



Resolución Directoral

R.D. N° 174-2017-CENFOTUR/DN

Barranco, 23 OCT 2017

VISTO:

El memorándum N° 155-2017-SG/OPPD de fecha 18 de octubre de 2017, emitido por la Oficina de Planificación, Presupuesto y Desarrollo y el Informe N° 073-2017-OPPD/UPD de fecha 18 de octubre de 2017, emitido por la Unidad de Planeamiento y desarrollo, sobre la Modificación de los Procedimientos de "Control de Documentos Internos", "Control de Documentos Externos", "Control de Registros", "Auditorías Internas", "Acciones Preventivas y Correctivas" y "Tratamiento de Servicios No Conformes", en el Marco del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001, como resultado de la implementación del proceso de migración de la versión 2008 a la versión 2015;

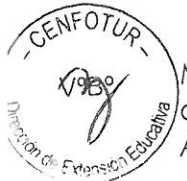
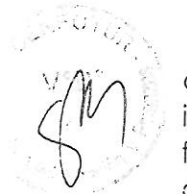
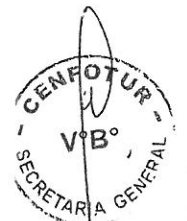
CONSIDERANDO:

Que, el Centro de Formación en Turismo – CENFOTUR es un Organismo Público Técnico Especializado adscrito al Ministerio de Comercio Exterior y Turismo – MINCETUR, con autonomía académica, económica, financiera y administrativa, de conformidad con el Decreto Ley N° 22155, destinado a la formación, capacitación, especialización y certificación de los recursos humanos en el campo de la actividad turística;

Que, la Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado declara al Estado Peruano en proceso de modernización en sus diferentes instancias, dependencias, entidades, organizaciones y procedimientos, con la finalidad de mejorar la gestión pública y construir un Estado democrático, descentralizado y al servicio del ciudadano;

Que, mediante el Decreto Supremo N° 007-2011-PCM, se aprobó la Metodología de Simplificación administrativa para la mejora de los procedimientos administrativos y servicios prestados en exclusividad por las entidades de la Administración Pública;

Que, el Manual de Procedimientos – MAPRO es un documento de gestión que describe en forma pormenorizada y secuencial las operaciones que se sigue en la ejecución de los procedimientos en cada órgano funcional de una Entidad,





Resolución Directoral

asimismo es un instrumento de información y orientación al personal que interviene directa o indirectamente en la ejecución de los procedimientos;



Que, mediante Resolución Directoral N° 149-2014-CENFOTUR/DN de fecha 03 de octubre de 2014, la Dirección Nacional aprobó once (11) procedimientos administrativos que se incorporaron al Manual de Procedimientos Administrativos del CENFOTUR – MAPRO, del Centro de Formación en Turismo – CENFOTUR;



Que, mediante Resolución Directoral N° 154-2016-CENFOTUR/DN de fecha 23 de agosto de 2016, la Dirección Nacional aprobó la Modificación de los Procedimientos de "Control de Documentos Internos", "Control de Documentos Externos", "Control de Registros", "Auditorías Internas", "Acciones Preventivas y Correctivas" y "Tratamiento de Servicios No Conformes", en el Marco del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001, del Centro de Formación en Turismo – CENFOTUR;



Que, la Unidad de Planeamiento y Desarrollo, mediante el documento del visto remite el Informe N° 073-2017-OPPD/UDP del Jefe de la Unidad de Planeamiento y Desarrollo, mediante el cual propone para su aprobación la modificación de seis (06) procedimientos del CENFOTUR, correspondientes al Procedimiento de "Control de Documentos Internos", "Control de Documentos Externos", "Control de Registros", "Auditorías Internas", "Acciones Preventivas y Correctivas" y "Tratamiento de Servicios No Conformes", en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001, como resultado de la implementación del proceso de migración de la versión 2008, a la versión 2015, los mismos que se encuentran debidamente visados por las áreas competentes;



Que, resulta necesario modificar los procedimientos administrativos propuestos e incorporarlos en el Manual de Procedimientos – MAPRO del CENFOTUR, aprobado mediante Resolución Directoral N° 149-2014-CENFOTUR/DN;



Con la visación de la Dirección de Extensión Educativa, Dirección de Formación Académica, Dirección de Gestión Académica, Oficina de Administración y Finanzas, Oficina de Planificación, Presupuesto y Desarrollo, la Oficina de Asesoría Jurídica y de la Secretaría General;



De conformidad con el Decreto Ley N° 22155 - Ley Orgánica del CENFOTUR, y su Reglamento de Organización y Funciones aprobado por Decreto Supremo N° 016-2011-MINCETUR;





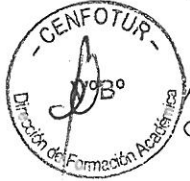
Resolución Directoral

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- MODIFICAR los procedimientos de "Control de Documentos Internos", "Control de Documentos Externos", "Control de Registros", "Auditorías Internas", "Acciones Preventivas y Correctivas" y "Tratamiento de Servicios No Conformes", en el Marco del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001, como resultado de la implementación del proceso de migración de la versión 2008 a la versión 2015, aprobados mediante Resolución Directoral 149-2014-CENFOTUR/DN de fecha 03 de octubre de 2014 y modificado por Resolución Directoral N° 154-2016-CENFOTUR/DN de fecha 23 de agosto de 2016,, cuyo anexo (24 folios) forma parte de la presente resolución.



Artículo Segundo. - INCORPORAR en el Manual de Procedimientos Administrativos del CENFOTUR – MAPRO, los procedimientos descritos en el artículo anterior.



Artículo Tercero. - DISPONER, que todos los órganos y unidades orgánicas del Centro de Formación en Turismo – CENFOTUR, adopten las medidas que sean necesarias para el cumplimiento de la presente resolución.



Artículo Cuarto. - ENCARGAR a la Oficina de Administración y Finanzas la comunicación de la presente Resolución a la Dirección de Formación Académica, Dirección de Gestión Académica, Oficina de Administración y Finanzas, Oficina de Planificación, Presupuesto y Desarrollo, Oficina de Marketing Institucional del Centro de Formación en Turismo - CENFOTUR, y otras áreas respectivas.




Artículo Quinto. - ENCARGAR al responsable del Portal de Transparencia, la publicación de la presente resolución en la página web del Centro de Formación en Turismo.



Regístrese y comuníquese,



MADELEINE BURNS VIDAURRAZAGA
Directora Nacional
CENTRO DE FORMACIÓN EN TURISMO

	CENTRO DE FORMACION EN TURISMO MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS MAPRO-CENFOTUR	Anexo 1
		Código: PR-SG-006
		Versión: 03
		Página: 1 de 2

(1) DENOMINACIÓN: Control de Salidas No Conformes

(2) UNIDAD RESPONSABLE: Secretaría General

(3) FINALIDAD : Establecer los lineamientos y el procedimiento a seguir para la identificación y el control oportuno de las Salidas No Conformes de los procesos principales / misionales, a fin de prevenir su uso o entrega no intencional; así como, establecer las responsabilidades y autoridades relacionadas con su tratamiento.

(4) BASE LEGAL:

- 4.1 Decreto Ley N° 22155, Ley Orgánica del Centro de Formación en Turismo, modificado por Decreto Legislativo N° 578.
- 4.2 Decreto Supremo N° 016-2011-MINCETUR, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del CENFOTUR.
- 4.3 Resolución Directoral N° 111-2012-CENFOTUR/DN, que aprueba el Manual de Organización y Funciones del CENFOTUR.

(5) REQUISITOS DEL PROCEDIMIENTO:

5.1 Ninguno.

(6) DEFINICIONES:

- 6.1 Concesión: Autorización para utilizar o liberar un producto que no es conforme con los requisitos especificados.
- 6.2 Corrección: Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.
- Liberación: Autorización para proseguir con la siguiente etapa de un proceso.
- 6.4 No Conformidad: Incumplimiento de un requisito.
- 6.5 Permiso de desviación: Autorización para apartarse de los requisitos originalmente especificados de un producto o servicio, antes de su realización.
- 6.6 Reproceso: Acción tomada sobre un salida No Conforme para que cumpla con los requisitos.
- Salida No Conforme: Es aquella salida de un proceso principal / misional, incluyendo el servicio, que incumple con los requisitos especificados.
- 6.8 Tratamiento de una Salida No Conforme: Es la acción a tomar frente a una salida no conforme, con el objeto de solucionar dicha No Conformidad y realizar una disposición del mismo.
- 6.9 Verificación: Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.

(7) OBSERVACIONES:

Ninguna.

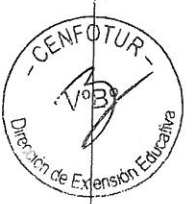
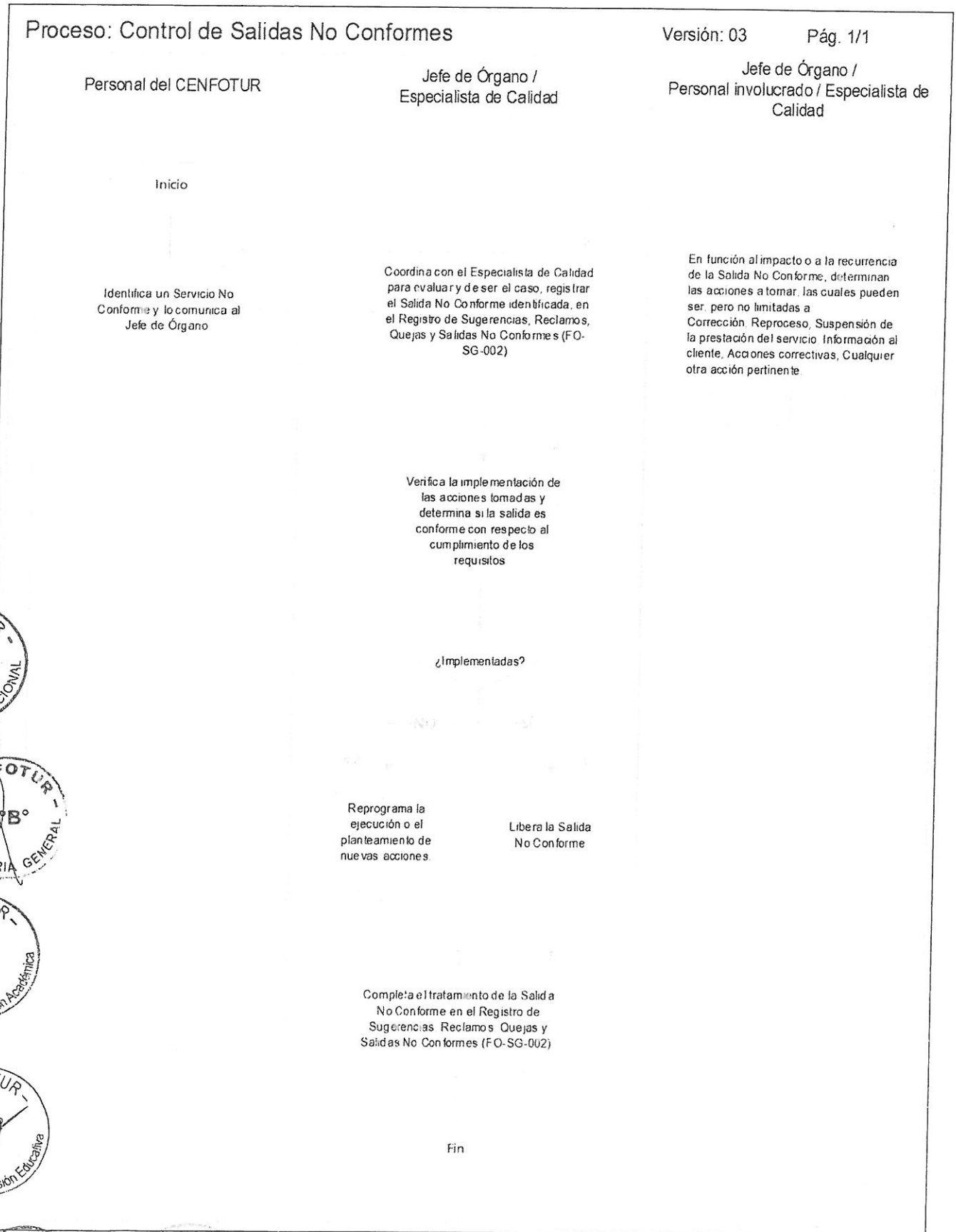
(8) ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO	UNIDAD	DURACION		RESPONSABLE
	OPERATIVA	HORAS	DIAS	
1 Identifica una Salida No Conforme y lo comunica al Jefe de Órgano.	Órgano involucrado			Personal del CENFOTUR
2 Coordina con el Especialista de Calidad para evaluar y de ser el caso, registrar el Salida No Conforme identificada, en el Registro de Sugerencias, Reclamos, Quejas y Salidas No Conformes (FO-SG-002).	Órgano involucrado / SG			Jefe de Órgano / Especialista de Calidad
3 En función al impacto o a la recurrencia de la Salida No Conforme, determinan las acciones a tomar, las cuales pueden ser, pero no limitadas a: - Corrección - Reproceso - Suspensión de la prestación del servicio - Información al cliente - Acciones correctivas - Cualquier otra acción pertinente.	Órgano involucrado / SG			Jefe de Órgano / Personal involucrado / Especialista de Calidad
4 Verifica la implementación de las acciones tomadas y determina si la salida es conforme con respecto al cumplimiento de los requisitos. 4.1 Si las acciones tomadas fueron implementadas, libera la Salida No Conforme. Continúa con el paso 5. 4.2 Si las acciones tomadas no fueron implementadas en el plazo establecido, reprograma la ejecución o el planteamiento de nuevas acciones. Regresa al paso 3.	Órgano involucrado / SG			Jefe de Órgano / Especialista de Calidad
5 Completa el tratamiento de la Salida No Conforme en el Registro de Sugerencias, Reclamos, Quejas y Salidas No Conformes (FO-SG-002).	Órgano involucrado / SG			Jefe de Órgano / Especialista de Calidad
TOTAL TIEMPO EMPLEADO EN EL PROCEDIMIENTO				


(3) HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS:

N° de versión	N° de capitulo/ ítem	Párrafo/ Figura/ Tabla/ Nota	Modificaciones
02	1	1	Se modificó la denominación del procedimiento de "Tratamiento de Servicios No Conformes" por "Control de Salidas No Conformes". Por tanto se cambió el uso del término "servicios no conformes" por "salidas no conformes", a lo largo del procedimiento.
02	4	4.4	Se quitó la Resolución Directoral N° 338-2011-CENFOTUR/DN, que aprueba el Texto Único Ordenado del Reglamento Académico del CENFOTUR, de la Base Legal
	6	6.3, 6.7, 6.8, 6.9, 6.12	Se quitaron las definiciones de "Guía para el control de servicios no conformes", "Queja", "Reclamo", "Reparación", "Sugerencia".
	7	7.1, 7.2	Se quitaron las siguientes observaciones: - Al detectarse un posible Servicio No Conforme que no se encontrara identificado en la Guía para el Control de Servicios No Conformes, el Jefe de órgano coordinará con el Responsable de Calidad la actualización de la guía, previa evaluación. - Los Servicios No Conformes se consignarán en el FO-SG-002 Sugerencias, Reclamos, Quejas y Servicios No Conformes, donde se deberá detallar los campos correspondientes.

Denominación: Control de Salidas No Conformes	Código: PR-SG-006	Versión: 03	Página: 2 de 2
---	-------------------	-------------	----------------

(10) DIAGRAMA DE FLUJO:



	CENTRO DE FORMACION EN TURISMO MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS MAPRO-CENFOTUR	Anexo 1
		Código: PR-SG-003
		Versión: 03
		Página: 1 de 2

(1) DENOMINACIÓN: Control de Registros

(2) UNIDAD RESPONSABLE: Secretaría General

(3) FINALIDAD : Establecer los lineamientos y el procedimiento a seguir para controlar los registros establecidos en el Sistema de Gestión de la Calidad, a través de su identificación, almacenamiento, protección, recuperación, retención y disposición.

(4) BASE LEGAL:

- 4.1 Decreto Ley N° 22155, Ley Orgánica del Centro de Formación en Turismo, modificado por el Decreto Legislativo N° 578.
- 4.2 Decreto Supremo N° 016-2011-MINCETUR, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del CENFOTUR.
- 4.3 Resolución Directoral N° 111-2012-CENFOTUR/DN, que aprueba el Manual de Organización y Funciones del CENFOTUR.

(5) REQUISITOS DEL PROCEDIMIENTO:

5.1 Ninguno.

(6) DEFINICIONES:

- 6.1 Archivo activo: Ambiente o espacio de cada área, donde se archivan los registros que son revisados o consultados con frecuencia.
- 6.2 Archivo pasivo: Ambiente donde se archivan los registros que han cumplido su tiempo de archivo activo y que ya no son requeridos. Luego del tiempo de archivo pasivo los registros se pueden eliminar.
- 6.3 Formato: Documento que indica la información que debe registrarse para mantener evidencia de la realización de un proceso, actividad o tarea. Cuando el formato contiene datos y/o información se convierte en registro.
- 6.4 Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencias de las actividades desempeñadas.

(7) OBSERVACIONES:

7.1 Como norma general el tiempo mínimo de conservación de los registros será definido en la Lista Maestra de Registros (FO-SG-017) respetando en todos los casos los requisitos legales.

7.2 Serán responsables de la aplicación de este procedimiento, todo el personal que en el desarrollo de sus actividades utilice registros del Sistema de Gestión de la Calidad.

7.3 En el archivo de los registros el criterio de clasificación para asegurar su recuperación inmediata puede ser: Alfabéticamente, numéricamente, alfanuméricamente, cronológicamente, entre otros.

7.4 Se deberá proteger la información de los registros electrónicos de tal manera que se impida la pérdida o modificación de los datos originales (control de acceso a las instalaciones, claves o contraseñas de acceso a computadores, claves o contraseñas de usuario, claves o contraseñas de apertura de archivos, claves o contraseñas de protección de archivos contra escritura, respaldos (back up), entre otros).

7.5 Para el caso de los registros lógicos o electrónicos conservados en servidores, el responsable de realizar los respaldos (back up) , será la Unidad de Sistemas e Informática.

7.6 En la generación de registros es necesario tener en cuenta:

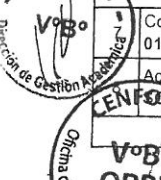
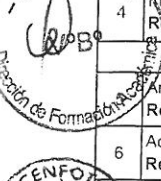
- a. Los registros deben ser legibles;
- b. Siempre se debe registrar la fecha de creación del registro;
- c. Todos los casilleros de un formato se deberán registrar. En caso que existan campos vacíos (por falta de datos) se deberán invalidar los casilleros correspondientes con líneas u otro artificio apropiado;
- d. Los registros manuscritos, sólo podrán efectuarse utilizando lapicero (no lápiz);
- e. No deberá borrarse, bajo ninguna circunstancia, la información registrada originalmente;
- f. Las correcciones a la información plasmada en los registros, deberán hacerse trazando una línea sobre la información que se desea corregir, garantizando que quede legible para luego consignar la nueva información;
- g. Todo registro deberá contar con su identificación.

7.7 Durante el periodo de conservación de los registros del Sistema de Gestión de la Calidad, se deberá garantizar que el sistema de organización del archivo permita su fácil accesibilidad, su oportuna consulta, que se mantengan legibles e identificables, almacenados en lugares apropiados, y seguros a fin de evitar su deterioro

7.8 El Jefe de Órgano será el responsable del control del archivo activo de los registros y de su posterior disposición.

7.9 El Jefe de Órgano será el responsable del control del archivo pasivo de los registros y de su posterior eliminación.

(8) ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO	UNIDAD	DURACION		RESPONSABLE
	OPERATIVA	HORAS	DIAS	
VERIFICACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LOS REGISTROS				
1. Genera el registro durante la realización de las actividades realizadas, establecidas en el Sistema de Gestión de la Calidad.	Órgano involucrado			Personal involucrado
2. Verifica si el registro generado se encuentra en el registro de la Lista Maestra de Registros (FO-SG-017).	Órgano involucrado			Personal involucrado
2.1 Si el registro se encuentra en el registro de la Lista Maestra de Registros (FO-SG-017), continúa con el paso 5.				
2.2 Si el registro no se encuentra en el registro de la Lista Maestra de Registros (FO-SG-017), continúa con el paso 3.				
3. Comunica al Especialista de Calidad cuál es el registro que debe ser incorporado en el registro de la Lista Maestra de Registros (FO-SG-017).	Órgano involucrado			Personal involucrado
4. Incluye el nuevo registro y el detalle de sus controles en el registro de la Lista Maestra de Registros (FO-SG-017).	SG			Especialista de Calidad
ARCHIVO DE LOS REGISTROS				
5. Archiva el registro generado, de acuerdo con lo señalado en el registro de la Lista Maestra de Registros (FO-SG-017).	Órgano involucrado			Personal involucrado
6. Accede al registro archivado, de acuerdo con lo señalado en el registro de la Lista Maestra de Registros (FO-SG-017).	Órgano involucrado			Personal involucrado
CONTROL DE LOS REGISTROS				
7. Controla los registros según detalles en el registro de la Lista Maestra de Registros (FO-SG-017).	Órgano involucrado			Jefe de Órgano
8. Actualiza el detalle del control del registro en el registro de la Lista Maestra de Registros (FO-SG-017), en caso sea necesario.	SG			Especialista de Calidad
TOTAL TIEMPO EMPLEADO EN EL PROCEDIMIENTO				



Denominación: Control de Registros	Código: PR-SG-003	Versión: 03	Página: 2 de 2
------------------------------------	-------------------	-------------	----------------

(9) HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS:

N° de versión	N° de capítulo/ Ítem	Párrafo/ Figura/ Tabla/ Nota	Modificaciones
02	6	6.5	Se quitó la definición de "Servidor".
02	7	7.3	Se quitó la observación que indica que los nuevos registros serán incluidos en el registro de la FO-SG-017 Lista Maestra de Registros.
02	7	7.11	Se quitó la observación que indica que el Jefe de Órgano, por lo menos una vez al año, deberá realizar verificaciones para identificar los registros que ya cumplieron su tiempo de retención en el archivo pasivo y coordinar su eliminación.
02	8	8.4, 8.8	Se modificó el término "Responsable de Calidad por "Especialista de Calidad.

(10) DIAGRAMA DE FLUJO:

Proceso: Control de Registros

Versión: 03 Pág. 1/1

Personal Involucrado

Responsable de Calidad

Jefe de Órgano

Inicio

Genera el registro durante la realización de las actividades realizadas, establecidas en el Sistema de Gestión de la Calidad

Verifica si el registro generado se encuentra en el registro de la FO-SG-017 Lista Maestra de Registros

¿Identificado?

Comunica al Especialista de Calidad cuál es el registro que debe ser incorporado en el registro de la Lista Maestra de Registros (FO-SG-017)

Incluye el nuevo registro y el detalle de sus controles en el registro de la Lista Maestra de Registros (FO-SG-017)

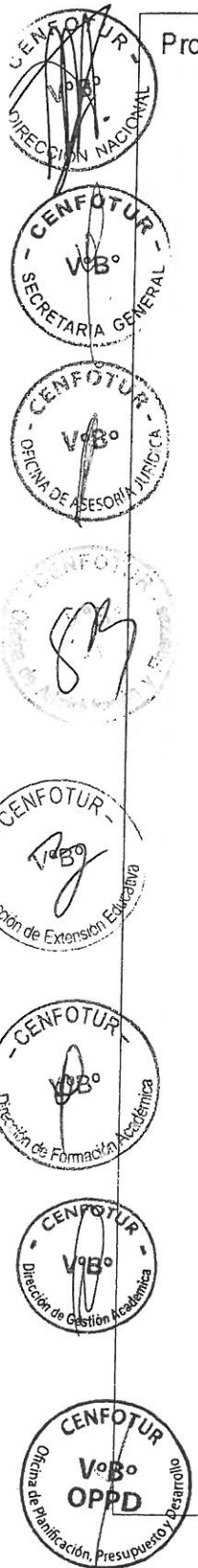
Archiva el registro generado, de acuerdo con lo señalado en el registro de la FO-SG-017 Lista Maestra de Registros


Accede al registro archivado de acuerdo con lo señalado en el registro de la Lista Maestra de Registros (FO-SG-017).

Controla los registros según detalles en el registro de la Lista Maestra de Registros (FO-SG-017)

Actualiza el detalle del control del registro en el registro de la Lista Maestra de Registros (FO-SG-017), en caso sea necesario

Fin



	CENTRO DE FORMACION EN TURISMO MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS MAPRO-CENFOTUR	Anexo 1
		Código: PR-SG-002
		Versión: 03
		Página: 1 de 2

(1) DENOMINACIÓN: Control de Documentos Externos

(2) UNIDAD RESPONSABLE: Secretaría General

(3) FINALIDAD: Establecer los lineamientos y el procedimiento a seguir para el manejo de la documentación externa que afecte a los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad.

(4) BASE LEGAL:

- 4.1 Decreto Ley N° 22155, Ley Orgánica del Centro de Formación en Turismo, modificado por el Decreto Legislativo N° 578.
- 4.2 Decreto Supremo N° 016-2011-MINCETUR, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del CENFOTUR.
- 4.3 Resolución Directoral N° 111-2012-CENFOTUR/DN, que aprueba el Manual de Organización y Funciones del CENFOTUR.

(5) REQUISITOS DEL PROCEDIMIENTO:

5.1 Ninguno.

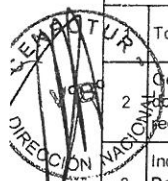
(6) DEFINICIONES:

- Documento Externo: Son documentos de origen externo como, Normas Legales, Reglamentos, Manuales Técnicos, entre otros, que se han determinado necesarios para el Sistema de Gestión de Calidad, y/o aplicable a sus procesos involucrados, sobre el cual se mantiene control a través de la FO-SG-003 Lista Maestra de Documentos Externos.
- 6.2 Documento Derogado: Documento que ha perdido su vigencia.
- 6.3 Jefe de Órgano: Director, Secretario General, Subdirector, Jefe de Oficina, Jefe de Unidad u otro responsable de un área determinada.
- 6.4 Personal involucrado: Personal que labora en un área determinada y depende del Jefe de Órgano.

(7) OBSERVACIONES:

- 7.1 El Jefe de Órgano será el responsable del manejo de los documentos externos que afecten a los procesos que estén bajo su control.
- 7.2 Todos los documentos de origen externo serán identificados mediante el nombre o título del documento y su versión vigente se ubicará en el servidor compartido SGC.
- 7.3 En caso que el personal requiera imprimir o utilice copias impresas de los documentos externos, quedará bajo su responsabilidad la impresión o la utilización de la versión vigente, la cual podrá ser verificada mediante comparación con el original.
- 7.4 El personal mantendrá legibles e identificables los documentos externos (físicos) que se encuentran bajo su custodia, e informará al Jefe de Órgano su pérdida o deterioro.
- 7.5 Todos los ejemplares impresos de los documentos externos se consideran documentos no controlados.
- 7.6 La frecuencia de revisión de la vigencia de los documentos externos será mínimo una vez al año.

(8) ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO	UNIDAD	DURACION		RESPONSABLE
	OPERATIVA	HORAS	DIAS	
INCLUSIÓN DE DOCUMENTOS EXTERNOS				
1 Toma conocimiento de un nuevo documento externo o la actualización de uno ya existente.	Órgano involucrado			Jefe de Órgano / Personal involucrado
2 Gestiona su disposición y comunica a la Especialista de Calidad la identificación del nuevo documento o la actualización de uno ya existente, para que ésta se encargue de incluirlo en el registro de la Lista Maestra de Documentos Externos (FO-SG-003).	Órgano involucrado			Jefe de Órgano
3 Incluye/Actualiza el documento externo vigente en el registro de la Lista Maestra de Documentos Externos (FO-SG-003) y lo coloca en formato electrónico en la carpeta "Documentos Externos" del servidor compartido SGC.	SG			Especialista de Calidad
ARCHIVO DE DOCUMENTOS EXTERNOS				
Archiva el documento externo, de acuerdo a lo señalado en el registro de la Lista Maestra de Documentos Externos (FO-SG-003).	Órgano involucrado			Responsable del Documento Externo
ACCESO A DOCUMENTOS EXTERNOS				
5 Si requiere consultar el documento externo. Procede según lo siguiente: 5.1 Si requiere copia física del documento, la solicita al responsable del documento externo. Continúa con el paso 6. 5.2 No requiere copia física del documento, accede al documento externo archivado, de acuerdo a lo señalado en el registro la Lista Maestra de Documentos Externos (FO-SG-003) o lo visualiza en el servidor compartido SGC. Continúa al paso 7.	Órgano involucrado			Personal Involucrado
6 Entrega las copias físicas del documento externo o de la nueva versión y/o edición al personal que lo requiera y controla su distribución a través del registro de la Controla su distribución a través del registro de la Lista de Distribución de Documentos (FO-SG-001).	Órgano involucrado			Responsable del Documento Externo
CONTROL DE DOCUMENTOS EXTERNOS				
7 Verifica la vigencia de los documentos externos del órgano de acuerdo a la frecuencia de revisión del registro de la Lista Maestra de Documentos Externos (FO-SG-003). 7.1 El documento externo se encuentra vigente. Fin del Procedimiento. 7.2 El documento externo no se encuentra vigente, comunica a la especialista de Calidad y continúa con el paso 8.	Órgano involucrado			Responsable del Documento Externo
8 Actualiza el registro de la Lista Maestra de Documentos Externos (FO-SG-003) y coloca el documento externo vigente en la carpeta de "Documentos Externos" del servidor compartido SGC.	SG			Especialista de Calidad
TOTAL TIEMPO EMPLEADO EN EL PROCEDIMIENTO				

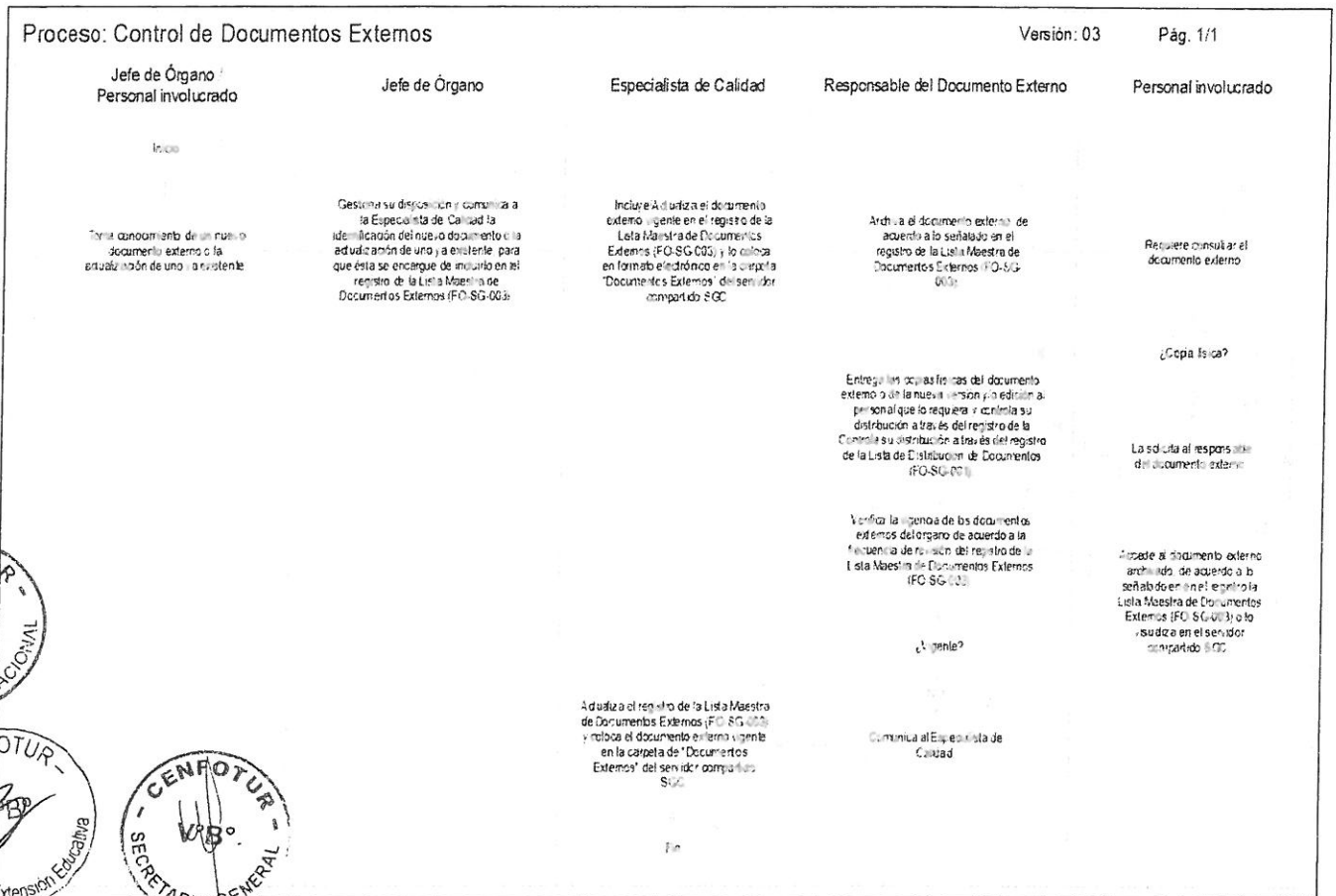



Denominación: Control de Documentos Externos	Código: PR-SG-002	Versión: 03	Página: 2 de 2
--	-------------------	-------------	----------------

(9) HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS:

N° de versión	N° de capítulo/ ítem	Párrafo/ Figura/ Tabla/ Nota	Modificaciones
02	8	8.10	Se quitó de la actividad la acción de colocar el documento externo no vigente en la carpeta "Documentos Derogados" del servidor compartido SGC.
02	8	--	Se modificó el "Responsable de Calidad" por el "Especialista de Calidad".

(10) DIAGRAMA DE FLUJO:



	CENTRO DE FORMACION EN TURISMO MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS MAPRO-CENFOTUR	Anexo 1
		Código: PR-SG-001
		Versión: 03
		Página: 1 de 6

(1) DENOMINACIÓN: Control de Documentos Internos

(2) UNIDAD RESPONSABLE: Secretaría General

(3) FINALIDAD : Establecer el procedimiento a seguir para controlar los documentos internos requeridos por el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC); con el propósito de establecer las actividades para la elaboración, revisión, aprobación, modificación, distribución, archivo y custodia de los mismos; la identificación de los cambios y el estado de revisión actual, la disponibilidad de las versiones pertinentes en los puntos de uso, la permanencia de documentos fácilmente identificables y la prevención del uso no intencionado de documentos derogados.

(4) BASE LEGAL:

- 4.1 Decreto Ley N° 22155, Ley Orgánica del Centro de Formación en Turismo, modificado por Decreto Legislativo N° 578.
- 4.2 Decreto Supremo N° 016-2011-MINCETUR, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del CENFOTUR.
- 4.3 Resolución Directoral N° 111-2012-CENFOTUR/DN, que aprueba el Manual de Organización y Funciones del CENFOTUR.

(5) REQUISITOS DEL PROCEDIMIENTO:

5.1 Ninguno.

(6) DEFINICIONES:

- 6.1 Documento Interno: Documento elaborado por CENFOTUR en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad para la realización, prestación y control de los servicios.
- 6.2 Documento Derogado: Documento que ha perdido su vigencia.
- 6.3 Jefe de Órgano: Director, Secretario General, Subdirector, Jefe de Oficina, Jefe de Unidad u otro responsable de un área determinada.
- 6.4 Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencias de las actividades desempeñadas.
- 6.5 Versión: Número que identifica el estado de revisión del documento.

Documento de Gestión Institucional: Documento técnico normativo que formaliza una organización y orienta el esfuerzo institucional para el logro de su misión, visión y objetivos; tales como el Reglamento de Organización y Funciones, el Manual de Clasificador de Cargos, el Cuadro de Asignación de Personal, Manual de Organización y Funciones, Texto Único de Procedimientos Administrativos, Plan Estratégico Institucional, Plan Operativo Institucional, etc.

- 6.6 Documento de Gestión Institucional: Documento técnico normativo que formaliza una organización y orienta el esfuerzo institucional para el logro de su misión, visión y objetivos; tales como el Reglamento de Organización y Funciones, el Manual de Clasificador de Cargos, el Cuadro de Asignación de Personal, Manual de Organización y Funciones, Texto Único de Procedimientos Administrativos, Plan Estratégico Institucional, Plan Operativo Institucional, etc.
- 6.7 Política: Conjunto de principios generales o directrices expresadas por la Alta Dirección del CENFOTUR, de cumplimiento obligatorio en la toma de decisiones, a nivel institucional.
- 6.8 Directiva: Son lineamientos generales o reglas particulares, necesarias para detallar acciones derivadas de una o varias normas de mayor jerarquía.
- 6.9 Reglamento: Conjunto ordenado de reglas o preceptos de carácter general dictado por la Alta Dirección del CENFOTUR, de cumplimiento obligatorio.
- 6.10 Manual de la Calidad: Documento que describe de manera general el SGC.
- 6.11 Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo un proceso.
- 6.12 Instructivo: Documento que describe en forma detallada una actividad.
- 6.13 Formato: Documento que indica la información que debe registrarse para mantener evidencia de la realización de un proceso, actividad o tarea. Cuando el formato contiene datos y/o información se convierte en registro.

(7) OBSERVACIONES:

El procedimiento para la elaboración, revisión, aprobación y difusión de los Documentos de Gestión Institucional, Directivas y Reglamentos, se encuentra regulado por las normas vigentes en la materia; por consiguiente, la regulación de dichos documentos no forma parte del presente procedimiento.

Las etapas de aprobación y archivo de los documentos del presente procedimiento, no aplicarán para los instructivos y formatos; no siendo necesario formalizar su aprobación mediante Resolución Directoral; sin embargo, el Jefe de la Unidad Orgánica deberá difundir el nuevo documento o el documento modificado a todo el personal involucrado en la aplicación del mismo, vía memorándum o correo electrónico.

El formato y presentación de cada uno de los documentos citados a continuación deberá contemplar lo siguiente:

- a. Los Manuales deberán contar con una carátula al inicio del documento.
- b. Los Manuales, Procedimientos e Instructivos, deberán tener, en el encabezado de todas sus páginas: la Denominación, Código, Versión y N° de Página correspondiente.
- c. Los Formatos deberán tener en el encabezado su Denominación, Código, Versión y N° de Página.

La codificación de los documentos deberá realizarse de acuerdo a lo siguiente; quedando exceptuada la Política de la Calidad, que no será codificada:

7.4.1 Codificación de los Manuales, Procedimientos, Instructivos y Formatos: (Código de tipo de documento)–(Sigla del órgano o unidad orgánica)–(Número correlativo)

Descripción de campos:

- a. Código de tipo de documento: Campo alfabético de dos (2) caracteres que representa el tipo de documento.
- b. Sigla del órgano o unidad orgánica: Campo alfabético que identifica la sigla del órgano ó unidad orgánica que administra y/o emite el documento.
- c. Número correlativo: Campo numérico de tres (3) dígitos representado por un número secuencial que identifica al documento.

Cuando se realicen modificaciones en los manuales, procedimientos, instructivos y formatos se deberá colocar la versión vigente en el encabezado de todas las páginas.

Los cambios (entre una versión y otra) que se realicen en los manuales, procedimientos e instructivos serán identificados en el mismo documento, en el capítulo: "Hoja de Control de Cambios". En el caso de la Política de la Calidad y formatos, los cambios serán identificados en la comunicación de difusión de la nueva versión.

7.7 Los niveles de aprobación de los documentos internos son:

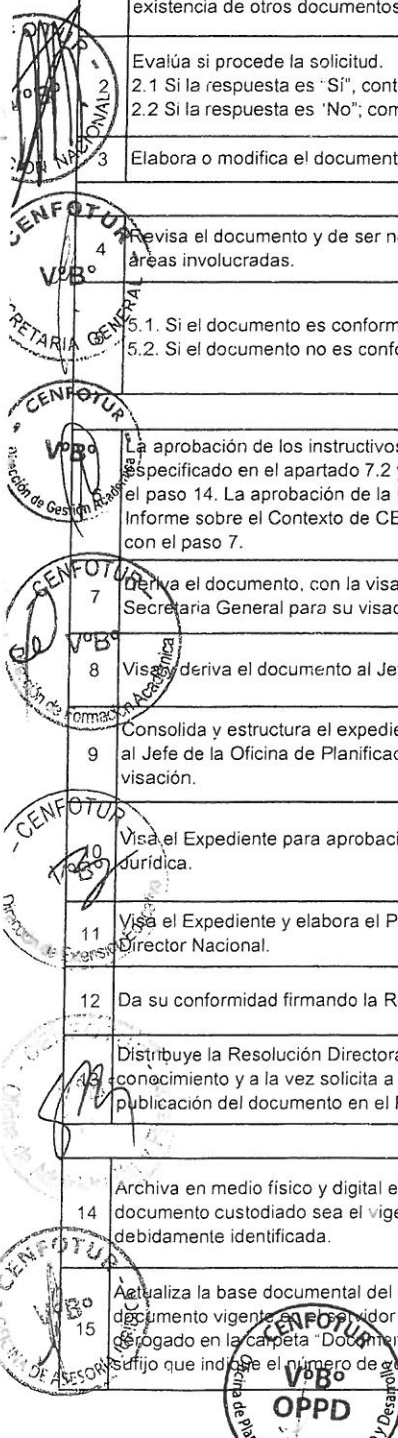


Denominación: Control de Documentos Internos	Código: PR-SG-001	Versión: 03	Página: 2 de 6
--	-------------------	-------------	----------------

NIVELES DE APROBACIÓN DE DOCUMENTOS INTERNOS		
TIPO DE DOCUMENTO	CÓDIGO	NIVEL DE APROBACIÓN
Política de la Calidad	--	Director Nacional
Manual de la Calidad	MA	Director Nacional
Informe sobre el Contexto de CENFOTUR - SGC	--	Director Nacional
Procedimientos	PR	Director Nacional
Manuales	MA	Jefe de Órgano
Instructivos	IN	Jefe de Órgano
Formato	FO	Jefe de Órgano

7.8 Todos los ejemplares impresos de los documentos internos se consideran documentos no controlados.

(8) ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO		UNIDAD	DURACION		RESPONSABLE
		OPERATIVA	HORAS	DIAS	
ELABORACIÓN / MODIFICACIÓN DE UN DOCUMENTO INTERNO					
1	Identifica la necesidad de elaborar o modificar un documento interno (requerido por el Sistema de Gestión de la Calidad) para un fin específico, verificando la existencia de otros documentos relacionados y su alcance.	Órgano involucrado			Personal involucrado
	Evalúa si procede la solicitud. 2.1 Si la respuesta es "Si", continúa con el paso 3. 2.2 Si la respuesta es "No"; comunica al solicitante. Fin del procedimiento.	Órgano involucrado			Jefe de Órgano
3	Elabora o modifica el documento y posteriormente lo somete a revisión.	Órgano involucrado			Personal involucrado
REVISIÓN DEL DOCUMENTO					
4	Revisa el documento y de ser necesario, puede convocar a otras personas o áreas involucradas.	Órgano involucrado / SG			Jefe de Órgano / Especialista de Calidad
	5.1. Si el documento es conforme se codifica y pasa a aprobación al paso 6. 5.2. Si el documento no es conforme, regresa al paso 3, según corresponda.	SG			Especialista de Calidad
APROBACIÓN DEL DOCUMENTO					
	La aprobación de los instructivos, y formatos se llevará a cabo según lo especificado en el apartado 7.2 y 7.7 del presente procedimiento y continúa con el paso 14. La aprobación de la Política de la Calidad, Manual de la Calidad, Informe sobre el Contexto de CENFOTUR - SGC y Procedimientos, continúa con el paso 7.	Órgano involucrado			Jefe de Órgano
7	Deriva el documento, con la visación correspondiente, vía memorándum a la Secretaría General para su visación y trámite de aprobación.	Órgano involucrado			Jefe de Órgano
8	Visa y deriva el documento al Jefe de la Unidad de Planificación y Desarrollo.	SG			Secretario(a) General
9	Consolida y estructura el expediente para aprobación del documento y lo deriva al Jefe de la Oficina de Planificación, Presupuesto y Desarrollo para su visación.	UPD			Jefe de la Unidad de Planificación y Desarrollo
10	Visa el Expediente para aprobación y lo eleva al Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica.	OPPD			Jefe de la Oficina de Planificación, Presupuesto y Desarrollo
11	Visa el Expediente y elabora el Proyecto de Resolución Directoral y lo deriva al Director Nacional.	OAJ			Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica
12	Da su conformidad firmando la Resolución Directoral, aprobando el documento.	DN			Director Nacional
13	Distribuye la Resolución Directoral a cada Órgano involucrado para conocimiento y a la vez solicita a la Unidad de Sistemas e Informática la publicación del documento en el Portal Institucional de CENFOTUR.	DN			Técnico Administrativo
ARCHIVO Y DIFUSIÓN DEL DOCUMENTO					
14	Archiva en medio físico y digital el documento aprobado, garantizando que el documento custodiado sea el vigente y que la documentación derogada esté debidamente identificada.	UPD / SG			Jefe de la Unidad de Planificación y Desarrollo / Especialista de Calidad
15	Actualiza la base documental del Sistema de Gestión de Calidad, incluyendo el documento vigente al repositorio compartido SGC y archiva el documento derogado en la carpeta "Documentos Derogados", adicionando al nombre un sufijo que indique el número de versión obsoleta.	SG			Especialista de Calidad



Denominación: Control de Documentos Internos		Código: PR-SG-001	Versión: 03	Página: 3 de 6
16	Actualiza el registro de la Lista Maestra de Documentos Internos (FO-SG-018), incluyendo el documento aprobado y actualizando el estado de la documentación derogada, de ser el caso.	SG		Especialista de Calidad
17	Difunde la inclusión de un nuevo documento o versión a todo el personal involucrado en la aplicación del mismo.	Órgano involucrado		Jefe de Órgano
CONTROL DE VIGENCIA				
18	En forma permanente, controla la vigencia de los documentos internos en uso. Fin del procedimiento.	SG		Secretario General / Especialista de Calidad
TOTAL TIEMPO EMPLEADO EN EL PROCEDIMIENTO				

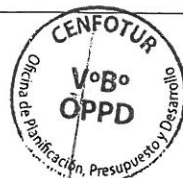
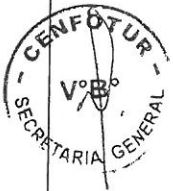
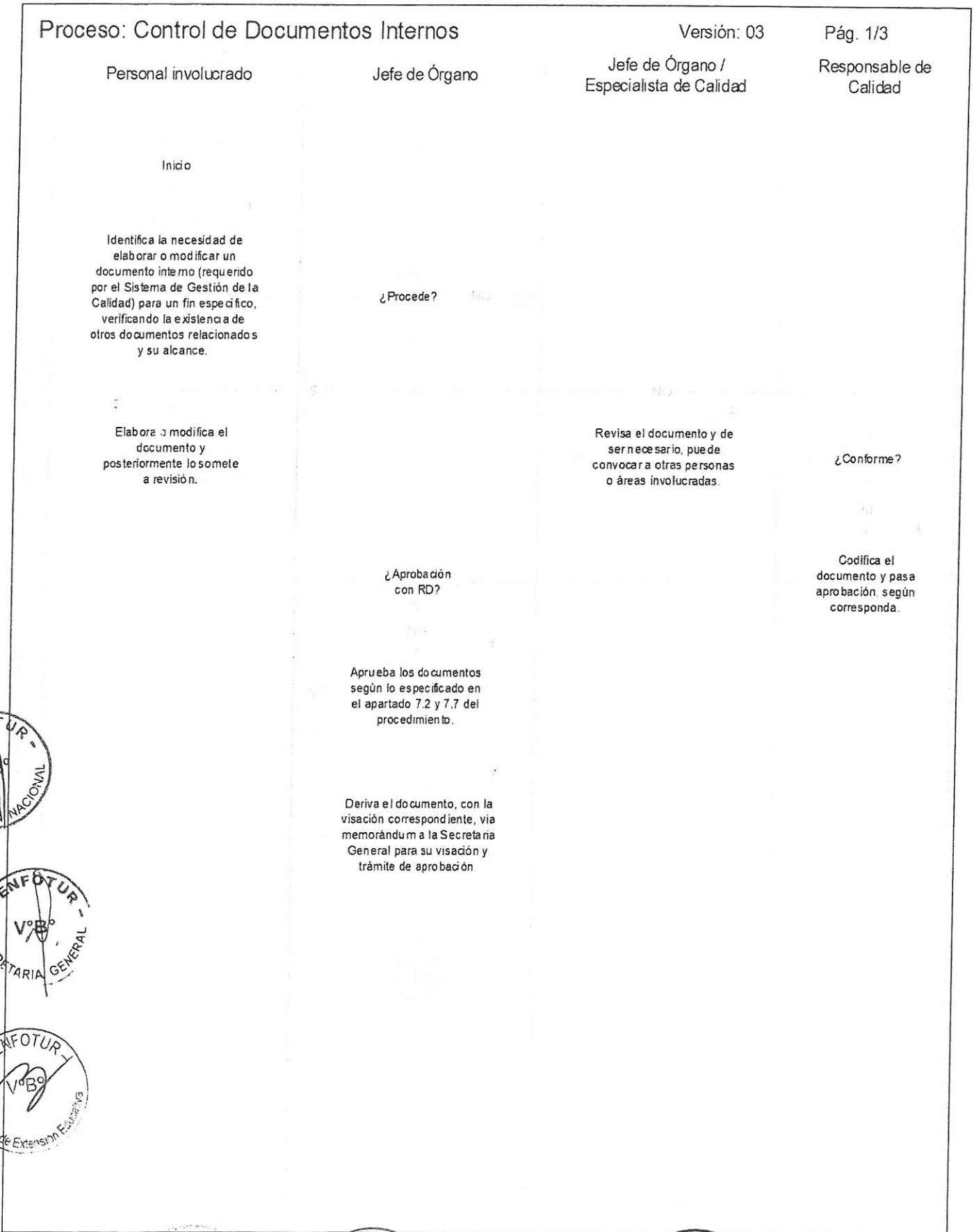
(9) HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS:

N° de versión	N° de capítulo/ ítem	Párrafo/ Figura/ Tabla/ Nota	Modificaciones
02	6	6.2, 6.3, 6.6, 6.7, 6.17	Se quitaron las definiciones de "Documento Interno Controlado", "Documento Interno No Controlado", "Personal Involucrado", "Visación", "Revisión" y "Guía".
02	7	7.7	Se quitó la columna de 'Alcance' para los tipos de documentos internos. Asimismo, se modificó el nivel de aprobación de la Política de la Calidad, quitando al Consejo Directivo y dejando sólo al Director Nacional.
02	8	8.2	Se quitó la actividad que indicaba que el Jefe de Órgano debía definir el alcance e identificar los niveles de aprobación del documento.
02	8	--	Se modificaron los términos de "Responsable de Calidad" por "Especialista de Calidad" y "Representante de la Dirección" por "Secretario General".



Denominación: Control de Documentos Internos	Código: PR-SG-001	Versión: 03	Página: 4 de 6
--	-------------------	-------------	----------------

(10) DIAGRAMA DE FLUJO:



Denominación: Control de Documentos Internos	Código: PR-SG-001	Versión: 03	Página: 5 de 6
--	-------------------	-------------	----------------

Proceso: Control de Documentos Internos

Versión: 03

Pág. 2/3

Secretario General

Jefe de la Unidad de Planificación y Desarrollo

Jefe de la OPPD

Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica

Director Nacional

Visa y deriva el documento al Jefe de la Unidad de Planificación y Desarrollo.

Consolida y estructura el expediente para aprobación del documento y lo deriva al Jefe de la Oficina de Planificación, Presupuesto y Desarrollo para su visación.

Visa el Expediente para aprobación y lo eleva al Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica

Visa el Expediente y elabora el Proyecto de Resolución Directoral y lo deriva al Director Nacional.

Da su conformidad firmando la Resolución Directoral, aprobando el documento.



Proceso: Control de Documentos Internos

Versión: 03

Pág. 3/3

Secretario General

Jefe de la UPD / Esp. Cal.

Jefe de la OPPD

Jefe de Órgano

Director Nacional

Distribuye la Resolución Directoral a cada Órgano involucrado para conocimiento y a la vez solicita a la Unidad de Sistemas e Informática la publicación del documento en el Portal Institucional de CENFOTUR.

Archiva en medio físico y digital el documento aprobado garantizando que el documento custodiado sea el vigente y que la documentación derogada esté debidamente identificada.

Actualiza la base documental del Sistema de Gestión de Calidad, incluyendo el documento vigente en el servidor compartido SGC y archiva el documento derogado en la carpeta "Documentos Derogados", adicionando al nombre un sufixo que indique el número de versión obsoleta.


Actualiza el registro de la Lista Maestra de Documentos Internos (FO-SG-018), incluyendo el documento aprobado y actualizando el estado de la documentación derogada, de ser el caso.

Difunde la inclusión de un nuevo documento o versión a todo el personal involucrado en la aplicación del mismo.

En forma permanente, controla la vigencia de los documentos internos en uso.

Fin



	CENTRO DE FORMACION EN TURISMO MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS MAPRO-CENFOTUR	Anexo 1
		Código: PR-SG-004
		Versión: 03
		Página: 1 de 4

(1) DENOMINACIÓN: Auditorías Internas
 (2) UNIDAD RESPONSABLE: Secretaría General
 (3) FINALIDAD: Establecer los lineamientos y el procedimiento a seguir para la planificación y realización de las auditorías internas al Sistema de Gestión de la Calidad, así como para informar sus resultados y mantener los registros que se deriven de su aplicación.

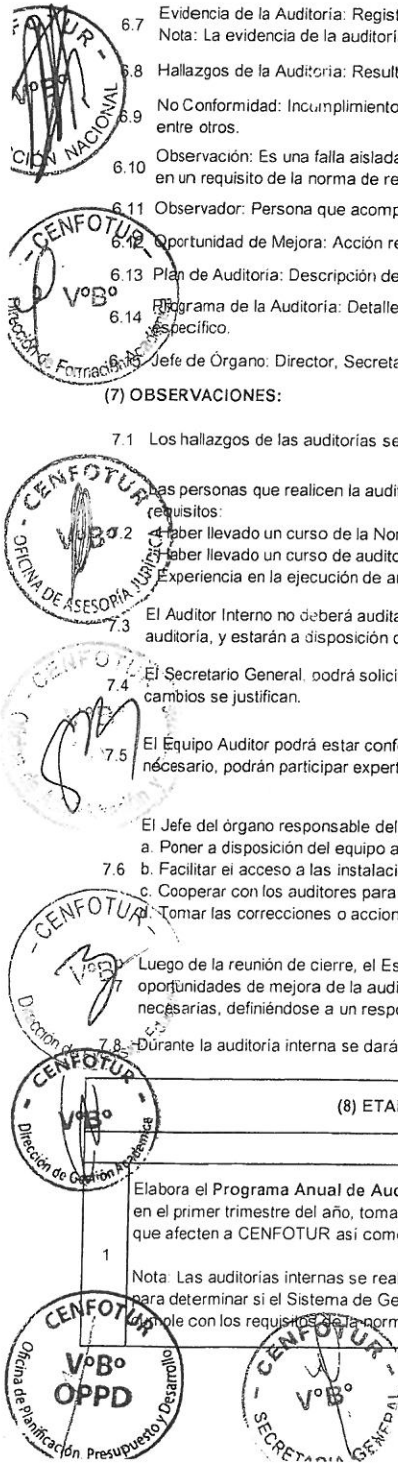
- (4) BASE LEGAL:
- 4.1 Decreto Ley N° 22155, Ley Orgánica del Centro de Formación en Turismo, modificado por el Decreto Legislativo N° 578.
 - 4.2 Decreto Supremo N° 016-2011-MINCETUR, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del CENFOTUR.
 - 4.3 Resolución Directoral N° 111-2012-CENFOTUR/DN, que aprueba el Manual de Organización y Funciones del CENFOTUR.

- (5) REQUISITOS DEL PROCEDIMIENTO:
- 5.1 Ninguno.
- (6) DEFINICIONES:
- 6.1 Auditor: Persona que lleva a cabo una auditoría.
 - 6.2 Auditor Líder: Auditor, del equipo auditor, designado para dirigir la auditoría.
 - 6.3 Auditoría: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría.
 - 6.4 Conclusiones de la Auditoría: Resultado de una auditoría, tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.
 - 6.5 Criterios de Auditoría: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos usados como referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoría.
 - 6.6 Equipo Auditor: Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos.

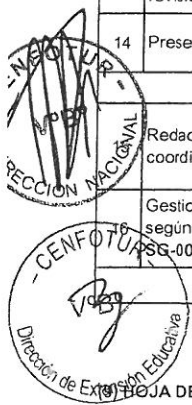
- 6.7 Evidencia de la Auditoría: Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que es pertinente para los criterios de auditoría y que es verificable.
Nota: La evidencia de la auditoría puede ser cualitativa o cuantitativa.
- 6.8 Hallazgos de la Auditoría: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.
- 6.9 No Conformidad: Incumplimiento de un requisito que tiene un impacto en el Sistema de Gestión, en el proceso, en el cumplimiento de la Norma ISO 9001, requisitos legales, entre otros.
- 6.10 Observación: Es una falla aislada o esporádica en el contenido o implementación de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad, o cualquier incumplimiento parcial en un requisito de la norma de referencia que no llega a afectar directamente o de manera crítica al Sistema de Gestión.
- 6.11 Observador: Persona que acompaña al equipo auditor pero que no audita.
- 6.12 Oportunidad de Mejora: Acción recomendada, que al ser implementada implica una mejora del Sistema de Gestión.
- 6.13 Plan de Auditoría: Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.
- 6.14 Programa de la Auditoría: Detalles acordados para un conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.
- 6.15 Jefe de Órgano: Director, Secretario General, Subdirector, Jefe de Oficina, Jefe de Unidad u otro responsable de un área determinada.

- (7) OBSERVACIONES:
- 7.1 Los hallazgos de las auditorías se utilizarán para evaluar la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad, y para identificar oportunidades de mejora en los procesos.
 - 7.2 Las personas que realicen la auditoría interna, podrán ser personal del CENFOTUR o terceros subcontratados, los cuales deberán cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:
 - 7.2.1 Haber llevado un curso de la Norma ISO 9001 vigente, de mínimo 12 horas.
 - 7.2.2 Haber llevado un curso de auditorías de sistemas de gestión de mínimo 12 horas.
 - 7.2.3 Experiencia en la ejecución de auditorías, como mínimo 3 auditorías ISO 9001 en los 2 últimos años.
 - 7.3 El Auditor Interno no deberá auditar su propio trabajo. Asimismo, los Auditores Internos serán independientes del área o proceso comprendido dentro del alcance de la auditoría, y estarán a disposición del Representante de la Dirección, según corresponda, cuando sean convocados.
 - 7.4 El Secretario General podrá solicitar auditorías extraordinarias cuando lo considere necesario; debiendo actualizarse el Programa Anual de Auditorías (FO-SG-010), si los cambios se justifican.
 - 7.5 El Equipo Auditor podrá estar conformado por uno o varios Auditores Internos dependiendo de la complejidad y características de la auditoría interna; y en caso de ser necesario, podrán participar expertos técnicos y observadores, estos últimos deberán haber llevado previamente el curso de Interpretación de la Norma ISO 9001.
 - 7.6 El Jefe del órgano responsable del proceso o área objeto de la auditoría, deberá:
 - a. Poner a disposición del equipo auditor los medios necesarios para la auditoría.
 - b. Facilitar el acceso a las instalaciones y documentos relevantes para la auditoría.
 - c. Cooperar con los auditores para asegurar el éxito de la auditoría.
 - 7.7 Tomar las correcciones o acciones correctivas necesarias sin demora injustificada para subsanar las no conformidades detectadas durante la auditoría y sus causas.
 - 7.8 Luego de la reunión de cierre, el Especialista de Calidad en coordinación con el Secretario General, procederá a analizar las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora de la auditoría del Sistema de Gestión de la Calidad señalados en el informe de auditoría. Asimismo, se tomarán las acciones y decisiones necesarias, definiéndose a un responsable, el plazo y la verificación correspondiente.
 - 7.9 Durante la auditoría interna se dará seguimiento a las acciones correctivas pendientes de cierre en el área o proceso auditado.

(8) ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO	UNIDAD		DURACION		RESPONSABLE
	OPERATIVA	HORAS	DIAS		
ELABORACION, APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DEL PROGRAMA ANUAL DE AUDITORAS					
1. Elabora el Programa Anual de Auditorías (FO-SG-010) del Sistema de Gestión de la Calidad, en el primer trimestre del año, tomando en cuenta la importancia de los procesos, los cambios que afecten a CENFOTUR así como los resultados de auditorías previas. Nota: Las auditorías internas se realizarán a intervalos planificados (por lo menos una vez al año) para determinar si el Sistema de Gestión de la Calidad se mantiene eficazmente implementado y cumple con los requisitos de la Norma ISO 9001 vigente.	SG				Especialista de Calidad

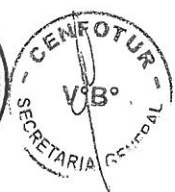


Denominación: Auditorías Internas		Código PR-SG-004	Versión: 03	Página: 2 de 4
2	Revisa el Programa Anual de Auditorías (FO-SG-010) del Sistema de Gestión de la Calidad.	SG		Secretario General
3	Aprueba el Programa Anual de Auditorías (FO-SG-010) del Sistema de Gestión de la Calidad.	DN		Director Nacional
ELABORACIÓN DEL PLAN DE AUDITORÍAS				
4	Coordina con los responsables de las áreas involucradas, la(s) fecha(s) y hora(s) de ejecución de la auditoría, a fin de asegurar su disponibilidad durante la auditoría interna.	SG		Especialista de Calidad
5	Selecciona el equipo auditor, de acuerdo al ítem 7.2 y a la(s) persona(s) que participará(n) como observador(es), de ser necesario.	SG		Secretario General / Especialista de Calidad
6	Prepara el Plan de Auditoría Interna (FO-SG-008) para el Sistema de Gestión de la Calidad, en coordinación con el Especialista de Calidad.	SG		Auditor Interno
7	Comunica el Plan de Auditoría Interna (FO-SG-008) al personal involucrado en los procesos a ser auditados.	SG		Especialista de Calidad
PREPARACIÓN DE AUDITORÍA INTERNA				
8	Revisa la documentación pertinente de los procesos a auditar teniendo en consideración los resultados de auditorías previas y/o cláusulas de la norma ISO 9001 y, de considerarlo necesario, prepara una lista de verificación.	SG		Auditor Interno
APERTURA DE AUDITORIA				
9	Realiza la reunión de apertura con el personal involucrado de acuerdo al Plan de Auditoría Interna (FO-SG-008) establecido, confirmando los horarios, responsables y procesos a ser auditados, en caso de ser necesario, modifica el Plan de Auditoría Interna (FO-SG-008).	SG		Auditor Interno
EJECUCIÓN DE AUDITORÍA				
10	Audita los procesos y/o áreas previstas haciendo uso de la Norma ISO 9001, y procede a recoger evidencias objetivas de las mismas a través de entrevistas, observación de actividades y revisión de registros, con la finalidad de verificar la implementación y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad, según corresponda.	SG		Auditor Interno
11	Informa al área auditada los hallazgos de no conformidad encontrados durante el proceso de auditoría. Nota: Los hallazgos de no conformidad de auditoría se clasifican en: No Conformidad, Observación y Oportunidad de Mejora.	SG		Auditor Interno
CIERRE DE AUDITORIA INTERNA				
12	Realiza la reunión de cierre de acuerdo al Plan de Auditoría Interna (FO-SG-008), donde se presentan las conclusiones y hallazgos de la auditoría.	SG		Auditor Interno
ELABORACIÓN DEL INFORME DE AUDITORIA INTERNA				
13	Elabora el Informe de Auditoría Interna (FO-SG-009), el cual incluye las No Conformidades, Observaciones y Oportunidades de Mejora del Sistema de Gestión de Calidad, para su posterior revisión por la Dirección.	SG		Auditor Interno
14	Presenta el Informe de Auditoría Interna (FO-SG-009) al Especialista de Calidad.	SG		Auditor Interno
REGISTROS DE NO CONFORMIDADES				
	Redacta las No Conformidades encontradas en el Solicitud de Acción (FO-SG-005) en coordinación con Secretaría General - Gestión de la Calidad, y las envía al Secretario General.	Órgano involucrado		Jefe de Órgano
	Gestiona el tratamiento de las No Conformidades mediante correcciones o acciones correctivas según lo establecido en el Procedimiento de No Conformidades y Acciones Correctivas (PR-SSG-005).	SG		Especialista de Calidad
TOTAL TIEMPO EMPLEADO EN EL PROCEDIMIENTO				



HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS:

N° de versión	N° de capítulo/ ítem	Párrafo/ Figura/ Tabla/ Nota	Modificaciones
02	4	4.4	Se quitó Resolución Directoral N° 338-2011-CENFOTUR/DN, que aprueba el Texto Único Ordenado del Reglamento Académico del CENFOTUR, de la Base Legal.
02	8	8.1, 8.2, 8.4, 8.5, 8.7, 8.16	Se modificó "Responsable de Calidad" por "Especialista de Calidad" y "Representante de la Dirección" por "Secretario General".



Proceso: Auditorías Internas

Versión: 03

Pág. 1/2

Especialista de Calidad

Secretario General

Director Nacional

Secretario General /
Especialista de Calidad

Inicio

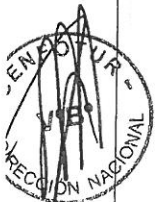
Elabora el Programa Anual de Auditorías (FO-SG-010) del Sistema de Gestión de la Calidad, en el primer trimestre del año, tomando en cuenta la importancia de los procesos, los cambios que afecten a CENFOTUR así como los resultados de auditorías previas.

Revisa el Programa Anual de Auditorías (FO-SG-010) del Sistema de Gestión de la Calidad

Aprueba el Programa Anual de Auditorías (FO-SG-010) del Sistema de Gestión de la Calidad

Coordina con los responsables de las áreas involucradas, la(s) fecha(s) y hora(s) de ejecución de la auditoría, a fin de asegurar su disponibilidad durante la auditoría interna

Selecciona el equipo auditor de acuerdo al ítem 7.2 y a la(s) persona(s) que participará(n) como observador(es), de ser necesario



Proceso: Auditorías Internas

Versión: 03 Pág. 2/2

Auditor Interno

Jefe de Órgano

Especialista de Calidad

Prepara el Plan de Auditoría Interna (FO-SG-008) para el Sistema de Gestión de la Calidad, en coordinación con el Especialista de Calidad

Comunica el Plan de Auditoría Interna (FO-SG-008) al personal involucrado en los procesos a ser auditados

Revisa la documentación pertinente de los procesos a auditar teniendo en consideración los resultados de auditorías previas y/o cláusulas de la norma ISO 9001 y, de considerarlo necesario, prepara una lista de verificación

Realiza la reunión de apertura con el personal involucrado de acuerdo al Plan de Auditoría Interna (FO-SG-008) establecido, confirmando los horarios, responsables y procesos a ser auditados, en caso de ser necesario, modifica el Plan de Auditoría Interna (FO-SG-008)

Audita los procesos y/o áreas previstas haciendo uso de la Norma ISO 9001, y procede a recoger evidencias objetivas de las mismas a través de entrevistas, observación de actividades y revisión de registros, con la finalidad de verificar la implementación y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad, según corresponda

Informa al área auditada los hallazgos de no conformidad encontrados durante el proceso de auditoría.

Realiza la reunión de cierre de acuerdo al Plan de Auditoría Interna (FO-SG-008), donde se presentan las conclusiones y hallazgos de la auditoría

Elabora el Informe de Auditoría Interna (FO-SG-009), el cual incluye las No Conformidades, Observaciones y Oportunidades de Mejora del Sistema de Gestión de la Calidad, para su posterior revisión por la Dirección


Presenta el Informe de Auditoría Interna (FO-SG-009) al Especialista de Calidad

Redacta las No Conformidades encontradas en el Solicitud de Acción (FO-SG-005) en coordinación con Secretaría General - Gestión de la Calidad, y las envía al Secretario General

Gestiona el tratamiento de las No Conformidades mediante correcciones o acciones correctivas según lo establecido en el Procedimiento de No Conformidades y Acciones Correctivas (PR-SG-005)

Fin



	CENTRO DE FORMACION EN TURISMO MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS MAPRO-CENFOTUR	Anexo 1
		Código: PR-SG-005
		Versión: 03
		Página: 1 de 3

(1) DENOMINACIÓN: No Conformidades y Acciones Correctivas

(2) UNIDAD RESPONSABLE: Secretaría General

(3) FINALIDAD : Establecer los lineamientos para el tratamiento de las no conformidades mediante correcciones y acciones correctivas.

(4) BASE LEGAL:

4.1 Decreto Ley N° 22155, Ley Orgánica del Centro de Formación en Turismo, modificado por el Decreto Legislativo N° 578.

4.2 Decreto Supremo N° 016-2011-MINCETUR, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del CENFOTUR.

4.3 Resolución Directoral N° 111-2012-CENFOTUR/DN, que aprueba el Manual de Organización y Funciones del CENFOTUR.

(5) REQUISITOS DEL PROCEDIMIENTO:

5.1 Ninguno.

(6) DEFINICIONES:

6.1 Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una No Conformidad detectada u otra situación no deseable.

6.2 Corrección: Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

6.3 No Conformidad: Incumplimiento de un requisito.

6.4 Verificación: Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.

6.5 Jefe de Órgano: Director, Secretario General, Subdirector, Jefe de Oficina, Jefe de Unidad u otro responsable de un área determinada.

(7) OBSERVACIONES:

7.1 Una No Conformidad en CENFOTUR es el incumplimiento de un requisito de la norma ISO 9001, Política de la Calidad, documentos (procedimientos, instructivos o formatos, entre otros) y requisitos legales del Sistema de Gestión de la Calidad, que pone en riesgo la efectividad del Sistema de Gestión y/o la calidad del servicio suministrado.

Las No Conformidades pueden identificarse a partir de, pero no limitadas a:

- a. Las auditorías internas o externas.
- b. Los quejas de los clientes que se repiten y proceden.
- c. Los Servicios No Conformes.
- d. Los hallazgos del personal.
- e. El análisis de datos.
- f. La revisión por la Dirección.
- g. Las mediciones de satisfacción del cliente.
- h. Los controles, revisiones y mediciones de los procesos.

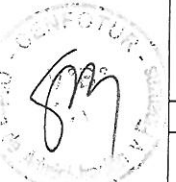
7.3 El estado de las Solicitudes de Acción serán comunicadas a la Secretaría General (SG), por el Especialista de Calidad.

7.4 El Especialista de Calidad podrá brindar apoyo al Jefe de Órgano en la identificación de la No Conformidad, análisis de causas y planteamiento de las acciones correctivas.

7.5 Como parte de las correcciones o acciones correctivas se pueden realizar cambios en el SGC.

7.6 Según el impacto o la reiteración de las no conformidades, el Secretario General conjuntamente con los Jefes de órgano evalúan la necesidad de actualizar la Matriz de Riesgos del SGC (FO-SG-023)

(8) ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO		UNIDAD	DURACION		RESPONSABLE
		OPERATIVA	HORAS	DIAS	
IDENTIFICACIÓN, DESCRIPCIÓN Y EVALUACIÓN					
1	Identifica una No Conformidad y se la comunica al Jefe de Órgano.	Órgano involucrado			Jefe de Órgano/ Personal del CENFOTUR / Auditor
2	Evalúa la No Conformidad. 2.1. Si procede, genera y registra la No Conformidad hasta el apartado I de la Solicitud de Acción (FO-SG-005) y envía la solicitud al Especialista de Calidad. Continúa con el paso 3. 2.2. Si no procede, se comunica el hecho al personal que identificó la No Conformidad. Fin del procedimiento.	Órgano involucrado			Jefe de Órgano
CODIFICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN					
3	Revisa la No Conformidad, registra el número de solicitud en la Solicitud de Acción (FO-SG-005) y la envía al Jefe de Órgano, solicitando que: 3.1 Si la no conformidad no afecta significativamente el proceso, el SGC o el cumplimiento de los requisitos del cliente o los legales aplicables, gestione las correcciones necesarias para eliminar la no conformidad, continuando con el paso 5. 3.2 Si la no conformidad afecta significativamente el proceso, el SGC o el cumplimiento de los requisitos del cliente o los legales aplicables, gestione las acciones correctivas para evitar que la no conformidad se vuelva a presentar. Continúa con el paso 4. Nota: La codificación del número de solicitud se realiza de la siguiente manera: XXX-YYYY, donde XXX es el número correlativo de la Solicitud de Acción e YYYY es el año en curso.	SG			Especialista de Calidad
ANÁLISIS DE CAUSAS					
4	Realiza el análisis de causas y lo registra en el apartado II de la Solicitud de Acción (FO-SG-005), coordinando con el personal involucrado si fuera necesario.	Órgano involucrado			Jefe de Órgano
ACCIONES A TOMAR					
5	Identifica y registra las correcciones y/o acciones correctivas, según corresponda, en el apartado III "Acciones a tomar" de la Solicitud de Acción (FO-SG-005) y lo envía al Responsable de Calidad.	Órgano involucrado			Jefe de Órgano



6	Registra la Solicitud de Acción en el formato Seguimiento de Solicitudes de Acción (FO-SG-006).	SG			Especialista de Calidad
Denominación: No Conformidades y Acciones Correctivas		Código: PR-SG-005	Versión: 03	Página: 2 de 3	
7	Gestiona la ejecución de las "Acciones a tomar" consignadas en la Solicitud de Acción (FO-SG-005).	Órgano involucrado			Jefe de Órgano
VERIFICACIÓN					
8	Verifica si se ejecutaron las "Acciones a tomar" consignadas en la Solicitud de Acción (FO-SG-005). 8.1. Si las "Acciones a tomar" fueron ejecutadas, registra el apartado IV "Verificación de la Implementación" de la Solicitud de Acción (FO-SG-005) y continúa con el paso 9. Fin del procedimiento para el caso de las Solicitudes de Acción que sólo tienen correcciones. 8.2. Si las "Acciones a tomar" aún no fueron ejecutadas, coordina con los responsables de la ejecución de la acción, una nueva fecha de verificación. Regresa al paso 7.	SG			Especialista de Calidad
9	Para el caso de las acciones correctivas, verifica la eficacia de las "Acciones a tomar" consignadas en el apartado V de la Solicitud de Acción (FO-SG-005). 9.1. Si las acciones fueron eficaces, se registra el cierre de la Solicitud de Acción en el apartado V del FO-SG-005. 9.2. Si las acciones no fueron efectivas, solicita al Jefe de Órgano, que realice nuevamente el análisis de causas y que identifique las acciones a tomar que correspondan. Regresa al paso 4.	SG			Especialista de Calidad
SEGUIMIENTO					
10	Revisa el estado de las correcciones y acciones correctivas, en coordinación con el SG, con la ayuda del registro de Seguimiento de Solicitudes de Acción (FO-SG-006).	SG			Especialista de Calidad / Secretario General
TOTAL TIEMPO EMPLEADO EN EL PROCEDIMIENTO					

(9) HOJA DE CONTROL DE CAMBIOS:

N° de versión	N° de capítulo/ Ítem	Párrafo/ Figura/ Tabla/ Nota	Modificaciones
02	1	1.1	Se modificó el nombre del procedimiento de "Acciones Preventivas y Correctivas" a "No Conformidades y Acciones Correctivas".
02	4	4.4	Se quitó la Resolución Directoral N° 338-2011-CENFOTUR/DN, que aprueba el Texto Único Ordenado del Reglamento Académico del CENFOTUR, de la Base Legal.
02	6	6.2	Se quitó la definición de "Acción preventiva".
02	7	--	Se agregó la observación que indica que como parte de las correcciones o acciones correctivas se pueden realizar cambios en el SGC.
02	7	--	Se agregó la observación que indica que según el impacto o la reiteración de las no conformidades, el Secretario General conjuntamente con los Jefes de órgano evalúan la necesidad de actualizar la Matriz de Riesgos del SGC (FO-SG-023)



Denominación: No Conformidades y Acciones Correctivas	Código: PR-SG-005	Versión: 03	Página: 3 de 3
---	-------------------	-------------	----------------

Proceso: No Conformidad y Acciones Correctivas

Versión: 03

Pág. 1/1

Jefe de Órgano / Personal del CENFOTUR / Auditor

Jefe de Órgano

Especialista de Calidad

Especialista de Calidad / Secretario General

Inicio

Identifica una No Conformidad y se la comunica al Jefe de Órgano.

Evalúa la No Conformidad.

¿Procede?

Comunica el hecho al personal que identificó la No Conformidad

Genera y registra la No Conformidad hasta el apartado I de la Solicitud de Acción (FO-SG-005) y envía la solicitud al Especialista de Calidad

Revisa la No Conformidad, registra el número de solicitud en la Solicitud de Acción (FO-SG-005) y la envía al Jefe de Órgano, solicitando que

¿Afecta significativamente?

Realiza el análisis de causas y lo registra en el apartado II de la Solicitud de Acción (FO-SG-005), coordinando con el personal involucrado si fuera necesario

Gestione las acciones correctivas para evitar que la no conformidad se vuelva a presentar.

Gestione las correcciones necesarias para eliminar la no conformidad

Identifica y registra las correcciones y/o acciones correctivas según corresponda, en el apartado III "Acciones a tomar" de la Solicitud de Acción (FO-SG-005) y lo envía al Responsable de Calidad

Registra la Solicitud de Acción en el formato Seguimiento de Solicitudes de Acción (FO-SG-006)

Gestiona la ejecución de las "Acciones a tomar" consignadas en la Solicitud de Acción (FO-SG-005)

Verifica si se ejecutaron las "Acciones a tomar" consignadas en la Solicitud de Acción (FO-SG-005)

¿Ejecutadas?

Coordina con los responsables de la ejecución de la acción, una nueva fecha de verificación

Registra el apartado IV "Verificación de la Implementación" de la Solicitud de Acción (FO-SG-005)

Para el caso de las acciones correctivas, verifica la eficacia de las "Acciones a tomar" consignadas en el apartado V de la Solicitud de Acción (FO-SG-005)

¿Eficaces?

Solicita al Jefe de Órgano que realice nuevamente el análisis de causas y que identifique las acciones a tomar que correspondan

Registra el cierre de la Solicitud de Acción en FO-SG-005

Revisa el estado de las correcciones y acciones correctivas en coordinación con el SG, con la ayuda del registro de Seguimiento de Solicitudes de Acción (FO-SG-006)

Fin

