

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE INGENIERÍA
CARRERA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL



**DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
CON BASE A LA NORMA ISO 9001:2015 EN EL CENTRO
PSICOPEDAGÓGICO Y DE INVESTIGACIÓN EN
EDUCACIÓN SUPERIOR**

Proyecto de grado presentado para la obtención del Grado de Licenciatura

POR: WARA DANIELA CORDOVA QUISPE

TUTOR: ING. GABRIEL FRANKLIN BALTA MONTENEGRO

LA PAZ - BOLIVIA

Diciembre, 2017

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE INGENIERÍA
CARRERA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

Proyecto de Grado:

**DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD CON BASE A LA
NORMA ISO 9001:2015 EN EL CENTRO PSICOPEDAGÓGICO Y DE
INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN SUPERIOR**

Presentado por: Univ. Wara Daniela Cordova Quispe

Para optar el grado académico de *Licenciado en Ingeniería Industrial*

Nota numeral:

Nota Literal:

Ha sido.....

Director de la carrera de Ingeniería Industrial: Ing. M.Sc. Oswaldo Terán Modregon

Tutor: Ing. Gabriel Franklin Balta Montenegro

Tribunal: Ing. Anaceli Espada Silva.....

Tribunal: Ing. Carla Kaune Saravia.....

Tribunal: Ing. Boris Parraga Andrade.....

Tribunal: Ing. Edgar Quiroga Vargas.....

DEDICATORIA

A nuestro creador, por guiar mis pasos, mi mente y mi corazón en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes.

A mi amada familia por brindarme su apoyo constante y amor incondicional.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Mayor de San Andrés, por acogerme durante mi carrera, a los docentes por formarme como profesional.

A mi tutor Ing. Gabriel Franklin Balta Montenegro, por todo el apoyo incondicional que me brindo durante el desarrollo del presente proyecto, gracias por depositar su confianza en mí, admiro su calidad humana.

A CEPIES por abrir sus puertas a este proyecto y a todas aquellas personas que de una u otra manera contribuyeron para el éxito del mismo.

TABLA DE CONTENIDO

PORTADA	i
CALIFICACIONES	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
TABLA DE CONTENIDO	v
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	viii
ÍNDICE DE CUADROS	ix
ÍNDICE DE ANEXOS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN	1
1. CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES GENERALES	3
1.1. Antecedentes	3
1.2. Análisis de la problemática	4
1.3. Objetivos	4
1.3.1. Objetivo general.....	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación	5
1.4.1. Justificación de la administración, gestión y calidad del CEPIES	5
1.4.2. Justificación metodológica	5
1.4.3. Justificación legal	5
1.4.4. Justificación para la acreditación	6
1.4.5. Justificación estratégica de posicionamiento.....	6
2. CAPÍTULO II: ASPECTOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN	7
2.1. Antecedentes de la institución	7
2.2. Misión y visión de la institución	7
2.2.1. Misión.....	7
2.2.2. Visión.....	8
2.3. Objetivos de la institución.....	8
2.3.1. Objetivo general.....	8
2.3.2. Objetivos específicos	8
2.4. Estructura organizacional.....	10
2.4.1. Nivel estratégico	10
2.4.2. Nivel ejecutivo.....	10
2.4.3. Nivel directivo	10

2.4.4. Nivel funcional	13
2.5. Análisis situacional	13
2.5.1. Diplomado	14
2.5.2. Maestría	14
2.5.3. Doctorado.....	14
2.6. Investigación	14
2.7. Estatutos y reglamentos	15
2.7.1. Estatutos y reglamentos del CEUB.....	15
2.7.2. Estatutos y reglamentos de la UMSA.....	15
2.7.3. Reglamento del CEPIES.....	16
3. CAPÍTULO III: MARCO CONCEPTUAL	17
3.1. Organización internacional de normalización.....	17
3.2. NORMA ISO 9001	17
3.3. Concepto de calidad.....	18
3.4. Principios de gestión de la calidad.....	18
3.5. Estructura de ISO 9001:2015.....	19
3.6. Ciclo PHVA.....	20
3.7. IWA 2	22
3.8. Metodología para el desarrollo de Sistema de Gestión de la Calidad.....	22
3.8.1. Modelo para el diseño de Sistema de Gestión de la Calidad.....	22
3.8.2. Documentación requerida por la norma.....	25
3.8.3. Presentación del manual de calidad.....	28
4. CAPÍTULO IV: DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN INICIAL	31
4.1. Criterios iniciales	31
4.2. Diagnóstico basado según la norma ISO 9001:2015	31
4.3. Análisis FODA.....	37
4.3.1. Análisis Interno (Fortalezas-Debilidades).....	38
4.3.2. Análisis Externo (Oportunidades-Amenazas)	39
5. CAPÍTULO V: DISEÑO DE SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	40
5.1. Alcance del Sistema de Gestión de Calidad.....	40
5.2. Creación del Comité de Calidad	40
5.3. Identificación de las necesidades de las partes interesadas.....	43
5.4. Diseño y desarrollo de procesos.....	45
5.5. Definición de política y objetivos	47
5.6. Documentación	48
5.6.1. Control de documentación.....	49
5.6.2. Manual de calidad.....	49
5.6.3. Procedimientos de Aseguramiento de la Calidad	49
5.6.4. Información documentada	50
5.6.5. Evidencia del Sistema de Gestión de la Calidad.....	50
5.7. Formación general y específica.....	54

5.8.	Implantación del SGC	55
5.9.	Auditorías internas	56
5.10.	Supervisión y control	57
5.10.1.	Ajuste del sistema	57
5.10.2.	Auditoría externa	57
5.11.	Certificación	58
5.12.	Mejora	58
5.13.	Cronograma de actividades para la realización del SGC	59
6.	CAPÍTULO VI: EVALUACIÓN ECONÓMICA FINANCIERA	60
6.1.	Análisis de costos	60
6.1.1.	Costo de implementación del proyecto	60
6.1.2.	Costo de operación	64
6.2.	Calculo de beneficios	67
6.3.	Flujo de caja	68
6.4.	Análisis Beneficio Costo	69
6.5.	Indicadores financieros	69
7.	CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	70
7.1.	Conclusiones	70
7.2.	Recomendaciones	71
	BIBLIOGRAFÍA	72
	ANEXOS	xv

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 2-1: Estructura organizativa	12
Ilustración 3-1: Evolución ISO 9001	18
Ilustración 3-2: Estructura ISO 9001:2015	21
Ilustración 3-3: Esquema Modelo para el diseño del SGC	23
Ilustración 4-1: Resultado del diagnóstico	32
Ilustración 4-2: Gráfico de cumplimiento, Capítulo 4	32
Ilustración 4-3: Grado de cumplimiento, Capítulo 5	33
Ilustración 4-4: Grado de cumplimiento, Capítulo 6	34
Ilustración 4-5: Grado de cumplimiento, Capítulo 7	34
Ilustración 4-6: Grado de cumplimiento, Capítulo 8	35
Ilustración 4-7: Grado de cumplimiento, Capítulo 9	36
Ilustración 4-8: Grado de cumplimiento Capítulo 10 Mejora	36
Ilustración 4-9: Gráfico del nivel de cumplimiento del SGC en el CEPIES	37
Ilustración 5-1: Organigrama institucional	41
Ilustración 5-2: Partes interesadas de la institución	44
Ilustración 5-3: Mapa de Procesos del CEPIES	46
Ilustración 5-4: Cronograma de actividades	59

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 3-1: Referencias de la información documentada	25
Cuadro 3-2: Referencias de la información documentada (Continuación).....	26
Cuadro 3-3: Índice del Manual de Calidad	29
Cuadro 3-4: Índice del Manual de Calidad (Continuación).....	30
Cuadro 4-1: Criterio de evaluación	31
Cuadro 5-1: Equipo de trabajo	42
Cuadro 5-2: Responsabilidad según Norma ISO 9001:2015	43
Cuadro 5-3: Especificaciones de las partes interesadas internas del CEPIES	44
Cuadro 5-4: Partes interesadas	45
Cuadro 5-5: Evidencia del SGC	50
Cuadro 5-6: Actividades de formación	55
Cuadro 5-7: Actividades de implantación del SGC	55
Cuadro 5-8: Actividades para la auditoría interna	56
Cuadro 5-9: Actividades de supervisión y control	57
Cuadro 5-10: Auditoría externa	57
Cuadro 5-11: Actividades de certificación.....	58
Cuadro 5-12: Actividades de mejora.....	58
Cuadro 6-1: Pago a consultoría del diseño.....	61
Cuadro 6-2: Contenido de las capacitaciones para la ISO 9001:2015	61
Cuadro 6-3: Costo de oportunidad por capacitación.....	62
Cuadro 6-4: Costo por capacitación	63
Cuadro 6-5: Costo de documentación	63
Cuadro 6-6: Costo de oportunidad generada a partir de la revisión del SGC	64
Cuadro 6-7: Costos de implementación	64
Cuadro 6-8: Costo de certificación	64
Cuadro 6-9: Costos mantenimiento de la certificación	65
Cuadro 6-10: Costo de documentación	65

Cuadro 6-11:Costo de sueldos y salarios	66
Cuadro 6-12:Costo de operación.....	67
Cuadro 6-13:Variables de análisis	67
Cuadro 6-14:Flujo de caja.....	68
Cuadro 6-15:Valores para el cálculo del Beneficio/Costo.....	69
Cuadro 6-16:VAN y TIR	69

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I: Encuesta diagnóstica respecto a la NB ISO 9001:2015

Anexo II: Resumen de los resultados de la encuesta diagnóstico

Anexo III: Matriz Juran

Anexo IV: Listado maestro de documentos

Anexo V: Manual de calidad

Anexo VI: Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad

Anexo VII: Información documentada del Sistema de Gestión de Calidad

RESUMEN

El presente trabajo constituye en la elaboración de un Sistema de Gestión de Calidad bajo los parámetros demandados por la norma internacional ISO 9001:2015 diseñado para el centro psicopedagógico y de investigación en educación superior (CEPIES), permitiendo a la institución la alineación, mejora continua y optimización en la gestión de sus procesos.

El Sistema de Gestión de la Calidad elaborado para la institución está destinado a estandarizar y mejorar los procesos que se llevan a cabo en la misma, con el fin de brindar un servicio de excelente calidad e incrementar su competitividad, contribuyendo al proceso de obtención de acreditación en alta calidad.

Se analizó el estado actual en relación al sistema de gestión de calidad en CEPIES, contando con el apoyo de la dirección y del personal de la institución. Se realizó un diagnóstico inicial tomando en cuenta los requisitos de la NB ISO 9001:2015 con los “debe” para el cumplimiento en CEPIES, el porcentaje de cumplimiento fue del 26%. A partir de este diagnóstico se dio inicio al diseño y elaboración de cada uno de los documentos necesarios.

La elaboración de la documentación para el sistema de gestión de calidad se implicó los documentos necesarios y la información documentada requerida por la norma internacional. El sistema de gestión de la calidad está constituido por política, objetivos de calidad, procedimientos de aseguramiento de la calidad, manual de calidad e información documentada necesaria para evidenciar el beneficio potencial de la institución, los cuales forma la base del sistema que contribuirán al control y la mejora continua en la institución.

A través de la aplicación de la norma ISO 9001:2015 en la institución, pretende lograr la mejora del servicio prestado por la institución, le permite un punto de partida para iniciar el proceso de certificación.

Finalmente, se expondrán las conclusiones referentes al trabajo realizado y las recomendaciones para que la institución siga con el proceso de implementación para que el sistema alcance a resultados deseados.

Palabras claves: Diseño, Calidad, Sistema de gestión de la calidad, Norma Boliviana ISO 9001:2015, Mejora Continua, Diagnóstico, Gestión.

ABSTRACT

The present work about the elaboration of a system of a Quality System Management under the parameters demanded by the international Standard ISO 9001: 2015 designed for the Psychopedagogical and Research Center in Higher Education (CEPIES), allowing to the institution the alignment and the optimization management of their processes.

The Quality System Management system developed for the institution is intended to standardize and improve the processes carried out in the institution, in order to provide a service of excellent quality and increase its competitiveness, which contributes to the process of obtaining of high Quality Accreditation.

The current status in relation to the quality management system in CEPIES was analyzed, with the support of the management and staff of the institution. An initial diagnosis was made taking into account the requirements of ISO 9001: 2015 satandard with the "must" for compliance in CEPIES, the compliance rate was 26%. From this diagnosis began the design and elaboration of each of the necessary documents.

The documentation prepared for the quality management system is implicit in the necessary documents and in the information requested by the international standard. The Quality System Management is made up of the policy, quality objectives, quality assurance procedures, quality guidebook and documented information necessary to evidence the potential benefit of the institution, which form the basis of System that contribute to the control and continuous improvement in the institution.

Through the implementation of ISO 9001: 2015 in the institution, the implementation of the help of the improvement of the service provided by the institution, allows a starting point to begin the certification process.

Finally, it will be present the conclusions regarding the work done and the recommendations for the institution to continue with the implementation process so that the system achieves desired results.

Key words: Design, Quality, Quality System Management, Bolivian Standard ISO 9001: 2015, Continuous Improvement, Diagnosis, Management.



INTRODUCCIÓN

En la actualidad un Sistema de Gestión de la Calidad en instituciones de formación permite administrar y mejorar la calidad de sus productos o servicios, llevando al mejoramiento continuo de sus procesos y sistemas internos. En el cual es necesario un involucramiento y esfuerzo de todo el personal para que este sea llevado de la mejor manera.

El presente trabajo titulado “Diseño de un Sistema de Gestión de la Calidad con base a la norma ISO 9001:2015 en el centro psicopedagógico y de investigación en educación superior”, contiene fundamentos para el diseño del sistema, y procedimientos que permitirán conseguir el aseguramiento de la calidad y el posicionamiento de la institución.

El presente documento contiene siete capítulos, los cuales se estructuran de la siguiente manera:

El capítulo I se detalla el planteamiento del problema se definen los objetivos del proyecto, resultados que se desean alcanzar y justificación.

El capítulo II se especifica las generalidades e identificación de la institución como punto referencial hacia un diagnóstico previo.

El capítulo III se hace referencia de las bases teóricas, la composición de un Sistema de Gestión de la Calidad y el contexto general necesario para el presente proyecto.

El capítulo IV se realiza un diagnóstico a situación inicial en la cual se encuentra la institución como punto de partida para iniciar el desarrollo del diseño del Sistema de Gestión de la Calidad.

El capítulo V se compone del diseño como tal, especificando la verificación de la información para el cumplimiento de la normativa y su forma de aplicación en la institución.



El capítulo VI está compuesto por la evaluación económica para hacer válido los resultados económicos que se esperan.

Por último, en el capítulo VII se presenta las conclusiones y recomendaciones del presente trabajo.



1. CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES GENERALES

1.1. Antecedentes

A nivel mundial cuando se habla de la educación tenemos en cuenta que es el principal motor de cada país, es uno de los recursos prioritarios al cual se le debe de tomar en cuenta de manera prioritaria, ya que está representa una unidad de producción de conocimiento que con ello formaran profesionales de alto nivel.

La educación superior en post grado ha sido uno de los peldaños alcanzados por una mayoría de personas las cuales desean tener una mejor formación académica, y esta debe ser direccionada a una calidad perpetua en la enseñanza que conlleve a un mejor aprendizaje.

Es por ello que instituciones de educación superior se ven comprometidas y direccionadas hacia directrices estratégicas, las cuales deben estar calificadas mundialmente para que éstas formen parte de la base de la competitividad en el mercado, y así también mejoren la eficacia en la entrega del servicio sobre las necesidades internas de la institución, por tanto, se puede afirmar que la calidad en la educación es un pilar para el sostén de una buena formación.

La ISO 9001 es la base del Sistema de Gestión de la Calidad, siendo una norma internacional, centra todos los elementos de administración de calidad con los que una organización debe contar para tener un sistema efectivo que le permita administrar y mejorar la calidad de sus productos o servicios (Mendez, 2016). Es por ello que un



Sistema de Gestión de la Calidad colabora a la acreditación de una institución en educación, así mismo este podrá incrementar la satisfacción de las partes interesadas¹.

1.2. Análisis de la problemática

Las normas de calidad son herramientas que contribuyen a la toma de decisiones, facilitando el seguimiento de los procesos y mejorando las funciones de distintas áreas de la institución. La visión hacia una implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en la institución se ve encaminada hacia el rumbo de la competitividad favoreciendo a la gestión tanto educativa y administrativa, llevando a la estandarización de las actividades en la institución donde se cumplirán las competencias para alcanzar a la satisfacción de los objetivos de la institución.

En el Centro Psicopedagógico y de Investigación en Educación Superior no existe una estructura definida de las funciones del personal involucrado de la institución ni de sus procesos, es por ello que con el desarrollo de un Sistema de Gestión de la Calidad en base de la Norma ISO 9001:2015 para la institución, esto elevará tanto el nivel académico como la mejora del manejo administrativo.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- ✓ Diseñar un Sistema de Gestión de la Calidad con base en los requisitos de la norma NB/ISO 9001:2015 para el Centro Psicopedagógico y de Investigación en Educación Superior.

1.3.2. Objetivos específicos

- ✓ Realizar un diagnóstico inicial que permita conocer la situación actual en el CEPIES.
- ✓ Desarrollar los requisitos requeridos por la norma ISO 9001:2015.

¹ Norma Internacional ISO 9000 (2015) El concepto de partes interesadas se extiende más allá del enfoque únicamente al cliente. Las partes interesadas pertinentes son aquellas que generan riesgo significativo para la sostenibilidad de la organización si sus necesidades y expectativas no se cumplen.



- ✓ Identificar los procesos y procedimientos desarrollados en el CEPIES.
- ✓ Establecer la documentación necesaria para el cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015.
- ✓ Determinar la factibilidad técnica, administrativa y la viabilidad económica para la implementación del diseño propuesto.

1.4. Justificación

1.4.1. Justificación de la administración, gestión y calidad del CEPIES

Para el CEPIES el Sistema de Gestión de la Calidad garantizará la excelencia en el servicio, en los procesos otorgando la satisfacción de necesidades, administración por procesos, controles y mediciones por resultados efectivos que reflejen en el futuro beneficios para las partes interesadas.

1.4.2. Justificación metodológica

En el presente proyecto se adoptan métodos empíricos y teóricos, los cuales se componen por una parte la observación, encuestas y entrevistas. Mediante los cuales se podrán detallar las situaciones y eventos, midiendo y evaluando diversos aspectos, componentes del proyecto. Así mismo se realizará un diagnóstico con el fin de recolectar la información necesaria de la institución, identificando debilidades organizacionales que deberán ser miniados con la documentación del SGC, diseñado previamente, bajo los parámetros de la norma ISO 9001:2015.

1.4.3. Justificación legal

Según al cumplimiento Ley de Educación Avelino Siñani:

En la Sección V Evaluación y Acreditación Universitaria, Artículo 68 expresa la necesidad de la evaluación y acreditación para alcanzar la calidad universitaria para lo cual sostiene la necesidad de creación de la Agencia Plurinacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior Universitaria como la instancia encargada de la gestión de la calidad de la Educación Superior Universitaria en Bolivia (Ley N°070,2010).



1.4.4. Justificación para la acreditación

“El proceso de acreditación es un proceso cuyo origen se presenta en los Estados Unidos, específicamente en el campo de la medicina, con el propósito de dar cumplimiento de la misión pública de las instituciones de educación superior referente al mejoramiento continuo de la calidad” (Tejedor, Rodríguez, 1996, p.68).

El presente proyecto permitirá contar con herramientas que mejorarán el seguimiento de los procesos y control para que estos mismos se encaminen hacia el aseguramiento de la calidad y su respectivo mejoramiento, llegando a logros y objetivos propuestos por la institución.

1.4.5. Justificación estratégica de posicionamiento

El presente proyecto permitirá un mejor posicionamiento de la institución en el ámbito educativo, ya que al identificar los parámetros de la ISO 9001, para su posterior implementación, generará un mayor valor agregado en los programas académicos que brinda CEPIES, aumentando su prestigio y penetrando a nuevos mercados.



2. CAPÍTULO II: ASPECTOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN

2.1. Antecedentes de la institución

El Centro Psicopedagógico y de Investigación en Educación Superior (CEPIES), es una institución que desarrolla programas a nivel de diplomado, maestría y doctorado en educación superior, así mismo se centra en la actualización permanente del docente e investigador universitario en un ambiente multidisciplinario. Se creó por Resolución Académica No. 3. del I Congreso Interno de la UMSA un 26 de octubre de 1988 como Centro de Formación Docente en la ciudad de La Paz, se creó con objeto de “integrar el proceso de enseñanza aprendizaje con la investigación científica” (Tancara, 2005), posteriormente los objetivos del Centro de Formación Docente fueron cambiando en función a los cambios socio políticos, económicos y educativos.

En el 2004 el CEPIES ha reformado su plan estratégico, reglamentos, infraestructura, la estructura organizacional, administrativa, financiera y académica, con la finalidad de brindar servicios de excelencia educativa e innovación científica, tanto en la sede de La Paz como en provincia del departamento (Viacha, Patacamaya, Achacachi, Chulumani, Coroico, Caranavi, Sapecho, Palos Blancos, San Buenaventura, Ixiamas), apoyados por Universidades extranjeras de alto rendimiento (Alemania, Brasil y otros).

A pesar de los cambios en la institución, se ha establecido un espacio crítico de reflexión sobre la educación superior en el marco de alternativas de conocimiento contextualizando, fundamentalmente con el ambiente social y cultural del entorno.

2.2. Misión y visión de la institución

La misión y visión de la institución buscan un enfoque hacia la mejora continua y encausar a la excelencia.

2.2.1. Misión

Formar investigadores docentes de alto nivel, con conciencia crítica y compromiso social, y generar nuevos conocimientos e innovaciones tecnológicas para interactuar



satisfactoriamente con la sociedad, el Estado y los agentes económicos, dando soluciones a los problemas que demandan en la construcción de una sociedad más justa y tolerante.

2.2.2. Visión

El Centro Psicopedagógico y de Investigación en Educación Superior llegue a ser un centro de estudios de postgrado y de investigación en educación, ciencias sociales y humanísticas con enfoque boliviano y latinoamericano, de reconocido prestigio. Acreditado internacionalmente y gravitando en la opinión pública y académica en la transformación social, económica, política y cultural del país.

2.3. Objetivos de la institución

2.3.1. Objetivo general

Contribuir a la formación del capital intelectual del país mediante la sistematización de las funciones sustantivas de la Universidad en el ámbito de la formación y perfeccionamiento de profesionales en educación superior, ciencias sociales y humanísticas, la promoción de la investigación y la conformación de espacios críticos y reflexivos.

2.3.2. Objetivos específicos

- ✓ Identificar plenamente la situación actual, los cambios circunstanciales y tendencias futuras de la educación superior, para desarrollar estrategias como institución proactiva, de excelencia y de liderazgo para la información, perfeccionamiento y actualización permanente del docente e investigador universitario.
- ✓ Construir el eje articulador de la formación docente desde una perspectiva institucional e integradora entre la UMSA y la sociedad boliviana, para proponer alternativas de solución a los problemas de la educación superior.
- ✓ Producir nuevos conocimientos y desarrollar aplicaciones transdisciplinarias en el ámbito de la sociedad, de la educación superior y de la cultura, incorporando



directrices de la educación permanente en función al desarrollo de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, para mejorar el sistema académico de la UMSA.

- ✓ Orientar el accionar de la UMSA, para la implementación de políticas vinculadas a la educación superior.
- ✓ Desarrollar y promover cursos de capacitación permanentes, para docentes de la UMSA en ejercicio e incorporarlos a los programas de postgrado.
- ✓ Formar docentes universitarios calificados y competentes de la UMSA, del Sistema de la Universidad Boliviana y de otras entidades educativas reconocidas por el Ministerio de Educación.
- ✓ Formar administradores de alta gerencia, para las instituciones universitarias.
- ✓ Formar Investigadores de alto nivel para el diseño y proposición de nuevas doctrinas, principios, modelos y teorías inherentes al campo de aplicación de la educación superior en la solución de problemas que aquejan tanto a la universidad pública como la sociedad en general.
- ✓ Otorgar las facilidades necesarias para la enseñanza de conocimientos y habilidades en psicopedagogía, didáctica, metodología e investigación a los profesionales responsables de la formación docente.
- ✓ Contar con docentes competentes para el correcto desarrollo de los cursos de diplomado, maestría y doctorado con experiencia certificada en educación superior
- ✓ Desarrollar y promover la realización de investigaciones y contribuciones científicas de sus programas de estudios y proyectos de investigación en el CEPIES.
- ✓ Proponer políticas y sistemas integrados de planificación con tendencia al mejoramiento, actualización y control del proceso aprendizaje - enseñanza en la UMSA.



- ✓ Asesorar en el proceso metodológico del diseño curricular, planificación, organización y evaluación docente a las diferentes unidades académicas universitarias y extra universitarias dependientes de la UMSA.
- ✓ Difundir los resultados de la producción de nuevos saberes, su innovación y reflexión en eventos académicos nacionales y extranjeros, mediante publicaciones tanto impresas como electrónicas.
- ✓ Vincularse con otras universidades nacionales y/o extranjeras, mediante acuerdos y convenios que permitan la investigación-docencia y fortalecimiento de los programas académicos y la titulación conjunta de los profesionales formados en el CEPIES.
- ✓ Integrar el Sistema de Educación Superior a las TIC's dentro de las necesidades del sistema universitario.

2.4. Estructura organizacional

Los niveles jerárquicos del CEPIES se encuentran identificados de la siguiente forma Ilustración 2-1, en cumplimiento a las normas del Sistema de Organización Administrativa, homologadas por el Honorable Consejo Universitario.

2.4.1. Nivel estratégico

El Consejo Técnico del CEPIES es el órgano estratégico, de deliberación y decisión, en el que se asegura del cumplimiento de la misión, visión, objetivos y disposiciones, de la institución.

2.4.2. Nivel ejecutivo

El Director Ejecutivo es la máxima autoridad ejecutiva del CEPIES, teniendo la autoridad y responsabilidad para la gestión estratégica e integral de las actividades propias del centro.

2.4.3. Nivel directivo

Las Sub Direcciones, tendrán como función básica el planeamiento, organización, dirección y control de las actividades curriculares de los programas y cursos



postgraduales, en los aspectos académicos, de investigación e interacción social en el marco del Macro Diseño Curricular.



Ilustración 2-1: Estructura organizativa

Nivel estratégico	Nivel Ejecutivo	Nivel Directivo	Nivel Funcional	Nivel Operativo	Nivel de Apoyo
Consejo Técnico del CEPIES	Dirección Ejecutiva	Sub dirección de estudios de postgrado Sub dirección de Investigación	Área desconcentrada Procuraduría Comunicación y marketing Responsable de informática Kárdex Centro de documentación Biblioteca especializada y responsables de proyectos	Investigadores-Docentes	Secretaría de Dirección Secretaría de Estudios de Post Grado Secretaría de Investigación Unidad de Ingresos Unidad de Egresos Programador y Operador

Fuente: Elaborado en base al Reglamento CEPIES



2.4.4. Nivel funcional

El nivel funcional es responsable de la administración de los recursos financieros del CEPIES, cuyos objetivos sistemáticos son: planificar, asesorar y organizar las actividades financieras, diferenciando el origen y destino de los recursos propios, a partir del establecimiento de directrices y metodologías que permitan disponer de información integrada, confiable, oportuna y útil para la toma de decisiones en el marco de los lineamientos del plan académico y administrativo definidos por el Consejo Técnico del CEPIES. Este nivel observa las normas internas, gubernamentales y procedimientos de los sistemas informáticos contables internos, externos, presupuestario y de tesorería, considerando la interrelación con los sistemas de Organización Administrativa, Administración de Personal y demás sistemas regulados por ley en función a las determinaciones tomadas por la Dirección.

2.5. Análisis situacional

En el CEPIES, se define como estudios de Postgrado, aquellos que se realizan después de la obtención del Grado de Licenciado, o su equivalente. UTECO señala que el Postgrado, se orienta a profundizar y complementar estudios, a perfeccionar destrezas profesionales, a adquirir habilidades para la investigación y a generar conocimientos científicos en correspondencia con los problemas de interés local y nacional, y a las opciones de cambio conforme al avance de la ciencia y la tecnología (UTECO, 2016).

En la actualidad, el CEPIES viene desarrollando los siguientes programas de Formación Docente en sus modalidades presenciales y virtuales:

- ✓ Diplomado en Organización y Administración Pedagógica del Aula.
- ✓ Especialidad en Didáctica y Educación Superior.
- ✓ Maestría en Educación Superior, con menciones en:
 - Psicopedagogía y Educación Superior
 - Gestión y Administración Universitaria, y
 - Elaboración y Evaluación de Proyectos Educativos.



2.5.1. Diplomado

El programa de Diplomado en CEPIES constituye un servicio hacia la actualización, capacitación y perfeccionamiento enfocado a la temática del mismo, cuya finalidad es complementar conocimientos para la práctica de la docencia. Estos son realizados mediante seminarios, talleres, extendiéndose el consiguiente certificado que avale la carga horaria cursada.

2.5.2. Maestría

El programa de la Maestría corresponde al primer ciclo del Doctorado y se desarrolla en cuatro semestres, sustentando el post graduante la Tesis de Grado pertinente ante un tribunal designado por el CEPIES para optar el título de Magister Scientiarum.

2.5.3. Doctorado

El programa Doctorado no escolarizado en educación superior, tiene el objetivo de mejorar la práctica de investigación científica, para contribuir a la solución de problemas de las instituciones del país y de la sociedad en general.

El título académico de Philosophical Doctor, permite establecer la solvencia para desarrollar investigaciones científicas en profundidad y docencia a nivel internacional.

El Doctorado de acuerdo al Macro Diseño Curricular contempla 2800 horas académicas sustentando el estudiante la Tesis de Grado pertinente ante un tribunal designado por el CEPIES para optar al título de Doctor estableciéndose menciones según las líneas de investigación.

2.6. Investigación

En CEPIES, el personal que compone como docente investigador es mediante el concurso de méritos y proyectos de investigación a ser desarrollados los cuales son tutorados por un PhD, con el cual realizan una investigación propia y posteriormente el docente investigador dicta módulos o seminarios compactos.



2.7. Estatutos y reglamentos

En el marco normativo que se toman en cuenta para el cumplimiento de las funciones, se especifica los estatutos y reglamentos con los cuales cumple CEPIES en función al cumplimiento y direccionamiento hacia la calidad.

2.7.1. Estatutos y reglamentos del CEUB

El presente proyecto de grado pretende satisfacer el cumplimiento a los estatutos y reglamentos CEUB expresados en el “Capítulo III Objetivos” del mismo documento:

- ✓ Los objetivos de la universidad boliviana son; contribuir a la elaboración de planes de mejoramiento universitario económico y promoción social para superar las actuales condiciones nacionales y regionales, en relación a la realidad política y cultural del país.
- ✓ Promover el perfeccionamiento pedagógico, científico y profesional del docente universitario.

2.7.2. Estatutos y reglamentos de la UMSA

El presente proyecto de grado pretende satisfacer el cumplimiento a los estatutos y reglamentos de la UMSA expresado en el “Título II, Principios, fines y objetivos del Capítulo I, Artículo 4.- Principios” del mismo aumento:

- ✓ La Autonomía universitaria.
- ✓ La jerarquía igual con las demás universidades públicas.
- ✓ La Democracia Universitaria.
- ✓ La Planificación y coordinación universitarias.
- ✓ El carácter nacional, democrático, científico, popular y antiimperialista de la Universidad.
- ✓ La libertad de pensamiento.
- ✓ La libertad de cátedra.
- ✓ La cátedra paralela.



2.7.3. Reglamento del CEPIES

En 1992, el Vicerrectorado de la UMSA inicia su programa de Formación Docente aprobándose la estructura y diseño curricular del CEPIES mediante Resolución del HCU No. 176/94 el 24 de noviembre de 1994, y HCU No. 277/97 del 22 de octubre de 1997, como una Unidad de Estudios de Post Grado en Educación Superior e investigación sobre la Universidad, a nivel de Maestría con varias salidas intermedias, como Diplomados y Especialidad, dentro del marco general definido en los objetivos de la Universidad Mayor de San Andrés, con la denominación de Centro Psicopedagógico y de Investigación en Educación Superior.

CEPIES según Resolución del Honorable Consejo Universitario Nro. 028/2012, en el capítulo VII Disposiciones transitorias y finales en el Artículo 67 menciona el cumplimiento de mejorar la calidad en el desenvolvimiento de las actividades tanto académicas como administrativas.

Por ello, el objetivo que tiene CEPIES es poder lograr la excelencia institucional el cual conlleva un trabajo de la institución con la colaboración y liderazgo en búsqueda del posicionamiento a nivel nacional e internacional.



3. CAPÍTULO III: MARCO CONCEPTUAL

3.1. Organización internacional de normalización

La International Organization for Standardization (ISO) es una federación de alcance mundial, su sede se encuentra en Suiza y cuenta con 162 miembros. La organización se inició a partir de la reunión llevada a cabo en el Instituto de Ingenieros Civiles de Londres con 25 países donde reunieron bases para que en el año 1947 inició sus operaciones para dar respuesta a la necesidad de estandarizar productos y procedimientos, así mismo facilitar la coordinación internacional. Cada país está representado con un organismo, el miembro suscriptor por Bolivia de la ISO es IBNORCA el cual cumple sus funciones desde 1993 promoviendo el desarrollo efectivo de la calidad en el país.

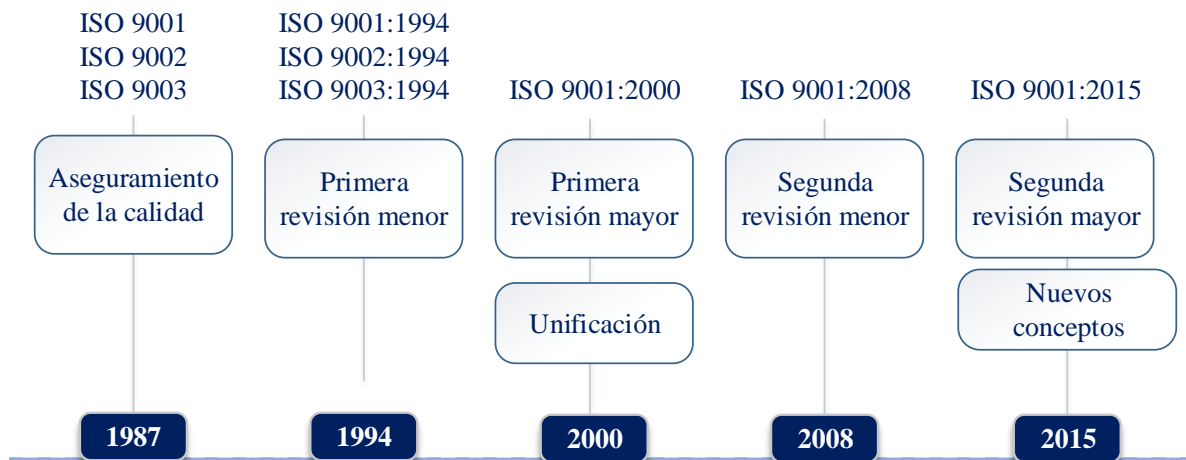
3.2. NORMA ISO 9001

La norma ISO 9001 contiene los requisitos que una organización debe cumplir para lograr la certificación de su Sistema de Gestión de la Calidad (Castellón, 2009). Esta norma internacional es aplicada en todos los productos y servicios generados en la mercado, llegando a formar la base del Sistema de Gestión de la Calidad de la organización que la aplique.

Para la organización internacional de estandarización en relación a los estándares de calidad, se llevó a cabo las investigaciones en 1987 que trajo como resultado la materialización de sus primeras publicaciones. Desde la primera publicación han existido modificaciones, en 1994 hizo énfasis en el aseguramiento de la calidad a través de acciones preventivas esta versión tuvo dificultades para las empresas por lo cual ya en el 2000 presenta otra versión en la cual se enfatizó en el concepto de Gestión de Procesos con el objetivo de gestionar el sistema documentado y no así un sistema de documentos. Los cambios para el 2008 tienen correcciones menores con respecto a sus antecesores y como última versión tenemos a la versión 2015 en la cual tiene una mayor

integración con otros estándares de gestión ISO gracias a una estructura común de alto nivel. A continuación, podemos ver en la Ilustración 3-1 la Evolución de la ISO 9001.

Ilustración 3-1: Evolución ISO 9001



Fuente: Elaboración propia en base a Estrategia y desarrollo de una guía de implantación de la norma ISO 9001:2015

3.3. Concepto de calidad

Como la ISO 9000 señala “La calidad de los productos y servicios de una organización está determinada por la capacidad para satisfacer a los clientes, y por el impacto previsto y el no previsto sobre las partes interesadas pertinentes.” (ISO, 2015).

3.4. Principios de gestión de la calidad

Un principio ayuda a dirigir y operar en una organización, los principios de calidad se centran en un mejor desempeño, enfocándose en las necesidades de todas las partes interesadas. Los principios que maneja en la publicación de la ISO 9001:2015 son:

- 1) **Enfoque al cliente:** La gestión de calidad está centrada en cumplir los requisitos del cliente y esforzarse en exceder las expectativas del cliente.
- 2) **Liderazgo:** Los líderes de las organizaciones establecen la unidad de propósito y la dirección, y crean condiciones necesarias para que las demás personas se impliquen en la consecución de los objetivos de la calidad de la organización.



- 3) **Participación del personal:** Es esencial para la organización que todas las personas sean competentes, estén facultadas e implicadas en entregar valor. Estas personas aumentan su capacidad de crear valor.
- 4) **Enfoque basado en procesos:** Se alcanzan resultados coherentes y previsibles de la manera eficaz y eficiente cuando las actividades se entienden y gestionan como procesos interrelacionados que funcionan como un sistema coherente.
- 5) **Mejora:** Las organizaciones exitosas tienen un foco continuo en la mejora.
- 6) **Toma de decisiones basada en la evidencia:** Las decisiones basadas en el análisis y la evaluación de datos e información tienen mayor probabilidad de producir los resultados deseados.
- 7) **Gestión de las relaciones:** Las organizaciones gestionan sus relaciones con las partes interesadas.

3.5. Estructura de ISO 9001:2015

En la estructura de la ISO 9001:2015 se establece una estructura de alto nivel asegurando una compatibilidad. La norma ISO 9001:2015 contiene 10 capítulos, en los primeros capítulos encontramos las generalidades:

- 1) Objeto y campo de aplicación
- 2) Referencias normativas
- 3) Términos y definiciones

En los siguientes capítulos encontramos los requisitos:

- 4) Contexto de la organización
- 5) Liderazgo
- 6) Planificación
- 7) Apoyo
- 8) Operación
- 9) Evaluación del desempeño
- 10) Mejora



La ISO 9001:2015 está basada en el riesgo, mejorar la confianza del cliente y de las partes interesadas enfocada a la cultura proactiva de prevención mejora y protección ambiental adoptando un enfoque basado en la gestión de riesgos.

3.6. Ciclo PHVA

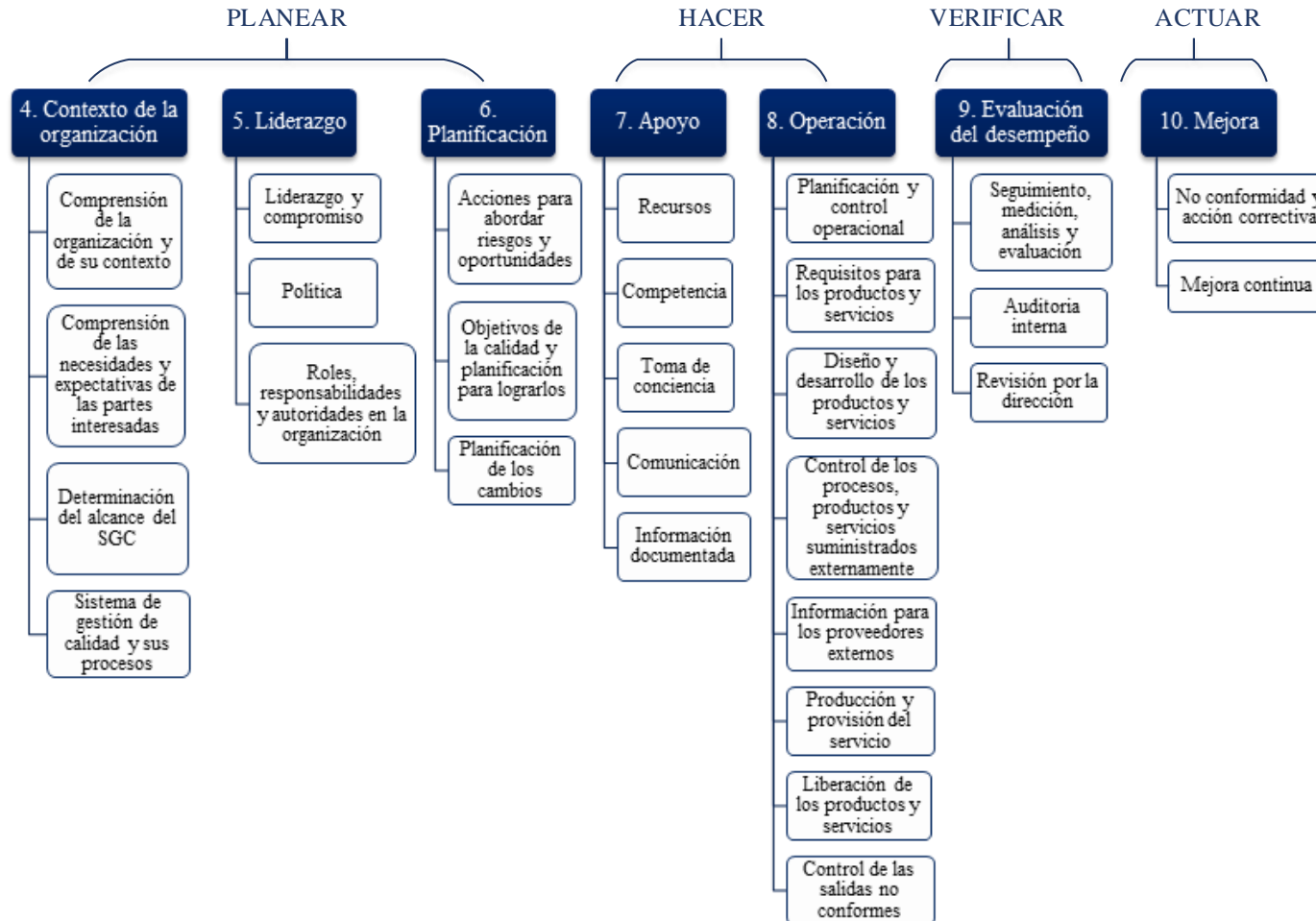
El ciclo PHVA (planificar, hacer, verificar y actuar) es un ciclo dinámico que puede desarrollarse dentro de cada proceso de la organización y en el sistema de procesos (Villa, 2007), a continuación, se las describen:

- 1) Planificar: Se deben establecer la visión para la organización es por ello que se establecen los objetivos del sistema, los recursos necesarios para conseguir los resultados esperados relacionados a los objetivos de calidad y los requisitos del cliente, teniendo en cuenta las políticas de la organización y los riesgos y oportunidades que se puedan presentar.
- 2) Hacer: En esta fase se lleva a la implementación de lo establecido anteriormente.
- 3) Verificar: En esta etapa se realiza el seguimiento y la medición de los procesos, productos o servicios, estableciendo indicadores de medición y realizando un informe con los resultados.
- 4) Actuar: Consiste en estudiar los resultados para emprender a la toma de decisiones y acciones para mejorar el desempeño.

La estructura de la norma se trabaja con el enfoque PHVA que podemos visualizar en la Ilustración 3-2.



Ilustración 3-2: Estructura ISO 9001:2015



Fuente: Elaboración propia en base a la norma ISO 9001: 2015



3.7. IWA 2

En el transcurso del desarrollo que tuvo la ISO se tomaron también iniciativas que incluyeran la disposición de guías a nivel sectorial las cuales llevaron a generar una guía para el uso de la norma ISO 9001 en instituciones educativas.

La International Workshop Agreement (IWA) es un mecanismo aceptado por la ISO para desarrollar documentos normativos, inicialmente esta guía estaba dirigida para instituciones de salud así que con la IWA 2 tuvo un direccionamiento a la educación. La guía IWA 2 es un documento que da recomendaciones y sugerencias, para facilitar la aplicación de norma ISO en organizaciones de enseñanza y aprendizaje este permite el entendimiento mayormente en procesos administrativos como ser:

- ✓ Selección y admisión de estudiantes.
- ✓ La capacitación de los docentes.
- ✓ Desarrollo, revisión y actualización de planes y programas de estudio.
- ✓ Evaluación de procesos de enseñanza entre otros.
- ✓ Desarrollo de material didáctico.

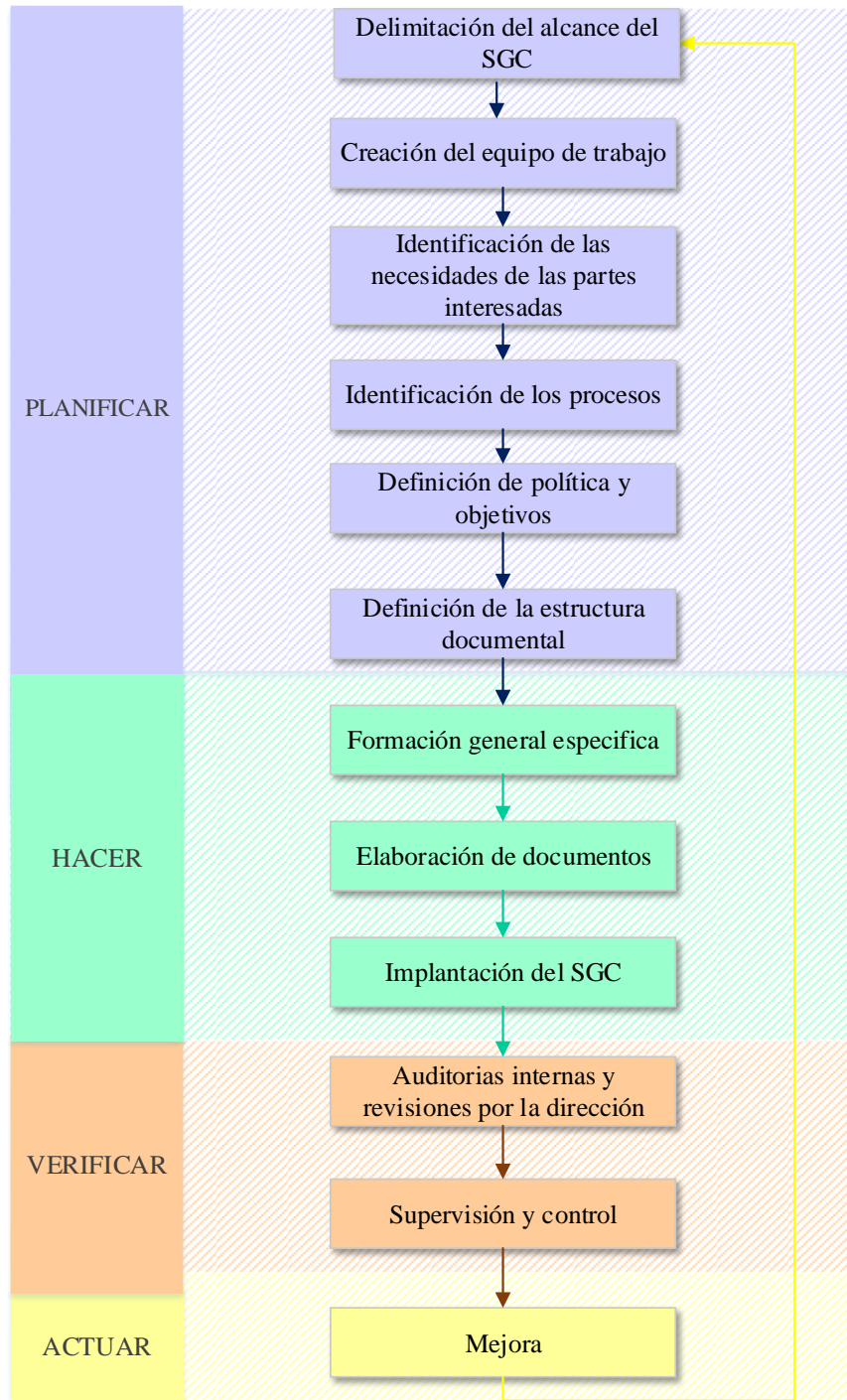
En instituciones de enseñanza estos procesos son aquellos denominados procesos claves ya que atienden a necesidades del conocimiento, por lo cual es un gran reto para cualquier entidad educativa ya que conlleva el cambio organizacional para la implementación y el seguimiento del SGC bajo la norma ISO 9001.

3.8. Metodología para el desarrollo de Sistema de Gestión de la Calidad

3.8.1. Modelo para el diseño de Sistema de Gestión de la Calidad

En el esquema de la Ilustración 3-3 se visualiza las etapas del modelo del diseño e implantación del Sistema de Gestión de la Calidad el mismo es basado en el ciclo de Deming así mismo toma las bases direccionales con la aplicabilidad de la NB ISO 9001:2015, este esquema puede ser aplicable a cualquier organización.

Ilustración 3-3: Esquema Modelo para el diseño del SGC



Fuente: Elaborado en base a diseño de un Sistema de Gestión de la Calidad con un enfoque de ingeniería de la calidad



A continuación, se mencionan las características de cada etapa del modelo del Sistema de Gestión de la Calidad.

- 1) **Delimitación del alcance del SGC:** Definición de los límites y aplicabilidad del SGC en la organización.
- 2) **Creación del equipo de trabajo u comité de calidad:** Este equipo estará conformado por representantes de las diferentes áreas con respecto a los procesos de la organización.
- 3) **Identificación de las necesidades de las partes interesadas:** Se determina a través de un análisis inicial evaluando a las partes interesadas (internas u externas) a la organización determinando los requisitos y necesidades donde la organización es la que decide si es pertinente para su Sistema de Gestión de la Calidad un requisito particular de esta parte interesada.
- 4) **Identificación de los procesos:** Se identifica las entradas y salidas de los procesos de la organización sus secuencias y actividades para la conformación del SGC.
- 5) **Definición de la política y objetivos de calidad:** Se realiza la definición de la política de la organización siendo esta importante, ya da hincapié al compromiso de la organización para cumplir con los requisitos de la norma. A partir de la misma se realiza los objetivos de calidad.
- 6) **Definición de la estructura documental:** Definición de los documentos necesarios para el SGC.
- 7) **Formación general y específica:** Transmitir a los trabajadores los conocimientos relativos SGC y determinar la formación del personal.
- 8) **Elaborar los documentos:** Realización de la documentación necesaria del SGC tomando en cuenta la norma y las características de la organización.
- 9) **Implantación del SGC:** La aplicación de la documentación realizando las actividades propias.
- 10) **Auditoria interna y ajustes:** Verificar la conformidad del SGC con la norma de referencia.



- 11) **Supervisión y control:** Verificar el proceso de implantación, así como de la documentación.
- 12) **Mejora:** Asegurar que el SGC mediante cambios entorno al mejoramiento del desempeño de los procesos.

3.8.2. Documentación requerida por la norma

La documentación requerida para el Sistema de Gestión de la Calidad respecto a los requisitos de la norma ISO 9001:2015 es denominada “Información documentada”, la misma tiende a variar, según a los procesos de la organización respectiva.

Esta información documentada deberá mantenerse a disposición de los usuarios para apoyar las operaciones asegurando así la confianza de la planificación de la documentación.

El Sistema de Gestión de la Calidad de la organización debe tener la información documentada: requerida por esta norma internacional ISO 9001:2015 y la documentación que la organización ha determinado que es necesaria.

A continuación, en la Cuadro 3-1 se mencionan las referencias a la información documentada según la norma ISO 9001:2015:

Cuadro 3-1: Referencias de la información documentada

Información documentada	Descripción
Alcance del Sistema de Gestión de la Calidad	Se considera para el establecimiento del alcance los puntos de la norma 4.1. y 4.2., establecer los tipos de productos y servicios de la organización, así también la justificación de los requisitos que no se puedan aplicar.

Fuente: Elaboración propia en base a la NB/ISO 9001:2015



Cuadro 3-2: Referencias de la información documentada (Continuación)

Información documentada	Descripción
Política de la calidad	La política de la calidad es el marco referencial para el establecimiento de los objetivos en la organización, el cual debe estar disponible, establecerse, implementarse y mantenerse en la organización.
Objetivos de la calidad	Serán coherentes con la política de calidad y registrarse como información documentada.
Competencia	Se determina la competencia basándose en la educación, formación y experiencia.
Control operacional	Cuando es aplicable se documentará como información documentada para evidenciar que los procesos de la organización se lleven a cabo como estaba planificada.
Recursos de seguimiento y medición	La información documentada propia para evidenciar las actividades de seguimiento y medición.
Diseño y desarrollo	La información documentada de las entradas, salidas y controles para el diseño y desarrollo.
Cambios del diseño y desarrollo	La información los cambios, controles hechos durante el diseño y desarrollo.

Fuente: Elaborado en base a la norma ISO 9001:2015



Cuadro 3-1: Información documentada (continuación)

Información documentada	Descripción
Productos y servicios que le son suministrados externamente	La información necesaria proveniente de los resultados de los criterios de evaluación, monitoreo del desempeño y evaluación de los productos y servicios suministrados externamente.
Producción y provisión del servicio	La información documentada que defina las características de productos y o servicios.
Trazabilidad	La información necesaria para permitir la trazabilidad.
Propiedad perteneciente a los clientes proveedores externos	La información documentada que evidencie la información de ocurrencia cometida.
Control de cambios	La información documentada que describe los resultados de la revisión de los cambios, el personal que autoriza el cambio y de cualquier acción necesaria.
Liberación de productos y servicios	La información documentada que evidencie la conformidad de los procesos planificados con los criterios de aceptación .y la trazabilidad de las personas que autorizan la liberación.
Control de salidas no conformes	La información documentada que describa la no conformidad, acciones tomadas, concesiones obtenidas con respecto a las salidas no conformes.
Seguimiento, medición, análisis y evaluación	La información documentada que evidencien los resultados de las actividades de seguimiento y medición.

Fuente: Elaborado en base a la norma ISO 9001:2015



Cuadro 3-1: Información documentada (continuación)

Información documentada	Descripción
Auditoria interna	La información como evidencia de la implementación de la ejecución del programa de auditoria y los resultados.
Revisión por la dirección	La información como evidencia de los resultados de las revisiones por la dirección, el cual cuenta con la revisión del grado de los objetivos de calidad, desempeño de los procesos, no conformidades, acciones correctivas, resultados de seguimiento y auditorias y desempeño de los proveedores..
No conformidad y acción correctiva	La información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades, las acciones tomadas sea el caso y los resultados de cualquier acción correctiva.

Fuente: Elaborado en base a la norma ISO 9001:2015

3.8.3. Presentación del manual de calidad

Para la versión de la norma ISO 9001:2015 no se exige la elaboración del Manual de Calidad, no obstante, este permite a las organizaciones definir a la organización y la explicación del cumplimiento cada uno de los requisitos de la norma. Se toma como base para la aplicación, un modelo el cual está diseñado para una adopción por áreas de aplicabilidad hacia la organización en esta circunstancia aplicable para la institución de servicio de educación, en el cuadro 3-3 se aprecia los apartados según lo expuesto con respecto a la normativa.

Cuadro 3-3: Índice del Manual de Calidad

Título del Capítulo	Punto de la Norma
0. Introducción	
1. Aspectos generales	
1.1. Aspectos generales	
1.1.1. Objeto, alcance y ámbito de trabajo	1. y 4.3.
1.1.2. Términos, definiciones y equivalencias	2. y 3.
1.2. Contexto de la organización	4.
1.2.1. Organización y su entorno	4.1.
1.2.2. Las necesidades y expectativas de las partes interesadas	4.2.
1.3. Liderazgo	5.
1.3.1. Compromiso de la dirección y liderazgo	5.1, 5.1.1. y 5.1.2.
1.3.2. Política de calidad	5.2., 5.2.1. y 5.2.2.
1.3.3. Roles, responsabilidades y autoridad	5.3.
1.4. Planificación de la calidad	6. y 4
1.4.1. Indicadores y objetivos de calidad	6.2., 6.2.1. y 6.2.2., 4.4
1.4.2. Planificación y control de cambios	4.4., 6.3. y 8.1
1.4.3. Gestión de riesgos	4.1., 4.2., 6.1., 6.1.1., 6.1.2, 4.4, 5.1.2
2. Apoyo	5 y 7
2.1. Recursos de la organización	7.1., 7.2, 7.3, 7.4, 4.4
2.1.1. Organización	7.1.1.
2.1.2. Recursos Humanos	7.1.2., 7.1.5., 7.1.6.
2.1.2.1. Selección del personal y contratación	7.1.2., 7.1.5., 7.2.
2.1.2.2. Formación del personal	7.2., 5.3
2.1.2.3. Concienciación del personal	7.3
2.1.2.4. Comunicación con el personal	7.4.
2.2. Infraestructura y ambiente de trabajo	7.1.3. y 7.1.4
2.2.1. Infraestructura	7.1.3
2.2.2. Ambiente de trabajo	7.1.4.
2.3. Control y gestión de la información documentada	7.5.
2.3.1. Estructura documental	7.5.1., 7.5.2., y 7.5.3
2.3.2. Control de la documentación general e información documentada	7.5.1., 7.5.2., y 7.5.3
3. Relaciones con los clientes	5, 8 y 9

Fuente: Elaborado en base a la norma ISO 9001:2015

**Cuadro 3-4: Índice del Manual de Calidad (Continuación)**

Título del Capítulo	Punto de la Norma
3.1. Procedimientos relacionados con las partes interesadas	8.2, 9.1.2, 5.1.2
3.1.1. Relaciones con las partes interesadas	8.2.1., 8.2.2., 8.2.3.
3.1.2. Ofertas	8.2.1., 8.2.2., 8.2.3.
3.2. Satisfacción de las partes interesadas (clientes)	8.2.1., 8.2.2., 8.2.3. 9.1.2, 5.1.2
4. Compras y subcontrataciones	8.4.
4.1. Evaluación de proveedores y subcontratistas	8.4.1 y 8.4.3.
4.2. Compras	8.4.1 y 8.4.2.
5. Diseño y desarrollo	8.3.
5.1. Análisis e implementación	8.3.1., 8.3.2., 8.3.3., 8.3.4., 8.3.5 y 8.3.6
6. Ejecución e implementación de la actividad de la organización	8 y 4.4
6.1. Planificación y control operacional	8.1., 4.4
6.2. Control de los procesos	8.7, 8.6, 8.5, 4.4
6.3. Identificación y trazabilidad	8.5.2.
6.4. Propiedad de las partes interesadas	8.2.1, 8.5.3
6.5. Preservación del producto	8.5.4
6.6. Actividades post entrega	8.5.5, 8.5.6
7. Seguimiento, medición, análisis y mejora	9 y 10
7.1. No conformidades, Acciones correctivas, revisión por la Dirección y auditorías internas.	8.2.1, 8.2.2., 9.1.3, 9.2, 9.2.1., 9.2.2., 9.3, 9.3.1, 9.3.2., 10.1, 10.2
7.1.1. Seguimiento y medida	9.1, 9.3
7.1.2. Control del servicio no conforme	8.2.1,
7.1.3. Análisis de datos	9.3, 9.3.1, 9.3.2, 9.1.3
7.1.4. Mejora	10, 10.3, 4.4

Fuente: Elaboración en base a la norma ISO 9001:2015



4. CAPÍTULO IV: DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN INICIAL

Como punto inicial para poder partir hacia el diseño del Sistema de Gestión de la Calidad se necesitará una evaluación inicial de la situación actual de la institución, con el propósito de conocer a profundidad la situación de la institución y buscar un resultado final. En forma seguida se realizará el diagnóstico para identificar los puntos fuertes y puntos débiles.

4.1. Criterios iniciales

Para el análisis con respecto a la norma internacional se realizó un criterio de evaluación según el cuadro 4-1 en el cual se da parámetros para la realización de la evaluación.

Cuadro 4-1: Criterio de evaluación

Criterio	Abreviatura	Descripción
Cumple	C1	El requisito está documentado
No cumple	C2	Requisito aplicable, pero no diseñado, ni desarrollado, ni implementado.
Parcial	C3	Requisito en proceso de diseño o desarrollo como especificación del Sistema de Gestión de Calidad.
Exclusión	C4	Requisito no aplicable

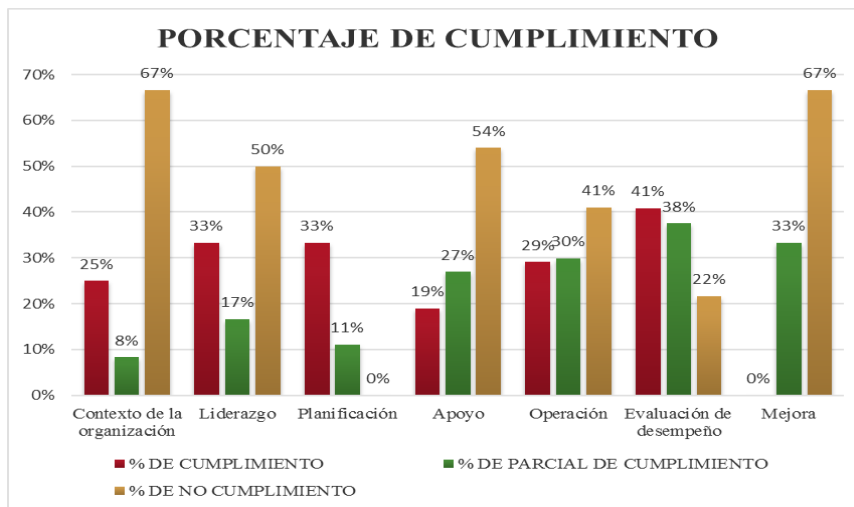
Fuente: Elaboración propia en base a Manual de evaluación de la calidad del servicio

4.2. Diagnóstico basado según la norma ISO 9001:2015

Con el fin de evaluar la situación actual con respecto a la norma en el Centro Psicopedagógico y de Investigación en Educación Superior, donde se realizó el respectivo diagnóstico mediante la lista de verificación (Ver Anexo I Encuesta diagnóstica respecto a la NB ISO 9001:2015), según la Ilustración 4-1 podemos ver que se diagnosticó a la institución según los parámetros y requisitos de cada capítulo de la norma, el cual indica los resultados dándonos un punto de partida para la generación de

información e instrumentaciones que sean de conveniencia para la institución, así como de las partes interesadas (Ver Anexo II Resumen de los resultados de la encuesta diagnostico).

Ilustración 4-1: Resultado del diagnóstico



Fuente: Elaboración propia en base a Anexo II

También se menciona que la institución tiene un cumplimiento parcial, donde su enfoque hacia el cumplimiento está enmarcado hacia el establecimiento de la norma

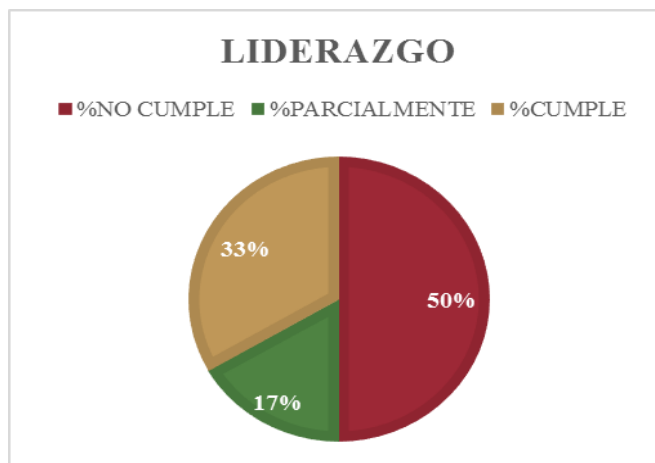
Ilustración 4-2: Gráfico de cumplimiento, Capítulo 4



Fuente: Elaboración propia en base a resultados Anexo II

Capítulo 4, Contexto de la organización, el cual se tiene un porcentaje del 67% de no cumplimiento esto debido a que en la institución no se ha determinado un seguimiento al contexto de la organización, además, al no poseer un SGC carecen de la documentación necesaria para el control de sus procesos, tampoco se han definido sus interacciones. Por lo cual la institución no tiene implementado su Sistema de Gestión de la Calidad, sin embargo, se evidencia un 25% de cumplimiento esto es debido a que se tiene identificada a las partes interesadas de la institución.

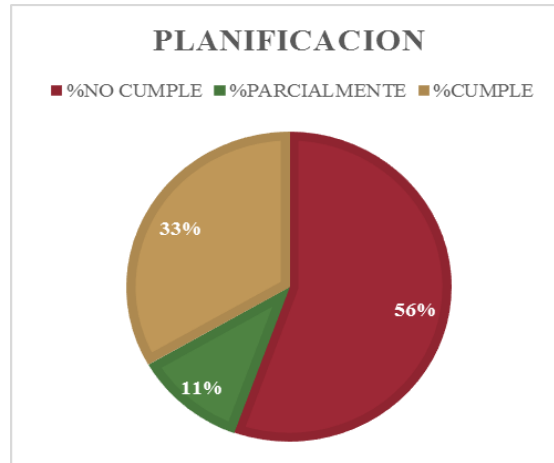
Ilustración 4-3: Grado de cumplimiento, Capítulo 5



Fuente: Elaboración en base a resultados Anexo II

Capítulo 5, Liderazgo, en el cual se evidencia un resultado en el cumplimiento 50 %, atribuyendo este porcentaje a la institución ya que muestra un direccionamiento estratégico con respecto a la institución hacia una visión de mejora y calidad en la institución, no obstante, se menciona que se posee el porcentaje de incumplimiento de un 33%, debido a que no existe la evidencia de compromiso con la dirección ya que no está implementado el Sistema de Gestión de la Calidad por lo cual no hay responsabilidad al compromiso a un cumplimiento a una política de calidad, tampoco una promoción al enfoque basado en procesos y al pensamiento basado en riesgos .

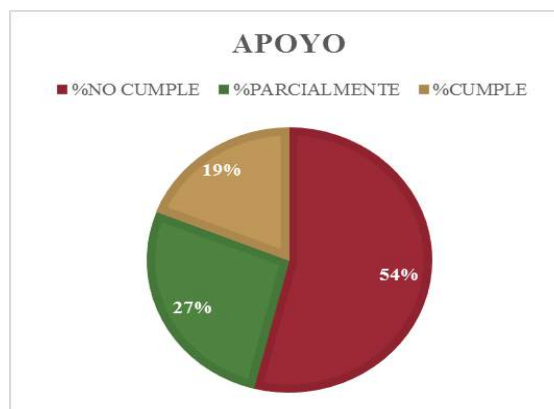
Ilustración 4-4: Grado de cumplimiento, Capítulo 6



Fuente: Elaboración en base a resultados Anexo II

Capítulo 6, Planificación, el grado de cumplimiento para él es de un 33% ya que la organización define sus objetivos que están alineados a la calidad y un porcentaje de incumplimiento del 11% debido a que la institución no determina riesgos y oportunidades para su SGC.

Ilustración 4-5: Grado de cumplimiento, Capítulo 7

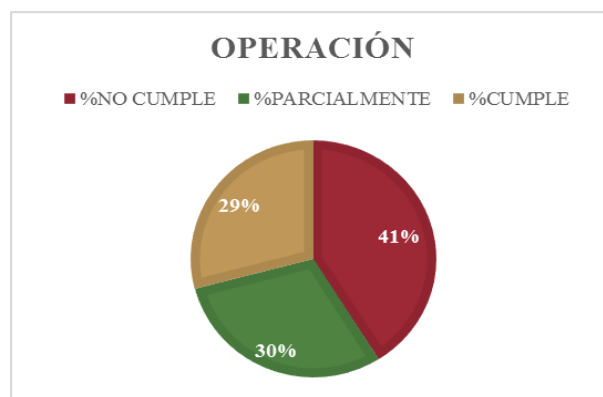


Fuente: Elaboración en base a resultados Anexo II

Capítulo 7, Apoyo, el grado de cumplimiento es de 19%, ya que la institución tiene plasmada la documentación de su equipamiento y herramientas con la respectiva conformidad, así mismo, define los conocimientos necesarios que se requieren para ejecutar sus procesos no obstante el porcentaje de no cumplimiento en este capítulo es del 54% ya que al no tener definido su Sistema de Gestión de la Calidad la institución no

tiene determinado el control de cambios, directrices para la elaboración de los documentos, las personas necesarias para la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad tampoco la capacitación para la toma de conciencia así mismo no cuenta con la información documentada de las especificaciones de los equipos, así como el de su mantenimiento , tampoco cuenta con los procesos necesarios para la comunicación con el personal.

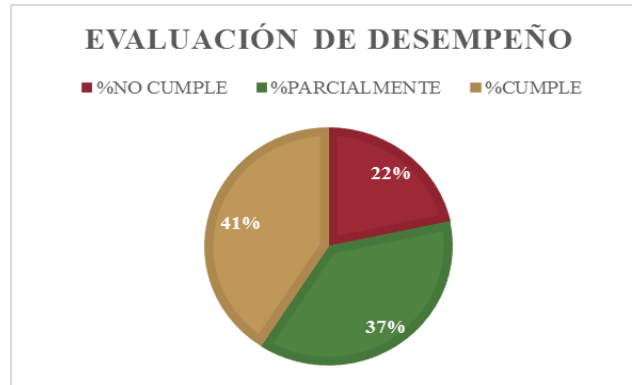
Ilustración 4-6: Grado de cumplimiento, Capítulo 8



Fuente: Elaboración en base a resultados Anexo II

Capítulo 8, Operación, se tiene 29% de cumplimiento ya que se tiene identificado los requisitos del servicio, así mismo, estos son controlados para cumplir sus requisitos, CEPIES conoce y lleva el control de las compras, el grado de no cumplimiento de este capítulo es del 41% esto se atribuye principalmente a que no existen procesos de comunicación con el cliente, procesos para demostrar el cumplimiento en cuanto a diseño y desarrollo del servicio, la institución no cuenta con el control de cambios y se ausenta en la identificación de las posibles salidas no conformes.

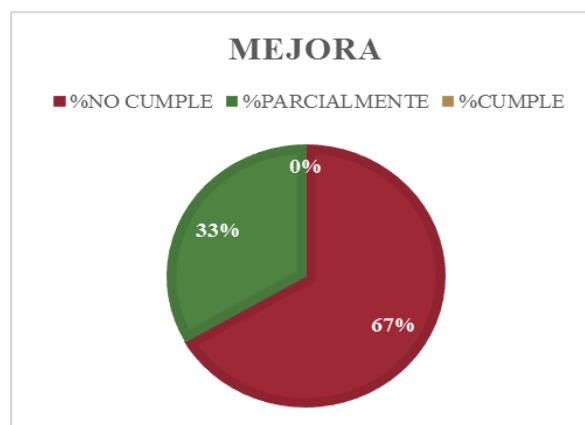
Ilustración 4-7: Grado de cumplimiento, Capítulo 9



Fuente: Elaboración en base a resultados Anexo II

Capítulo 9, Evaluación del desempeño, se tiene 22% de no cumplimiento el cual es debido a que ya que la institución no lleva un SGC no lleva un seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño, no cuenta con mecanismos que lleven a una auditoría interna o una revisión por la dirección para su SGC, a pesar de ello la institución administra el seguimiento en cuanto a registros y procesos cuatrimestralmente, también, tiene la evaluación para la satisfacción del cliente con el cual lleva un seguimiento a través de calificación de infraestructura y de personal docente con el cual presenta un cumplimiento del 41% en este capítulo.

Ilustración 4-8: Grado de cumplimiento Capítulo 10 Mejora



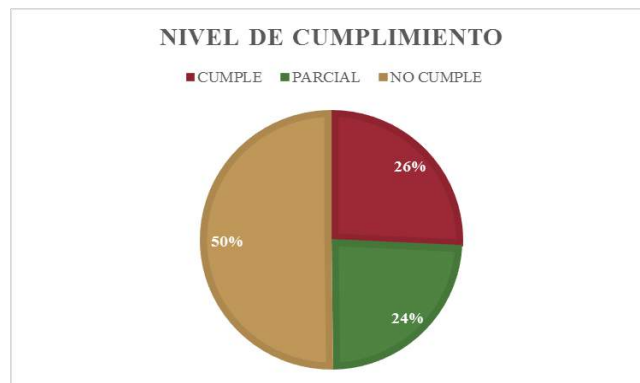
Fuente: Elaboración en base a resultados Anexo II

Finalizando, en el *Capítulo 10 Mejora* se tiene 0% de cumplimiento debido a que la institución, no cuenta con SGC que permita poder contar la mejorar no se tiene el plan

de acción para este sistema es así que se tiene un 67 % de incumplimiento y un porcentaje del 33% de parcial cumplimiento debido a que se cuenta con el plan de mejora estratégico que es concorde a una mejora continua de la institución.

A partir de la herramienta de diagnóstico, mediante la encuesta Anexo I: Encuesta diagnóstica respecto a la NB ISO 9001:2015 se elaboró el análisis de la situación actual. A continuación, se detalla el nivel de cumplimiento y la evaluación total en CEPIES tenemos según la Ilustración 4-9:

Ilustración 4-9: Grafico del nivel de cumplimiento del SGC en el CEPIES



Fuente: Elaboración propia en base a Anexo II

Del presente análisis se pudo realizar el diagnóstico con respecto a la norma ISO 9001:2015 con un porcentaje considerable de incumplimiento, con lo cual se ratifica iniciar el trabajo en un SGC para la institución.

Luego de los resultados de la evaluación inicial, se pudo establecer que la institución cuenta con algunos procesos establecidos, sin embargo, se presenta debilidades en el establecimiento de los objetivos de la institución.

4.3. Análisis FODA

El análisis FODA consistirá en el análisis de factores internos y externos para el CEPIES.



4.3.1. Análisis Interno (Fortalezas-Debilidades)

4.3.1.1. Fortalezas

- ✓ Cooperación internacional.
- ✓ Perfeccionamiento continuo.
- ✓ Flexibilidad en los horarios de estudio.
- ✓ Exige mayor perfeccionamiento del docente y competitividad.
- ✓ Participación de plantel docente en proyectos de investigación.
- ✓ Disponibilidad de auditorios para seminarios, foros y demás.
- ✓ Fomenta la autonomía en el alumno para que aprendan por el mismo.
- ✓ Uso creciente de Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC's), al servicio de la formación de los estudiantes.
- ✓ Disponibilidad de recursos bibliográficos físicos.
- ✓ Asignación de becas académicas.
- ✓ Prestigio Institucional a nivel nacional.
- ✓ Brinda módulos de los programas académicos con profesionales internacionales de forma virtuales.

4.3.1.2. Debilidades

- ✓ Falta de estabilidad en el personal.
- ✓ Insuficiente número de docentes con formación de PhD.
- ✓ Insuficiente planta docente tiempo completo.
- ✓ Escasa práctica de la investigación en la formación y desarrollo del entorno.
- ✓ Infraestructura tecnológica con ciertas limitaciones.
- ✓ Deterioro paulatino de las áreas.
- ✓ La burocracia de las universidades limita los cambios y actualización dinámica de planes de estudio.
- ✓ Aulas y auditorios de limitado tamaño, que hacen menor el número de participantes.
- ✓ Infraestructuras no aptas para la formación del profesional de nivel superior.



- ✓ Resistencia al cambio.

4.3.2. Análisis Externo (Oportunidades-Amenazas)

4.3.2.1. Oportunidades

- ✓ Alta demanda de postulantes.
- ✓ Crecimiento de la búsqueda de formación en educación superior.
- ✓ Financiamiento público de los proyectos de investigación.
- ✓ Integrar nuevos modelos educativos.
- ✓ Becas para investigación.
- ✓ Actualización del personal Docente.
- ✓ Es accesible a cualquier profesional que desee especializarse.
- ✓ Expansión a nivel internacional.

4.3.2.2. Amenazas

- ✓ Reducción en la entrega de recursos económicos por Vicerrectorado.
- ✓ Ruptura entre el sistema educativo y la demanda laboral.
- ✓ Deserción estudiantil.
- ✓ Huelgas y paros.
- ✓ Inflación económica.
- ✓ Exceso de burocracia administrativa por parte de la administración Central de la Universidad.



5. CAPÍTULO V: DISEÑO DE SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

En los siguientes apartados del presente, capítulo se describen actividades y tareas de cada una de las etapas que conformaran del diseño del Sistema de Gestión de la Calidad en CEPIES.

5.1. Alcance del Sistema de Gestión de Calidad

Mediante la aplicación de la NB ISO 9001:2015, CEPIES persigue establecer los requisitos para que su Sistema de Gestión de la Calidad demuestre la capacidad de proporcionar servicios satisfagan a los expectativas del cliente, a través de la aplicación eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad. Estos requisitos serán aplicados en CEPIES excepto el *numeral 7.1.5. Recursos de seguimiento y medición de la norma ISO 9001:2015*, puesto que para garantizar la prestación del servicio no se requieren equipos que requieran calibración.

El alcance del Sistema de Gestión de la Calidad aquí desarrollado se aplica a las actividades realizadas en las instalaciones centrales situadas en la ciudad de La Paz:

- Av. 16 de Julio No. 1490, Edificio Avenida Piso 6 y
- Calle Fernando Guachalla N° 680

En CEPIES se desarrolla programas a nivel de diplomado, maestría y doctorado en educación superior en el cual se centra en la actualización permanente del docente e investigador; así mismo realiza funciones administrativas relacionadas con actividades de ingreso, permanencia, egreso de los estudiantes, así también se realizan trámites administrativos que apoyan a la formación y al desarrollo institucional.

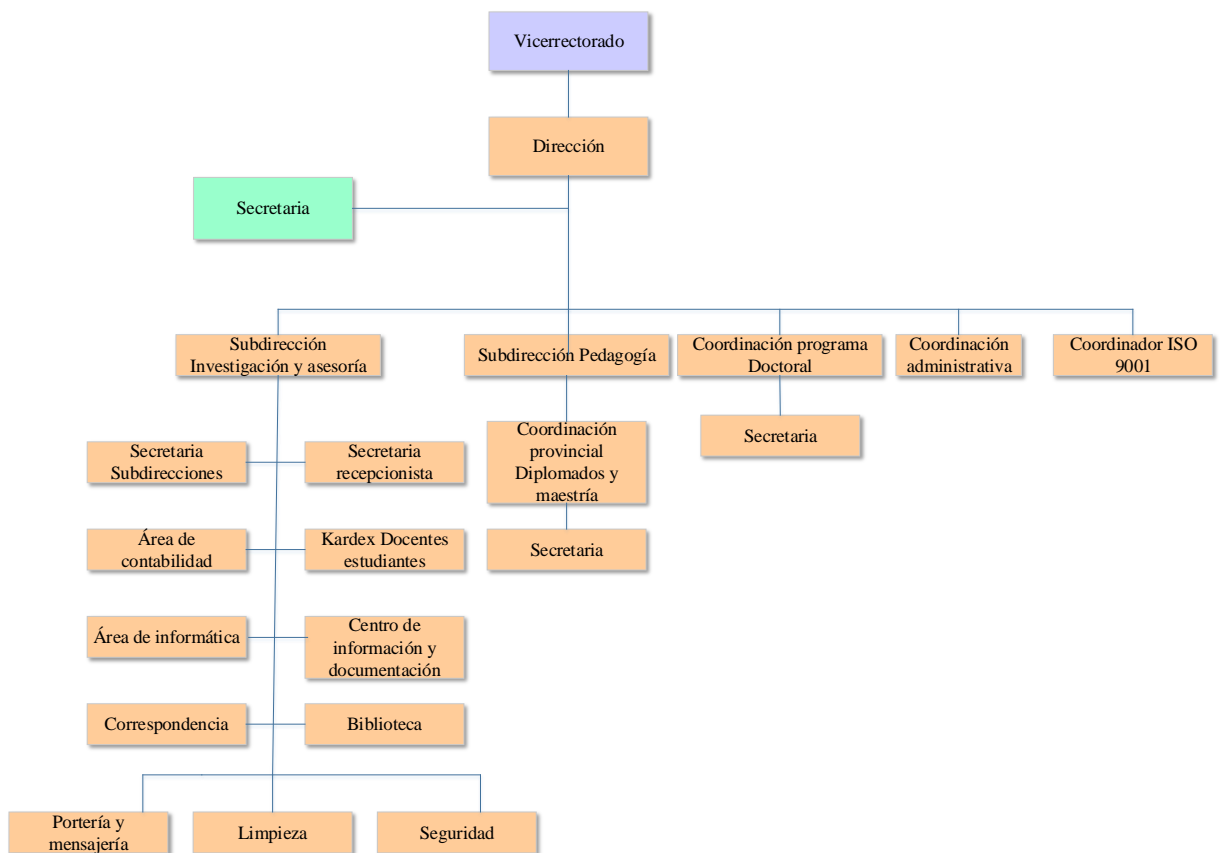
5.2. Creación del Comité de Calidad

Para poder contar con un mejor manejo del diseño del Sistema de Gestión de la Calidad para CEPIES se define al comité de calidad, se tomará en cuenta el organigrama de la institución para tener definido al equipo de trabajo con el cual se determinan las



responsabilidades del personal en la institución, para que pueda ser bien ejecutada en el Sistema de Gestión de la Calidad en cuanto a sus roles y responsabilidades.

Ilustración 5-1: Organigrama institucional



Fuente: Elaborado según documento constitutivo CEPIES HCU N° 176/1994

En el Cuadro 5-1 se puede visualizar las responsabilidades del comité de calidad del SGC de la institución, el cual está conformado por la alta dirección, coordinador ISO 9001, sub dirección de investigación y asesoría, subdirección pedagógica y coordinación de programa doctoral quienes son responsables en mantener la información documentada actualizada y concorde a requerimientos de la institución.



Cuadro 5-1: Equipo de trabajo

Responsable	Función
Alta dirección	<p>Mostrar liderazgo, compromiso, responsabilidad, rendir cuentas en la compatibilidad de políticas y objetivos de calidad.</p> <p>Promover el pensamiento en procesos y pensamiento basado en riesgos</p> <p>Asegurar la disponibilidad de recursos, comunicando la importancia, asegurándose en alcanzar a lograr los resultados y contribuir promoviendo la eficacia y mejora.</p>
Coordinador ISO 9001	<p>Ejecutar y supervisar todo el proceso de documentación, implantación y certificación del SGC.</p> <p>Coordinar las acciones y/o actividades para garantizar la eficacia del SGC.</p>
Sub dirección de investigación y asesoría	<p>Asegurar la conservación y disposición de los registros.</p> <p>Colaborar en la difusión y concientización acerca de la necesidad del cumplimiento del SGC para el área respectiva.</p>
Subdirección pedagógica	
Coordinación programa doctoral	

Fuente: Elaboración propia en base a Ilustración 5-1

La responsabilidad de llevar a cabo los requisitos de la norma con respecto a requerimientos ya sea del manual de calidad, registros, información documento y procedimiento de aseguramiento de la calidad que pueden ser identificadas tabla 5-1.



Cuadro 5-2: Responsabilidad según Norma ISO 9001:2015

Responsable	Nombre del procedimiento u información documentada
Alta dirección	Política de calidad, objetivos de calidad, Procedimiento contexto de la organización, Procedimiento para la revisión del sistema por la dirección
Coordinador ISO 9001	Procedimiento para la Evaluación del riesgo, servicios no conformes y acciones correctivas. Procedimiento para el control de la documentación del sistema. Procedimiento de satisfacción del cliente. Procedimiento de realización de auditorías internas.
Dirección ejecutiva (Sub dirección de investigación y asesoría, Subdirección pedagógica, Coordinación programa doctoral)	Procedimiento de selección y contratación del personal. Procedimiento de capacitación y formación del personal. Procedimiento de comunicación y concientización del personal. Procedimiento de mantenimiento de instalaciones.

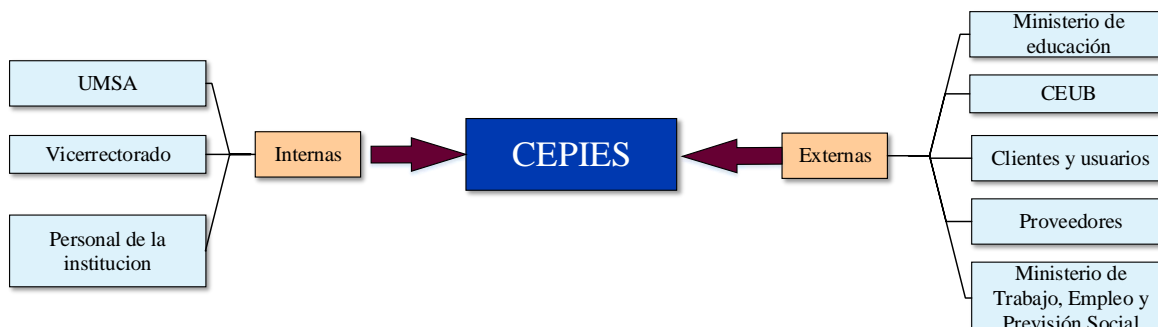
Fuente: Elaboración propia en base a Ilustración 5-1

5.3. Identificación de las necesidades de las partes interesadas

Para la institución es primordial el aseguramiento del cumplimiento de los requerimientos de todas las partes interesadas pertinentes, para el análisis se deben identificar cada una de ellas para poder evaluar su participación y propósito con la institución las cuales se observan en la Ilustración 5-2.



Ilustración 5-2: Partes interesadas de la institución



Fuente: Elaboración propia en base a información de la institución

Para el cumplimiento y seguimiento de estos factores CEPIES debe determinar:

- ✓ Las partes interesadas que son pertinentes al Sistema de Gestión de la Calidad.
- ✓ Los requisitos pertinentes de estas partes interesadas para el Sistema de Gestión de la Calidad.
 - a) Necesidades y expectativas de las partes interesadas internas

Se desarrolla el análisis de este punto en el Cuadro 5-3.

Cuadro 5-3: Especificaciones de las partes interesadas internas del CEPIES

Parte interesada	Necesidades y expectativas
UMSA	Cumplimiento de los reglamentos
Vicerrectorado	Cumplimiento de la planificación de la institución
Académicos plantel docente	Buen clima laboral
Administrativos (Personal de la institución)	Herramientas y recursos necesarios Capacitación

Fuente: Elaboración propia en base a Ilustración 5-2

- b) Necesidades y expectativas de las partes interesadas externas

Se desarrolla el análisis de este punto en el Cuadro 5-4 con respecto a CEPIES en el cual la institución adapta la entrega del servicio con respecto a estas necesidades

Cuadro 5-4: Partes interesadas

Parte interesada	Necesidades y expectativas
Ministerio de Educación	Cumplir con la legislación y normas aplicables
CEUB	Asegurar la formación idónea en los estudiantes Cumplimiento de los Estatutos
Clientes-usuarios	Orden y aseo de la institución Atención oportuna del personal Agilidad en el servicio Mejor infraestructura física Trato cordial y ágil Docentes calificados Seguridad de la documentación Programas académicos pertinentes Espacio para la investigación Cumplimiento de tiempos de trámite Información fiable de ofertas Acceso para personas con capacidades especiales
Sociedad	Promoción Transparencia
Sector público y privado	Firmas de convenio Vinculación Intercambios redes y congresos
Proveedores	Contar con facilidad de requerimiento
Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social	Cumplir con la Ley General de Trabajo y normas aplicables

Fuente: Elaboración propia en base a visitas a la institución

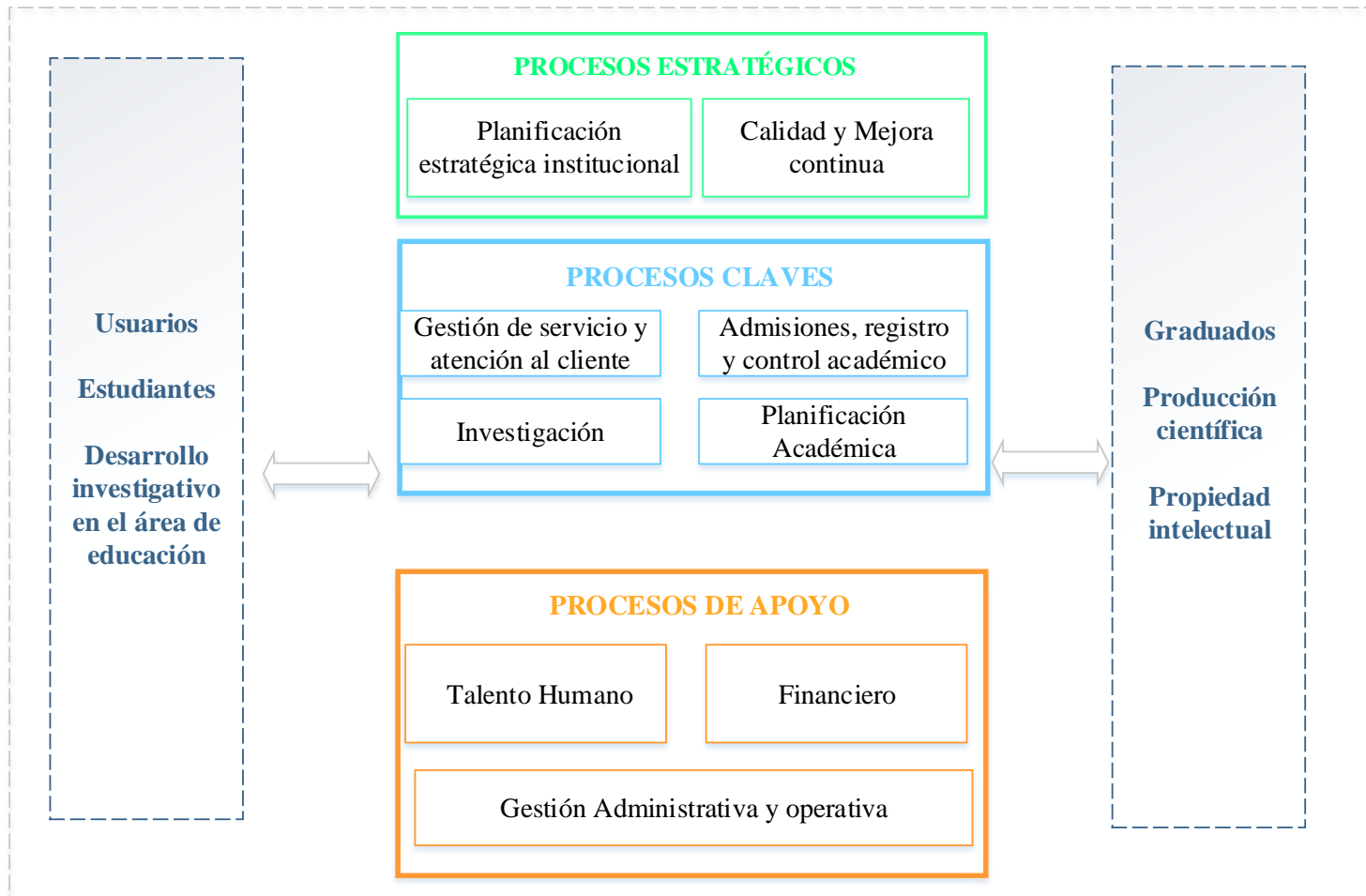
5.4. Diseño y desarrollo de procesos

La institución ha identificado todos sus procesos que se involucran con respecto al Sistema de Gestión de la Calidad y esta es reflejada a través de una representación gráfica en el mapa de procesos Ilustración 5-3 en la cual se evidencia las interrelaciones que permite adecuar las necesidades de las partes interesadas con respecto a sus necesidades.

El mapa de procesos de CEPIES podemos ver la intervención de los procesos de la institución para cumplir con las necesidades de las partes interesadas.



Ilustración 5-3: Mapa de Procesos del CEPIES



Fuente: Elaboración propia en base a información recolectada



5.5. Definición de política y objetivos

La política de calidad de la institución representa el compromiso con respecto a la calidad del servicio y los objetivos de calidad son los retos que se plantea la institución con respecto a dicha política. Es por ello que se ha llevado a realizar el análisis para la creación de la política en CEPIES según Anexo III: Matriz Juran se tiene definido la política de calidad CEPIES por:

CEPIES está comprometida en proporcionar servicios de calidad que contemplen docentes calificados, trato cordial, atención oportuna y agilidad del personal asegurando la formación idónea en los estudiantes con programas académicos pertinentes a través de la mejora continua de sus procesos y comprometida al cumplimiento de los requisitos y una mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad.

La Dirección es la responsable de establecer los principios, marcar y revisar los objetivos en materia de Calidad y garantizar los recursos necesarios para conseguirlos, así como el compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad.

Para el Sistema de Gestión de la Calidad de CEPIES se definen los objetivos de calidad los mismos contribuyen a la elaboración de los indicadores de calidad los que se registran como información documentada en el Anexo VII Información documentada del Sistema de Gestión de Calidad:

Planificación estratégica institucional

- ✓ Aumentar la cantidad de alumnos postulantes a los programas
- ✓ Aumentar los recursos financieros
- ✓ Optimizar el manejo de los recursos
- ✓ Determinar los recursos humanos, pedagógicos, didácticos y de infraestructura necesarios para la implementación de estrategias que permitan lograr las metas de la institución.
- ✓ Mejorar la toma de decisiones
- ✓ Incrementar y mejorar el desarrollo de los programas académicos
- ✓ Fortalecer vinculaciones, alianzas y convenios



- ✓ Implementar Tecnologías de Información y Comunicación en funciones Docentes y Administrativas
- ✓ Sistematizar los procesos críticos

Calidad y Mejora continúa

- ✓ Mejorar la calidad de Profesionales Egresados
- ✓ Incrementar la calidad del servicio educacional
- ✓ Realización de auditorías internas

Gestión de servicio y atención al cliente

- ✓ Incrementar la calidad del servicio administrativo

Admisiones, registro y control académico

- ✓ Mejorar el control y monitoreo de admisiones

Investigación

- ✓ Incentivar en la participación en investigación

Planificación académica

- ✓ Fortalecer la eficiencia y compromiso del cuerpo docente

Talento Humano

- ✓ Mejorar las competencias del recurso humano
- ✓ Mejorar motivación del personal

Financiero

- ✓ Establecer el crecimiento sostenible y la competitividad institucional en la consolidación financiera.

Gestión Administrativa y operativa

- ✓ Mejorar las instalaciones
- ✓ Mejorar y adquirir equipos

5.6. Documentación

La Norma ISO 9001:2015 establece como documentos obligatorios del SGC, los siguientes:

- ✓ Alcance del Sistema
- ✓ Operación de los Procesos



- ✓ Política de Calidad
- ✓ Objetivos de la Calidad
- ✓ Información documentada requerida y determinada como necesaria

5.6.1. Control de documentación

Con la finalidad de hacer eficaz y eficiente el SGC en su cumplimiento y funcionamiento, todos los documentos deben ser controlados al mismo tiempo, se tiene estructurado para el uso correcto de la documentación, el procedimiento para el control de la documentación 101-PAC-02, la misma ayudará a manejar la documentación estableciendo una uniformidad y orden en el SGC.

Como parte del manejo de la información que permita a CEPIES organizar la información y facilitar su búsqueda en un futuro, los mismos que serán necesarios para poder cumplir con los requisitos de la norma (Ver Anexo IV de Listado maestro de documentos 101-LM-01).

5.6.2. Manual de calidad

Para poder manejar de modo ordenado a los requerimientos de la norma se ha elaborado el manual (Ver Anexo V Manual de calidad CEPIES 101-MDC-01) este documento asegura el control de los factores que influyen a la calidad, el mismo es creado con el objetivo de representar la estructura, contexto, procesos, actividades, responsables, control y mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de la Calidad de CEPIES. En el Manual se define el Sistema de Gestión de la calidad de CEPIES y su área de aplicación, abarca: La Política de Calidad, los objetivos, la organización y su entorno, las responsabilidades, la identificación de los procesos claves y sus interrelaciones, el cual está orientado a la satisfacción de los estudiantes, usuarios y partes interesadas.

5.6.3. Procedimientos de Aseguramiento de la Calidad

En los procedimientos de Aseguramiento de la Calidad se definen los métodos de actuación para realizar correctamente todas las actividades que afectan directamente a la Calidad del servicio entregado por CEPIES.

5.6.4. Información documentada

Información documentada que les permitirán evidenciar el sistema de forma objetiva, la realización de las actividades que se consideran determinantes, ya que se considera necesario dejar constancia de los datos, resultados o responsabilidades y por este motivo que han de ser conservados, protegidos, revisados y ser fácilmente recuperables.

5.6.5. Evidencia del Sistema de Gestión de la Calidad

Se da el establecimiento de la evidencia de la documentación y parámetros que se abordan en CEPIES, en el cuadro 5-5 se muestran los diferentes documentos que se han elaborado y se tiene en la institución con respecto a la NB/ISO 9001:2015.

Cuadro 5-5 Evidencia del SGC

Capítulo	Responsabilidad	Evidencia
4.Contexto de la organización		
4.1.Comprensión de la organización y su contexto	Alta dirección Procesos del alcance del SGC	FODA Procedimiento contexto de la organización 101-PAC-03 (Ver Anexo VI Procedimiento del SGC)
4.2.Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas		Manual de calidad en su (Ver en el Anexo I)
4.3.Alcance del SGC	Alta dirección y Coordinador ISO 9001	Ver en el Anexo V Manual de Calidad página 5
4.4.SGC y sus procesos	Coordinador ISO 9001	Manual de calidad en su Apartado II (Ver Anexo V Manual de Calidad)
5.Liderazgo		
5.1.Liderazgo y compromiso	Alta dirección Procesos del alcance del SGC	Planes y programas de estudio Marco normativo institucional Procedimiento para la revisión del sistema por la dirección 101-PAC-05 (Ver Anexo VI Procedimiento del SGC)
5.2.Política de Calidad	Responsable del SGC Todos procesos del alcance del SGC	Política de calidad 101-ID-02(Ver Anexo VII Información Documentada)

Fuente: Elaboración propia en base a NB/ISO 9001:2015

Cuadro 5 5 Evidencia del SGC (Continuación)

Capítulo	Responsabilidad	Evidencia
5.3. Roles, responsabilidades y autoridades	Responsables de áreas	Organigrama de la institución (Ver Anexo VII Información Documentada)
6. Planificación		
6.1. Acciones para abordar Riesgos y Oportunidades	Responsables de áreas	Procedimiento de gestión para la evaluación del riesgo, servicios no conformes y acciones correctivas 101-PAC-02 Matriz de no conformidad 101-ID-06 (Ver Anexo VI procedimientos del SGC)
6.2. Objetivos	Coordinador ISO 9001 Todos procesos del alcance del SGC	Objetivos de calidad 101-ID-01 (Ver Anexo VII Información Documentada) Procedimiento de elaboración de los objetivos e indicadores 101-PAC-01 (Ver Anexo VI procedimientos del SGC)
6.3. Planificación de los cambios	Responsable de SGC	Procedimiento para el control de la documentación del sistema 101-PAC-03 (Ver Anexo VI procedimientos del SGC)
7. Soporte		
7.1. Recursos	Coordinación administrativa	Procedimiento contratación del personal 102-PAC-07 (Ver Anexo VI procedimientos del SGC)
	Coordinación administrativa	Procedimiento de mantenimiento de instalaciones 102-PAC-04 (Ver Anexo VI procedimientos del SGC)
	Coordinación administrativa	Salones, oficinas, espacios comunes seguros y libres de riesgos

Fuente: Elaboración propia en base a NB/ISO 9001:2015

Cuadro 5 5 Evidencia del SGC (Continuación)

Capítulo	Responsabilidad	Evidencia
7.2.Competencia	Coordinación administrativa	Información documentada del Personal administrativo Personal académico véase también: Procedimiento de funciones y requerimientos de los puestos de trabajo 102-PAC-01 Procedimiento de capacitación y formación del personal 102-PAC-02
7.3.Toma de conciencia	Coordinación administrativa	Información documentada Evaluación del desempeño del personal
7.4.Comunicacion	Todos los procesos del SGC	Tecnologías de información Procedimiento de comunicación y concienciación del personal 102-PAC-03 Intranet
7.5.Informacion documentada	Responsable del SGC Todos los procesos del SGC	Procedimiento para el control de la documentación del sistema 101-PAC-04 Lista maestra de documentos 101-LM-01(Ver Anexo IV Listado Maestro de documentos)
8.Operacion		
8.1.Planificación y control operacional	Todos	Planes de control operación
8.2.Requisitos para los servicios	Todos	Procedimiento de satisfacción del cliente 101-PAC-05 Procedimiento de mantenimiento instalaciones 102-PAC-04 (Ver Anexo VI procedimientos del SGC) Formulario de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones 101-ID-05

Fuente: Elaboración propia en base a NB/ISO 9001:2015

Cuadro 5 5 Evidencia del SGC (Continuación)

Capítulo	Responsabilidad	Evidencia
8.2.Requisitos para los servicios	Todos	Formato de apertura de programa académico 101-ID-07 Planilla de registro de correspondencia 101-ID-06 (Ver Anexo VII Información Documentada del SGC) Atención personalizada Programa de tutorías Programas de seguimiento y atención Marco normativo institucional
8.3.Diseño y desarrollo de servicios		Procedimiento para el diseño de programas (Ver Anexo VI procedimientos del SGC)
8.4 Control de los procesos, servicios suministrados externamente		Procesos de adquisiciones y adjudicaciones Institucionales Solicitud de adquisición (Ver Anexo VI procedimientos del SGC)
8.5 Producción y prestación del servicio		Plan Operativo de las Subdirecciones véase también: Procedimiento pago de docentes 102-PAC-05 Procedimiento contratación de docentes 102-PAC-06 Procedimiento de recepción y despacho de correspondencia 102-PAC-08 Procedimiento préstamo libro biblioteca 102-PAC-09 Procedimiento de apertura de programas 102-PAC-10
8.6 Liberación de los servicios		Procedimiento de gestión para la evaluación del riesgo, servicios no conformes y acciones correctivas 101-PAC-02
8.7 Control de las salidas no conformes		Control de salidas no conformes

Fuente: Elaboración propia en base a NB/ISO 9001:2015

Cuadro 5 5 Evidencia del SGC (Continuación)

Capítulo	Responsabilidad	Evidencia
9.Evaluación del desempeño		
9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación		Registro de seguimiento y medición del proceso Evaluación semestral del desempeño docente Encuestas de evaluación del servicio
9.2. Auditoria interna	Audidores Internos Coordinador ISO 9001 Alta dirección Comité de calidad	Procedimiento de realización de auditorías internas 101-PAC-06 (Ver Anexo VI procedimientos del SGC)
9.3 Revisión por la dirección	Alta dirección	Revisión del SGC por la alta dirección
10.Mejora		
10.1 Generalidades	Alta dirección	Plan de control operacional
10.2. No conformidad y acción correctiva	Alta dirección	Control de salidas no conformes
10.3. Mejora continua	Alta dirección	Mejora Continua

Fuente: Elaboración propia en base a NB/ISO 9001:2015

5.7. Formación general y específica

Es necesario que la formación y las funciones del personal estén correctamente identificadas y establecidas, para que en la puesta en marcha del SGC, los niveles de errores sean mínimos y funcionen correctamente. De esta forma, tener una facilidad de adecuación y direccionamiento al cumplimiento de la política y objetivos de calidad, es necesario que todo el personal sea participe y protagonista del sistema, asociar a sus ideas hacia la mejora del sistema, es por ello que se tiene definido un grupo de personas claves para la formación del sistema para que éstos formen a su respectivo personal a cargo, con lo que se pretende comprometer al personal con el desarrollo del SGC, así



también se necesita que el personal esté realizando sus funciones concorde sus funciones respectivas.

Cuadro 5-6: Actividades de formación

Etapa	Actividades	Descripción	Responsable
Formación general y específica	Capacitación de sensibilización de la ISO 9001:2015	Todo el personal de la institución debe estar informado de las acciones que se llevarán a cabo, de los objetivos marcados, los beneficios que se alcanzaran y tener en cuenta que se deberá tomar una cultura de calidad en todas las funciones que desarrollen.	Responsable del SGC
	Formación específica	Realización de retroalimentación de las actividades propias que desarrolla el personal.	Responsable en respectivas áreas

Fuente: Realización propia en base a requerimiento de la institución

5.8. Implantación del SGC

En esta etapa se deberá realizar la aplicación del SGC y poner en práctica el llenado de la documentación generada tomando conciencia de los indicadores de calidad.

Cuadro 5-7: Actividades de implantación del SGC

Etapa	Actividades	Descripción	Responsable
Compromiso	La dirección debe informar a toda la organización acerca de la calidad.	Mediante la colocación de carteles informativos donde se plasme la política de la calidad y los objetivos de la calidad	Alta dirección

Fuente: Realización propia en base a requerimiento de la institución



Cuadro 5 7: Actividades de implantación del SGC (Continuación)

Etapa	Actividades	Descripción	Responsable
Implementación de SGC	Asegurarse que están conformados los procesos tal cual el diseño realizado.	Explicar de primera mano todas aquellas dudas que vayan surgiendo en el día a día y cómo funcionan los documentos creados. Verificación de que cada proceso, éste concorde a las actividades de la institución	Responsable del SGC
	Garantizar los recursos necesarios para la realización de las actividades.	Verificación de recursos necesarios para llevar acorde a las necesidades de cada área.	Responsable del SGC y Responsable de áreas
	Poner en práctica la documentación y registros establecidos para cada uno de los procesos establecidos previamente en el diseño.	Llevar a cabo la aplicación de la documentación.	Alta dirección y responsable del SGC
	Seguimiento del desarrollo de la implementación	Verificar que las actividades ejecuten acorde a lo planificado	Responsable del SGC

Fuente: Realización propia en base a requerimiento de la institución

5.9. Auditorías internas

Para contar con la determinación del resultado del SGC y verificar que se cumplen con todos los puntos y requisitos de la norma se realizarán las auditorías internas.

Cuadro 5-8: Actividades para la auditoría interna

Etapa	Actividades	Descripción	Responsable
Supervisión y control	Planificación de la auditoría interna	Seguimiento	Auditor líder
	Elaboración de informe de auditoría	Revisión	Auditor líder

Fuente: Realización propia en base a requerimiento de la institución

5.10. Supervisión y control

A partir de los resultados de las auditorías y de las revisiones por la alta dirección, se deben realizar las acciones establecidas y corregir las no conformidades.

5.10.1. Ajuste del sistema

Con el resultado de las auditorías se deben realizar los ajustes necesarios tanto en lo escrito como en las actuaciones. Se revisará y analizará los hallazgos presentados en la auditoría con el fin de realizar un plan de acción.

Cuadro 5-9: Actividades de supervisión y control

Etapa	Actividades	Descripción	Responsable
Supervisión y control	Revisar disconformidad llevada en la auditoría	Verificación del cumplimiento y desempeño en la ejecución de SGC	Responsable SGC y responsables de los procesos
	Revisión de la documentación del SGC	Realizar la revisión con respecto a las disconformidades de la auditoría	Responsable SGC y responsables de los procesos
	Corregir las no conformidades	Realizar las correcciones	Responsable SGC y responsables de los procesos

Fuente: Realización propia en base a requerimiento de la institución

5.10.2. Auditoría externa

Es conveniente para asegurar la certificación contratar una persona especialista para que pueda evaluar la eficacia del sistema implantado y proponer mejora con el cual el sistema esté en marcha y no se presente mayores inconvenientes en la etapa de auditorías y ajuste.

Cuadro 5-10: Auditoría externa

Etapa	Actividades	Descripción	Responsable
Auditoría externa	Ejecución de la auditoría	Contratación a un evaluador externo antes de iniciar la certificación	Auditor externo

Fuente: Realización propia en base a requerimiento de la institución



5.11. Certificación

Una vez ya preparado el sistema se puede optar por la certificación del Sistema de Gestión de la Calidad al organismo suscriptor, en el siguiente cuadro se verifica las actividades correspondientes.

Cuadro 5-11: Actividades de certificación

Etapa	Actividades	Descripción	Responsable
Certificación	Solicitar cotizaciones	Realizar la valoración para la certificación en diferentes entes certificadores con el fin de analizar distintas propuestas.	Responsable del SGC
	Contratar al ente certificador	Realizar el contrato con el ente certificador	Responsable del SGC

Fuente: Realización propia en base a requerimiento de la institución

5.12. Mejora

Para que el CEPIES mantenga su SGC de manera eficiente y aproveche el valor agregado que este sistema le genera, al menos debe realizar las siguientes tareas:

Cuadro 5-12: Actividades de mejora

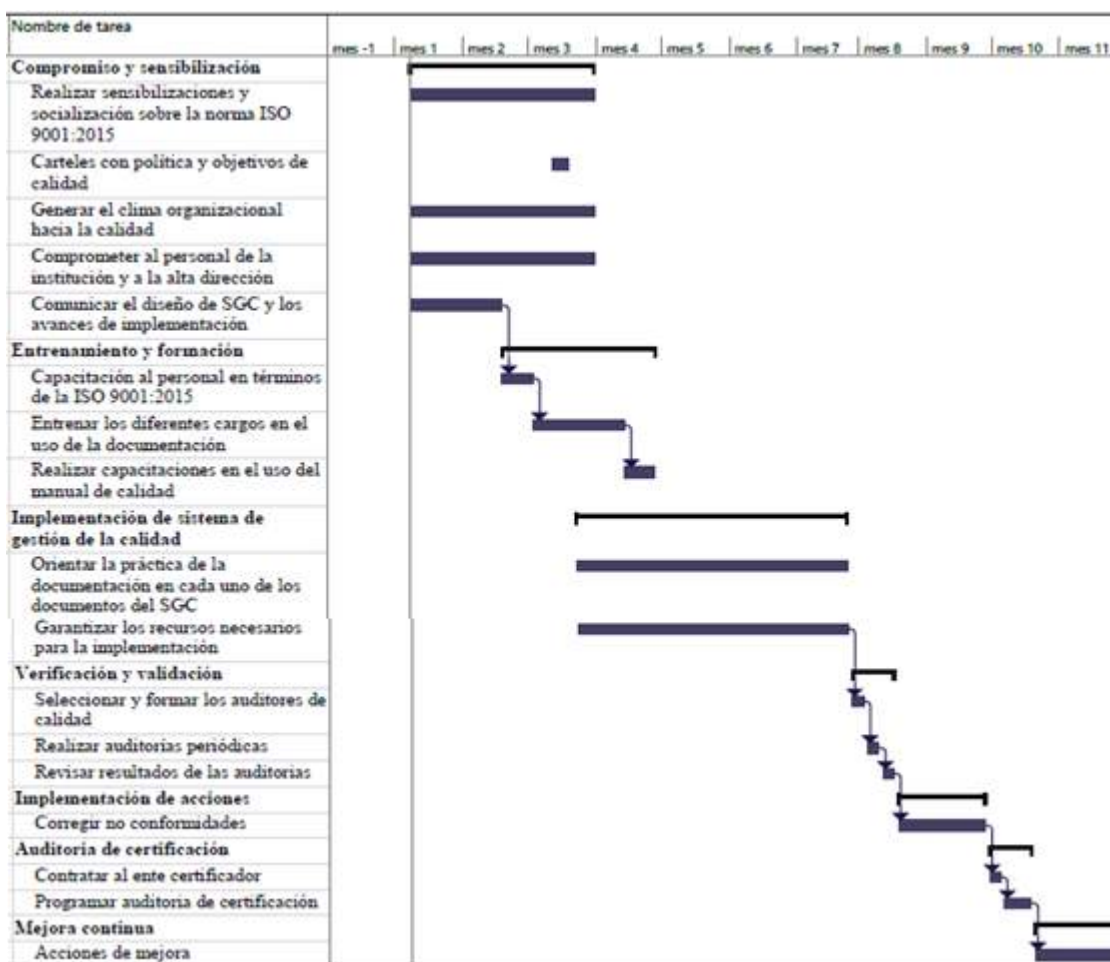
Etapa	Actividades	Descripción	Responsable
Mejora	Evaluar, supervisar y controlar los indicadores establecidos	Verificación de los logros alcanzados en cada uno de los indicadores con respecto a las metas	Responsable de Indicador
	Cronograma puesta en marcha	Verificación del desarrollo de actividades planificadas para el SGC	Coordinador ISO 9001
	Realizar auditoría periódica	Coordinación de la realización de la auditoría	Coordinador ISO 9001

Fuente: Elaboración propia en base a requerimiento de la institución

5.13. Cronograma de actividades para la realización del SGC

Para el diseño del Sistema de Gestión de la Calidad se elabora un cronograma en el cual se llevará a cabo las actividades desde su inicio.

Ilustración 5-4: Cronograma de actividades



Fuente: Elaboración propia en base al SGC



6. CAPÍTULO VI: EVALUACIÓN ECONÓMICA FINANCIERA

El presente capítulo muestra la evaluación económica y técnica para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, respaldando el hecho de que las decisiones de inversión deben responder un estudio previo de ventajas y desventajas asociadas a la inversión. El mismo se llevará a cabo a través del análisis cualitativo, cuantitativo y de sensibilidad, sobre los costos e ingresos generados por el sistema.

6.1. Análisis de costos

6.1.1. Costo de implementación del proyecto

Constituyen todos los costos necesarios en los que incurrirá la institución para el cumplimiento de los requisitos de la norma para iniciación del SGC tenemos:

a) Costo del diseño del proyecto

Este costo es atribuido por el diseño de SGC, esto incluye a la generación del manual de calidad, información documentada y diseño de documentación.

$$\text{Costo por consultoría de SGC} = 600 \text{ Bs/día}^2$$

Este costo incluye:

- ✓ Análisis general de la institución
- ✓ Evaluación inicial del SGC
- ✓ Diseño de SGC

En el siguiente cuadro 6-1, se aprecia el pago a consultoría por el diseño del Sistema de Gestión de la Calidad.

² Para determinar el costo por consultoría se tomó el valor tomado por el Instituto de Gestión Empresarial y Comercio Internacional (IGECCI)

**Cuadro 6-1: Pago a consultoría del diseño**

Actividades	Duración (días)	Costo diario Individual (Bs)
Análisis general de la institución	5	3 000
Evaluación inicial del SGC	5	3 000
Diseño de SGC	25	15 000
Total	35	21 000

Fuente: Elaborado según información proporcionada por IGECI

b) Costos de capacitación

Están constituidas principalmente por el costo de las horas hombre a invertir en la participación del personal en las sensibilizaciones y capacitaciones de la implementación y dar a conocer la estructura general del SGC al personal de la institución, los costos son presentados en el cuadro 6-2.

Costos de capacitación = Costo consultor /horas de capacitación por persona + Costo de oportunidad hora hombre por capacitación

El costo de capacitación por la consultora es de:

$$\text{Costo por capacitación} = 250 \text{ Bs/h}^3$$

Cuadro 6-2: Contenido de las capacitaciones para la ISO 9001:2015

Nº	Capacitación	Tiempo de duración (h)	Costo Parcial (Bs)
C1	Directrices para la aplicación de la norma ISO 9001:2015	2	500
C2	Auditorias e indicadores del SGC	4	1 000
C3	Inducción Sistema de Gestión de la Calidad	2	500
C4	Requisitos de la norma ISO 9001:2015	2	500
C5	Manual y documentos del Sistema de Gestión de la Calidad	3	750
Total		13	3 250

Fuente: Elaborado en base a datos proporcionados por IGECI

³ Para determinar el costo de capacitación se tomó el valor suministrado por IGECI

El costo por capacitación el cual se calcula en base al contenido y tiempo invertido es de 7000 Bs este importe será totalmente financiado por el CEPIES.

c) Costo de oportunidad

La participación de los empleados en la capacitación tiene un impacto económico, esto se debe por el costo de horas hombre hábiles invertidas esto indica las horas de capacitación, en las cuales los participantes no desarrollan las funciones correspondientes a su puesto de trabajo.

Se tomará en cuenta a considerarse las capacitaciones en horario hora hábil y no hábil por ejemplo 6:00pm-7:00 pm. -7:00pm-8:00 pm.

Cuadro 6-3: Costo de oportunidad por capacitación

Puesto	C1		C2		C3		C4		C5		Parcial (Bs)
	h	Bs	h	Bs	h	Bs	h	Bs	h	Bs	
Vicerrector	1	80	3	80	2	80	1	80	3	80	800
Director	1	70	3	70	2	70	1	70	3	70	700
Coordinador de estudios postgrado	1	60	3	60	2	60	1	60	3	60	600
Procudoria	1	60	3	60	2	60	1	60	3	60	600
Area Desconcentrada	1	70	3	70	2	70	1	70	3	70	700
Coordinador de estudios Doctorado	1	60	3	60	2	60	1	60	3	60	600
Asistente Administrativo	1	30	3	30	2	30	1	30	3	30	300
Kardex	1	40	3	40	2	40	1	40	3	40	400
Sistemas	1	40	3	40	2	40	1	40	3	40	400
Biblioteca	1	40	3	40	2	40	1	40	3	40	400
Total											5 500

Fuente: Elaborado en base Cuadro 6-2

De acuerdo al cuadro 6-3 tenemos un costo de oportunidad de Bs 5 500, por un total de 20 horas de capacitación.

Finalmente obtenemos el total por el costo de capacitación de autoridades y personal administrativo del CEPIES.

**Cuadro 6-4: Costo por capacitación**

Detalle	Desembolso (Bs)
Costo de Capacitación	3 250
Costo de Oportunidad	5 500
Total	8 750

Fuente: Elaborado en base a Cuadro 6-2 y 6-3

d) Costo de documentación

Los costos de documentación incluyen costo por el cual se incurre desde el diseño hasta la asignación de responsabilidades, así como en la creación de copias que serán distribuidas en el cuadro 6-5.

Cuadro 6-5: Costo de documentación

Detalle	Cantidad (u)	Costo unitario (Bs)	Costo total (Bs)
Documentación inicial	200	0,1	20
Copias de documento	10	20	200
Conjunto de norma ISO 9001:2015 ⁴	3	169	507
Total			707

Fuente: Elaborado según a recolección de información.

Costo asociado a la documentación y forma un costo de oportunidad reside en el tiempo en la revisión de la documentación generada al SGC.

⁴ Valor suministrado por IBNORCA

Cuadro 6-6: Costo de oportunidad generada a partir de la revisión del SGC

Cargo	Tiempo requerido (h)	Número de personas	Costo hora hombre	Costo Parcial (Bs)
Alta dirección	50	1	70	3 500
Área de postgrado	30	1	60	1 800
Área administrativa	30	1	30	900
Área Financiera	30	1	40	1 200
Total				7 400

Fuente: Elaborado según a Cuadro 6-3

e) *Resumen Costo de implementación***Cuadro 6-7: Costos de implementación**

Detalle	Costo (Bs)
Diseño del sistema	21 000
Capacitaciones	8 750
Costo de documentación	707
Costo de oportunidad por revisión del SGC	7 400
Total	37857

Fuente: Elaborado según Cuadro 6-1,6-4,6-5 y 6-6

6.1.2. Costo de operación

a) Costos de la certificación

Cuadro 6-8: Costo de certificación

Detalle	Costo (Bs)
Pago al organismo certificador	20 000
Otros	500
Total	20 500

Fuente: Elaborado según a datos proporcionados por IBNORCA



b) Costos de mantenimiento de la certificación

Cuadro 6-9: Costos mantenimiento de la certificación

Concepto	Costo (Bs)
Organismo certificado auditoría de seguimiento	10 000
Gastos en comunicación con el organismo de certificación	200
Total	10 200

Fuente: Elaboración en base a datos recolectados

c) Costos de operación

Costo de formularios del sistema

Este costo se refiere a la impresión y copias necesarias de los documentos que necesitarán el Sistema de Gestión de la Calidad en cuanto esté en operación.

Cuadro 6-10: Costo de documentación

Detalle	Cantidad por año (u)	Costo unitario (Bs)	Costo Parcial (Bs)
Revisión del SGC por la alta dirección	30	0,2	6
Matriz de riesgos	30	0,2	6
Evaluación del desempeño del personal	100	0,2	20
Registro de seguimiento y medición del proceso	30	0,2	6
Evaluación semestral del desempeño docente	500	0,2	100
Encuestas de evaluación del servicio	200	0,2	40

Fuente: Elaboración propia en base a datos recopilados

Cuadro 6-10: Costo de documentación (Continuación)

Detalle	Cantidad por año (u)	Costo unitario (Bs)	Costo Parcial (Bs)
Control de salidas no conformes	100	0,2	20
Actas de aprobación	100	0,2	20
Registro de capacitaciones	60	0,2	12
Registro de evaluación de los cursos de formación	60	0,2	12
Formulario de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones	30	0,2	6
Total			70

Fuente: Elaboración propia en base a datos recopilados

El coste en documentación del Sistema de Gestión de la Calidad que debe hacerse para la implementación es de Bs 248.

Costo planilla para el departamento de calidad

Para determinar el costo por sueldos y salarios se tomó en cuenta el aguinaldo.

Cuadro 6-11: Costo de sueldos y salarios

Puesto	Salario Mensual	Salario Anual
Coordinador ISO 9001	3 500	49 000

Fuente: Elaboración propia en base a información recopilada

El costo generado para la puesta en marcha del Sistema de Gestión de la Calidad es de Bs 56 000 el mismo que es necesario para esta puesta en marcha.

En el Cuadro 6-12 se muestra el costo por operación al implementar de Sistema de Gestión de la Calidad en el CEPIES.

**Cuadro 6-12: Costo de operación**

Concepto	Costo Anual (Bs)
Costo de certificación	20 500
Costo mantenimiento certificación	10 200
Costo documentación	70
Costo planilla para el departamento de calidad	49 000
Total	79770

Fuente: Elaborado según Cuadro 6-11,6-10,6-9 y 6-8

Estos costos de operación son los que se consideran para la evaluación Beneficio Costo del Sistema de Gestión de la Calidad.

6.2. Cálculo de beneficios

Para el cálculo de beneficios se tienen en cuenta los resultados del diagnóstico y los indicadores presentados para medir el SGC, en este sentido, y teniendo en cuenta que, los resultados evidenciaron la necesidad de llevar un control de los procesos mediante la documentación con el cual será manejado el diseño del SGC, se espera aumentar la satisfacción de los clientes, lo que indica igualmente un aumento de los mismos en una proporción del 5%, esto equivale a un aumento porcentual del 5% en las ventas comparado con las ventas del año anterior.

Las principales fuentes de ingresos para la institución son las ventas por concepto de prestación de servicio de los programas de formación.

Cuadro 6-13: Variables de análisis

Detalle	Valor
Incremento en ventas	5%
Ventas reportadas durante el año 2016	404 300
Egreso Funcionamiento	80 900
Gastos administrativos	60 644

Fuente: Elaborada según a datos proporcionados

6.3. Flujo de caja

La importancia del Flujo de Caja según el Cuadro 6-14 es que éste permite conocer la liquidez de la institución, es decir, conocer con cuánto dinero en efectivo se cuenta, de modo que, con dicha información poder tomar decisiones tales como:

- ✓ Si tenemos un excedente de dinero suficiente como para poder invertirlo, por ejemplo, al adquirir nuevo equipamiento.
- ✓ Si es necesario aumentar el efectivo disponible, por ejemplo, para una eventual oportunidad de inversión.

Para el cálculo del flujo de caja de la inversión del proyecto, se tomaron en cuenta, los datos presentado en el numeral anterior: una inversión inicial de Bs. 117 627 y unos beneficios de la propuesta con un aumento del 5% con respecto a los gastos y ventas del año inmediatamente anterior, los cuales se tomarán como los ingresos anuales generados con la implementación del SGC en la institución.

El flujo de caja que se presenta a continuación se realiza con una proyección para 5 años del proyecto, en el que se espera recuperar la inversión realizada en la implementación del SGC, se actualizaron de acuerdo con tasa de interés del crecimiento económico del país. De acuerdo con lo anterior se obtiene el cuadro 6-14:

Cuadro 6-14: Flujo de caja

Año	0	1	2	3	4	5
Ventas	0	646 880	513 663,15	683 685,65	1 000 984,16	1 612 09
Egreso	0					
Funcionamiento		4 245	5 136,45	6 836,61	10 009,481	16 120,38
Gastos administrativos	0	3 032,2	3 668,96	4 883,38	7 149,76	11 514,77
Proyecto SCG	117627	0	0	0	0	
Total egreso	117627	7 277,2	8 805,41	11 720	17 159,25	27 635,15
Flujo neto	-117627	639 602,8	504 857,74	671 965,64	983 824,90	1 584 459,85

Fuente: Elaboración en base a datos calculados

De acuerdo con lo anterior, el flujo de caja permite evidenciar que los ingresos proyectados para el proyecto son suficientes para recuperar la inversión inicial y tener un flujo de caja positivo.

6.4. Análisis Beneficio Costo

La relación costo beneficio muestra la cantidad de dinero actualizado que recibirá el proyecto por cada unidad monetaria invertida. Se determina dividiendo los ingresos brutos actualizados (beneficios) entre los costos actualizados más la inversión.

Cuadro 6-15: Valores para el cálculo del Beneficio/Costo

Valor Actual Ingresos	131 436,47
Inversión	117 627
VA Costos + Inversión	119 155,51

Fuente: Elaboración en base a datos calculados

El indicador financiero que arroja el proyecto es:

$$B/C = 1,04$$

6.5. Indicadores financieros

Los indicadores financieros se refieren al cálculo de VAN y TIR de acuerdo con el flujo de caja presentado anteriormente. El valor actual neto presenta unas características especiales que lo hacen adecuado para la comparación de alternativa.

Los indicadores financieros que arroja el proyecto son:

Cuadro 6-16: VAN y TIR

VAN	Bs 249 396,26
TIR	14,15%

Fuente: Elaboración en base a datos calculados

De acuerdo con el cuadro presentado, el proyecto es rentable en lo que se refiere a la inversión económica a realizar, dado que tiene un VAN positivo y una TIR del 14.15%



7. CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

- ✓ Se realizó un diagnóstico inicial que permitió conocer el estado actual de cumplimiento de cada uno de los requisitos contemplados dentro de la norma NB/ISO 9001:2015, donde se logró identificar la inconformidad de los clientes, siendo lo más relevante la atención brindada por el personal en la institución .
El diagnostico dejó ver que existen fallas de cumplimiento de la norma ISO 9001:2015, del 50% por falta de cumplimiento, del cumplimiento el 26% y del 24% por parcialidad en el mismo.
El resultado de incumplimiento arrojado en el diagnóstico demuestra la necesidad que tiene la institución en mejorar sus niveles de servicio en cada uno de sus procesos con el único objetivo de ofrecer a sus clientes un servicio de educación de calidad.
- ✓ Se desarrollaron los requisitos requeridos por la norma ISO 9001:2015 cumpliendo con la documentación necesaria en un 100%, permitió establecer la política de calidad, mapa de procesos y un manual de calidad.
- ✓ Se identificaron los procesos y procedimiento desarrollados en CEPIES, Por lo que se hizo necesario el desarrollo de los formatos específicos para cada proceso, lo que permitió establecer la forma de cómo se debe procesar la información y la documentación necesaria y exigida por la ISO 9001:2015.
- ✓ Se realizó el análisis beneficio costo, permite observar que para la implementación del SGC, se requiere una inversión de Bs 117 627, costo que se recuperará por el incremento de ventas, dado que los problemas que generaban inconformidad y pérdida de clientes, se corrigen y pasan a estar en un proceso de mejora continua, generando beneficios en los egresos a lo largo de los próximos 5 años de acuerdo a los cálculos realizados y presentados.



7.2. Recomendaciones

- ✓ El presente trabajo incluye el Manual de Calidad, donde se describe la forma en que se pueden cumplir los requerimientos de la Norma, pero está dispuesto a ejecución por parte del CEPIES, para lo cual se hace necesario seleccionar un grupo de trabajo y un responsable de las siguientes actividades:
 - Completar la documentación de los procesos, debido a que el alcance del trabajo comprende los procesos clave y los mandatarios de la Norma ISO 9001:2015.
 - Garantizar junto con la alta dirección el cumplimiento de los requisitos y de los procedimientos citados.
 - Garantizar con la alta dirección la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y gestionar el proceso de Certificación.
 - Llevar a cabo procesos de sensibilización a todos los socios en relación a la Calidad, el compromiso, la Norma ISO 9001:2015, los requisitos, el Sistema de Gestión de la Calidad, los Manuales y el Mejoramiento continuo.
 - Llevar a cabo junto con la alta dirección una revisión continua de la Política, Objetivos e indicadores, porque pueden ser cambiados a medida de la situación en la cual se encuentre la institución.
 - Garantizar que se generen los registros necesarios y exigidos como parte de la información documentada que formara la evidencia de la gestión del sistema y se permita su seguimiento y evaluación.
- ✓ Finalmente, tenemos que decir que una aplicación de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en la Norma ISO 9001:2015 es conveniente para cualquier organización que quiera adaptarse a los nuevos tiempos y sacar el máximo beneficio.



BIBLIOGRAFÍA

- Burckhardat, L., Gisbert, S., & Perez, M. (2016). *Estrategia y desarrollo de una guía de implantación de la norma iso 9001:2015*. España: Area de innovación y desarrollo S.R.L.
- González Rodríguez, R., & González González, A. (2008). *Diseño de un sistema de gestión de la calidad con un enfoque de ingeniería de la calidad*. La Habana: Instituto Superior Politécnico José Antonio Echeverría.
- Hernandez Medrano, G. (28 de Agosto de 2016). *Calidad y ADR*. Obtenido de La ISO 9001:2015 punto por punto: Capítulo 4: <https://aprendiendocalidadyadr.com/iso-90012015-capitulo-4/>
- International Organization for Standardization. (2012). *Friendship among equals Recollections from ISO's first fifty years*. Obtenido de International Organization for Standardization: www.iso.org/iso/2012_friendship_among_equals.pdf
- ISO. (2011). *ISO 19011:2011 Directrices para la Auditoría de los Sistemas de Gestión*. Ginebra: Secretaría Central de ISO.
- ISO. (2015). *ISO 9001:2015 Fundamentos y Vocabulario*. Ginebra: Secretaría Central de ISO.
- ISO. (2015). *ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad - Requisitos*. Ginebra: Secretaría Central de ISO.
- ISO. (20 de Marzo de 2015). *Reaching milestone in standards innovations*. Obtenido de Annual report 2015: https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/about%20ISO/annual_reports/en/annual_report_2015.pdf
- Jaldin Alanez, D. C. (2015). *Diseño e Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad, Basado en la Norma ISO 9001:2008 Basado en la Norma ISO 9001:2008, Aplicado en la Empresa GOLDEN*. La Paz.
- López, L. (2016). *Cómo documentar un sistema de gestión de calidad según ISO 9001:2015*. España: Fundación Confemetal.
- Mendez, E. (2016). Impacto de proceso de certificación ISO 9001:2008 en los laboratorios del área mecánica y eléctrica. *ANFEI digital*, 1.



- Méndez, Espericueta, & Loredó. (4 de Enero de 2016). *Revista electrónica ANFEI digital*. Obtenido de Impacto de proceso de certificación ISO 9001:2008 en los laboratorios del área mecánica y eléctrica: <http://www.anfei.org.mx/revista/>
- Ortega Vargas, M. C., & Suarez Vazquez, M. G. (2009). *Manual de evaluación de la calidad del servicio*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Perez, P., & Múnera, F. (2007). *Reflexiones para implementar un sistema de gestión de calidad en cooperativas de economía solidaria*. Bogotá: Editorial Universidad Cooperativa de Colombia.
- Pulido, H. G. (2010). *Calidad total y productividad*. Mexico: McGraw-Hill Edición.
- Standardization, I. O. (1997). www.iso.org/iso/2012_friendship_among_equals.pdf.
- Tancara. (2005). *Los memes de la Educación Superior*. Bolivia: UMSA-CEPIES.
- Taormina, T. (1997). *ISO 9000 Liderazgo Virtual*. Mexico: Prentice-Hall.
- Terry. (2005). *Cómo medir la satisfacción del cliente según la ISO 9001:2000*. Madrid: FC Editorial.
- UTECO. (2016). *Reglamento de trabajo de Postgrado*. Republica Dominicana.
- Vega, L. d. (1994). *Estatutos, reglamentos y disposiciones universitarias*. La Paz: Facultad de medicina-UMSA.
- Villa, P. (2007). Reflexiones para implementar un sistema de gestión de calidad en cooperativas y empresas de economía solidaria. En F. N. Vásquez.

ANEXOS

Anexo I: Encuesta diagnóstica respecto a la NB ISO 9001:2015

Diagnóstico de la Situación del Sistema de Gestión de Calidad NB ISO 9001:2015							
Núm. ISO	REQUISITO	ENTREGABLE	E	NC	P	C	OBSERVACIONES
4	Contexto de la organización						
4.1.	Comprensión de la organización y de su contexto						
4.1.	La Institución determino el contexto externo e interno que afecta a la organización.	Procedimiento contexto de la organización (Análisis FODA)		X			Se tiene existente un análisis realizado al cual le falta su actualización.
4.1.	La Institución realiza el seguimiento y revisión de la información sobre las cuestiones externas e internas.	Procedimiento contexto de la organización (FODA)		X			
4.2.	Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas						
4.2.	La institución identifica las partes interesadas así como sus requisitos	Manual de calidad				X	La institución identifica a las partes interesadas.
4.2.	La institución realiza el seguimiento y revisión de la información sobre las partes interesadas	Procedimiento para el Control				X	La institución evalúa a las partes interesadas mediante el control de expectativa.
4.3.	Determinación del alcance del SGC						
4.3.	Se tiene Información documentada que describa el alcance del SGC y las exclusiones justificadas.	Información documentada		X			La institución no tiene definido el alcance para el SGC
4.4.	Sistema de Gestión de Calidad y sus procesos						
4.4.	La institución ha establecido e implementado un Sistema de Gestión de la Calidad	Manual de calidad		X			La institución tiene lineamientos hacia la calidad, aun no se tiene establecido el SGC
4.4.	Se tienen identificados los procesos para el Sistema de Gestión así como la fijación de indicadores de rendimiento de estos procesos.	Mapa de procesos e indicadores		X			

E=Excluyente NC=No Cumple P=Parcialmente C=Cumple

Diagnóstico de la Situación del Sistema de Gestión de Calidad NB ISO 9001:2015							
Núm. ISO	REQUISITO	ENTREGABLE	E	NC	P	C	OBSERVACIONES
4.4.	La institución mantiene y conserva la información documentada para el apoyo de sus procesos	Información documentada/Procedimiento para el control de la información documentada			X		Se tiene la información la cual no tiene un control de la información establecida
5.	Liderazgo						
5.1.	Liderazgo y compromiso						
5.1.	La alta dirección muestra liderazgo y compromiso con respecto al Sistema de Gestión de Calidad	Procedimiento de Comunicación y concientización del personal			X		
5.1.	La alta dirección muestra liderazgo y compromiso con respecto al enfoque al cliente	Manual de Calidad				X	Se tiene el liderazgo y compromiso de la alta dirección en su nivel ejecutivo y directivo.
5.2.	Política						
5.2.	Se tiene una política de calidad	Política de calidad		X			Se cuenta con el establecimiento del Plan Estratégico que no se alinea a la calidad.
5.2.	Existe una comunicación de la política de calidad de la institución	Procedimiento de Comunicación y concientización del personal		X			
5.3.	Roles, responsabilidades y autoridades en la organización						
5.3.	Se tienen definidos los niveles de autoridad y las responsabilidades que aseguren los requisitos pertinentes.	Procedimiento de Funciones y requerimientos de los puestos de trabajo				X	Se tienen definidos los niveles de autoridad
5.3.	La alta dirección se asegura que los procesos están generando y proporcionando un enfoque hacia el cliente según su Sistema de Gestión de Calidad.			X			

E=Excluyente NC=No Cumple P=Parcialmente C=Cumple

Diagnóstico de la Situación del Sistema de Gestión de Calidad NB ISO 9001:2015							
Núm. ISO	REQUISITO	ENTREGABLE	E	NC	P	C	OBSERVACIONES
6.	Planificación						
6.1	Acciones para abordar riesgos y oportunidades						
6.1.	Se determina los riesgos y oportunidades que afectan a la institución.	Procedimiento de gestión para la evaluación del riesgo			X		
6.1.	La institución planifica acciones para abordar estos riesgos y oportunidades.	Procedimiento de gestión para la evaluación del riesgo		X			
6.1.	La institución planifica la manera de evaluar estas acciones.	Procedimiento de gestión para la evaluación del riesgo		X			
6.2.	Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos						
6.2.	La institución establece sus objetivos de la calidad	Matriz de Objetivos de Calidad				X	La institución cuenta con objetivos que tienen alineamiento hacia la calidad
6.3.	Planificación de los cambios						
6.3.	Se realiza el seguimiento a la gestión del cambio para la mejora continua	Procedimiento para la gestión del cambio		X			
7.	Apoyo						
7.1.	Recursos						
7.1	La institución determina los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC	Manual de calidad		X			Se tiene apoyo por parte de la administración UMSA
7.1.	La organización determina las personas necesarias para la implantación del SGC	Manual de calidad		X			
7.1.	Se cuenta con un listado de los equipos con los que cuenta la institución y que inciden en la conformidad	Inventario de equipos				X	
7.1	Los equipos cuentan con la información documentada que describa las especificaciones técnicas del equipo.	Fichas Técnicas de equipos o Manuales del fabricante		X			

E=Excluyente NC=No Cumple P=Parcialmente C=Cumple

Diagnóstico de la Situación del Sistema de Gestión de Calidad NB ISO 9001:2015							
Núm. ISO	REQUISITO	ENTREGABLE	E	NC	P	C	OBSERVACIONES
7.1	Se han definido las frecuencias para realizar el mantenimiento de los equipos.	Programa de mantenimiento de equipos		X			
7.1.	Se han definido las actividades para realizar el mantenimiento del edificio.	Programa de mantenimiento de edificios		X			
7.1	Se cumple con los planes de mantenimiento definidos y se conservan registros de los mantenimientos realizados.	Registros de ejecución del mantenimiento		X			
7.1.	Se han identificado las condiciones del ambiente de trabajo que afectan la conformidad del servicio. Ej. Temperatura, Humedad, Aseo, Higiene, Ruido, Ergonomía, Condiciones ambientales necesarias para prestar el servicio: clases, espacios de cómputo, salas de lectura.	Condiciones de ambiente de trabajo que deben ser controladas identificadas mediante la Ley General de Trabajo			X		
7.1.	Se han definido los controles para el ambiente de trabajo que afecta la conformidad del servicio.	Controles para el ambiente de trabajo		X			
7.1.	Cumple con los requerimientos de calibración de los equipos.	Documentos y registros	X				La exclusión es para el punto 7.1.5. Recursos de seguimiento y medición no corresponde
7.1.	Los equipos de medición poseen ficha técnica y hoja de registros	Fichas Técnicas y Hojas de vida de equipos de medición	X				
7.1.	La institución determina los conocimientos necesarios para ejecutar sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios.	Estatutos y reglamentos				X	
7.2.	Competencia						
7.2.	Se ha determinado la competencia del personal que realiza trabajos que afectan a la calidad del servicio.	Manual de Perfil de Puestos			X		No se ha actualizado
7.2.	Se cumple con las normas establecidas en los documentos institucionales para la selección del personal	Manual de Perfil de Puestos				X	

E=Excluyente NC=No Cumple P=Parcialmente C=Cumple

Diagnóstico de la Situación del Sistema de Gestión de Calidad NB ISO 9001:2015							
Núm. ISO	REQUISITO	ENTREGABLE	E	NC	P	C	OBSERVACIONES
7.2.	Se cumple con la inducción del personal nuevo	Registros de inducción				X	
7.2.	Se mantienen registros que evidencien la educación, formación, habilidades y experiencia.	Registros soportes de competencia				X	
7.3.	Toma de conciencia						
7.3	Existe una metodología que permita identificar las necesidades de formación y suministrar la misma al personal del Sistema de Gestión de Calidad.	Plan de capacitación		X			
7.4.	Comunicación						
7.4	Se han establecido los procesos de comunicación entre los procesos.	Procedimiento de Comunicación		X			
7.5.	Información documentada						
7.5.	Aplica las directrices establecidas institucionalmente para elaborar los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad.	Documentos elaborados en los formatos institucionales		X			
7.5.	Aplica el procedimiento que ha establecido la institución para el control de documentos.	Procedimiento para el control de la documentación del sistema		X			
7.5.	Tienen un inventario de la documentación que se ha levantado para el Sistema de Gestión de la Calidad	Listado Maestro de Documentos del SGC		X			
7.5.	La información documentada es controlada, asegurándose que esté disponible cuando se necesite.	Procedimiento para el control de la documentación del sistema		X			
7.5.	La institución maneja actividades de distribución, acceso y uso de la información documentada.	Procedimiento para el control de la documentación del sistema		X			
7.5.	La institución para el control de la información maneja actividades de almacenamiento y preservación, control de cambios, conservación y disposición.	Procedimiento para el control de la documentación del sistema		X			

E=Excluyente NC=No Cumple P=Parcialmente C=Cumple

Diagnóstico de la Situación del Sistema de Gestión de Calidad NB ISO 9001:2015							
Núm. ISO	REQUISITO	ENTREGABLE	E	NC	P	C	OBSERVACIONES
8	Operación						
8.1.	Planificación y control operacional						
8.1.	Se han determinado los requisitos del servicio. La institución planifica, implementa y controla los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de servicios y para implementar las acciones.	Características del servicio				X	
8.2.	Requisitos para los productos y servicios						
8.2.	Se han establecido los procesos de comunicación con el cliente relacionados con la información sobre el servicio.	Documentos que contengan información específica sobre el servicio ofrecido (Página web, catálogos, etc.).		X			
8.2.	Se han establecido los procesos de comunicación con el usuario durante la prestación del servicio.	Procedimiento de relación con el cliente			X		Se tiene una comunicación no obstante esta no es la mejor ya que tiene falencias
8.2.	Se cumple con las disposiciones institucionales definidas para el manejo y tratamiento de quejas y reclamos.	Procedimiento de relación con el cliente			X		Se recibe la calificación de la conformidad de los usuarios
8.2.	Tienen metodologías para gestionar admisión de estudiantes y políticas claras de admisión.	Procedimiento de relación con el cliente				X	
8.2.	La institución se asegura de la creación de información documentada y divulgación cuando se realice cambios en los requisitos para los servicios.	Procedimiento de relación con el cliente		X			
8.3.	Diseño y desarrollo de los productos y servicios						
8.3.	La institución establece, implementa y mantiene procesos de diseño y desarrollo adecuado para asegurarse de la provisión de productos y servicios	Procedimiento institucional gestión de los programas académicos			X		

E=Excluyente NC=No Cumple P=Parcialmente C=Cumple

Diagnóstico de la Situación del Sistema de Gestión de Calidad NB ISO 9001:2015							
Núm. ISO	REQUISITO	ENTREGABLE	E	NC	P	C	OBSERVACIONES
8.3.	La institución conserva información documentada sobre los cambios del diseño y desarrollo, resultados de las revisiones, la autorización de los cambios y las acciones tomadas para prevenir impactos adversos	Registros		X			
8.3.	La institución asegura las salidas de diseño y desarrollo, cumplen con los requisitos de entradas, son adecuadas para los procesos posteriores, incluyen o referencian requisitos de seguimiento y medición y especifican las características de los servicios.	Registros		X			
8.3.	La institución identifica, revisa y controla los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios, o posteriormente asegurándose de que no haya un impacto adverso en la conformidad de requisitos.	Registros		X			
8.4.	Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente						
8.4.	Conoce y aplica el Manual de Contratación Institucional y los procedimientos de compras institucionales.	Conocimiento del procedimiento institucional				X	
8.4.	Si realiza compras descentralizadas, éstas se ajustan a los requisitos definidos en el nivel central.	Registros de evaluación de proveedores, de órdenes de compra, contratos, etc.				X	Se hace compras mediante POA de compras menores y mayores
8.4.	Se verifican los productos y servicios comprados.	Registros de verificación del cumplimiento de especificaciones de las compras				X	
8.5.	Producción y provisión del servicio						
8.5	Se cumple con lo establecido de acuerdo con el Mapa de Procesos.	Documentos misionales revisados		X			
8.5	Se tienen identificados los servicios que ofrece la institución a sus usuarios.	Caracterización de usuarios				X	

E=Excluyente NC=No Cumple P=Parcialmente C=Cumple

Diagnóstico de la Situación del Sistema de Gestión de Calidad NB ISO 9001:2015							
Núm. ISO	REQUISITO	ENTREGABLE	E	NC	P	C	OBSERVACIONES
8.5	Se cuenta con procedimientos que describan las actividades específicas que se realizan durante la prestación del servicio de formación e investigación	Procedimientos de formación e investigación		X			
8.5	Los procesos de prestación de servicio cuentan con los equipos apropiados y los equipos de seguimiento y medición necesarios.	Verificación de la adecuación de equipos			X		
8.5	Se tienen establecidos e implementados controles durante la prestación de los servicios para asegurar que se cumplirán los requisitos	Controles definidos y documentados en los documentos de los procesos			X		Se realiza la evaluación tanto de docentes como de las instalaciones.
8.5	Se identifican los productos o servicios	Método de identificación del producto o servicio				X	
8.5	Se tiene una metodología que identifique la información de enlace y/o la ruta para la trazabilidad.	Método de trazabilidad				X	Se tiene el seguimiento de los usuarios mediante la web.
8.5	Tienen identificados que elementos suministra el cliente o usuario para la prestación del servicio.	Documentos donde se encuentren establecidas las actividades para el manejo de la propiedad del cliente			X		
8.5	Durante la prestación del servicio se utilizan productos que puedan deteriorarse y afectar la conformidad del servicio.	Documentos donde se encuentren establecidas las actividades para la preservación de los productos.			X		
8.6	Liberación de los productos y servicios						
8.6.	Existe un procedimiento de Diseño y Desarrollo de servicios, en el cual están contempladas las herramientas para prevenir la salida de servicios	Procedimiento de desarrollo del servicio		X			

E=Excluyente NC=No Cumple P=Parcialmente C=Cumple

Diagnóstico de la Situación del Sistema de Gestión de Calidad NB ISO 9001:2015							
Núm. ISO	REQUISITO	ENTREGABLE	E	NC	P	C	OBSERVACIONES
8.7.	Control de las salidas no conformes						
8.7.	Conoce y aplica el procedimiento para el control del servicio no conforme.	Procedimiento de Servicio No Conforme Institucional entendido y aplicado /Registros de Servicio No Conforme				X	
8.7.	Se tienen identificadas las posibles no conformidades relacionadas con los servicios misionales del SGC	Tabla de posibles no conformidades		X			
9.	Evaluación de desempeño						
9.1.	Seguimiento, medición, análisis y evaluación						
9.1.	Se tienen definidos métodos para hacer seguimiento en los procesos de la institución	Registros de actividades de seguimiento del proceso (Actas de reuniones, comités, etc.)				X	Se realiza cuatrimestralmente.
9.1.	Se realiza seguimiento y análisis a los indicadores para medir la eficacia de los procesos del SGC.	Informe de indicadores		X			
9.1.	Tienen metodologías para la evaluación y seguimiento de la prestación del servicio.	Informe de indicadores relacionados con el servicio				X	
9.1.	Se realiza seguimiento a la satisfacción del cliente o usuario.	Encuesta de medición de la satisfacción de usuario				X	
9.1.	Se realiza seguimiento a la satisfacción del usuario a través de las encuestas semestrales de evaluación del curso y docente.	Informe de encuestas de satisfacción de usuarios				X	
9.1.	El análisis de datos se aplica a la satisfacción del cliente.	Informes de análisis de datos del proceso				X	
9.1.	El análisis de datos se aplica a la conformidad del servicio.	Informes de análisis de datos del proceso		X			
9.1.	El análisis de datos se aplica a los proveedores.	Informes de análisis de datos del proceso			X		

E=Excluyente NC=No Cumple P=Parcialmente C=Cumple

Diagnóstico de la Situación del Sistema de Gestión de Calidad NB ISO 9001:2015							
Núm. ISO	REQUISITO	ENTREGABLE	E	NC	P	C	OBSERVACIONES
9.2	Auditoría interna						
9.2.	Se ha elaborado un programa de auditorías internas de calidad para el SGC de la institución	Programa de Auditorías internas del SGC de la institución		X			Se tiene auditorías realizadas por la UMSA
9.3.	Revisión por la dirección						
9.3.	Se ha realizado la Revisión del SGC por parte de la dirección considerando las entradas y salidas.	Actas de Revisión por la alta dirección		X			
9.3.	El análisis de datos se aplica a la satisfacción del cliente.	Informes de análisis de datos del proceso				X	
9.3.	El análisis de datos se aplica a la conformidad del servicio.	Informes de análisis de datos del proceso		X			
9.3.	El análisis de datos se aplica a las características de los procesos.	Informes de análisis de datos del proceso				X	
9.3.	El análisis de datos se aplica a los proveedores.	Informes de análisis de datos del proceso				X	
10.	Mejora						
10.1.	La institución determina y selecciona las oportunidades de mejora, e implementan cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos con los clientes y aumentar la satisfacción del cliente.	Plan de Mejoramiento		X			
10.2.	La institución reacciona ante una no conformidad tomando acciones para controlarla y corregirla y haciendo frente a sus consecuencias.	Plan de Mejoramiento		X			
10.3.	Se cuenta con un Plan de Mejoramiento para el año formulado por la Dirección	Plan de Mejoramiento			X		
10.3.	La institución mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad	Registros de acciones			X		

Anexo II: Resumen de los resultados de la encuesta diagnóstico

Núm. ISO	REQUISITO	EXCLUSION	CUMPLE	% CUMPLE	NO CUMPLE	%NO CUMPLE	PARCIALMENTE	%PARCIALMENTE
4	Contexto de la organización							
4.1.	Comprensión de la organización y de su contexto		0	0%	2	100%	0	0%
4.2.	Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas		2	100%	0	0%	0	0%
4.3.	Determinación del alcance del SGC		0	0%	1	100%	0	0%
4.4.	Sistema de Gestión de Calidad y sus procesos		0	0%	2	67%	1	33%
5.	Liderazgo							
5.1.	Liderazgo y compromiso		1	50%	0	0%	1	50%
5.2.	Política		0	0%	2	100%	0	0%
5.3.	Roles, responsabilidades y autoridades en la organización		1	50%	1	50%	0	0%
6.	Planificación							
6.1.	Acciones para abordar riesgos y oportunidades		0	0%	2	67%	1	33%
6.2.	Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos		1	100%	0	0%	0	0%
6.3.	Planificación de los cambios		0	0%	1	100%	0	0%
7.	Apoyo							
7.1.	Recursos	2	2	20%	7	70%	1	10%
7.2.	Competencia		3	75%	0	0%	1	25%
7.3.	Toma de conciencia		0	0%	0	0%	1	100%
7.4.	Comunicación		0	0%	1	100%	0	0%
7.5.	Información documentada		0	0%	6	100%	0	0%
8	Operación							
8.1.	Planificación y control operacional		0	0%	0	0%	1	100%
8.2.	Requisitos para los productos y servicios		1	20%	2	40%	2	40%

Núm . ISO	REQUISITO	EXCLUSION	CUMPLE	%CUMPLE	NO CUMPLE	%NO CUMPLE	PARCIALMENTE	%PARCIALMENTE
8.3.	Diseño y desarrollo de los productos y servicios		0	0%	3	75%	1	25%
8.4.	Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente		3	100 %	0	0%	0	0%
8.5.	Producción y provisión del servicio		3	33%	2	22%	4	44%
8.6.	Liberación de los productos y servicios		0	0%	1	100%	0	0%
8.7.	Control de las salidas no conformes		1	50%	1	50%	0	0%
9.	Evaluación del desempeño							
9.1.	Seguimiento, medición, análisis y evaluación		5	63%	2	25%	1	13%
9.2.	Auditoria interna		0	0%	0	0%	1	100%
9.3.	Revisión por la dirección		3	60%	2	40%	0	0%
10.	Mejora							
10.1.	Generalidades		0	0%	1	100%	0	0%
10.2.	No conformidad y acción correctiva		0	0%	1	100%	0	0%
10.3.	Mejora continua		0	0%	0	0%	2	100%
TOTAL		2	40	26	26	40	50	18

Anexo III: Matriz Juran

Planificación de la calidad en el CEPIES		Expectativas de las partes interesadas y metas de la organización							Total	
		Importancia relativa	Agilidad en el servicio	Mejor Infraestructura Física	Atención del personal oportuna	Cumplimiento de tiempos de trámite	Trato cordial y ágil	Información fiable de ofertas		Definición de normativa y reglamentación
			3	7	4	6	5	1		2
Expectativas necesidades y requisitos legales y del cliente	Docentes calificados	6	18	42	120	36	90	6	36	348
	Programas académicos pertinentes	5	15	35	60	30	75	25	30	270
	Espacio para la investigación	1	9	21	12	6	5	1	2	56
	Orden y aseo de la institución	3	27	63	36	54	45	9	6	240
	Seguridad de la documentación	2	18	14	24	36	30	6	4	132
	Asegurar la formación idónea en los estudiantes	4	36	28	48	72	60	20	24	288
Suma total			123	203	300	234	305	67	102	1334

Relación directa:5

Relación media :3

Relación baja:1

Expectativas de las partes interesadas y metas de la organización	Valor obtenido
Trato cordial y ágil	305
Atención del personal oportuna	300
Cumplimiento de tiempos de trámite	234
Mejor infraestructura física	203
Agilidad en el servicio	123
Definición de normativa y reglamentación	102
Información fiable de ofertas	67

Directrices para la política de calidad	Política de calidad de la institución
--	--

Expectativas necesidades y requisitos legales y del cliente	Valor obtenido
Docentes calificados	348
Asegurar la formación idónea en los estudiantes	288
Programas académicos pertinentes	270
Orden y aseo de la institución	240
Seguridad de la documentación	132
Espacio para la investigación	56

Directrices para la política de calidad		Política de calidad de la institución
1	Docentes calificados	En el CEPIES se ha establecido como política de calidad: Proporcionar servicios de calidad que contemplen docentes calificados, con un trato cordial y ágil del personal en atención del personal oportuna asegurando la formación idónea en los estudiantes con programas académicos pertinentes.
2	Trato cordial y ágil	
3	Atención del personal oportuna	
4	Asegurar la formación idónea en los estudiantes	
5	Programas académicos pertinentes	

Anexo IV: Listado maestro de documentos



LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

CÓDIGO: 101-LM-01

PÁGINA: 1 de 2
EDICIÓN: 0
FECHA:

Ítem	Código	Referencia	Nombre del documento	Revisión Numero	Fecha de actualización	Descripción de las modificaciones
1	101-MDC-01	Manual de calidad	Manual de calidad			
2	101-LM-01	Listado maestro de documentos	Listado maestro de documentos			
3	101-PAC-01	Procedimientos	Procedimiento de elaboración de los objetivos e indicadores			
4	101-PAC-02		Procedimiento de gestión para la evaluación del riesgo, servicios no conformes y acciones correctivas			
5	101-PAC-03		Procedimiento contexto de la organización			
6	101-PAC-04		Procedimiento para el control de la documentación del sistema			
7	101-PAC-05		Procedimiento de satisfacción del cliente			
8	101-PAC-06		Procedimiento para la revisión del sistema por la dirección			
9	101-PAC-07		Procedimiento de realización de auditorías internas			
10	102-PAC-01		Procedimiento de funciones y requerimiento de los puestos de trabajo			
11	102-PAC-02		Procedimiento de capacitación y formación del personal			
12	102-PAC-03		Procedimiento de comunicación y concienciación del personal			
13	102-PAC-04		Procedimiento de mantenimiento instalaciones			
14	102-PAC-05		Procedimiento pago de docentes			
15	102-PAC-06		Procedimiento contratación de docentes			



LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

CÓDIGO: 101-LM-01

PÁGINA: 1 de 2
EDICIÓN: 0
FECHA:

16	102-PAC-07	Procedimiento contratación del personal			
17	102-PAC-08	Procedimiento de recepción y despacho de correspondencia			
18	102-PAC-09	Procedimiento préstamo libro biblioteca			
19	101-PAC-10	Procedimiento de apertura, modificación y cierre de programas			
20	102-PAC-11	Procedimiento contratación del personal			
21	102-PAC-12	Procedimiento para la inscripción de estudiantes			
22	102-PAC-13	Procedimiento entrega de diploma a estudiantes			
23	102-PAC-14	Procedimiento organización en proyectos de investigación			
24	101-ID-01	Objetivos de calidad			
25	101-ID-02	Política de calidad			
26	101-ID-03	Acta de comité (Modelo)			
27	101-ID-04	Matriz de no conformidad			
28	101-ID-05	Formulario de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones			
29	101-ID-06	Planilla de registro de correspondencia			
30	101-ID-07	Formato de apertura de programa académico			
31	101-ID-08	Formulario-proyecto de Tesis de Maestría			
32	101-ID-09	Organigrama de la Institución			

Anexo V: Manual de calidad



MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO: 101-MDC-01

PÁGINA: 1 de 17

EDICIÓN: 0

FECHA: //

MANUAL DE CALIDAD



Destinatario:	Copia controlada	Copia no controlada
Firma: Fecha:	N°:	

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:
Fecha:	Fecha:	Fecha:



MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO: 101-MDC-01

PÁGINA: 2 de 17

EDICIÓN: 0

FECHA: //

CONTENIDO

0. Introducción	3
1. Generalidades	3
1.1. Aspectos generales.....	3
1.2. Contexto de la organización	5
1.3. Liderazgo	6
1.4. Planificación de la calidad	7
2. Apoyo	8
2.1. Recursos de la organización	8
2.2. Infraestructura y ambiente de trabajo	10
2.3. Control y gestión de la información documentada	10
3. Relaciones con los clientes	11
3.1. Procedimientos relacionados con las partes interesadas.....	11
3.2. Satisfacción de las partes interesadas (clientes)	11
4. Productos y servicios suministrados externamente	12
4.1. Evaluación de proveedores	12
4.2. Compras	12
5. Diseño y desarrollo	12
5.1. Análisis e implementación.....	12
6. Ejecución e implementación de la actividad de la institución	12
6.1. Planificación y control operacional	12
6.2. Control de los procesos.....	13
6.3. Identificación y trazabilidad	13
6.4. Propiedad de las partes interesadas.....	13
6.5. Preservación del producto.....	14
6.6. Actividades posteriores al servicio	14
7. Seguimiento, medición, análisis y mejora	14
7.1. No conformidades, Acciones correctivas, revisión por la Dirección y auditorías internas. 14	
8. Anexo.....	17
8.1. Anexo I-Partes interesadas.....	17
8.2. Anexo II- Mapa de procesos	18



MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO: 101-MDC-01

PÁGINA: 3 de 17

EDICIÓN: 0

FECHA: //

➤ **Introducción**

El presente documento Manual de Calidad es de propiedad del Centro Psicopedagógico y de Investigación en Educación Superior (CEPIES).

El Manual es usado como medio para establecer los lineamientos internos bajo los cuales es controlada la prestación de los servicios, acorde a los requerimientos de la NB ISO 9001: 2015.

Las personas que tengan acceso al Manual, recibirán información sobre los cambios que se produzcan, como consecuencia de las revisiones a las que se someta al mismo.

Toda corrección o modificación que se realice al Manual u ejemplar caducado será reemplazada en su totalidad.

1. Generalidades

1.1. Aspectos generales

1.1.1. Objeto, alcance y campo de aplicación

El presente manual de la calidad tiene por objeto recabar los criterios esenciales para el servicio, identificar los procesos principales para el buen funcionamiento de la institución, e integrar los principios de la calidad y de mejora continua como medio fundamental para mejorar la prestación del servicio a los usuarios.

El Sistema de Gestión de la Calidad debe servir de referencia permanente durante su implantación y aplicación continua, para lo cual es necesario la colaboración, participación y responsabilidad del personal del CEPIES. La alta dirección mediante el Comité de Calidad, está abierta a cualquier propuesta que permita mejorarlo.

Mediante la aplicación de la NB ISO 9001:2015, en el CEPIES se persigue establecer los requisitos para que su sistema de calidad, con el cual demuestre la capacidad para proporcionar la prestación de servicios satisfagan los requisitos del cliente a través de la aplicación eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad estos requisitos serán de aplicación en el CEPIES excepto el numeral 7.1.5. Recursos de seguimiento y medición



MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO: 101-MDC-01

PÁGINA: 4 de 17

EDICIÓN: 0

FECHA: //

de la norma ISO 9001:2015, puesto que para garantizar la prestación del servicio no se requieren equipos que requieran calibración.

El alcance del Sistema de Gestión de Calidad aquí desarrollado se aplica tanto a las actividades realizadas en las instalaciones centrales situadas en la ciudad de La Paz:

- Av. 16 de Julio No. 1490, Edificio Avenida Piso 6
- Calle Fernando Guachalla N° 680

En el CEPIES se desarrolla programas a nivel de Diplomado, Maestría y Doctorado en Educación Superior en el cual se centra en la actualización permanente del docente e investigador así mismo realiza funciones administrativas relacionadas con actividades de ingreso, permanencia, egreso de los estudiantes, así también se realizan trámites administrativos que apoyan a la formación y al desarrollo institucional.

1.1.2. Términos, definiciones y equivalencias

Los términos utilizados serán los siguientes:

- **Organización:** Conjunto de personas e instalaciones con una disposición de responsabilidad, autoridad y relaciones.
- **Cliente:** Organización o persona que facilita los datos para elaborar un proyecto de diseño y cálculo de obras subterráneas y posteriormente recibe la entrega del proyecto y/o informe elaborado. En este proceso el cliente inicial y final pueden o no ser el mismo.
- **Auditoria:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener registros, declaraciones de hechos o alguna información pertinente para evaluarlos objetivamente para determinar en qué medida se cumplen los requisitos especificados.
- **Calidad:** La calidad de los productos y servicios de una organización está determinada por la capacidad para satisfacer a los clientes, por el impacto previsto y el no previsto sobre las partes interesadas pertinentes.



MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO: 101-MDC-01

PÁGINA: 5 de 17

EDICIÓN: 0

FECHA: //

- **Sistema de Gestión de la Calidad:** Un SGC comprende actividades mediante las que la organización identifica sus objetivos y determina sus procesos y recursos requeridos para lograr los resultados deseados.
- **Parte Interesada:** Son aquellas que generan riesgo significativo para la sostenibilidad de la organización, si sus necesidades y expectativas no se cumplen.
- **Contexto de una organización:** Comprender el contexto de la organización es un proceso. Este proceso determina los factores que influyen en el propósito, objetivos y sostenibilidad de la organización. También considera factores externos tales como entornos legales, tecnológicos, de competitividad, de mercados, culturales, sociales y económicos

Se utilizarán siglas según el Cuadro 1 de manera que facilite el análisis.

Cuadro 1: Siglas

Siglas	Equivalencia
MDC	Manual de Calidad
NC	No conformidad
AC	Acción Correctiva
PAC	Procedimiento de Aseguramiento de la Calidad
I	Instrucción de trabajo
ID	Información documentada

1.2. Contexto de la organización

1.2.1. Organización y su entorno

En el CEPIES se sujeta a tuición del Vicerrectorado de la UMSA, es una institución dedicada a impartir enseñanza a nivel de Diplomado, Maestría y Doctorado, así como a la investigación.



MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO: 101-MDC-01

PÁGINA: 6 de 17

EDICIÓN: 0

FECHA: //

1.2.1.1. Identificación de los aspectos internos y externos de la organización

La institución identifica las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito a través del análisis de la matriz FODA para la comprensión de su contexto, identificando así sus fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades que se desarrolla en el Procedimiento contexto de la organización 101-PAC-03. Se ha escogido esta técnica ya que la matriz FODA permite realizar un análisis estratégico para conocer una situación real de la institución, analizarlos para que, éstos se reunirán en la Gestión de Riesgos se tiene para ello el Procedimiento de gestión para la evaluación del riesgo, servicios no conformes y acciones correctivas 101-PAC-02 de los procesos de la institución para su evaluación.

En el CEPIES se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre las cuestiones externas e internas.

1.2.2. Las necesidades y expectativas de las partes interesadas

El CEPIES brinda un servicio personalizado, velando por los intereses de cada uno de los usuarios e identifica las necesidades de las partes interesadas registradas en el Anexo I-Partes Interesadas.

1.3. Liderazgo

1.3.1. Compromiso de la dirección y liderazgo

La alta dirección mantiene su compromiso con el Sistema de Gestión de Calidad promoviendo la mejora continua, establece los objetivos de calidad, que se comunican al resto de la organización, se asegura que estén disponibles y asignados los recursos necesarios satisfaciendo los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios.

1.3.2. Política de calidad

La política de calidad del CEPIES establecida queda definida en el 101-ID-03 del presente manual, el cual apoya la dirección estratégica de la institución, incluye un compromiso de cumplir los requisitos y del mejoramiento continuo del Sistema de



MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO: 101-MDC-01

PÁGINA: 7 de 17

EDICIÓN: 0

FECHA: //

Gestión de la Calidad. La política se difunde a todas las partes pertinentes de la institución.

La política de calidad es comunicada, aplicada y está disponible para las partes interesadas.

1.3.3. Roles, responsabilidades y autoridad

El CEPIES define los roles, responsabilidades y autoridad en la institución, los mismos son difundidos en la institución.

1.4. Planificación de la calidad

La institución, a partir del análisis del contexto y de la identificación de los requisitos de las partes interesadas, determina:

- Los procesos que considera necesarios para desarrollar su actividad.
- Las interacciones de los procesos y su gestión.
- La integridad del sistema que debe de obtener cuando se planifique e implemente los cambios del mismo.

Se confecciona el correspondiente mapa de procesos del CEPIES en el Apartado II- Mapa de procesos el presente Manual donde se hace referencia al Procedimiento de Aseguramiento de la Calidad que desarrollan los procesos.

1.4.1. Indicadores y objetivos de calidad

La institución a través de la alta dirección establece los objetivos, con base a los indicadores de calidad, reuniendo aquellos que sean fundamentales para efectuar los requisitos; teniendo en cuenta que estos deben ser medibles y coherentes con la Política de Calidad ver Procedimiento de elaboración de los objetivos e indicadores 101-PAC-01.

1.4.2. Planificación y control de cambios

La Alta Dirección se asegura que se planifique el sistema con la finalidad de cumplir con los requisitos definidos en las normas internacionales de referencia y garantizar la



MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO: 101-MDC-01

PÁGINA: 8 de 17

EDICIÓN: 0

FECHA: //

integridad del sistema frente a los cambios. Por eso se establece que los objetivos de calidad sean coherentes con la política definida.

1.4.3. Gestión de riesgos

A fin de identificar y eliminar las causas potenciales que puedan originar desviaciones o no conformidades, y evitar así que surjan estas, siempre con el criterio de evaluar el riesgo que puedan generar y sus consecuencias, El Centro Psicopedagógico y de Investigación en Educación Superior, realizará una evaluación de riesgos de todos sus procesos donde la metodología a seguir queda definida en el correspondiente documento Procedimiento de gestión para la evaluación del riesgo, servicios no conformes y acciones correctivas 101-PAC-02.

2. Apoyo

2.1. Recursos de la organización

2.1.1. Organización

La institución está formada por instalaciones de oficinas situadas en:

- Av. 16 de Julio No. 1490 (El Prado), Ed. Avenida Piso 6
- Calle Fernando Guachalla N° 680

La institución decide asignar los recursos necesarios, define y comunica las responsabilidades para el buen desempeño del mismo. La definición de estas responsabilidades, así como las comunicaciones entre ellos, funciones y capacitaciones de los mismos se encuentra definido en el Procedimientos de comunicación y Concientización del personal 101-PAC-05.

La dirección del CEPIES elegirá a un Coordinador ISO 9001, como representante para la implantación y seguimiento de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad de la empresa para el correcto cumplimiento de los requisitos de la norma NB/ISO 9001:2015.



MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO: 101-MDC-01

PÁGINA: 9 de 17

EDICIÓN: 0

FECHA: //

2.1.2. Recursos Humanos

2.1.2.1. Selección del personal y contratación

El CEPIES selecciona a su personal en base al cumplimiento de los requisitos curriculares apropiados.

Se tiene el Procedimiento de requerimientos de selección y contratación del personal 102-PAC-07 el cual asegura que el personal a contratar tenga la competencia adecuada para desarrollar sus funciones.

2.1.2.2. Formación del personal

Los Responsables determinarán realizar las siguientes actividades en función de las necesidades:

- Desarrollar un periodo de entrenamiento interno.
- Definir los planes específicos de formación para las personas que sea necesario.
- De todas las actividades formativas se dejará constancia documental.
- Efectuar una evaluación continua.
- Cumplir una evaluación de la eficacia de las acciones formativas.

2.1.2.3. Concientización del personal

La Dirección se asegura que el personal sea consciente de la importancia de la eficacia de su Sistema de Gestión de la Calidad dándolo a conocer en todos los niveles de la institución para conseguir y cumplir con la política y objetivos de calidad, tomando conciencia a la eficacia de SGC

2.1.2.4. Comunicación con el personal

La dirección de la institución determina las comunicaciones internas y externas con todo el personal incluyendo lo que se va a comunicar, cuando, a quienes, cómo y quién, esto queda plasmado en el Procedimiento de comunicación y concienciación del personal 101-PAC-05.



MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO: 101-MDC-01

PÁGINA: 10 de 17

EDICIÓN: 0

FECHA: //

2.2. Infraestructura y ambiente de trabajo

2.2.1. Infraestructura

La institución proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para lograr la conformidad de los requisitos de servicio de formación y la mantiene en perfecto estado para cumplir los requisitos de Calidad.

2.2.2. Ambiente de trabajo

Todos los trabajos que se realizan en la empresa cumplen con las condiciones necesarias para desarrollar bien las diferentes tareas según la Ley General del Trabajo D.S. N° 224.

2.3. Control y gestión de la información documentada

2.3.1. Estructura documental

En el CEPIES las documentaciones requeridas para la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad se distribuyen en el Manual de calidad, Procedimientos de aseguramiento de calidad, Información documentada e Instrucción de Trabajo.

2.3.1.1. Manual de Calidad

El Manual incluye los puntos que se consideran críticos, para facilitar una visión panorámica de nuestro Sistema de Gestión de Calidad en la institución.

2.3.1.2. Procedimientos de Aseguramiento de la Calidad

En los procedimientos de aseguramiento de la calidad se definen los métodos para realizar correctamente todas las actividades que afectan directamente a la Calidad del servicio en la institución.

2.3.1.3. Información documentada

La información documentada son los documentos y registros que evidencien la conformidad de requisitos por la norma NB/ISO 9001:2015.

2.3.1.4. Instrucciones de Trabajo

Las Instrucciones de trabajo serán documentos para definir operaciones técnicas muy particulares.



2.3.2. Control de la documentación general e información documentada

La documentación para conseguir la efectividad del Sistema de Gestión de Calidad deberá cumplir con:

- La revisión y aprobación de las personas autorizadas.
- La identificación y descripción de la documentación.
- Accesibilidad a todo el personal.
- La documentación de origen externo cuenta con su identificación y distribución controlada.

Se establecerán el Procedimiento para el control de la documentación del sistema 101-PAC-03 para poder realizar lo anteriormente expuesto.

3. Relaciones con los clientes

3.1. Procedimientos relacionados con las partes interesadas

3.1.1. Relaciones con las partes interesadas

En el CEPIES el personal ofrece competencia profesional, confidencialidad y total transparencia en la entrega de sus servicios.

3.1.2. Ofertas

Para cumplir con las necesidades de los usuarios y alumnos en el CEPIES se tendrá que tener en cuenta lo siguiente:

- Respuesta oportuna a los usuarios
- Cumplimiento de los programas de estudio.
- Ambiente de trabajo adecuado para el desarrollo de actividades
- Plantel docente competente

3.2. Satisfacción de las partes interesadas (clientes)

En el CEPIES como parte sistema se toma en cuenta satisfacer no sólo las necesidades de los clientes externos, sino también el de los clientes internos para medir el grado de satisfacción, la organización realizará el seguimiento de la información relativa a la percepción respecto al cumplimiento de sus requisitos.



MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO: 101-MDC-01

PÁGINA: 12 de 17

EDICIÓN: 0

FECHA: //

4. Productos y servicios suministrados externamente

El CEPIES determina y aplica criterios para la evaluación, la selección, el seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos, basándose en su capacidad para proporcionar procesos, productos o servicios de acuerdo con los requisitos.

4.1. Evaluación de proveedores

El CEPIES mantiene comunicación con sus proveedores que ofrecen sus servicios y productos, con estándares de calidad adecuados según la metodología establecida, con la finalidad de evaluar su capacidad para cumplir.

4.2. Compras

El CEPIES realizará sus compras a aquellos proveedores que estén previamente evaluados y aceptados por el Comité de Calidad y la Dirección. Las excepciones a estos criterios deberán ser juzgados por la Dirección de la institución.

5. Diseño y desarrollo

El CEPIES establece y mantiene un proceso de diseño y desarrollo necesario para responder de manera eficaz y eficiente las necesidades y expectativas de los clientes.

5.1. Análisis e implementación

En el CEPIES se realiza el Procedimiento para el diseño de programas 102-PAC-10 para poder desarrollar su creación de planificación del diseño de sus Programas, posterior al diseño, en el CEPIES verifica los resultados obtenidos y el diseño realizado antes de ser implementado y se realizan las modificaciones requeridas, siempre y cuando sean con un criterio significativo. Se considera un diseño definitivo cuando está aprobado por todas las partes.

6. Ejecución e implementación de la actividad de la institución

6.1. Planificación y control operacional

La institución diseña el mapa de procesos y concreta todas sus fases tomando en cuenta los recursos, requisitos y necesidades para desplegar sus servicios y procesos. Las funciones de estos procesos son los siguientes:



MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO: 101-MDC-01

PÁGINA: 13 de 17

EDICIÓN: 0

FECHA: //

- Desarrollar los requisitos para la realización, desarrollar el servicio conforme a los objetivos de calidad.
- Identificar y abordar los riesgos para la conformidad de los servicios.
- Definir los recursos que sean necesarios.
- Control de la prestación del servicio
- Cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios

6.2. Control de los procesos

En el CEPIES se implementan disposiciones planificadas, para verificar que se cumplen los requisitos de cada uno de sus servicios.

El CEPIES se encarga de que sus procesos sean llevados de manera controlada mediante:

- La selección, admisión e inscripción de alumnos con el Procedimiento de Inscripción 102-PAC-11
- La asignación de las cargas académicas, estableciendo también actividades bajo el desarrollo tecnológico que permita una oportuna planeación para la asignación de horas.
- Verificación del desempeño académico y materiales para cursos e infraestructura con el Procedimiento de Satisfacción del cliente 101-PAC-05.

6.3. Identificación y trazabilidad

La identificación y trazabilidad se realiza a través de la identificación del documento de identidad y de la designación de un número de usuario al estudiante, el mismo es controlado en las etapas del servicio.

6.4. Propiedad de las partes interesadas

La institución deberá cuidar los bienes que son propiedad del cliente durante el tiempo que estén bajo control de la organización o sean utilizados por la misma. En el caso de incidencia inoportuna de la documentación, se comunicará debidamente al cliente y si es necesario se abriría un informe de no conformidad.



MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO: 101-MDC-01

PÁGINA: 14 de 17

EDICIÓN: 0

FECHA: //

La propiedad intelectual y los datos de carácter personal relativos a los clientes también serán protegidos por la institución.

6.5. Preservación del producto

Como ya se ha indicado anteriormente, el resultado físico de las actuaciones que desarrolla el CEPIES en la prestación del servicio de los clientes generarán documentación, informes y proyectos la cual será convenientemente manipulada, procesada, almacenada y archivada para el archivo general u biblioteca.

6.6. Actividades posteriores al servicio

Se realizan actividades de tutoría para poder defender sus proyectos.

7. Seguimiento, medición, análisis y mejora

Por medio de las instancias a las que aplica el CEPIES, la institución planifica e implementa los procesos necesarios de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para asegurar la conformidad del servicio y del Sistema de Gestión de Calidad, así como mejorar continuamente su eficacia.

7.1. No conformidades, Acciones correctivas, revisión por la Dirección y auditorías internas.

7.1.1. Seguimiento y medida

Se evalúa el desempeño y la eficacia del SGC y se mantiene la información documentada como evidencia de los resultados.

7.1.1.1. Satisfacción del cliente

En el CEPIES realiza encuestas de satisfacción al estudiante, con el fin de conocer el nivel de satisfacción del cliente con los servicios ofrecidos por la Institución, obteniendo por este medio, el análisis comparativo.

Al concentrar la información en casos de insatisfacción a fin de corregir los juicios valorados no satisfactorios.

7.1.1.2. Seguimiento y evaluación del Sistema de Gestión de Calidad

El comité de calidad determinará las reuniones correspondientes a principios de año en el cual se plasmarán las actas respectivas acerca de la revisión de Sistema de Gestión de



MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO: 101-MDC-01

PÁGINA: 15 de 17

EDICIÓN: 0

FECHA: //

Calidad, esta reunión tendrá la finalidad de poder reunir la información necesaria para evaluar la situación general del sistema e iniciar la nueva gestión.

En dicha reunión se realizará la evaluación, donde se podrá obtener información que permita actuar en medida de mejoramiento del sistema de gestión, este con el fin de hacer una actuación referente a las situaciones de mejora.

El Coordinador ISO 9001 evaluará los resultados de las inspecciones con la finalidad de adoptar las medidas necesarias para corregir las desviaciones y prevenir las causas de posibles no conformidades.

7.1.1.3. Auditorías Internas

La institución tiene establecido el Procedimiento de realización de auditorías internas 101-PAC-06 con respecto a las auditorías internas que ha de determinar si el SGC está conforme a las disposiciones planificadas, es decir de acuerdo a los requisitos de la norma internacional y los requisitos del Sistema establecidos por la institución.

Las no conformidades detectadas deben ser eliminadas de manera inmediata. Se han de realizar actividades de seguimiento que incluyan la verificación de las acciones tomadas y el informe de los resultados de la verificación.

Se realizan las correcciones y se toman las acciones correctivas adecuadas sin demora injustificada.

7.1.2. Control del servicio no conforme

Durante la realización de cualquier fase, actuación o seguimiento del Sistema de Gestión de Calidad, se produzca un resultado con insatisfacción con respecto a las especificaciones, esto resultara una no conformidad, se procederá a identificar de forma indiscutible este resultado, se analizarán las actuaciones a realizar y se separará hasta que se tome una decisión.

7.1.3. Análisis de datos

El Sistema de Gestión de Calidad, es revisado por la alta dirección las cuales están registradas en Revisión del SGC por la alta dirección 101-ID-04. De acuerdo a este



MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO: 101-MDC-01

PÁGINA: 16 de 17

EDICIÓN: 0

FECHA: //

informe se generan las acciones que garanticen la mejora del servicio, el aumento de la satisfacción del cliente con su respectiva asignación de recursos.

La alta dirección revisa, datos e información relativa al desempeño de los procesos y la conformidad del producto, así como resultados de auditorías, retroalimentación de los resultados de la evaluación de satisfacción del cliente, acciones de seguimiento de las anteriores revisiones de la dirección; análisis de datos, estado de las acciones correctivas, acciones preventivas, reclamos y sugerencias, recomendaciones para la mejora y cambios que podrían afectar al sistema.

7.1.4. Mejora

El CEPIES determina y selecciona las oportunidades de mejora e implementa acciones necesarias para cumplir los requisitos del usuario y aumentar su satisfacción.

El CEPIES mejora continuamente el Sistema de Gestión de Calidad utilizando:

- ✓ Política de calidad
- ✓ Objetivos de calidad
- ✓ Los resultados de las auditorías
- ✓ Análisis de datos
- ✓ La reorganización
- ✓ La revisión por la dirección del sistema de gestión
- ✓ Reuniones de seguimiento
- ✓ Creando no cumplimiento a los requisitos del sistema

Con la finalidad de asegurar la conformidad de nuestros servicios respecto a los requisitos de los clientes o los reglamentarios, el CEPIES establece la Mejora Continua que garantice el progreso permanente del servicio mediante la aplicación de los principios del ciclo de Mejora Continua: planificar las actuaciones, ejecutar los trabajos, controlar para obtener los datos y actuar; es decir, implantar las acciones necesarias para conseguir los resultados esperados.



MANUAL DE CALIDAD

CÓDIGO: 101-MDC-01

PÁGINA: 17 de 17

EDICIÓN: 0

FECHA: //

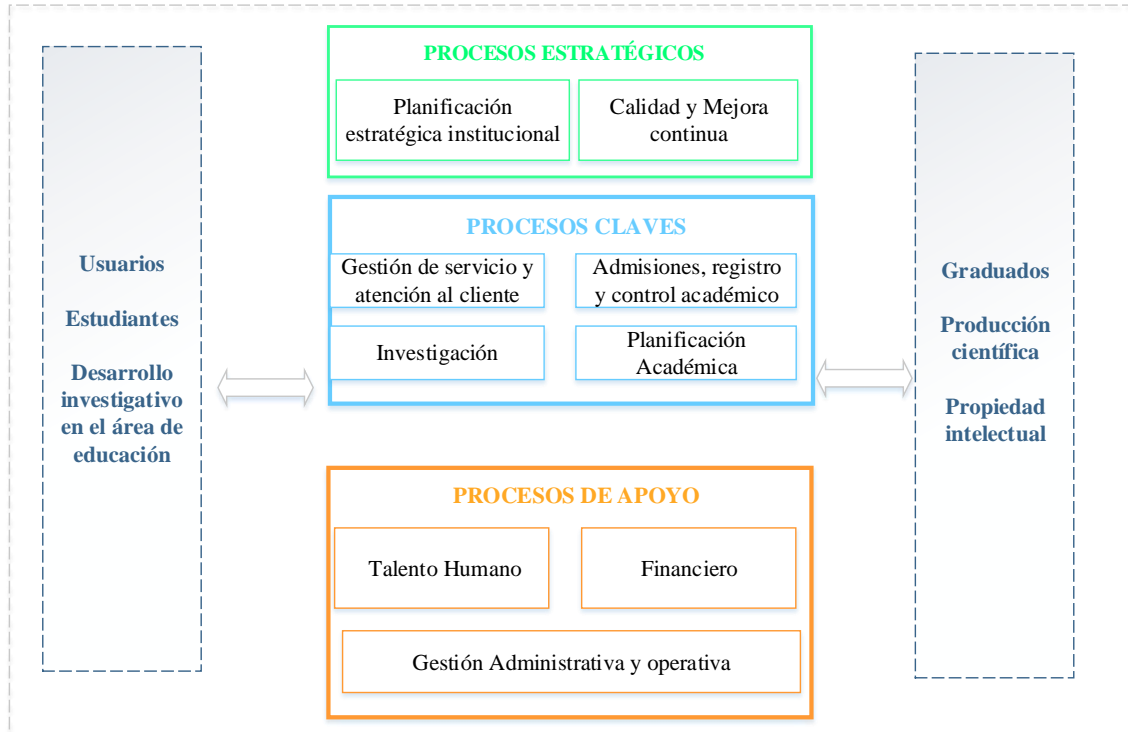
8. Anexo

8.1. Anexo I-Partes interesadas

Parte interesada	Necesidades y expectativas
Clientes-usuarios	Orden y aseo de la institución
	Atención del personal
	Agilidad en el servicio
Personas en la institución	Buen clima laboral
	Herramientas y recursos necesarios
Proveedores	Cumplimiento de acuerdos realizados
Vicerrectorado	Cumplimiento de los reglamentos



8.2. Anexo II- Mapa de procesos



Anexo VI: Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad



PROCEDIMIENTO

CÓDIGO:101-PAC-01

PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE LOS OBJETIVOS E INDICADORES

PÁGINA: 1 de 6


EDICIÓN: 0

FECHA:

PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE LOS OBJETIVOS E INDICADORES

Destinatario:	Copia controlada	Copia no controlada
Firma: Fecha:	N°:	

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

	PROCEDIMIENTO	CÓDIGO: 101-PAC-01
	PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE LOS OBJETIVOS E INDICADORES	PÁGINA: 2 de 6 EDICIÓN: 0 FECHA:

1. Objeto del procedimiento

El objeto del procedimiento es establecer los criterios para la formulación de objetivos e indicadores de calidad.

2. Alcance

Este procedimiento será de aplicación en las situaciones que se involucren a la calidad con el objetivo lograr resultados.

3. Responsabilidades

La dirección del CEPIES debe:

- ✓ Definir los objetivos de calidad con una periodicidad anual y proporcionar los medios para conseguirlos.

Comité de calidad debe:

- ✓ Colaborar con la Alta Dirección al cumplimiento de los objetivos.
- ✓ Difundir al personal los objetivos de calidad establecidos por la Dirección de la institución.

Todo el personal del CEPIES:

- ✓ Contribuir para cumplir los objetivos establecidos para el periodo.

4. Cuadro de Modificaciones

Edición	Fecha	Descripción

	PROCEDIMIENTO	CÓDIGO: 101-PAC-01
	PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE LOS OBJETIVOS E INDICADORES	PÁGINA: 3 de 6 EDICIÓN: 0 FECHA:

5. Desarrollo del procedimiento

Secuencia de etapas	Actividad
Determinación de reunión con el comité de calidad	Se define fecha de reunión con el Comité de Calidad
Establecimiento/Modificación de objetivos anuales de calidad	A inicios del periodo anual de la institución, la alta dirección establece los objetivos anuales de calidad 101-ID-02. En dicho documento se deja constancia de los Responsables directos de la realización de los objetivos que se establezcan, así como la periodicidad, para realizar un seguimiento continuo. Algunos de los objetivos podrán proceder de las debilidades analizadas de la matriz FODA. El comité de calidad deberá revisar e incluir la evaluación y análisis del seguimiento de los objetivos e indicadores que se tratará en reuniones. Fijados los objetivos, se pondrán en conocimiento del comité de calidad procederá su difusión en la institución.
Establecimiento de periodicidad	Para cada uno de los objetivos de calidad de la alta dirección, se preparará en la misma acta procedente de las reuniones del Comité de Calidad lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> -Responsables. -Tipo de seguimiento. -Recursos necesarios. -El tiempo necesario para cada una de ellas. -Las diferentes etapas en las que se tenga previsto afrontar.



PROCEDIMIENTO

CÓDIGO:101-PAC-01

PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE LOS OBJETIVOS E INDICADORES

PÁGINA: 4 de 6

EDICIÓN: 0

FECHA:

Secuencia de etapas	Actividad
Establecimiento de la evaluación	Si el Comité de Calidad considera que los documentos generados no son adecuados se elaborará otro borrador incorporando las sugerencias que se hayan realizado el cual será revisado por la alta dirección. La alta dirección, cuando sea necesario, facilitará los medios adicionales que puedan precisarse para alcanzar los objetivos marcados.
Realización del acta de aprobación	Al finalizar la evaluación, se procede a realizar el acta de aprobación
Difusión y comunicación	Una vez aprobados los documentos el Comité de Calidad dará difusión al personal de la institución para que conozca los objetivos marcados, estos deberán contribuir con una actuación diaria y continua para alcanzar el cumplimiento de los mismos.



PROCEDIMIENTO

CÓDIGO:101-PAC-01

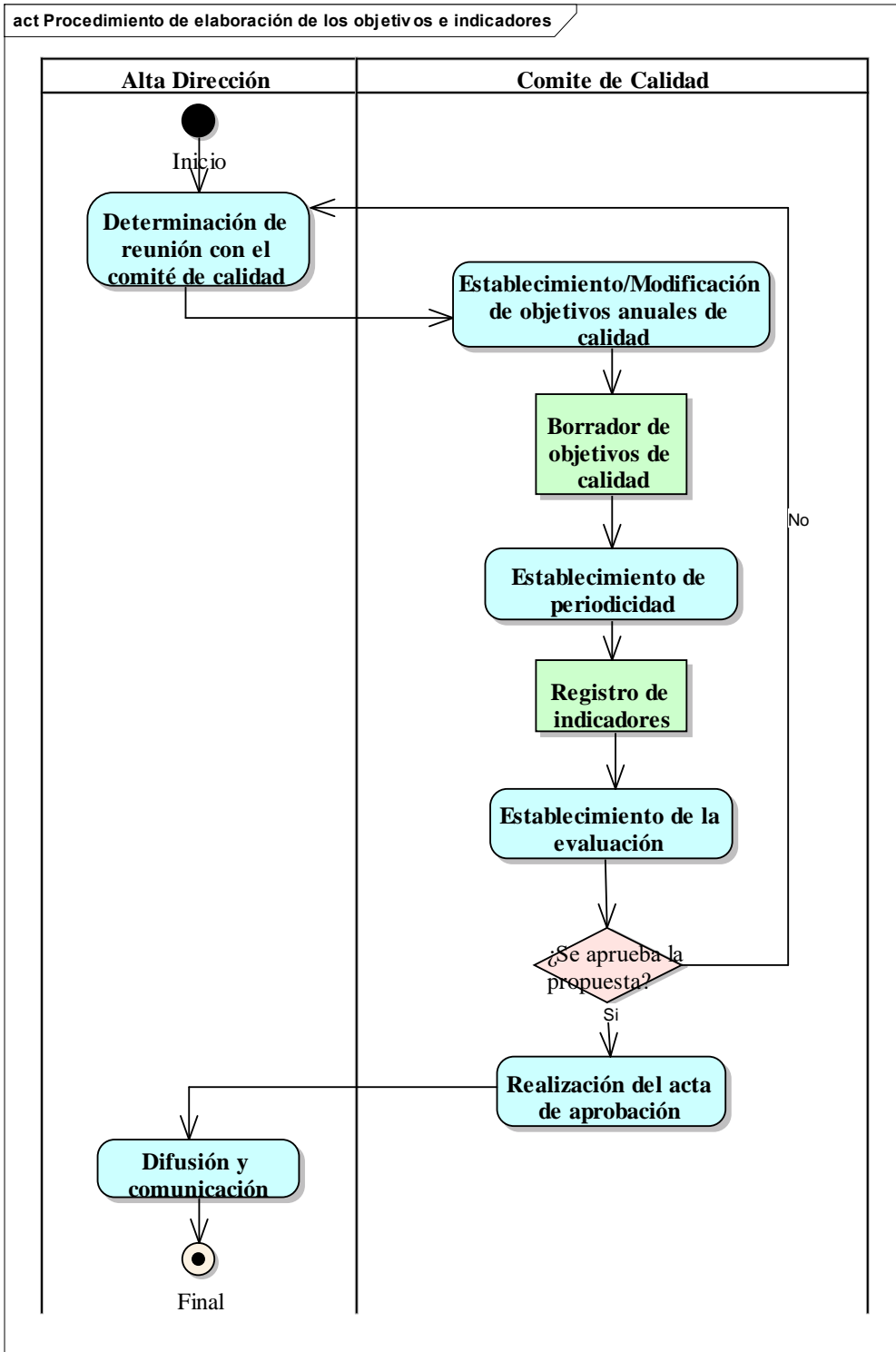
PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE LOS OBJETIVOS E INDICADORES

PÁGINA: 5 de 6

EDICIÓN: 0

FECHA:

➤ Diagrama de actividades




	PROCEDIMIENTO	CÓDIGO: 101-PAC-01
	PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE LOS OBJETIVOS E INDICADORES	PÁGINA: 6 de 6 EDICIÓN: 0 FECHA:

6. Documentos relacionados

La información documentada que genera este procedimiento es:

ID: Registro de objetivos de calidad e indicadores de calidad


ID: Acta de aprobación

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 101- PAC-02
	PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, SERVICIOS NO CONFORMES Y ACCIONES CORRECTIVAS	PÁGINA: 1 de 7 EDICIÓN: 0 FECHA:

PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, SERVICIOS NO CONFORMES Y ACCIONES CORRECTIVAS

Destinatario:	Copia controlada	Copia no controlada
Firma: Fecha:	N°:	

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 101-PAC-02
	PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, SERVICIOS NO CONFORMES Y ACCIONES CORRECTIVAS	PÁGINA: 2 de 7 EDICIÓN: 0 FECHA:

1. Objeto del procedimiento

El objeto del procedimiento es establecer los mecanismos para el control y la eliminación de riesgos y causas potenciales de las no conformidades, con la finalidad de evitar un bajo desempeño en la calidad del servicio, para brindar un tratamiento apropiado con las acciones correctivas.

2. Alcance

El presente procedimiento es aplicable a las no conformidades derivadas de las actividades realizadas en la aplicación de Sistema de Gestión de Calidad en el CEPIES dentro del alcance del mismo.

3. Responsabilidades

Encargado del SGC debe:

- ✓ Documentar y comunicar las acciones para abordar riesgos y oportunidades.
- ✓ Identificación, control y tratamiento de no conformidades del Sistema de Gestión de la Calidad.
- ✓ Recoger los reclamos de clientes para documentarlo y resolverlos.

Comité de calidad debe:


- ✓ Realizar y hacer seguimiento a las acciones correctoras.

Todo el personal del CEPIES:

- ✓ Identificar, comunicar, control y tratamiento de las no conformidades de los procesos.

4. Cuadro de Modificaciones

Edición	Fecha	Descripción

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 101-PAC-02
	PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, SERVICIOS NO CONFORMES Y ACCIONES CORRECTIVAS	PÁGINA: 3 de 7 EDICIÓN: 0 FECHA:

5. Desarrollo del procedimiento

a) Evaluación del riesgo

El Coordinador ISO 9001 documenta y comunica acciones para abordar riesgos y oportunidades que consideren necesario en cada plan de control operacional.

En el CEPIES se considera el presente procedimiento para ejecutar las acciones para abordar riesgos que den como resultado la eliminación de no conformidades potenciales del SGC a partir de las auditorías internas o auditorías externas al sistema, reclamos, rechazos y quejas de los estudiantes o usuarios, resultado de la revisión al SGC, o conformidades potenciales detectadas por el personal de la institución, así como de las evaluaciones de las salidas, servicios y/o productos que ofrece el CEPIES.


El responsable del proceso, reúne los registros antes mencionados que contengan los riesgos de las no conformidades.

El Coordinador ISO 9001 atiende las actividades de la acción para prevenir riesgos, informando a la autoridad correspondiente sobre su cumplimiento y resultados, o la necesidad de tomar decisiones alternativas.

El Coordinador ISO 9001 del área realiza el seguimiento de la acción para prevenir riesgos con el responsable del proceso, verifica las fechas establecidas para su cumplimiento. Si la acción preventiva aplicada no cumple con los requisitos de una prevención adecuada, regresa al responsable asignado para que realice los cambios necesarios.

Si la acción para prevenir riesgos ha sido realizada satisfactoriamente, el responsable correspondiente vigila su efectividad; en caso necesario se procede a la actualización de los procedimientos respectivos, tomando como base lo dispuesto en el procedimiento para la elaboración y control de documentos.

b) Servicios no conformes

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 101-PAC-02
	PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, SERVICIOS NO CONFORMES Y ACCIONES CORRECTIVAS	PÁGINA: 4 de 7 EDICIÓN: 0 FECHA:

El personal del CEPIES debe de identificar la no conformidad, el cual informará al encargado de área, posteriormente el Coordinador ISO 9001 de calidad realizará el registro correspondiente.

En el caso de no conformidades detectadas durante la Auditoría interna para el Sistema de Gestión de Calidad, es el auditor quien ha de iniciar el correspondiente informe, que hará llegar al Coordinador ISO 9001 el cual procederá a la realización de acciones a tomar.

Revisar y analizar la no conformidad identificando las posibles causas del problema (a través de lluvia de ideas).

Una vez identificadas las causas, se realiza la clasificación y agrupación de las mismas.

También se denominará no conformidad al incumplimiento de los requisitos establecidos.


De la clasificación determinar las causas con mayor impacto.

Elaboración de una propuesta de solución a través de la Información documentada que se genera; Matriz de no conformidad 101-ID-14 en el cual se realiza el registro en la Matriz de no conformidad incluyendo las causas identificadas y sus propuestas de solución.

En base a las propuestas de solución se definen las acciones correctivas propuestas, los responsables de su ejecución y plazos para su implementación.

Conforme a la Matriz de no conformidad que incluye las acciones correctivas propuestas, los responsables, plazos e indicador de eficacia para su implementación, se realiza el respectivo análisis y si el caso amerita se aprueba la propuesta.

El responsable la documenta en el informe de servicio no conforme y lo comunica al Coordinador ISO 9001. El encargado comprueba que la resolución se haya ejecutado conforme a lo previsto y complementa la descripción de la no conformidad. Si es necesario la institución advertirá al cliente de la no conformidad surgida.

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 101-PAC-02
	PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, SERVICIOS NO CONFORMES Y ACCIONES CORRECTIVAS	PÁGINA: 5 de 7 EDICIÓN: 0 FECHA:

Con el procedimiento se pretende dar como resultado la eliminación de las no conformidades potenciales del SGC en:

- ✓ Evaluación de la efectividad de la capacitación
- ✓ Adquisiciones de bienes
- ✓ Contratación de personal especializado
- ✓ Contratación de servicios
- ✓ Identificación y control de riesgos
- ✓ Revisiones y actualizaciones oportunas
- ✓ Auditorías internas y auditorías externas al SGC
- ✓ Acreditaciones de programas académicos
- ✓ Revisiones del SGC

c) Acciones correctivas

El comité de calidad revisa informes de producto o servicios no conformes, los reclamos por parte del cliente y cualquier información que los miembros del comité consideren oportuno.

El responsable afectado ejecuta las acciones correctivas propuestas y aprobadas y se registra en la Matriz de no conformidad el detalle de las acciones implementadas Matriz de no conformidad.

El Coordinador ISO 9001 con el soporte del personal de la institución verifica si todas las acciones correctivas propuestas y aprobadas fueron implementadas en base a la documentación de respaldo.

Como conformidad, se firma en la Matriz de no conformidad que incluye las acciones correctivas propuestas implementadas.

En base al indicador definido para las acciones correctivas implementadas se realiza el cálculo del indicador de eficacia y los resultados satisfactorios se registran en la Matriz de no conformidad.



PROCEDIMIENTO

CODIGO: 101-

PAC-02

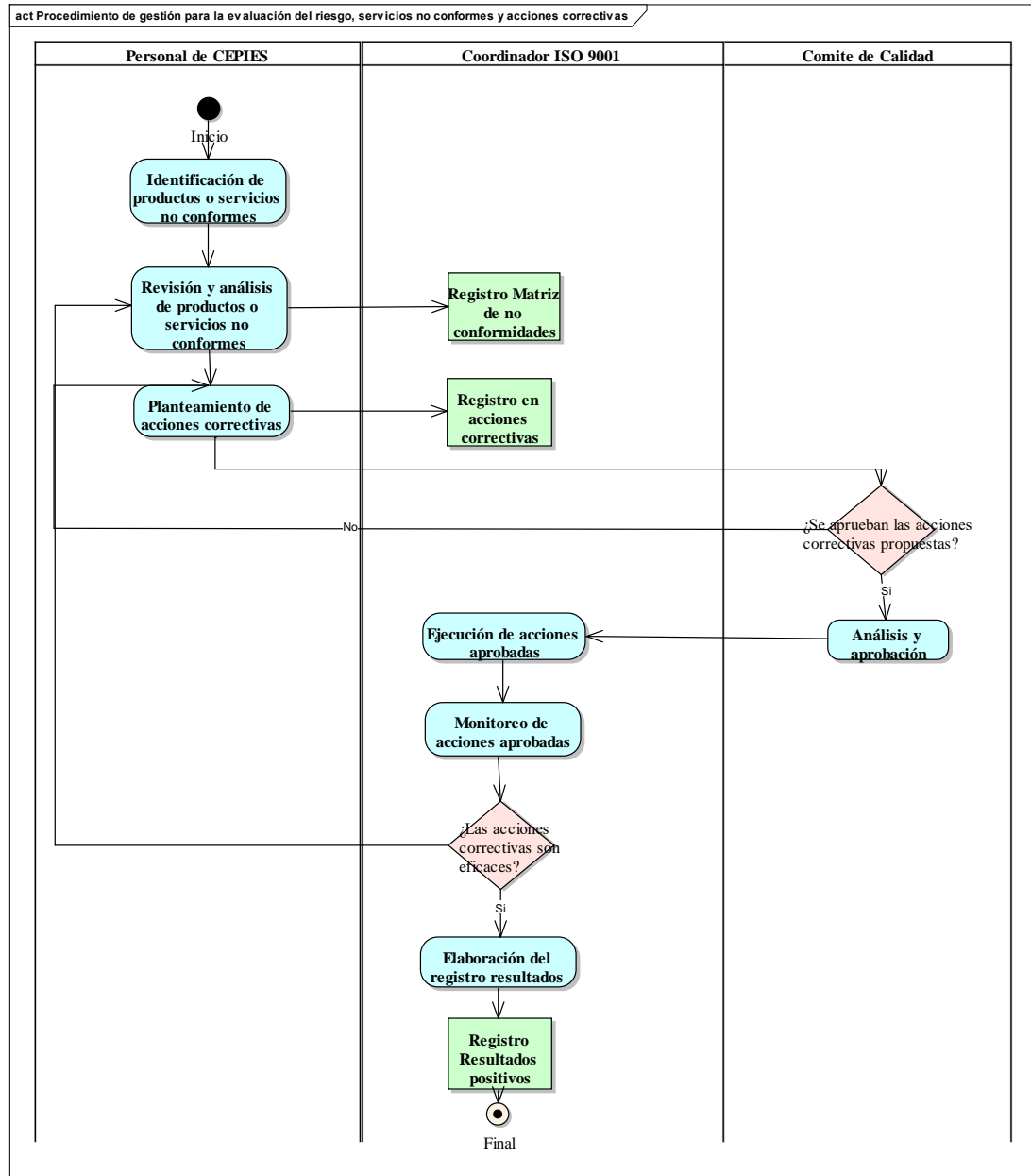
PÁGINA: 6 de 7

EDICIÓN: 0

FECHA:

PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO, SERVICIOS NO CONFORMES Y ACCIONES CORRECTIVAS

➤ Diagrama de actividades



6. Documentos relacionados

ID Matriz de no conformidad


ID- Formato de informe de Reclamos



PROCEDIMIENTO CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

Destinatario:	Copia controlada	Copia no controlada <input type="checkbox"/>
Firma:	Fecha:	N°:

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:
------------	-----------	-----------

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	CODIGO: 101-PAC-03
	PROCEDIMIENTO CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	PÁGINA: 2 de 4 EDICIÓN: 0 FECHA:

Fecha:	Fecha:	Fecha:
--------	--------	--------

1. Objeto del procedimiento

El objeto del procedimiento es determinar la metodología para la identificar el contexto de la organización mediante el método FODA.

2. Alcance

El procedimiento aplica al contexto de la organización y a la identificación de aspectos que son evaluables para la determinación del riesgo de los procesos de la empresa.

3. Responsabilidades

La Alta Dirección es el principal responsable de la identificación de los aspectos que definen a la organización, tanto internamente como su entorno, así como de su análisis y toma de decisiones.

4. Cuadro de Modificaciones

Edición	Fecha	Descripción


5. Desarrollo del procedimiento

El CEPIES aplicara el análisis FODA para determinar las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de la institución, para poder desarrollar objetivos y estrategias a raíz del análisis realizado.

5.1. Identificación del contexto de la organización

5.1.1. Análisis externo

Las Amenazas y Oportunidades están en el entorno de la institución estos son comunes para todos los competidores del sector.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	CODIGO: 101-PAC-03
	PROCEDIMIENTO CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	PÁGINA: 3 de 4 EDICIÓN: 0 FECHA:

Amenazas: Situaciones o eventos fuera del control de la institución, sobre los que la misma debe tomar medidas para reducir o eliminar sus efectos negativos. Ejemplos: Situación política, guerras.

Oportunidades: Tendencias, eventos que la empresa puede aprovechar para fortalecerse.

5.1.2. Análisis interno

Las Fortalezas y Debilidades son una visión interna de la institución. Se analizan los recursos y capacidades.

Fortalezas: Son recursos o capacidades en las que la compañía se desenvuelve bien, estas capacidades deben ser mantenidas y aumentadas.

Debilidades: Son frenos o características de la compañía que le impiden tener un mejor rendimiento y que deben ser mejoradas.

5.2. Elaboración de la Matriz FODA

El CEPIES realizará el análisis FODA:

- Análisis externo de Amenazas y oportunidades
- Análisis interno de Fortalezas y debilidades

El análisis será complementado por la alta dirección en la información documentada con el código 101-ID-15.

5.3. Consideraciones de los resultados y toma de decisiones

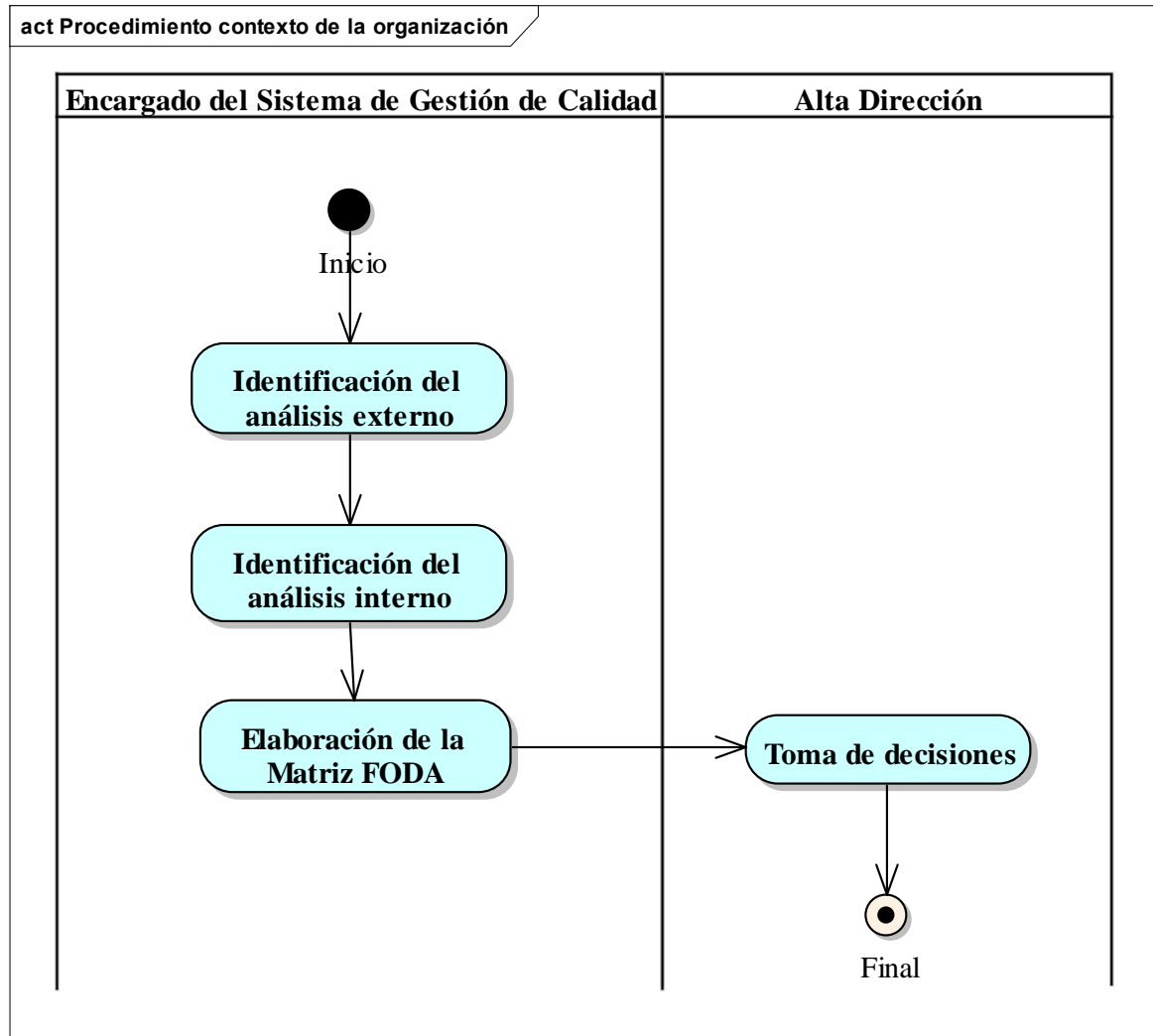
Una vez detectadas las debilidades de la empresa, para disminuir considerarán los objetivos de calidad de la institución estos se plasman en la información documentada de objetivos e indicadores con el código 101-ID-02

Para las amenazas institución, la alta dirección deberá evaluar los riesgos de éstos y tomar las medidas oportunas, para el cual se tiene gestión de riesgos de la empresa, siguiendo el procedimiento 101-PAC-02.

A continuación, ya analizados los datos, objetivos y riesgos, se realizará el diseño de la estrategia que serán recogidos en el acta de la reunión de la revisión del sistema con el código 101-ID-16.



➤ Diagrama de actividades



6. Documentos relacionados

La información documentada de este procedimiento:


- Matriz FODA 101-ID-15.
- Objetivos de Calidad 101-ID-02.
- Matriz de no conformidad 101-ID-14
- Acta de reunión 101-ID-13.



PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA

Destinatario:	Copia controlada	Copia no controlada
Firma: Fecha:	N°:	

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	CÓDIGO: 101-PAC-04
	PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA	PÁGINA: 2 DE 6 EDICIÓN: 0 FECHA:

1. Objeto del procedimiento

El objeto de este procedimiento es determinar la metodología para poder controlar y elaborar toda la documentación asociada de Sistema de Gestión de Calidad.

2. Alcance

El alcance del procedimiento es aplicable a todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad del CEPIES.

3. Responsabilidades

Encargado del SGC debe:

- ✓ Elaboración, revisión y control de la documentación generada para el SGC.

Responsable del procedimiento debe:

- ✓ Elaboración, revisión y control de procedimientos operativos y otros documentos interna bajo su control.

Todo el personal del CEPIES debe:

- ✓ Comunicar al Coordinador ISO 9001 cualquier oportunidad de mejora la documentación de sistema.
- ✓ Elaborar registros correspondientes


4. Cuadro de modificaciones

Edición	Fecha	Descripción

5. Desarrollo del procedimiento

5.1. Procedimiento

Todo el personal del CEPIES identificará la necesidad documental y definición del nombre de la documentación.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	CÓDIGO: 101-PAC-04
	PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA	PÁGINA: 3 DE 6 EDICIÓN: 0 FECHA:

Los responsables de acuerdo al formato de solicitud del documento, elaborarán los ajustes del documento, así también se va asignando código, número de edición del documento y fecha de revisión.

El encargado del SGC revisará la documentación remitida por los solicitantes en cuanto a su adecuación.

El documento es aprobado y adoptado con las firmas correspondientes.

Una vez el documento se apruebe, se publica en el sitio web interno del CEPIES.

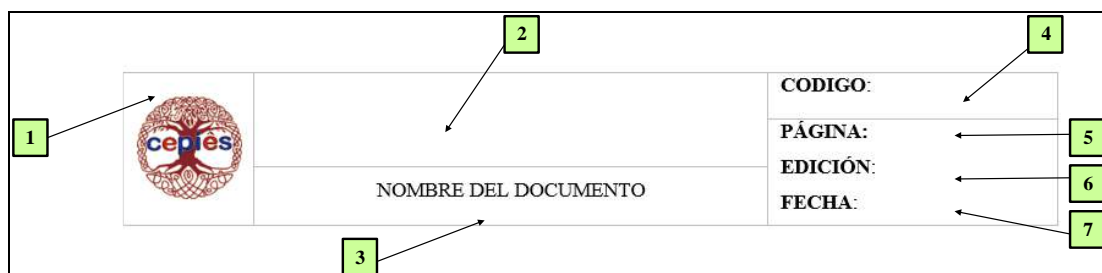
Comunicar al responsable del proceso que realizó la solicitud, la publicación del documento.

Se identifica el personal relacionado con el documento e informar al personal mediante correo electrónico.

Hacer divulgación de los documentos en su dependencia de trabajo para asegurar la comunicación. En caso que el procedimiento genere gran impacto es importante realizar una capacitación para la divulgación.

5.2. Formato y estructura de la documentación

La estructura general de un documento del sistema está compuesta por un encabezado y el contenido específico.



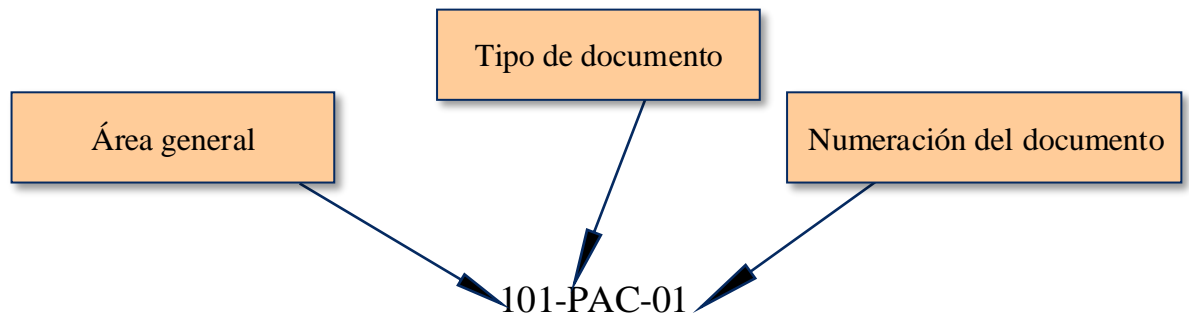
- *1. Logotipo de la institución:* Es el símbolo de la institución tal como se muestra a continuación:





- *2. Tipo de documento (Proceso, manual, información documentada e instructivo):* En este campo se cita el tipo de documento puede ser proceso, manual, información documentada e instructivo.
- *3: Nombre del documento:* El título del documento que se va a referenciar.

4. *Código:* La codificación de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad se realizará de manera alfanumérica. Por ejemplo, se tiene la codificación para éste procedimiento tendríamos:



101: Procesos asociados a Sistema de Gestión de la Calidad

PAC: Procedimiento de aseguramiento de calidad


01: Consecutivo del documento

Para identificar caracterizaciones del área general al que pertenece el documento:

Nombre del documento	Código
Procesos asociados a Sistema de Gestión de la Calidad	101
Procesos asociados al funcionamiento interno de la institución	201

Para identificar el tipo de documento se tiene:

Tipo de documento	Código
Manual de calidad	MDC
Procedimientos de Aseguramiento de la Calidad	PAC
Información documentada	ID
Instrucciones de Trabajo	IT

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	CÓDIGO: 101-PAC-04
	PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA	PÁGINA: 5 DE 6 EDICIÓN: 0 FECHA:

Consecutivo del documento: Sera asignado un código numérico que constará de dos dígitos a una cifra consecutiva cada vez que sea creado un nuevo documento. La numeración consecutiva empezará por la combinación 01 y seguirá contando consecutivamente.

5. *Número de página:* Indica la numeración correspondiente a la página en el formato X de Y.

6. *Edición:* Número de ejemplar que se tiene.

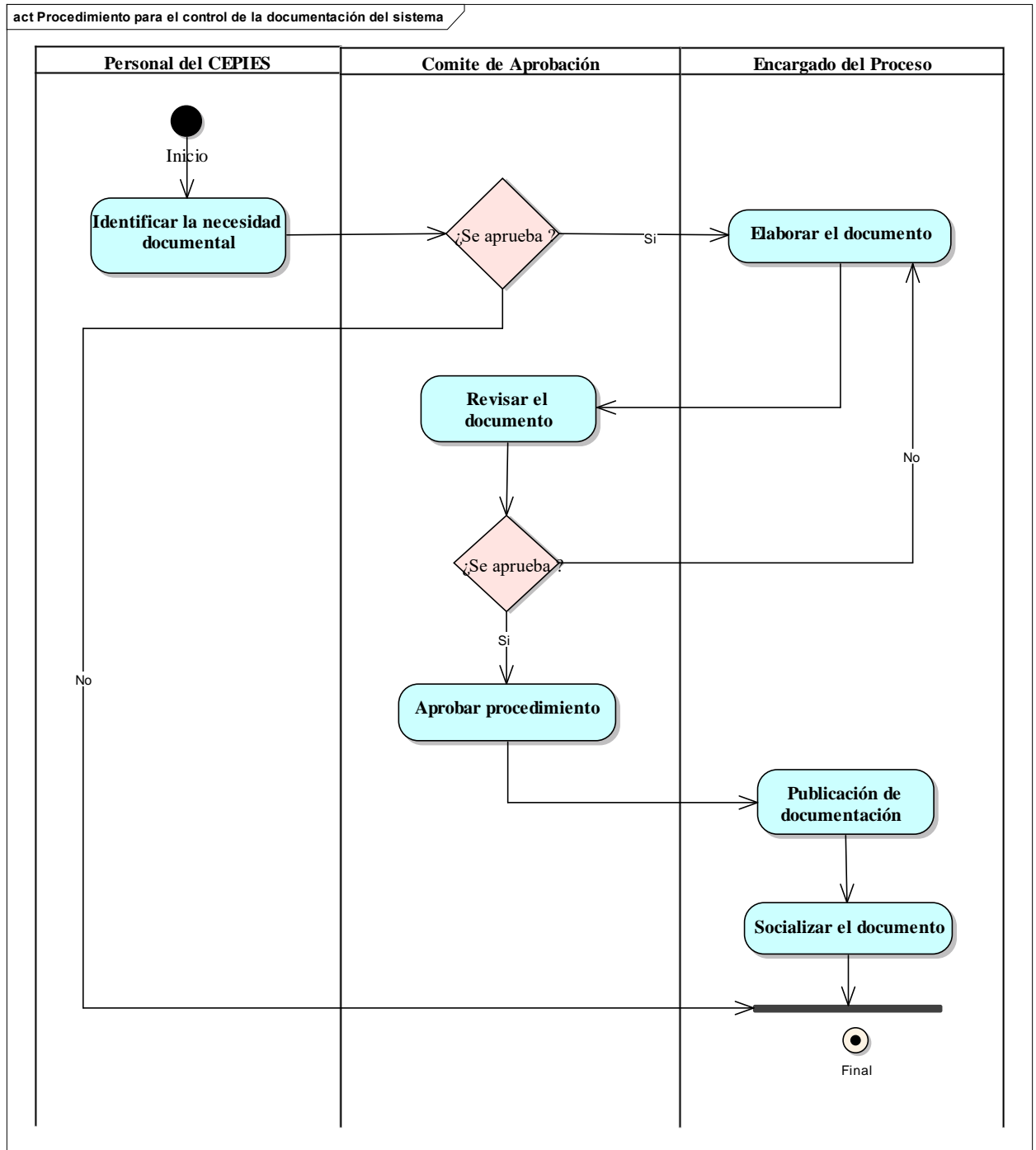
7. *Fecha:* La fecha en la cual se terminó el ejemplar.

5.3. Versiones Obsoletas

Aquellos documentos que han sido sometidos a revisiones y modificaciones se consideran como obsoletos en su versión anterior. Las versiones obsoletas serán conservadas en medio magnético en caso de que se requiera.

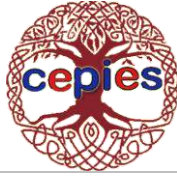


➤ Diagrama de actividades



7. Documentos relacionados

No Aplica.



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DEL SISTEMA
POR LA DIRECCIÓN

CODIGO: 101-PAC-05

PÁGINA: 1 de 4


EDICIÓN: 0

FECHA:

PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DEL SISTEMA POR LA DIRECCIÓN

Destinatario:	Copia controlada	Copia no controlada
Firma:	Nº:	
Fecha:		

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 101-PAC-05
	PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DEL SISTEMA POR LA DIRECCIÓN	PÁGINA: 2de 4 EDICIÓN: 0 FECHA:

1. Objeto del procedimiento

El objeto del procedimiento es el de establecer la sistemática para la revisión anual del Sistema de Gestión de Calidad con la finalidad de asegurar su conveniencia, adecuación y eficacia.

2. Alcance

El procedimiento aplica a la revisión de todo el Sistema de Gestión de Calidad.

3. Responsabilidades

La alta dirección debe:

- ✓ Revisar el informe sobre la revisión del Sistema de Gestión de Calidad.

Encargado del SGC debe:

- ✓ Preparar el borrador del informe de la revisión.

4. Cuadro de Modificaciones

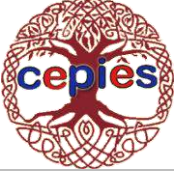
Edición	Fecha	Descripción

5. Desarrollo del procedimiento

a) Planificación

La revisión por la Alta dirección es una reunión formal donde se exponen todos los temas y se determina por consenso las acciones correctoras y de mejora a tomar. Así un análisis de la evaluación de riesgos para prever posibles no conformidades.

Los asistentes en la reunión firman la revisión por la alta dirección. Es imprescindible la presencia como mínimo de la Alta dirección, Subdirecciones y el Coordinador ISO 9001.


	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 101-PAC-05
	PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DEL SISTEMA POR LA DIRECCIÓN	PÁGINA: 3de 4 EDICIÓN: 0 FECHA:

b) Información de entrada

La revisión se realizará como mínimo una vez al año, aunque en las reuniones periódicas del comité irán tratando información de entrada explicada a continuación. En cada reunión, así como en la reunión de la revisión del sistema se tratarán los temas correspondientes a la gestión de calidad. La información mínima para la realización de la revisión del Sistema de Gestión de Calidad es:

- Adecuación de las políticas y de los procedimientos
- Determinar los objetivos anuales
- Analizar los indicadores y objetivos del año anterior
- Los informes del personal directivo y supervisión
- El resultado de las auditorías internas y la de los organismos externos
- Las acciones correctoras
- Análisis de la evaluación de riesgos e identificación del contexto de la organización.
- Las acciones de seguimiento de las revisiones por la alta dirección previas
- Desarrollo de los procesos y conformidad del servicio o producto
- Retroalimentación del cliente y satisfacción del cliente
- Recomendaciones para la mejora
- Actividades de control de calidad, recursos, formación del personal, contratación del personal
- Acciones de mejora y necesidad de recursos
- Resultados de la revisión
- El informe incluye, en la medida de lo necesario, acciones de mejora del sistema de gestión.

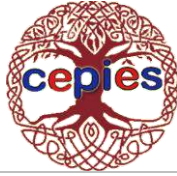
En el acta se deben registrar todos los puntos de las revisiones de calidad y las acciones correctivas que derivan de la revisión que tienen que tener un plazo apropiado y acordado. En funciones de las mejoras previstas, se determinan los recursos correspondientes.

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 101-PAC-05
	PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DEL SISTEMA POR LA DIRECCIÓN	PÁGINA: 4de 4 EDICIÓN: 0 FECHA:

El acta de la reunión de la revisión del sistema 101-ID-16 presentará los siguientes apartados:

- ✓ Participantes
- ✓ Temas a tratar
- ✓ Desarrollo de la reunión
- ✓ Documentación soporte

Todos los datos aportados en el acta deberán ser documentados y quedarán anexos al documento.



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DEL SISTEMA
POR LA DIRECCIÓN

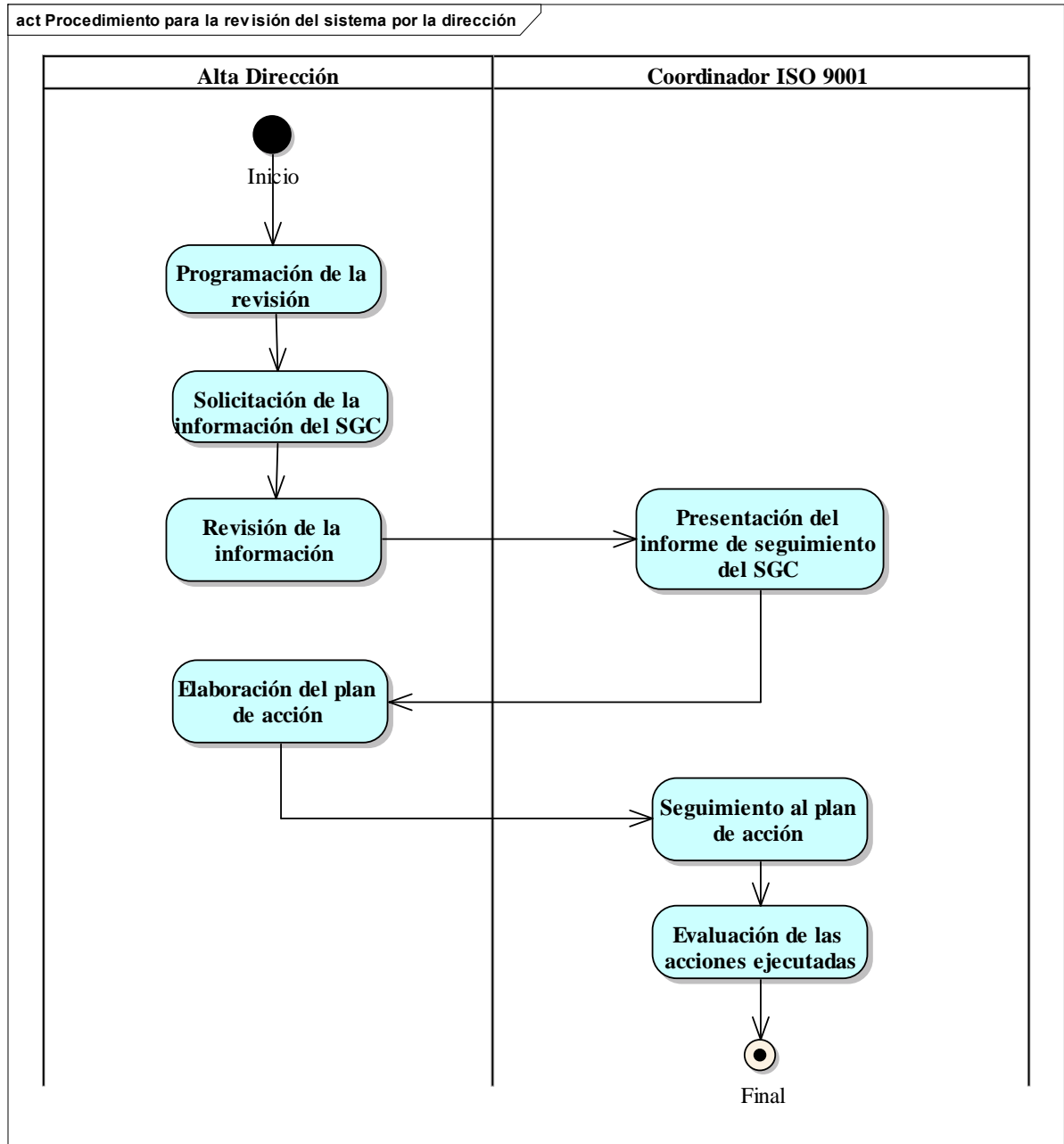
CODIGO: 101-PAC-05

PÁGINA: 5 de 4

EDICIÓN: 0

FECHA:

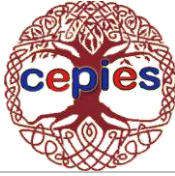
➤ Diagrama de actividades



6. Documentos relacionados

La información documentada que deriva de este procedimiento es:

Acta de la reunión del Comité de calidad 101-ID-16.



PROCEDIMIENTO

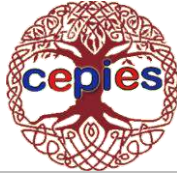
PROCEDIMIENTO PARA LA REVISIÓN DEL SISTEMA
POR LA DIRECCIÓN

CODIGO: 101-PAC-05

PÁGINA: 6de 4

EDICIÓN: 0

FECHA:



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO DE REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS
INTERNAS

CODIGO: 101-PAC-06

PÁGINA: 1 de 8

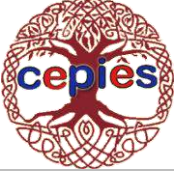
EDICIÓN: 0

FECHA:

PROCEDIMIENTO DE REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS

Destinatario:	Copia controlada	Copia no controlada
Firma:	N°:	
Fecha:		

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 101-PAC-06
	PROCEDIMIENTO DE REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS	PÁGINA: 2 de 8 EDICIÓN: 0 FECHA:

1. Objeto del procedimiento

El objeto del procedimiento es establecer la sistemática para la realización de las auditorías internas de calidad, con la finalidad de poder cumplir con los requerimientos de la norma ISO 9001:2015.


2. Alcance

El procedimiento aplica a la auditoría de todas las actividades incluidas en el sistema de calidad.

3. Responsabilidades

Los Auditores Internos deben:

- ✓ Actuar conforme a los requerimientos recogidos en este procedimiento
- ✓ Preparar de forma adecuada las actividades programadas y asignadas
- ✓ Anotar las observaciones en base a evidencias objetivas
- ✓ Colaborar en la redacción del informe de auditoría
- ✓ Actuar bajo los principios de responsabilidad, objetividad y confidencialidad.
- ✓ Las referenciadas de carácter general por los auditores
- ✓ Seleccionar el equipo de auditores
- ✓ Preparar los planes de auditorías
- ✓ Coordinar el equipo auditor
- ✓ Presentar el informe de auditoría
- ✓ Archivar las copias de los informes de auditorías y de toda la información generada.
- ✓ Analizar las acciones correctivas realizadas por parte de la empresa Auditora
- ✓ Planificar conjuntamente con el auditor jefe, los datos y el programa de actividades
- ✓ Poner a disposición del equipo auditor todos los medios y facilidades para que realicen su trabajo.

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 101-PAC-06
	PROCEDIMIENTO DE REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS	PÁGINA: 3 de 8 EDICIÓN: 0 FECHA:

- ✓ Actuar de forma responsable y sincera, cooperando con los auditores para conseguir el objetivo que se pretende.

El encargado de calidad debe:


- ✓ Es el interlocutor principal y será el que facilitar la documentación solicitada del sistema de gestión.
- ✓ Informar a todo el personal, el objeto y la finalidad de la auditoría.
- ✓ Planificar con el auditor jefe, los datos y el programa de actividades
- ✓ Poner a disposición del equipo auditor todos los medios y facilidades para que realicen su trabajo
- ✓ Actuar de forma responsable y sincera, cooperando con los auditores para conseguir el objetivo.
- ✓ Determinar las acciones correctoras y velar por su cumplimiento.
- ✓ Elaborar el pliego de acciones correctoras y enviarlo a los auditores

La alta dirección debe:

- ✓ Aprobar el plan anual de auditorías
- ✓ Conocer el contenido de los informes de auditorías, o bien por la participación en las reuniones finales o bien a través del Coordinador ISO 9001.
- ✓ Adoptar las medidas de gestión que sean convenientes para garantizar el cumplimiento de los principios recogidos en la documentación del Sistema de Calidad.

El Comité de calidad debe:

- ✓ Planificar juntamente con el Coordinador ISO 9001 el plan de auditorías anuales, con la indicación del alcance de todas ellas y someterla a la aprobación de la Dirección de la empresa.
- ✓ Evaluar las incidencias detectadas a través del informe final de la auditoría.
- ✓ Transmitir al personal los resultados y las medidas correctoras establecidas.

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 101-PAC-06
	PROCEDIMIENTO DE REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS	PÁGINA: 4de 8 EDICIÓN: 0 FECHA:

4. Cuadro de Modificaciones

Edición	Fecha	Descripción

5. Desarrollo del procedimiento

El Coordinador ISO 9001 deberá establecer los objetivos del programa de auditoria y desarrollar el programa anual de auditorías 101-ID-23 el cual se estructura y programa de acuerdo con la importancia de las actividades de las dependencias en el funcionamiento del sistema institucional de gestión de la calidad a los resultados de auditorías previas, en este último caso se considera como área de mayor importancia para el programa de auditoría aquella con mayor número de hallazgos registrados en auditoría inmediata anterior, estas actividades se realizarán durante los últimos meses de cada año.

Una vez elaborado el programa anual de auditorías 101-ID-23 el coordinador del SGC firma la aprobación.

El Coordinador ISO 9001 asigna para cada auditoría a un auditor líder el cuál será responsable de coordinar dirigir las auditorías internas correspondientes.


En el caso de las auditorías no programadas el Coordinador ISO 9001 podrá seleccionar previamente y cualquier momento el auditor líder.

El auditor Líder es calificado y seleccionado considerando los siguientes lineamientos

Haber cursado y aprobado un curso de formación de auditores en sistemas de gestión de calidad con un resultado de aprovechamiento del 90%.

Tener un mínimo de 6 meses trabajando en el CEPIES.

Tener conocimientos de los procesos en el CEPIES.

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 101-PAC-06
	PROCEDIMIENTO DE REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS	PÁGINA: 5de 8 EDICIÓN: 0 FECHA:

El Coordinador ISO 9001 y el auditor líder serán evaluados por las áreas auditadas para su análisis, retroalimentación y mejora continua para las posteriores revisiones a través del instrumento de evaluación llamado evaluación del auditor interno de calidad.

a) Planeación de la auditoría

El Coordinador ISO 9001 se prepara el aviso de auditoría donde se indica la fecha de realización de cada auditoría, el objetivo, el alcance de la auditoría y el plan de auditoría donde se especifican las actividades a seguir, este documento es enviado a rectoría con copia a los responsables de las áreas a auditar por lo menos con una semana de anticipación a la fecha programada alguna indisposición recibir la auditoría de las áreas auditar se deberá informar al auditor líder con un plazo mínimo de 3 días hábiles antes de la ejecución de la auditoría indicándose el motivo de cancelación y la nueva fecha para su ejecución una vez confirmadas las fechas para ejecutar la auditoría el Coordinador ISO 9001 en coordinación con el auditor líder deberán tener la siguiente documentación preparada:


- ✓ Registro de asistencia
- ✓ Agenda de la auditoría
- ✓ Lista de comprobación como referencia y apoyo

b) Ejecución de la auditoría

Durante la reunión de apertura el auditor líder canaliza el registro de asistencia y da lectura a la notificación de auditoría confirmando el objetivo y el alcance de la auditoría, el plan de auditoría, la norma de referencia y la metodología a seguir para la ejecución de la misma.

La reunión de apertura debe contar con la presencia de la alta dirección, el encargado de calidad, el auditor líder, el equipo y los responsables de las áreas a auditar

Una vez concluída la reunión de apertura el auditor líder realiza visitas a las áreas de auditar de vez en cuando al plan auditoría recopilando por cada área de las evidencias y

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 101-PAC-06
	PROCEDIMIENTO DE REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS	PÁGINA: 6de 8 EDICIÓN: 0 FECHA:

hallazgos de auditoría para la evaluación del sistema institucional de gestión de calidad a través de las listas de comprobación tomando notas sobre las desviaciones encontradas.

El equipo de auditoría interna debe reunirse cuantas veces sea necesario para revisar hallazgos de auditoría en momentos adecuados la misma para tomar acuerdos sobre los avances y conclusiones de auditoría

Al término de la auditoría se realizan en la reunión final con la presencia del Coordinador ISO 9001 y los responsables de las áreas auditadas, el auditor líder y su equipo auditor breve informe verbal del resultado de la auditoría recibir a los comentarios correspondiente sobre la ejecución de la auditoría y dar a conocer la fecha y entrega del informe de auditoría a la brevedad; posible la reunión de apertura y la reunión final son opcionales en los casos de auditorías internas y/o parciales.

c) Reporte de auditoría


Al siguiente día hábil de la reunión final para analizar y evaluar la información obtenida de la auditoría al término de su análisis y evaluación del auditor líder, el elaborará un informe de auditoría indicando las no conformidades y hallazgos detectados.

Los hallazgos de la auditoría pueden indicar tanto, conformidad como no conformidad con los requisitos de la norma ISO o los criterios de auditoría.

La declaración y clasificación de las no conformidades se realizará considerando los siguientes criterios:

Debilidad: Es el cumplimiento de forma dada de alguna parte de un criterio de la norma, puede afectar directamente a la calidad de servicio.

Riesgo: Es el cumplimiento de la ausencia la aplicación parcial de un criterio de la norma en una o dos áreas del SGC las áreas de preocupación pueden ocasionar o representar obstáculos a la seguridad y economía de la institución.

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 101-PAC-06
	PROCEDIMIENTO DE REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS INTERNAS	PÁGINA: 7 de 8 EDICIÓN: 0 FECHA:

No conformidad: Es la ausencia a la no aplicación de un criterio de la norma en alguna dependencia o en toda la institución.

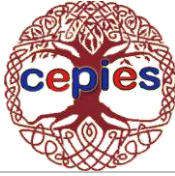
El Coordinador ISO 9001 entrega el informe final de auditoría al vicerrectorado y/o al comité de calidad.

d) Seguimiento

Las acciones correctivas y el tiempo necesario para desahogar las no conformidades y hallazgos indicados en el informe de auditoría serán determinadas por el Coordinador ISO 9001 del SGC área el cual asignará a un responsable para su desarrollo y seguimiento por medio de su registro en el formato nominado Registro de No Conformidad.

Los responsables de los procesos del SGC en las dependencias, unidades académicas y facultades deben dar seguimiento a las no conformidades detectadas y sus respectivas acciones correctivas, se informará a la autoridad responsable del área sobre el resultado de su aplicación.

Los responsables de los procesos del SGC, los responsables de la calidad en las dependencias, unidades académicas, facultades serán los responsables de conservar los registros derivados de este procedimiento; el coordinador del SGC dará seguimiento a través del formato denominado control de hallazgos mismos que pueden utilizarse para el análisis estadístico.



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO DE REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS
INTERNAS

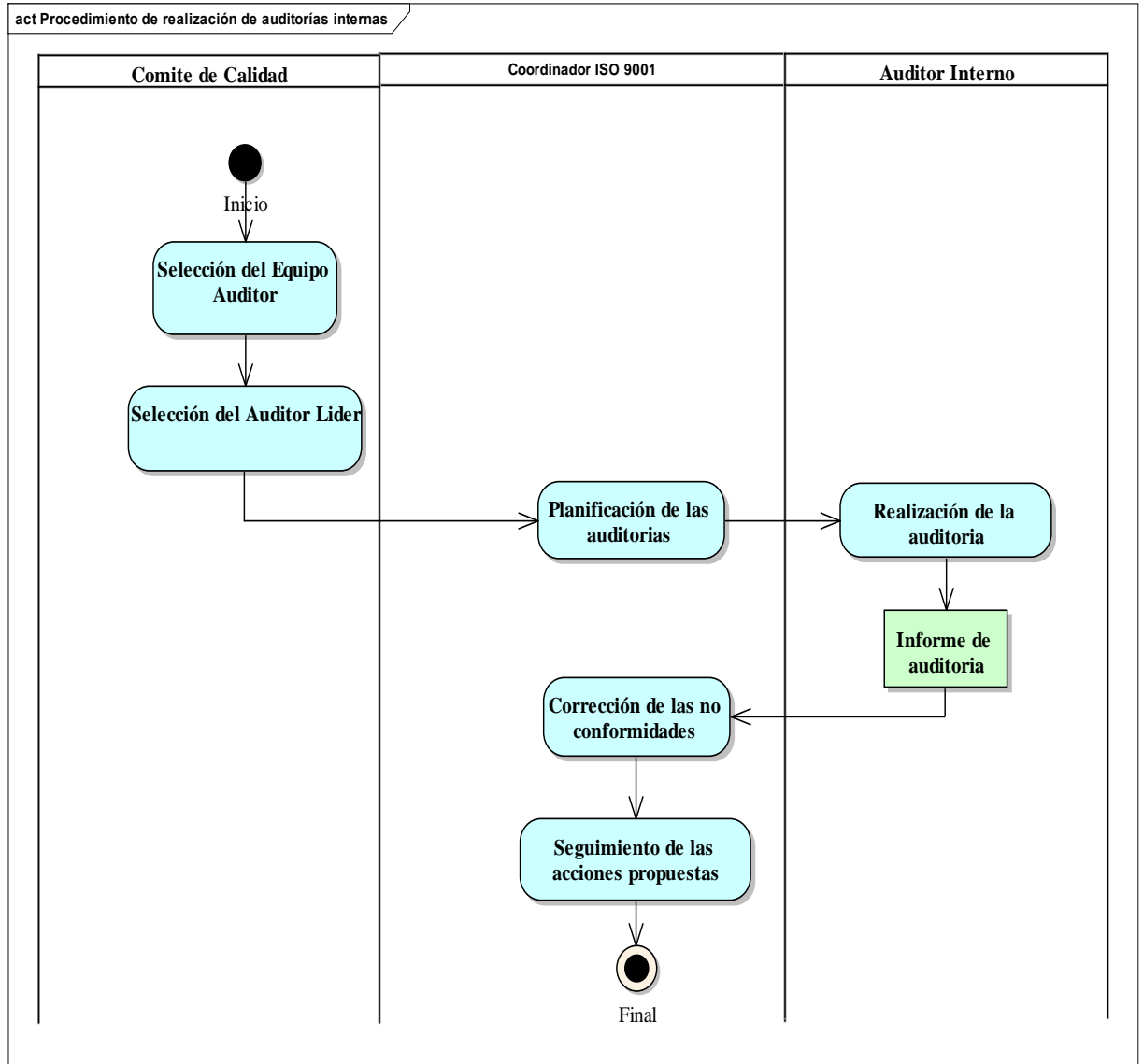
CODIGO: 101-PAC-06

PÁGINA: 8 de 8

EDICIÓN: 0

FECHA:

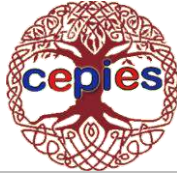
➤ Diagrama de actividades



6. Documentos relacionados

La información documentada que deriva de este procedimiento es:

- ✓ Programa de auditoría
- ✓ Modelo de formato del plan anual de auditorías
- ✓ Informe de auditoría interna



PROCEDIMIENTO

CÓDIGO:102-PAC-01

PÁGINA: 1 de 7

EDICIÓN: 0


FECHA:

PROCEDIMIENTO DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

PROCEDIMIENTO DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

Destinatario:	Copia controlada	Copia no controlada
Firma: Fecha:	N°:	

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

	PROCEDIMIENTO	CÓDIGO: 102-PAC-01
	PROCEDIMIENTO DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	PÁGINA: 2 de 7 EDICIÓN: 0 FECHA:

1. Objeto del procedimiento

Definir el seguimiento a realizarse para la obtención de la información de la percepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos, de manera que ayude a la institución en una mejora continua.

2. Alcance

El alcance de este procedimiento es cualquier actuación, estado o situación, en relación con la calidad.

3. Responsabilidades

Responsable del SGC debe:

- ✓ Enviar las encuestas de satisfacción del cliente.
- ✓ Recopilación de todos los datos necesarios y descritos en el presente procedimiento y presentarlos así al comité de calidad para su análisis y toma de decisiones.

4. Cuadro de Modificaciones


Edición	Fecha	Descripción

5. Desarrollo del procedimiento

Las medidas obtenidas proporcionan la información desde el punto de vista del cliente, sobre su nivel de satisfacción en cada una de las partes de la institución, desde la atención telefónica, comunicación, capacitación, enseñanza académica y entrega del servicio.

Para poder analizar con más profundidad el grado de satisfacción al cliente tenemos que analizar diferentes parámetros que son:

- ✓ Índice de satisfacción al cliente por encuesta
- ✓ Índice de reclamos

	PROCEDIMIENTO	CÓDIGO: 102-PAC-01
	PROCEDIMIENTO DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	PÁGINA: 3 de 7 EDICIÓN: 0 FECHA:

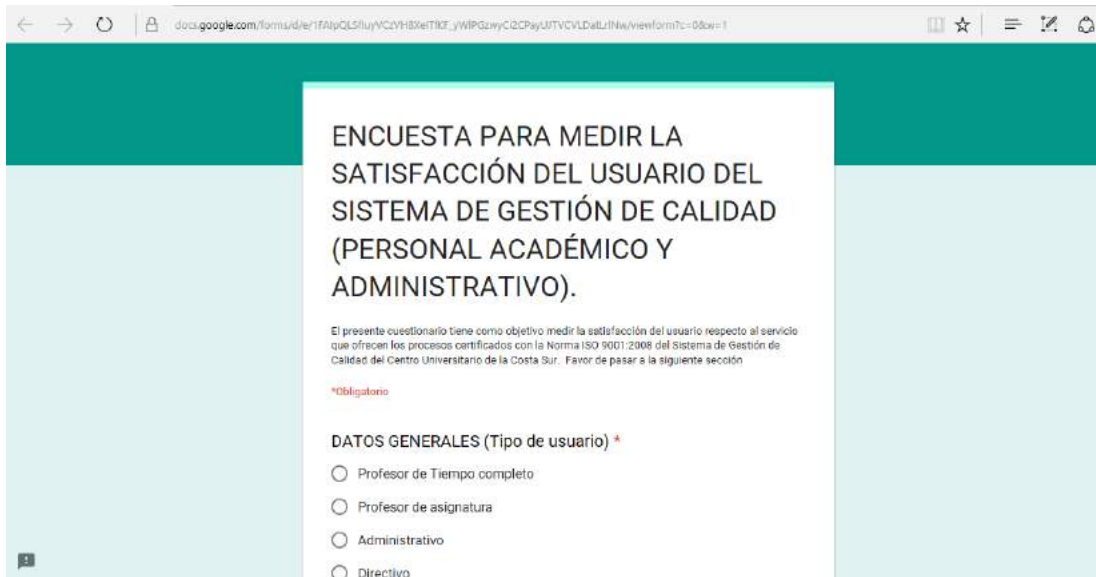
A partir de la puntuación global se llegará a conocer el grado de satisfacción al cliente.

a) *Índice de satisfacción al cliente por encuesta*

La periodicidad para la evaluación de satisfacción en la institución se realizará cada finalización de curso el cual será enviado mediante una encuesta a todos los estudiantes activos. Los mismos están en línea para ser contestados para su posterior análisis

Código	Proceso
https://1drv.ms/xs/s!As76ScJIOuY_aABauXkbQYb7uNY	Encuesta para medir la satisfacción del cliente
https://1drv.ms/xs/s!As76ScJIOuY_aEYJLKompZA7Eik	Encuesta para medir la satisfacción del cliente de Servicios Administrativos
https://1drv.ms/xs/s!As76ScJIOuY_aPMIVerS0izvqpM	Encuesta para medir la satisfacción del cliente de Biblioteca

- *Visualización en línea*



← → ↻ 📄 docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQL5liuYVC2VH8XeTRK_yWIPGauyC2CPayJUTVCVLDatLrInw/viewform?c=0&w=1

ENCUESTA PARA MEDIR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD (PERSONAL ACADÉMICO Y ADMINISTRATIVO).

El presente cuestionario tiene como objetivo medir la satisfacción del usuario respecto al servicio que ofrecen los procesos certificados con la Norma ISO 9001:2008 del Sistema de Gestión de Calidad del Centro Universitario de la Costa Sur. Favor de pasar a la siguiente sección

***Obligatorio**

DATOS GENERALES (Tipo de usuario) *

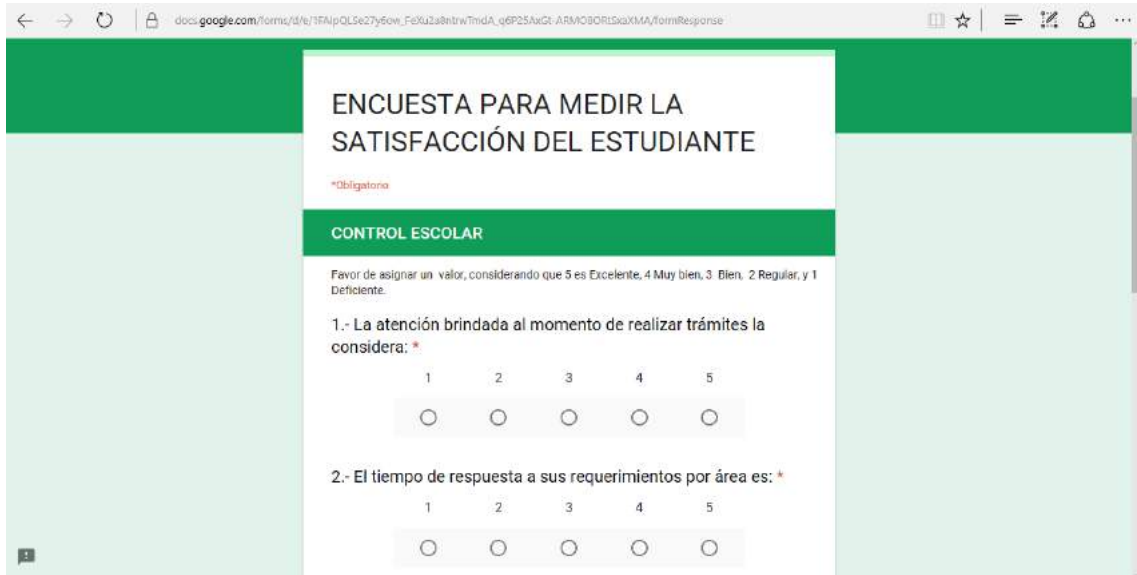
Profesor de Tiempo completo

Profesor de asignatura

Administrativo

Directivo

	PROCEDIMIENTO	CÓDIGO: 102-PAC-01
	PROCEDIMIENTO DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	PÁGINA: 4 de 7 EDICIÓN: 0 FECHA:



ENCUESTA PARA MEDIR LA SATISFACCIÓN DEL ESTUDIANTE

*Obligatorio

CONTROL ESCOLAR

Favor de asignar un valor, considerando que 5 es Excelente, 4 Muy bien, 3 Bien, 2 Regular, y 1 Deficiente.

1.- La atención brindada al momento de realizar trámites la considera: *

1 2 3 4 5

2.- El tiempo de respuesta a sus requerimientos por área es: *

1 2 3 4 5

El cual será enviado: por correo electrónico, conjuntamente con las últimas evaluaciones.

El análisis de los resultados obtenidos se coloca en una tabla y se evalúan individualmente.

El índice de mayor importación que se obtendrá en cuanto a satisfacción de los estudiantes será el Net Promoter Score cuya fórmula es la siguiente:

$$NPS = N^{\circ} \text{ de promotores} - N^{\circ} \text{ de no promotores}$$

El mismo es analizado con una escala del 1-10 donde la pregunta es ¿Cuál es la probabilidad que usted recomiende nuestro servicio a un amigo?, en esa cuestión se define que las personas que den una puntuación de 10 a 9 serán promotores y el resto será un no promotor.

El Coordinador ISO 9001 realizará las campañas de encuestas, el cual estará encargado de realizar el seguimiento.

Los datos individuales tienen que ser recogidos por el Comité de Calidad para realizar el análisis en las reuniones periódicas y en las revisiones por la Dirección.

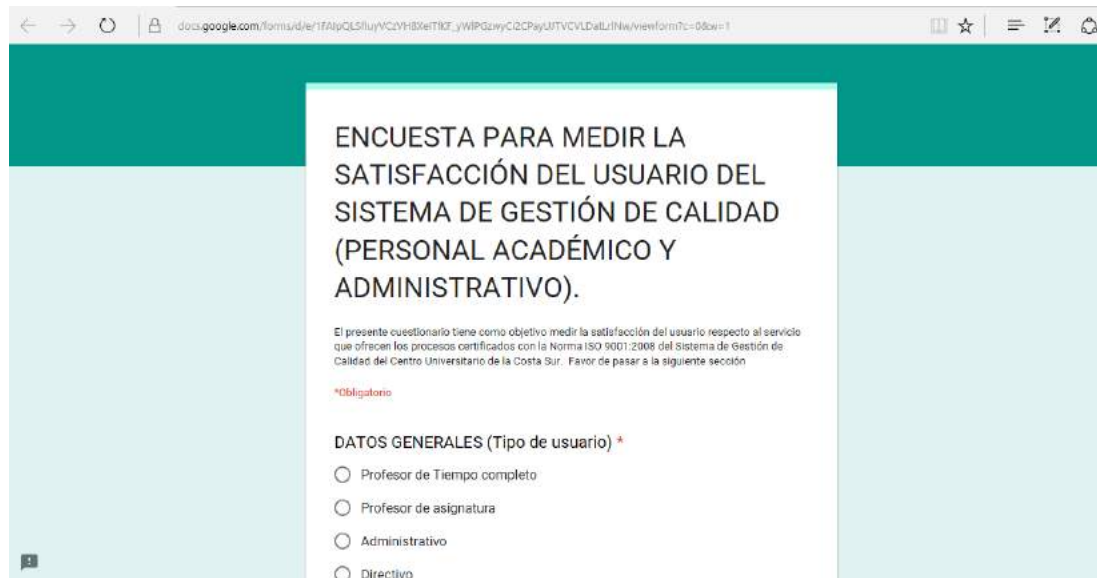
	PROCEDIMIENTO	CÓDIGO: 102-PAC-01
	PROCEDIMIENTO DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	PÁGINA: 5 de 7 EDICIÓN: 0 FECHA:

Análisis de los valores globales de la encuesta:

Una vez obtenido el valor global hay que definir:

- Quién analiza el dato y quién se lo da al comité de calidad.
- Qué porcentaje de participación ha tenido y si es significativo o no.
- Establecer acciones de mejora tanto sobre los resultados individuales, como en la participación de la encuesta.

Una vez que se determina la puntuación global derivada del resultado de las encuestas, se definen el índice de satisfacción del cliente.



← → ↻ 🔒 docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQL5luYVCZYH8XeITK7_yWIPGzwyC2CPayJUTVCVLDaLrINw/viewform?c=0&oi=1

ENCUESTA PARA MEDIR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD (PERSONAL ACADÉMICO Y ADMINISTRATIVO).

El presente cuestionario tiene como objetivo medir la satisfacción del usuario respecto al servicio que ofrecen los procesos certificados con la Norma ISO 9001:2008 del Sistema de Gestión de Calidad del Centro Universitario de la Costa Sur. Favor de pasar a la siguiente sección

***Obligatorio**

DATOS GENERALES (Tipo de usuario) *

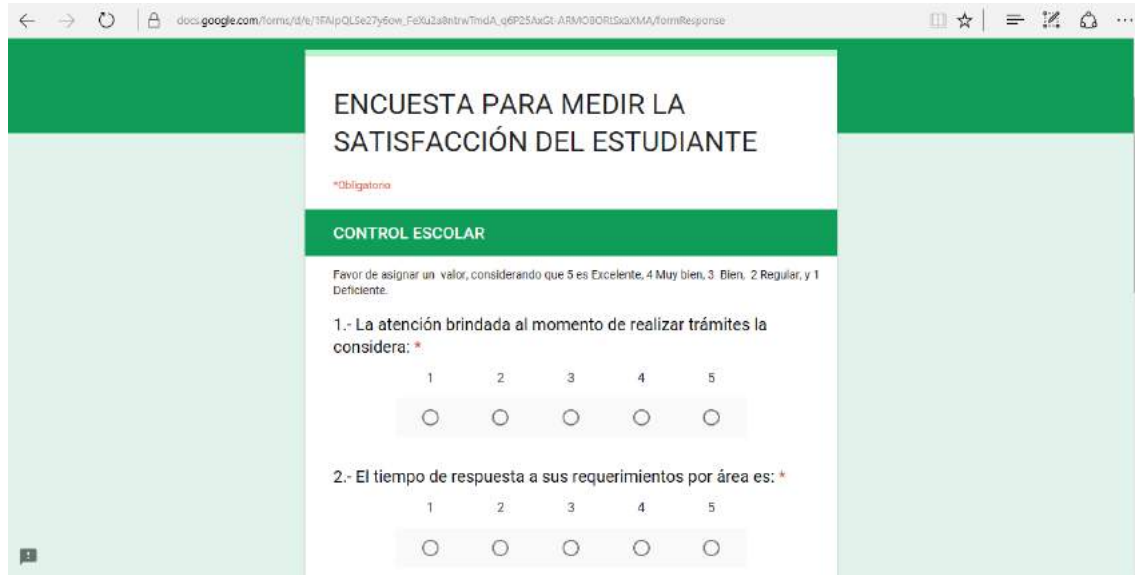
Profesor de Tiempo completo

Profesor de asignatura

Administrativo

Directivo

	PROCEDIMIENTO	CÓDIGO: 102-PAC-01
	PROCEDIMIENTO DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	PÁGINA: 6 de 7 EDICIÓN: 0 FECHA:



ENCUESTA PARA MEDIR LA SATISFACCIÓN DEL ESTUDIANTE

*Obligatorio

CONTROL ESCOLAR

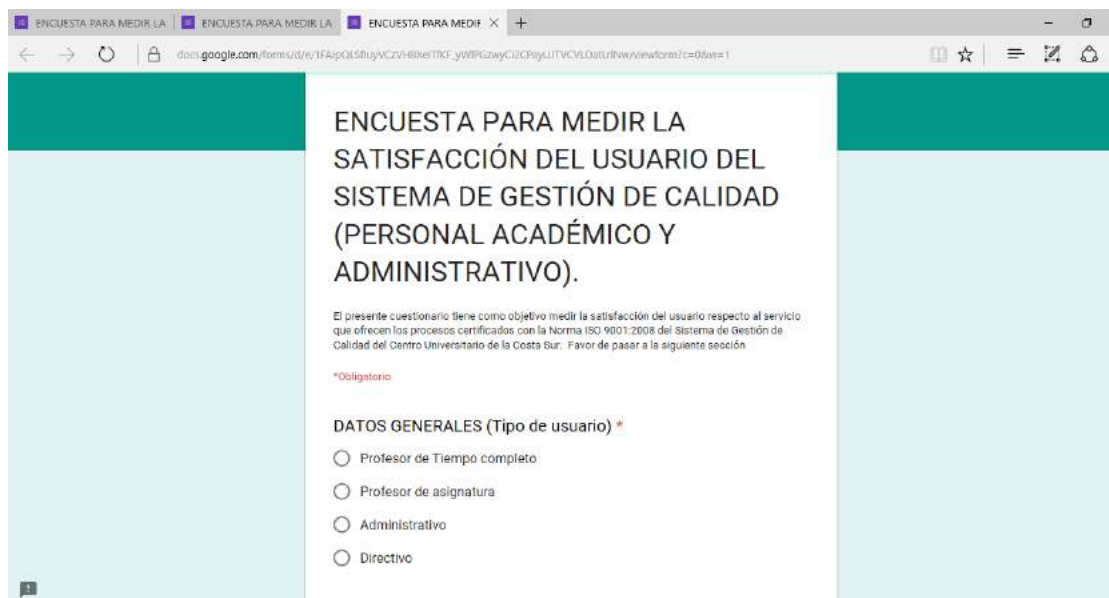
Favor de asignar un valor, considerando que 5 es Excelente, 4 Muy bien, 3 Bien, 2 Regular, y 1 Deficiente.

1.- La atención brindada al momento de realizar trámites la considera: *

1 2 3 4 5

2.- El tiempo de respuesta a sus requerimientos por área es: *

1 2 3 4 5



ENCUESTA PARA MEDIR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD (PERSONAL ACADÉMICO Y ADMINISTRATIVO).

El presente cuestionario tiene como objetivo medir la satisfacción del usuario respecto al servicio que ofrecen los procesos certificados con la Norma ISO 9001:2008 del Sistema de Gestión de Calidad del Centro Universitario de la Costa Sur. Favor de pasar a la siguiente sección

*Obligatorio

DATOS GENERALES (Tipo de usuario) *

Profesor de Tiempo completo

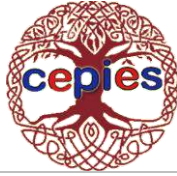
Profesor de asignatura

Administrativo

Directivo

b) Índice de Reclamación de los Clientes

Este ratio será evaluado por mes y posteriormente por año, el cual señalará el grado de satisfacción al cliente, mismo será evaluado por el Coordinador ISO 9001 y también determinará las acciones de mejora a aplicar, el cual también dará los datos analizados al Comité de Calidad.



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

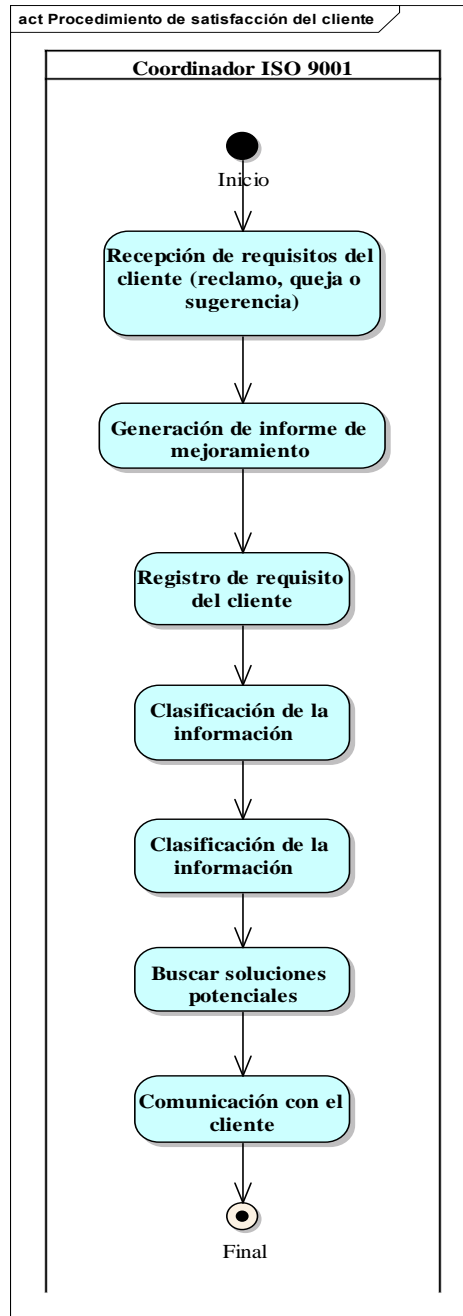
CÓDIGO:102-PAC-01

PÁGINA: 7 de 7

EDICIÓN: 0

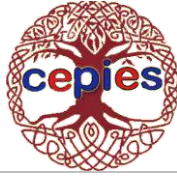
FECHA:

➤ Diagrama de actividades



6. Documentos relacionados

- ✓ Organigrama de la institución.
- ✓ Formato de reclamación cliente



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN
DEL PERSONAL

CODIGO:102-PAC-02

PÁGINA: 1 de 4


EDICIÓN: 0

FECHA:

PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DEL PERSONAL

Destinatario:	Copia controlada	Copia no controlada
Firma:	Fecha:	N°:

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-02
	PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DEL PERSONAL	PÁGINA: 2 de 4 EDICIÓN: 0 FECHA:

1. Objeto del procedimiento

Este procedimiento tiene por objeto definir los mecanismos para establecer la capacitación del personal.

2. Alcance

Este procedimiento aplica a todo el personal de la institución.

3. Responsabilidades

La alta dirección debe:

- ✓ Determinar las necesidades de formación.
- ✓ Evaluar y aprobar los planes de formación.
- ✓ Aprobar las propuestas y solicitudes de la formación del personal

Las Subdirecciones son encargadas de:

- ✓ Revisar y determinar las necesidades de la formación del personal de la institución.
- ✓ Propondrán la realización de acciones formativas que sean coherentes con las actividades que se realizan con el personal a su cargo.
- ✓ Promoverán la asistencia a la formación interna
- ✓ Evaluarán el resultado de las acciones formativas realizadas a lo largo del año.

El Coordinador ISO 9001 debe:


- ✓ Elaborar el plan de formación anual de la empresa
- ✓ Archiva y tiene a disposición del personal los temarios de los cursos impartidos, así como los certificados de los cursos de los trabajadores.

El personal participante de los cursos son los responsables de:

- ✓ Obtener el mayor rendimiento en la formación
- ✓ Transmitir los conocimientos adquiridos

4. Cuadro de Modificaciones

Edición	Fecha	Descripción

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-02
	PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DEL PERSONAL	PÁGINA: 3 de 4 EDICIÓN: 0 FECHA:

5. Desarrollo del procedimiento

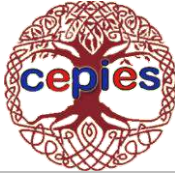
Las Subdirecciones, evaluarán las necesidades de su personal dejando constancia documental mediante la información documentada 101-ID-17.

Se elabora un plan de formación anual interno en función de las tareas a realizar. En cuanto a la formación, ésta se realizará en función de las necesidades que se detecten y será registrada directamente en el Plan de formación 101-ID-18.

Cuando la formación se satisfaga con charlas o cursos, el responsable de la capacitación realizará la lista de asistentes, que será firmada por los mismos a la finalización, certificando así la asistencia, el Coordinador ISO 9001 se responsabiliza de su archivo y conservación.

El encargado de capacitación según la subdirección realizará la evaluación de la capacitación verificando la aplicabilidad y eficacia verificando los criterios de:

- ✓ Cumplimiento del programa de la capacitación.
- ✓ Aplicación de conocimientos en el puesto de trabajo o al interior de las actividades del CEPIES.



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN
DEL PERSONAL

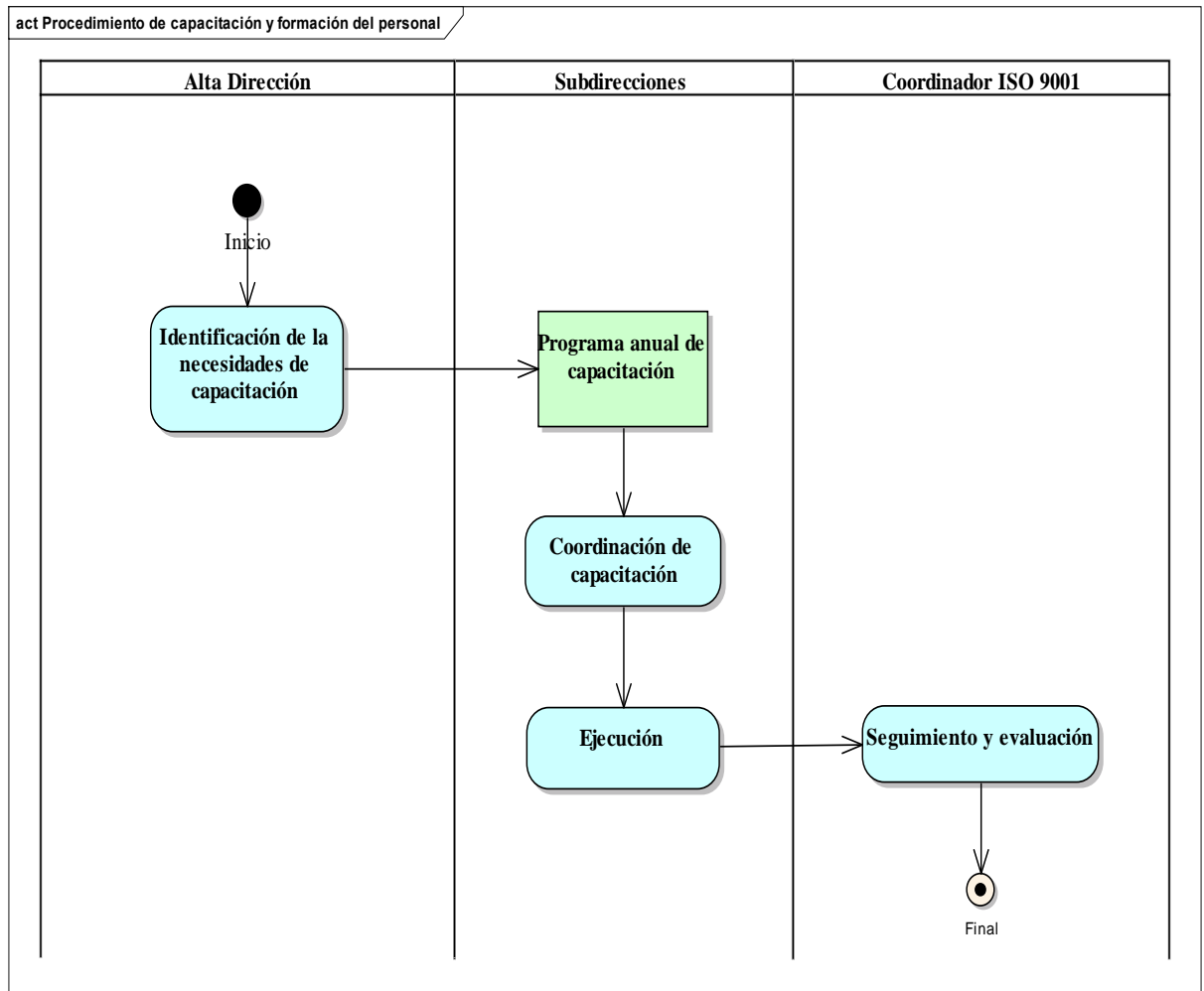
CODIGO:102-PAC-02

PÁGINA: 4 de 4

EDICIÓN: 0

FECHA:

➤ Diagrama de actividades



6. Documentos relacionados

La información documentada derivada de este procedimiento es:

Registro de capacitaciones 101-ID-19.

Plan de formación 101-ID-18.

Registro de evaluación de los cursos de formación 101-ID-20.

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-03
	PROCEDIMIENTO DE COMUNICACIÓN DEL PERSONAL	PÁGINA: 1 de 4 EDICIÓN: 0 FECHA:

PROCEDIMIENTO DE COMUNICACIÓN DEL PERSONAL

Destinatario:	Copia controlada	Copia no controlada
Firma:	N°:	
Fecha:		

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-03
	PROCEDIMIENTO DE COMUNICACIÓN DEL PERSONAL	PÁGINA: 2 de 4 EDICIÓN: 0 FECHA:

1. Objeto del procedimiento

El presente procedimiento tiene por objeto establecer los criterios para la comunicación dentro de la institución, con la finalidad de involucrar a todo el personal en la mejora continua del sistema y en transmitir la información adecuada a las partes interesadas.

2. Alcance

Este procedimiento aplica a las comunicaciones entre la Alta dirección y el personal de la empresa en sentido ascendente y descendente, y entre los miembros del Comité de Calidad, así como toda la comunicación horizontal de la organización y con las partes interesadas.

3. Responsabilidades

La responsabilidad principal del cumplimiento de este procedimiento es de la Alta Dirección.

4. Cuadro de Modificaciones

Edición	Fecha	Descripción

5. Desarrollo del procedimiento

La comunicación interna se realizará a través de reuniones, teléfonos y todos los sistemas válidos para fomentar la comunicación interna adecuada que fomente la motivación personal.

a) Reuniones del Comité de Calidad

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-03
	PROCEDIMIENTO DE COMUNICACIÓN DEL PERSONAL	PÁGINA: 3 de 4 EDICIÓN: 0 FECHA:

El Comité de Calidad intercambiará información referente a la eficacia del sistema de forma cuatrimestral. Los temas y acuerdos tratados quedan reflejados en las actas de este comité.

Las Subdirecciones reúnen a las personas afectadas para comentar los principales aspectos de cada reunión, en relación a las acciones correctivas o de mejora que debe adoptar el personal de la institución.

Particularmente, se comunica de forma clara al personal de la institución:

- ✓ Los nuevos objetivos que se deben alcanzar
- ✓ Los medios necesarios para alcanzar los objetivos
- ✓ El estado de los indicadores de calidad valorados en cada reunión.

Para que las reuniones del comité se realicen de forma más sistemática y sean tratados todos los puntos necesarios para un mejor desarrollo del sistema de calidad, se introduce el formato sobre el que se realizan las actas de las reuniones con el formato 101-ID-13.

Todos los comunicados internos documentados realizados al personal, ya sea para informar o bien para notificar el compromiso, toque de atención al personal y obligatoriedad de algún quehacer, quedarán registrados en la información documentada 101-ID-21.

b) Notificación de los requisitos

Las Subdirecciones difunden al personal afectado los requisitos particulares de las partes interesadas.

c) Difusión de la política de calidad

El Coordinador ISO 9001 coloca la política de calidad en el tablón de anuncios de la oficina y a la vista de las partes interesadas externas. Además, cuando hay cambios, se difunden en las reuniones entre el Coordinador ISO 9001 y los miembros de la empresa. Se comunicará la Política de calidad a todas las partes interesadas.

d) Acceso a la Alta Dirección

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-03
	PROCEDIMIENTO DE COMUNICACIÓN DEL PERSONAL	PÁGINA: 4 de 4 EDICIÓN: 0 FECHA:

El personal de la institución tiene acceso directo a proponer cualquier mejora en el trabajo y a comunicar cualquier requisito nuevo que solicite el estudiante.

e) Comunicación externa

Cualquier tipo de comunicación externa con las partes interesadas deberá quedar registrada debidamente como información documentada. En este registro también se anotarán las comunicaciones internas documentadas con las partes interesadas. También se registrarán las comunicaciones establecidas con organismos y administraciones públicas con la finalidad de cumplir con requisitos legales o normativos de la empresa.

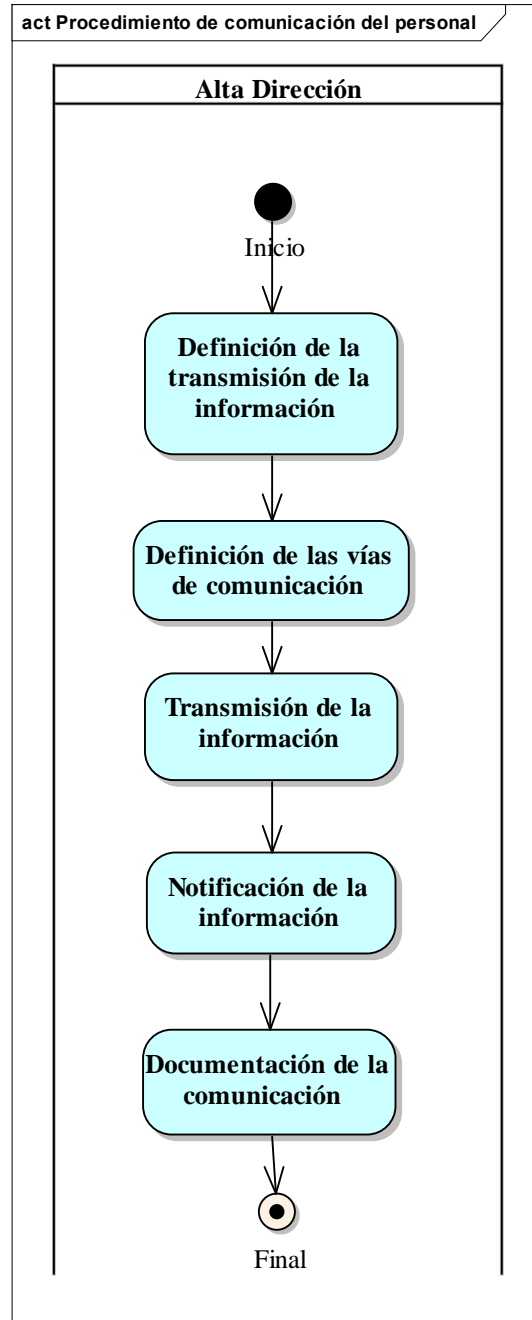
Se establece esta comunicación con la finalidad de informar de los temas de la gestión de calidad a las partes interesadas ajenas a la institución, y recoger sus propuestas de mejora al respecto.

Con la finalidad de informar sobre el Sistema de Gestión de Calidad implantado y certificado en la institución, se recogerá el logotipo de certificación en facturas, tarjetas de visita y otros documentos de la empresa.

Se mantiene constante comunicación con el cliente (teléfono, reuniones presenciales y correo electrónico) para informar de cualquier tema relativo a la calidad del servicio prestado.

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-03
	PROCEDIMIENTO DE COMUNICACIÓN DEL PERSONAL	PÁGINA: 5 de 4 EDICIÓN: 0 FECHA:

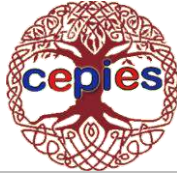
➤ **Diagrama de actividades**



6. Documentos relacionados

La información documentada derivada de este procedimiento es:

- Registro de comunicaciones 101-ID-21.



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO
INSTALACIONES

CODIGO: 102-PAC-04

PÁGINA: 1 de 6


EDICIÓN: 0

FECHA

PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO INSTALACIONES

Destinatario:	Copia controlada	Copia no controlada
Firma:	N°:	
Fecha:		

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-04
	PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO INSTALACIONES	PÁGINA: 2 de 6 EDICIÓN: 0 FECHA

1. Objeto del procedimiento

Este procedimiento tiene por objeto establecer la sistemática para mantener la infraestructura necesaria para conseguir la realización correcta de los trabajos y la conformidad del servicio prestado a los clientes. También es necesario gestionar el ambiente de trabajo con la finalidad de conseguir la conformidad de los trabajos.

2. Alcance

Este procedimiento aplica a:

- ✓ Las instalaciones en el CEPIES.
- ✓ Equipos para desarrollar los procesos (tanto hardware como software)
- ✓ Servicios de apoyo como la comunicación necesarios para la realización de los trabajos que requieran los clientes.

3. Responsabilidades

La responsabilidad principal para el cumplimiento de los aspectos relativos a la infraestructura de este procedimiento es la Alta Dirección.


4. Cuadro de Modificaciones

Edición	Fecha	Descripción

5. Desarrollo del procedimiento

5.1. Materiales y productos utilizados en las actividades de limpieza y desinfección

Jabón detergente: Utilizado para todas las labores de limpieza, quita manchas y mugre, garantizando la limpieza de todas las superficies.

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-04
	PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO INSTALACIONES	PÁGINA: 3 de 6 EDICIÓN: 0 FECHA

Desinfectante: el aspecto de mayor relevancia en la prevención y control de infecciones es el manejo adecuado del desinfectante, el cual permite desinfectar el medio ambiente en la dependencia a desinfectar.

Hipoclorito: Es un compuesto a base de cloro eficaz contra virus, hongos, bacterias y demás Microorganismos peligrosos. Es un buen desinfectante hospitalario en áreas críticas.

Ambientadores: Jabón que además de limpiar aromatiza el ambiente, debe ser utilizado solo después de realizar el proceso de limpieza y desinfección.

Ceras: Para uso exclusivo de oficinas, antideslizantes para garantizar seguridad a las Personas que allí transitan.

Champú para alfombras y muebles: Utilizado en el lavado de sillas y alfombras

5.2. Mantenimiento general de las instalaciones

El mantenimiento general de las instalaciones es realizado por personal o bien es subcontratado. Hay que explicar qué hacéis vosotros y quién lo realiza y qué subcontratáis.

El mantenimiento mencionado será de:

- ✓ Instalación eléctrica y automatismos
- ✓ Limpieza de las oficinas y del edificio.

En cuanto al mantenimiento correctivo de todos los puntos descritos anteriormente se establece que:

La persona que detecte cualquier incidencia se encargará de comunicarlo al Coordinador ISO 9001. A partir de este momento, el Coordinador ISO 9001 se encargará de solicitar el servicio a una empresa subcontratada o bien de solucionarlo internamente.

En cuanto al mantenimiento preventivo se establece que:

- ✓ Instalación eléctrica: revisión trianual de la toma de tierra por parte de un instalador autorizado.

En el caso, de la instalación en colectivas, se solicitará a la propiedad una copia de los documentos que evidencian el control, así como las acreditaciones de los instaladores

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-04
	PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO INSTALACIONES	PÁGINA: 4de 6 EDICIÓN: 0 FECHA

autorizados, como es el caso de los ascensores y de la toma de tierra del edificio. Se debe guardar registro de todas las inspecciones y operaciones de mantenimiento en la información documentada adjunta a este procedimiento.

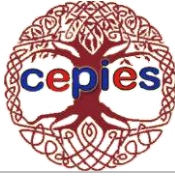
5.3. Limpieza de aulas, oficinas y auditorios

La limpieza de las aulas, oficinas y auditorias es todos los días procurando que la limpieza se realice en las primeras horas de la mañana, está a cargo del personal de limpieza el cual con lleva a las siguientes actividades:

Frecuencia	Acciones
Diaria	Retiro de los basureros que se encuentre en los espacios y dar ubicación a las nuevas bolsas color negro.
Diaria	Limpieza del polvo de los muebles cuadros, escritorios y aspiración o el uso de la escoba y recogedor
Diaria	Realice una limpieza uniforme pasando el trapeador con detergente

5.4. Mantenimiento de los equipos informáticos

La persona que se ocupa del mantenimiento de los equipos informáticos así como de las incidencias que puedan surgir del uso y actualización del software es personal de la UMSA, que compagina sus funciones habituales con las de la realización del mantenimiento de los equipos. Se realizará un inventario de todos los equipos presentes en la institución, así como su identificación con su usuario habitual, indicando en el mismo registro las operaciones e incidencias detectadas.



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO
INSTALACIONES

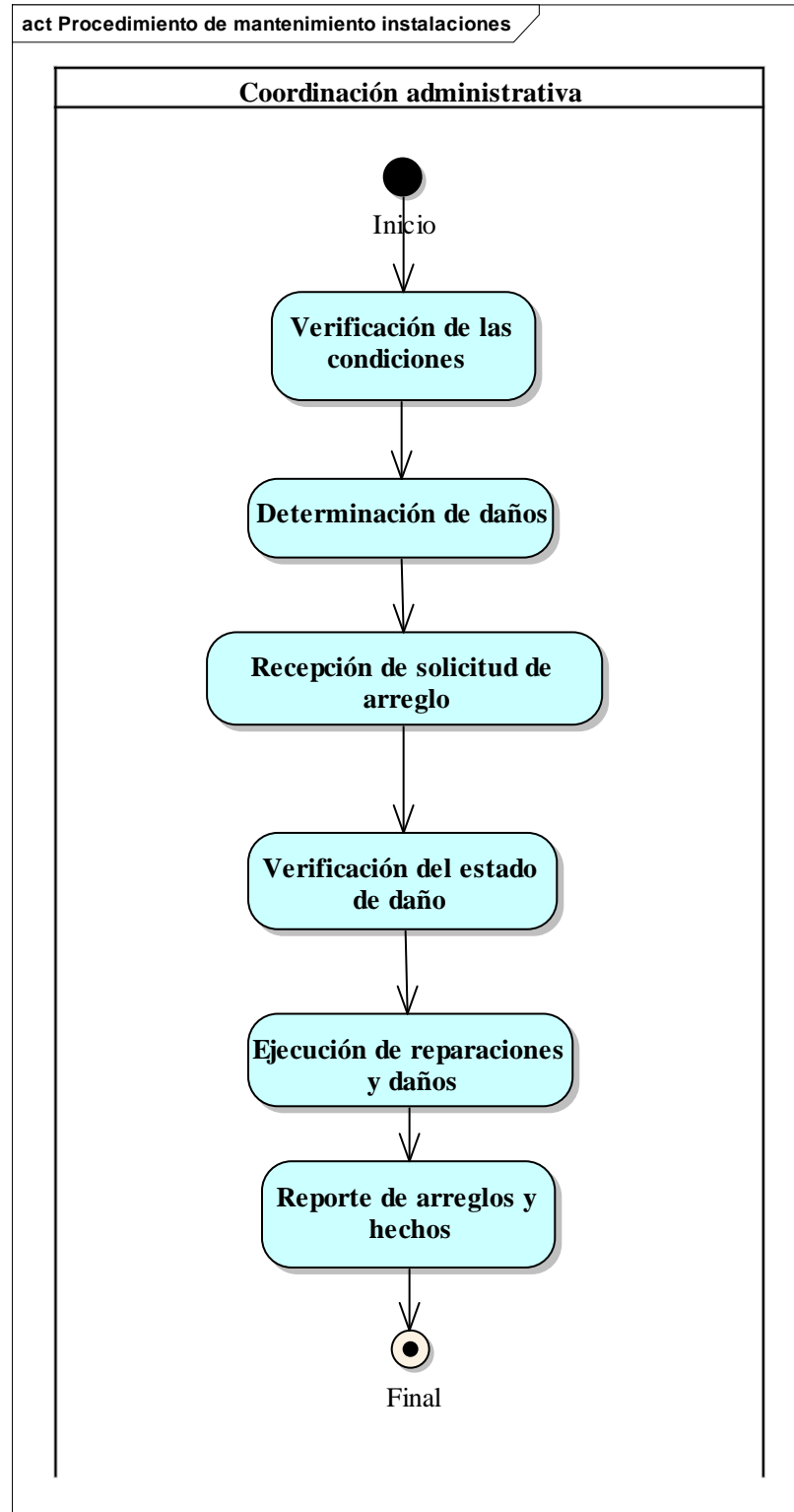
CODIGO: 102-PAC-04

PÁGINA: 5 de 6

EDICIÓN: 0

FECHA

➤ Diagrama de actividades



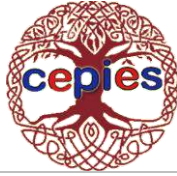
	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-04
	PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO INSTALACIONES	PÁGINA: 6de 6 EDICIÓN: 0 FECHA

6. Documentos relacionados

La información documentada que deriva de este procedimiento es:

Registro de operaciones de mantenimiento de las infraestructuras.

Inventario y registro de operaciones de los equipos informáticos.



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO PAGO DE DOCENTES

CODIGO: 102-PAC-05

PÁGINA: 1 de 4


EDICIÓN:

FECHA:

PROCEDIMIENTO PAGO DE DOCENTES

Destinatario:	Copia controlada	Copia no controlada
Firma:	Fecha:	N°:

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-05
	PROCEDIMIENTO PAGO DE DOCENTES	PÁGINA: 2 de 4 EDICIÓN: FECHA:

1. Objeto del procedimiento

El objeto del procedimiento es poseer un sistema que permita gestionar la remuneración y pagos que correspondan a los docentes de la instrucción.

1. Alcance

El procedimiento es de aplicación en el trámite que se realiza desde la solicitud hasta el desembolso.

2. Responsabilidades

El Área de Contabilidad debe:


- ✓ Emitir informes y reportes de la generación de los pagos
- ✓ Informar la planificación sobre la procedencia del pago.

El área de planificación docente debe:

- ✓ Definir la carga horaria docente y respectiva ponderación monetaria.
- ✓ Verificar que los sueldos y prestaciones se paguen conforme a las normas y lineamientos establecidos.
- ✓ Apoyar al seguimiento de quejas que se presenten.

3. Cuadro de Modificaciones

Edición	Fecha	Descripción

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-05
	PROCEDIMIENTO PAGO DE DOCENTES	PÁGINA: 3 de 4 EDICIÓN: FECHA:

4. Desarrollo del procedimiento

El área de planificación debe contar con la carga académica semestral antes del inicio del semestre.

El área de planificación debe contar con los reportes de tiempos trabajados con base a la generación de datos en control del personal docente.

El área de planificación delimita el monto de pago a los docentes según la trayectoria y situación que tenga.

A través de la contratación del docente, se identifica el grado, nivel del docente para su pago.

Asigna los sueldos con respecto al presupuesto planificado y la evaluación anterior ya realizada.

Cálculo y aplicación de los importes por IVA e ITE.

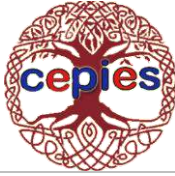
Se realiza la aplicación de descuentos por ley y por incidencia de los docentes.

Se procederá a ejecutar los descuentos autorizados.

Elabora la nómina, con la firma de autorización.

En la programación de pagos se relacionan las cuentas bancarias de donde se debitará el pago.

Una vez ya aprobados los pagos, se procede al pago, el cual está respaldado por recibos, los comprobantes de egreso, el cual será resguardado por el área de contabilidad.



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO PAGO DE DOCENTES

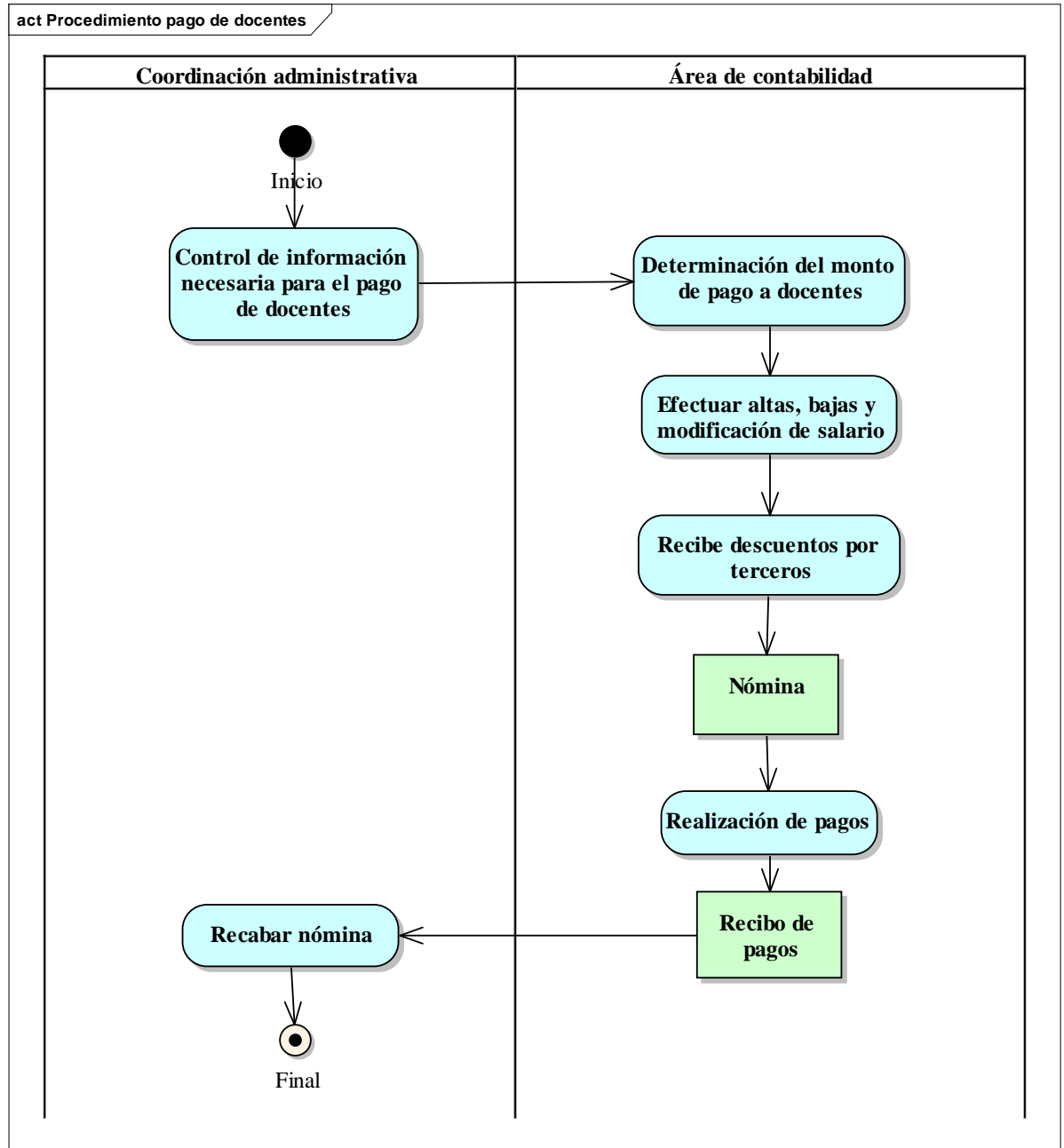
CODIGO: 102-PAC-05

PÁGINA: 4 de 4

EDICIÓN:

FECHA:

➤ Diagrama de actividades



5. Documentos relacionados

No aplica.



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO CONTRATACIÓN DE DOCENTES

CODIGO: 102-PAC-06

PÁGINA: 1 de 4


EDICIÓN:

FECHA:

PROCEDIMIENTO CONTRATACIÓN DE DOCENTES

Destinatario:	Copia controlada	Copia no controlada
Firma: Fecha:	N°:	

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-06
	PROCEDIMIENTO CONTRATACIÓN DE DOCENTES	PÁGINA: 2 de 4 EDICIÓN: FECHA:

1. Objeto del procedimiento

El objeto del procedimiento es definir las actividades durante el proceso de contratación de los Docentes en la institución.

2. Alcance

El procedimiento aplica a la contratación de docentes de los programas de formación de la institución.

3. Responsabilidades

El Comité evaluador deben:

- ✓ Evaluación de antecedentes de los postulantes.
- ✓ Realizar informe de evaluación a realizar.

El área de Planificación docente debe:


- ✓ Verificación del cumplimiento de los requisitos.
- ✓ Realización y evaluación del examen técnico.

4. Cuadro de Modificaciones

Edición	Fecha	Descripción

5. Desarrollo del procedimiento

Se identifican las necesidades y requerimientos del personal docente que mediante a la coordinación de cursos realizados se da pie a la convocatoria.

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-06
	PROCEDIMIENTO CONTRATACIÓN DE DOCENTES	PÁGINA: 3 de 4 EDICIÓN: FECHA:

Se inicia la elaboración del formato de convocatoria y con su respectiva aprobación se publicará en medios de comunicación, página web, reuniones académicas y en la institución.

Definición del comité evaluador de hojas de vida, que estará conformado por personal del CEPIES.

Recepción de Currículums vitae de los aspirantes que serán evaluados y verificados de requisitos con Curriculum Vitae del docente.

Publicación de elegidos y no admitidos.

Recepción de reclamos o solicitudes de verificación del Curriculum Vitae

Solicitud de documentación en fotocopia, el cual será verificado según las referencias señaladas.

Se llevará a cabo la evaluación altitudinal, posteriormente se dará a la entrevista con la condición de aprobación del examen y presentará el postulante con una clase propuesta.

Calificación de los postulantes por el comité evaluador.

Publicación y comunicación del nombramiento de los elegidos para la contratación del mismo.

Posesión de docente.

El docente seleccionado pasará a inducción del personal para la debida operación de sus funciones y lineamientos de la institución.



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO CONTRATACIÓN DE DOCENTES

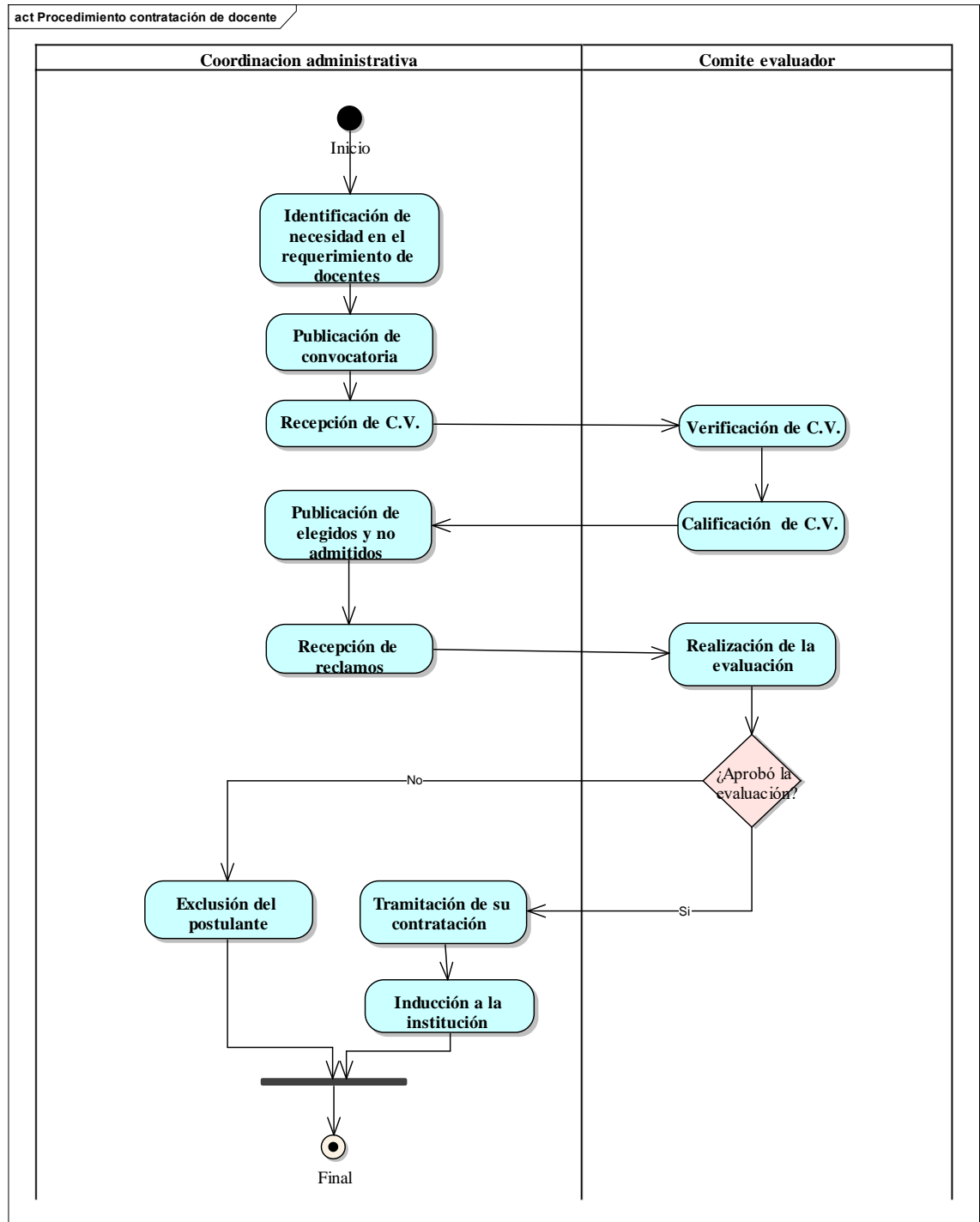
CODIGO: 102-PAC-06

PÁGINA: 4 de 4

EDICIÓN:

FECHA:

➤ Diagrama de actividades



6. Documentos relacionados

No aplica.



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO CONTRATACIÓN DEL PERSONAL

CODIGO: 102-PAC-07

PÁGINA: 1 de 5


EDICIÓN:

FECHA:

PROCEDIMIENTO CONTRATACIÓN DEL PERSONAL

Destinatario:	Copia controlada	Copia no controlada
Firma: Fecha:	N°:	

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-07
	PROCEDIMIENTO CONTRATACIÓN DEL PERSONAL	PÁGINA: 2 de 5 EDICIÓN: FECHA:

1. Objeto del procedimiento

El objeto del procedimiento es definir los requerimientos de selección y contratación del personal.

2. Alcance

El procedimiento aplica a todo el proceso de selección y contratación del personal que forme parte de la plantilla de la institución.

3. Responsabilidades

El área de Planificación debe:

- ✓ Aprobar las necesidades de contratación del personal y son los responsables de dar el visto bueno al candidato escogido.
- ✓ Gestionar el proceso de selección, así como los trámites necesarios para la contratación del candidato escogido.


4. Cuadro de Modificaciones

Edición	Fecha	Descripción

5. Desarrollo del procedimiento

El área de planificación son los encargados de planificar y distribuir la carga de trabajo de la institución, detecta la necesidad de incorporar a un personal nuevo, ya sea por un aumento en el volumen de trabajo o bien porque algún trabajador de la plantilla ha causado baja.

El área de planificación lo justifica y documenta a la Dirección.

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-07
	PROCEDIMIENTO CONTRATACIÓN DEL PERSONAL	PÁGINA: 3 de 5 EDICIÓN: FECHA:

La Dirección, si lo encuentra oportuno, aprueba la necesidad y da la orden al área de planificación para empezar el proceso de selección.

El área de planificación gestiona los currículums de los candidatos y hace una primera selección con aquellos perfiles que más se ajustan con el perfil del trabajador pedido en cada caso y según los perfiles que están definidos en el encargado respectivo hará una entrevista técnica al candidato y si considera que es el adecuado lo presentará a Dirección para su visto bueno. La Dirección tiene la última palabra para su contratación.

El área de planificación procede a la contratación del candidato seleccionado y a comunicar a los demás candidatos que su currículum quedará a disposición de la empresa para posteriores procesos de selección.



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO CONTRATACIÓN DEL PERSONAL

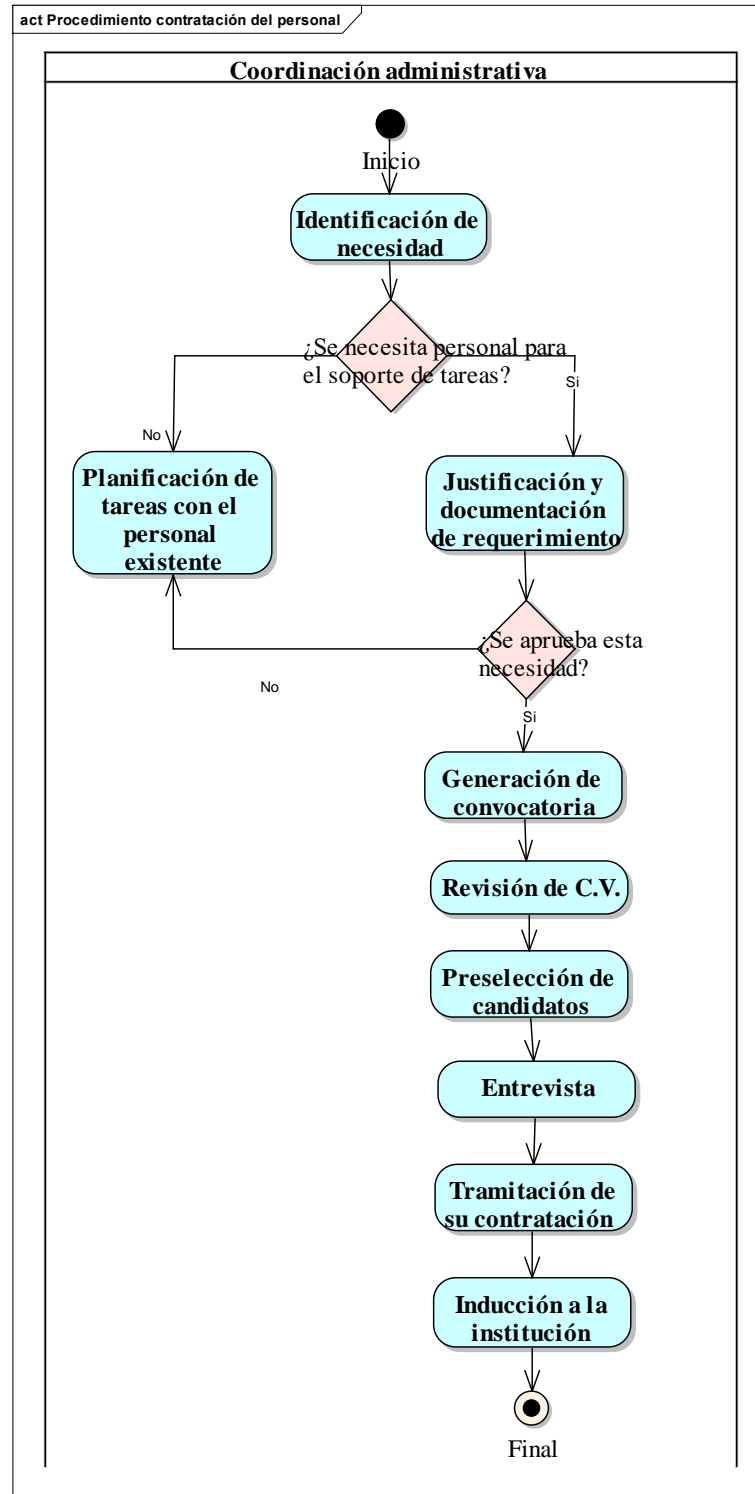
CODIGO: 102-PAC-07


PÁGINA: 4de 5

EDICIÓN:

FECHA:

➤ Diagrama de actividades



	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-07
	PROCEDIMIENTO CONTRATACIÓN DEL PERSONAL	PÁGINA: 5de 5 EDICIÓN: FECHA:

6. Documentos relacionados

No Aplica.



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y
DESPACHO DE CORRESPONDENCIA

CODIGO: 102-PAC-08

PÁGINA: 1 de 4


EDICIÓN:

FECHA:

PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y DESPACHO DE CORRESPONDENCIA

Destinatario:	Copia controlada	Copia no controlada
Firma:	Fecha:	N°:

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-08
	PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y DESPACHO DE CORRESPONDENCIA	PÁGINA: 3 de 4 EDICIÓN: FECHA:

5. Desarrollo del procedimiento

Correspondencia recibe la correspondencia mediante los medios de intercomunicación como ser Courier, fax o personal el cual procede al registro los mismos proceden a organizarse según dependencia requerida en Información documentada-Planilla de Registro de Correspondencia.

Se verifica que los documentos estén completos, anexos y firmados, tanto en original como en copias.

Posteriormente se realiza la digitalización de la documentación para posterior organización de las carpetas de acuerdo a detalles señalados.

Se clasifica la correspondencia por dependencias y entrega al personal nominado, seguidamente procede a organizar la documentación en su carpeta las cuales posteriormente son remitidas a sus oficinas.

El encargado lleva a su destinatario el cual validara la entrega con recibe y firmas hora y fecha como constancia de recibido.

Luego de recoger la firma el encargado realiza la digitalización y lo guarda en carpeta digital para quedar constancia de entrega.



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y
DESPACHO DE CORRESPONDENCIA

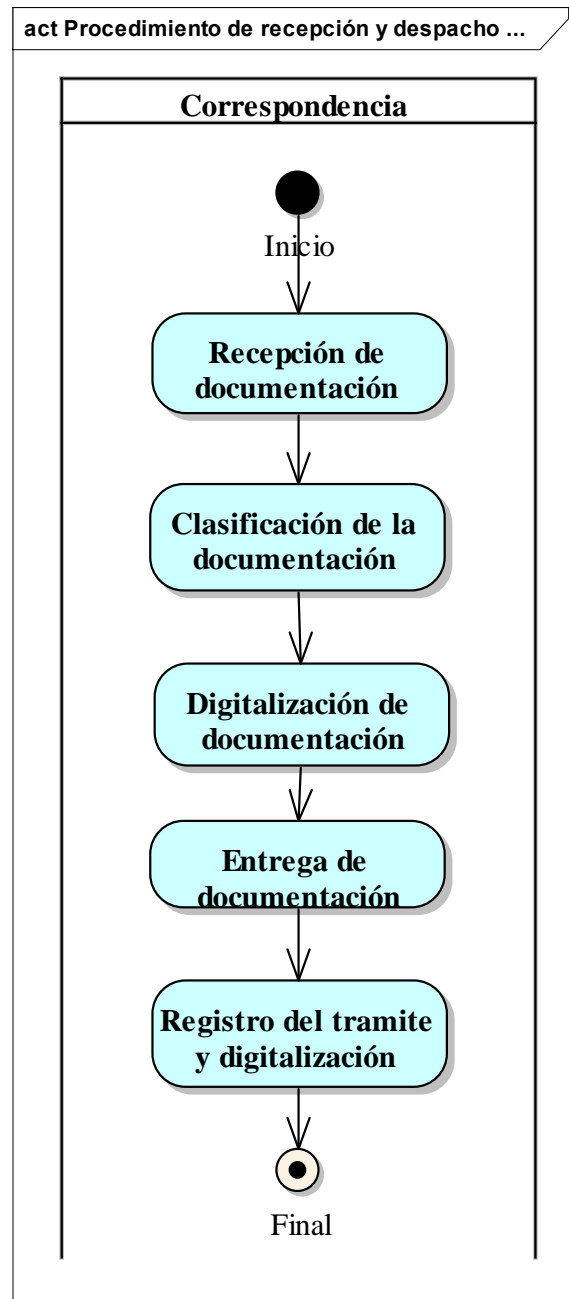
CODIGO: 102-PAC-08

PÁGINA: 4de 4

EDICIÓN:

FECHA:

➤ Diagrama de actividades



6. Documentos relacionados

Información documentada-Planilla de Registro de Correspondencia.



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO PRÉSTAMO LIBRO
BIBLIOTECA

CODIGO: 102-PAC-09

PÁGINA: 1 de 4


EDICIÓN: 0

FECHA:

PROCEDIMIENTO PRÉSTAMO LIBRO BIBLIOTECA

Destinatario:	Copia controlada	Copia no controlada
Firma:	Fecha:	N°:

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-09
	PROCEDIMIENTO PRÉSTAMO LIBRO BIBLIOTECA	PÁGINA: 3 de 4 EDICIÓN: 0 FECHA:

5. Desarrollo del procedimiento

a) Préstamo a estudiantes del CEPIES

Verificación del usuario sea el propietario del carnet, se encuentre activo en el sistema y que no tenga ninguna condición de multa.

Según el registro del código del usuario, el número de inventario del material Bibliográfico para realizar la operación de préstamo.

El encargado solicita al usuario su número de matrícula.

Se colocan los sellos respectivos y desensibiliza el material Bibliográfico pasándolo por la máquina sensibilizadora/ desensibilizadora.

Se archiva recibo temporalmente en cada terminal de préstamo y al día siguiente es organizado por el encargado de biblioteca designado

El usuario procede a la devolución al encargado de biblioteca.

Se agrega en la ficha de préstamo la fecha de devolución solo si el préstamo ha sido para domicilio y con referencia del personal que despacho el material.

Por motivo de retraso en devolución se procede a poner sanción al usuario el cual será suspendido del servicio.

En caso de pérdida del material bibliográfico el usuario procederá a la compra sin cargo a multa el ejemplar entregado debe contener las mismas características del material extraviado.

b) Préstamo usuario Interbibliotecario

El usuario realiza la solicitud de préstamo interbibliotecario

Se verifica si se tiene convenio con la institución solicitante para proceder el procedimiento.

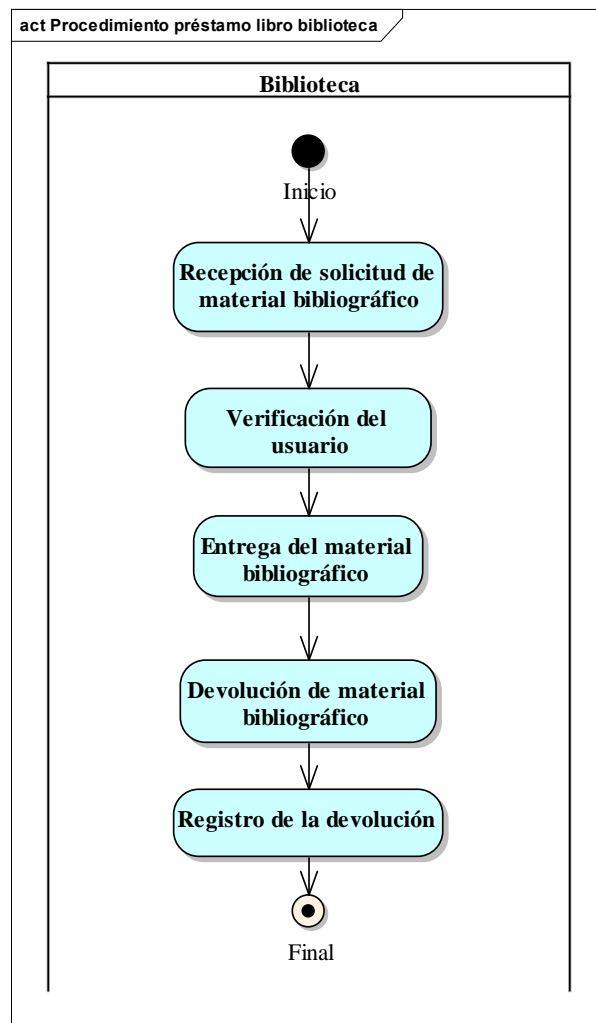
Si se tiene convenio se procede al préstamo de acuerdo.

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-09
	PROCEDIMIENTO PRÉSTAMO LIBRO BIBLIOTECA	PÁGINA: 4de 4 EDICIÓN: 0 FECHA:

Si no se tiene convenio con esa institución le informa para establecerlo entre ambas instituciones


Al encargado procede a la localización del material solicitado.

➤ **Diagrama de actividades**



6. Documentos relacionados


No existen

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-10
	PROCEDIMIENTO DE APERTURA, MODIFICACIÓN Y CIERRE DE PROGRAMAS	PÁGINA: 1 de 6 EDICIÓN: FECHA:

PROCEDIMIENTO DE APERTURA, MODIFICACIÓN Y CIERRE DE PROGRAMAS

Destinatario:	Copia controlada	Copia no controlada
Firma:	Fecha:	N°:

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-10
	PROCEDIMIENTO DE APERTURA, MODIFICACIÓN Y CIERRE DE PROGRAMAS	PÁGINA: 2 de 6 EDICIÓN: FECHA:

1. Objeto del procedimiento

El objeto del procedimiento es describir las actividades que se deben realizar para la apertura, modificación de programas académico según las necesidades del entorno.

2. Alcance

El alcance del procedimiento comprende desde la definición de los responsables de la creación, revisión y aprobación del programa académico hasta la creación del mismo

3. Responsabilidades

Coordinación de programa académico deben:


- ✓ Preparar la documentación necesaria de acuerdo a la normativa.
- ✓ Coordinar las actividades académicas y organizar los recursos del programa.

Comité debe:

- ✓ Revisar y evaluar de las propuestas difundidas por el proponente estén conforme a políticas de la institución y cumplan con las necesidades requeridas.
- ✓ Consolidar la información necesaria y requerida por los proponentes.
- ✓ Formular y estudiar las propuestas curriculares para la apertura, modificación, cierre de un plan de estudios.

4. Cuadro de Modificaciones

Edición	Fecha	Descripción

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-10
	PROCEDIMIENTO DE APERTURA, MODIFICACIÓN Y CIERRE DE PROGRAMAS	PÁGINA: 3 de 6 EDICIÓN: FECHA:

5. Desarrollo del procedimiento

Apertura y modificación de programas

Detectar las necesidades y las oportunidades que permitan la apertura, modificación o de programas, con el fin de ampliar o mantener la oferta educativa.

Definición de los responsables de realizar en la apertura del programa académico, los cuales estarán encargados de hacer la programación de las actividades y los recursos necesarios ya sea físicos, humanos o tecnológicos.

Una vez ya compuesto el comité de responsables para la aprobación o modificación de programas, se da inicio a la definición de requisitos para creación del programa, estos requisitos son definidos por el proponente con los insumos del análisis del entorno con el formato de apertura de programa académico.


Se presenta la propuesta de apertura o modificación de programas al comité para su aprobación.

La propuesta es evaluada y revisada por el comité, el cual está en la potestad de descartar o aplazar la propuesta con las observaciones que considere pertinentes, más su estudio de sostenibilidad tanto de mercado, financiera y operativa.

Si la propuesta es aplazada, éstas recaen en la formulación y elaboración de propuesta.

El proponente envía propuesta completa al comité para ser discutido en debates para poder consolidar las propuestas, para que posteriormente se realicen los ajustes necesarios o sugeridos por el comité.

Los docentes de la institución están en el deber de complementar la información, que ésta será recibida por el comité.

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-10
	PROCEDIMIENTO DE APERTURA, MODIFICACIÓN Y CIERRE DE PROGRAMAS	PÁGINA: 4de 6 EDICIÓN: FECHA:

Después de estar lista la propuesta y los convenios establecidos se procede a la autorización de la apertura del programa y posterior a la autorización se da inicio a la ejecución del proyecto. Selección e inducción de personal.

Cierre de programas

Coordinación de programa académico presenta al comité la solicitud de estudio de cierre de programa de acuerdo a previa a la revisión de los resultados del proceso continuo de autoevaluación.

El comité aprueba la solicitud de estudio para el cierre del programa donde se procede a la realización de una investigación acerca de las factibilidades.

Una vez listos los estudios, el consejo integrará y emitirá su recomendación a coordinación.

El comité dará un dictamen de la conveniencia o no de cerrar del programa.

La oferta de programa se cerrará, comunicándolo a todas las áreas.



PROCEDIMIENTO

CODIGO: 102-PAC-10

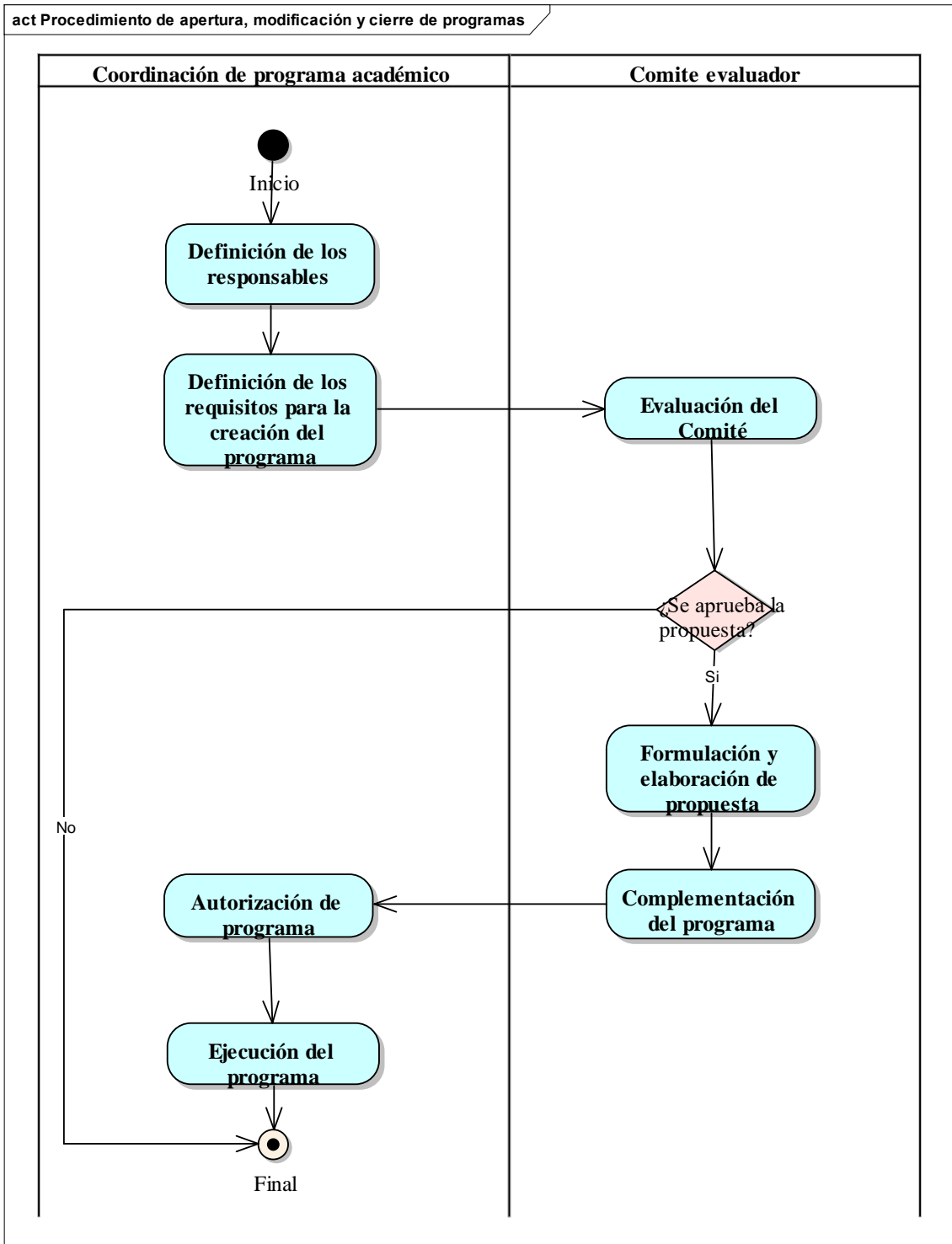
PÁGINA: 5 de 6


EDICIÓN:

FECHA:

PROCEDIMIENTO DE APERTURA, MODIFICACIÓN Y CIERRE DE PROGRAMAS

-Diagrama de actividades



	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-10
	PROCEDIMIENTO DE APERTURA, MODIFICACIÓN Y CIERRE DE PROGRAMAS	PÁGINA: 6de 6 EDICIÓN: FECHA:

6. Documentos relacionados

Formato apertura de programa académico



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES

CODIGO: 102-PAC-11

PÁGINA: 1 de 5


EDICIÓN:

FECHA:

PROCEDIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES

Destinatario:	Copia controlada	Copia no controlada
Firma:	Fecha:	N°:

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-11
	PROCEDIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES	PÁGINA: 3 de 5 EDICIÓN: FECHA:

5. Desarrollo del procedimiento

El área de contabilidad pública lista oficial de cuotas de servicios que ofrece el Centro Psicopedagógico y de Investigación en Educación Superior aprobada por coordinación administrativa y con el visto bueno del Director.

El estudiante que requiera cubrir el pago de inversión de un servicio, se presenta en la caja del área de contabilidad del Centro Psicopedagógico y de Investigación en Educación Superior para preguntar por el monto de inversión.


El estudiante debe de consultar lista oficial de cuotas de servicio y solicita cobro de un servicio presentando los siguientes requisitos:

- Carta de Postulación y compromisos dirigida al Director del CEPIES: Lic. Mg.Sc. Edgar Xavier Salazar Paredes
- Fotocopia legalizada del Diploma Académico y fotocopia legalizada del Título en Provisión Nacional a nivel Licenciatura.
- Currículum vitae
- Fotocopia simple de Carnet de identidad
- Dos fotografías, fondo celeste 4 cm x 4 cm

Posteriormente, el estudiante será notificado

El personal encargado de recepción de la boleta del depósito bancario, verifica el tipo servicio a cobrar. El depósito bancario, se realizará una vez que se habilite el paralelo al que se inscribió, información que se publicará en la página web de la institución, por lo que debe estar atento al comunicado.

El estudiante realiza el pago correspondiente del servicio que solicitó y solicita la boleta de depósito bancario en las siguientes entidades financieras:

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-11
	PROCEDIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES	PÁGINA: 4de 5 EDICIÓN: FECHA:

- BANCO FIE S.A.
- BANCO SOL – AGENCIAS SOL AMIGO
- MUTUAL LA PRIMERA
- FFP FORTALEZA
- FFP ECO FUTURO
- COOPERATIVA SANTÍSIMA TRINIDAD LTDA.
- COOPERATIVA EL BUEN SAMARITANO
- FFP FASSIL
- C.A.C. LA SAGRADA FAMILIA
- SOLUCREDIT SAN SILVESTRE LTDA.
- ANED ASOC. NAC. ECUMENICA DESARROLLO
- CRECER CREDITO CON EDUCACIÓN RURAL
- COOPERATIVA LA TRINIDAD
- BANCO UNION

El estudiante entrega en original y copia del depósito bancario.

El encargado archiva la copia del depósito bancario realizado en su expediente correspondiente, en el área de contabilidad del Centro Psicopedagógico y de Investigación en Educación Superior.

Prepara la información de los ingresos captados en el día para realizar la contabilidad financiera.

Elabora el reporte mensual de los ingresos propios y lo envía a la Dirección.



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES

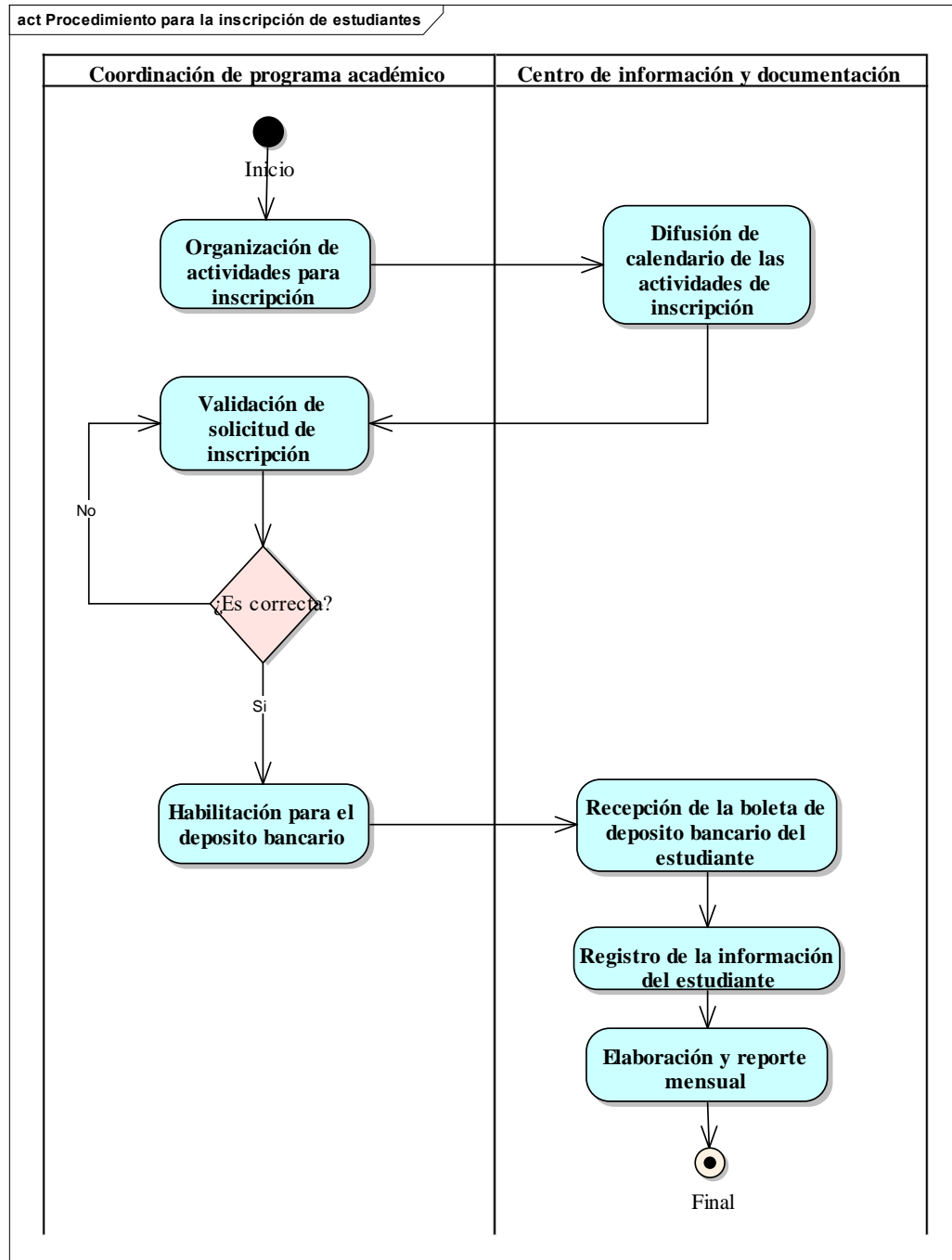
CODIGO: 102-PAC-11

PÁGINA: 5 de 5

EDICIÓN:


FECHA:

➤ Diagrama de actividades



6. Documentos relacionados


No aplica.

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-12
	PROCEDIMIENTO ENTREGA DE CERTIFICACIÓN POR CULMINACIÓN DE PROGRAMA DE POSTGRADO	PÁGINA: 1 de 5 EDICIÓN: FECHA:

PROCEDIMIENTO ENTREGA DE CERTIFICACIÓN POR CULMINACIÓN DE PROGRAMA DE POSTGRADO

Destinatario:	Copia controlada	Copia no controlada
Firma:	Fecha:	N°:

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-12
	PROCEDIMIENTO ENTREGA DE CERTIFICACIÓN POR CULMINACIÓN DE PROGRAMA DE POSTGRADO	PÁGINA: 3 de 5 EDICIÓN: FECHA:

5. Desarrollo del procedimiento

Consideraciones generales

El CEPIES sólo expedirá los diplomas a los estudiantes que estén sin saldos pendientes con la Institución.

No se expedirán diplomas por períodos académicos aislados del total de períodos cursados.

Etapas

El estudiante presenta la solicitud de la expedición del Diploma que haya cursado en oficinas CEPIES.

La oficina de coordinación administrativa revisa la documentación y si es favorable se procede a la tramitación del título, pero si no es favorable lo devuelve al estudiante.

El estudiante procede a recoger su Diploma en oficinas de coordinación administrativa.



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO ENTREGA DE CERTIFICACIÓN POR CULMINACIÓN DE PROGRAMA DE POSTGRADO

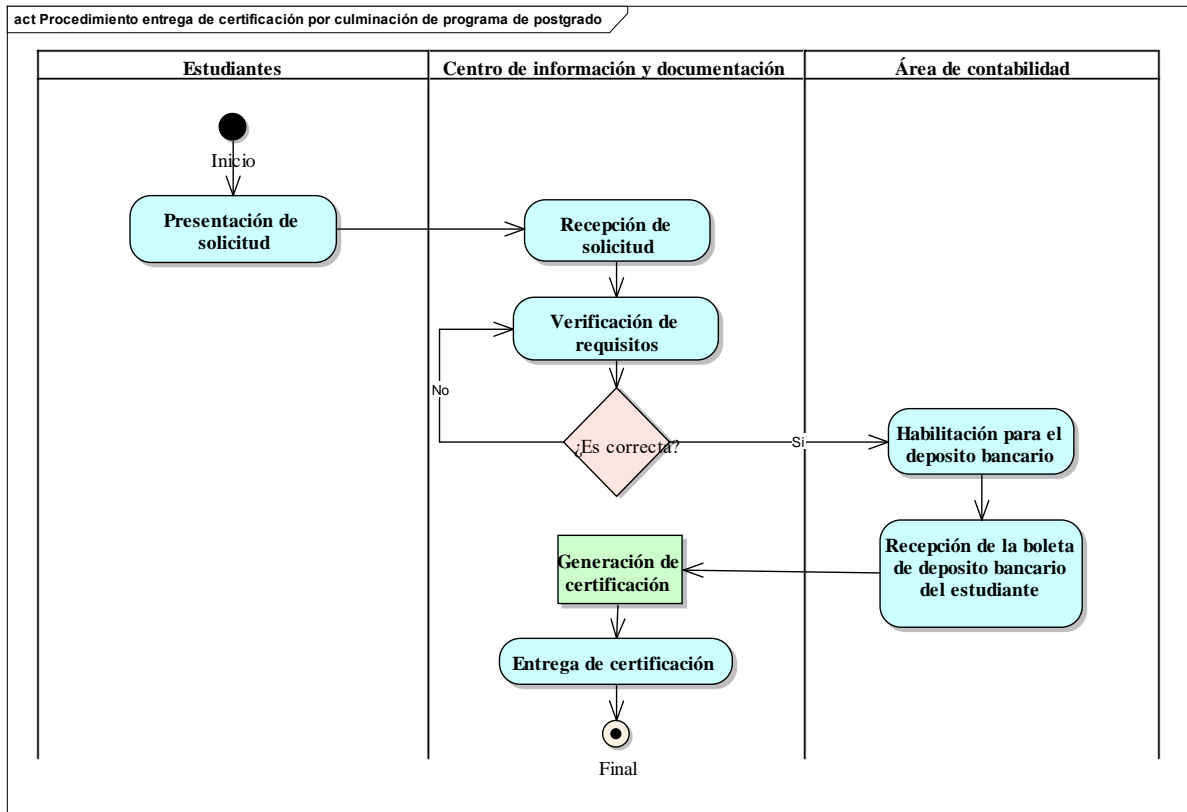
CODIGO: 102-PAC-12

PÁGINA: 4de 5

EDICIÓN:

FECHA:

➤ Diagrama de actividades



6. Documentos relacionados

No aplica.



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO ORGANIZACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

CODIGO: 102-PAC-13

PÁGINA: 1 de 4


EDICIÓN:

FECHA:

PROCEDIMIENTO ORGANIZACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Destinatario:	Copia controlada	Copia no controlada
Firma:	Fecha:	N°:

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-13
	PROCEDIMIENTO ORGANIZACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	PÁGINA: 2de 4 EDICIÓN: FECHA:

1. Objeto del procedimiento

El objeto del procedimiento es poseer una gestión de la investigación en el Centro Psicopedagógico y de Investigación en Educación Superior, para llevar a cabo la correcta ejecución de las funciones administrativas del área de investigación, así como todos aquellos aspectos relacionados con la elaboración de investigaciones.

2. Alcance

El alcance del procedimiento comprende a los elementos que constituyen el funcionamiento de la dirección de investigación de CEPIES para facilitar el desarrollo de investigaciones de carácter científico con la participación de estudiantes y docentes que brinden un aporte a la sociedad.


3. Responsabilidades

Responsable técnico debe:

- ✓ Gestionar el trámite del registro del proyecto de investigación con base en los requisitos y procedimientos establecidos.
- ✓ Supervisar las actividades del proyecto en forma periódica.
- ✓ Divulgar los resultados de la investigación y otorgar el reconocimiento que corresponda a CEPIES.

4. Cuadro de Modificaciones

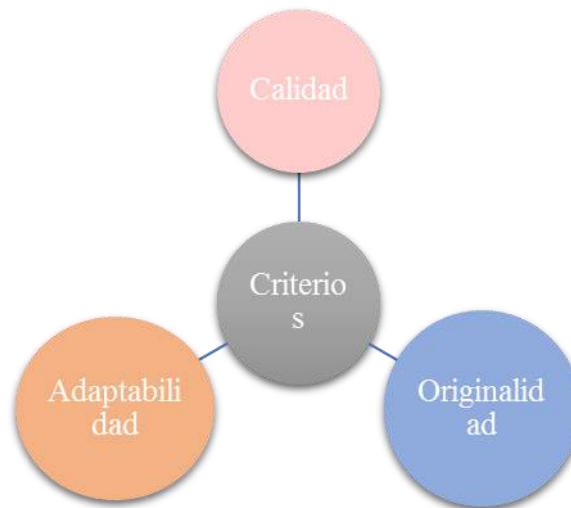
Edición	Fecha	Descripción

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-13
	PROCEDIMIENTO ORGANIZACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	PÁGINA: 3 de 4 EDICIÓN: FECHA:

5. Estructura del Proceso de Evaluación de las Investigaciones

Con el propósito de evaluar las investigaciones realizadas en el contexto del CEPIES, se presentan los criterios que deben ser tomados en cuenta por los evaluadores al culminar la investigación.

Figura 1 Criterios de Evaluación



Donde la figura 1 muestra los criterios a evaluar referidos a la calidad técnica, adaptabilidad y originalidad de los proyectos de investigación para poder cumplir con los objetivos establecidos.


La evaluación mide tres componentes: calidad 50%, adaptabilidad 35% y originalidad 15%.

Los elementos a evaluar son los siguientes:

En cuanto a la calidad:

a) Problema de investigación

- ✓ Esta expresado en términos claros y precisos.
- ✓ Las teorías sustentan la relación

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-13
	PROCEDIMIENTO ORGANIZACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	PÁGINA: 4de 4 EDICIÓN: FECHA:

- ✓ Se mencionan los antecedentes
- ✓ Se establece los aspectos principales

b) Justificación y delimitación de la investigación


- ✓ La justificación de la selección del tema, como ocurre, cuando ocurre, donde ocurre y los involucrados.
- ✓ La sustentación en necesidades de carácter científica, dudas y escenarios.
- ✓ Se validó la información con argumentos lógicos, datos estadísticos y/o indicadores que reflejan la veracidad de la descripción de una forma coherente y convincente.
- ✓ Importancia para el entorno social y la solución de problemas.

c) Objetivos de la investigación

- ✓ Tiene relación con el problema, establecen la finalidad en relación con los resultados esperados.
- ✓ Es claro y preciso.
- ✓ Verbo alcanzable.
- ✓ Resultado comparado con los objetivos.
- ✓ Coherencia entre el objetivo de la propuesta y los recursos empleados.
- ✓ Coherencia con los resultados esperados.

d) Marco teórico

- ✓ Nivel de formulación de un adecuado marco teórico pertinente a la investigación desarrollada.

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-13
	PROCEDIMIENTO ORGANIZACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	PÁGINA: 5 de 4 EDICIÓN: FECHA:

- ✓ Originalidad de la investigación, si la investigación existe debe contener un valor agregado, un aporte original en técnicas o métodos empleados.
- ✓ Relación con los objetivos establecidos.
- ✓ Se percibe el aporte de autores en pertinencia al tema.
- ✓ Se percibe el aporte del investigador en cuanto al tema desarrollado.

e) Metodología de la Investigación.

- ✓ Métodos o técnicas empleadas coherente con la temática del proyecto y sustentada porque fueron empleadas.
- ✓ La metodología empleada es pertinente a la investigación desarrollada.
- ✓ Es representativa la población objeto de estudio.

f) Productos o resultados

- ✓ Resultados tangibles y articulados a los objetivos planteados.


g) Impacto esperado

- ✓ El resultado del conocimiento debe ofrecer respuestas a problemas sociales del país.

h) Presupuesto

- ✓ Los rubros solicitados corresponden a la dimensión del proyecto en cuanto a las necesidades de los recursos.
- ✓ Los gastos de los rubros corresponden a los recursos empleados.

En cuanto a la Pertinencia:

	PROCEDIMIENTO	CODIGO: 102-PAC-13
	PROCEDIMIENTO ORGANIZACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	PÁGINA: 6de 4 EDICIÓN: FECHA:

- ✓ El nivel de correspondencia o articulación del problema planteado es pertinente con las líneas estratégicas de la institución.
- ✓ El nivel de aporte para resolver problemas.
- ✓ El nivel de integración de recursos humanos.

En cuanto a la Originalidad:

- El proyecto de investigación tiene componentes de innovación
- El planteamiento del tema es novedoso.
- Una nueva técnica aplicada en el área



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO ORGANIZACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

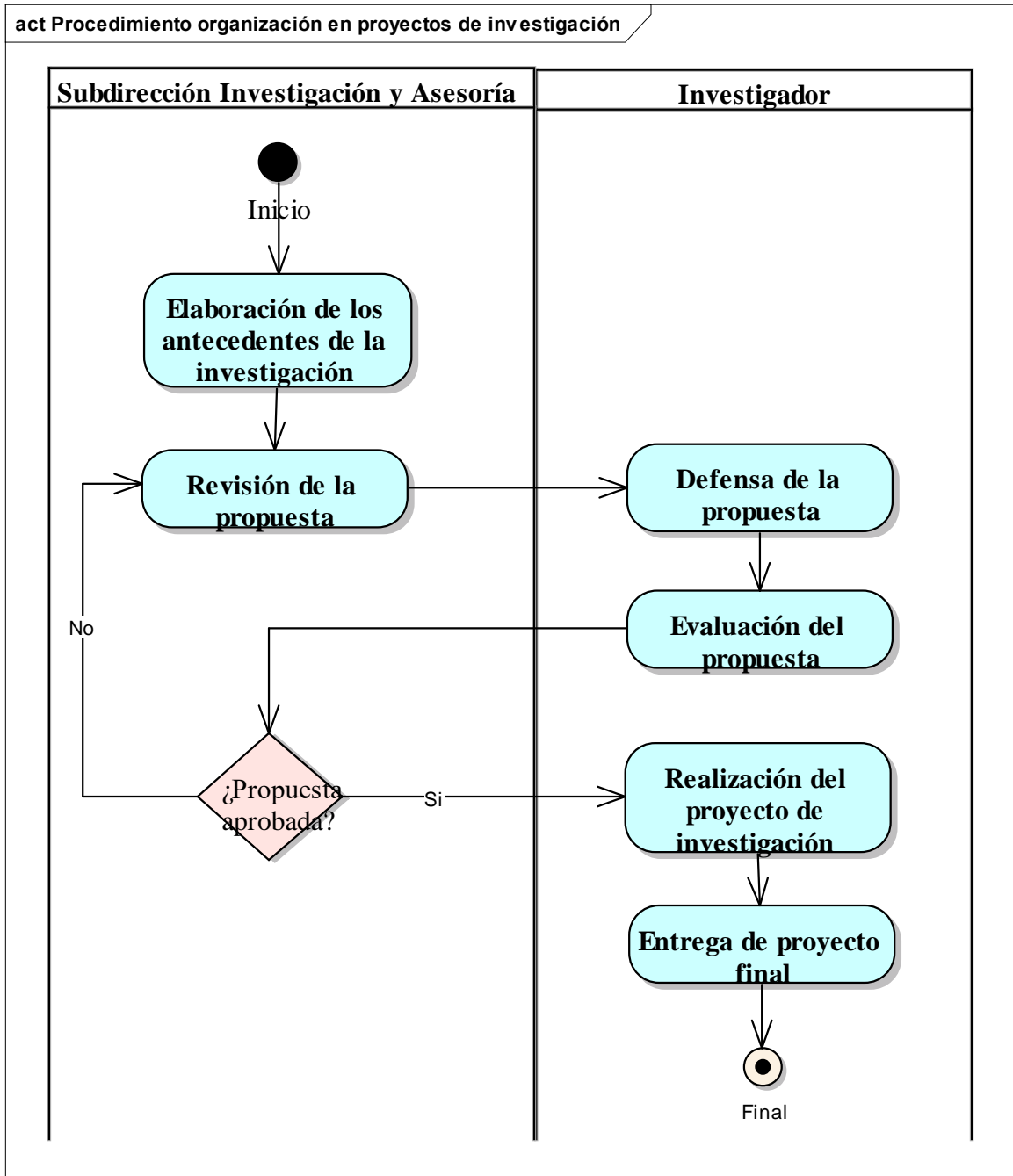
CODIGO: 102-PAC-13

PÁGINA: 7 de 4

EDICIÓN:

FECHA:

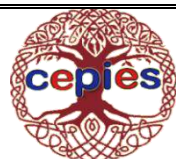
➤ □ Diagrama de actividades



6. Documentos relacionados

No aplica.

Anexo VII: Información documentada del Sistema de Gestión de Calidad



INFORMACIÓN DOCUMENTADA

CÓDIGO: 101-ID-01

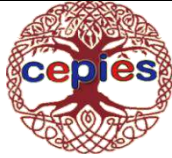
PÁGINA: 1 de 6

EDICIÓN: 0

FECHA:

OBJETIVOS DE CALIDAD

N°	Proceso	Objetivo	Indicador	Responsable	Periodo	Meta	Plan estratégico
1	Planificación estratégica institucional	Mejorar la calidad de Profesionales Egresados	Nota promedio de egreso	Subdirección pedagogía	Anual	≥ 85	Realizar benchmarking educacional con instituciones extranjeras, con respecto a los programas académicos
2	Planificación estratégica institucional	Fortalecer vinculaciones, alianzas y convenios	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de vinculaciones, alianzas y convenios realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de vinculaciones, alianzas y convenios planificadas}}$	Subdirección pedagogía	Anual	$> 0,8$	Definición de un plan de acción para captar nuevas relaciones
3	Calidad y Mejora continua	Realización de auditorías internas	$\frac{\text{Actividades realizadas}}{\text{Actividades programadas}}$	Coordinador ISO 9001	Anual	$> 0,8$	Realizar un programa de auditoría interna
4	Gestión de servicio y atención al cliente	Fortalecer la eficiencia y compromiso del cuerpo docente	N° de propuestas presentadas por los equipos de docentes Número de tutores académicos.	Subdirección Investigación y asesoría	Anual	> 10	Considerar las propuestas de los equipos y docentes Dar espacio para el desarrollo de programas y proyectos



INFORMACIÓN DOCUMENTADA

CODIGO: 101-ID-02

PÁGINA: 2 de 6

EDICIÓN: 0

FECHA:

OBJETIVOS DE CALIDAD

N°	Proceso	Objetivo	Indicador	Responsable	Periodo	Meta	Plan estratégico
5	Gestión de servicio y atención al cliente	Incrementar la calidad del servicio administrativo	N° de quejas y reclamos	Centro de información y documentación	Trimestral	<10	Evaluar la calidad de servicio que brinda la institución , para la toma de decisiones para la creación de un plan de acción.
6	Admisiones, registro y control académico	Mejorar el control y monitoreo de admisiones	N° de inscritos por oferta	Centro de información y documentación	Semestral	>25	Difusión de la Información de los Requisitos
7	Investigación	Incentivar en la participación en investigación.	N° de Proyectos de Investigación puestos en marcha	Subdirección Investigación y asesoría	Anual	>=5	Invitar a los interesados a participar en proyectos de Investigación Realiza campañas para la difusión de la importancia de la investigación



INFORMACIÓN DOCUMENTADA

CODIGO: 101-ID-02

PÁGINA: 3 de 6

EDICIÓN: 0

FECHA:

OBJETIVOS DE CALIDAD

N°	Proceso	Objetivo	Indicador	Responsable	Periodo	Meta	Plan estratégico
8	Planificación académica	Incrementar la calidad del servicio educacional	Promedio de test de satisfacción del alumnado	Subdirección pedagogía	Anual	$\geq 70\%$	Reforzar la calidad de los programas
9	Planificación académica	Incrementar y mejorar el desarrollo de los programas académicos	$\frac{\text{N° de programas excelentes}}{\text{N° total de programas presentados}}$	Subdirección pedagogía	Anual	$\geq 0,6$	Inclinar el enfoque hacia la excelencia.
10	Talento Humano	Mejorar las competencias del recurso humano	N° de capacitaciones realizadas	Subdirección Investigación y asesoría	Anual	≥ 3	Capacitaciones en áreas de procesos críticos y en gestión administrativa



INFORMACIÓN DOCUMENTADA

CODIGO: 101-ID-02

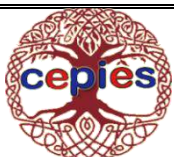
PÁGINA: 4 de 6

EDICIÓN: 0

FECHA:

OBJETIVOS DE CALIDAD

N°	Proceso	Objetivo	Indicador	Responsable	Periodo	Meta	Plan estratégico
11	Talento Humano	Mejorar motivación del personal	$\frac{\text{N° de incentivos realizadas}}{\text{N° de incentivos programadas}}$	Subdirección Investigación y asesoría	Anual	>0,7	Incentivos como bonos, premios por productividad, reconocimiento público a la labor desempeñada, entre otros.
12	Talento Humano	Determinar los recursos humanos, pedagógicos, didácticos y de infraestructura necesarios para la implementación de estrategias	Informe diagnóstico del estado de los recursos humanos, pedagógicos, didácticos y de infraestructura actual	Subdirección Investigación y asesoría	Periódicamente	1	Informe sobre el alcance de los recursos actuales para el desarrollo de las actividades planteadas
			N° de planes operativos por gestión			>5	Evaluar el estado del nivel recursos humanos, pedagógicos, didácticos y de infraestructura.



INFORMACIÓN DOCUMENTADA

CODIGO: 101-ID-02

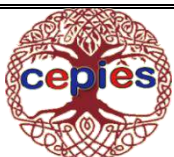
PÁGINA: 5 de 6

EDICIÓN: 0

FECHA:

OBJETIVOS DE CALIDAD

N°	Proceso	Objetivo	Indicador	Responsable	Periodo	Meta	Plan estratégico
13	Financiero	Aumentar la cantidad de alumnos postulantes a los programas	N° de Matriculados	Subdirección Investigación y asesoría	Semestral	> 0	Mayores esfuerzos de difusión
			N° de Rematriculados				
14	Financiero	Aumentar los recursos financieros	Cantidad de recursos financieros	Subdirección Investigación y asesoría	Anual	>=1	Conservar mayor cantidad de ingresos
15	Financiero	Optimizar el manejo de los recursos	$\frac{\text{Cantidad de recursos totales utilizados}}{\text{Cantidad de recursos totales presupuestados}}$	Área de contabilidad	Anual	<=1	Generar presupuestos anuales
16	Gestión Administrativa y operativa	Mejorar y adquirir equipos	$\frac{\text{Adquisiciones realizadas}}{\text{Adquisiciones programadas}}$	Área de informática	Anual	>0	Controlar periódicamente las adquisidores
17	Gestión Administrativa y operativa	Mejorar las instalaciones	$\frac{\text{Actividades de reparacion realizadas}}{\text{Actividades de reparacion programadas}}$	Subdirección Investigación y asesoría	Anual	>0	Planificación de mejoramiento de infraestructura



INFORMACIÓN DOCUMENTADA

CODIGO: 101-ID-02


PÁGINA: 6 de 6

EDICIÓN: 0

FECHA:

OBJETIVOS DE CALIDAD

N°	Proceso	Objetivo	Indicador	Responsable	Periodo	Meta	Plan estratégico
18	Gestión Administrativa y operativa	Mejorar la toma de decisiones	% del total de decisiones que requieren la aprobación del Vicerrectorado	Subdirección Investigación y asesoría	Mes	<=80%	Con la aplicación de la nueva Gestión, se pretende obtener mayor autonomía de forma progresiva
19	Gestión Administrativa y operativa	Sistematizar los procesos críticos	$\frac{\text{Tiempo utilizado en determinada tarea}}{\text{Tiempo planificado en realizar determinada tarea}}$	Subdirección Investigación y asesoría	Mes	<=1	Disminuir los tiempos en la realización de las tareas
20	Gestión Administrativa y operativa	Implementar Tecnologías de Información en funciones Docentes y Administrativas	$\frac{\text{Inversión en tecnología realizada}}{\text{Inversión en tecnología planificada}}$	Subdirección Investigación y asesoría	Anual	>=0	Planes de inversión en tecnología Generar una red documentos compartidos

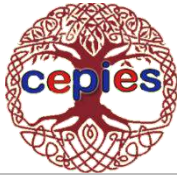
	INFORMACIÓN DOCUMENTADA	CÓDIGO: 101-ID-02
	POLÍTICA DE CALIDAD	PÁGINA: 1 de 1 EDICIÓN: 0 FECHA:

La alta dirección establece la siguiente política de calidad:

“El Centro Psicopedagógico y de Investigación en Educación Superior se compromete con la prestación de servicios de educación superior impulsando a la investigación, a través de la eficiencia y eficacia en los procesos administrativos y académicos facilitando los recursos necesarios para la satisfacción de sus clientes, cumpliendo con los requisitos aplicables, basado en un Sistema de Gestión de la Calidad y la Mejora Continua, conforme a la norma NB ISO 9001:2015.”

La política es revisada periódicamente para asegurar una adecuación conforme con las circunstancias cambiantes. Se comunica a todo el personal de la institución y está a disposición pública. Periódicamente se da a conocer a todas las partes interesadas.

Nuestro agradecimiento al apoyo de esta política por parte de todos.

**INFORMACIÓN DOCUMENTADA**

CODIGO: 101-ID-03

PÁGINA: 1 de 2

EDICIÓN: 0

FECHA: //

ACTA DE COMITÉ**ACTA DE COMITÉ**

FECHA:**LUGAR**


INICIO**FIN**

ASISTENTES

EXCUSAN SU ASISTENCIA

AUSENTES

Nº TOTAL DE ASISTENTES:

	INFORMACIÓN DOCUMENTADA			Código: 101-ID-04		
	MATRIZ DE NO CONFORMIDAD			Páginas: 1 de 1 Edición: 0 Fecha:		
No conformidad proveniente de:	Auditoría de calidad		Análisis de un reclamo		Otros	
	Interna <input type="checkbox"/>	N°	Área Involucrada:	N°		
	Externa <input type="checkbox"/>					
Descripción de la no conformidad:			Tratamiento o corrección realizada:			
Nombre y firma del responsable			Fecha		Nombre y firma del Director o Jefe del Área	
Nombre y firma del responsable			Fecha		Nombre y firma del Director o Jefe del Área	
Causas de la no conformidad	1.		3.			
	2.		4.			
Acción correctiva:	Descripción:		Nombre y firma del responsable de la acción correctiva:		Fecha	
Revisión de la implementación de la acción correctiva:	Evidencias Mostradas		¿La acción tomada fue eficaz?	Si		No
Nombre y firma del responsable		Fecha		Nombre y firma del responsable		Fecha:



INFORMACIÓN DOCUMENTADA

FORMULARIO DE PETICIONES, QUEJAS,
RECLAMOS, SUGERENCIAS Y
FELICITACIONES

CODIGO: 101-ID-05

PÁGINA: 1 de 1

EDICIÓN: 0

FECHA: //

FORMULARIO DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

A través de este formulario puede expresar sus opiniones, inquietudes, iniciativas, propuestas de mejora o comentarios sobre cualquier aspecto de esta institución, así como poner de manifiesto cualquier acto irregular detectado en el funcionamiento de los servicios que presta el Centro Psicopedagógico y de Investigación en Educación Superior.

Señalar con una "X" en la casilla correspondiente a la petición que desea realizar usted

DATOS PERSONALES

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	Estudiante		Personal del CEPIES		Otros		
NOMBRES							
APELLIDOS							
DOMICILIO							
E-MAIL				TELÉFONO/CELULAR			

DATOS DE LA UNIDAD O SERVICIO QUE ORIGINA SU PETICIÓN

Área de Servicio				Fecha	DÍA	MES	AÑO
MARQUE LA CASILLA QUE PROCEDA	Petición	Queja	Reclamo	Sugerencia	Felicitación		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Motivo de la petición, queja, reclamo, sugerencia o felicitación.

--

Sus datos permanecerán bajo reserva, pero son importantes para nosotros a fin de poder dar respuesta a su solicitud.

**INFORMACION DOCUMENTADA**

CODIGO: 101-ID-07

PÁGINA: 1 de 2

EDICIÓN: 0

FECHA: //

**FORMATO DE APERTURA DE
PROGRAMA ACADÉMICO****FORMATO APERTURA DE PROGRAMA ACADÉMICO**

1.	Denominación
1.1.	Nombre del programa
1.2	Título que otorga:
1.3	Ubicación del programa:
1.4.	Nivel del programa:
1.5	Metodología:
1.6	Área de conocimiento principal:
1.7	Estudio de viabilidad
1.8	Duración estimada del programa:
1.9	Periodicidad de la admisión:
1.10	Fecha de inicio del programa:
1.11	Número de estudiantes
1.12	Valor de la Matrícula al iniciar:
2.	Convenios
3.	Justificación
3.1	Justificación
3.2.	Relación con el sector externo
4	Contenidos Curriculares
5.	Organización de las actividades de formación
6.	Formación Investigativa
6.1.	Áreas de Investigación
6.2.	Líneas de Investigación
6.3.	Financiación de la investigación
7.	Personal docente

**INFORMACION DOCUMENTADA**

CODIGO: 101-ID-07

PÁGINA: 2 de 2

EDICIÓN: 0

FECHA: //

**FORMATO DE APERTURA DE
PROGRAMA ACADÉMICO**

7.1	Criterios para el Personal Docente
7.2	Breve descripción del Personal Docente
8.	Condiciones institucionales del programa
8.1	Medios educativos:
8.2	Estructura administrativa y académica:
8.3	Autoevaluación
8.4	Políticas y estrategias de seguimiento a egresados:
8.6	Recursos financieros suficientes:
9	Documentos adjuntos

**INFORMACIÓN DOCUMENTADA****FORMULARIO PARA SOLICITUD DE
CONVENIOS****CÓDIGO:** 101-ID-08**PÁGINA:** 1 de 2**EDICIÓN:** 0**FECHA:** //*Universidad Mayor de San Andrés**Centro Psicopedagógico y de Investigación en Educación Superior***Formulario para solicitud de convenios****Información del Solicitante**

Nombre del gestor o solicitante:

Teléfono Oficina:

Teléfono Móvil

Correo Electrónico:

Nombre del Convenio:

Justificación para la firma:

Información de la contraparte

Nombre de la contraparte:

**INFORMACIÓN DOCUMENTADA****FORMULARIO PARA SOLICITUD DE
CONVENIOS****CÓDIGO:** 101-ID-08**PÁGINA:** 2 de 2**EDICIÓN:** 0**FECHA:** //

NIT	
Teléfono	
Dirección	
Nombre del Representante Legal	
Cédula de Identidad	
Teléfono de oficina	
Correo electrónico	
Propuesta de redacción del convenio	
Fecha de recibo del documento	
Fecha de inicio de la revisión	

Favor indicar los aspectos que deben ser contemplados para el convenio. Si se trata de un convenio específico indicar: responsables, programa de trabajo, cronograma y recursos.



INFORMACION DOCUMENTADA

CODIGO: 101-ID-08

PÁGINA: 1 de 2

EDICIÓN: 0

FECHA: //

**FORMULARIO-PROYECTO DE TESIS
MAESTRIA**

PROYECTO DE TESIS – MAESTRÍA

Nombre completo:

C.I.:

E. Mail:

Tel: ()

Tel. Cel:

Fecha y lugar de nacimiento: / /

Nombre del tutor:

1. Título de la tesis

2. Proyecto en el cual está incluida la tesis

3. Antecedentes y justificación de la propuesta

4. Principales hipótesis de trabajo

5. Métodos a ser utilizados



INFORMACION DOCUMENTADA

FORMULARIO-PROYECTO DE TESIS
MAESTRIA

CODIGO: 101-ID-08

PÁGINA: 2 de 2

EDICIÓN: 0

FECHA: //

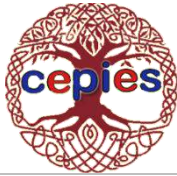
6. Cronograma previsto

7. Financiación

8. Respaldo del Tutor e informe del mismo sobre viabilidad de la propuesta

Firma y fecha, estudiante:

Firma y fecha, tutor académico:



INFORMACION DOCUMENTADA

ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCIÓN

CODIGO: 101-ID-09

PÁGINA: 1 de 1

EDICIÓN: 0

FECHA: //

