en la Unidad Orgánica.</p>	<p>Personal designado por la Unidad Orgánica.</p>
<p>REVISIÓN</p> <p>Revisión conjunta: 1. Alta dirección. 2. Responsable del Sistema de Gestión.</p>	<p>1. Gerente General 2. Jefe de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto</p>	<p>Revisión conjunta: 1. Personal designado en la Unidad Orgánica. 2. Responsable del Sistema de Gestión. En caso se requiera: 3. Revisor legal</p>	<p>Revisión conjunta: 1. Personal designado en la Unidad Orgánica. 2. Responsable del Sistema de Gestión. En caso se requiera: 3. Revisor legal</p>	<p>Revisión conjunta: 1. Personal designado en la Unidad Orgánica. 2. Responsable del Sistema de Gestión. En caso se requiera: 3. Revisor legal</p>	<p>Revisión conjunta: 1. Personal designado en la Unidad Orgánica. 2. Responsable del Sistema de Gestión.</p>
<p>FIRMA DE LA REVISIÓN</p> <p>No aplica</p>	<p>1. Gerente General. 2. Jefe de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto.</p>	<p>1. Personal encargado por la unidad orgánica. 2. Responsable del Sistema de Gestión. 3. Jefe de la Oficina General de Asesoría Jurídica. (En caso se requiera)</p>	<p>1. Personal encargado por la unidad orgánica. 2. Responsable del Sistema de Gestión. 3. Jefe de la Oficina General de Asesoría Jurídica. (En caso se requiera)</p>	<p>1. Personal encargado por la unidad orgánica. 2. Responsable del Sistema de Gestión. 3. Jefe de la Oficina General de Asesoría Jurídica. (En caso se requiera)</p>	<p>1. Personal designado por la Unidad Orgánica. 2. Responsable del Sistema de Gestión.</p>
<p>APROBACIÓN</p> <p>Superintendente Nacional</p>	<p>Superintendente Nacional</p>	<p>Gerente o Jefe de la unidad orgánica responsable del proceso⁽¹⁾ (Los procedimientos del SGC son aprobados por superintendencia)</p>	<p>Gerente o Jefe de la unidad orgánica responsable del proceso</p>	<p>Gerente o Jefe de la unidad orgánica responsable del proceso</p>	<p>Gerente o Jefe de la unidad orgánica responsable del proceso</p>

(1) La documentación de la norma (Procedimientos de Calidad) es aprobada y firmada por el Superintendente Nacional.



 SUCAMEC	PROCEDIMIENTO		Código: PM02.01-OGPP-PR-01
	CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS		Versión: 01 Fecha: Página 10 de 11

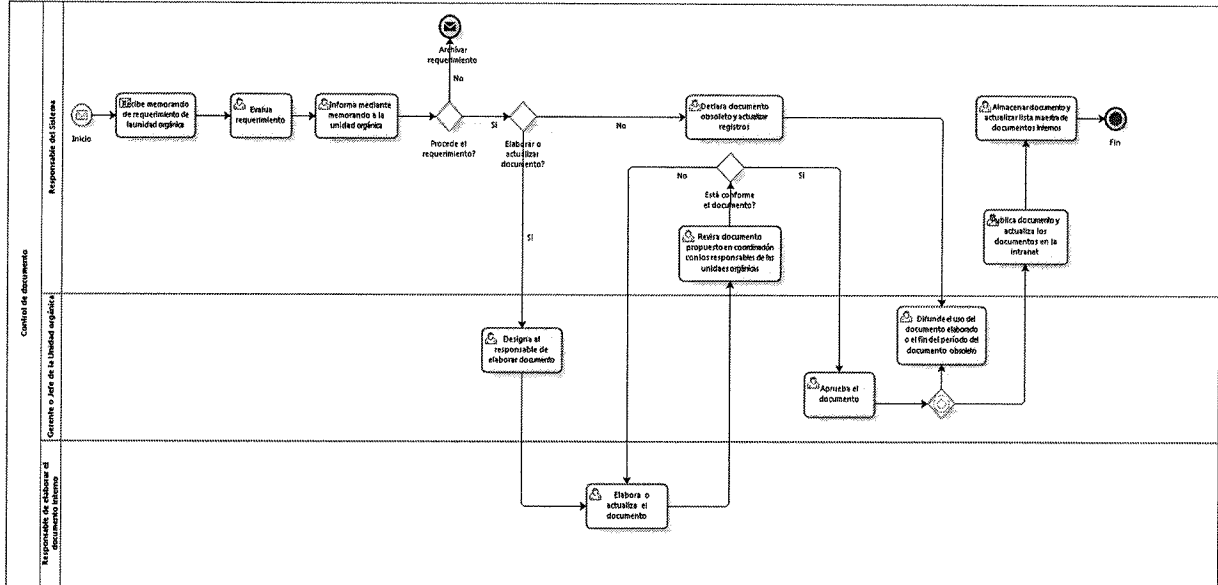
FIRMA	POLITICA	MANUAL DE GESTIÓN DE CALIDAD	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO	OTROS DOCUMENTOS	FORMATO
	Superintendente Nacional	Superintendente Nacional	Gerente o Jefe de la unidad orgánica responsable del proceso ⁽¹⁾	Gerente o Jefe de la unidad orgánica responsable del proceso	Gerente o Jefe de la unidad orgánica responsable del proceso	Gerente o Jefe de la unidad orgánica responsable del proceso



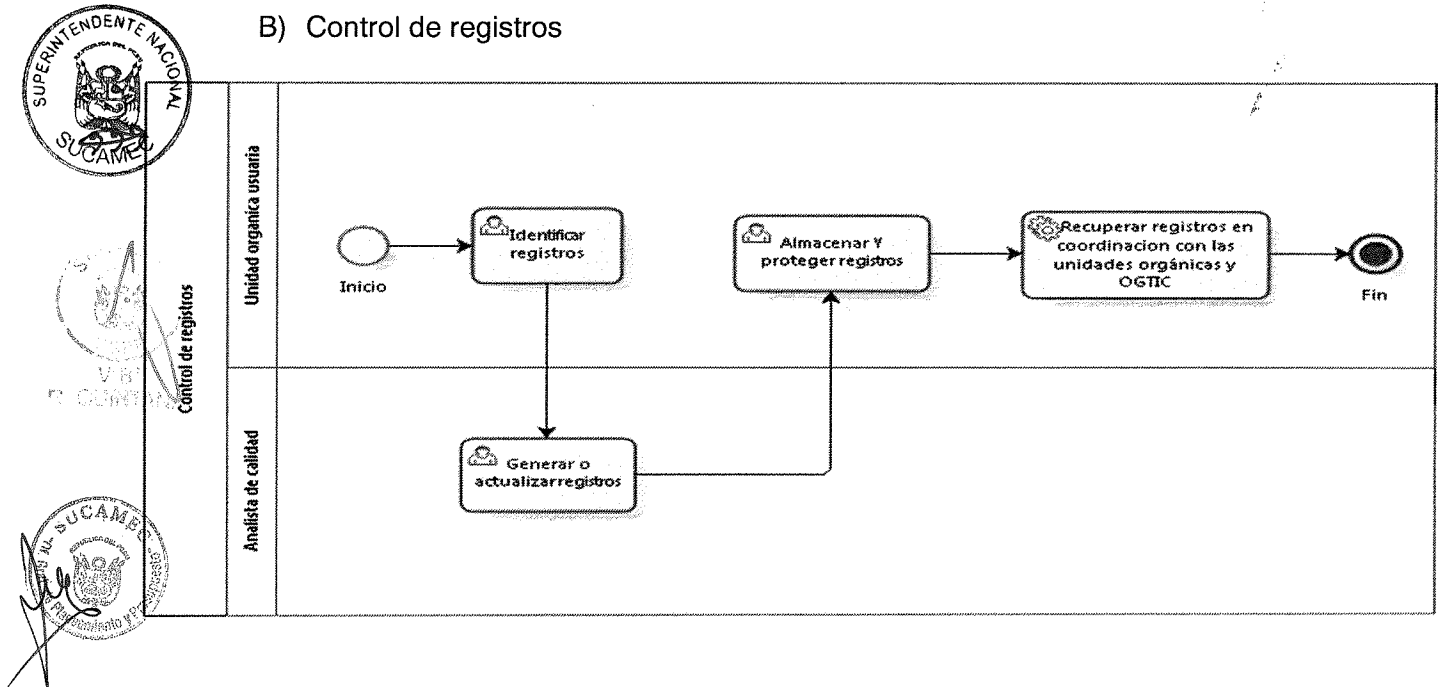

 V.B.
 R. QUINTANA


Anexo N° 2: Diagrama de Flujo

A) Control de Documentos



B) Control de registros



	PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS	Código: PM02.01-OGPP-PR-03
		Versión: 01
		Fecha:
		Página 1 de 7

I. OBJETIVO

Establecer pautas para eliminar las causas de las no conformidades reales o potenciales que afectan al SGC de la SUCAMEC, a través de acciones correctivas o preventivas.

II. ALCANCE

Es de aplicación en todas las unidades orgánicas responsables de implementar las acciones correctivas, preventivas o acciones de mejora al SGC.

III. BASE LEGAL

- Decreto Legislativo N° 1127, que crea la Superintendencia Nacional de Control de Servicios de Seguridad, Armas, Municiones y Explosivos de uso civil - SUCAMEC.
- Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de Gestión Pública.

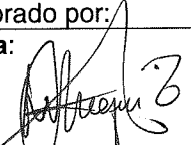
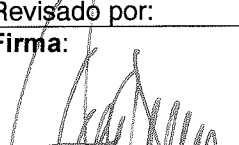
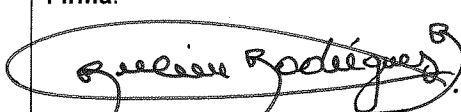
IV. REFERENCIAS


- Norma Internacional ISO 9001:2008, Sistema de Gestión de Calidad.
- Norma Internacional ISO 19011:2011, Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión.
- Manual del Sistema de Gestión de Calidad.

V. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

5.1. Definiciones:

- **Hallazgo:** Resultado de Auditorías internas y/o externas, reclamos y/o quejas de ciudadanos, control de producto o servicio no conforme, hallazgo personal, resultado de revisión por la dirección, evaluación de indicadores, entre otros. y que pueden ser clasificados como: NC, NCP, OBS u OM.
- **Emisor del hallazgo:** Colaborador de la entidad o Auditor que identifica y registra el Hallazgo.

Elaborado por: Firma:  Nombre: Wilder Chuqui Zuta Cargo: Responsable del Sistema de Gestión de calidad	Revisado por: Firma:  Nombre: Ricardo Quintana Sanz Cargo: Jefe de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto	Aprobado por: Firma:  Nombre: Rubén Orlando Rodríguez Rabanal Cargo: Superintendente Nacional
---	--	--

	PROCEDIMIENTO	Código: PM02.01-OGPP-PR-03
	ACCIONES CORRECTIVAS / PREVENTIVAS	Versión: 01
		Fecha:
		Página 2 de 7


- **Responsable del hallazgo:** Persona(s) responsable(s) de ejecutar las acciones correctivas, preventivas o de mejora.
- **Acción Correctiva (AC):** Acción tomada para eliminar las causas de una NC, defecto u otra situación no deseada existente a fin de evitar su repetición.
- **Acción Preventiva (AP):** Acción tomada para eliminar una potencial causa que pueda generar una NC, defecto u otra situación no deseada a fin de evitar que se produzcan.
- **Acción de mejora (AM):** Acción destinada a la mejora del sistema de gestión de calidad.
- **No Conformidad (NC):** Incumplimiento de un requisito específico del SGC. Se aplica a la desviación o ausencia de los requisitos especificados de una o más características de la calidad del producto, del proceso o del SGC.
- **No Conformidad Potencial (NCP):** Potencial incumplimiento de un requisito incluido en el criterio del SGC, que podría generar una No Conformidad, un defecto o una situación no deseada al servicio, proceso y/o al SGC.
- **Observación (OBS):** Es una desviación puntual del sistema de gestión de la calidad, en el cual no se detecta suficiente evidencia para declararla como una no conformidad.
- **Oportunidad de mejora (OM):** Son aquellas situaciones destinadas a la mejora continua del SGC.
- **Solicitud de Acción Correctiva/Preventiva/De mejora (SACP):** Documento donde se registra la No Conformidad, No Conformidad potencial, Observación u Oportunidad de Mejora detectada, las acciones a tomar, y se efectúa el reporte de la verificación de la ejecución y eficacia de las acciones adoptadas.

- Los estados de las SACPM son los siguientes:

Estado	Descripción
- Generada	Cuando la NC, NCP, OBS u OM aceptada es registrada y numerada en la matriz de Solicitud de acciones correctivas y preventivas del SGC.
- En proceso	Cuando aún no se hayan implementado y verificado todas las acciones comprometidas a la NC, NCP, OBS u OM.
- Cerrada	Cuando es conforme la verificación de la implementación y eficacia de la NC, NCP, OBS u OM.
- Anulada	Cuando la NC / NCP es rechazada por el Analista de Calidad o se le demuestra que no procede la declaración de la misma.

5.2. Abreviaturas:

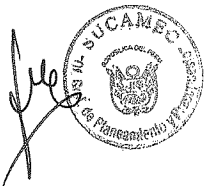



	PROCEDIMIENTO	Código: PM02.01-OGPP-PR-03
	ACCIONES CORRECTIVAS / PREVENTIVAS	Versión: 01
		Fecha: Página 3 de 7

- **SGC:** Sistema de Gestión de Calidad.
- **SAC/SAP/SAM:** Solicitud de acción correctiva / preventiva / de mejora.
- **UO.** Unidad orgánica.
- **NA:** No aplica.

VI. DISPOSICIONES

- 6.1. El **Responsable del Sistema de Gestión de Calidad (SGC)** asumirá el rol como **Responsable del Sistema de Gestión** para la ejecución de las actividades descritas en el ítem **VII: Descripción de actividades** del presente procedimiento.
- 6.2. La norma ISO 9001:2008, establece realizar en forma permanente acciones de autocontrol y en forma periódica auditorías internas, con la finalidad de determinar si el SGC cumple con la normativa y requisitos establecidos por la organización.
- 6.3. La OGPP es responsable del seguimiento y verificación de la correcta aplicación de este procedimiento; así como de la evaluación de sus resultados junto con la unidad orgánica que identificó los hallazgos, los mismos que son reportados al Representante de la Alta Dirección.
- 6.4. La identificación de un hallazgo, motiva acciones inmediatas y mediatas para su tratamiento.
- Las acciones inmediatas son las que corrigen o subsanan el error o incumplimiento encontrado, estas acciones se deben de tomar con un plazo máximo de 3 días hábiles. A estas acciones se les denomina "correcciones".
 - Las acciones de carácter mediato se orientan a eliminar la(s) causa(s) de las NC encontradas, o de las posibles NCP u OBS. Estas acciones se denominan "acciones correctivas" o "acciones preventivas".
- 6.5. El responsable del hallazgo no debe exceder los 03 días hábiles contados a partir del día siguiente de haber sido notificado para realizar la acción inmediata y 10 días hábiles para identificar las causas y determinar las AC/AP a realizar según corresponda, estableciendo las fechas probables de ejecución y verificación de la eficacia en el formato: Solicitud de acciones correctivas/preventivas/de mejora.
- 6.6. Las unidades orgánicas, bajo las exigencias de la Norma ISO 9001:2008, documentan la forma como corrigen los hallazgos que afectan a sus procesos como medida de control y seguimiento para asegurar la efectividad de las mismas, de no cumplir con ejecutar las actividades descritas en el presente procedimiento el Responsable del Sistema de gestión de Calidad, puede colocar una SAC/SAP a la unidad orgánica responsable de implementar la AC o AP.
- 6.7. Los hallazgos incluyen fechas de su culminación. En caso de retraso justificado a la fecha acordada para ejecutar las acciones correspondientes, el responsable del hallazgo coordina con el analista de calidad para reprogramar dichas actividades adjuntando el sustento necesario.



	PROCEDIMIENTO	Código: PM02.01-OGPP-PR-03
	ACCIONES CORRECTIVAS / PREVENTIVAS	Versión: 01
		Fecha:
		Página 4 de 7

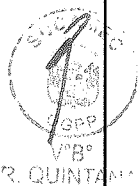
- 6.8. El Jefe o Gerente responsable de la UO que generó el hallazgo es responsable de ejecutar las acciones correspondientes para el tratamiento de los hallazgos generados, y de reportar sus avances al Responsable del SGC conforme a las fechas de ejecución de actividades registrada en el formato SAC/SAP/SAM.
- 6.9. Cualquier colaborador de la entidad puede detectar una **Hallazgo**. El registro del mismo debe ser generado con el visto del: Responsable del proceso, Gerente, Jefe de Oficina o Jefe inmediato según corresponda.
- 6.10. Para el análisis de causa de las NC, se pueden utilizar la metodología que se considere más apropiada por ejemplo: Tormenta de ideas, Diagrama causa-efecto (Ishikawa), Pareto; entre otras.

VII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nº Act.	Descripción De La Actividad	Responsable	Registro
1	<p>Generar la SAC/SAP/SAM</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detecta el hallazgo. - Registra el Hallazgo en el: Solicitud de acción correctiva/preventiva/de mejora, y remite el formato firmado al Analista de Calidad. - Evalúa si procede la SAC/SAP/SAM en un período no mayor a 5 días hábiles. <p><u>En caso proceda:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Asigna codificación y registrar en la "Matriz de solicitudes de Acciones Correctivas y Preventivas", asignando el estado a generada. ✓ Deriva la SAC/SAP/SAM al responsable del área involucrada para que realice las acciones correctivas, de ser una No Conformidad se realiza la acción inmediata (corrección). <p><u>En caso no proceda:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Informa por correo electrónico la no procedencia a quien detectó el Hallazgo, dando fin al procedimiento. ✓ Deriva la SAC/SAP/SAM al Jefe o Gerente de la unidad orgánica responsable para que proceda a realizar las actividades correspondientes. 	<p>Colaborador de la entidad/ Auditores</p> <p>Responsable del Sistema de Gestión</p>	<p>Formato SAC/SAP/SAM</p> <p>Matriz de Solicitudes de Acciones Correctivas y preventivas / Correo electrónico</p>
2	<p>Ejecutar la acción inmediata</p> <ul style="list-style-type: none"> - En caso sea una NC realiza la corrección inmediata conforme a lo establecido en el procedimiento de "Control de producto no conforme" para evitar se prolongue la NC mientras se realiza el análisis causa efecto de origen. - Comunica al Responsable del Sistema de Gestión y Registra la corrección inmediata en la SAC/SAP/SAM y cambia el estado a "En proceso" en la Matriz de solicitudes correctivas y preventivas. 	Responsable del hallazgo	Formato SAC/SAP/SAM



3	<p>Analizar las Causas que originaron la SAC/SAP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica y analiza la(s) causa(s) que originaron el hallazgo conforme a lo establecido en la disposición 6.9, si como resultado del análisis no se encuentra suficiente argumento para continuar con el proceso de la solicitud, se cambia el estado a "Anulada". - Firma y remite la SAC/SAP/SAM al Responsable del Sistema de Gestión para el registro correspondiente en la Matriz de Solicitudes de Acciones Correctivas y Preventivas. 	Responsable del hallazgo	formato SAC/SAP/SAM										
4	<p>Establecer las AC, AP o AM.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determina y registra las acciones correctivas, preventivas o de mejora a ejecutar, indicando los responsables y los plazos de ejecución de las acciones en la SAC/SAP/SAM. - Firma y remite la SAC/SAP/SAM al Responsable del Sistema de Gestión para el registro correspondiente en la "Matriz de solicitudes de Acciones correctivas y preventivas". 	Responsable del hallazgo	Formato SAC/SAP/SAM Matriz de solicitudes de acciones correctivas y preventivas										
5	<p>Implementa las AC, AP o AM.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejecuta y coordina la implementación de las acciones correctivas, preventivas o de mejora, según los plazos de ejecución establecidos. - Comunica al Responsable del Sistema de Gestión de Calidad la implementación de las acciones programadas. - Realiza el seguimiento de la SAC/SAP/SAM, para lo cual se apoya en: <table border="1" data-bbox="276 1249 1098 1585"> <thead> <tr> <th>Hallazgos generados en:</th> <th>Seguimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Auditorías</td> <td>Auditor interno o experto que levantó el hallazgo</td> </tr> <tr> <td>Reclamos y sugerencias</td> <td rowspan="3">Jefe o Gerente de la unidad orgánica que generó la NC, NCP, OBS u OM responsable del proceso</td> </tr> <tr> <td>Seguimiento y Control de servicios</td> </tr> <tr> <td>Hallazgos del personal</td> </tr> <tr> <td>Resultado de la revisión por la dirección.</td> <td>Responsable del Sistema de Gestión</td> </tr> </tbody> </table>	Hallazgos generados en:	Seguimiento	Auditorías	Auditor interno o experto que levantó el hallazgo	Reclamos y sugerencias	Jefe o Gerente de la unidad orgánica que generó la NC, NCP, OBS u OM responsable del proceso	Seguimiento y Control de servicios	Hallazgos del personal	Resultado de la revisión por la dirección.	Responsable del Sistema de Gestión	Responsable del hallazgo	Formato SAC/SAP/SAM
Hallazgos generados en:	Seguimiento												
Auditorías	Auditor interno o experto que levantó el hallazgo												
Reclamos y sugerencias	Jefe o Gerente de la unidad orgánica que generó la NC, NCP, OBS u OM responsable del proceso												
Seguimiento y Control de servicios													
Hallazgos del personal													
Resultado de la revisión por la dirección.	Responsable del Sistema de Gestión												
6	<p>Verificar la ejecución de las AC, AP o AM.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verifica el cumplimiento de la ejecución de las acciones programadas, vencidos los plazos establecidos en la SAC/SAP/SAM. - Registra y visa la conformidad de la verificación de la implementación de las acciones correctivas, preventivas o de mejora en el formato de SAC/SAP/SAM y en la "Matriz de Solicitudes de Acciones Correctivas y Preventivas". - En caso no se haya verificado el cumplimiento de la ejecución de las acciones programadas, registrar fecha de visita y las observaciones del caso en la SAC/SAP/SAM y 	Responsable del Sistema de Gestión	Formato SAC/SAP/SAM / Matriz de solicitudes de acciones correctivas										



	<p>en la Matriz de solicitudes de acciones correctivas y preventivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer la fecha para la verificación de la eficacia de las acciones. 		as y preventivas
7	<p>Verificar la Eficacia de las AC o AP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verifica la eficacia de la AC, AP o AM implementada. - Solicita evidencia al responsable directo del proceso afectado y/o la presencia del jefe de la unidad que generó el Hallazgo para efectuar alguna verificación de campo si se considera necesario. <p><u>En caso las acciones implementadas sean eficaces.</u> Registra y visa la conformidad de verificación de la eficacia en la SAC/SAP/SAM y en la "Matriz de solicitudes de Acciones correctivas y preventivas".</p> <p><u>En caso las acciones implementadas no sean eficaces:</u> Registra fecha de visita y las observaciones del caso en la SAC/SAP/SAM y en la "Matriz de solicitudes de Acciones correctivas y preventivas" como estado "En proceso" y se analiza nuevamente (Regresa a la actividad 03).</p>	Responsable del Sistema de Gestión	Formato SAC/SAP/SAM / Matriz de solicitudes de acciones correctivas y preventivas
8	<p>Cerrar la SACPM</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambiar el estado de la SAC/SAP/SAM a "Cerrada" en la "Matriz de solicitudes de Acciones correctivas y preventivas". - Archivar la SAC/SAP/SAM en el File correspondiente. 	Responsable del Sistema de Gestión	Matriz de solicitudes de acciones correctivas / File de SAC/SAP/SAM



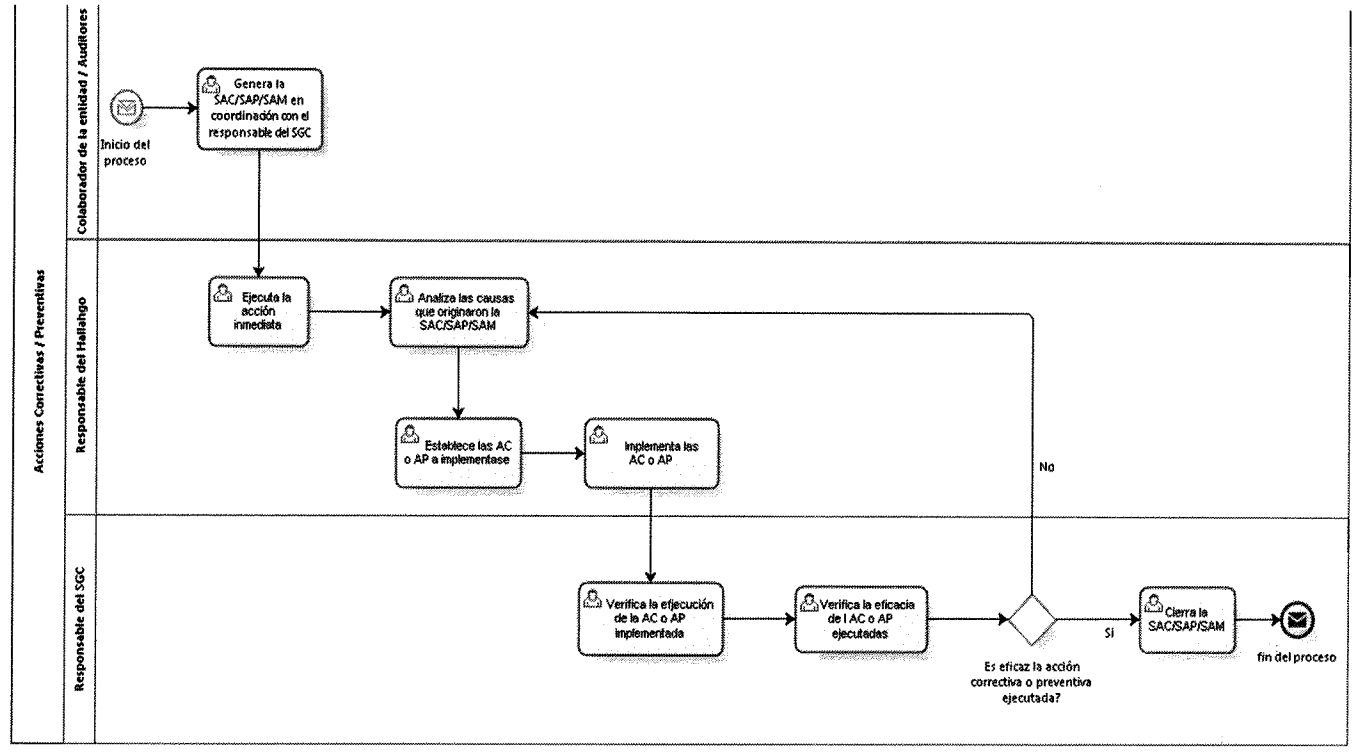
VIII. CONTROL DE CAMBIOS


Versión	Descripción de cambios	Fecha

IX. ANEXOS



Anexo N° 01: Diagrama de Flujo



	PROCEDIMIENTO	Código:PM02.01-OGPP-PR-04
		Versión: 01
	CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME	Fecha:
		Página 1 de 4

I. OBJETIVO:

Identificar y controlar productos no conformes (PNC) detectados, con la finalidad de eliminarlos y evitar su recurrencia.

II. ALCANCE:

Aplica a los productos no conformes (PNC) detectados en los procesos incluidos en el alcance del sistema de Gestión de Calidad de SUCAMEC

III. BASE LEGAL:

- Decreto Legislativo N° 1127, que crea la Superintendencia Nacional de Control de Servicios de Seguridad, Armas, Municiones y Explosivos de uso civil - SUCAMEC.
- Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de Gestión Pública.

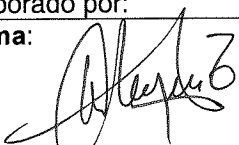
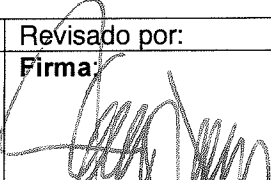

IV. REFERENCIAS

- Norma Internacional ISO 9001:2008.
- Manual del Sistema de Gestión de Calidad.
- Procedimiento "Acciones Correctivas y Preventivas".


V. DEFINICIONES:

- **Producto No Conforme (PNC):** Cualquier defecto o desviación del Servicio Brindado dentro del Sistema de Gestión de Calidad de la SUCAMEC respecto a los requisitos establecidos, sea como servicio en proceso o servicio final.
- **Acción Inmediata:** Corrección puntual del Producto No Conforme detectado para que cumpla con los requisitos establecidos.
- **Acción Correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa del problema, no conformidad detectada u otra situación indeseable.
- **SACP:** Solicitud de Acción Correctiva y/o Preventiva.
- **NA:** No Aplica.

VI. DISPOSICIONES:

Elaborado por: Firma: 	Revisado por: Firma: 	Aprobado por: Firma: 
Nombre: Wilder Chuqui Zuta Cargo: Responsable del Sistema de Gestión de Calidad	Nombre: Ricardo Quintana Sanz Cargo: Jefe de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto	Nombre: Rubén Orlando Rodríguez Rabanal Cargo: Superintendente Nacional

Aprobado con Resolución N° RICARDO QUINTANA SANZ
 La reproducción total o parcial de este documento constituye una infracción a la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General. COPIA NO CONTROLADA


	PROCEDIMIENTO	Código: PM02.01-OGPP-PR-04
		Versión: 01
	CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME	Fecha:
		Página 2 de 4

- El **Responsable del Sistema de Gestión de Calidad (SGC)** asumirá el rol como **Responsable del Sistema de Gestión** para la ejecución de las actividades descritas en el ítem **VII: Descripción de actividades** del presente procedimiento.
- La Oficina General de Planeamiento y Presupuesto (OGPP) es la responsable de la correcta aplicación de este procedimiento.
- Las unidades orgánicas son responsables directas de los procesos incluidos en el alcance del SGC y de dar cumplimiento al presente procedimiento, consolidar, supervisar y asegurar que se cumpla el presente procedimiento.
- Los productos no conformes (PNC) son detectados como resultado de la revisión de los servicios brindados, una vez detectados deben contar con evidencia que lo respalde, de lo contrario sería una observación.
- Los responsables para el seguimiento de los productos no conformes son: Responsable del Sistema de Gestión, Jefes o Gerentes dueños de los procesos.

VII. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

Nº Act.	Descripción de Actividades	Responsable	Registro
1.	1. Detectar y Registrar PNC: <ul style="list-style-type: none"> - Detectar el PNC. - Identificar y registrar el PNC - Comunica al Responsable del Sistema de Gestión y al RED. - Consultar la autorización del uso al jefe o Gerente responsable del PNC. - Registrar el seguimiento del PNC en la matriz de solicitudes de acciones correctivas y preventivas 	Personal de la entidad Responsable del Sistema de Gestión	Matriz de solicitudes de acciones correctivas y preventivas
2.	2. Corrige el PNC: <ul style="list-style-type: none"> - Evalúa y define el tratamiento del PNC (corrección, autorización), definir responsables y ejecuciones para el PNC - Define e implementa la Acción Inmediata correspondiente para subsanar la no conformidad. - Realizar el análisis de las causas que originaron el producto no conforme utilizando las herramientas como: (Tormenta de ideas, Hishikawa, Pareto, etc) 	Responsable de control de PNC de la unidad orgánica Responsable del Sistema de Gestión	Lista de reporte de Productos No Conformes



	PROCEDIMIENTO	Código: PM02.01-OGPP-PR-04
	CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME	Versión: 01
		Fecha: Página 3 de 4

N° Act.	Descripción de Actividades	Responsable	Registro
	- Registrar la acción ejecutada en la matriz de solicitudes de acciones correctivas y preventivas.		
3.	Realiza el seguimiento del PNC <ul style="list-style-type: none"> - Verifica si las acciones ejecutadas fueron efectivas. - Evalúa el reporte y estado de los PNC detectados. - Evaluar si requiere aplicar acciones correctivas y evitar una nueva ocurrencia del PNC. - Comunicar los resultados al Representante de la Alta Dirección. 	Responsable de control de PNC Responsable del Sistema de Gestión	Lista de reporte de Producto no conforme SACP

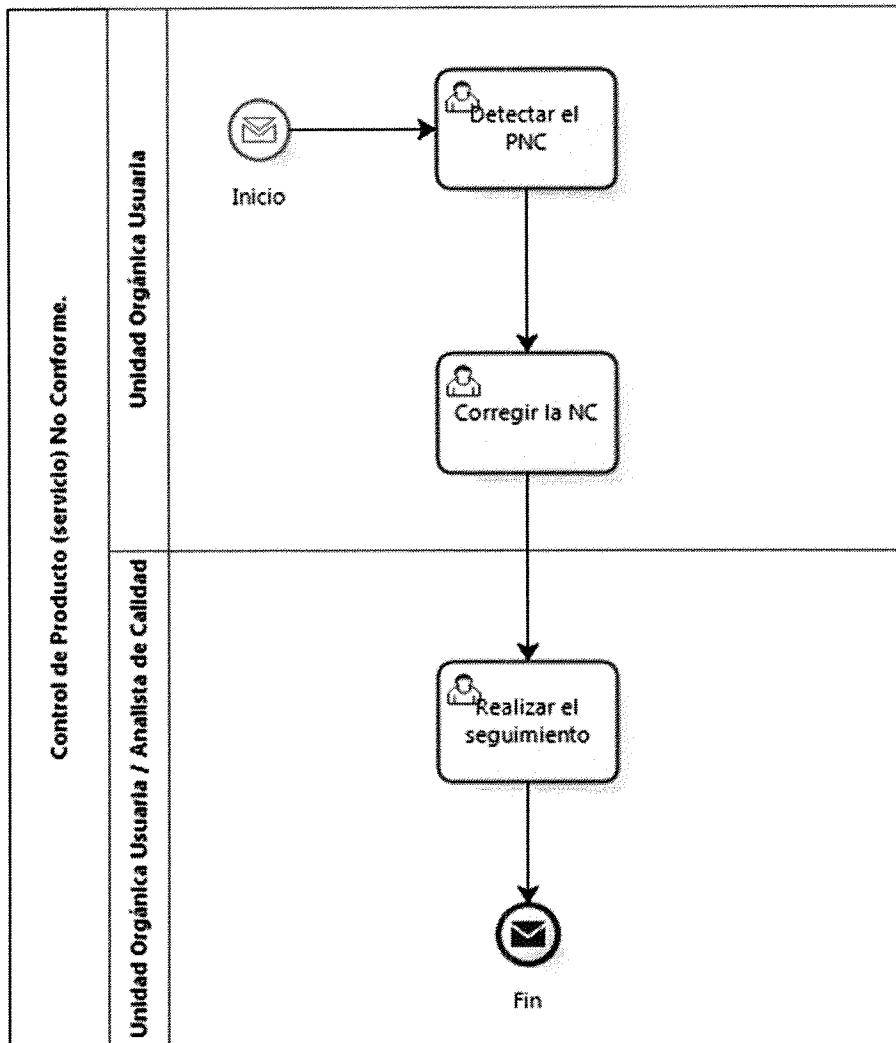
VIII. CONTROL DE CAMBIOS




Versión	Descripción de cambios	Fecha



IX. Diagrama de Flujo:



	PROCEDIMIENTO	Código: PM02.01-OGPP-PR-02
	AUDITORÍAS INTERNAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
		Fecha:
		Página 1 de 9

I. OBJETIVO

Determinar si el Sistema de Gestión de Calidad responde a los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 y si se mantiene de manera eficaz.

II. ALCANCE

Este procedimiento es de aplicación a todos los procesos que forman parte del SGC, siendo sus titulares los responsables de cumplir y hacer cumplir lo establecido en el presente procedimiento.

III. BASE LEGAL

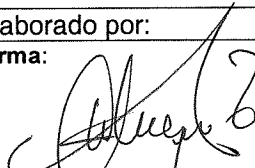
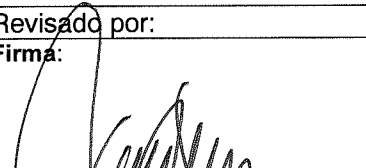
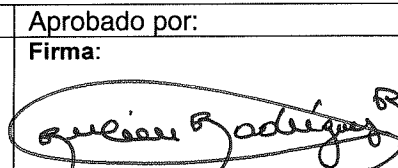
- Decreto Legislativo N° 1127, que crea la Superintendencia Nacional de Control de Servicios de Seguridad, Armas, Municiones y Explosivos de uso civil - SUCAMEC.
- Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de Gestión Pública.
- Decreto Supremo N° 046-2014-PCM
- TUO de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y acceso a la información pública aprobado mediante Decreto Supremo N° 043-2003-PCM.
- Ley 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
Reglamento Interno del Servidor Civil, aprobado mediante Resolución de Superintendencia Nacional N° 305-2014-SUCAMEC.

IV. REFERENCIAS


- Norma Internacional ISO 9001:2008, Sistema de Gestión de la Calidad - Requisitos.
- Norma Internacional ISO 19011, Directrices para la Auditoría de Sistemas de Gestión.
- Manual del Sistema de Gestión de Calidad.
- Procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas

V. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

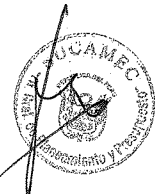
5.1. Definiciones:


Elaborado por: Firma: 	Revisado por: Firma: 	Aprobado por: Firma: 
Nombre: Wilder Chuqui Zuta Cargo: Responsable del Sistema de Gestión de Calidad	Nombre: Ricardo Quintana Sanz Cargo: Jefe de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto	Nombre: Rubén Orlando Rodríguez Rabanal Cargo: Superintendente Nacional

Aprobado con Resolución N° de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto SUCAMEC-SN

	PROCEDIMIENTO	Código: PM02.01-OGPP-PR-02
	AUDITORÍAS INTERNAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
Fecha:		
Página 2 de 9		

- **Auditoría:** Proceso sistemático, independiente y documentados para determinar si las actividades y resultados referentes al SGC cumplen con las disposiciones preestablecidas.
- **Programa Anual de Auditoría:** Documento en el que se establece el número de auditorías planificadas por un tiempo determinado y dirigido hacia un propósito específico.
- **Plan de Auditoría Interna:** Documento en el cual se define fechas, horarios, grupos de auditores, auditados y documentos a ser auditados.
- **Criterios de Auditoría de Gestión De Calidad:** Conjunto de políticas, procedimientos, normas legales, registros o requisitos que se utilizan como referencia para comparar la evidencia de la auditoría.
- **Auditor Interno:** Miembro del equipo auditor que forma parte de la Institución.
- **Auditor líder:** Auditor que lidera un equipo de auditores.
- **Observador:** Persona que acompaña al equipo auditor pero que no audita.
- **Equipo Auditor:** Dos o más auditores que llevan a cabo una auditoria con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos.
- **Auditoría Individual:** Es la auditoría llevada a cabo por cada equipo auditor o auditor principal.
- **Hallazgos:** Resultados de la evaluación de la evidencia recopilada en la auditoria frente a los criterios establecidos. Los hallazgos de la auditoría indican NC, NCP, OBS u OM con los criterios de auditoría.
- **Acción Correctiva:** Acción tomada para eliminar las causas de una NC, defecto u otra situación no deseada existente a fin de evitar su repetición.
- **Acción Preventiva:** Acción tomada para eliminar una potencial causa que pueda generar una NC, defecto u otra situación no deseada a fin de evitar que se produzcan.
- **Evidencia de la Auditoría de Gestión de Calidad:** Información verificable vinculada a los criterios de auditoría.
- **Informe de Auditoría Interna de calidad:** Documento que contiene los hallazgos encontrados en la auditoría interna.
- **No Conformidad:** Incumplimiento de un requisito específico del SGC. Se aplica a la desviación o ausencia de los requisitos especificados de una o más características de la calidad del producto, del proceso o del SGC.
- **No Conformidad Potencial:** Potencial incumplimiento de un requisito incluido en el criterio del SGC, que podría generar una No Conformidad, un defecto o una situación no deseada al servicio, proceso y/o al SGC.



	PROCEDIMIENTO	Código: PM02.01-OGPP-PR-02
		Versión: 01
	AUDITORÍAS INTERNAS DE GESTIÓN DE CALIDAD	Fecha:
		Página 3 de 9

- **Observación:** Es una desviación puntual del sistema de gestión de la calidad, en el cual no se detecta suficiente evidencia para declararla como una no conformidad.
- **Oportunidad de mejora:** Son aquellas situaciones destinadas a la mejora continua del SGC.
- **Solicitud de Acción Correctiva/Preventiva/De mejora:** Documento donde se registra la No Conformidad, No Conformidad potencial, Observación u Oportunidad de Mejora detectada, las acciones a tomar, y se efectúa el reporte de la verificación de la ejecución y eficacia de las acciones adoptadas.

5.2. Abreviaturas:

- **NC:** No Conformidad.
- **NCP:** No Conformidad Potencial.
- **OBS:** Observaciones
- **OM:** Oportunidad de mejora.
- **AC:** Acción correctiva.
- **AP:** Acción Preventiva.
- **AM:** Acción de Mejora.
- **OGPP:** Oficina General de Planeamiento y Presupuesto.
- **RED:** Representante de la Alta Dirección.
- **SACPM:** Solicitud de acción correctiva / preventiva / de mejora.
- **SGC:** Sistema de Gestión de Calidad.
- **UO.** Unidad orgánica.
- **N.A.:** No aplica registro alguno.



VI. DISPOSICIONES

- 6.1. El SGC, de acuerdo a lo establecido en la Norma ISO 9001:2008, establece la realización en forma periódica de auditorías internas de seguimiento al SGC, orientadas a verificar el cumplimiento del compromiso de calidad.
- 6.2. Durante el proceso de auditoría, el auditor líder realizará reuniones de enlace con los equipos auditores con la finalidad de realizar una retro alimentación, intercambiar información y evaluar el proceso de auditoría.
- 6.3. Los Gerentes/Jefes deben proporcionar las facilidades y recursos (información y disponibilidad de tiempo) necesarios durante el proceso de auditoría a los auditores internos y a los auditados.
- 6.4. La aptitud de los auditores que participarán en la Auditoría deben ser calificados bajo los siguientes criterios:
 - ✓ **Auditor Interno:**
Participación satisfactoria en un curso de Auditores en la Norma ISO 19011:2011 (acreditado mediante certificado).



✓ **Auditor Líder:**

Participación satisfactoria en un curso de Auditores en la Norma ISO 19011:2008 (acreditado mediante certificado).

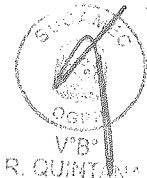
Participación en por lo menos dos auditorías en Sistemas de gestión de calidad como auditor interno (acreditado mediante declaración jurada).

- 6.5. El equipo auditor puede estar conformado por dos o más auditores (Dependiendo de la complejidad del proceso a auditar), así mismo puede estar acompañado por un experto en la materia auditada, el cual deberá cumplir los mismos requisitos que los auditores internos.
- 6.6. En la selección de los miembros de los equipos auditores, se asegura su independencia e imparcialidad con respecto a las actividades a auditar a fin de evitar conflictos de intereses.
- 6.7. El Programa Anual de Auditoria es elaborado por el Responsable del SGC, y es revisado y aprobado por el Jefe de la OGPP y el Superintendente Nacional, para la elaboración se considera lo siguiente:



Programa Anual de Auditorías:

- La importancia de los procesos a auditar, así como el resultado de las auditorías anteriores.
- Las auditorías internas que se realicen como mínimo una vez al año para cada proceso.
- Las auditorías externas de seguimiento y/o certificación (para el caso de procesos en proyecto de certificación o ya certificados).



- 6.8. El Plan de Auditoría Interna es elaborado por el responsable del SGC y aprobada por el RED y el jefe de la OGPP, para la elaboración se considera lo siguiente.


Plan de auditoría interna:

- El plan de auditoría debe considerar el efecto de las actividades de auditoría en los procesos del auditado, el equipo auditor y el auditado referente a la realización de la auditoría.
- El plan debe facilitar la programación y coordinación eficiente de las actividades de auditoría a fin de alcanzar efectivamente los objetivos.
- El Plan de auditoría debe ser difundido como mínimo cinco (5) días antes de realizarse la auditoría.



- 6.9. Queda a criterio de los auditores internos solicitar al Responsable del SGC información que consideren necesarias previo a la ejecución del proceso de auditoría.

- 6.10. Las auditorías extraordinarias se realizarán cuando se identifiquen necesidades de una situación específica, situaciones de riesgo y posibilidades de mejora que pudieran afectar la conformidad del servicio ofrecido o del SGC. Estas auditorías extraordinarias se establecen por disposición de la Alta dirección.

	PROCEDIMIENTO	Código: PM02.01-OGPP-PR-02
		Versión: 01
	AUDITORÍAS INTERNAS DE GESTIÓN DE CALIDAD	Fecha:
		Página 5 de 9

- 6.11. La Auditoría Interna alcanza a los procesos (Estratégicos, de negocio y de soporte) vinculados al SGC.
- 6.12. Las fechas de realización de las Auditorías internas deben coincidir con el programa anual de auditorías, en caso se requiera reprogramarla, el usuario solicitante deberá presentar el sustento correspondiente mediante memorando dirigido a la OGPP los responsables de evaluar la reprogramación solicitada son: el RED, el Jefe de la OGPP y el Responsable del SGC.
- 6.13. El Responsable del SGC evaluará los hallazgos identificados durante el proceso de auditoría, pudiendo clasificarlos como: NC, NCP, OBS u OM conforme a las evidencias contrastadas, con dicha información elaborará el informe final de auditoría.
- 6.14. El Auditor líder debe llevar a cabo la reunión de cierre de auditoría para presentar los hallazgos y conclusiones de auditoría, entre los participantes se debe incluir: Alta Dirección, Gerentes y Jefes responsables de los procesos auditados, entre otros.
- 6.15. El Responsable del SGC conserva la documentación de calificación del auditor líder y auditores internos del SGC.
- 6.16. Los criterios de auditoría son usados como puntos de referencia para determinar la conformidad de las actividades, procesos y productos con los requisitos y procedimientos del SGC, estos pueden incluir políticas, procedimientos documentados, normas, requisitos legales, requisitos del sistema de gestión, requisitos contractuales, códigos de conducta de sector y otros reglamentos planeados aplicables.



- 6.17. Los métodos para recopilar información durante el proceso de auditoría son:
- **Revisión de documentos:**
La revisión documental incluye, a criterio del auditor, documentos tales como la política, objetivos, planes, procedimientos, instructivos, base legal, actas de reunión, informes de auditorías anteriores, registro de programas de seguimiento, registros de actividades, resultado de mediciones, y otros que se aplican; y son evidencia de la realización de las actividades.



Es conveniente analizar resúmenes de datos, indicadores de desempeño e información acerca de los procedimientos.

- **Entrevistas:**
Éstas se realizan con personas de niveles y funciones relacionadas con actividades o tareas dentro del alcance de la auditoría, en el lugar de trabajo del entrevistado, a través de preguntas directas y puntuales, evitando las preguntas que predispongan las respuestas.

Los resultados de la entrevista se registran en forma resumida y son revisados con la persona entrevistada.

- **Observación de actividades:**
Se observa cómo se realizan las principales actividades de los procesos; si son realizadas de acuerdo con el procedimiento, instrucción operativa y





normatividad vigente, igualmente se observa el ambiente de trabajo y las condiciones circundantes.

VII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Nº Act.	Descripción de actividades	Responsable	Registro
1	Elaborar propuesta del programa anual de auditoría. Elabora la propuesta del Programa Anual de Auditoría en el QA-FMT-08: Programa Anual de Auditorías.	Responsable del SGC	Programa Anual de Auditorías propuesto
2	Revisar y aprobar el Programa anual de auditoría. Revisa y aprueba el Programa anual de auditoría	Alta dirección/Jefe de la OGPP / RED	Programa anual de auditoría aprobado
3	Archiva en el file de registros del SGC el programa anual de auditoría aprobado.	Responsable del SGC	file de registros del SGC
4	Elaborar propuesta del Plan de auditoría interna. Elabora la propuesta del Plan de auditoría interna en el Plan de auditoría interna y envía al Jefe de la OGPP y al RED.	Responsable del SGC	Plan de auditoría interna propuesto
5	Revisar y aprobar el Plan de auditoría interna. Revisa y aprueba el Plan de auditoría interna, de no estar de acuerdo emite las observaciones correspondientes (regresa a la actividad 04).	Jefe de la OGPP / RED	Plan de auditoría interna aprobado
6	Comunicar el plan de auditoría interna. Comunica oportunamente el "Plan de Auditoría interna" a las unidades orgánicas que participan en el proceso de auditoría (ver disposición 6.7)	Responsable del SGC	Correo electrónico
7	Implementar el Plan de Auditoría Interna: <ul style="list-style-type: none"> - Gestiona los recursos necesarios para el desarrollo de Auditoría. - Provee a cada equipo auditor la relación de documentos auditables e información complementaria según sea solicitada. - Distribuir la "Lista de Verificación de Auditoría" a los auditores internos. - Realiza coordinaciones y charlas sobre las actividades del proceso de auditoría con los Auditores y auditados previo a la ejecución de auditoría. 	Auditor Líder	Lista de verificación de auditorías Lista de asistencia




V.B.
R. QUINTANA

[Handwritten signature]

8	<p>Realizar reunión de apertura.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realiza la reunión de apertura de auditoría, la cual debe estar conformada por: Jefes, Gerentes, equipos de auditoría y auditados. - Presenta a los participantes conforme al plan de auditoría (auditores, auditados, en algunos casos incluyendo observadores), y sus roles durante el proceso de auditoría. - Confirma el objetivo, alcance y criterios de auditoría. - Confirma el plan de auditoría 	Auditor Líder	
9	<p>Ejecutar la Auditoría Interna:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realiza la Auditoría Individual de acuerdo a lo especificado en el Plan de Auditoría, puede aplicarse técnicas como: Entrevista, revisión de documentos, registros u observación directa según sea el caso con la finalidad de verificar la implementación del sistema y su efectividad. - Evalúa las evidencias encontradas contra los criterios de auditoría a fin de determinar y registrar los hallazgos de auditoría. - Culminada la entrevista de auditoría, informa verbalmente al responsable de la unidad orgánica auditada el resumen de los hallazgos indicando que la calificación será indicada en el informe. - Registra los hallazgos en el formato de Registros de Hallazgos de Auditoría, y envía al Auditor Líder. 	Equipo auditor	<p>Registros de Hallazgos de Auditoría</p> <p>Informe de Auditoría Interna de la Calidad</p>
10	<p>Realizar reunión de cierre de Auditoría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realiza y preside la reunión de cierre, con la finalidad de informar verbalmente sobre los hallazgos encontrados y conclusiones preliminares de la auditoría. (ver disposición 6.13). 	Auditor Líder	Lista de asistencia
11	<p>Elaborar el informe de Auditoría y envía a los responsables de los procesos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consolida los hallazgos obtenidos por los equipos de auditores y prepara el informe de auditoría describiendo los hallazgos clasificados en: NC, NCP, OBS u OM (ver disposición 6.12). - Elabora el informe en el formato Informe de auditoría interna. - Envía el informe de Auditoría Interna a los responsables de los procesos auditados. - Emite los hallazgos de auditoría en el formato de Solicitud de acciones correctivas, preventivas y de mejora a los Gerentes, Jefes o responsables de tomar las acciones correspondientes, indicando la ejecución de acuerdo al Procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas. 	Responsable del SGC	<p>Correo electrónico</p> <p>Solicitud de acciones correctivas, preventivas y de mejora.</p>
12	<p>Evaluar Auditores internos:</p>	Auditor Líder	Identificación y Evaluación



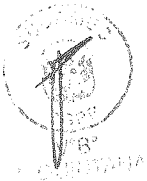
	PROCEDIMIENTO	Código: PM02.01-OGPP-PR-02
	AUDITORÍAS INTERNAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Versión: 01
		Fecha:
		Página 8 de 9

	Evalúa a los auditores internos después de la realización de la auditoría interna en el formato "Identificación y Evaluación de Auditores Internos".		n de Auditores Internos".
13	Realizar el seguimiento de los resultados de auditoría: - Realiza el seguimiento de la implementación de las AC, AP y de AM que se requieran, conforme a lo establecido en el Procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas. - Comunica el avance del cumplimiento del Programa Anual de Auditoría al representante de la dirección según los plazos establecidos para la Revisión por la Dirección.	Responsable del SGC / Auditores	Solicitud de acciones correctivas, preventivas y de mejora.

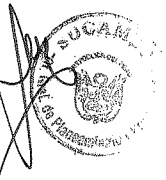
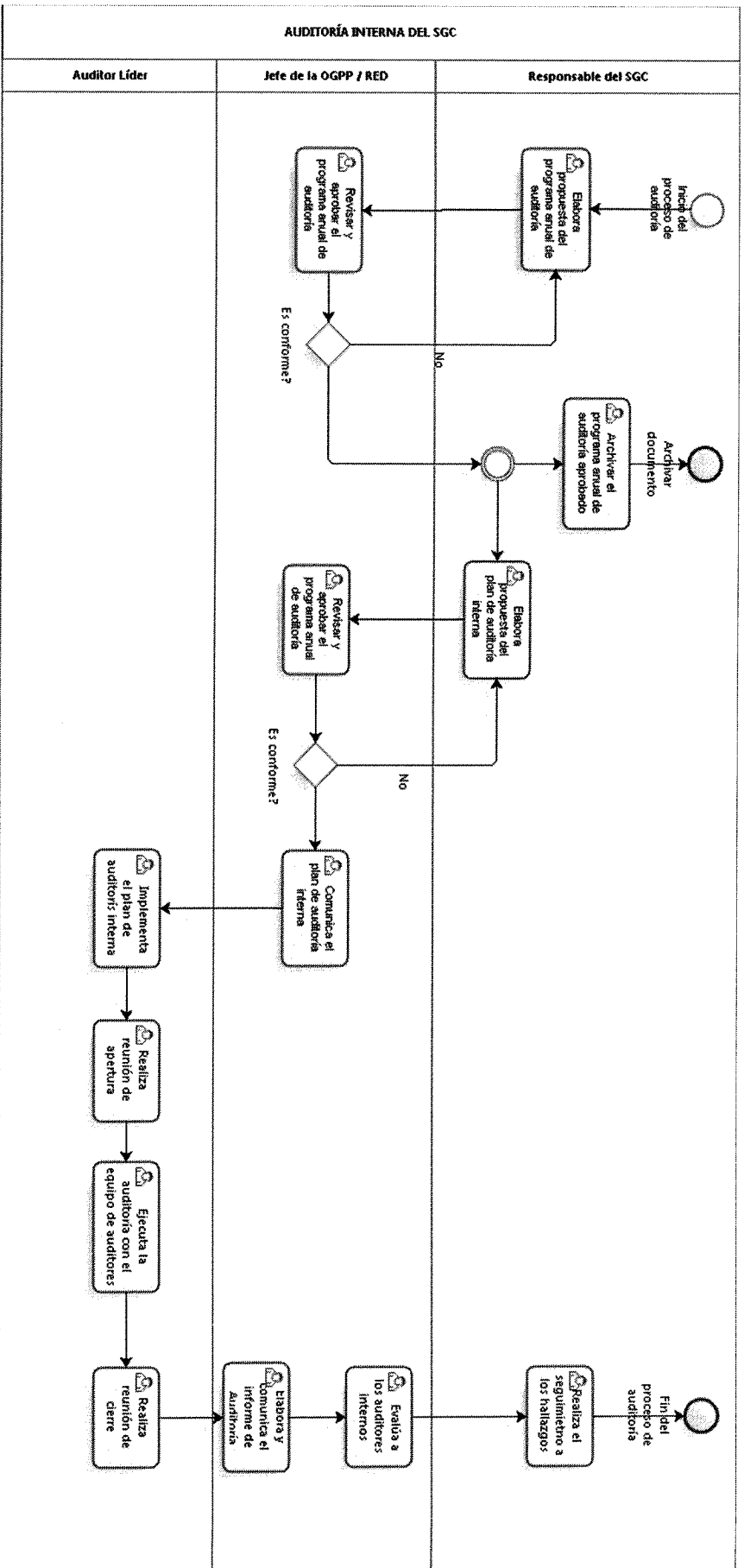
VIII. CONTROL DE CAMBIOS


Versión	Descripción de cambios	Fecha

IX. ANEXOS



Anexo N° 01 : Diagrama de Flujo



	PROCEDIMIENTO	Código: PM02.01-OGPP-PR-05
	GESTIÓN DE RIESGOS	Versión: 01
		Fecha:
		Página 1 de 5

I. OBJETIVO

Establecer las actividades de gestión de riesgos que se debe efectuar en los procesos de gestión de la Institución.

II. ALCANCE

Es de aplicación a todas las Unidades Orgánicas de la Institución, desde la identificación del contexto interno y externo pertinente para el propósito u objetivo(s) del proceso hasta la comunicación del estado de las acciones del seguimiento al propietario del proceso.

III. BASE LEGAL

- 3.1. Decreto Supremo N° 004-2013-PCM que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública.
- 3.2. Decreto Supremo N° 046-2014-PCM que aprueba la Política Nacional para la Calidad.
- 3.3. Resolución de Contraloría N° 458-2008-CG que aprueba la Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del Estado.

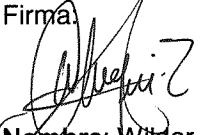

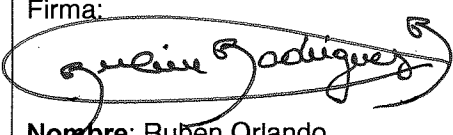
IV. REFERENCIAS

- 4.1. Matriz de Gestión de Riesgos.
- 4.2. ISO 31000:2009. Herramienta para evaluar la gestión de riesgo


V. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS:

- **Gestor del Riesgo:** Personal asignado por la Unidad Orgánica responsable del proceso para efectuar la identificación, análisis y evaluación de riesgos, así como el seguimiento a la implementación de las acciones o controles de tratamiento del riesgo. El Gestor de Riesgos para un proceso será el responsable del sistema de gestión de la unidad orgánica dueña del proceso.
- **Impacto (consecuencia):** Resultado de un suceso que afecta a los objetivos.
- **Interesados (parte interesada):** Persona o entidad que puede afectar, ser afectada o percibir que está afectada por una decisión o actividad.
- **Probabilidad:** Posibilidad de que algún hecho se produzca.



Elaborado por: Firma: 	Revisado por: Firma: 	Aprobado por: Firma: 
Nombre: Wilder Chuqui Zuta Cargo: Responsable del Sistema de Gestión de Calidad	Nombre: Ricardo Quintana Sanz Cargo: Jefe de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto	Nombre: Ruben Orlando Rodríguez Rabanal Cargo: Superintendente Nacional

Aprobado con Resolución _____ N° _____

	PROCEDIMIENTO	Código: PM02.01-OGPP-PR-05
	GESTIÓN DE RIESGOS	Versión: 01
		Fecha:
		Página 2 de 5

- **Proceso:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.
- **Propietario del riesgo:** Es la Unidad Orgánica de la SUCAMEC que se ve afectada por el riesgo y tiene la responsabilidad y autoridad para gestionarlo.
- **Riesgo:** Efecto de la incertidumbre sobre el logro de los objetivos. El riesgo se puede expresar también en términos de combinación de las consecuencias de un suceso (incluyendo los cambios en las circunstancias) y de su probabilidad de ocurrencia.
- **Tratamiento del riesgo:** El tratamiento del riesgo es un proceso destinado a modificar el riesgo. Cada una de estas estrategias debe seleccionarse en función a la probabilidad y el impacto del riesgo sobre los objetivos generales.

VI. DISPOSICIONES

- 6.1. El Propietario del proceso es responsable de definir el alcance y los objetivos del proceso, así como de definir dentro de su personal el rol de Gestor de Riesgos.
- 6.2. El Propietario del Proceso es responsable de cumplir y hacer cumplir el presente documento dentro del alcance de sus responsabilidades.
- 6.3. La Oficina General de Planeamiento y Presupuesto es responsable de elaborar la metodología de gestión de riesgos e instruir a los gestores de riesgos en el tema; asimismo, asesorarlos durante el desarrollo de sus actividades.




VII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

N° Act.	Descripción de actividades	Responsable	Reg.
1	Identifica el riesgo en el contexto interno y externo pertinente para el propósito u objetivo(s) del proceso y registra en la Matriz de gestión de riesgos: <ul style="list-style-type: none"> - Ítem. - Fecha de registro. - Proceso. - Ubicación. Identifica las partes interesadas externas e internas relevantes del proceso, así como los requisitos a satisfacer de cada parte.	Gestor de Riesgos	Matriz de gestión de riesgos



	Identifica los componentes del proceso (personas, infraestructura física y tecnológica, secuencia de actividades, entre otros).		
2	<p>Evalúa el riesgo, tomando en cuenta el contexto y los requisitos de las partes interesadas, junto con los involucrados del proceso, en la sección <i>Evaluación de riesgos</i> del Matriz de gestión de riesgos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tipo de riesgos. 2) Descripción del riesgo 3) El propietario de cada riesgo. 4) Causas que originaron el riesgo. 5) Consecuencias del riesgo. 6) El nivel de probabilidad de ocurrencia. 7) Nivel de impacto de cada riesgo. 8) Nivel de riesgo. <p>Nota:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Para seleccionar el nivel de probabilidad e impacto de cada riesgo identificado así como la estrategia de tratamiento, recurrir a la metodología que se encuentra en la primera pestaña (hoja) del archivo Excel Matriz de Gestión de riesgos. 2) El Gestor de Riesgos, de considerarlo pertinente, puede evaluar y proponer acciones o controles a implementar previamente para ser validado por los involucrados del proceso. 	Gestor de Riesgos	Matriz de gestión de riesgos / Acta de reunión
3	<p>Identifica junto con los involucrados del proceso, en la sección <i>Tratamiento de riesgos</i> del Matriz de Gestión de Riesgos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La estrategia de tratamiento. 2) Situación esperada. 3) Las acciones o controles a implementar según la estrategia seleccionada en el numeral anterior. 4) Ubicación de la implementación. 5) Evidencias del plan de acción. 6) El responsable y el plazo de la implementación de las acciones o controles. 7) Fecha programada de inicio del tratamiento. 8) Fecha programada de fin del plan de tratamiento 	Gestor de Riesgos	Matriz de gestión de riesgos / Acta de reunión
4	Remite la Matriz de gestión de riesgos.	Gestor de Riesgos	Correo electrónico / Memorando



	PROCEDIMIENTO	Código: PM02.01-OGPP-PR-05
	GESTIÓN DE RIESGOS	Versión: 01
		Fecha:
		Página 4 de 5

5	<p>Revisa, y de no tener observaciones, aprueba lo registrado en la Matriz de gestión de riesgos, caso contrario, devuelve al Gestor de Riesgos para el levantamiento de las observaciones.</p> <p>Nota: De acuerdo al alcance del proceso, de ser necesario, eleva la Matriz de Gestión de Riesgos a la Alta Dirección para aprobar lo registrado.</p>	Propietario de Riesgos	Matriz de gestión de riesgos
6	Remite la Matriz de Gestión de Riesgos a los responsables de la implementación de las acciones o controles.	Propietario de Riesgos	--
7	<p>Efectúa el seguimiento de la implementación de las acciones o controles formulados en la sección <i>Tratamiento de riesgos</i> de la Matriz de Gestión de Riesgos y registrar el estado de las acciones en la sección <i>Ejecución del tratamiento</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fecha ejecutada de inicio. - Fecha ejecutada de fin. - Estado. - Detalles de avance. - Evidencia de la tarea implementada. 	Gestor de Riesgos	Matriz de gestión de riesgos
8	Comunica el estado del seguimiento al Propietario de Riesgos.	Gestor de Riesgos	Correo electrónico
9	<p>Evalúa el desempeño de la implementación del tratamiento (acciones o controles).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fecha de evaluación. - Evaluador. - Situación encontrada. - Evalúa si requiere otra evaluación. - Comentarios - estado 	Gestor de Riesgos	Matriz de gestión de riesgos
10	<p>Coordina con un auditor interno del SGC para evaluar la eficacia de las acciones o controles implementados.</p> <p>Nota: En el caso que no se tenga la conformidad de la eficacia de las acciones o controles implementados, se procederá a establecer nuevas acciones o controles a implementar.</p>	Gestor de Riesgos	Matriz de gestión de riesgos



VIII. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Descripción de cambios	Fecha

IX. ANEXOS:

