



PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN ISO 9001:2015 EN LA DIRECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL DEL GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO PROVINCIAL DE MANABÍ.

Ronnie André Cedeño Loor

Dirección de Posgrado, Cooperación y Relaciones Internacionales. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. Trabajo de Titulación, presentado como requisito para la obtención del grado de Magíster en Ingeniería Industrial con Mención en Sistemas Integrados de Gestión.

Director:

Ing. Antonio Zavala-Alcívar Mg.Sc.

2023

Índice de Tablas

Tabla 1. Formato Checklist	34
Tabla 2. Ponderaciones del checklist.....	34
Tabla 3. Diagnóstico de cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015	

Índice de Contenido

Índice de Tablas	ii
Índice de Contenido	iii
Índice de Figuras.....	vi
Índice de Anexos.....	vii
Resumen Ejecutivo	viii
Executive Summary	ix
Introducción	1
Planteamiento del problema.....	2
Formulación del problema	4
Objetivos	5
Objetivo General	5
Objetivos Específicos	5
Justificación	6
Capítulo 1.....	7
1 Fundamentación Teórica	7
Hipótesis	7
Antecedentes Investigativos.....	7
Bases Teóricas	11
1.1.1 Normas ISO	11
1.1.2 Norma ISO 9001:2015	12
1.1.3 Certificación ISO 9001	12
1.1.4 Aplicación de las Normas ISO en el Ecuador.....	13
1.1.5 Sistemas de Gestión de Calidad	14
1.1.6 Principios de la Gestión de la Calidad.....	15
Marco Conceptual	16
1.1.7 Sistema de gestión	16

1.1.8	Planificación	16
1.1.9	Calidad	17
	Marco Legal y Ambiental	18
1.1.10	Constitución	18
1.1.11	Código Orgánico de Administración Pública (COA)	20
1.1.12	COOTAD	22
1.1.13	Código Civil Ecuatoriano.....	22
1.1.14	Ordenanzas	23
1.1.15	Reglamentos	24
	Marco Metodológico	25
1.1.16	Modalidad Básica de la Investigación	25
1.1.17	Enfoque	26
1.1.18	Nivel de Investigación	26
1.1.19	Población de Estudio	26
	Capítulo 2.....	27
2	Diagnóstico o Estudio de Campo	27
	Reseña Histórica	27
	Planificación estratégica.....	28
2.1.1	Misión	28
2.1.2	Visión.....	28
2.1.3	Valores organizacionales	28
	Mapa de procesos.....	29
	Eje Propio de Departamento	31
2.1.4	<i>Eje Transversal Social</i>	31
2.1.5	Cadena de Valor	32
2.1.6	Grupos de interés	32
	Diagnóstico	33

2.1.7	Identificación de las necesidades para la implementación	34
2.1.8	Checklist	34
2.1.9	<i>Aspectos de Adecuación de la Documentación del Sistema de Gestión:</i> 45	
2.1.10	<i>Aspectos de Validación de Alcance y Exclusiones:</i>	46
2.1.11	<i>Aspectos de Planificación</i>	46
2.1.12	<i>Aspectos de Implementación y Operación:</i>	46
2.1.13	<i>Aspectos de Seguimiento y Medición:</i>	47
Capítulo 3	48
3	Propuesta de Mejora.....	48
	Presentación del Proyecto:.....	48
3.1.1	Presentación del Proyecto al GAD de Manabí	48
3.1.2	Reunión en Despacho del Prefecto de Manabí con el personal involucrado.	48
3.1.3	Manual de Calidad.....	50
	Conclusiones.....	89
	Recomendaciones.....	90
	Bibliografía	91
	Anexos	95

Índice de Figuras

Figura 1. Direccionamiento Gestión de Administrativa Financiera y Gestión de Secretaría General y Atención Ciudadana	30
Figura 2. Cadena de valor	32
Figura 3. Cuadro de cumplimiento.....	45

Índice de Anexos

Anexo 1. Matriz de partes interesadas	95
Anexo 2. Listado de los procedimientos mencionados en el Manual de Calidad.	95

Resumen Ejecutivo

La presente investigación aborda un tema de relevancia dentro del mundo empresarial competitivo, puesto que posicionarse como una empresa o institución eficiente que apuesta por la calidad es cada vez más indispensable, es así como se hace necesario que las instituciones cuenten en la actualidad con estándares y normas que les permitan establecer niveles de calidad en los procesos que se desarrollan dentro de la misma. En este caso el de la ISO 9001, en tal sentido, el presente TFM, tiene como propósito desarrollar la propuesta para la Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015 en la Dirección de Desarrollo Social en el GAD Provincial de Manabí, lo cual permita la mejora y sistematización de cada uno de los procesos, llegando a lograr un mayor nivel de confianza a nivel interno como externo y por tanto la mejora del enfoque de la organización.

Para el desarrollo de esta investigación, se basó en el tipo investigación explorativa, en donde a través de esta se logró destacar los aspectos fundamentales de la problemática y encontrar los procedimientos adecuados para elaborar una investigación posterior. Los resultados obtenidos indican que inicialmente se logró determinar la situación actual de los procesos de la DDS mediante recolección de información posteriormente se consiguió establecer la información necesaria para el cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015, logrando finalmente elaborar un plan para la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad.

Palabras clave:

Sistema, Gestión, Calidad, Estándares, Normas, Procesos, ISO, GAD, Manabí.

Executive Summary

This research addresses a topic of relevance within the competitive business world, since positioning itself as an efficient company or institution that is committed to quality is increasingly essential, this is how it is necessary for institutions to currently have standards and standards that allow them to establish quality levels in the processes that are developed within it. In this case, that of ISO 9001, in this sense, this TFM, has the purpose of developing the proposal for the Implementation of an ISO 9001:2015 Quality Management System in the Social Development Directorate in the Provincial GAD of Manabí, which allows the improvement and systematization of each of the processes, reaching a higher level of confidence internally and externally and therefore improving the organization's approach.

For the development of this research, it was based on the type of exploratory research, where through this it was possible to highlight the fundamental aspects of the problem and find the appropriate procedures to develop a subsequent investigation. The results obtained indicate that initially it was possible to determine the current situation of the DDS processes by collecting information, later it was possible to establish the necessary information to comply with the requirements of the ISO 9001:2015 Standard, finally managing to develop a plan for the implementation of a Quality Management System.

Keywords:

System, Management, Quality, Standards, Norms, Processes, ISO, GAD, Manabí.

Introducción

En la actualidad la competitividad juega un papel de suma importancia dentro del mundo empresarial, puesto que cada vez más el mejoramiento de calidad tanto de sus servicios como de sus productos llegan a ser el punto de diferenciación frente a otras empresas, obligando a las instituciones públicas como privadas a incrementar estándares de calidad para generar inicialmente la confianza dentro de sus clientes y consumidores. En este caso la norma internacional de calidad a la cual se hace referente es ISO: 9001 en su versión 2015, la cual brinda una guía de los métodos adecuados de planificación, ejecución, revisión y verificación de resultados, para garantizar calidad dentro los procesos de una organización.

Así mismo Campaña (2019) dentro de su investigación menciona que.” Justificadamente un SGC comprendido y ejecutado de manera correcta en una empresa, permite garantizar a todos los niveles de la compañía desde el administrativo hasta el operativo participar dentro de las decisiones estratégicas de la misma, mediante la identificación y tratamiento de las oportunidades cambio para una mejora continua” (p.18) .Afirmando que a través de un Sistema de Gestión de Calidad permite ofrecer productos o servicios de calidad para la satisfacción de los clientes.

El objetivo de la presente investigación es desarrollar la propuesta para la Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015 en la Dirección de Desarrollo Social en el Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí. Determinando previamente su situación actual dentro de los procesos que llevan a cabo así como un conjunto de situaciones y mala practicas tanto administrativas como también ejecuciones de procesos, dando resultando a insatisfacción de la ciudadanía, es por todo lo anterior que surge la importancia de elaborar un plan para la implementación de un S.G.C. para la Dirección de Desarrollo Social.

La presente investigación se encuentra dividida en 3 capítulos: en el 1 se presenta la fundamentación teórica donde se encuentra los términos y conceptualizaciones de la investigación, en el capítulo 2 el desarrollo del diagnóstico de la misma y finalmente en el capítulo 3: la propuesta de mejora que se presenta a la Dirección de Desarrollo Social del GAD provincial de Manabí.

Planteamiento del problema

Inicialmente, cuando hablamos de un sistema de gestión de calidad, la organización, orden armonía y dinamismo de trabajo, se convierte en nuestro enfoque o eje central que visionamos o anhelamos en una empresa o institución, pues, es de desear que toda organización con o sin fines de lucro, tenga una gestión solvente de sus recursos, personal, acciones, entre otros. Estas acciones reflejan incremento potencial en la satisfacción de los usuarios, ambiente laboral y productividad de la organización. Entonces ¿Qué organización no desea crecer y mejorar continuamente? De acuerdo con (Moreno, 2017) un sistema de gestión impacta en el comportamiento de la organización, dando a notar que ninguna actividad esta desvinculada de las otras, es más, los objetivos y logros planteados, son alcanzables de una forma más rápida.

Existen muchas normas o estándares internacionales, con el fin de trazar un progreso voluntario de mejora continua, sin embargo la Organización Internacional de Estandarización (ISO) es reconocida a nivel mundial como la principal federación de los organismos nacionales de normalización, presente (hasta el 2008) en 157 países, incluyendo naciones desarrolladas y en desarrollo (*Organización Internacional para la Normalización*, 2014), siendo la ISO 9001 de gestión de calidad, la base fundamental de millones de empresas. Según un artículo *Organismos Nacionales de Normalización en Países en Desarrollo* (2014) se alude que 1'138.200 empresas obtuvieron el reconocimiento de la ISO 9001.

En la actualidad, Ecuador también consta dentro de la organización y, el Servicio Ecuatoriano de Normalización (INEN) es la entidad encargada de adaptar y adoptar las normas internacionales para ser aplicada en el país. Las empresas privadas son quienes más recurren a los lineamientos de estas normativas, puesto que son exigencias para las buenas prácticas de manufactura, exportación o mejoramiento institucional del bien o servicios.

Por su parte, las instituciones públicas no se encuentran ajenas a estos lineamientos, el problema radica en que, las administraciones públicas no mejoran sus principales actividades, modelo de servicio o gestión con un fin de mejora continua. León (2016) establece que el Estado Ecuatoriano debe fomentar e impulsar que las

instituciones públicas mejoren su planificación, gestión, control y que incrementen la productividad, ya que en ello se tendrá como resultado mejoramiento de la calidad de los servicios y satisfacción de los ciudadanos.

Encontrar la excelencia y mejora continua en una institución pública, es un reto, más no una visión inalcanzable. Ecuador cuenta con varias instituciones del sector público como lo es el SERCOP, CNT, SRI, CGE y Registro Civil que tienen certificaciones y actualizaciones bajo la normativa ISO 9001:2015 de las cuales repercute en la calidad y buena gestión en la atención al ciudadano. Y es allí el factor intangible más importante dentro de una administración pública (*Servicio Nacional de Contratación Pública, 2015, pp.1*).

El Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, es una institución de derecho público, con autonomía administrativa, pública y financiera, cuyo fin es promover el desarrollo integral de la provincia. Su sede se encuentra en la ciudad capital de la provincia, Portoviejo. Parte del desarrollo, la dirección de desarrollo social es un departamento que tiene como misión realizar o gestionar protección integral a los grupos vulnerables de la provincia, a través de brigadas médicas y centros de rehabilitación fisioterapéuticas.

Un primer diagnóstico de la protección integral a grupos vulnerables, basados en la observación, permitió identificar un conjunto de situaciones o mala prácticas tanto administrativas como también ejecuciones de proyectos sin registro documental, dando resultado a insatisfacción de la ciudadanía, presidentes parroquiales, comunas en general, personal laboral de la misma dirección y altos directivos. Entre las situaciones que se identificaron fueron:

- No se evidencia, una matriz que relacione el mejoramiento de los ciudadanos atendidos a lo largo del respectivo proceso.
- Retroalimentación y seguimiento pos tratamiento.
- Fallo en la ejecución o en el proceso de implementación un centro fisioterapéutico.
- Desorganización en general.

Formulación del problema

Para el Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, la implementación de un sistema de calidad no se concibe como un fin, más bien la implementación es un medio para el desarrollo desenvuelto de las actividades y mejora continua dentro de la organización. Las siguientes preguntas guían la problemática presentada:

¿De qué forma puede contribuir el diseño para la implementación de un sistema de calidad para mejorar los procesos la Dirección de Desarrollo Social en el GAD Provincial de Manabí?

Preguntas directrices

¿Se ha establecido la situación actual de la dirección de Desarrollo Social mediante la recolección de datos e información?

¿La Dirección de Desarrollo Social cuenta con la documentación necesaria estratégica para el cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015?

¿Cómo se podrá establecer los procedimientos para el correcto cumplimiento de las diligencias en la Dirección de Desarrollo Social?

Objetivos

Objetivo General

- Desarrollar la propuesta para la Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015 en la Dirección de Desarrollo Social en el Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí

Objetivos Específicos

- Realizar un análisis exhaustivo de los procesos y actividades de la Dirección de Desarrollo Social en el Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, con el fin de identificar las áreas que requieren mejoras en términos de calidad y eficiencia.
- Diseñar y documentar los procedimientos y protocolos necesarios para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015 en la Dirección de Desarrollo Social, asegurando que cumplan con los requisitos establecidos por la norma.
- Establecer indicadores clave de desempeño para medir la eficacia y eficiencia de los procesos implementados, con el objetivo de identificar oportunidades de mejora continua y garantizar la satisfacción de los usuarios y beneficiarios de los servicios de la Dirección.
- Capacitar al personal de la Dirección de Desarrollo Social en los conceptos y requisitos de la norma ISO 9001:2015, así como en las nuevas prácticas y procedimientos establecidos, con el propósito de garantizar su comprensión y compromiso en la implementación del sistema de gestión de calidad.

Justificación

Un Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial tiene como objetivo fundamental promover el desarrollo integral y equitativo de la provincia. La Dirección de Desarrollo Social por su parte, es la encargada de gestionar la atención de las necesidades de las comunidades, grupos sociales y grupos de atención prioritarios de la provincia, procurando establecer el buen vivir.

Son evidente las malas prácticas en las funciones y desarrollo de los procesos en el GAD Provincial de Manabí, en especial la Dirección de Desarrollo Social, que como resultado se crea una insatisfacción y quejas por parte de la población, comunidades y ciudadanos manabitas, dando la oportunidad de elaborar una propuesta de diseño de un sistema de gestión de calidad para brindar mejor servicio a la población manabita.

Implementar un sistema de gestión de calidad conforme a la Norma ISO 9001:2015 es de suma importancia para la Dirección y el GAD Provincial, ya que se podrá definir claramente la estructura de la Dirección, atributos, responsabilidades, los distintos procesos, mejorando e innovando los distintos procedimientos para poder convertir la dirección en una estructura eficaz y mitigar las problemáticas que actualmente se encuentra, como es la desorganización y sin una metodología clara de proceder.

Capítulo 1

1 Fundamentación Teórica

Hipótesis

Dentro de una investigación exploratoria o descriptiva, cuyo propósito principal es obtener una comprensión más profunda o una descripción detallada, el enfoque se centra en la recopilación y análisis de datos, la identificación de patrones emergentes y la generación de nuevas ideas o teorías. Es por ello que no se formula una hipótesis explícita debido a la naturaleza del propio estudio.

Antecedentes Investigativos

Corrales (2016) en su investigación decidió implantar un sistema de Gestión de la Calidad según la ISO 9001 en una empresa de Certificación en Ensayos no Destructivos en la Universidad Politécnica de Madrid, donde se proporcionó a la empresa información documentada capaz de facilitar la operación de sus procesos así como mejorar su eficiencia y funcionamiento, puesto que a través de este Sistema de Gestión de la Calidad se ubicó a la compañía en un marco normativo internacional como lo es la ISO 9001, mejorando su imagen y notoriedad respecto a potenciales competidores y garantizando unos estándares mínimos apreciados por clientes y proveedores (p.4).

Donde a través de la aplicación de la Norma ISO 9001 su sistema obtuvo mejoras sustanciales en la calidad, notándose en los procesos de operación y en la mayor coordinación del personal. También en la comunicación entre las distintas estructuras de la organización que ahora están correctamente delimitadas (Corrales, 2016, p.71). La investigación concluye con que el sistema requería de un mantenimiento y una actualización constante y la automatización de gestión del archivo, de tal manera que sus modificaciones sean registradas en los servidores y todo usuario tuviera acceso a la información actualizada.

A nivel Macro se puede dar a conocer que se en el 2022 surge la propuesta de implementar un sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2015 para la empresa Zubeldia S.A" en la ciudad de Guayaquil,

donde se logró generar una ventaja competitiva a través de cada uno de los procesos de la empresa mejorando la calidad e incrementado así el nivel de satisfacción de sus clientes (Castillo, 2022, p.15). A partir de esto podemos notar que en este diseño de trabajo técnico se evaluó el estado de la empresa, no solo como son sus procesos, sino también se enfocó en la percepción de sus clientes.

Puesto que gracias a la Norma ISO 9001:2015 aplicada se pudo identificar las áreas de mayor atención e importancia que necesitan ser modificadas en el sistema de Gestión de Calidad, todo esto realizado a través de un *check list* para verificar el cumplimiento con los requisitos de la norma ISO. 9001:2015 (Castillo, 2022, p.86). Finalmente como parte de la solución a la problemática para poder conseguir la satisfacción del cliente, se logró definir nuevas políticas y objetivos de calidad donde se incluyan compromisos y principios específicos para ello, siendo claves para que el Sistema de Gestión de Calidad pueda promover resultados más favorables.

En el 2015 se desarrolló una investigación llamada Impacto del sistema de gestión de calidad norma ISO 9001:2015 en la microempresa “Chiflería Dayanita” en el cantón Jipijapa provincia de Manabí, donde se utilizó una metodología de tipo documental, de campo, descriptiva con enfoque cuantitativo, debido a que permitió obtener conocimientos de estudios ya efectuados de manera sistemática, por medio de la averiguación de información permitiendo recoger, procesar y examinar los datos que respondan a su objetivo general de resaltar la importancia de la Norma ISO 9001:2015 y su impacto en la gestión de la calidad de la microempresa mencionada.

Macías et al (2022) resalta que los resultados que se alcanzaron presentan que si existe una relación fundamental entre el sistema de gestión de calidad y las norma ISO 9001:2015, debido que cuando estas 2 partes se unen se puede mejorar los productos o servicios que una organización ofrece a sus clientes, en este caso pudo concluir que la microempresa “Chiflería Dayanita” debe mejorar ciertos aspectos internos como incitar a sus colaboradores a que se capaciten constantemente o hacer reuniones semanales para aclarar estos

puntos que son de vital importancia para el óptimo funcionamiento de una entidad. (p.2). También se debe destacar que pese a que la microempresa no tiene implementado el sistema de calidad en base a las normas ISO, siguen procesos de calidad y satisfacción al cliente, y por ende al aplicarse esta norma dentro de la microempresa mejoraría su servicio y la satisfacción del cliente.

De la misma manera en el año 2018 surge la implementación del sistema de Gestión de la Calidad para el departamento de producción basado en la norma ISO 9001:2015 caso: Elaplas del Ecuador S.A en la ciudad Quito, donde esta se dedica a manejar procedimientos de producción de forma empírica por el personal que labora en el área de producción, sin embargo este procedimiento no considera las etapas, ni subprocesos del área ni mucho menos aspectos descritos en la Norma ISO 9001:2015 (Paladines et al 2008, p.37).

Se consideró una metodología de nueve pasos para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad. Posteriormente Paladines et al (2008) alude que “se realizó un análisis de brechas entre la situación actual de la compañía con relación a los requisitos establecidos en la norma internacional, generando un manual de calidad, un mapa de procesos y un manual de procedimientos para el departamento de producción” (p.9). Posteriormente dentro de sus resultados se realizó un diagnóstico de la organización, mediante el cual se estableció el direccionamiento estratégico que se necesitaba, logrando identificar la misión, visión y valores institucionales, analizándose los factores críticos internos y externos mediante un análisis FODA , permitiendo de esta manera establecer las estrategias y acciones adecuadas, para una correcta toma de decisiones.

Como parte de la solución Paladines et al (2008) menciona que para poder implementar el Sistema de Gestión de la Calidad, se realizó un análisis de las brechas existentes en el departamento de producción de la empresa, lo cual permitió evidenciar el estado actual de los procesos y el nivel de cumplimiento de los requisitos descritos en la Norma ISO 9001:2015, con el propósito de establecer un Manual de Calidad que permita demostrar el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad obtenido (p. 125).

En la investigación con el temática implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en la empresa Asertia Comercial S.A. en base a la Norma ISO 9001:2015, en el cantón Portoviejo, donde durante el desarrollo de la investigación se generó un análisis teórico por medio del cual se estableció la importancia que tiene un sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001:2015 (Vélez et al 2015, p.22), demostrando que a través de la metodología de aplicación de un adecuado sistema de Gestión de Calidad se puede lograr el correcto funcionamiento de la empresa.

Según Vélez et al. (2005) a través de un proceso de diagnóstico se identificó la situación actual de la empresa en cuanto a la aplicación de sus procesos y normas de Gestión de Calidad, permitiendo establecer que la institución no ha definido políticas y objetivos de calidad de manera formal, colocando en alerta las fallas dentro de su cultura organizacional puesto que no contaba con las debidas mediciones de satisfacción del cliente, tampoco contaba con una misión y visión definida, el autor también hace hincapié en que la gestión de calidad se presenta como una herramienta realmente fundamental para orientar a una organización hacia el logro de sus objetivos, con una proyección a mediano y largo plazo siempre acorde a las aspiraciones de la empresa (p.1).

Otra de las investigaciones que podemos destacar que existen acerca de la implementación de la Norma ISO 9001:2015 es el propuesta de implementación de un sistema de gestión de calidad basado en la Norma ISO 9001:2015 para el Registro de la Propiedad del cantón Cuenca, en donde se destacaba que a nivel inicial se realizó un análisis contextual de toda la organización con el fin de conocer la situación actual que esta institución pública llevaba, para posteriormente determinar las características y procesos indispensables que debía tener el sistema, llegándose a realizar la respectiva caracterización de los procesos, clasificándolos en estratégicos, misionales y de apoyo desde la propuesta de un FODA institucional, hasta proponer un modelo de gestión enfocada en las directrices impartidas por la norma ISO 9001:2015 (Flores et al 2018, p.107).

Dentro de esta investigación finalmente, se concluyó que el sistema es aplicable para esta institución jurídica como lo es Registro de la Propiedad del cantón Cuenca, puesto que la propuesta presentada tenía la finalidad de que la institución se apegue a sus mismos objetivos y valores institucionales, y pueda establecer un sistema público y de calidad (Flores et al 2018, p, 3). Finalmente el autor hace énfasis en la ciudad de Cuenca y en el país existen muy pocas organizaciones de carácter público que tienen un sistema de gestión de calidad amparado en la norma internacional ISO 9001:2015, dato destacable dentro de su propuesta.

Es así como gracias a las investigaciones previas dadas dentro de un contexto macro, meso y micro se pudo distinguir cada uno de los problemas y como estos como fueron resueltos en base a ciertas metodologías y estudios, dándonos cuenta de esta manera como se podría llegar a implementar soluciones dentro de nuestro problema de investigación, sin dejar de tener en cuenta cómo y porque razones fueron utilizados en tales proyectos y que resultados obtuvieron dentro de su proceso resolutivos de problemas.

Bases Teóricas

1.1.1 Normas ISO

La ISO (International Standardization Organization) es la entidad internacional encargada de favorecer la normalización en el mundo (Sans, 1998, pp.1). Denominado de esta manera como el conjunto de estándares con reconocimiento internacional, donde su utilidad radica en la mejora de la calidad de las organizaciones, sirviendo como acreditación del cumplimiento de los objetivos de calidad de sus productos y servicios, garantizando el cumplimiento de las exigencias de los usuarios y confianza en el mercado.

Dentro de los beneficios de certificarse en Estándares Internacionales radica en reducir sus costes, optimizando procesos y mejorando su productividad, satisfacción del cliente, mejorando la calidad de los productos y/o servicios garantizando el cumplimiento de niveles de uniformidad en relación con la gestión, prestación de servicios y desarrollo de productos en la industria, también se tiene acceso a nuevos mercados,

cumpliendo los requisitos del comercio internacional y de grandes empresas, finalmente otra de sus beneficios es la mejora su cuota de Mercado, puesto que a través de los certificados ISO las empresas manejan una ventaja competitiva dentro del entorno empresarial (*NORMAS ISO*, 2022, pp.2).

1.1.2 Norma ISO 9001:2015

La norma ISO 9001:2015 es un estándar internacional que establece un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) de una organización al cumplir los requisitos que propone. La cual pretende garantizar que el desempeño de la actividad de la organización está orientado a la mejora continua y que cada uno los productos y servicios suministrados logren satisfacer al cliente (*Global Suite*, 2022, pp.1). Debido a que esta Norma analiza de manera detallada el contexto de la organización estudiando su situación externa e interna, y considerando los diferentes factores y aspectos que influyen llanamente en la compañía.

Teniendo en cuenta que esta Norma Internacional se basa en los 7 principios de la gestión de la calidad descritos en la Norma ISO 9000. Los cuales son; enfoque al cliente, liderazgo, compromiso de las personas, enfoque a procesos mejora, toma de decisiones basada en la evidencia y gestión de las relaciones (*Escuela Europea de Excelencia*, 2017, pp.4). También se destaca que la ISO 9001 2015 trae cambios muy significativos, aunque el más destacado es la incorporación de la gestión del riesgo o el enfoque basado en riesgos en los Sistemas de Gestión de la Calidad.

1.1.3 Certificación ISO 9001

La Norma ISO 9001:2015 como se conoce es la base del Sistema de Gestión de la Calidad - SGC. Esta una norma internacional que que se enfoca en todos los elementos de Gestión de Calidad que una empresa debe tener para operar un sistema efectivo que le permita administrar y mejorar la calidad de sus productos o servicios. La edición de 2015 de esta norma pone mayor énfasis en el papel de la dirección en la eficacia

del sistema de gestión de la calidad, y se ha logrado un mayor desarrollo gracias a los siguientes factores:

- El enfoque en procesos incorporando el ciclo PHVA e integra el pensamiento basado en riesgos.
- Se integra el pensamiento basado en riesgos lo que indica prevenir que cosas malas sucedan y se puedan aprovechar oportunidades de las cosas buenas.
- Ciclo PHVA (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar) cada proyecto, misión, proceso y actividad deben de ser gestionadas a través de este método (*Ingeniería y Telecomunicaciones*, 2022, p.1).

Esta Certificación está basada en la metodología del ciclo PHVA, mostrando una serie de beneficios para las empresas, *según el artículo Certificación ISO 9001 (2022)* son que se detallan a continuación:

- **Compromiso Medio Ambiental:**
Las organizaciones manifiestan su compromiso con una gestión sostenible, para garantizar sus resultados. La incorporación de cuestiones ambientales en la gestión de la organización y el aumento de la participación de la gestión superior y de los colaboradores en la gestión ambiental, facilita el cumplimiento de todos los objetivos.
- **Mejora de la Performance:**
Esta permite una gestión mejorada y optimizada de los recursos a través del uso racional de los mismos mientras de este modo reduce la posibilidad de cualquier tipo de riesgo ambiental.
- **Gestión de la Reputación de la Empresa:**
Las organizaciones demuestran sus valores y compromiso con el medio ambiente demostrando un alto nivel de cumplimiento ambiental y reduciendo el riesgo de incumplimiento y las sanciones resultantes (pp.3).

1.1.4 Aplicación de las Normas ISO en el Ecuador

Como se conoce la ISO 9001:2015 es reconocida mundialmente como la norma de gestión de calidad adoptada en cientos de países, entre ellos se encuentra Ecuador. Esta se adapta a las necesidades de las empresas y refleja los enfoques estructurales de gestión que optimizan

prácticas laborales. Sin dejar de tener en cuenta que los procesos varían de una empresa a otra, ya que cada una obtiene resultados proporcionales a sus requerimientos corporativos. ISO certifica que la institución cuenta con la habilidad de ofrecer productos de calidad a un público objetivo.

Dentro del Ecuador son pocas las empresas que cuentan con una certificación ISO en sus procesos productivos, dejándonos por debajo del promedio regional. Puesto que en el Ecuador se registraron 1.369 certificaciones ISO 9001, seguido por Perú con 1.040 y Bolivia con 217 certificaciones. Colombia, Brasil y Argentina son los países con mayor registro de certificaciones ISO 9001 (Paladines, p.21). Hoy por hoy existen más de 17.000 tipos de certificaciones avaladas internacionalmente. Dentro de las certificaciones que han tenido mayor demanda en Ecuador son: ISO 9001 Calidad; ISO 14000 Medio Ambiente y la ISO 22000 de Inocuidad Alimentaria.

Se debe destacar que la institución que otorga la acreditación de los organismos de certificación de Sistemas de Gestión para productos y personas es el Servicio de Acreditación Ecuatoriano-SAE. En el país, según información del SAE están avalados 20 organismos de certificación. Instituciones como el SECAP e INEN a nivel público, y empresas privadas como SGS, ICEAECUADOR, ICONTEC, BUREAU VERITAS, LENOR ECUADOR entre otras que cuentan con acreditación (Paladines, 2015, p.21). Por tanto el obtener una certificación implica poseer una garantía de que sus productos o procesos cumplan los requisitos establecidos dentro de una normativa y llegar a alcanzar de esta manera el desarrollo económico con prácticas y políticas de producción.

1.1.5 Sistemas de Gestión de Calidad

Un Sistema de Gestión de Calidad (SGC), es una herramienta ideal para aquellas organizaciones que desean que sus productos y servicios cumplan con los máximos estándares de calidad, de manera que se logre y mantenga la satisfacción de sus clientes. Destacando que los Sistemas de Gestión de la Calidad se basan en la familia, hoy por hoy a la familia de normas de la serie ISO 9000.

León et al (2018) establece que los beneficios potenciales para una organización al implementar un Sistema de Gestión de la Calidad basado en la Norma internacional ISO son:

1. La capacidad para proporcionar de manera regular productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente, los legales y reglamentarios aplicables;
2. Facilitar oportunidades de aumentar la satisfacción del cliente;
3. Abordar los riesgos y oportunidades asociadas con su contexto y objetivos.
4. La capacidad de demostrar la conformidad con requisitos del sistema de gestión de la calidad especificados (p.7).

De manera que la Norma ISO señala que el SGC debe permitir asegurarse de que se realiza el uso eficiente de los recursos, como la adopción de decisiones que se basa en evidencias objetivas y la gestión que se orienta a las necesidades y expectativas de las partes interesadas.

1.1.6 Principios de la Gestión de la Calidad

La norma ISO 9000:2015 describe siete principios de gestión de la calidad que la alta dirección puede utilizar para ayudar a las organizaciones a mejorar el rendimiento:

1. Enfoque al cliente: Cumplir con los requisitos del cliente y esforzarse por superar las expectativas del cliente.
2. Liderazgo: Los líderes en todos los niveles establecen una meta y una dirección comunes y crean las condiciones para que las personas participen en el logro de las metas de calidad de la organización.
3. Compromiso de las personas: Las personas competentes y comprometidas en toda la organización son fundamentales para mejorar la capacidad de la organización para crear y entregar valor.
4. Enfoque a procesos: Se alcanzan resultados coherentes y previsibles de manera más 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 método de mejora continua
6. Toma de decisiones basadas en la evidencia: Las decisiones basadas en el análisis y la evaluación de datos e información tienen más probabilidades de producir mejores resultados.
7. Gestión de las relaciones: Para el éxito sostenido, las organizaciones gestionan sus relaciones con las partes interesadas pertinentes, tales como los proveedores (*Escuela Europea de Excelencia*, 2017, pp.3).

Marco Conceptual

1.1.7 Sistema de gestión

Inicialmente Un sistema de gestión es definido como una herramienta que le permite controlar, planificar, organizar y, en cierta medida, automatizar las tareas de una empresa u organización, donde su objetivo es unificar todas las operaciones de una empresa en un solo software que facilite la toma de decisiones y el análisis de datos. Es así como Torres et al (2019, p.2) establece que. “Un sistema de gestión es un conjunto de acciones interconectadas de tal manera que se puedan alcanzar resultados”.

De tal manera que a través de este término las organizaciones, logran una mejora de la calidad de sus productos y servicios ofrecidos. Mejorando su competitividad en el contexto actual de globalización, dotándolas de mayor visibilidad y sostenibilidad organizacional (*Universidad de América*, 2018). De tal manera que favorece una reducción en el tiempo de realización procesos desde auditorías, en los costos de certificación y en el de mantenimiento de los sistemas incluso.

1.1.8 Planificación

La planificación es el proceso de definir el curso de acción y los procedimientos requeridos para alcanzar los objetivos y metas. Dicho de otra manera es el plan que se establece de lo que hay que hacer para llegar al estado final deseado (Salazar, 2006, como se citó en Cortés, 1998). De manera que se expresa como el proceso consciente de selección y desarrollo del mejor curso de acción para lograr el objetivo, es

conocer el objetivo, evaluar la situación considerando diferentes acciones que puedan realizarse y seleccionar la mejor.

Por tanto la planificación es considerado como un plan, esquema o diseño es un proceso metódico diseñado para lograr una meta específica. En el sentido más general, significa el logro de uno o más objetivos y las acciones necesarias para lograr esos objetivos. Puesto que este proceso de toma de decisiones es tomado como referencia para lograr un futuro deseado, teniendo siempre en cuenta la situación actual y los factores internos y externos que pueden afectar el logro de las metas. Resaltando que la planificación mejora el nivel organizacional, funcional y operacional organizacional al permitir coordinar desde actividades, estrategias, y recursos que garanticen el éxito.

1.1.9 Calidad

Inicialmente podemos definir a la calidad como la capacidad de un objeto para cumplir requisitos implícitos o explícitos según parámetros, es decir, la realización de requisitos de calidad. Tomando en cuenta que la calidad está relacionada con la percepción de cada persona, de manera que se compara con cualquier otra cosa de la misma especie independientemente de la circunstancia y factores como la cultura, el producto o servicio, las necesidades y las expectativas que se tengan en cuenta.

Moreno et al (2016) establece que. “La calidad del servicio es el grado de conformidad de los atributos y características de un servicio respecto a las expectativas del cliente, o a lo que el cliente espera que va a suceder o desean en una situación. Es el resultado de la evaluación realizada por el usuario mediante la comparación entre lo que los clientes perciben de la prestación del servicio y lo que éstos esperaba” (p.3) De la misma manera también existen términos relacionados como lo son: el control de calidad, la garantía de calidad y la gestión de calidad, los mismos que son relacionados con la calidad en la industria y los servicios, los mismos que se utilizan en diversas áreas a través de indicadores de calidad, estándares y normas de calidad, como la ISO 9000, ISO 14000,

y otros, definidos por la Organización Internacional de Normalización desde 1947.

Tomando en cuenta la conceptualización anterior la calidad se relaciona notablemente con las exigencias que posean los consumidores con respecto a la satisfacción de sus necesidades y dentro de estas pueden llegar a ver necesidades implícitas que se deben ser cubiertas, porque siguen siendo tan indispensables como las que se especifican, en ambos casos indispensable con el fin al momento de satisfacer al cliente.

Marco Legal y Ambiental

1.1.10 Constitución

La Constitución de la República del Ecuador es la norma suprema y vinculante para toda la legislación ecuatoriana, la cual establece las normas básicas que protegen los derechos, libertades y obligaciones de todos los ciudadanos, así como del Estado y sus instituciones, la cual consta de 444 artículos. Esta norma suprema, conocida oficialmente como Constitución del Estado del Ecuador, fue la primera constitución política vigente desde la creación del Estado del Ecuador como país independiente.

Generalmente dentro de la Constitución del Ecuador reconoce el derecho de las personas a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado. También reconoce el derecho a acceder a la información pública y participar en asuntos de interés público, y agrega que toda decisión o mandato estatal que pueda afectar el medio ambiente debe ser consultado con el público. La Constitución también reconoce claramente el derecho a la justicia ya la tutela judicial efectiva en materia ambiental (CEPAL, 2020, pp.2).

Finalmente se puede aludir que al adoptar un gobierno constitucional, las personas rechazan el despotismo y la precariedad de vivir sometidas a dirigentes que pueden actuar de manera arbitraria, al tiempo que reconocen que determinados derechos, principios, valores, instituciones y procesos son demasiado importantes para depender de la

voluntad arbitraria de quienes ostentan el poder, y por ello deberían consagrarse de tal manera que sean vinculantes para el propio gobierno. En un sistema así, las personas viven bajo un gobierno de normas universales que se basan en un amplio consentimiento público, y quedan así libres de los actos arbitrarios de los dirigentes.

Los artículos de la *Constitución del Ecuador* (2008) en los que se basa la investigación se detallan en el TITULO V, ORGANIZACIÓN TERRITORIAL DEL ESTADO, del Capítulo I: PRINCIPIOS GENERALES

- Art. 238.- Los gobiernos autónomos descentralizados gozarán de autonomía política, administrativa y financiera, y se regirán por los principios de solidaridad, subsidiariedad, equidad interterritorial, integración y participación ciudadana. En ningún caso el ejercicio de la autonomía permitirá la secesión del territorio nacional. Constituyen gobiernos autónomos descentralizados las juntas parroquiales rurales, los concejos municipales, los concejos metropolitanos, los consejos provinciales y los consejos regionales.
- Art. 239.- El régimen de gobiernos autónomos descentralizados se regirá por la ley correspondiente, que establecerá un sistema nacional de competencias de carácter obligatorio y progresivo y definirá las políticas y mecanismos para compensar los desequilibrios territoriales en el proceso de desarrollo.
- Art. 240.- Los gobiernos autónomos descentralizados de las regiones, distritos metropolitanos, provincias y cantones tendrán facultades legislativas en el ámbito de sus competencias y jurisdicciones territoriales. Las juntas parroquiales rurales tendrán facultades reglamentarias. Todos los gobiernos autónomos descentralizados ejercerán facultades ejecutivas en el ámbito de sus competencias y jurisdicciones territoriales.
- Art. 241.- La planificación garantizará el ordenamiento territorial y será obligatoria en todos los gobiernos autónomos descentralizados (p.41).

1.1.11 Código Orgánico de Administración Pública (COA)

El Código fue promulgado en el Registro Oficial Segundo Suplemento No. 31 de 7 de Julio del 2018. Esta ley orgánica reforma las relaciones jurídicas entre el administrado y el Estado. De manera que el COA regula el desempeño de las funciones administrativas de los organismos que integran el sector público, regula la relación entre el electorado y el Estado, y protege la buena gobernanza del país y la aplicación de los instrumentos internacionales previstos en la Constitución.

Este Código fue promulgado en el Registro Oficial Segundo Suplemento No. 31 de 7 de julio del 2017; y acaba de entrar en vigencia. Se encuentra conformado por: Libro Preliminar “Normas Rectoras”; Libro Primero “Las Personas y las Administraciones Públicas”; Libro Segundo “El Procedimiento Administrativo; Libro Tercero “Procedimientos Especiales”; y, Libro Cuarto “Responsabilidad Extracontractual del Estado” (Corral, 2018, pp.2).

Establece que “El COA reglamenta el ejercicio de la función administrativa de los organismos que conforman el sector público, regula la relación entre los mandantes y el Estado y tutela la buena administración pública que se concreta en la aplicación de la Constitución y los instrumentos internacionales”(pp.4).De manera que la norma simplifica y unifica el proceso administrativo, cuyo impulso procesal le corresponde a la administración pública (Art. 139), a fin de garantizar los derechos ciudadanos. Asimismo destacar que la norma simplifica y unifica el proceso administrativo, el estado deberá emitir su resolución del acto administrativo en el plazo máximo de un mes contado a partir de terminado el plazo de la prueba

Se deben destacar los siguientes artículos dentro del COA, en la cual está sustentada la investigación:

- 5.- Principio de calidad. Las administraciones públicas deben satisfacer oportuna y adecuadamente las necesidades y expectativas

de las personas, con criterios de objetividad y eficiencia, en el uso de los recursos públicos.

- Artículo 6.- Principio de jerarquía. Los organismos que conforman el Estado se estructuran y organizan de manera escalonada. Los órganos superiores dirigen y controlan la labor de sus subordinados y resuelven los conflictos entre los mismos.
- Artículo 7.- Principio de desconcentración. La función administrativa se desarrolla bajo el criterio de distribución objetiva de funciones, privilegia la delegación de la repartición de funciones entre los órganos de una misma administración pública, para descongestionar y acercar las administraciones a las personas.
- Artículo 8.- Principio de descentralización. Los organismos del Estado propenden a la instauración de la división objetiva de funciones y la división subjetiva de órganos, entre las diferentes administraciones públicas.
- Artículo 9.- Principio de coordinación. Las administraciones públicas desarrollan sus competencias de forma racional y ordenada, evitan las duplicidades y las omisiones.
- Artículo 10.- Principio de participación. Las personas deben estar presentes e influir en las cuestiones de interés general a través de los mecanismos previstos en el ordenamiento jurídico.
- Artículo 11.- Principio de planificación. Las actuaciones administrativas se llevan a cabo sobre la base de la definición de objetivos, ordenación de recursos, determinación de métodos y mecanismos de organización.
- Artículo 12.- Principio de transparencia. Las personas accederán a la información pública y de interés general, a los registros, expedientes y archivos administrativos, en la forma prevista en este Código y la ley.
- Artículo 13.- Principio de evaluación. Las administraciones públicas deben crear y propiciar canales permanentes de evaluación de la satisfacción de las personas frente al servicio público recibido (COA, p.4).

1.1.12 COOTAD

El Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (COOTAD), establece la organización político-administrativa del Estado ecuatoriano en el territorio; el régimen de los diferentes niveles de gobiernos autónomos descentralizados y los regímenes especiales, con el objetivo de garantizar su autonomía política, administrativa y financiera (*Observatorio Regional de Planificación para el Desarrollo*, 2021, pp.1). Conjuntamente, formula modelos obligatorios y progresivos de descentralización, definiendo el sistema de poder estatal, las instituciones encargadas de su gestión, las fuentes de financiamiento y las políticas y mecanismos para compensar los desequilibrios del desarrollo territorial.

Por tanto este Código, establece un conjunto uniforme de reglas para la administración, funcionamiento y estructura orgánica de los municipios descentralizados en todos los niveles, promoviendo su fusión e integración administrativa, complementariedad y compatibilidad. Destacando que, los diferentes aspectos sobre este nuevo esquema de descentralización, autonomía y organización territorial del Estado ecuatoriano. Posteriormente Solíz (2011) menciona que “Cootad, constituyen un desafío trascendental para la agenda de transformación social, económica, democrática y de recomposición institucional del Estado ecuatoriano” (p.16)

1.1.13 Código Civil Ecuatoriano

El Código Civil de la República del Ecuador es descrito como el cuerpo normativo que regula las relaciones jurídicas civiles en Ecuador y está compuesto por 2 424 artículos, organizados en un título preliminar y cuatro libros que rigen: (1) las personas, (2) los bienes y su dominio, (3) la sucesión por causa de muerte y las donaciones entre vivos, y (4) las obligaciones en general y los contratos (*Código Civil Ecuador*, 2022, pp.1).

La primera codificación del Código Civil ecuatoriano fue promulgada el 4 de diciembre de 1860 por el Senado ecuatoriano y la Cámara de Diputados del Congreso, y entró en vigencia el 1 de enero de

1861. Las diversas reformas fueron codificadas en ocho ediciones diferentes: la primera edición en 1860. , segunda edición 1871, tercera edición 1889, cuarta edición 1930, quinta edición 1950, sexta edición 1956 publicada en 1960 en la "Recopilación de la Constitución y Leyes del Ecuador), Séptima Edición de 1970 y Octava Edición de 2005, actualmente vigentes.

1.1.14 Ordenanzas

Inicialmente debemos señalar que este término es utilizado para nombrar al tipo de norma jurídica que forma parte de un reglamento y que está subordinada a una ley. Pérez et al (2010) define qué. "La ordenanza es emitida por la autoridad que tiene el poder o la facultad para exigir su cumplimiento" (pp.1). En este caso se empleara exactamente al tipo de ordenanza provincial, las cuales extienden su alcance a todo una provincia.

Dentro de las ordenanzas que debemos destacar dentro de la investigación son:

- Ordenanza reformatoria a la Ordenanza que contiene la aprobación de la actualización del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Gobierno Provincial de Manabí con su visión prospectiva al 2030
- Ordenanza Reformatoria a la Ordenanza que regula los actos normativos y decisiones legislativas del Consejo Provincial de Manabí y que regula a las comisiones, delegaciones y representaciones del Gobierno Provincial de Manabí
- Ordenanza provincial para la promoción, inclusión, integración y protección de derechos de las personas en movilidad humana en la provincia de Manabí.
- Ordenanza para la Prevención y Erradicación de la Violencia Contra la Mujer, Para Alcanzar la Igualdad, Inclusión, Garantía Plena de Derechos y Construir una Cultura de Paz en la Provincia de Manabí.

- Ordenanza Sustitutiva de la Ordenanza que Promueve, Regula y Garantiza el Funcionamiento del Sistema de Protección Integral a los Grupos de Atención Prioritaria en la Provincia de Manabí.

A través de estas ordenanzas se logra regular la organización, la administración y prestación de los servicios públicos y validar el cumplimiento de las funciones generales y específicas de los municipios.

1.1.15 Reglamentos

En términos amplios se denomina reglamento a toda disposición normativa que emana de un órgano público y que tiene un carácter secundario a la ley, dictada en virtud de una facultad expresamente atribuida por el ordenamiento (Cordero, 2019, p.6). Dentro de los reglamentos que debemos destacar que tienen relación la investigación son:

- Reglamento No. GPM-PREM-REG-001-2022_Expedir las reformas al reglamento de funcionamiento del Comité de Gestión de la Calidad de servicio y el desarrollo institucional del Gobierno Provincial de Manabí
- Reglamento No. GPM-PREM-REG-002-2022_Expedir el Reglamento general de la Ordenanza para la prevención y erradicación de la violencia contra la mujer, para alcanzar la igualdad, inclusión, garantía plena de derechos y construir una cultura de paz en la Provincia de Manabí
- Reglamento No. GPM-PREM-005-2022-REG_Expedir el Reglamento para la aplicación de la Ordenanza que contiene la aprobación de la actualización del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Gobierno Provincial de Manabí con su visión prospectiva al 2030
- Reglamento No. GPM-PREM-006-2022-REG_Reforma el Capítulo V del Reglamento general de la Ordenanza para la prevención y erradicación de la violencia contra la mujer, para alcanzar la igualdad, inclusión, garantía plena de derechos y construir una cultura de paz en la provincia de Manabí, No. GPM-PREM-002-2022

- Reglamento No. GPM-PREM-007-2022-REG_Reglamento a la Ordenanza para la Implementación del Sistema de Información Local del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí

Gracias a la intervención de cada uno de estos reglamentos se logra inicialmente llevar a cabo una adecuada gestión organizacional que permitan desde la conformación de Comites que favorezcan la aplicación de estas normativas, hasta la ejecución de las principales actividades en los municipio generando orden y control.

Marco Metodológico

1.1.16 Modalidad Básica de la Investigación

Las modalidades básicas aplicadas a la investigación se detallan a continuación:

Investigación Explorativa

El tipo de investigación que se utilizara es la investigación explorativa, porque esta es utilizada cuando el tema no ha sido abordado o no ha sido suficientemente estudiado y las condiciones existentes no son aún determinantes, como lo es en este caso la implementación del sistema de Gestión ISO 9001:2015 en la dirección de desarrollo social del GAD de Manabí. Con el propósito de destacar los aspectos fundamentales de una problemática determinada y encontrar los procedimientos adecuados para elaborar una investigación posterior, donde será útil desarrollar este tipo de investigación porque, al contar con sus resultados, se simplifica partir líneas de investigación y proceder a su consecuente comprobación.

Investigación Descriptiva

A través de este tipo de investigación se describirá todos los componentes principales de la realidad del objeto de estudio. Donde se utilizara el método de análisis, para caracterizar la situación concreta donde se da la problemática, para indicar sus características y propiedades. Finalmente en combinación con ciertos criterios de

clasificación, se utilizara para sistematizar todos los objetos involucrados en el trabajo investigativo. Al igual que la investigación exploratoria, puede servir como base para una investigación en profundidad.

1.1.17 Enfoque

Este estudio se basa en un enfoque cualitativo, no experimental, ya que es una propuesta, sin la verificación de hipótesis, se basa en la recopilación, análisis y clasificación de datos históricos de la información proporcionada.

Utiliza un enfoque inductivo ya que parte de un diagnóstico del proceso, en particular para obtener los antecedentes generales del sistema de gestión de la calidad y la satisfacción de los ciudadanos, comunidades y grupos de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.

1.1.18 Nivel de Investigación

El nivel de investigación que se llevó a cabo dentro de la investigación es descriptivo, puesto que se encargó de puntualizar las características de la población que está estudiando en este caso los Servidores públicos del GAD Provincial de Manabí. Con el objetivo de describir la naturaleza de este segmento demográfico antes mencionado. Por tanto, el diseño de la investigación se realizó a través de la investigación descriptiva, basándonos en creación de preguntas y análisis de datos que se llevan a cabo sobre el tema de estudio.

1.1.19 Población de Estudio

La población de estudio y beneficiarios en el proyecto de investigación, radica en:

- 1190 Servidores públicos del GAD Provincial de Manabí (*LOTAIP*, 2023)
- 1.369.780 Habitantes de Manabí (*INEC*,2010)

Capítulo 2

2 Diagnóstico o Estudio de Campo

Reseña Histórica

De acuerdo con la creación del Consejo Provincial, en la Constitución de 1928, quedaron inalterables las sesiones del Consejo Provincial de Manabí en el Acta No. 2 del 2 de junio de 1932 al 6 de julio de 1934, y en la Presidencia Don Ramón Mieles Alarcón y Don José Tiburcio Macías repasó las funciones del cabildo de la época, que incluían la formación de comisiones electorales en los estados y parroquias, como entes fiscalizadores de las elecciones, que se realizaron en dos días y eligieron al presidente, diputados y concejales (*Historia del Gobierno Provincial*, 2021, pp.2), hasta 1935 Fue abolida por el gobierno del General Pace.

En la Constitución de 1946 se restableció la Asamblea Provincial y se eligieron sus integrantes, lo que motivó que al año siguiente, 1947, la Asamblea Constituyente, al año siguiente, 1947, nombrara Diputados Provinciales de Manabí para tal efecto, dado que su funcionamiento era irregular. El 22 de febrero de 1947, la Asamblea Constituyente declaró cesante en el cargo del Concejal provincial de Manabí de conformidad con la ley electoral aprobada, teniendo en cuenta la renuncia a su curul parlamentario a partir de marzo del próximo año. , por acuerdo, nombrando directores principales y directores suplentes, quienes tomaron posesión en la sesión inaugural del 11 de marzo de 1947, y eligiendo como presidente al Dr. Oswaldo Loor Moreira. Es así como la Asamblea Provincial de Manabí H. funciona desde 1947 (*Historia del Gobierno Provincial*, 2021, pp.3), siendo elegida por sufragio popular y el Presidente por un pleno de los siguientes ciudadanos en ejercicio de la dignidad de asamblea:

Posteriormente en 1967, una nueva constitución política dispuso que el Gobernador presidiría la Asamblea Provincial, pero como no había elecciones directas para el Gobernador, los concejales electos en las elecciones de ese año designaron a Don Ricardo Bowen Cavagnaro, Gobernador de Manabí, el 10 de agosto de 1967. , ejerció su dignidad hasta 1970. En las elecciones de 1970, el

Profesor Don Oliva Miranda Zambrano fue elegido por el sufragio popular, directo y secreto establecido por la Constitución de 1967.

En 1978, cuando se restableció la democracia en el Ecuador, se convocó a elecciones y fue elegido Prefecto el Dr. César Acosta Vásquez, ejerciendo esta función hasta 1981, sucedido por Don Luis Alberto Giler Giler. Entre 1984 y 1988, Richard Guillén Zambrano ganó la gubernatura provincial, cargo que ocupó durante nueve meses antes de finalizar su mandato, sucediendo a Francisco Ponce La dignidad de Francisco Ponce Muñoz.

En 1988, Ab. Luis Andrade Quiñones, es electo Prefecto de Manabí comprendiendo su mandato en 1992, año en que obtiene esta dignidad el Ing. Clemente Vázquez González y al finalizar su mandato en 1996, es nombrado Prefecto Provincial el Dr. Humberto Guillem Murillo, antes electo para esta función, en las elecciones de 2000, la cual ejercerá, según las reformas a la Ley Electoral, hasta enero de 2005.

Planificación estratégica

2.1.1 Misión

La misión que tiene la Prefectura de Manabí se detalla a continuación:

Promover el DESARROLLO integral y EQUITATIVO de la provincia, consolidando la conectividad, sustentabilidad y productividad, con inversión de calidad, sostenibilidad, equidad territorial y justicia social en el territorio.

2.1.2 Visión

La visión que persigue la Prefectura de Manabí es:

Al año 2030, Manabí será un territorio inteligente, incluyente, innovador, integrado territorialmente y con fuerte identidad cultural, con cantones y parroquias que prosperan de manera sostenible y resiliente.

2.1.3 Valores organizacionales

En el *Plan Estratégico Institucional* (2019) se detallan los principios y valores que el Gobierno Provincial de Manabí desempeña bajo su gestión:

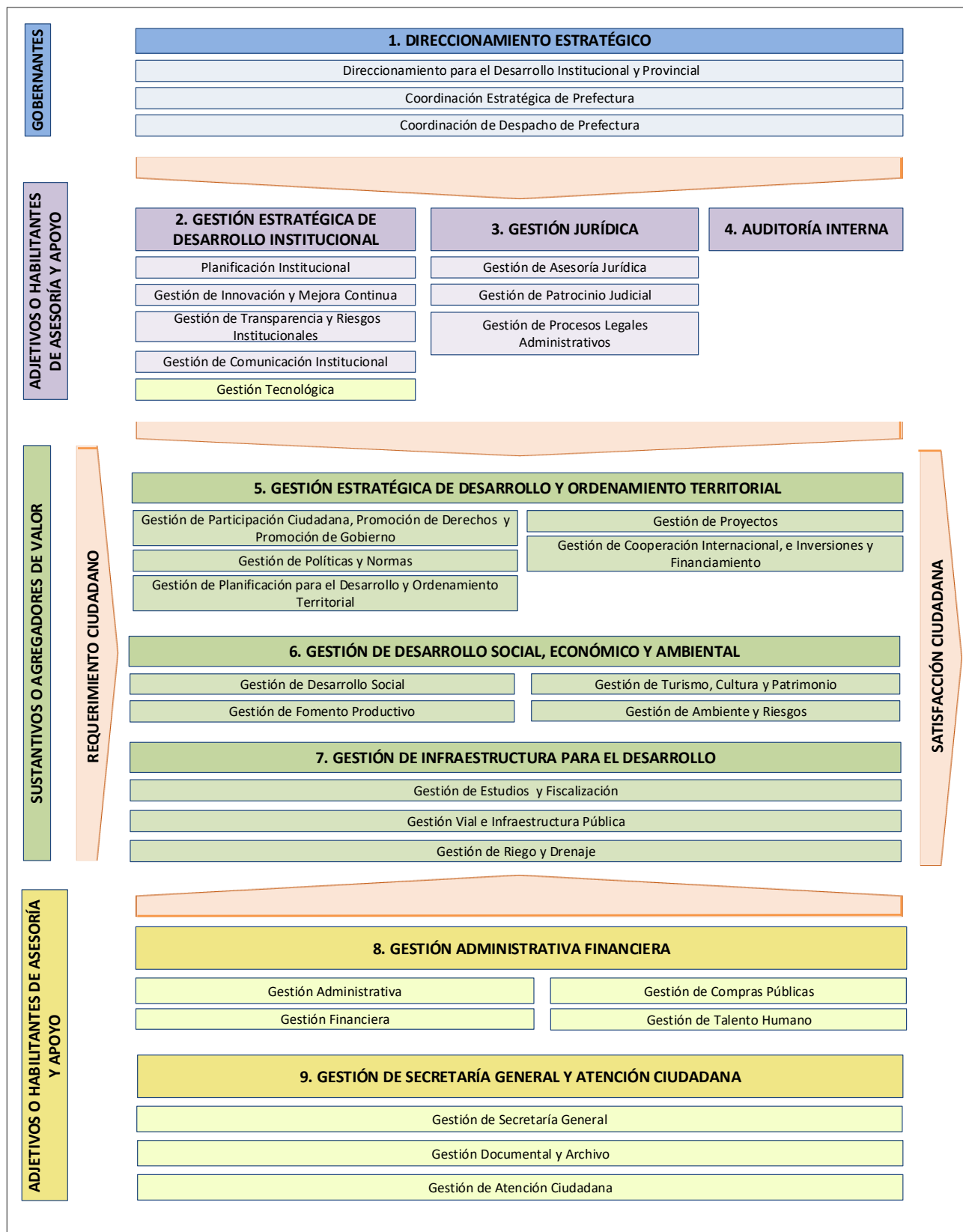
- Honestidad
- Solidaridad
- Calidad
- Eficiencia
- Ética
- Innovación
- Integración
- Identidad
- Inclusivo
- Transparencia
- Unidad
- Liderazgo integral transformacional
- Sostenibilidad
- Equidad Territorial
- Justicia Social

Mapa de procesos

A través de la herramienta de gestión como lo es el mapa de procesos se detallara visualmente el flujo de trabajo y los departamentos que intervienen en cada uno de sus procesos empresariales:

Figura 1.

Direccionamiento Gestión de Administrativa Financiera y Gestión de Secretaría General y Atención Ciudadana



Eje Propio de Departamento

El eje propio de departamento en el que radica la investigación es:

2.1.4 Eje Transversal Social

Sub-dirección de Desarrollo Social

Responsable: Sub-director/a de Desarrollo Social

Productos y Entregables:

1. Plan Operativo Anual y Plan Anual de Contrataciones elaborados.

Gestión de Vivienda

1. Vivienda rural de interés social planificada.
2. Proyectos de desarrollo de vivienda de interés social provincial ejecutados.
3. Directrices técnicas para la identificación de necesidades de viviendas, emitidas.
4. Peticiones atendidas de acuerdo a la matriz de peticiones vigente.
5. Catastros y registros de viviendas construidas por la institución generados.

Gestión de Bienestar Social

1. Protección integral a grupos de atención prioritaria, planificada.
2. Proyectos de protección integral a grupos de atención prioritaria, implementados.
3. Gestión de actividades deportivas y recreativas, planificada.
4. Proyectos de actividades deportivas y recreativas ejecutados.
5. Política pública para reducir la desigualdad y discriminación de grupos vulnerables, propuestos.
6. Directrices técnicas para la gestión de desarrollo social, emitidas.
7. Peticiones atendidas de acuerdo a la matriz de peticiones vigente.
8. Gestión de proyectos de formación educación y concienciación para el bienestar integral de los habitantes de la provincia en el ámbito de su competencia implementados.

Gestión de Movilidad Humana

1. Programas y Proyectos de movilidad humana provincial elaborados.

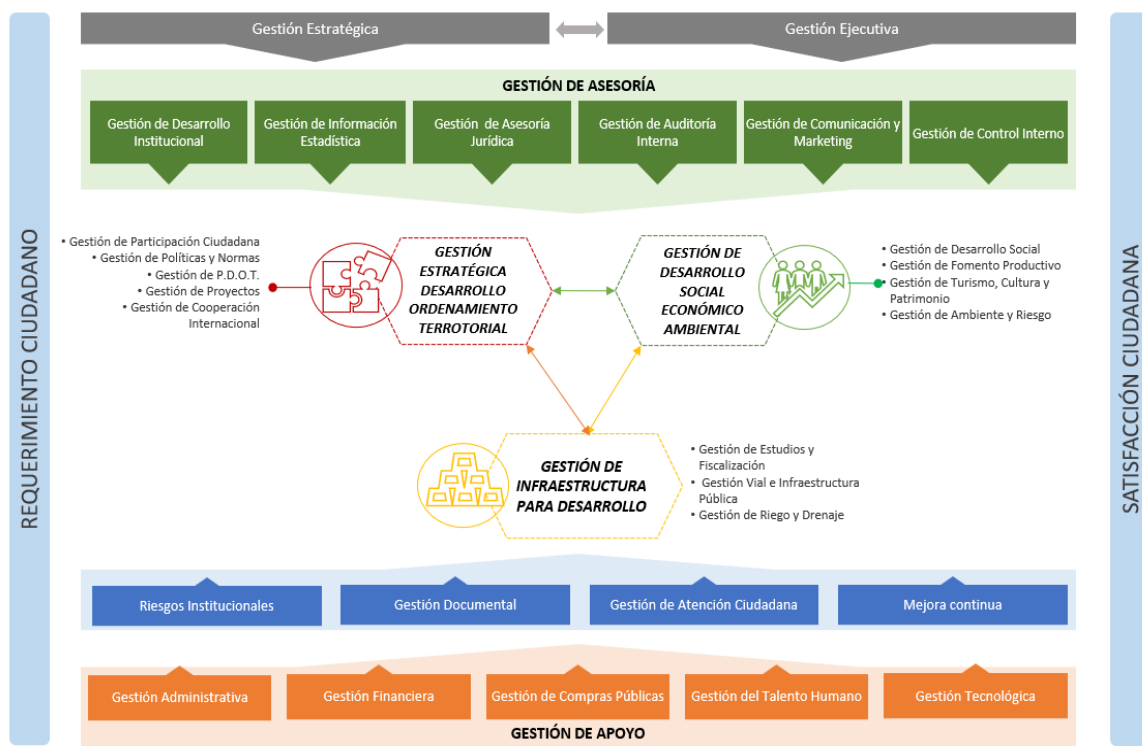
2. Planes, programas y proyectos de movilidad humana para la atención a necesidades de protección de los derechos e inclusión social de personas extranjeras y migrantes, ejecutados.
3. Peticiones atendidas de acuerdo a la matriz de peticiones vigente (*Resolución PREM-RE-119a, 2021, p42*).

2.1.5 Cadena de Valor

La cadena de valor que se muestra a continuación muestra las actividades de la compañía para entender sus costes, fuentes actuales y ventaja competitiva respecto a la competencia. De manera que a través de esta herramienta se podrá observar la optimización de sus procesos de manera eficiente, lograr incrementar la producción y fidelizar a los clientes.

Figura 2.

Cadena de valor



Nota: Tomado de la Dirección de Planificación Institucional, 2021

2.1.6 Grupos de interés

La Prefectura de Manabí está comprometida en considerar y alinear las metas de los grupos con dichos intereses. Para ello, optimiza

su estructura y esquemas de gestión. A continuación, se detallan la interrelación de los grupos de interés de actuación con la Prefectura de Manabí.

- Gobierno Central
- Ministerios
- Gobernación
- Gobiernos Municipales
- Gobierno Parroquiales
- Consorcio Nacional de Gobiernos Provinciales del Ecuador (CONGOPE)
- Asociación de Municipalidades Ecuatorianas (AME)
- Consejo Nacional de Gobiernos Parroquiales Rurales del Ecuador (CONAGOPARE)
- Organismos de control
- Organismos no gubernamentales
- Comunidades
- Asociaciones de Productores
- Organizaciones de Mujeres
- Comunas y comunidades campesinas o Junta de regantes
- Medios de comunicación
- Gremios y cámaras(PEI, 2022, p.26)

Diagnóstico

De acuerdo a la situación analizada en relación a la problemática, como se mencionó anteriormente inicialmente es evidente las malas prácticas en las funciones y desarrollo de los procesos en el GAD Provincial de Manabí, en especial la Dirección de Desarrollo Social, llegando a crear una insatisfacción y quejas por parte de la población, comunidades y ciudadanos manabitas. A continuación, se mostrará la justificación de las problemáticas descritos para posteriormente identificar las causas de la problemática

2.1.7 Identificación de las necesidades para la implementación

Para la propuesta de la implementación del sistema de gestión de la calidad ISO9001:2015 en la dirección de desarrollo social del GAD provincial de Manabí, se empleó la siguiente herramienta:

2.1.8 Checklist

Se aplicó un Checklist en la Dirección de Desarrollo Social, para verificar el cumplimiento mediante evidencias de la norma ISO 9001:2015. La organización de la lista de verificación está definida por los capítulos de la norma y tiene como objetivo comprender la situación real de la empresa con respecto a los lineamientos de la norma, como se muestra en el siguiente formato de tabla.

Tabla 1.

Formato Checklist

No.	Cláusula	Calificación Inicial		
		A	B	C
4	Contexto de la Organización			
5	Liderazgo			
6	Planificación			
7	Apoyo			
8	Operación			
9	Evaluación del Desempeño			
10	Mejora			

Se establecieron los elementos que valoran el cumplimiento de los requerimientos de la norma ISO 9001:2015, dando valor a las ponderaciones que se detalla en la siguiente tabla 6:

Tabla 2.

Ponderaciones del Checklist

Items	Calificación	Descripción
A	10	Cumplimiento satisfactorio de la cláusula de la Norma
B	5	Cumplimiento parcial/mínimo (Se ejecuta, no se verifica, no se mantiene; Se implanta, no se efectúa, no se conserva; se refiere a la fase de Planeación del sistema)
C	0	No cumple con el punto de la Norma (no se ejecuta, no se verifica, no se mantiene)

Tabla 3.

Diagnóstico de cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015

Clausulas	Elementos auditables	A	B	C
4. Contexto de la Organización				
4.1	Comprensión de la organización y su contexto		5	
4.2	a) Partes interesadas (Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas)	10		
4.3	a) Cuestiones internas y externas (Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad)		5	
4.3	b) Requisitos de las partes interesadas (Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad)			0
4.3	c) Productos y servicios (Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad)		5	
4.4	a) Entradas / Salidas (Sistema de gestión de la calidad y sus procesos)		5	
4.4	b) Interacción		5	
4.4	c) Métodos		5	
4.4	d) Recursos		5	
4.4	e) Responsabilidad y Autoridad		5	
4.4	f) Riesgos y Oportunidades		5	
4.4	g) Evaluar		5	
4.4	h) Mejora			0
4.4.2	a) Mantener información documentada	10		
4.4.2	b) Conservar la información	10		
		30	50	0
Porcentaje de Cumplimiento		53%		

5. Liderazgo		
5.1.1	a) Liderazgo / Compromisos : Informes de gestión / Rendición de cuentas (continuo)	10
5.1.1	b) Política de calidad / Objetivos de calidad/Integridad del Sistema de Gestión	10
5.1.1	c) Integración	5
5.1.1	d) Catálogo a procesos	10
5.1.1	e) Asegura disponibilidad de recursos	5
5.1.1	f) Comunicando la importancia de una gestión de la calidad	5
5.1.1	g) Revisión de indicadores (resultados previstos)	5
5.1.1.1	h) Eficacia del sistema de gestión de la Calidad	5
5.1.1	i) Promoviendo mejora	5
5.1.1	j) Apoyo al desarrollo del personal	0
5.1.2	a) Enfoque al cliente / Requisitos determinados:	5
5.1.2	b) Riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de productos y servicios	0
5.1.2	c) Enfoque en el aumento de la satisfacción del cliente (indicadores planteados)	5
5.2.1	a) Propósito y contexto de la organización	5
5.2.1	b) Establecimiento de los objetivos de la calidad	5
5.2.1	c) /d) Compromisos de mejora continua	5
5.2.2	a) Política /Muestra conocimiento y aplicación de la política de calidad	5
5.2.2	b) Es comunicada y entendida en la organización	5
5.2.2	c) Partes interesadas	10
5.3	a) Roles, responsabilidades y autoridades en la organización	10

5.3	b) Aseguramiento de que es conforme a los requisitos	5
5.3	c) Desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad	5
5.3	d) Enfoque al cliente	5
5.3	e) Aseguramiento de integridad	5
		50 85 0
Porcentaje de Cumplimiento		56%
6. Planificación		
6.1	Riesgos identificados	5
6.1.1	a) Resultados previstos	5
6.1.1	b) Aumentar los efectos deseables	10
6.1.1	c) Prevenir o reducir efectos no deseados	10
6.1.1	d) Lograr la mejora	10
6.1.2	a) Acciones o medidas de mitigación	10
6.1.2	b) Evaluación de eficacia de las medidas	5
6.2	Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos	10
6.2.1	a) Coherente	10
6.2.1	b) Medible	10
6.2.1	c) Requisitos aplicable	10
6.2.1	d) / e) Conformidad/ Seguimiento de los productos y servicios	5
6.2.1	f) Comunicación	5
6.2.1	g) Actualizar	5
6.2.2	a) Qué se va a planificar	10
6.2.2	b) Que se requerirá	10
6.2.2	c) Responsable	10
6.2.2	d) Finaliza	10

6.2.2	e)Evaluar los resultados	0
6.3	a) Consecuencias potenciales	0
6.3	b) Integridad	0
6.3	c)Disponibilidad de recursos	5
6.3	d)Asignación / reasignación de responsabilidades	5
		120 40 0
Porcentaje de Cumplimiento		70%
7. Apoyo		
7.1.1	a) Recursos	5
7.1.1	b) Proveedores externos	5
7.1.2	Personas	10
7.1.3	a) Edificios y servicios Infraestructura	10
7.1.3	b) Equipos, incluyendo hardware y software	5
7.1.3	c) Recursos de transporte	5
7.1.3	d) Tecnología de la información y comunicación	5
	a) Sociales / Ambiente para la operación de los procesos	5
7.1.4	b) Psicológicos/ Ambiente para la operación de los procesos	5
	c) Físicos / Ambiente para la operación de los procesos	5
7.1.5.1	a) Seguimiento y medición / Recursos de seguimiento y medición	5
7.1.5.1	b) Idoneidad /Recursos de seguimiento y medición	5
7.1.5.2	a) Calibrarse o verificarse/Trazabilidad de las mediciones	5
	b) Estado/ Trazabilidad de las mediciones	5

	c) Protegerse contra ajustes/Trazabilidad de las mediciones	5
7.1.6	a) Fuentes internas/Conocimientos de la organización	5
	b) Fuentes externas / Conocimientos de la organización	5
7.2	a) Competencia necesaria /Competencia	10
	b) Competentes /Competencia	10
	c) Eficacia /Competencia	10
	d) Conservación de información documentada /Competencia	10
7.3	a)/b) Política de Calidad / Objetivos de la Calidad / Toma de conciencia	5
7.3	c) Contribución / Toma de conciencia	5
7.3	d) Implicaciones incumplimiento / Toma de conciencia	5
7.4	Comunicación	5
7.4	a) Qué comunicar / Comunicación	5
7.4	b) Cuándo comunicar / Comunicación	5
7.4	c) A quién comunicar /Comunicación	5
7.4	d) Cómo comunicar/ Comunicación	5
7.4	e) Quién comunica /Comunicación	5
7.5.1	a)/ b) Información documentada (Generalidades)	5
7.5.2	a) Identificación y descripción / Creación y actualización	5
7.5.2	b) Formato / Creación y actualización	5
7.5.2	c) Revisión y aprobación / Creación y actualización	0
7.5.3.1	a) Disponible / Control de información documentada	5

7.5.3.1	a) Protegida adecuadamente / Control de información documentada	0
7.5.3.2	a) Distribución, acceso, recuperación , uso / Control de información documentada	0
7.5.3.2	b) Almacenamiento y preservación / Control de información documentada	5
7.5.3.2	c) Control de cambios /Control de información documentada	0
7.5.3.2	d) Conservación y disposición /Control de información documentada	5
		60 150 0
Porcentaje de Cumplimiento		66%
8. Operación		
8.1	a) Determinación de requisitos / Planificación y control operacional	10
8.1	b) Criterios / Planificación y control operacional	10
8.1	c) Recursos necesarios / Planificación y control operacional	10
8.2.1	Comunicación con el cliente	5
8.2.2	a) Requisito legal y reglamentario/ Determinación de requisitos para productos y servicios	5
8.2.2	b) Aquellos considerados necesarios para la organización / Determinación de requisitos para productos y servicios	5
8.2.3.1	a) Requisitos específicos/ Revisión de los requisitos para productos y servicios	5
8.2.4	Cambios en los requisitos para productos y servicios	5
8.3.2	a) Naturaleza, duración y complejidad / Planificación D&D	5
8.3.2	b) Etapas del proceso requeridas /Planificación D&D	5

8.3.2	e) Recursos internos y externos / Planificación D&D	5
8.3.2	f) Interfaces	5
8.3.3	a) Requisitos funcionales /Entradas D&D	5
8.3.3	b) Actividades previas //Entradas D&D	5
8.3.4	a) Resultados a lograr / Controles D&D	5
8.3.4	b) Capacidad de los resultados / Controles D&D	5
8.3.4	c) Requisitos legales y reglamentarios/ Controles D&D	5
8.3.4	f) Conserva información documentada / Controles D&D	10
8.3.5	a) Cumple con los requisitos / Salidas D&D	5
8.3.5	b) Provisión de P/S / Salidas D&D	5
8.3.6	a) Cambios del diseño y desarrollo/ Cambios D&D	5
8.3.6	b) Resultado de las revisiones /Cambios D&D	5
8.3.6	c) Autorización de los cambios/ Cambios D&D	5
8.3.6	d) Acciones tomadas para prevenir /Cambios D&D	5
8.4.1	a) Proveedores externos/ Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente	10
8.4.1	b)Directamente a los clientes / control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente	10
8.4.2	a) Procesos suministrados externamente / Tipo y alcance del control	10
8.4.2	b) Definir los controles aplicar a un proveedor externo	10
8.4.3	a) Procesos, productos y servicios / Información para los proveedores externos	10

8.4.3	b) Aprobación / Información para los proveedores externos	10
8.4.3	e) Control y el seguimiento del desempeño del proveedor	10
8.4.3	f) Actividades de verificación o validación	10
8.5.1	a) Instrucciones de trabajo / Control de la producción y de la provisión del servicio	10
8.5.1	b) Disponibilidad/ Control de la producción y de la provisión del servicio	5
8.5.1	c) Actividades de seguimiento y medición / Control de la producción y de la provisión del servicio	5
8.5.1	d) Infraestructura y entorno adecuado/ Control de la producción y de la provisión del servicio	10
8.5.1	e) Designación de personas competentes	10
8.5.1	f) Validación y revalidación	5
8.5.1	g) Implementación de acciones	5
8.5.1	h) Implementación de actividades de liberación	5
8.5.2.69	Identificación y trazabilidad	5
8.5.3	Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos	10
8.5.4	Preservación	5
8.5.5	Actividades posteriores a la entrega	5
8.5.6	Control de Cambios	5
8.6	a) Evidencia de la conformidad/ Liberación de los productos y servicios	0
8.6	b) Trazabilidad a las personas/ Liberación de los productos y servicios	5
8.7.1	a) Corrección/ Control de las salidas no conformes	0
8.7.1	b) Separación, contención, devolución o suspensión de provisión de P/S /Control de las salidas no conformes	0

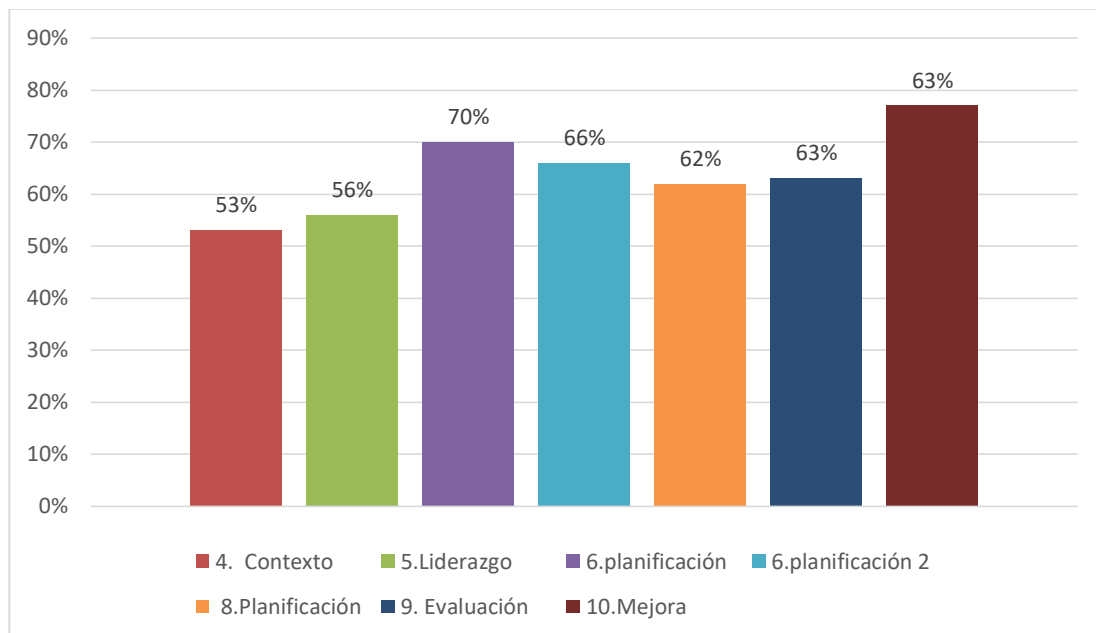
8.7.1	c) Información al cliente/Control de las salidas no conformes	5
8.7.1	d) Obtención de autorización/ Control de las salidas no conformes	5
8.7.2	a) Describa la no conformidad / Conservar información documentada de control de las salidas no conformes	5
8.7.2	b) Describa las acciones tomadas/ Conservar información documentada de control de las salidas no conformes	5
8.7.2	c) Concesiones obtenidas / Conservar información documentada de control de las salidas no conformes	5
8.7.2	d) Identifique la autoridad / Conservar información documentada de control de las salidas no conformes	5
		160 180 0
Porcentaje de Cumplimiento		62%
9. Evaluación de Desempeño		
9.1.1	a)Indicadores relacionados al proceso/ Seguimiento, medición, análisis y evaluación	5
9.1.1	b)Métodos/ Seguimiento, medición, análisis y evaluación	5
9.1.2	Satisfacción del cliente	5
9.1.3	a) Conformidad de los Productos y Servicios / Análisis y evaluación	5
9.1.3	b) Grado de satisfacción del cliente / Análisis y evaluación	5
9.1.3	c) Desempeño y la eficacia/ Análisis y evaluación	5
9.1.3	g) Necesidad de mejoras en el sistema de gestión de la calidad / Análisis y evaluación	5
9.2.1	a)Requisitos propios/ Auditoría interna	10

9.2.1	b) Requisitos de la esta norma internacional/ Auditoría interna	10
9.2.2	a) Planificar, establecer, implementar y mantener / Auditorias Internas	10
9.2.2	b) Criterios de Auditoria / Auditorias Internas	10
9.3	a)Estado de acciones de revisiones por la dirección previas (Entradas) / Revisión por la dirección	5
9.3	b) Cambios en las cuestiones internos o externos pertinentes (relevantes) al SGC (Entradas) / Revisión por la dirección	0
9.3.3	a) Oportunidades de mejora / Salidas de la revisión por la dirección	5
9.3.3	b) Necesidad de cambio en el SGC / Salidas de la revisión por la dirección	5
9.3.3	c) Necesidades de recursos / Salidas de la revisión por la dirección	10
		50 50 0
Porcentaje de Cumplimiento		63%
10. Mejora		
10.1	a) Mejora	10
10.1	b) Correguir, prevenir o reducir/ Mejora	5
10.1	c) Mejora de desempeñ o /Mejora	5
10.2.1	a) Corrección / Mejora	5
10.2.1	b)Análisis de causas/ Mejora	5
10.2.1	c) Acción correctiva / Mejora	5
10.2.1	d)Eficacia / Mejora	5
10.2.1	e) Actualizar riesgos y oportunidades / Mejora	5
10.2.1	f) Hacer cambios en el sistema de gestión de la calidad / Mejora	10
10.2.2	a) /b) Verificación de efectividad/ Mejora	5

10.3	Mejora continua	10
		30 40 0
Porcentaje de Cumplimiento		63.63%

Figura 3

Cuadro de cumplimiento



2.1.9 Aspectos de Adecuación de la Documentación del Sistema de Gestión:

Inicialmente se puede señalar que la Organización cuenta con un Mapa de Procesos aprobado en el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos, donde se evidencia el Mapa de Procesos de la organización con la interacción entre procesos estratégicos, operacionales y de apoyo, el mismo al que el personal administrativo tiene acceso a su consulta.

Señalando que pese a que la norma no solicita la elaboración de un Manual de Calidad, no existe evidencia de cumplimiento de este documento que permita agrupar o incluir un posible alcance, la referencia a los procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad (SGC), y las interacciones de los procesos, en la metodología de procesos entregada al equipo consultor, el cual es un tipo de documento, tan como un Manual.

2.1.10 Aspectos de Validación de Alcance y Exclusiones:

No existe definición del alcance que la Dirección de Desarrollo Social del GAD Provincial de Manabí, pretende implementar, se evidencia conformidad con la actividad principal declarada en el RUC de la empresa

En cuanto a la Identificación de la aplicabilidad: Se sugiere que en la Dirección de Desarrollo Social del GAD no sea aplique la cláusula 8.5.5 (Actividades posteriores a la entrega). Esto es justificado en base a que en la Dirección de Desarrollo Social del GAD Provincial de Manabí, no tiene estipulado en la ley, brindar algún servicio o actividad posterior a la entrega del Producto / servicio.

2.1.11 Aspectos de Planificación

Dentro de la planificación del SGC, no existe evidencia de los siguientes aspectos:

- Requisitos de Documentación (incluyendo Control de Documentos y Registros).
- Política del Sistema de Gestión de SGC.
- Objetivos y Programas de Gestión de SGC.
- Identificación, evaluación y cumplimiento de requisitos legales correspondientes.
- Revisiones gerenciales o de la máxima autoridad, periódicas al SGC.

2.1.12 Aspectos de Implementación y Operación:

Dentro de estos aspectos se ha detectado los siguientes problemas:

- No se ha implementado un SGC en base a los estándares ISO 9001:2015 que opere en todos los procesos, actividades y funciones.
- De acuerdo al uso del formulario de Diagnóstico, se identifica al Sistema de Gestión en un primer nivel de madurez de Gestión.
- Gestión de recursos, comunicación, sensibilización y participación del personal, existe, pero no hay documentos procedimentales.

- La planificación y ejecución de la producción / servicio, se realiza en base a la determinación y revisión de los requerimientos de identificación, trazabilidad, preservación, verificación, validación y liberación en procesos de construcción de puentes, vialidad, pero no se evidencia documentación procedimental de respaldo.
- Se mantiene implementada la gestión de medición de los procesos y servicios por medio de los indicadores planteados por la Dirección de Planificación, pero ningún entrevistado, presenta evidencia de cumplimiento o monitoreo de estos indicadores.
- Se evidencian documentos habilitantes y registros en algunos lugares de trabajo.
- No existe control operacional en todas las actividades que se realiza y respuesta a Quejas y Producto No Conforme.
- La política de calidad, no se evidencia.
- No se evidencia el desarrollo de Programas de auditoría que detalle el alcance, método y criterios a llevar, el estado o la importancia de los procesos y resultados de auditorías previas.
- No se han determinado las partes interesadas internas y externas
- La Dirección de Desarrollo Social del GAD Provincial de Manabí no ha implementado una planificación para abordar riesgos y oportunidades que se pueden presentar.

2.1.13 Aspectos de Seguimiento y Medición:

- No se posee el monitoreo de los parámetros de procesos y servicios.
- No se mide la satisfacción del cliente, ni establecido procedimiento y resultados o evidencia del cumplimiento de la organización en cuanto a los requerimientos del cliente

Capítulo 3

3 Propuesta de Mejora

En este capítulo se detalla la propuesta de solución alineada a los objetivos específicos y enfocada en la satisfacción del cliente y en la mejora continua de calidad de sus procesos, la cual radica en la implementación del sistema de gestión ISO 9001:2015 en la dirección de desarrollo social del Gobierno Autónomo Descentralizado provincial de Manabí, planteando una estructura lógica y los pasos a seguir para la implementación de un sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2015

Para la implementación, se plantea un plazo de 8 meses, en base al grado de compromiso, tiempo y recursos que proporcione la empresa. A continuación, se detalla y se desarrolla la estructura a seguir para la implementación de la propuesta de solución en la dirección de desarrollo social del Gobierno Autónomo Descentralizado provincial de Manabí

Presentación del Proyecto:

3.1.1 Presentación del Proyecto al GAD de Manabí

En primera instancia se realizó la primera reunión con el Prefecto de la Provincia de Manabí, para presentar los beneficios que se obtendrían al obtener con la implementación del sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2015 y lograr determinar las actividades que se llevarían a cabo, para luego concretar los objetivos, responsabilidades y alcances del proyecto.

3.1.2 Reunión en Despacho del Prefecto de Manabí con el personal involucrado.

Consecutivamente se llevó a cabo la reunión con el personal involucrado, con el fin sensibilizar e involucrar a todo el personal sobre la importancia de la implementación del sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2015 en la dirección de desarrollo social del GAD, mostrando los

beneficios que se obtendrían a mediano y largo plazo. Destacando que el objetivo principal de esta etapa es asegurar el compromiso del GAD y de todo el personal involucrado al interior de la institución, para garantizar el éxito del proyecto y lograr el impacto deseado.

3.1.3 Manual de Calidad



Manual de la Calidad

Sistema de Gestión de la Calidad de la
Prefectura de Manabí

MDC-DES-001

Enero – 2023

Versión 1.0

IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

Proceso Nivel 0:	Direccionamiento Estratégico		
Proceso Nivel 1:	No aplica		
Proceso Nivel 2:	No aplica		
Proceso Nivel 3:	No aplica		
Versión del documento:	1.0	Frecuencia de Ejecución:	Bajo demanda
Responsable:	Prefecto (a)		

REGISTRO DE VERSIONES

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Mes de aprobación	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
1.0	Creación	Mgtr. Ronnie Cedeño Looor Analista de la Dirección de Innovación y Mejora Continua / Eco. Leonardo Orlando Prefecto (a)		No aplica

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos generales del Sistema de Gestión de la Calidad de la Prefectura de Manabí, de acuerdo a la norma internacional de Gestión de la Calidad – Requisitos- ISO 9001:2015.

2. MARCO NORMATIVO

2.1 DOCUMENTOS EXTERNOS

- Constitución de la República del Ecuador
- Código Orgánico de Organización y Ordenamiento Territorial
- Norma Internacional ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos.
- Norma Internacional ISO 9000:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad – Fundamentos y Vocabulario

2.2 DOCUMENTOS INTERNOS

- Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos
- Documentación del Sistema de Gestión Institucional
- Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial Manabí 2030
- Plan Estratégico Institucional

3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

- **SGC:** Sistema de Gestión de la Calidad
- **PEI:** Plan Estratégico Institucional

Importante: Se utiliza los términos y definiciones descritos en la Norma Internacional ISO 9000:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad – Fundamentos y Vocabulario.

4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

4.1 COMPRENDER LA ORGANIZACIÓN Y SU CONTEXTO

La Prefectura de Manabí determina las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica y que afectan a su capacidad para lograr los resultados previstos de su sistema de gestión de la calidad, a través del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial 2021 - 2030 y Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019 – 2023.

En la Prefectura de Manabí, se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas, cada vez que se realicen cambios o actualizaciones en el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial y/o en el Plan Estratégico Institucional o se genere uno nuevo.

Ver procedimiento Gestión del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial. y Gestión del Plan Estratégico Institucional en Anexos

4.2 COMPRENDER LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS

La Prefectura de Manabí ha determinado como partes interesadas que son pertinentes al Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) debido a su efecto o efecto potencial en la capacidad de la Prefectura de Manabí de proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del ciudadano, legales y reglamentarios aplicables a los siguientes actores, así como los requisitos pertinentes de estas partes interesadas para el Sistema de Gestión de la Calidad.

Se presenta el listado de los grupos de interés de actuación con la Prefectura de Manabí, entre otros actores.

- Ciudadanos
- Gobierno Central
- Ministerios
- Gobernación
- Gobiernos Municipales
- Gobierno Parroquiales
- Consorcio Nacional de Gobiernos Provinciales del Ecuador (CONGOPE)
- Asociación de Municipalidades Ecuatorianas (AME)
- Consejo Nacional de Gobiernos Parroquiales Rurales del Ecuador (CONAGOPARE)
- Organismos de control
- Organismos no gubernamentales
- Comunidades
- Asociaciones
- Organizaciones Sociedad Civil
- Comunas y comunidades campesinas o Junta de regantes
- Medios de comunicación

- Gremios y cámaras
- Empresas privadas y aliados estratégicos
- Empresas Públicas Provinciales

Ver numeral 11. Anexo 1 “Matriz de Partes Interesadas” del presente documento.

La Prefectura de Manabí realiza el seguimiento de las partes interesadas y de sus requisitos pertinentes al inicio y/o final de cada período de gestión y bajo demanda conforme a lo que establece la normativa correspondiente.

Los criterios de priorización son:

- **CLAVES:** Realmente esenciales para la supervivencia de la organización.
- **ESTRATÉGICOS:** Actores que presentan oportunidades o amenazas relevantes.
- **DEL ENTORNO:** No incluidos en ninguna de los otros dos grupos.

4.3 ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

El Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015 de la Prefectura de Manabí se ha determinado tomando en cuenta los aspectos externos e internos, las partes interesadas y los servicios de acuerdo con el marco legal aplicable de la República del Ecuador, abarcando los siguientes servicios:

4.3.1 SERVICIOS

- I. Solicitud de Brigada Médica
- II. El servicio al que se hace mención en el Alcance, corresponde a:
 - Proceso Nivel 0. Gestión de Desarrollo Social, Económico y Ambiental
 - Proceso Nivel 1: Gestión de Desarrollo Social
 - Proceso Nivel 2: Gestión de Bienestar Social.
 - Proceso Nivel 3: Protección Integral a Grupos de Atención Prioritaria de la Provincia.

Ver Catálogo de Servicios y Trámites del Procedimiento Gestión de Atención Ciudadana, Comunidades y Colectivos en Anexos.

4.3.2 PROCESOS A NIVEL 0

- i. Direccionamiento Estratégico
- ii. Gestión de Infraestructura para el Desarrollo
- iii. Gestión Jurídica
- iv. Gestión Estratégica de Desarrollo Institucional
- v. Gestión Administrativa Financiera
- vi. Gestión de Secretaría General y Atención Ciudadana

4.3.3 SITIOS

- i. **Sitio Principal:** Edificio Matriz, Gobierno Provincial de Manabí, Portoviejo, Calle Córdova Entre Olmedo Y Ricaurte
- ii. **Sitio adicional 1:** Patio de Máquinas; Prolongación de la Calle Pedro Gual y Av. Del ejército frente al monumento "El Puño"

TABLA SITIO PRINCIPAL Y SITIOS ADICIONALES.

Sitio	Provincia	Ciudad	Número de Personal (aprox.)				
			Nivel Jerárquico Superior	Nivel Administrativo	Nivel Operativo	Código de Trabajo (No Profesionales / Choferes, Mensajeros)	Total
Sitio Principal	Manabí	Portoviejo	25	5	10		40
Sitio 1	Manabí	Portoviejo	2	1	2		5

4.4 GESTIÓN DE LA CALIDAD

4.4.1 DETERMINACIÓN DE LOS PROCESOS A NIVEL 0

La Prefectura de Manabí establece, implementa, mantiene y mejora continuamente su Sistema de Gestión de la Calidad, incluidos los procesos necesarios y sus interacciones.

- i. Direccionamiento Estratégico
- ii. Gestión de Infraestructura para el Desarrollo
- iii. Gestión Jurídica
- iv. Gestión Estratégica de Desarrollo Institucional
- v. Gestión Administrativa Financiera
- vi. Gestión de Secretaría General y Atención Ciudadana

Estos procesos nivel 0 se dividen en procesos nivel 1, 2 o 3, en los cuales se identifican las entradas, salidas, interrelaciones, riesgos, recursos, así como se determinan y aplican métodos para asegurarse de la operación eficaz y el control de estos procesos; se asignan responsabilidades y autoridades para estos procesos, se evalúan y se mejoran.

4.4.2 INFORMACIÓN DOCUMENTADA

La Prefectura de Manabí mantiene y conserva la información documentada para apoyar la operación de estos procesos y para tener la confianza de que estos se realizan según lo planificado.

Ver el procedimiento Documentación del Sistema de Gestión Institucional en Anexos.

5. LIDERAZGO

5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO

5.1.1 GENERALIDADES

La alta dirección, representada por el Prefecto Provincial, demuestra el liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión de la calidad:

- a. asumiendo la responsabilidad y obligación de rendir cuentas con relación a la eficacia del sistema de gestión de la calidad;

- b. asegurándose de que se establezcan la política de la calidad y los objetivos de la calidad para el sistema de gestión de la calidad, y que éstos sean compatibles con el contexto y la dirección estratégica de la Prefectura de Manabí;
- c. asegurándose de la integración de los requisitos del sistema de gestión de la calidad en los procesos de negocio de la Prefectura de Manabí;
- d. promoviendo el uso del enfoque a procesos y el pensamiento basado en riesgos;
- e. asegurándose de que los recursos necesarios para el sistema de gestión de la calidad estén disponibles;
- f. comunicando la importancia de una gestión de la calidad eficaz y conforme con los requisitos del sistema de gestión de la calidad;
- g. asegurándose de que el sistema de gestión de la calidad logre los resultados previstos;
- h. comprometiendo, dirigiendo y apoyando a las personas, para contribuir a la eficacia del sistema de gestión de la calidad;
- i. promoviendo la mejora;
- j. apoyando otros roles pertinentes de la dirección, para demostrar su liderazgo en la forma en la que aplique a sus áreas de responsabilidad.

5.1.2 ENFOQUE AL CIUDADANO

La alta dirección demuestra el liderazgo y compromiso con respecto al enfoque al ciudadano asegurándose de que:

- a. se determinan, se comprenden y se cumplen regularmente los requisitos del ciudadano y los legales y reglamentarios aplicables; en el **Catálogo de Servicios y Trámites del Procedimiento Gestión de Atención Ciudadana, Comunidades y Colectivos**
- b. se determinan y se consideran los riesgos y oportunidades que pueden afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del ciudadano.
- ✓ Riesgos mediante el Procedimiento **Gestión Riesgos Institucionales**, y;

✓ Las oportunidades (FODA) **Gestión del Plan Estratégico Institucional**

- c. se mantiene el enfoque en el aumento de la satisfacción del ciudadano definido en el **Lineamiento de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos** y el procedimiento **Gestión de Atención Ciudadana, Comunidades y Colectivos**

Ver el procedimiento “Revisión por la Dirección”

5.2. POLÍTICA DE LA CALIDAD

5.2.1 ESTABLECIMIENTO DE LA POLÍTICA DE LA CALIDAD

La alta dirección establece, implementa, mantiene y comunica la Filosofía Institucional, que será revisada cada dos años y que contempla: Misión, Visión, Objetivo de la Calidad y Estratégicos, Principios, Valores Institucionales y política de la calidad:

Misión:

Promover el desarrollo integral y equitativo de la provincia, consolidando la conectividad, sustentabilidad y productividad, con inversión de calidad, sostenibilidad, equidad territorial y justicia social en el territorio.

Visión:

Al año 2030, Manabí será un territorio inteligente, incluyente, innovador, integrado territorialmente y con fuerte integridad cultural, con cantones y parroquias que prosperan de manera sostenible y resiliente.

Objetivo de la Calidad:

Incrementar la satisfacción de los usuarios internos y externos del Gobierno Provincial de Manabí.

Objetivos institucionales:

- i. Fortalecer al Gobierno Provincial de Manabí para que promueva una institucionalidad participativa, transparente, eficiente, dinámica y de servicio a la ciudadanía.
- ii. Garantizar que los sistemas de infraestructura del territorio ya sean enfocados al transporte o al riego, provean de cobertura y calidad el desarrollo socioeconómico local.
- iii. Potenciar las capacidades productivas y de servicios de la provincia, con eficiencia en el manejo de la infraestructura para la producción, con la logística, conectividad y accesibilidad necesaria para canalizar sus bienes y servicios hacia mercados nacionales e internacionales.
- iv. Promover un desarrollo humano y equitativo y de justicia social, tanto en contextos urbanos como rurales.
- v. Impulsar el desarrollo territorial de Manabí de manera sostenible y equitativa desde la consolidación de los vínculos urbanos rurales.
- vi. Promover la protección, conservación y aprovechamiento sostenible de las áreas de alto valor natural, el recurso hídrico y el medio físico manabita.
- vii. Incrementar la satisfacción de los usuarios internos y externos del Gobierno Provincial de Manabí.

Principios y Valores:

- 1) Honestidad
- 2) Solidaridad
- 3) Calidad
- 4) Eficiencia
- 5) Ética
- 6) Innovación
- 7) Integración
- 8) Identidad
- 9) Inclusivo
- 10) Transparencia
- 11) Unidad

12) Liderazgo integral transformacional

13) Sostenibilidad

14) Equidad Territorial

15) Justicia Social

POLÍTICA DE LA CALIDAD

En el Gobierno Provincial de Manabí, la calidad y la innovación son factores fundamentales para el Desarrollo Integral y Equitativo de la provincia, con cantones y parroquias que prosperan de manera sostenible y resiliente, brindando servicios confiables que cumplan con los requisitos aplicables a los usuarios internos y externos, garantizando su satisfacción y mejorando continuamente su Sistema de Gestión de la Calidad.

La filosofía institucional desarrollada dentro del Sistema de Gestión de la Calidad de la Prefectura de Manabí, y aplicable al mismo, se gestiona de manera integral y se comunica de acuerdo con lo descrito en el apartado 5.2.3 de este Manual. Esto es, que los servicios descritos de manera detallada como propósito del Sistema de Gestión de la Calidad de la Prefectura de Manabí en su Misión, son los mismos servicios a los que hace referencia en su Política de la Calidad.

5.2.2 COMUNICACIÓN DE LA POLÍTICA DE LA CALIDAD

La filosofía institucional desarrollada dentro del Sistema de Gestión de la Calidad de la Prefectura de Manabí, y aplicable al mismo, se gestiona de manera integral y se comunica de acuerdo con lo descrito en el apartado 5.2.3 de este Manual. Esto es, que los servicios descritos de manera detallada como propósito del Sistema de Gestión de la Calidad de la Prefectura de Manabí en su Misión, son los mismos servicios a los que hace referencia en su Política de la Calidad.

La filosofía institucional incluida la política de la calidad está disponible, ratificada y difundida a todo el personal mediante la intranet Institucional, por medio de la inducción, colocación de carteles, correos

institucionales masivos, entre otras acciones de comunicación efectiva.

La política de la calidad se encuentra documentada en el Lineamiento Declarativo **Política de la Calidad**

5.3. ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN EL GADP MANABÍ

La alta dirección asigna las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes, se comuniquen y se entiendan en todo la Prefectura de Manabí, a través del **Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos, Manual de Descripción, Valoración y Clasificación de los Puestos del Gobierno Provincial de Manabí**, y los procedimientos documentados.

La alta dirección asigna al Director de Innovación y Mejora Continua la responsabilidad y autoridad para:

- a. asegurarse de que el sistema de gestión de la calidad es conforme con los requisitos de esta Norma Internacional;
- b. asegurarse de que los procesos están generando y proporcionando las salidas previstas;
- c. informar, en particular, a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y sobre las oportunidades de mejora;
- d. asegurarse de que se promueve el enfoque al ciudadano en toda la Prefectura de Manabí;
- e. asegurarse de que la integridad del sistema de gestión de la calidad se mantiene cuando se planifican e implementan cambios en el sistema de gestión de la calidad

6. PLANIFICACIÓN

6.1. ACCIONES PARA AFRONTAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES

6.1.1 Al planificar el sistema de gestión de la calidad, la Prefectura de Manabí consideró las cuestiones referidas en el apartado 4.1 y los requisitos referidos en el apartado 4.2, y determinó los riesgos y oportunidades que son necesarios con el fin de:

- a. asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr sus resultados previstos;
- b. aumentar los efectos deseables;
- c. prevenir o reducir efectos no deseados;
- d. lograr la mejora.

6.1.2 La Prefectura de Manabí planifica:

- a. las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades;
- b. la manera de:
 - i. integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la calidad;
 - ii. evaluar la eficacia de estas acciones.

Ver Procedimiento **Gestión de Riesgos Institucionales** y Procedimiento **Gestión del Plan Estratégico Institucional en Anexos.**

6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS

6.2.1 La Prefectura de Manabí establece el objetivo de la calidad y objetivos institucionales para las funciones y niveles pertinentes y los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad.

Objetivo de la Calidad:

- Incrementar la satisfacción de los usuarios internos y externos del Gobierno Provincial de Manabí.

Objetivos estratégicos/institucionales:

- i. Fortalecer al Gobierno Provincial de Manabí para que promueva una institucionalidad participativa, transparente, eficiente, dinámica y de servicio a la ciudadanía.
- ii. Garantizar que los sistemas de infraestructura del territorio ya sean enfocados al transporte o al riego, provean de cobertura y calidad el desarrollo socioeconómico local.
- iii. Potenciar las capacidades productivas y de servicios de la provincia, con eficiencia en el manejo de la infraestructura para la producción, con la

logística, conectividad y accesibilidad necesaria para canalizar sus bienes y servicios hacia mercados nacionales e internacionales.

- iv. Impulsar el desarrollo territorial de Manabí de manera sostenible y equitativa desde la consolidación de los vínculos urbanos rurales.
- v. Promover un desarrollo humano equitativo y de justicia social, tanto en contextos urbanos como rurales.
- vi. Promover la protección, conservación y aprovechamiento sostenible de las áreas de alto valor natural, el recurso hídrico y el medio físico manabita.

El objetivo de la calidad y objetivos institucionales son coherentes con la política de la calidad, son medibles, tienen en cuenta los requisitos aplicables.

6.2.2 Al planificar cómo lograr su objetivo de la calidad y objetivos institucionales, la Prefectura de Manabí determina:

- a. qué se va a hacer;
- b. qué recursos se requerirán;
- c. quién será responsable;
- d. cuándo se finalizará;
- e. cómo se evaluarán los resultados

Procedimiento Gestión de Medición y Evaluación de la Calidad de los Servicios

Los recursos financieros de la Institución se ven reflejados dentro de la Planificación Operativa Anual de cada una de las Unidades Administrativas y se van ejecutando de acuerdo a la planificación establecida.

6.3 PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS

Cuando la Prefectura de Manabí determine la necesidad de cambios en el sistema de gestión de la calidad, estos cambios se llevan a cabo de manera planificada.

Y considera:

- a) el propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales;
- b) la integridad del sistema de gestión de la calidad;

- c) la disponibilidad de recursos;
- d) la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.

Ver el procedimiento “Revisión por la Dirección” en Anexos.

7. APOYO

7.1 RECURSOS

7.1.1 GENERALIDADES

La Prefectura de Manabí determina y proporciona los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión de la calidad, en donde la Prefectura de Manabí considera:

- a. las capacidades y limitaciones de los recursos internos existentes;
- b. qué se necesita obtener de los proveedores externos.

A través de la elaboración de la proforma presupuestaria institucional como lo indica **el procedimiento Gestión de la Planificación Operativa Anual**. Una vez asignada la cantidad de presupuesto a ejercer para el periodo, se prioriza y se elaboran las herramientas de gestión: Plan Anual Operativo, Plan anual de Contrataciones, Plan Anual de Inversión entre otros.

Ver el procedimiento Gestión de la Planificación Operativa Anual en Anexos.

7.1.2 PERSONAS

La Prefectura de Manabí determina y proporciona las personas necesarias para la implementación eficaz de su sistema de gestión de la calidad y para la operación y control de sus procesos.

Ver Manual de Descripción, Valoración y Clasificación de los Puestos del Gobierno Provincial de Manabí y el Procedimiento de Planificación del Talento Humano en Anexos.

7.1.3 INFRAESTRUCTURA

La Prefectura de Manabí determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios, incluyendo según aplique:

- a. edificios y servicios asociados; procedimientos: **Mantenimiento de Bienes Inmuebles Institucionales**
- b. equipos, incluyendo hardware y software;
- c. recursos de transporte;
- d. tecnologías de la información y la comunicación.

7.1.4 AMBIENTE PARA LA OPERACIÓN DE LOS PROCESOS.

La Prefectura Manabí determina, proporciona y mantiene el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios, a través de dos partes:

- a. La atención de la salud de las personas ver los procedimientos: Seguridad y Salud Ocupacional es
- b. La Gestión del Cambio Organizacional

7.1.5 RECURSOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

7.1.51.1 GENERALIDADES

La Prefectura de Manabí determina y proporciona los recursos necesarios para asegurarse de la validez y fiabilidad de los resultados cuando se realice el seguimiento para verificar la conformidad de los productos y servicios con los requisitos; el seguimiento se realiza mediante los controles establecidos en los procedimientos, diagramas de caracterización, diagramas de flujo, instructivos, anexos y/o documentación del proceso correspondiente.

La Prefectura Manabí se asegura de que los recursos proporcionados:

- a. son apropiados para el tipo específico de actividades de seguimiento realizadas;
- b. se mantienen para asegurarse de la idoneidad continua para su propósito.

La Prefectura de Manabí conserva la información documentada apropiada como evidencia de que los recursos de seguimiento son idóneos para su propósito, los cuales son los registros que se generan durante la ejecución de los controles establecidos en los procedimientos, diagramas de caracterización, diagramas de flujo, instructivos, anexos y/o documentación correspondiente.

7.1.5.2 TRAZABILIDAD DE LAS MEDICIONES

La trazabilidad de las mediciones para la Prefectura de Manabí, parte esencial para proporcionar confianza en la validez de los resultados de la medición, y en los procesos donde se utilizan equipos de medición, estos son:

- a. Calibrados y/o o verificados, a intervalos especificados, o antes de su utilización, contra patrones de medición trazables a patrones de medición internacionales o nacionales, si esto aplica; y cuando no existen estos patrones, se conserva como información documentada la instrucción o información utilizada para la calibración o la verificación;
- b. identificados para determinar su estado;
- c. protegidos contra ajustes, daño o deterioro que pudieran invalidar el estado de calibración y los posteriores resultados de la medición.

La Prefectura de Manabí determina si la validez de los resultados de medición previos se ha visto afectada de manera adversa cuando el equipo de medición se considere no apto para su propósito previsto, y toma las acciones adecuadas cuando es necesario.

7.1.6 CONOCIMIENTOS DE LA ORGANIZACIÓN

La Prefectura de Manabí determina los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios.

Estos conocimientos se mantienen y se ponen a disposición como procedimientos / instructivos / planes, etc.

Cuando se abordan las necesidades y tendencias cambiantes, la Prefectura de Manabí considera sus conocimientos actuales y determina cómo adquirir o acceder a los conocimientos adicionales necesarios y a las actualizaciones requeridas.

Ver el procedimiento de Formación y Capacitación del Talento Humano en Anexos.

7.2 COMPETENCIA

La Prefectura de Manabí:

- a. determina la competencia necesaria de las personas que realizan, bajo su control, un trabajo que afecta al desempeño y eficacia del sistema de gestión de la calidad; **ver Manual de Descripción, Valoración y Clasificación de los Puestos del Gobierno Provincial de Manabí** se asegura que estas personas sean competentes, basándose en la educación, formación o experiencia apropiadas; de acuerdo al Procedimiento. **Selección, Contratación e Inducción del Personal**
- b. cuando es aplicable, se toman acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas; **ver procedimiento de Formación y Capacitación del Talento Humano**
- c. y se conserva la información documentada apropiada como evidencia de la competencia.

7.3 TOMA DE CONCIENCIA

La Prefectura de Manabí se asegura que las personas que realizan el trabajo bajo el control y tomen conciencia de:

- a. la política de la calidad;
- b. los objetivos de la calidad pertinentes;

- c. su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño;
- d. las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.

Dentro del **procedimiento de Gestión de Comunicación Externa , Gestión de Comunicación Interna** . Se especifica la importancia de la socialización lo cual incluye la explicación de cada documento que integra el SGC como parte de la toma de conciencia.

Además, la Institución cuenta con el **Código de Ética de la Prefectura de Manabí** para asegurar que las personas tomen conciencia de las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.

7.4 COMUNICACIÓN

La Prefectura de Manabí debe determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de la calidad, que incluyan:

- a. qué comunicar;
- b. cuándo comunicar;
- c. a quién comunicar;
- d. cómo comunicar;
- e. quién comunica.

Para lo cual se tienen para la comunicación externa **el procedimiento Gestión de Comunicación Externa** y para la comunicación interna **el procedimiento Gestión de Comunicación Interna**

7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA

7.5.1 GENERALIDADES

El sistema de gestión de la calidad de la Prefectura de Manabí incluye:

- a. la información documentada requerida por esta Norma Internacional;

- b. la información documentada que la Prefectura de Manabí determina como necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

7.5.2 CREACIÓN Y ACTUALIZACIÓN

Al crear y actualizar la información documentada, de la Prefectura de Manabí se asegura de que lo siguiente sea apropiado:

- a. la identificación y descripción (por ejemplo, título, fecha, autor o número de referencia);
- b. el formato (por ejemplo, idioma, versión del software, gráficos) y los medios de soporte (por ejemplo, papel, electrónico);
- c. la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación

7.5.3 CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA

7.5.3.1 La información documentada del sistema de gestión de la calidad se controla para asegurarse de que:

- a. esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite;
- b. esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad).

7.5.3.2 Para el control de la información documentada, de la Prefectura de Manabí aborda las siguientes actividades:

- a. distribución, acceso, recuperación y uso;
- b. almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad;
- c. control de cambios (por ejemplo, control de versión);
- d. conservación y disposición.

La información documentada de origen externo, que la Prefectura de Manabí determina como necesaria para la planificación y operación del sistema de gestión de la calidad, se identifica dentro de cada uno de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad y controla mediante la notificación enviada por la Plataforma Fiel Web ante cualquier actualización de la normativa nacional.

La información documentada conservada como evidencia de la conformidad se protege contra modificaciones no intencionadas.

Ver los procedimientos de: **Procedimiento de Documentación del Sistema de Gestión Institucional** en Anexos.

8. OPERACIÓN

8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERATIVO

La Prefectura de Manabí planifica, implementa y controla los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios, y para implementar las acciones determinadas respecto a la planificación, mediante:

- a. la determinación de los requisitos para los productos y servicios;
- b. el establecimiento de criterios para:
 - i. los procesos;
 - ii. la aceptación de los productos y servicios;
- c. la determinación de los recursos necesarios para lograr la conformidad con los requisitos de los productos y servicios;
- d. la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios;
- e. la determinación, el mantenimiento y la conservación de la información documentada en la extensión necesaria para:
 - i. tener confianza en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado;
 - ii. demostrar la conformidad de los productos y servicios con sus requisitos.

La salida de esta planificación es adecuada para las operaciones de la Prefectura de Manabí.

La Prefectura de Manabí controla los cambios planificados y revisa las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso, según sea necesario.

La Prefectura de Manabí se asegura de que los procesos contratados externamente estén controlados.

En el **Catálogo de Procesos del SGC del procedimiento Documentación del Sistema de Gestión Institucional** se identifica cada uno de los procesos necesarios, y en cada uno de ellos se establecen las

características de los mismos, la determinación de los recursos necesarios para que los productos y servicios sean conformes, y la implementación de los controles necesarios para cada proceso.

En el **Catálogo de Servicios y Trámites del Procedimiento Gestión de Atención Ciudadana, Comunidades y Colectivos**, se describen los servicios y trámites que brinda la Prefectura de Manabí, identificando los requisitos y el tiempo de atención del trámite para el ciudadano.

8.2 REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS

8.2.1 COMUNICACIÓN CON EL CIUDADANO

La comunicación con los ciudadanos incluye:

- a. la información relativa a los productos y servicios; detallados en el **Catálogo de Servicios y Trámites del Procedimiento Gestión de Atención Ciudadana, Comunidades y Colectivos**
- b. tratar las consultas incluyendo los cambios; conforme a lo definido en el **Procedimiento Gestión de Atención Ciudadana, Comunidades y Colectivos**
- c. obtener la retroalimentación de los ciudadanos relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas de los ciudadanos; las quejas de los ciudadanos se tratan como lo estipula el procedimiento: **Gestión de preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones “PQSIF”** .
- d. manipular o controlar la propiedad del ciudadano con apego a las leyes aplicables durante todo el proceso de los servicios de la Prefectura de Manabí, en donde se ha identificado como propiedad del ciudadano los oficios para requerimientos o solicitudes de servicios, los mismos que se conservan dentro de la plataforma tecnológica institucional o el archivo físico de la Secretaría General
- e. establecer los requisitos específicos para las acciones de contingencia.

8.2.2 DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS

Cuando se determinan los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los ciudadanos, la Prefectura de Manabí se asegura de que:

- a. los requisitos para los productos y servicios se definen, incluyendo:
 - i. cualquier requisito legal y reglamentario aplicable;
 - ii. aquellos considerados necesarios por la Prefectura de Manabí;
- b. la Prefectura de Manabí puede cumplir con las declaraciones acerca de los productos y servicios que ofrece.
- c. los requisitos para los productos / servicios que realiza de la Prefectura de Manabí se establecen **Catálogo de Servicios y Trámites del Procedimiento Gestión de Atención Ciudadana, Comunidades y Colectivos** , así como los compromisos de tiempos para cada servicio.

8.2.3 REVISIÓN DE LOS REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS

8.2.3.1 La Prefectura de Manabí se asegura que tiene la capacidad de cumplir los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los usuarios/ciudadanos. La Prefectura de Manabí lleva a cabo una revisión antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a un ciudadano, a través de procedimientos documentados para los servicios que se encuentran detallados en la **Lista Maestra de Documentos, del procedimiento Documentación del Sistema de Gestión Institucional** donde se incluye:

- a. los requisitos especificados por el ciudadano, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma;
- b. los requisitos no establecidos por el ciudadano, pero necesarios para el uso especificado o previsto, cuando sea conocido;
- c. los requisitos especificados por la Prefectura de Manabí;

- d. los requisitos legales y reglamentarios aplicables a los productos y servicios;
- e. las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.

La Prefectura de Manabí se asegura de que se resuelven las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.

La Prefectura de Manabí confirma los requisitos del ciudadano antes de la aceptación, cuando el ciudadano no proporcione una declaración documentada de sus requisitos, se tiene el **Catálogo de Servicios y Trámites del Procedimiento Gestión de Atención Ciudadana, Comunidades y Colectivos**

8.2.3.2 La Prefectura de Manabí conserva la información documentada, cuando sea aplicable:

- a. sobre los resultados de la revisión;
- b. sobre cualquier requisito nuevo para los productos y servicios.

8.2.4 CAMBIOS EN LOS REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS

La Prefectura de Manabí se asegura que, cuando se cambien los requisitos para los productos y servicios, la información documentada pertinente sea modificada, y de que las personas pertinentes sean conscientes de los requisitos modificados.

Ver **Catálogo de Servicios y Trámites del Procedimiento Gestión de Atención Ciudadana, Comunidades y Colectivos** en Anexos.

8.3 DISEÑO Y DESARROLLO PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS

8.3.1 GENERALIDADES

La Prefectura de Manabí establece, implementa y mantiene un proceso de diseño y desarrollo adecuado para asegurarse de la posterior provisión de productos y servicios.

Ver procedimiento Diseño y Desarrollo de Productos y/o Servicios

8.3.2 PLANIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO

Al determinar las etapas y controles para el diseño y desarrollo, la Prefectura de Manabí considera:

- a. la naturaleza, duración y complejidad de las actividades de diseño y desarrollo;
- b. las etapas del proceso requeridas, incluyendo las revisiones del diseño y desarrollo aplicables;
- c. las actividades requeridas de verificación y validación del diseño y desarrollo;
- d. las responsabilidades y autoridades involucradas en el proceso de diseño y desarrollo;
- e. las necesidades de recursos internos y externos para el diseño y desarrollo de los productos y servicios;
- f. la necesidad de controlar las interfaces entre las personas que participan activamente en el proceso de diseño y desarrollo;
- g. la necesidad de la participación activa de los ciudadanos y usuarios en el proceso de diseño y desarrollo;
- h. los requisitos para la posterior provisión de productos y servicios;
- i. el nivel de control del proceso de diseño y desarrollo esperado por los ciudadanos y otras partes interesadas pertinentes;
- j. la información documentada necesaria para demostrar que se han cumplido los requisitos del diseño y desarrollo.

Ver procedimiento Diseño y Desarrollo de Productos y/o Servicios en Anexos.

8.3.3 ENTRADAS PARA EL DISEÑO Y DESARROLLO

La Prefectura de Manabí determina los requisitos esenciales para los tipos específicos de productos y servicios a diseñar y desarrollar.

Se considera:

- a. los requisitos funcionales y de desempeño;

- b. la información proveniente de actividades previas de diseño y desarrollo similares;
- c. los requisitos legales y reglamentarios;
- d. normas o códigos de prácticas que la Prefectura de Manabí se ha comprometido a implementar;
- e. las consecuencias potenciales de fallar debido a la naturaleza de los productos y servicios.

Las entradas son adecuadas para los fines del diseño y desarrollo, están completas y sin ambigüedades. Las entradas del diseño y desarrollo contradictorias se resuelven.

La Prefectura conserva la información documentada sobre las entradas del diseño y desarrollo.

Ver procedimiento Diseño y Desarrollo de Productos y/o Servicios

8.3.4 CONTROLES DEL DISEÑO Y DESARROLLO

La Prefectura de Manabí aplica controles al proceso de diseño y desarrollo para asegurarse de que:

- a. se definen los resultados a lograr;
- b. se realizan las revisiones para evaluar la capacidad de los resultados del diseño y desarrollo para cumplir los requisitos;
- c. se realizan actividades de verificación para asegurarse de que las salidas del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de las entradas;
- d. se realizan actividades de validación para asegurarse de que los productos y servicios resultantes satisfacen los requisitos para su aplicación especificada o uso previsto;
- e. se toma cualquier acción necesaria sobre los problemas determinados durante las revisiones, o las actividades de verificación y validación;
- f. se conserva la información documentada de estas actividades.

Ver procedimiento Diseño y Desarrollo de Productos y/o Servicios en Anexos

8.3.5 SALIDAS DEL DISEÑO Y DESARROLLO

La Prefectura de Manabí se asegura de que las salidas del diseño y desarrollo:

- a. cumplen los requisitos de las entradas;
- b. son adecuadas para los procesos posteriores para la provisión de productos y servicios;
- c. incluyen o hacen referencia a los requisitos de seguimiento y medición, cuando sea apropiado, y a los criterios de aceptación;
- d. especifican las características de los productos y servicios que son esenciales para su propósito previsto y su provisión segura y correcta.

La Prefectura de Manabí conserva la información documentada sobre las salidas del diseño y desarrollo.

Ver procedimiento Diseño y Desarrollo de Productos y/o Servicios en Anexos.

8.3.6 CAMBIOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO

La Prefectura de Manabí identifica, revisa y controla los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios, o posteriormente en la medida necesaria para asegurarse de que no haya un impacto adverso en la conformidad con los requisitos.

La Prefectura de Manabí debe conservar la información documentada sobre:

- a. los cambios del diseño y desarrollo;
- b. los resultados de las revisiones;
- c. la autorización de los cambios;
- d. las acciones tomadas para prevenir los impactos adversos.

Ver procedimiento Diseño y Desarrollo de Productos y/o Servicios en Anexos

8.4 CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE

8.4.1 GENERALIDADES

La Prefectura de Manabí se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conformes a los requisitos.

Ver procedimiento Gestión de Contratación Pública en Anexos.

La Prefectura de Manabí determina los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente cuando:

- a. los productos y servicios de proveedores externos están destinados a incorporarse dentro de los propios productos y servicios de la Prefectura de Manabí;
- b. los productos y servicios son proporcionados directamente a los ciudadanos por proveedores externos en nombre de la Prefectura de Manabí;
- c. un proceso, o una parte de un proceso, es proporcionado por un proveedor externo como resultado de una decisión de la Prefectura de Manabí.

La Prefectura de Manabí 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 o productos y servicios de acuerdo con los requisitos.

La Prefectura de Manabí conserva la información documentada de estas actividades y de cualquier acción necesaria que surja de las evaluaciones.

Ver procedimiento Gestión de Contratación Pública en Anexos

8.4.2 TIPO Y ALCANCE DEL CONTROL

Prefectura de Manabí se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la Prefectura de Manabí para entregar productos y servicios conformes de manera coherente a los ciudadanos.

La Prefectura de Manabí debe:

- a. asegurarse de que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad;
- b. definir los controles que pretende aplicar a un proveedor externo y los que pretende aplicar a las salidas resultantes;
- c. tener en consideración:
 - i. el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la Prefectura de Manabí de cumplir regularmente los requisitos del ciudadano y los legales y reglamentarios aplicables;
 - ii. la eficacia de los controles aplicados por el proveedor externo;
- d. determinar la verificación, u otras actividades necesarias para asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente cumplen los requisitos.

Ver procedimiento Gestión de Contratación Pública

8.4.3 INFORMACIÓN PARA LOS PROVEEDORES EXTERNOS

La Prefectura de Manabí se asegura de la adecuación de los requisitos antes de su comunicación al proveedor externo. La Prefectura Manabí comunica a los proveedores externos sus requisitos para:

- a. los procesos, productos y servicios a proporcionar;
- b. la aprobación de:
 - i. productos y servicios;
 - ii. métodos, procesos y equipos;
 - iii. la liberación de productos y servicios;
- c. la competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas;
- d. las interacciones del proveedor externo con la Prefectura de Manabí;
- e. el control y el seguimiento del desempeño del proveedor externo a aplicar por parte de la Prefectura de Manabí;
- f. las actividades de verificación o validación que el Prefectura de Manabí, o su ciudadano, pretende llevar a cabo en las instalaciones del proveedor externo.

Ver el procedimiento Gestión de Contratación Pública en Anexos.

8.5 PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO

8.5.1 CONTROL DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PROVISIÓN DEL SERVICIO

La Prefectura de Manabí implementa la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas incluyen, cuando sea aplicable:

- a. la disponibilidad de información documentada que defina:
 - i. las características de los productos a producir, los servicios a prestar, o las actividades a desempeñar;
 - ii. los resultados a alcanzar;
- b. la disponibilidad y el uso de los recursos de seguimiento y medición adecuados;
- c. la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas para verificar que se cumplen los criterios para el control de los procesos o sus salidas, y los criterios de aceptación para los productos y servicios;
- d. el uso de la infraestructura y el entorno adecuados para la operación de los procesos;
- e. la designación de personas competentes, incluyendo cualquier calificación requerida;
- f. la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados de los procesos de producción y de prestación del servicio, cuando las salidas resultantes no puedan verificarse mediante actividades de seguimiento o medición posteriores;
- g. la implementación de acciones para prevenir los errores humanos;
- h. la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.

Ver: Procedimiento. **Protección Integral a Grupos de Atención Prioritaria de la Provincia en Anexos**

8.5.2 IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD

La Prefectura de Manabí utiliza los medios apropiados para identificar las salidas, cuando sea necesario, para asegurar la conformidad de los productos y servicios.

Identifica el estado de las salidas con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de la producción y prestación del servicio.

La Prefectura de Manabí controla la identificación única de las salidas cuando la trazabilidad sea un requisito, y conserva la información documentada necesaria para permitir la trazabilidad dentro del expediente para cada salida

8.5.3 PROPIEDAD PERTENECIENTE A LOS CIUDADANOS O PROVEEDORES EXTERNOS

La Prefectura de Manabí cuida la propiedad perteneciente a los ciudadanos o a proveedores externos mientras esté bajo el control de la Prefectura de Manabí o esté siendo utilizado por la misma.

Se identifica, verifica, protege y salvaguarda la propiedad de los ciudadanos o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación dentro de los productos y servicios, en conformidad con los correspondientes procedimientos

Cuando la propiedad de un ciudadano o de un proveedor externo se pierda, deteriore o de algún otro modo se considere inadecuada para su uso, la Prefectura de Manabí debe informar de esto al ciudadano o proveedor externo y conservar la información documentada sobre lo ocurrido.

Se ha identificado como propiedad del ciudadano los oficios para requerimientos o solicitudes de servicios, los mismos que se

conservan dentro de la plataforma tecnológica institucional o el archivo físico de la Secretaría General. En cambio, la propiedad de los proveedores externos se encuentra conservada dentro del expediente de cada Administrador de Contrato.

8.5.4 PRESERVACIÓN

La Prefectura de Manabí preserva las salidas durante la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurarse de la conformidad con los requisitos.

8.5.5 ACTIVIDADES POSTERIORES A LA ENTREGA

La Prefectura de Manabí cumple los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los servicios que brinda, al medir la satisfacción al usuario mediante el **Procedimiento Gestión de Medición y Evaluación de la Calidad de los Servicios**

8.5.6 CONTROL DE LOS CAMBIOS

La Prefectura de Manabí revisa y controla los cambios para la producción o la prestación del servicio, en la extensión necesaria para asegurarse de la continuidad en la conformidad con los requisitos.

La Prefectura de conserva información documentada que describa los resultados de la revisión de los cambios, las personas que autorizan el cambio y de cualquier acción necesaria que surja de la revisión.

Los procesos donde se controla la producción de los servicios son:

Protección Integral a Grupos de Atención Prioritaria de la Provincia

8.6 LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS

La Prefectura de Manabí implementa las disposiciones planificadas, en las etapas adecuadas, para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios.

La liberación de los productos y servicios al ciudadano no se lleva a cabo hasta que se hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas, a menos que sea aprobado de otra manera por una autoridad pertinente y, cuando sea aplicable, por el ciudadano.

La Prefectura de Manabí conserva la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios.

La información documentada debe incluir:

- a. evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación;
- b. trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.

En los procedimientos documentados referidos en el numeral 8.5 se describe la liberación de los productos para cada uno de los servicios

8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES

8.7.1 La Prefectura de Manabí se asegura que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada.

La Prefectura de Manabí toma las acciones adecuadas basándose en la naturaleza de la no conformidad y en su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios. Esto se debe aplicar también a los productos y servicios no conformes detectados después de la entrega de los productos, durante o después de la provisión de los servicios.

Se debe tratar las salidas no conformes de una o más de las siguientes maneras:

- a. corrección;
- b. separación, contención, devolución o suspensión de provisión de productos y servicios;
- c. información al ciudadano;

- d. obtención de autorización para su aceptación bajo concesión.

Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.

8.7.2 La Prefectura de Manabí conserva la información documentada que:

- a. describe la no conformidad; describe las acciones tomadas;
- b. describe todas las concesiones obtenidas;
- c. identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.

Ver el Procedimiento Gestión del Producto No Conforme en Anexos

9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

9.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

9.1.1 GENERALIDADES

La Prefectura de Manabí determina:

- a. qué necesita seguimiento y medición;
- b. los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos;
- c. cuándo se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición;
- d. cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición.

La Prefectura de Manabí evalúa el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad a través de las auditorías internas al SGC, al seguimiento y control estratégico y la revisión por la Dirección al SGC.

La Prefectura de Manabí conserva la información documentada apropiada como evidencia de los resultados.

Ver Procedimientos:

- **Auditorías Internas del Sistema de Gestión Institucional**
- **Seguimiento, Control y Evaluación a la Gestión Institucional**
- **Seguimiento y Evaluación del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial**

- **Revisión por la Dirección**

9.1.2 SATISFACCIÓN DEL CIUDADANO

La Prefectura de Manabí realiza el seguimiento de las percepciones de los ciudadanos del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas.

La Prefectura de Manabí determina el método para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información a través del **Procedimiento Gestión de Medición y Evaluación de la Calidad de los Servicios**

9.1.3 ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

La Prefectura de Manabí analiza y evalúa los datos y la información apropiada que surge por el seguimiento y la medición en diversos procesos dentro del SGC.

Los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar:

- a. la conformidad de los productos y servicios;
- b. el grado de satisfacción del ciudadano;
- c. el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad;
- d. si lo planificado se ha implementado de forma eficaz;
- e. la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades;
- f. el desempeño de los proveedores externos;
- g. la necesidad de mejoras en el sistema de gestión de la calidad.

Ver Procedimientos:

- **Revisión por la Dirección**
- **Gestión de Medición y Evaluación de la Calidad de los Servicios**
- **Gestión de Evaluación de Desempeño**
- **Auditorías Internas del Sistema de Gestión Institucional**
- **Seguimiento, Control y Evaluación a la Gestión Institucional**

- **Seguimiento y Evaluación del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial**

9.2 AUDITORÍA INTERNA

9.2.1 La Prefectura de Manabí lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados para proporcionar información acerca de si el sistema de gestión de la calidad:

- a. es conforme con:
 - i. los requisitos del sistema de gestión de la calidad de la Prefectura de Manabí
 - ii. los requisitos de la norma ISO 9001 2015
- b. se implementa y mantiene eficazmente.

9.2.2 La Prefectura de Manabí:

- a. planifica, establece, implementa y mantiene uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, que tienen en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la Prefectura de Manabí y los resultados de las auditorías previas;
- b. definir los criterios de la auditoría y el alcance para cada auditoría;
- c. seleccionar los auditores y llevar a cabo auditorías para asegurarse de la objetividad y la imparcialidad del proceso de auditoría;
- d. asegurarse de que los resultados de las auditorías se informen a la dirección pertinente;
- e. realizar las correcciones y tomar las acciones correctivas adecuadas sin demora injustificada;
- f. conservar información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y de los resultados de las auditorías.

Ver Procedimiento Auditorías Internas del Sistema de Gestión Institucional en Anexos

9.3 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

9.3.1 GENERALIDADES

La alta dirección revisa el sistema de gestión de la calidad de la Prefectura de Manabí a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continuas con la dirección estratégica.

9.3.2 ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

La revisión por la dirección se planifica y se lleva a cabo incluyendo consideraciones sobre:

- a. el estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas;
- b. los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema de gestión de la calidad;
- c. la información sobre el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidas las tendencias relativas a:
 - i. la satisfacción del ciudadano y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes;
 - ii. el grado en que se han logrado los objetivos de la calidad;
 - iii. el desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios;
 - iv. las no conformidades y acciones correctivas;
 - v. los resultados de seguimiento y medición;
 - vi. los resultados de las auditorías;
 - vii. el desempeño de los proveedores externos;
- d. la adecuación de los recursos;
- e. la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades;
- f. las oportunidades de mejora.

9.3.3 SALIDAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Las salidas de la revisión por la dirección incluyen las decisiones y acciones relacionadas con:

- a. las oportunidades de mejora;
- b. cualquier necesidad de cambio en el sistema de gestión de la calidad;
- c. las necesidades de recursos.

La Prefectura de Manabí conserva información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones por la dirección.

Ver **Procedimiento Revisión por la Dirección**

10 MEJORA

10.1 GENERALIDADES

La Prefectura de Manabí determina y selecciona las oportunidades de mejora e implementa cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del ciudadano y aumentar la satisfacción del ciudadano.

Éstas incluyen:

- a. mejorar los productos y servicios para cumplir los requisitos, así como considerar las necesidades y expectativas futuras;
- b. corregir, prevenir o reducir los efectos no deseados;
- c. mejorar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

Ver **Procedimiento de Acciones correctivas y de mejora en Anexos**

10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCIONES CORRECTIVAS

10.2.1 Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la Prefectura de Manabí:

- a. reacciona ante la no conformidad y, cuando sea aplicable:
 - i. toma acciones para controlarla y corregirla;
 - ii. hace frente a las consecuencias;
- b. evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante:

- i. la revisión y el análisis de la no conformidad;
- ii. la determinación de las causas de la no conformidad;
- iii. la determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente puedan ocurrir;
- c. implementa cualquier acción necesaria;
- d. revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada;
- e. si fuera necesario, actualizar los riesgos y oportunidades determinados durante la planificación; y
- f. si fuera necesario, hacer cambios al sistema de gestión de la calidad.

Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.

10.2.2 La Prefectura de Manabí conserva información documentada como evidencia de:

- a. la naturaleza de las no conformidades y cualquier acción tomada posteriormente;
- b. los resultados de cualquier acción correctiva.

Ver Procedimiento de Acciones correctivas y de mejora en Anexos

10.3 MEJORA CONTINUA

La Prefectura de Manabí mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad.

La Prefectura de Manabí considera los resultados del análisis y la evaluación, y las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades que deben considerarse como parte de la mejora continua. Por medio de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad se asegura la mejora continua de la Prefectura de Manabí.

Conclusiones

Una vez culminada la presente investigación se llega a las siguientes conclusiones:

- Como modelo de sistema de gestión de calidad, la norma ISO 9001 es ampliamente reconocida y aceptada a nivel mundial, y su implementación puede brindar una serie de beneficios importantes a una organización. En el caso de la Dirección de Desarrollo Social del Gobierno Provincial de Manabí, la implementación de un sistema de gestión ISO 9001 podría ayudar a mejorar la eficiencia y eficacia de los procesos, aumentar la satisfacción del cliente, reducir los costos, y mejorar la toma de decisiones basada en datos.
- Un nivel medio de cumplimiento del 61% de la Norma ISO 9001 indica que la Dirección de Desarrollo Social del Gobierno Provincial de Manabí ha implementado algunos elementos de la norma, pero todavía hay un margen significativo para mejorar la implementación del sistema de gestión de calidad. Es importante tener en cuenta que el nivel de cumplimiento del 61% es solo un punto de partida y no es necesariamente una indicación precisa de la calidad del servicio que se está proporcionando. Es posible que la organización esté brindando un servicio de alta calidad, incluso si no ha implementado todos los elementos de la norma ISO 9001. Sin embargo, el hecho de que la organización tenga un nivel de cumplimiento del 61% sugiere que hay áreas específicas donde la organización puede mejorar su sistema de gestión de calidad y, por lo tanto, mejorar la calidad del servicio que se brinda.
- La implementación de un sistema de gestión ISO 9001 también puede ser un proceso desafiante y requerir un esfuerzo significativo de la organización, incluyendo tiempo, recursos y compromiso. Por lo tanto, antes de tomar una decisión de implementación, es importante que la Dirección de Desarrollo Social del Gobierno Provincial de Manabí realice un análisis detallado de los costos y beneficios potenciales, así como de la capacidad de la organización para implementar y mantener el sistema de manera efectiva.

Recomendaciones

A partir de las conclusiones previas, se pueden derivar las siguientes recomendaciones para la Dirección de Desarrollo Social del Gobierno Provincial de Manabí:

1. Realizar un análisis detallado de los costos y beneficios potenciales de la implementación de un sistema de gestión ISO 9001, incluyendo la capacidad de la organización para implementar y mantener el sistema de manera efectiva.
2. Considerar la necesidad de capacitación adecuada y gestión efectiva del cambio para asegurar que la implementación del sistema sea exitosa.
3. Establecer un plan de acción para abordar las áreas específicas donde la organización necesita mejorar su sistema de gestión de calidad.
4. Comprometerse con la mejora continua y la cultura de la calidad para asegurarse de que la organización siga mejorando su desempeño en el futuro.
5. Revisar regularmente el desempeño de la organización en relación con la norma ISO 9001 y tomar medidas para abordar cualquier desviación del cumplimiento de la norma.
6. Promover una cultura de colaboración y participación en la implementación del sistema de gestión de calidad, involucrando a los empleados y fomentando su compromiso con la mejora continua y la cultura de la calidad.
7. Establecer objetivos claros y medibles para el desempeño de la organización en relación con la norma ISO 9001 y realizar un seguimiento regular del progreso hacia el logro de estos objetivos.

Bibliografía

- ALAY, J. (Noviembre de 2020). Plan de implementación de un sistema de gestión de calidad en el GAD Municipal. [Tesis de postgrado]. Guayaquil, Guayas, Ecuador: Universidad de Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/51622>
- Alvarado, I. (2019). El Sistema de Gestión y sus componentes: estratégico, táctico y operacional. 22(42). <https://www.redalyc.org/journal/880/88062542005/html/#:~:text=Un%20sistema%20de%20gesti%C3%B3n%20es,gesti%C3%B3n%20es%20para%20producir%20resultados>.
- Campaña, R. (2019). Sistema de gestión de calidad basado en la ISO: 9001 2015 para la empresa "INGEAUTO". https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/29506/1/Tesis_t1550id.pdf
- Castillo, R. (2022). Propuesta para implementar un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2015 para la empresa Zubeldia S.A. <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/23192/1/UPS-GT003918.pdf>
- CEPAL. (2020). Constitución del Ecuador. <https://observatoriop10.cepal.org/es/instrumentos/constitucion-ecuador>
- Código Civil Ecuatoriano. (2022). [https://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%B3digo_Civil_\(Ecuador\)](https://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%B3digo_Civil_(Ecuador))
- Constitución del Ecuador. (2008). https://www.ecuadorencifras.gob.ec/LOTAIP/2017/DIJU/octubre/LA2_OCT_DIJU_Constitucion.pdf
- Estandarización, O. I. (Noviembre de 2015). Organización Internacional para la Estandarización. ISOFOCUS, 8. Obtenido de Organización Internacional para la Estandarización.
- Flores, K., & Moscoso, T. (2020). Propuesta de implementación de un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2015 para el Registro de la Propiedad del cantón Cuenca. <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/18743>

- INGYTELCOM (2022).Certificación ISO 9001.<https://www.ingytelcom.com/empresa/marcolegal#:~:text=Certificaci%C3%B3n%20ISO%209001&text=Es%20una%20norma%20internacional%20que,de%20sus%20productos%20o%20servicios.>
- ISO. (2010, Febrero). Organismos Nacionales de Normalización en Países en Desarrollo Progresar rápidamente. Progresar rápidamente.<https://www.iso.org/publication/PUB100038.html>
- León, C., & Menéndez, A., Rodríguez, I., López, b., García, M., & Fernández, s. (2018). Importancia de un sistema de gestión de la calidad en la Universidad de Ciencias Médicas. *Archivo Médico Camagüey*. 22(6), 1025-0255. <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v22n6/1025-0255-amc-22-06-843.pdf>
- LEÓN, R. A. (28 de Julio de 2016). Estudio metodológico para la implementación de un sistema de gestión de calidad basado en Norma ISO 9001:2008, aplicable para instituciones del sector público ecuatoriano. [Tesis de postgrado]. Quito, Pichincha, Ecuador. Obtenido de <https://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/6700>
- Macías, M., & Merchán, N. (2022).Impacto del sistema de gestión de calidad norma ISO9001:2015 en la microempresa "Chiflería Dayanita.*Revista Científico-Académica Multidisciplinaria*.7 (9), 154-173.<https://www.polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/4570/10934>
- Moreno, J. P. (2017). El Primer Libro (Guía Para Implementar Un Sistema De Gestión De La Calidad). Ciudad de Mexico, Mexico: LIBRERIAS GANDHI, S.A. DE C.V.
- Morillo, M., & Morillo, M., (2016).Satisfacción del usuario y calidad del servicio en alojamientos turísticos del estado Mérida, Venezuela. *Revista de Ciencias Sociales*.22 (2) 111-131. [https://www.redalyc.org/journal/280/28049145009/html/#:~:text=Seg%C3%BAn%20Kotler%20y%20Armstrong%20\(2013,Standardiz%20\(ISO%208402%3A%201994.](https://www.redalyc.org/journal/280/28049145009/html/#:~:text=Seg%C3%BAn%20Kotler%20y%20Armstrong%20(2013,Standardiz%20(ISO%208402%3A%201994.)

Normalización, O. I. (2021). Plan de acción ISO para países en desarrollo. ISO estrategias, 16. Obtenido de https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/store/sp/PUB100374_sp.pdf

Normalización, O. I. (Febrero de 2010). Organismos Nacionales de Normalización en Países en Desarrollo. Secretaria General de la ISO, 47. Obtenido de ISO: https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/archive/pdf/en/fast_forward-es.pdf

Normalización, O. I. (Noviembre de 2015). ISOFocus su acceso a las normas internacionales. ISOFocus, 27. Obtenido de [https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/news/magazine/ISOfocus%20\(2013-NOW\)/sp/isofocus_113.pdf](https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/news/magazine/ISOfocus%20(2013-NOW)/sp/isofocus_113.pdf)

Normas ISO - Normativas de calidad y normas internacionales ISO. (2022). *Normas ISO*. <https://www.normas-iso.com/>

OBSERVATORIO REGIONAL DE PLANIFICACIÓN PARA EL DESARROLLO. (2021). Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización de Ecuador. <https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/marcos-regulatorios/codigo-organico-de-organizacion-territorial-autonomia-y-descentralizacion-de#:~:text=El%20C%C3%B3digo%20Org%C3%A1nico%20de%20Organizaci%C3%B3n,el%20fin%20de%20garantizar%20su>

Paladines, K. (2018). Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad para el departamento de Producción basado en la norma ISO 9001:2015 caso: ELAPLAS del ecuador s.a. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14893/TESIS%20KATHERINE%20PALADINES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pérez Porto, J., Merino, M. (2010). *Definición de ordenanza - Qué es, Significado y Concepto*. Definicion.de. <https://definicion.de/ordenanza/>

Quinzacara, E. (2019). Los Reglamentos como fuente del Derecho Administrativo y su Control Jurisdiccional. 25(1).

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-00122019000100285

Ramón, J., Andrés, I., & Ojeado, C. (2016). IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN ISO 9001 EN EMPRESA DE CERTIFICACIÓN EN ENSAYOS NO DESTRUCTIVOS. Upm.es. https://oa.upm.es/44096/1/PFC_ANDRES_CORRALES_OJEADO.pdf

Salazar, D., & Romero, G. (2006). Planificación. ¿Éxito Gerencial?. *Multiciencias*, 6(1), 0. <https://www.redalyc.org/pdf/904/90460103.pdf>

Sans, C. (1998). Normas ISO. *Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales*. 14(129) ,1138-9796. <https://www.ub.edu/geocrit/b3w-129.htm>

Solíz, D. (2011). Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización. http://www.carchi.gob.ec/ley_transparencia/2014/COOTAD.pdf

Universidad de América. (2018). Importancia de los Sistemas de gestión integrados para las organizaciones en términos de competitividad. <https://www.uamerica.edu.co/programas-academicos/posgrado/gerencia-de-la-calidad/importancia-de-los-sistemas-de-gestion-integrados-para-las-organizaciones-en-terminos-de-competitividad/>

Vélez, J., & Anchundia, A. (2015). Vista de Implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en la empresa Asertia Comercial S.A. en base a la Norma ISO 9001:2015. *Revista Sinapsis*, 2(21), 1390–9770. <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/sinapsis/article/view/680/1590>

Anexos

Anexo 1. Matriz de partes interesadas

Anexo 1 - Matriz de partes interesadas								
GAD	CATEGORÍA	IDENTIFICACIÓN DE ACTORES (PERSONA NATURAL O JURÍDICA)	REQUISITOS (EXPECTATIVAS/NECESIDADES)	OBLIGACIONES (Que derechos y que obligaciones tienen)	PRIORIZACIÓN	PODER/INFLUENCIA	INTERÉS	ACCIONES
MANABÍ	Entidades Públicas	Presidencia de la República.	Remite lineamientos: Decretos presidenciales, compromisos presidenciales	GAD MANABÍ tiene la obligación de cumplir los lineamientos	Clave	Bajo	Bajo	Monitorear a los interesados
MANABÍ	Entidades Públicas	Secretaría Nacional de la Presidencia de la República	Remite lineamientos:	GAD MANABÍ tiene la obligación de cumplir los lineamientos	Clave	Bajo	Bajo	Monitorear a los interesados
MANABÍ	Entidades Públicas	Ministerio de Telecomunicaciones y Sociedad de la Información	Acuerdos Ministeriales Reglas directrices y seguimientos	Aplicar las directrices aprobadas.	Clave	Bajo	Bajo	Monitorear a los interesados
MANABÍ	Entidades Públicas	Ministerio de Transporte y Obras Públicas	Información de la ciudadanía	GAD MANABÍ tiene la obligación de cumplir los lineamientos de movilidad, vialidad	Estratégicos	Alto	Bajo	Mantener satisfechos a los interesados
MANABÍ	Entidades Públicas	Ministerio de Inclusión Económica y Social	Beneficios sociales para la población Manabita	GAD MANABÍ tiene la obligación de cumplir los lineamientos de bienestar social para la comunidad	Estratégicos	Bajo	Bajo	Monitorear a los interesados
MANABÍ	Entidades Públicas	Ministerio de Salud Pública	Provee Información de Salud	Requiere de Datos de Salud de la población manabita	Estratégicos	Bajo	Bajo	Monitorear a los interesados
MANABÍ	Entidades Públicas	Ministerio de Finanzas	Emite Normativa y lineamientos presupuestarios	Cumplir la normativa y lineamientos para una correcta ejecución del presupuesto Zonal	Clave	Bajo	Bajo	Monitorear a los interesados
MANABÍ	Entidades Públicas	INEC	Datos estadísticos de la población manabita	Entregar información veraz y oportuna para la generación de datos estadísticos	Clave	Bajo	Bajo	Monitorear a los interesados
MANABÍ	Entidades Públicas	Servicio Nacional de Contratación Pública	Remite lineamientos: Ley de Contratación Pública Codificada (resoluciones)	GAD MANABÍ tiene la obligación de cumplir los lineamientos	Clave	Bajo	Alto	Mantener informados
MANABÍ	Entidades Públicas	SERCOP	Registro único de Proveedor	Todo proveedor contara como inscrito y habitado en el RUP	Clave	Bajo	Alto	Mantener informados
MANABÍ	Entidades Públicas	Servicio Nacional de Contratación Pública	Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública	GAD MANABÍ debe realizar los procesos de contratación bajo la normativa y ley establecida por la SERCOP.	Estratégicos	Bajo	Alto	Mantener informados
MANABÍ	Entidades Públicas	SRI	Registro único de Contribuyente	Todo proveedor contara como inscrito y habitado en el RUC	Clave	Bajo	Bajo	Monitorear a los interesados
MANABÍ	Entidades Públicas	POLICIA NACIONAL	Seguridad para la ciudadanía	Coordinar acciones de seguridad	Clave	Bajo	Bajo	Monitorear a los interesados
MANABÍ	Entidades Públicas	Agencia Nacional de Transito	Base de datos actualizada	Coordinar acciones que promuevan la movilidad de la ciudadanía	Estratégicos	Bajo	Bajo	Monitorear a los interesados
MANABÍ	Entidades Públicas	Consejo Nacional Electoral	Base de datos actualizada para obtener un padrón electoral veraz	Acceso a la información, establecer el padrón electoral sin distorsionar la información	Clave	Bajo	Bajo	Monitorear a los interesados
MANABÍ	Entidades Públicas	Consejo de la Judicatura	Solicitud de información	Coordinar acciones en el aspecto legal	Clave	Bajo	Bajo	Monitorear a los interesados
MANABÍ	Entidades Públicas	FISCALIA GENERAL DEL ESTADO	Solicitud de información, con relación a la identidad de los ciudadanos	Coordinar acciones en el aspecto legal	Clave	Bajo	Bajo	Monitorear a los interesados
MANABÍ	Entidades Públicas	Gobiernos Autónomos Descentralizados	Actualización de datos en varios aspectos	Confidencialidad de la información	Estratégicos	Bajo	Alto	Mantener informados
MANABÍ	Entidades Públicas	Gobiernos Autónomos Descentralizados	Acuerdo/Convenios/Comodatos/Donación de Sitios para diferentes uso	Las partes deben cumplir con las cláusulas establecidas en el documento/acuerdo legal.	Estratégicos	Bajo	Alto	Mantener informados
MANABÍ	Usuarios	Ciudadanía	Recibe servicios del GAD MANABÍ	Entregar servicios	Clave	Alto	Alto	Gestionar con interesados
MANABÍ	Usuarios	Grupos minoritarios	Igualdad de Condiciones y reconocimiento de sus derechos	Entregar servicios	Del Entorno	Alto	Alto	Gestionar con interesados
MANABÍ	Proveedores	Servicio de Rentas Internas	Registro Unico de Contribuyentes,	Todo proveedor contará como inscrito y habitado en el RUC	Clave	Alto	Bajo	Mantener satisfechos a los interesados
MANABÍ	Proveedores	Empresas privadas, personas naturales y jurídicas.	Se tiene la necesidad de realizar la contratación de empresas que brindan servicios	GAD MANABÍ tiene la obligación de cumplir pagos establecidos.	Clave	Bajo	Alto	Mantener informados
MANABÍ	Proveedores	Empresas privadas, personas naturales y jurídicas.	Puntualidad en pagos y cumplimiento de plazos.	Contar con los recursos necesarios tanto humano, tecnológico y monetario para procesos de adquisiciones.	Del Entorno	Bajo	Alto	Mantener informados
MANABÍ	Proveedores	Empresas públicas provinciales	Articulación con la Prefectura de Manabí para ofrecer los servicios Vial, Productivos u otros	Cumplir con lo estipulado en la ordenanza de creación de la empresa pública	Clave	Bajo	Alto	Mantener informados
MANABÍ	Proveedores	Empresas privadas, personas naturales y jurídicas.	Cumplan con las necesidades requeridas y en los tiempos establecidos	Velar por el cumplimiento de los establecidos en los contrato de adquisiciones u ordenes de compra	Clave	Alto	Bajo	Mantener satisfechos a los interesados
MANABÍ	Comunidad Financiera	Cooperativas de Ahorro y Crédito	Portafolio de servicios electrónicos para recaudar valores	Base de datos actualizada en el Portafolio de servicio con una plataforma operativa eficaz	Estratégicos	Bajo	Bajo	Monitorear a los interesados
MANABÍ	Comunidad Financiera	Ministerio de Finanzas	Proyección de Gastos	Emitir Proyecciones, Reformas, Programaciones Financieras, Compromiso, Devengado y Pago	Del Entorno	Bajo	Bajo	Monitorear a los interesados
MANABÍ	Comunidades Nacionales Locales.	Ministerio de Telecomunicaciones y Sociedad de la Información	Prestar los Servicios en las comunidades más alejadas.	Tecnología adecuada para aportar Activamente al Gobierno Inteligente	Estratégicos	Bajo	Bajo	Monitorear a los interesados
MANABÍ	Comunidades Nacionales Locales.	GADS	Facilitar el acceso a los servicios que provee la institución.	Brindar el servicio de manera y eficaz y oportuna.	Estratégicos	Alto	Alto	Gestionar con interesados
MANABÍ	Comunidades Nacionales Locales.	FENACOPEC (Federación Nacional de Cooperativas Pesqueras del Ecuador)	Facilitar el acceso a los servicios que provee la institución.	Brindar el servicio de manera eficaz y oportuna.	Estratégicos	Alto	Alto	Gestionar con interesados
MANABÍ	Comunidades Nacionales Locales.	Consejos Cantonales de Protección de Derechos	Registro e identificación de personas en estado de vulnerabilidad.	Brindar el servicio de manera eficaz y oportuna.	Estratégicos	Bajo	Alto	Mantener informados
MANABÍ	Empleados	Funcionarios	Buen clima y estabilidad laboral, trabajo en equipo, instalaciones adecuadas, Respeto y Solidaridad	Realizar concursos de mérito y oposición para determinar plazas fijas de puestos laborales, adecuaciones de oficinas.	Estratégicos	Alto	Alto	Gestionar con interesados
MANABÍ	Empleados	Servidores Públicos	Cumplimiento de normas, procesos y procedimientos establecidos por el GAD MANABÍ.	Proveer capacitaciones, equipos tecnológicos e infraestructura.	Clave	Alto	Alto	Gestionar con interesados
MANABÍ	Empleados	Funcionarios	-Los funcionarios de el GAD MANABÍ de cumplir con la misión institucional y contribuir a la Visión Institucional. Los funcionarios/empleados deben acatar el marco normativo legal institucional y sus resoluciones.	La GAD MANABÍ debería fortalecer de manera practica las actividades y/o funciones de cada funcionario. La GAD MANABÍ debería establecer una política y por nerla en practica a cerca de Los insentivos en el ambito laboral.	Estratégicos	Alto	Alto	Gestionar con interesados

Anexo 2. Listado de los procedimientos mencionados en el Manual de Calidad.



PREFECTURA DE
MANABÍ
Desarrollo y Equidad

Lineamiento Declarativo

Política de la Calidad

LIN-DES-001

Dirección de Innovación y Mejora Continua

Enero - 2023

Versión 1.0

Política de la Calidad

En el Gobierno Provincial de Manabí, la calidad y la innovación son factores fundamentales para el Desarrollo Integral y Equitativo de la provincia, con cantones y parroquias que prosperan de manera sostenible y resiliente, brindando servicios confiables que cumplan con los requisitos aplicables a los usuarios internos y externos, garantizando su satisfacción y mejorando continuamente su Sistema de Gestión de la Calidad.

Econ. Leonardo Orlando Arteaga

PREFECTO

La filosofía institucional del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí y que es parte de nuestro Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), se gestiona de forma integral, es decir, que los servicios descritos de manera detallada en su Misión, son los mismos servicios a los que se hace referencia en su Política de Calidad.

CÓDIGO: LIN-DES-001		VERSIÓN 1.0	
<p>LINEAMIENTO DECLARATIVO:</p> <h1>POLÍTICA DE LA CALIDAD</h1>			
DESCRIPCIÓN	CARGO	FIRMA	FECHA
APROBADO POR	Econ. Leonardo Orlando Arteaga Prefecto		
REVISADO POR	Econ. Grace Rivera Yáñez Coordinadora General de Desarrollo Institucional		
ELABORADO POR	Ing. Iván González Valdiviezo Director de Innovación y Mejora Continua		
	Ing. Santiago Galárraga P. Consultor		

IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

Proceso Nivel 0:	Direccionamiento Estratégico		
Proceso Nivel 1:	No Aplica		
Proceso Nivel 2:	No Aplica		
Proceso Nivel 3:	No Aplica		
Versión del documento:	1.0	Frecuencia de Ejecución:	Baja demanda
Responsable:	Prefecto/a de Manabí		

REGISTRO DE VERSIONES

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de aprobación	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
1.0	Creación del documento	Ing. Iván González Director de Innovación y Mejora Continua / Econ. Leonardo Orlando Arteaga Prefecto	Enero - 2022	No Aplica

•



PREFECTURA DE
MANABÍ
Desarrollo y Equidad

Procedimiento

Gestión de preguntas, quejas,
sugerencias, pedidos de información y/o
felicitaciones “PQSIF”

PRO-GSG-ACC-QSF-001

Dirección de Secretaria General

Enero - 2023

Versión 1.0

CÓDIGO: PRO-GSG-ACC-QSF-001		VERSIÓN 1.0	
<p>PROCEDIMIENTO:</p> <p>Gestión de preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones "PQSIF"</p>			
DESCRIPCIÓN	CARGO	FIRMA	FECHA
APROBADO POR	Abg. Blamir Joel Alcívar Director de Secretaría General		
	Ing. Iván González Director de Innovación y Mejora Continua		
REVISADO POR	Eco. Rubén Darío Looor Subdirector de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos		
	Ing. César López Mendoza Ingeniero Industrial de Innovación y Mejora Continua		
ELABORADO POR	Ing. Mauricio Sarabia Consultor		

IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

Proceso Nivel 0:	Gestión de Secretaría General y Atención Ciudadana		
Proceso Nivel 1:	Gestión de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos		
Proceso Nivel 2:	Gestión de preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones "PQSIF"		
Proceso Nivel 3:	No aplica		
Versión del documento:	1.0	Frecuencia	Bajo Demanda
Responsable:	Subdirector de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos		

REGISTRO DE VERSIONES

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de elaboración	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
1.0	Creación	<p><i>Realizado</i></p> <p>Ing. César López Mendoza</p> <p>Ingeniero Industrial de Innovación y Mejora Continua</p> <p>/</p> <p><i>Aprobado</i></p> <p>Abg. Blamir Joel Alcívar</p> <p>Director de Secretaria General</p>	Enero - 2023	No aplica

CONTENIDO

1. OBJETIVO	5
2. ALCANCE	5
3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS	5
4. MARCO NORMATIVO	6
4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS	6
4.2. DOCUMENTOS INTERNOS	7
4.3. NORMAS GENERALES	7
4.3.1. DEL CANAL PRESENCIAL	10
4.3.2. DEL CANAL VIRTUAL	11
4.3.3. DEL CANAL TELEFÓNICO	11
5. DIAGRAMAS	12
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	12
5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO	13
5.3. DIAGRAMA DE FLUJO	14
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	15
7. INDICADORES DE GESTIÓN	22
8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS	24
8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	24

1. OBJETIVO

Realizar la recepción, análisis, tratamiento y seguimiento de los casos de preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones que son ingresadas a la institución a través de diferentes canales de atención al ciudadano, comunidades y colectivos, con el fin de establecer correcciones o mejoras en la prestación de los servicios o productos institucionales.

2. ALCANCE

Este procedimiento abarca desde la recepción, incluye el registro, análisis, derivación, tratamiento y seguimiento de los casos ingresados hasta el establecimiento de acciones correctivas y de mejora a los servicios y/o productos que se entregan en la Prefectura de Manabí.

3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

Buzón Físico de Preguntas, Quejas, Sugerencias, Pedidos de Información y Felicitaciones "Buzón PQSIF": Es una caja alargada con una ranura en la parte superior, que se pone a disposición de los ciudadanos, comunidades o colectivos, para que estos ingresen preguntas, quejas, sugerencias o felicitaciones.

Calidad: Grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

Canales de Atención: Es el medio que destina una organización con el fin de establecer contacto e interactuar con sus clientes y/o usuarios.

Capacidad de Atención: Se define como la cantidad de módulos de atención o personas disponibles para la ejecución de atención, basados en tiempos aceptables de espera.

Caso: en la Prefectura de Manabí se define como caso a las preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones ingresadas por los ciudadanos, comunidades o colectivos a través de los distintos canales de atención destinados para el efecto.

Felicitación: Son expresiones de reconocimiento (positivas, agradables, motivantes, etc.) de un ciudadano, comunidad o colectivo hacia servidores, procesos o unidades administrativas de la Prefectura de Manabí

Formulario de Preguntas, Quejas, Sugerencias, Pedidos de Información y/o Felicitaciones: es el formato físico ubicado en un costado del Buzón PQSIF en el cual un ciudadano, comunidad o colectivo puede llenar de forma presencial sus datos personales y el detalle de su caso, ya sea pregunta, queja, sugerencia, pedido de información y/o felicitación.

Niveles de atención o SLA: Acuerdo donde se define el tiempo de atención y los compromisos de calidad que la Prefectura de Manabí entrega al ciudadano, comunidad o colectivo.

Pedido de información y/o pregunta: es la solicitud de información que realiza un ciudadano, comunidad o colectivo en relación a un servicio, producto, trámite o proceso que debe realizar o ya lo realizó, relacionados con la Prefectura de Manabí.

Queja: Expresiones de descontento, disgusto, insatisfacción o disconformidad de los ciudadanos, comunidades o colectivos, por cualquier inconveniente que altere su relación con la Prefectura de Manabí tales como: mala atención, problemas para efectuar trámites o procedimientos internos. Puede ser expresada verbalmente (directa o indirectamente) o por escrito, utilizando los canales de atención establecidos en la institución sean físicos o virtuales.

Registros: Los registros son documentos que proporcionan evidencia objetiva de actividades realizadas o resultados obtenidos, dentro del SGC se los controla.

Satisfacción del ciudadano: Satisfacción que experimenta un ciudadano en relación a un producto o servicio que ha recibido, porque el mismo ha cubierto las expectativas, es decir, es la conformidad del cliente con el producto o servicio que recibió ya que el mismo cumplió satisfactoriamente con la promesa de calidad y oportunidad ofrecida.

Servicio: Conjunto de recursos y actividades que buscan responder a las necesidades de la sociedad, y que terminan en un producto o bien, tangible o intangible que recibe el ciudadano.

SGC: Sistema de Gestión de la Calidad.

Servicio Público: Es el resultado de uno o varios procesos realizados por la institución, para garantizar los derechos y facilitar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el marco jurídico.

Sugerencia: Es la proposición, idea o indicación que se ofrece o presenta con el propósito de incidir en el mejoramiento de un servicio, producto o proceso, cuyo objetivo general se encuentre relacionado con la prestación del servicio o el cumplimiento de una función pública, relacionados con la Prefectura de Manabí.

Unidad Administrativa: Entiéndase como unidad administrativa a todas las Coordinaciones Generales, Direcciones y otras unidades que forman parte de la estructura orgánica de la institución.

4. MARCO NORMATIVO

4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS

- Norma Técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios
- Guía metodológica para la aplicación del capítulo III de la norma técnica de los mecanismos de calificación del servicio
- Norma ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos

4.2. DOCUMENTOS INTERNOS

- Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos

4.3. NORMAS GENERALES

- Las normas de este documento son de aplicación obligatoria para todos los servidores del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, en tanto guarden conformidad con las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y resoluciones vigentes al momento de su ejecución.
- El servidor que incumpliere sus obligaciones o contraviniera las disposiciones de este documento, así como las leyes y normativa conexas, incurrirá en responsabilidad administrativa de acuerdo a las disposiciones reglamentarias institucionales.
- Todo proceso o subproceso, deberá incorporar el concepto de mejora continua en su diagramación y generación de documentos, procurando la simplificación de trámites y tareas, eliminar duplicidad de tareas, y optimizando la transaccionalidad.
- En la Prefectura de Manabí, las actividades efectuadas en los Canales de Atención al Ciudadano, Comunidades y/o Colectivos deben cumplir con los valores y principios institucionales.
- Los Coordinadores Generales, Directores y/o sus delegados; son responsables de dar cumplimiento a todos los lineamientos emitidos para la mejora de la atención al ciudadano, comunidades y colectivos; y la calidad de los servicios y/o productos que se entregan en la Prefectura de Manabí.
- En la Prefectura de Manabí se define como caso a las preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones ingresadas por los ciudadanos, comunidades o colectivos a través de los distintos canales de atención destinados para el efecto.
- Los casos ingresados por los ciudadanos, comunidades o colectivos, que contengan expresiones o palabras ofensivas, discriminatorias, soeces, que dañen la integridad de la Institución o del servidor serán desestimados.
- Las preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones podrán ser anónimas o contener la identificación del ciudadano o persona que la presenta, en cuyo caso se procederá a notificar el tratamiento del requerimiento al ciudadano o persona requirente, una vez analizado el caso y realizadas las acciones correspondientes.
- El ciudadano, comunidad o colectivo podrá presentar sus preguntas, quejas, sugerencias, pedido de información o felicitaciones, en el **Formulario de preguntas, quejas, sugerencias, pedido de información o felicitaciones FOR-PRO-GSG-ACC-QSF-001-001** o por medio virtual a través de la sección definida en la página web institucional o vía telefónica, o por los diferentes medios que la Institución diseñe o implemente para el efecto, a continuación se resume lo siguiente.

CANAL	CANAL VIRTUAL	CANAL
-------	---------------	-------

PRESENCIAL (FÍSICO)		TELEFÓNICO
Buzones físicos en puntos de atención	Página Web www.manabi.gob.ec https://www.manabi.gob.ec/index.php/contact-us/	Línea Telefónica (593) (05) 2590 300 ext. 300
Ingreso del documento por Secretaría General	Facebook: Prefectura de Manabí (cuenta para el ingreso y/o tratamiento de preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y felicitaciones)	
Ingreso de formularios físicos a Secretaria General	Correo electrónico: secretaria@manabi.gob.ec contacto@manabi.gob.ec (cuenta para el ingreso y/o tratamiento de preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y felicitaciones)	
	Quipux (Instituciones públicas)	
	Twitter: Prefectura de Manabí (cuenta para el ingreso y/o tratamiento de preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y felicitaciones)	

- Cuando las diferentes unidades administrativas de la Prefectura de Manabí reciban preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones por parte de los ciudadanos, comunidades o colectivos; éstas deben ser remitidas o direccionadas a la Subdirección de Atención Ciudadano, Comunidades y Colectivos para realizar el procedimiento pertinente de acuerdo a los lineamientos del presente documento; o en caso de ser tratadas por estos, deberá notificarse el caso y su tratamiento para mantener una base de conocimiento institucional.
- Es responsabilidad del Subdirector de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos o su Delegado, hacer el seguimiento correspondiente a los casos hasta su tratamiento y cierre; además de verificar el cumplimiento de los tiempos de atención y/o respuesta, conforme a los niveles de atención establecidos.
- Es responsabilidad del Subdirector de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos o su Delegado; los resultados obtenidos desde el ingreso hasta el tratamiento de los casos de preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y felicitaciones, que se encuentren cargados en la **Matriz de registro preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones (PQSIF) FOR-PRO-GSG-ACC-QSF-001-002.**
- Una vez que la Sub dirección de Gestión de Atención al Ciudadano, Comunidades

y Colectivos recepte una queja por "mal servicio, mala atención o maltrato al ciudadano" por parte de los servidores de la Prefectura de Manabí, se deberá realizar el análisis, consulta y solicitud de descargos a el (los) servidor (es) involucrados, a fin de que se llegue a la causa raíz del caso. De existir reiteradas quejas sobre el mismo servidor, al respecto de su trato en la atención, se establecerán las sanciones correspondientes, conforme a los procedimientos internos.

- La Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos, a través del equipo designado para el efecto, dará tratamiento a los casos a Primer Nivel de solución, en caso de no poder solventar directamente el caso, lo direccionará a la unidad administrativa competente para resolverlo dentro de los plazos o tiempos establecidos en el presente procedimiento.
- La Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos, establecerá con los responsables de las unidades administrativas de la Prefectura de Manabí, los delegados o responsables de atender trámites a ciudadanos, comunidades o colectivos, estos delegados conformarán el Segundo nivel de solución. El listado de servidores asignados se deberá mantener actualizado, por lo que en caso de salida o cambio de la persona responsable de la unidad administrativa, esto deberá ser comunicado al Técnico y/o Analista de la Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos de manera inmediata, a fin de no tener casos pendientes de gestión.
- Las unidades administrativas designadas para el análisis del caso, elaborarán la respuesta para el tratamiento del caso y respuesta al ciudadano, comunidad o colectivo en caso de que haya dejado sus datos de contacto.
- La Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos, de ser el caso, trabajará en conjunto con las unidades administrativas y realizará la contestación al ciudadano, comunidad o colectivo.
- En la Prefectura de Manabí se establece, como tiempo máximo de respuesta para los casos de preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones que ingresan por los diferentes canales de atención, en días laborables, los siguientes:

CANAL PRESENCIAL CANAL VIRTUAL CANAL TELEFÓNICO	TRATAMIENTO DEL CASO (DÍAS LABORABLES)
PREGUNTAS	Hasta en 1 día
QUEJAS	Hasta en 10 días
SUGERENCIAS	Hasta en 1 día
PEDIDOS DE INFORMACIÓN	Hasta en 10 días
FELICITACIONES	Notificadas trimestralmente

- La Sub Dirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos, emitirá una notificación al ciudadano, comunidad o colectivo, generada electrónicamente o telefónicamente cuando se dé el tratamiento de su caso a través de la cuenta de correo secretaria@manabi.gob.ec o a través de un mensaje de voz en el canal telefónico.
- Todas las contestaciones emitidas al ciudadano, comunidad o colectivo, generadas por los diferentes responsables o unidades administrativas competentes deberán reunir las siguientes características:
 - ✓ Ser expresiones respetuosas y cordiales aplicando el Lineamientos de Atención al Ciudadano, Comunidad o Colectivo.
 - ✓ Ser completa, dando respuesta a lo expresado o solicitado por el ciudadano.
 - ✓ Ser concretas y de fácil entendimiento.
 - ✓ De ser el caso, ofrecer las debidas disculpas sobre el malestar generado al ciudadano.
- La Sub Dirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos establecerá Acuerdos de Niveles de Servicio con las distintas Coordinaciones Generales y/o Direcciones, para la emisión de soluciones o respuestas al ciudadano, con el propósito de buscar el cumplimiento de lo dispuesto en este documento, propender a la mejora de los procedimientos administrativos institucionales; y garantizar los derechos del usuario.

4.3.1. DEL CANAL PRESENCIAL

- Los F1. Formulario de preguntas, quejas, sugerencias, pedido de información o felicitaciones **FOR-PRO-GSG-ACC-QSF-001-001** para la recepción de quejas y sugerencias deben estar colocados junto al buzón de "Quejas y Sugerencias", el cual deberá estar ubicado en un lugar visible y de fácil acceso para el ciudadano. El Responsable de atención debe verificar el uso correcto de los mismos.
- El Subdirector de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos o su delegado, serán los únicos quienes aperturen los buzones de "Quejas y Sugerencias", al menos una vez a la semana para dar o direccionar el tratamiento oportuno a los casos ingresados, a su vez deberán ser registrados en la **Matriz de registro preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones (PQSIF) FOR-PRO-GSG-ACC-QSF-001-002.**
- La Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos, a través del equipo designado para el efecto, podrán resolver casos de quejas o sugerencias en sitio a primer nivel, en caso de no poder resolverlos, realizarán el escalamiento o direccionamiento a la unidad administrativa competente.
- La Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos, a través del equipo designado para el efecto, reportará a la Secretaría General y/o al nivel Directivo correspondiente, el informe de casos recibidos, atendidos, resueltos y

novedades presentadas respecto a la atención al ciudadano, comunidades y/o colectivos.

4.3.2. DEL CANAL VIRTUAL


- El usuario ingresa sus preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones a través de la página web de la Prefectura de Manabí, redes sociales (Facebook y Twitter), correo electrónico secretaria@manabi.gob.ec, o los canales de atención que la Institución establezca para el efecto, las cuales serán consolidadas a través de los Técnicos y/o Analistas de la Sub Dirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos, para su posterior atención, gestión y solución.
- Para el caso de ingreso de preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones a través de las cuentas oficiales de redes sociales de la Prefectura de Manabí, serán direccionados al correo secretaria@manabi.gob.ec.
- El Técnico y/o Analista será la persona encargada de clasificar y registrar los casos ingresados en la Matriz de registro preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones (PQSIF) FOR-PRO-GSG-ACC-QSF-001-002; y de acuerdo a la complejidad del caso direccionar el tratamiento a la unidad administrativa competente.

4.3.3. DEL CANAL TELEFÓNICO

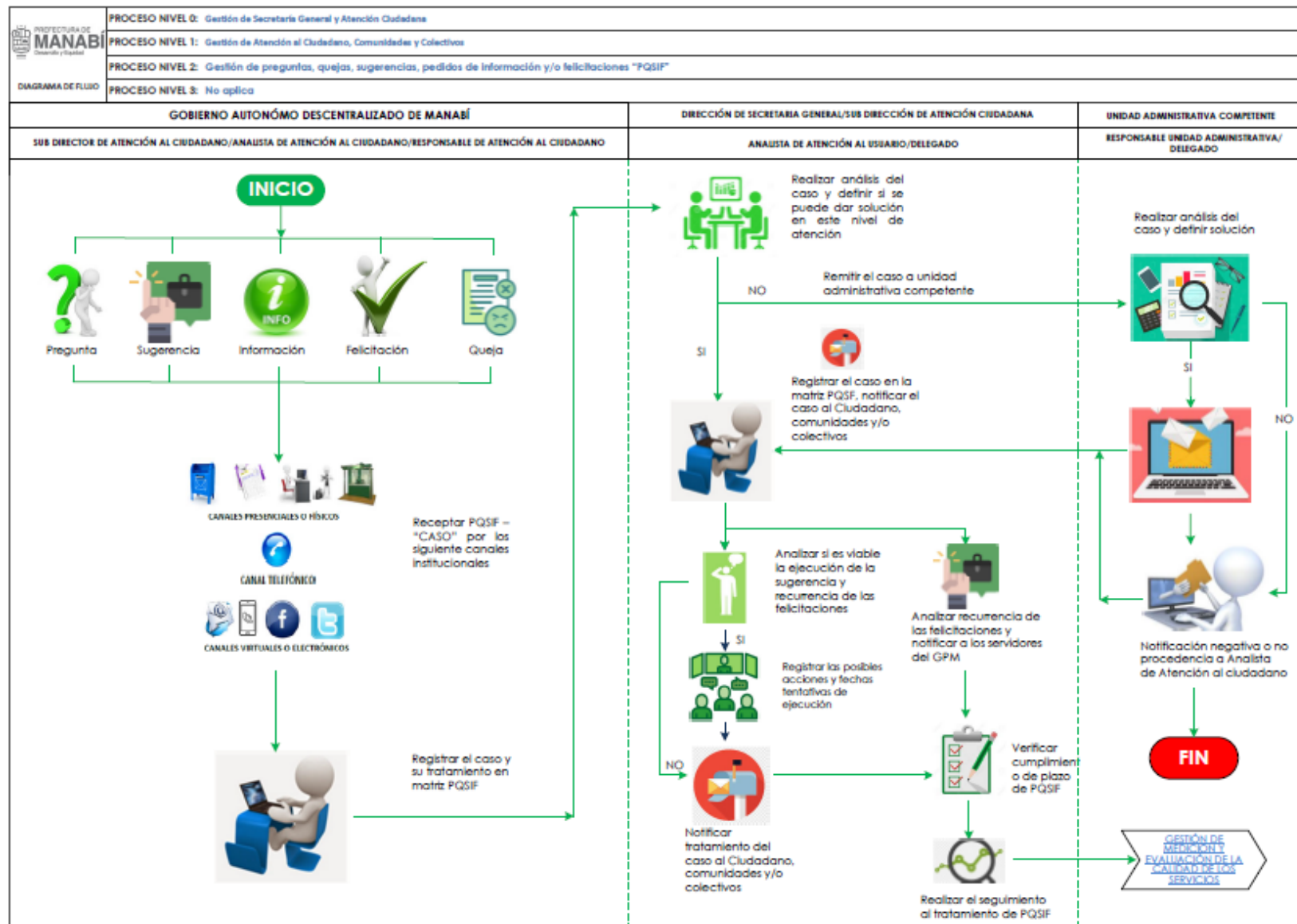
- El ciudadano realizará sus preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones a través de la línea telefónica (593) (05) 2590 300 ext. 300
- Las llamadas telefónicas serán atendidas a través del Técnico y/o Analista de la Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos quien gestionará su tratamiento y solución.
- El Técnico y/o Analista será el responsable de clasificar y registrar los casos ingresados en la **Matriz de registro preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones (PQSIF) FOR-PRO-GSG-ACC-QSF-001-002**; y de ser el caso direccionar el tratamiento a la unidad administrativa competente.
- El producto no conforme identificado a través de quejas, serán registrados en la Matriz de Producto No Conforme FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-PNC-001-001 del procedimiento de Gestión del producto no conforme PRO-GEI-IMC-PRC-PNC-001.
- Todos los aspectos que no se encuentren normados de forma expresa en este procedimiento deben ser complementados o suplidos por las disposiciones del marco normativo vigente.

5. DIAGRAMAS

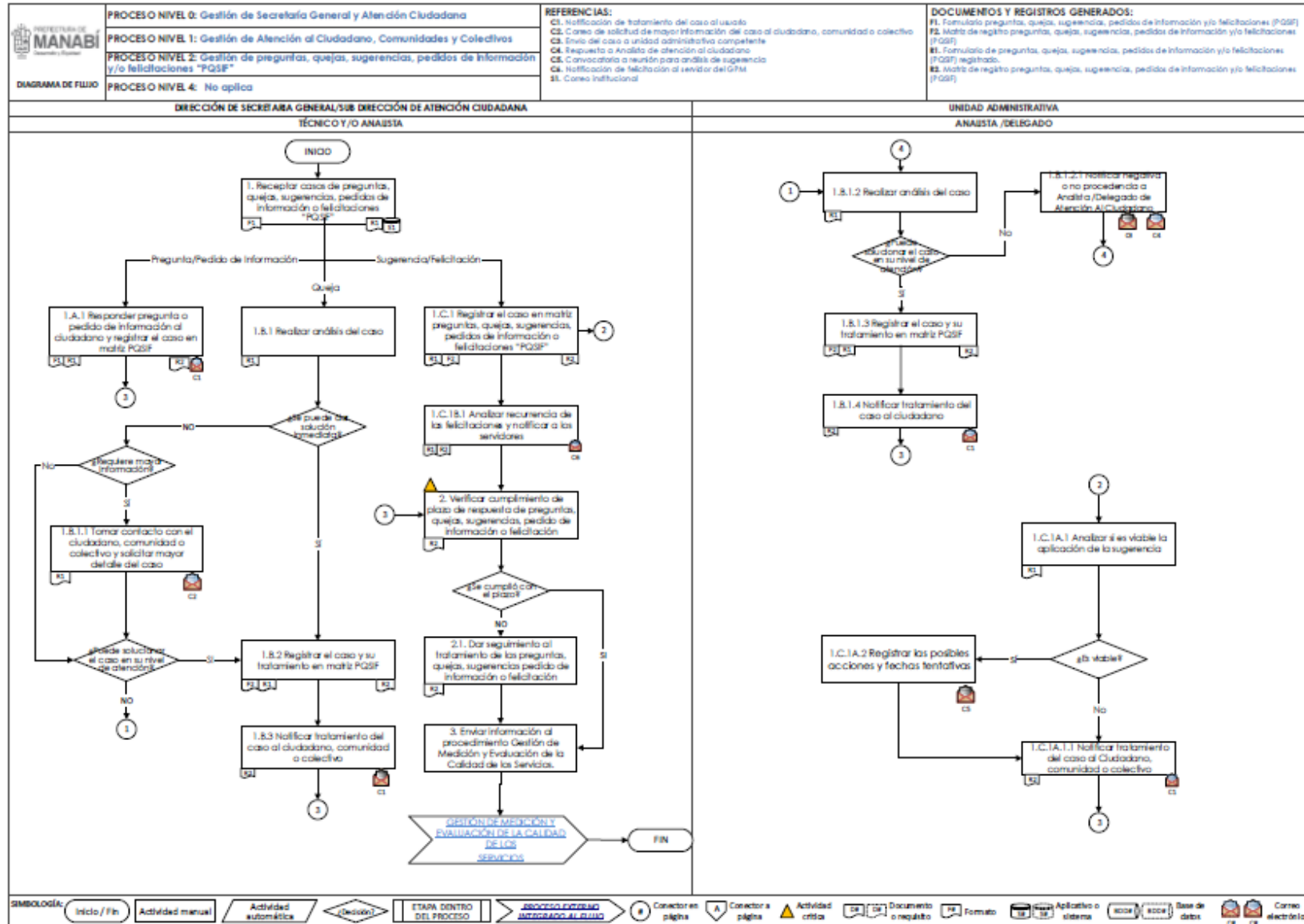
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

 1. NOMBRE DEL PROCESO: <u>GESTIÓN DE PREGUNTAS, QUEJAS, SUGERENCIAS, PEDIDOS DE INFORMACIÓN Y/O FELICITACIONES "PQSIF"</u>		DIAGRAMA DE CARACTERIZACIÓN
3. OBJETIVO DEL PROCESO: Realizar la recepción, análisis, tratamiento y seguimiento de los casos de preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones que son ingresadas a la institución a través de diferentes canales de atención al ciudadano, comunidades y colectivos, con el fin de establecer correcciones o mejoras en la prestación de los servicios o productos institucionales.		
RESPONSABLES DEL RESULTADO: Director/a de Secretaría General		
OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE CONTRIBUYE: Incrementar la satisfacción de los usuarios internos y externos del Gobierno Provincial de Manabí		
12. CONTROLES: 1. ACTIVIDAD: 2. Verificar cumplimiento de plazo de respuesta de preguntas, quejas, sugerencias y felicitaciones CONTROL: Verificar estado de respuesta de preguntas y quejas en el plazo establecido RESPONSABLE: Técnico y/o Analista de La Sub Dirección de Atención al Ciudadano, comunidades y colectivos		
9. DOCUMENTACIÓN INTERNA: - Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos	8. DOCUMENTACIÓN EXTERNA: - Constitución de la República del Ecuador art.52-53-66 - Norma Técnica para la atención de preguntas, quejas, sugerencias, solicitudes de información y felicitaciones formuladas a las entidades de la función ejecutiva - Norma ISO 9001:2015	10. REGISTROS: - Desritos en el diagrama de flujo
7. PROVEEDORES: 1. Ciudadanos, comunidades y colectivos	6. ENTRADAS: 1. Queja, pregunta, sugerencia o felicitación reportada por el ciudadano, comunidades y/o colectivos en los canales: virtual, presencial y telefónico.	11. ACTIVIDADES: ACTIVIDAD INICIAL: 1. Recopilar preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información o felicitaciones ACTIVIDAD FINAL: 3. Enviar información al procedimiento Gestión de Medición y Evaluación de la Calidad de los Servicios.
13. RECURSOS: SOFTWARE: - Utilitarios de Oficina - Correo electrónico secretaria@manabi.gob.ec HARDWARE: - Equipo de cómputo INFRAESTRUCTURA: - Buzones de preguntas, quejas y sugerencias RECURSOS HUMANOS: - Personal que interviene en el proceso	5. INDICADOR DE RESULTADO: 1 NOMBRE DEL INDICADOR: - Porcentaje de Solución (primer nivel) de casos tratados en primer nivel - (Número de casos tratados a primer nivel / Total de casos ingresados) * 100 2 NOMBRE DEL INDICADOR: - Porcentaje de preguntas, pedidos de información, Quejas, sugerencias y/o felicitaciones tratadas en el plazo de atención FÓRMULA DE CALCULO: - (Número de casos tratados en el plazo de atención / Total de casos ingresados) * 100	4. USUARIOS: 1. Ciudadano, Comunidades y Colectivos 1. Gestión de Medición y Evaluación de la Calidad de los Servicios
		2. SALIDAS: 1. Preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones de los ciudadanos, comunidades y colectivos atendidos, tratadas y controladas. Característica de Calidad Cumplimiento de los plazos para atención de casos
14. RIESGOS Desritos en el procedimiento "Gestión de Riesgo Institucional"		

5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO



5.3. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

#	ACTIVIDAD	CARGO	DESCRIPCIÓN
1	Receptar casos de preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información o felicitaciones "PQSIF"	Técnico y/o Analista de la Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos/ delegado	<p>Los casos de preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información o felicitaciones se receptan por los siguientes canales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Canal Presencial: los ciudadanos pueden optar por detallar sus casos en los F1. Formulario de preguntas, quejas, sugerencias, pedido de información o felicitaciones FOR-PRO-GSG-ACC-QSF-001-001 que se encuentran ubicados junto a los buzones físicos o entregados directamente al Responsable de Atención, al Técnico y/o Analista de la Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos. <p>El Responsable de Atención y el Técnico y/o Analista puede ayudar al usuario a registrar su caso en el formulario.</p> ✓ Canal Telefónico: el ciudadano puede comunicarse al número (593) (05) 2590 300 ext. 300, donde será atendido por un Técnico y/o Analista de la Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos, quien se encargará de solventar el requerimiento presentado. ✓ Canal Virtual: los ciudadanos pueden registrar sus casos de manera virtual a través del portal de contacto de la página web de la Prefectura de Manabí, redes sociales como Facebook o Twitter, y a través del correo electrónico secretaria@manabi.gob.ec, o por los diferentes medios que la institución implemente para el efecto. El Técnico y/o Analista de la Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos deberá consolidar y registrar los casos ingresados en la Matriz de registro preguntas, quejas, sugerencias,

			<p>pedidos de información y/o felicitaciones (PQSIF) FOR-PRO-GSG-ACC-QSF-001-002.</p> <p>Los casos de preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información o felicitaciones que se receptan en la Prefectura de Manabí son ingresados en el aplicativo tecnológico definido por la institución para su derivación, tratamiento, seguimiento y control.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si es una pregunta o pedido de información pasará a la actividad 1.A.1 ✓ Si Es una queja pasará a la actividad 1.B.1 ✓ Si es una sugerencia o felicitación pasará a la actividad 1.C.1
1.A.1	Responder pregunta o pedido de información al ciudadano y registrar el caso en matriz PQSIF	Técnico y/o Analista de la Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos/ delegado	<p>En caso de que el ciudadano presente una pregunta que sea de competencia de la Institución, se le proporcionará la información requerida al solicitante ya sea de manera presencial, vía telefónica o de hacerlo por medio virtual se le dará contestación a través de los diversos sistemas, correo electrónico, redes sociales.</p> <p>El Responsable de Atención deberá coordinar el registro de los casos en la Matriz de registro preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones (PQSIF) FOR-PRO-GSG-ACC-QSF-001-002 con su respectivo tratamiento.</p>
1.B.1 QUEJA	Realizar análisis del caso	Técnico y/o Analista de la Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos/ delegado	<p>Si el caso ingresado por el usuario es una queja, se analizará la queja presentada por el ciudadano y determinará si se puede dar tratamiento inmediato al caso, la no procedencia del mismo o si requiere escalarlo. Los niveles de escalamiento se establecen en las normas generales del presente documento.</p>

<p>1.B.2 QUEJA</p>	<p>Registrar el caso y su tratamiento en matriz PQSIF</p>	<p>Técnico y/o Analista de la Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos/ delegado</p>	<p>En el caso de que la queja ingresada sea de resolución inmediata, deberá ser registrada en la Matriz de registro preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones (PQSIF) FOR-PRO-GSG-ACC-QSF-001-002 y describir claramente la solución dada al usuario. Si la queja fue ingresada por medio del Formulario de preguntas, quejas, sugerencias, pedido de información o felicitaciones FOR-PRO-GSG-ACC-QSF-001-001 se deberá registrar en la parte posterior el detalle de la solución interna, para que esto facilite el registro en la Matriz de registro preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones (PQSIF) FOR-PRO-GSG-ACC-QSF-001-002.</p> <p>Si la queja incluye expresiones ofensivas, discriminatorias, soeces o que atenten a la integridad de la institución o servidores serán desestimadas.</p> <p>La Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos es responsable de consolidar la información institucional, para la generación de los informes respectivos.</p>
<p>1.B.3 QUEJA</p>	<p>Notificar tratamiento del caso al ciudadano</p>	<p>Subdirector de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos / Delegado / Técnico / Analista</p>	<p>Una vez realizada la gestión de la queja, el Técnico, Analista, delegado o el Subdirector de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos, deberá notificar al ciudadano mediante los diversos canales de atención, el tratamiento del caso, de no ser procedente el caso presentado, se notificará la no pertinencia.</p> <p>De ser necesario se le presentará una disculpa al usuario por el malestar generado.</p> <p>En el caso de que el ciudadano no haya registrado ningún dato de contacto, solamente quedará constancia de la queja, en la F2. Matriz de registro preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o</p>

			felicitaciones (PQSIF) FOR-PRO-GSG-ACC-QSF-001-002.
1.B.1.1 QUEJA	Tomar contacto con el ciudadano y solicitar mayor detalle del caso	Técnico y/o Analista de la Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos/ delegado	<p>En el caso de que la información presentada en primera instancia por el ciudadano sea incompleta y no permita dar tratamiento al caso, se deberá contactar con el usuario por el canal que corresponda, para solicitar mayor información.</p> <p>Si el Responsable de atención, Técnico y/o Analista de la Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos o delegado no puede dar solución a la queja presentada, en su nivel de atención, el caso se direccionará a los delegados de las unidades administrativas competentes (Direcciones).</p>
1.B.1.2 QUEJA	Realizar análisis del caso	Técnico y/o Analista / Delegados de Unidad Administrativa	El Técnico y/o Analista / Delegados de la Unidad Administrativa se encargarán de realizar el análisis respectivo para establecer la respuesta correspondiente.
1.B.1.3 QUEJA	Registrar el caso y su tratamiento en matriz PQSF	Técnico y/o Analista de la Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos/ delegado	<p>Si la queja es resuelta directamente por el Técnico y/o Analista/Delegado de la Subdirección de Atención Ciudadana Comunidades y Colectivos, deberá ser ingresado el caso en la F2. Matriz de registro preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones (PQSIF) FOR-PRO-GSG-ACC-QSF-001-002; con su respectivo tratamiento.</p> <p>Una vez realizada la gestión de la queja, el Técnico y/o Analista/Delegado de la Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos, deberá notificar al usuario mediante los diversos canales de atención, el tratamiento del caso, de no ser procedente el caso presentado, se notificará la no pertinencia al ciudadano.</p>

<p>1.B.1.4 QUEJA</p>	<p>Notificar tratamiento del caso al usuario</p>	<p>Técnico y/o Analista / Delegados de Unidad Administrativa</p>	<p>Si el caso es gestionado y solucionado por la Unidad Administrativa esta deberá notificar el tratamiento de la queja al Responsable de Atención, Técnico y/o Analista de la Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos, quienes se encargarán de ingresar el caso en la F2. Matriz de registro preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones (PQSIF) FOR-PRO-GSG-ACC-QSF-001-002;</p> <p>El Técnico y/o Analista / Delegados de Unidad Administrativa notificará al ciudadano mediante los diversos canales de atención, el tratamiento del caso, de no ser procedente el caso presentado, se notificará la no pertinencia.</p> <p>De ser necesario se le presentará una disculpa al usuario por el malestar generado.</p> <p>En el caso de que el ciudadano no haya registrado ningún dato de contacto, solamente quedará constancia de la queja, en la F2. Matriz de registro preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones (PQSIF) FOR-PRO-GSG-ACC-QSF-001-002.</p>
<p>1.B.1.2.1 QUEJA</p>	<p>Notificar negativa o no procedencia al Analista /Delegado</p>	<p>Director / Técnico y/o Analista / Delegados de Unidad Administrativa</p>	<p>Si la Unidad Administrativa competente determina la no procedencia de la queja presentada, notificará la negativa al Técnico y/o Analista/Delegado de la Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades, los mismos que se encargarán de ingresar la queja en la F2. Matriz de registro preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones (PQSIF) FOR-PRO-GSG-ACC-QSF-001-002 y posteriormente notificar al ciudadano lo indicado por la Unidad Administrativa correspondiente.</p>

<p>1.C.1 SUGERENCIA /FELICITACIÓN</p>	<p>Registrar el caso en matriz PQSF</p>	<p>Técnico y/o Analista de la Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos / Delegado</p>	<p>En caso de que el ciudadano presente una sugerencia y/o felicitación, esta será ingresada por el Técnico y/o Analista de la Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos o su delegado en la F2. Matriz de registro preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones (PQSIF) FOR-PRO-GSG-ACC-QSF-001-002. Se analizará la procedencia de las sugerencias.</p> <p>Las sugerencias y/o felicitaciones se deberán enviar a las unidades administrativas competentes.</p>
<p>1.C.1.A.1 SUGERENCIA</p>	<p>Analizar si es viable la aplicación de la sugerencia</p>	<p>Director / Técnico y/o Analista / Delegados de Unidad Administrativa</p>	<p>Una vez analizada la sugerencia se deberá registrar en la F2. Matriz de registro preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones (PQSIF) FOR-PRO-GSG-ACC-QSF-001-002, especificar en el campo observaciones si es procedente o no.</p> <p>Si la sugerencia ingresada por el ciudadano, en primera instancia, es procedente, las unidades administrativas competentes, analizarán la viabilidad de la aplicación de la sugerencia presentada por el ciudadano.</p>
<p>1.C.1.A.2 SUGERENCIA</p>	<p>Registrar las posibles acciones y fechas tentativas</p>	<p>Director / Técnico y/o Analista / Delegados de Unidad Administrativa</p>	<p>El Analista de atención al ciudadano/delegado, deberá registrar en el campo Descripción Solución Interna, las posibles acciones y fechas tentativas de aplicación.</p>
<p>1.C.1.A.1.1 SUGERENCIA</p>	<p>Notificar tratamiento del caso al Ciudadano, comunidad o colectivo</p>	<p>Director / Técnico y/o Analista / Delegados de Unidad Administrativa</p>	<p>Se notificará al Ciudadano, Comunidad o Colectivo, por los diferentes canales de atención, una explicación breve y coherente sobre la gestión realizada en cuanto a su sugerencia, adicionalmente, el respectivo agradecimiento por contribuir a la mejora de los servicios o productos que se desarrollan en la Prefectura de Manabí.</p>

<p>1.C.1.B.1 FELICITACIÓN</p>	<p>Analizar recurrencia de las felicitaciones y notificar a los servidores</p>	<p>Director / Técnico y/o Analista / Delegados de Unidad Administrativa</p>	<p>En el caso de que el ciudadano presente una felicitación en referencia a los servicios o productos que se desarrollan en la Prefectura de Manabí o haga mención a un servidor de la Institución, se deberá analizar la recurrencia de la felicitación para posteriormente notificar al servidor.</p> <p>Se enviará una pastilla comunicacional trimestral, con los nombres de los servidores que en el trimestre hayan tenido tres o más felicitaciones, con el fin de motivarlos a continuar con su gran labor en la Prefectura de Manabí.</p>
<p>2</p>	<p>Verificar cumplimiento de plazo de respuesta de preguntas, quejas, sugerencias</p>	<p>Técnico, Analista y/o delegado de la Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos</p>	<p>El Técnico y/o Analista de la Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos o su delegado deberán verificar aleatoriamente que las respuestas y soluciones dadas a los usuarios en los casos presentados tales como preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones, cumplan con el plazo establecido en las normas generales de este documento.</p> <p>CONTROL: Mediante la F2. Matriz de registro preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones (PQSIF) FOR-PRO-GSG-ACC-QSF-001-002</p> <p>RESPONSABLE: Técnico, Analista y/o delegado de la Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos.</p> <p>FRECUENCIA: Mensual</p>

3	Enviar información al procedimiento Gestión de Medición y Evaluación de la Calidad de los Servicios.	Técnico, Analista y/o delegado de la Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos	La información resultante de este procedimiento se deberá remitir al procedimiento de Gestión de Medición y Evaluación de la Calidad de los Servicios con el fin de establecer y complementar la información de medición.
---	--	--	---

7. INDICADORES DE GESTIÓN

Nº	Indicador	Definición	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Responsable de Medición	Fuente de la Medición	Frecuencia de Medición
1	Porcentaje de Solución (primer nivel) de casos tratados en primer nivel	Establece el valor o cantidad de casos atendidos en el primer nivel de solución de atención	$(\text{Número de casos tratados a primer nivel} / \text{Total de casos ingresados}) * 100$	Porcentaje	Analista de la Sub Dirección de Atención Ciudadana, Comunidades y Colectivos	Matriz de registro preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones (PQSIF) FOR-PRO-GSG-ACC-QSF-001-002	Semestral
2	Porcentaje de preguntas, pedidos de	Define el valor o cantidad de cumplimiento de las	$(\text{Número de casos tratados en el plazo de atención} / \text{Total de$	Porcentaje	Analista de la Sub Dirección de Atención	Matriz de registro preguntas,	Mensual

	información, Quejas, sugerencias y/o felicitaciones tratadas en el plazo de atención	preguntas, pedidos de información, quejas, sugerencias y/o felicitaciones atendidas en los plazos establecidos	casos ingresados) x 100		Ciudadana, Comunidades y Colectivos	quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones (PQSIF) FOR-PRO-GSG-ACC-QSF-001-002	
--	--	--	-------------------------	--	-------------------------------------	--	--

8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS

8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Formato y Registro	FOR-PRO-GSG-ACC-QSF-001-001	Formulario de preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información o felicitaciones	Sub Director de Atención Ciudadana, Comunidades y Colectivos	Física: Archivo de la Sub Director de Atención Ciudadana, Comunidades y Colectivos	Cronológico	Director y Analistas de Sub Director de Atención Ciudadana, Comunidades y Colectivos	Tiempo de Retención Físico: 1 mes para acceso activo. Disposición final destruir los archivos físicos después de cumplido el mes.
Formato y Registro	FOR-PRO-GSG-ACC-QSF-001-002	Matriz de registro preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones (PQSIF)	Sub Director de Atención Ciudadana, Comunidades y Colectivos	Electrónico Carpeta compartida	Cronológico	Director y Analistas de Sub Director de Atención Ciudadana, Comunidades y Colectivos	Tiempo de retención: Digital: 2 años para acceso activo 5 años en histórico. Disposición: Respaldo digital



PREFECTURA DE
MANABÍ
Desarrollo y Equidad

Procedimiento

Revisión por la Dirección
PRO-DES-DIP-RPD-001

Dirección de Planificación Institucional

Enero - 2023

Versión 1.0

CÓDIGO: PRO-DES-DIP-RPD-001		VERSIÓN 1.0	
<h2>PROCEDIMIENTO:</h2> <h3>Revisión por la Dirección</h3>			
DESCRIPCIÓN	CARGO	FIRMA	FECHA
APROBADO POR	Eco. Leonardo Orlando Prefecto		
	Eco. Grace Rivera Coordinadora General de Desarrollo Institucional		
REVISADO POR	Eco. Axel Guanoluisa Director de Planificación Institucional		
	Ing. Iván González Director de Innovación y Mejora Continua		
ELABORADO POR	Ing. Irina Macías Arteaga Analista de Innovación y Mejora Continua		
	Ing. Santiago Galárraga Consultor		

--	--	--	--

IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

Proceso Nivel 0:	Direccionamiento Estratégico		
Proceso Nivel 1:	Direccionamiento para el Desarrollo Institucional y Provincial		
Proceso Nivel 2:	Revisión por la Dirección		
Proceso Nivel 3:	No Aplica		
Versión del documento:	1.0	Frecuencia de Ejecución:	Bajo demanda
Responsable:	Director /a de Planificación Institucional		

REGISTRO DE VERSIONES

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de elaboración	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
1.0	Creación	<i>Realizado</i> Ing. Irina Macías Arteaga Analista de Innovación y Mejora Continua <i>/</i> <i>Aprobado</i> Eco. Leonardo Orlando Prefecto	Enero - 2023	No aplica

0

CONTENIDO

1. OBJETIVO	6
2. ALCANCE.....	6
3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS.....	6
4. MARCO NORMATIVO.....	7
4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS.....	7
4.2. DOCUMENTOS INTERNOS.....	7
4.3. NORMAS GENERALES.....	7
5. DIAGRAMAS	11
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO.....	11
5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO	12
5.3. DIAGRAMA DE FLUJO	13
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	15
7. INDICADORES DE GESTIÓN	22
8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS	23
8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS.....	23

1. OBJETIVO

Establecer y realizar el seguimiento y cumplimiento a los compromisos, y a la toma de decisiones, fundamentado en datos cualitativos y cuantitativos para establecer acciones de mejora y necesidades de recursos del Sistema de Gestión de Calidad del Gobierno Provincial de Manabí (GPM).

2. ALCANCE

Desde la revisión de los puntos de interés para la alta dirección, según lo establecido en la Norma ISO 9001:2015, hasta la verificación del seguimiento y cumplimiento a las disposiciones dadas, aplica a todas las operaciones del Gobierno Provincial de Manabí en el Sistema de Gestión de Calidad.

3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

Alta Dirección: Persona o grupo de personas que dirige y controla una organización.

Compromiso: Son las directrices y/o disposiciones emitidas en reuniones de trabajo, así como en proyectos dispuestos por la Máxima Autoridad o de los Niveles directivos como Coordinadores y/o Directores en el Sistema de Gestión de Calidad Prefectura de Manabí, se establecen los siguientes niveles.

- ✓ Nivel N0: Prefecto
- ✓ Nivel N1: Coordinadores Generales
- ✓ Nivel N2: Directores
- ✓ Nivel N3: Sub Directores (cuando aplique)

Gestión: Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.

GPM: Gobierno Provincial de Manabí.

Proveedor externo: Es la persona u organización que proporciona un producto o servicio y que no es parte de la organización.

SGC: Sistema de Gestión de Calidad.

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

4. MARCO NORMATIVO

4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS

- Constitución de la República del Ecuador (vigente)
- Ley Orgánica Contraloría General del Estado (vigente)
- Normas de Control Interno para Entidades Públicas, como referencia las secciones 200 (Ambiente de Control, Administración Estratégica) 300 (Evaluación del Riesgo) 408 (Gestión de Proyectos, Contratos) 410 (Modelo de Gestión, Monitoreo, Gestión) 600 (Seguimiento)
- Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas (vigente)
- Norma Técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios (vigente).
- Guía Metodológica para la aplicación de la norma técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios (vigente).
- Norma ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos (vigente)

4.2. DOCUMENTOS INTERNOS

- Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos (vigente).
- Reforma al Reglamento de funcionamiento del Comité de Gestión de la Calidad de Servicio y Desarrollo Institucional del Gobierno Provincial de Manabí, No. GPM-PREM-REG-001-2022.

4.3. NORMAS GENERALES

- Las normas de este documento son de aplicación obligatoria para todos los servidores del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, en tanto guarden conformidad con las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y resoluciones vigentes al momento de su ejecución.
- El servidor que incumpliere sus obligaciones o contraviniera las disposiciones de este documento, así como las leyes y normativa conexas, incurrirá en responsabilidad administrativa de acuerdo a las disposiciones reglamentarias institucionales.
- Todo proceso o subproceso, deberá incorporar el concepto de mejora continua en su diagramación y generación de documentos, procurando la simplificación de trámites y tareas, eliminar duplicidad de tareas, y optimizando la transaccionalidad.

- El Comité de Gestión de la Calidad del Servicio y Desarrollo Institucional del GPM abordará temas de toma de decisión a nivel estratégico del Sistema de Gestión de la Calidad del GPM.
- Al menos una vez en el año el Comité de Gestión de la Calidad del Servicio y Desarrollo Institucional del GPM deberá abordar la temática exigida por la "Norma ISO 9001, numeral 9.3 Revisión por la Dirección" en referencia al Sistema de Gestión de la Calidad (SGC, entradas, salidas y resultados de la Revisión por la Dirección, etc.).
- La Dirección de Innovación y Mejora Continua será responsable de realizar la convocatoria, conforme el artículo 8 del Reglamento de funcionamiento del Comité de Gestión de la Calidad de Servicio y Desarrollo Institucional del Gobierno Provincial de Manabí.
- La convocatoria a Comité deberá detallar los temas, objetivo, responsables de la información por tema; se remitirá con una anticipación de al menos 5 días laborales que se podrá realizar mediante memorando o correo electrónico.
- Los responsables de preparar la información deben enviar los medios de verificación o reportes al menos 24 horas antes del inicio del Comité. La información presentada debe ser veraz y debe contemplar un análisis crítico de los avances realizados. En caso de no tener lista la información, los responsables de los niveles de gestión Coordinadores Generales y/o Directores deberán enviar la respectiva justificación. La entrega de la información será programada para el siguiente Comité, no se aceptará una nueva prórroga en caso de requerirla.
- En las reuniones del Comité que se refieran al proceso de Revisión por la Dirección, los miembros del Comité, deben preparar la información y enviar los medios de verificación o reportes 48 horas antes del inicio de comité a el/la Director/a de Planificación Institucional. La información presentada debe ser veraz y debe contemplar un análisis crítico de los avances realizados y las tendencias del período. La entrega y presentación de lo solicitado es improrrogable.
- El direccionamiento se difundirá desde los Coordinadores Generales y los Directores hacia las unidades de ejecución, sin embargo, el reporte de avances corresponderá únicamente al nivel jerárquico superior en sus áreas de competencia, es decir, Coordinadores Generales y Directores.
- Toda información que se presente en Comité de Gestión de la Calidad del Servicio y Desarrollo Institucional del GPM deberá presentarse con la actualización del último mes de gestión cerrado.
- Las Reuniones para realizar Revisión por la Dirección serán convocados en conformidad con lo estipulado en la reforma al Reglamento de funcionamiento del Comité de Gestión de la Calidad de Servicio y Desarrollo Institucional del Gobierno Provincial de Manabí.
- Corresponderá al Secretario/a del Comité realizar el compendio de toda la


información presentada antes y durante el Comité; además guardará los expedientes de las reuniones y hará el seguimiento al cumplimiento de las disposiciones dadas.

- En los temas referentes a la Revisión por la Dirección del SGC se exigirá la siguiente información con un período de 6 meses o del período fiscal anterior, de ser el caso a la revisión del Comité y existirán los siguientes filtros de información:
 - Estado de las acciones de la Revisión por la Dirección previas, es el **responsable el/la director (a) de Planificación Institucional** el seguimiento se deberá realizar acorde a los plazos dispuestos en Comité.
 - Cambios en las cuestiones internas y externas que sean pertinentes al SGC, **responsable el/la director (a) Innovación y Mejora Continua.**
 - Información de desempeño incluyendo tendencias relativas a: Satisfacción del cliente y retroalimentación de las partes interesadas siendo responsable **el/la director (a) Innovación y Mejora Continua.**
 - Grado en los que se ha logrado los objetivos estratégicos y/o de calidad, **responsable el/la director (a) de Planificación Institucional.** Periodicidad cuatrimestral.
 - Desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios, siendo **responsable el/la director (a) Innovación y Mejora Continua.**
 - Resultados de las auditorías al SGC, la No Conformidades y acciones correctivas, **responsable el/la director (a) Innovación y Mejora Continua.**
 - Desempeño de los proveedores externos, **responsable el/la Coordinador (a) General Administrativo (a) Financiera (a) .**
 - Adecuación de los recursos (planificación de recursos para la correcta operación de la institución y del SGC y de haber alguna necesidad de recursos extraordinarios), como, ejecución presupuestaria, gastos operativos, entre otros, **responsable Coordinador (a) General de Desarrollo Institucional.**
 - Eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades, **director (a) de Transparencia en la Gestión,** con resultados semestral.
 - Oportunidades de mejora (ideas, sugerencias o iniciativas para desarrollar mejoras al SGC), información registrada por la Dirección de Innovación y Mejora Continua, **responsable el/la director (a) Innovación y Mejora Continua.**
 - Resultados de seguimiento y medición, información a ser levantada al cierre del Comité de Gestión de la Calidad del Servicio y Desarrollo Institucional del GPM donde se aborda el tema de Revisión por la Dirección, responsable alta dirección y **responsable el/la director (a) de Planificación Institucional.**
- Como resultado de la Revisión por la Dirección se deberá generar decisiones y acciones relacionadas con: **oportunidades de mejora, cambios en el SGC de ser el caso y necesidades de recursos.** Las disposiciones, compromisos, directrices, acciones de mejora, etc., serán sistematizados por la Dirección de Planificación Institucional en el acta de Comité o la herramienta de seguimiento correspondiente, a fin de guardar la trazabilidad de la gestión.

- El envío del Acta de Comité no deberá superar las 72 horas una vez terminado el Comité. El acta será enviada por correo electrónico a los asistentes de Comité quienes tendrán un plazo de 48 horas para enviar observaciones, en caso de no enviar una respuesta, se entenderá que se aceptan todos los compromisos dispuestos en los plazos determinados, posterior se enviará para la firma de los asistentes, quienes ya no podrán solicitar cambios al Acta.
- Todo compromiso o disposición se deberá programar bajo las siguientes normas:
 - (1) definir un solo responsable,
 - (2) programar un plazo de cumplimiento,
 - (3) incluir un detalle/descripción del compromiso, y
 - (4) definir las características que deberá tener el compromiso para darse como "Cumplido". El Secretario del Comité deberá activar al usuario de "Seguimiento" cuando el compromiso sea de competencia del Comité de Gestión de la Calidad de la Calidad del Servicio y Desarrollo Institucional del GPM, mediante memorando o correo electrónico de ser necesario.
- La Dirección de Planificación Institucional, registrará el seguimiento realizado a los compromisos establecidos en el Comité para la Revisión por la Dirección a través de la matriz de **"Seguimiento de compromisos de Comité de Revisión por la Dirección"** (FOR-PRO-DES-DIP-RPD-001-002).
- Todos los aspectos que no se encuentren normados de forma expresa en este procedimiento deben ser complementados o suplidos por las disposiciones del marco normativo vigente.

5. DIAGRAMAS

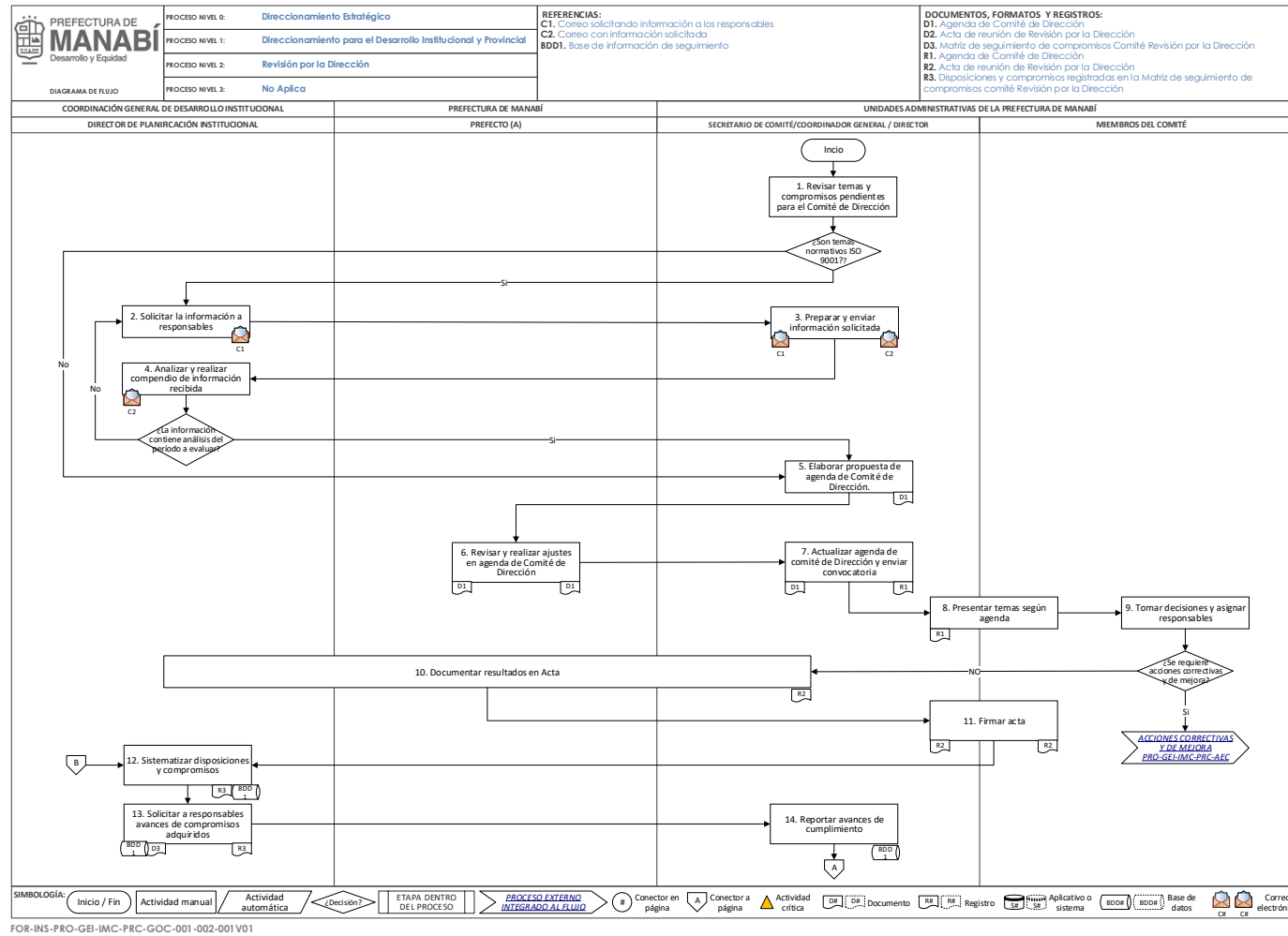
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

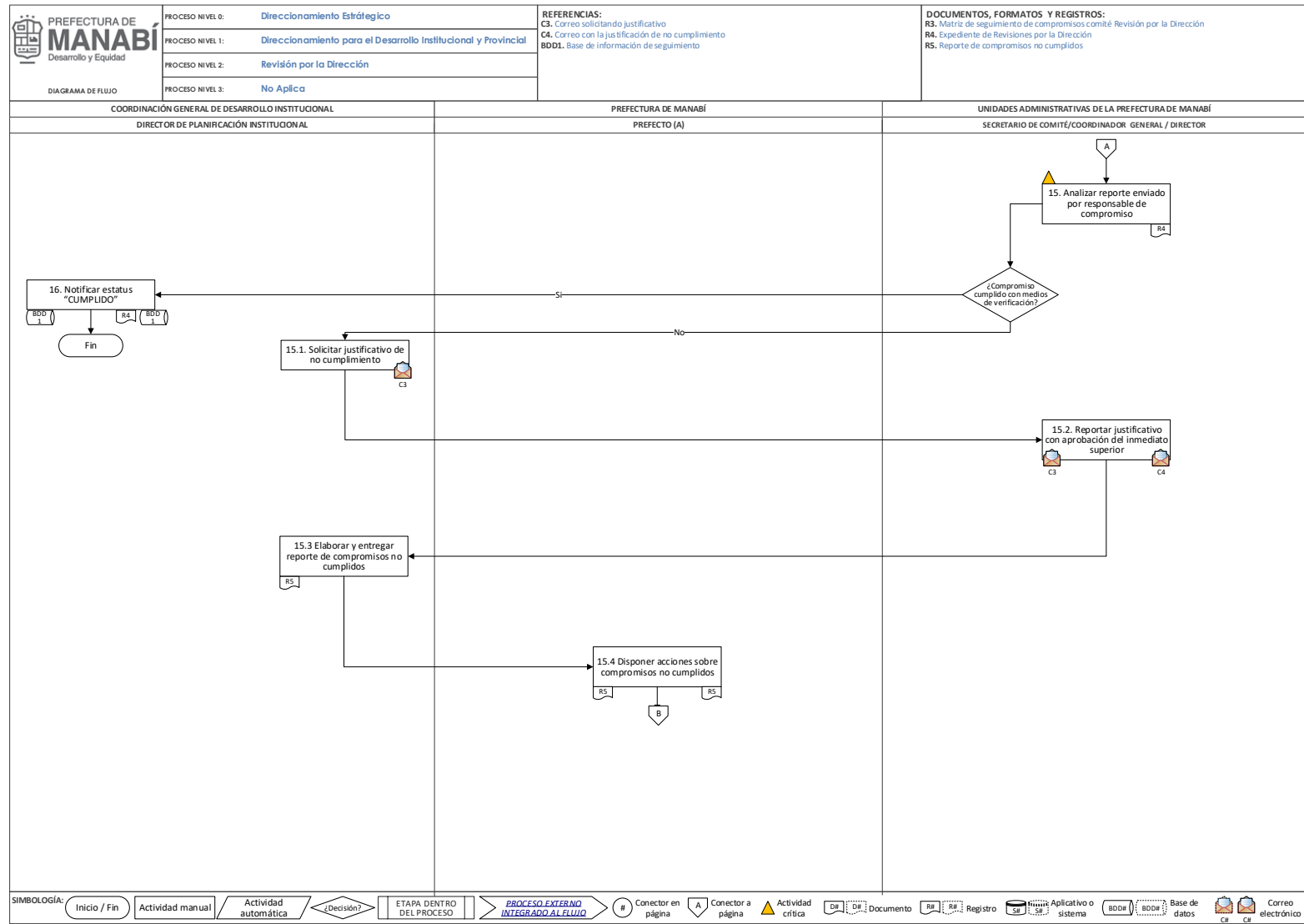
 1. NOMBRE DEL PROCESO: Revisión por la Dirección		DIAGRAMA DE CARACTERIZACIÓN
3. OBJETIVO DEL PROCESO: Establecer y realizar el monitoreo y seguimiento correspondiente a los compromisos, y a la toma de decisiones, fundamentado en datos cualitativos y cuantitativos para establecer acciones de mejora y necesidades de recursos del Sistema de Gestión de Calidad de la Prefectura de Manabí. RESPONSABLES DEL RESULTADO: Prefecto OBJETIVO ESTRATEGICO AL QUE CONTRIBUYE: Fortalecer al Gobierno Provincial de Manabí para que promueva una institucionalidad participativa, transparente, eficiente, dinámica y de servicio a la ciudadanía.		
12. CONTROLES: 1. ACTIVIDAD: 15. Analizar reporte enviado por responsable de compromiso CONTROL: Verificar la evidencia o justificativo de no cumplimiento RESPONSABLE: Secretario del Comité FRECUENCIA: Bajo demanda		
9. DOCUMENTACIÓN INTERNA: -Reforma al Reglamento de funcionamiento del Comité de Gestión de la Calidad de Servicio y Desarrollo Institucional del Gobierno Provincial de Manabí, No. GPM-PREM-REG-001-2022. -Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos (vigente).	8. DOCUMENTACIÓN EXTERNA: <ul style="list-style-type: none"> • Constitución de la República del Ecuador (vigente) • Ley Orgánica Contraloría General del Estado (vigente) • Normas de Control Interno para Entidades Públicas, como referencia las secciones 200 (Ambiente de Control, Administración Estratégica) 300 (Evaluación del Riesgo) 408 (Gestión de Proyectos, Contratos) 410 (Modelo de Gestión, Monitoreo, Gestión) 600 (Seguimiento) • Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas (vigente) • Norma Técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios (vigente). • Guía Metodológica para la aplicación de la norma técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios (vigente). • Norma ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos (vigente) 	10. REGISTROS: - Descritos en el diagrama de flujo
7. PROVEEDORES: 1) Coordinaciones Generales y/o Direcciones. 2) Revisión por la Dirección	6. ENTRADAS: 1) POA aprobado 1) Ejecución Presupuestaria 1) Indicadores y Cumplimiento de Metas 1) Cumplimiento de Hitos de Proyectos 1) Información de problemas de Coordinadores o Directores 1) Evidencia de cumplimiento de compromisos 1) Evaluación de desempeño de Proveedores Críticos, y otros temas pertinentes según se requiera 2) Actas de reuniones de las revisiones anteriores	11. ACTIVIDADES: ACTIVIDAD INICIAL: 1.- Revisar temas y compromisos pendientes para el Comité de Dirección. ACTIVIDAD FINAL: 16.- Notificar Estatus "CUMPLIDO"
	2. SALIDAS: 1) Compromisos, Toma de decisiones basado en datos cualitativos y cuantitativos, Acciones de Mejora y Necesidades de recursos establecidos y controlados. Característica de calidad: Revisión por la Dirección Realizada acorde a los requerimientos de la Norma ISO 9001, cada 6 meses.	4. USUARIOS: 1) Prefecto, Coordinadores Generales, Directores y/o Servidores del GPM
13. RECURSOS: SOFTWARE: - Utilitarios de oficina, Intranet institucional. HARDWARE: - Equipo de cómputo INFRAESTRUCTURA: - Estación de trabajo RECURSOS HUMANOS: - Director/a Planificación Institucional, Prefecto/a, Coordinadores Generales, Directores y/o Servidores del GPM	5. INDICADOR DE RESULTADO: 1). NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de Cumplimiento de ejecución y temas mínimos acorde a Norma ISO 9001 (cada 6 meses) FORMULA DE CALCULO: (# requisitos revisados con evidencia / # requisitos exigidos por la Norma ISO 9001)*100 2). NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de Cumplimiento de los compromisos FORMULA DE CALCULO: (Compromisos cumplidos / Compromisos generados del periodo) *100 3). NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de Efectividad del resultado de los compromisos FORMULA DE CALCULO: (N. compromisos cumplidos con resultado esperado/total de compromisos del Comité) *100	14. RIESGOS: - Descritos en el procedimiento "Gestión del Riesgo Institucional"

5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO



5.3. DIAGRAMA DE FLUJO





6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

No.	Actividad	Responsable	Descripción
1.	Revisar temas y compromisos pendientes para el Comité de la Calidad del Servicio y Desarrollo Institucional del GPM	Secretario de Comité	<p>Secretario de Comité ,revisará las actas de Comités anteriores y el sistema de seguimiento como insumos para la construcción de la agenda de Comité. La selección de temas de Comité se basará, en al menos uno o varios de los siguientes puntos:</p> <p>(1) los requisitos de la Norma ISO 9001; (2) la periodicidad de reportes obligatorios; (3) vencimiento de plazos de compromisos; y, (4) disposiciones dadas.</p>
2.	Solicitar información a los responsables	Director (a) de Planificación Institucional	<p>En caso de requerirse abordar la temática o requisitos exigidos en el numeral 9.3 de la Norma ISO 9001, Revisión por la Dirección, el/la Director/a de Planificación Institucional requerirá por correo electrónico o memorando a los funcionarios que hayan actuado como secretarios de Comité y demás responsables de la información lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Temas detallados en las Normas Generales de este documento ✓ Temas que se haya dispuesto y que sean necesario colocar en conocimiento del Comité <p>El requerimiento de la información deberá detallar el análisis de los datos, tendencias y período que se va a revisar.</p>
3.	Preparar y enviar información solicitada	Secretario de Comité/Coordinador (a) General/Director (a)	<p>Los responsables de la información deberán revisar los datos del período, realizar un resumen de estadísticas y/o tendencias que se identifiquen en el procesamiento de los datos, presentar incidentes de ser el caso y detallar principales acciones ejecutadas en el período que se revisa. La información deberá remitirse en medios digitales, y en forma de resumen ejecutivo. En caso</p>

No.	Actividad	Responsable	Descripción
			de presentarse datos extraídos directamente de los sistemas de información, se deberá hacer capturas de pantalla como medio de verificación para respaldo de lo ejecutado.
4.	Analizar y realizar compendio de información recibida	Director/a de Planificación Institucional	El/la director/a de Planificación Institucional o un analista del área deberán crear una carpeta digital, membretada con la fecha que se realizará el Comité, aquí se guardará toda la información remitida antes y durante el Comité.
5.	Elaborar propuesta de agenda de Comité de Dirección	Secretario del Comité	Con los insumos remitidos, se procederá a estructurar la agenda del Comité, los temas. De tratarse de temas requeridos por la Norma ISO 9001, Revisión por la Dirección, se marcará las siglas SGC.
6.	Revisar y realizar ajustes en agenda de Comité de Dirección	Prefecto/a	Se presentará la propuesta de agenda a el/la Prefecto (a) y/o Coordinador (a) de Desarrollo Institucional (de ser necesario), requiriéndoles realizar observaciones o ajustes sobre los puntos a ser abordados en Comité.
7.	Actualizar agenda de comité de Dirección y enviar convocatoria	Secretario del Comité	Se incluirán las observaciones dadas por el Prefecto. Se enviará la convocatoria por correo electrónico o por memorando a los Miembros de Comité y a los Coordinadores/Directores que tengan responsabilidad en algún tema de agenda. Los responsables de la temática pueden invitar a sus analistas a ser partícipes del tema específico y en el horario asignado. Los Miembros de Comité deberán programar sus actividades con la finalidad de no excusarse en la asistencia, deberán estar presentes durante todo el Comité o enviar a un delegado en caso de ausencia obligatoria.
8.	Presentar temas según agenda	Miembros del Comité	Los responsables de la información, deberán presentar los temas requeridos con claridad y sustento de materiales visuales de apoyo. No se admitirá presentar ninguna información que no haya sido contemplada en agenda. Corresponde al Director Planificación Institucional hacer un control sobre los tiempos de intervención. El secretario del Comité verificará el cumplimiento de los temas presentados.

No.	Actividad	Responsable	Descripción
9.	Tomar decisiones y asignar responsables	Miembros del Comité	Sobre la base de la información presentada la alta dirección dispondrá acciones a un responsable y para cumplimiento dentro de un período de tiempo específico.
10	Documentar resultados en Acta	Director/a de Planificación Institucional / Secretario del Comité	<p>El director/a de Planificación Institucional, en coordinación con el Secretario del Comité respectivo, documentará todas las disposiciones dadas en el Acta de Comité (FOR-PRO-DES-DIP-RPD-001-001), y preguntará sobre especificaciones en caso de que la disposición o responsable no estén claros.</p> <p>El responsable de la acción podrá pedir la inclusión de las áreas involucradas o cambio de responsable en caso de no ser un tema de su competencia. Este cambio debe realizarse en el Comité y no posterior a ello.</p> <p>El acta se enviará a los asistentes para sus observaciones y previo al envío para la firma se incluirán las observaciones que deben estar bien sustentadas. No se aceptará la cancelación de compromisos adquiridos, esta solicitud deberá hacerse cuando se haya creado el compromiso en el sistema y con la debida justificación.</p>
11	Firmar acta	Miembros del Comité	<p>Se remitirá el acta con las observaciones de los asistentes. No se aceptarán cambios al acta una vez que ésta se encuentre para la firma.</p> <p>En caso de que haya existido una omisión o cambio, el responsable del compromiso podrá incluir en la sección observaciones su petición.</p> <p>Ninguno de los coordinadores o directores considerados en el listado de firmas podrán tener en su poder el acta más de 48 horas.</p> <p>Las firmas podrán realizarse de forma manuscrita o electrónica, no podrán existir documentos mixtos, es decir, firmados manual o electrónicamente.</p>

No.	Actividad	Responsable	Descripción
12	Sistematizar disposiciones y compromisos	Director/a de Planificación Institucional	<p>El director/a de Planificación Institucional o un delegado del área deberán crear en el sistema de seguimiento todos los compromisos creados en el Acta. En caso de que algún compromiso se haya cumplido antes de su programación, este deberá de igual forma ser creado para guardar la respectiva trazabilidad.</p> <p>La creación de un compromiso o disposición deberá cumplir con los siguientes parámetros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre del compromiso • Detalle del compromiso, descripción de quien dio la disposición bajo que contexto se la dio, detalle de la acción a realizarse, personas involucradas en la coordinación de la acción, observaciones puestas en acta y que características se deberá cumplir para que el compromiso se acepte como finalizado. • Responsable del compromiso: asignar un solo responsable • Programar involucrados: activar la notificación de un nuevo compromiso a los involucrados de la actividad, en la pestaña "Seguidores" • Plazo: programar la fecha de inicio el día en que se ejecutó el Comité y como fecha de finalización el plazo asignado en Acta. • Subtareas: en caso de existir tareas previas para el cumplimiento del compromiso estas se programarán acorde a lo detallado en Acta. • El plazo para la sistematización de los compromisos no deberá exceder las 48 horas una vez que se tenga la firma de todos los

No.	Actividad	Responsable	Descripción
			asistentes.
13	Solicitar a responsables avances de compromisos adquiridos	Director/a de Planificación Institucional	<p>El/la director/a de Planificación Institucional o un delegado del área harán seguimiento, 15 días antes a la fecha de vencimiento de los compromisos. Para este efecto se enviará un recordatorio por correo electrónico Zimbra del compromiso a vencerse y se solicitará avances.</p> <p>El seguimiento realizado se lo registrará en el formato “Seguimiento de compromisos de Comité de Revisión por la Dirección” (FOR-PRO-DES-DIP-RPD-001-002).</p>
14	Reportar avances de cumplimiento	Secretario de Comité/Coordinador (a) General/Director (a)	<p>El responsable del compromiso responderá sobre los avances realizados o enviará los medios de verificación de cumplimiento del compromiso. Esta información deberá ser cargada en la matriz de seguimiento a fin de guardar trazabilidad de las acciones realizadas.</p> <p>El responsable de la información registrará el Compromiso como cumplido, cuando se haya cargado los medios de verificación de cumplimiento.</p>
15	Analizar reporte enviado por responsable de compromiso	Secretario de Comité	<p>El/la Secretario de Comité o un delegado de la Dirección de Innovación y Mejora Continua analizarán los comentarios o medios de verificación de compromisos cumplidos, cuando exista registro de estos comentarios.</p> <p>Se deberá dejar evidencia del seguimiento realizado por medio de un comentario. Además, se genera el Expediente de Revisiones por la Dirección con la Agenda de Comité, el Acta de Comité y la información y/o documentos emitidos por los responsables y miembros del Comité.</p> <p>CONTROL: Tomar en consideración las características de calidad para el reporte y</p>

No.	Actividad	Responsable	Descripción
			<p>triangular con una tercera parte la verificación del cumplimiento del compromiso.</p> <p>RESPONSABLE: Secretario de Comité</p> <p>FRECUENCIA: Cada 15 días</p>
15.1	Solicitar justificativo de no cumplimiento	Director/a de Planificación Institucional	El/la director/a de Planificación Institucional o un analista de la dirección de Planificación Institucional solicitará el justificativo de no cumplimiento a compromisos vencidos en la sección comentarios.
15.2	Reportar justificativo con aprobación del inmediato superior	Secretario de Comité/Coordinador (a) General/Director (a)	El Secretario de Comité, en caso de existir la necesidad de cancelar el compromiso, modificar el alcance o ampliar plazo, debe justificarlo en la sección comentarios. Para el caso de cancelación o modificación del compromiso, debe existir la aprobación de cancelación por parte del jefe inmediato superior, para lo cual, se conservará al menos, el correo electrónico o memorando de aprobación del jefe inmediato superior.
15.3	Elaborar y entregar el reporte de compromisos no cumplidos	Director/a de Planificación Institucional	<p>Cada fin de mes se generará un reporte de los compromisos no cumplidos, con su respectivo detalle. Se agregará el último comentario registrado por el responsable del compromiso y se procederá a entregar el reporte de no cumplimiento al Prefecto.</p> <p>El reporte de los compromisos no cumplidos no se realizará en un formato, por la variabilidad de la información que se maneja.</p> <p>El Prefecto dispondrá el registro de las acciones a realizarse ante el no cumplimiento o dará de baja compromisos que por ex temporalidad que ya no son necesarios ejecutar.</p>

No.	Actividad	Responsable	Descripción
15.4	Disponer acciones sobre compromisos no cumplidos	Prefecto (a)	El/la director/a de Planificación Institucional o un analista de la Dirección de Planificación Institucional sistematizarán las disposiciones dadas por el Prefecto en la sección comentarios, de ser el caso creará una nueva tarea.
16	Notificar estatus "CUMPLIDO"	Director/a de Planificación Institucional	El/la director/a de Planificación Institucional o un analista de la Dirección de Planificación Institucional una vez realizada la constatación de los medios de verificación y que todo esté debidamente sustentado procederán a registrar en la sección Comentario "Cumplido". Fin.

7. INDICADORES DE GESTIÓN

N°	Indicador	Definición	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Responsable de Medición	Fuente de la Medición	Frecuencia de Medición
1	Porcentaje de Cumplimiento de ejecución y temas mínimos acorde a Norma ISO 9001 (cada 6 meses)	Mide el cumplimiento de los requisitos que conservan información de soporte como evidencia de la gestión ejecutada en el SGC del GPM	$(\# \text{ requisitos revisados con evidencia} / \# \text{ requisitos exigidos por la Norma ISO 9001}) * 100$	Porcentaje	Analista de Planificación Institucional	Matriz de Seguimiento a los Compromisos	Semestral
2	Porcentaje de Cumplimiento de los compromisos	Mide el cumplimiento de los compromisos generados durante el período como parte del seguimiento y ejecución de Revisión por la Dirección	$(\text{Compromisos cumplidos} / \text{Compromisos generados del período}) * 100$	Porcentaje	Analista de Planificación Institucional	Matriz de Seguimiento a los Compromisos	Semestral
3	Porcentaje de Efectividad del resultado de los compromisos	Permite evidenciar la efectividad en la elaboración de resultados esperados de los compromisos asignados en el Comité.	$(\text{N. compromisos cumplidos con resultado esperado} / \text{total de compromisos del Comité de Dirección}) * 100$	Porcentaje	Analista de Planificación Institucional	Matriz de Seguimiento a los Compromisos	Semestral

8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS

8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Documento y Registro	FOR-PRO-DES-DIP-RPD -001-001	Agenda de Comité (Físico)	Secretario del Comité	Física; Archivo de gestión de la Dirección de Planificación Institucional	Cronológico	Director de Planificación Institucional	Tiempo de retención: 3 años Disposición final: conservación
Documento y Registro	FOR-PRO-DES-DIP-RPD -001-002	Matriz de Seguimiento de Compromisos de Comité de Revisión por la Dirección	Director de Planificación Institucional	Física; Archivo de gestión de la Dirección de Planificación Institucional	Cronológico	Director de Planificación Institucional	Tiempo de retención: 3 años Disposición final: conservación
No Aplica	No Aplica	Disposiciones y compromisos (Electrónico o físico) registrados en la matriz de seguimiento	Director de Planificación Institucional	Física; Archivo de gestión de la Dirección de Planificación Institucional	Cronológico	Director de Planificación Institucional	Tiempo de retención: 3 años Disposición final: conservación
Registro 4	No Aplica	Expediente de Revisiones por la Dirección (Físico):	Director de Planificación Institucional	Física; Archivo de gestión de la Dirección de Planificación Institucional	Cronológico	Director de Planificación Institucional	Tiempo de retención: 3 años Disposición final: conservación
Registro 5	No Aplica	Reporte de Registros	Director de Planificación Institucional	Física; Archivo de gestión de la Dirección	Cronológico	Director de Planificación	Tiempo de retención: 3 años

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
		No Cumplidos (Electrónico)	Institucional	de Planificación Institucional		ción Institucional	Disposición final: conservación



PREFECTURA DE
MANABÍ
Desarrollo y Equidad

Procedimiento

Mantenimiento de Bienes inmuebles institucionales

PRO-GAF-GAD-GBI-MBI-001

Dirección Administrativa

Enero - 2023

Versión 1.0

CÓDIGO: PRO-GAF-GAD-GBI-MBI-001		VERSIÓN 1.0	
<p>PROCEDIMIENTO:</p> <p>Mantenimiento de bienes inmuebles institucionales</p>			
DESCRIPCIÓN	CARGO	FIRMA	FECHA
APROBADO POR	Ing. Yanina Macías Del Valle Coordinadora General Administrativa Financiera		
	Ing. José Gabriel Palma Director Administrativo		
REVISADO POR	Ing. Corayma Zambrano Macías Subdirectora Administrativa		
	Ing. Iván González Valdiviezo Director de Innovación y Mejora Continua		
ELABORADO POR	Ing. Irina Macías Arteaga Analista de Innovación y Mejora Continua		
	Arq. Luisa Ana Moreira Analista Administrativa		

IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

Proceso Nivel 0:	Gestión Administrativa Financiera		
Proceso Nivel 1:	Gestión Administrativa		
Proceso Nivel 2:	Gestión de Bienes Institucionales		
Proceso Nivel 3:	Mantenimiento de bienes inmuebles institucionales		
Versión del documento:	1.0	Frecuencia de Ejecución:	Bajo demanda
Responsable:	Director/a Administrativo		

REGISTRO DE VERSIONES

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de aprobación	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
1.0	Creación	<p><i>Realizado</i></p> <p>Ing. Irina Macías Arteaga Analista de Innovación y Mejora Continua</p> <p>/</p> <p><i>Aprobado</i></p> <p>Ing. Yanina Macías Del Valle Coordinadora General Administrativa Financiera</p>	Enero - 2023	No aplica

CONTENIDO

1. OBJETIVO	5
2. ALCANCE.....	5
3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS.....	5
4. MARCO NORMATIVO	6
4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS	6
4.2. DOCUMENTOS INTERNOS.....	6
4.3. NORMAS GENERALES.....	7
5. DIAGRAMAS	9
5.1 CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	9
5.2 CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO	10
5.3 DIAGRAMA DE FLUJO	11
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	12
ELABORACIÓN DEL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO	12
7. INDICADORES DE GESTIÓN	14
8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS	15
8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	15
8.2 ANEXOS.....	15

1. OBJETIVO

Establecer las actividades necesarias para que los bienes inmuebles estén incluidos en el plan de mantenimiento de la Prefectura de Manabí, con el fin de asegurar que los bienes estén operativos y en condiciones óptimas, garantizando su disponibilidad y funcionamiento.

2. ALCANCE

Este procedimiento inicia desde la identificación de los bienes inmuebles que requieren mantenimiento a través de un contrato o de acciones correctivas realizadas, hasta que el bien inmueble queda intervenido, incluye la elaboración, revisión y aprobación del plan anual de mantenimiento de bienes inmuebles de la Prefectura de Manabí

Nota: El plan de mantenimiento incluye equipos de climatización

3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

- **Bienes Inmuebles:** Son propiedades que no pueden moverse del lugar en el que están.
- **Bienes inservibles u obsoletos.-** Son bienes que, por su estado de obsolescencia, deterioro o daño, dejan de ser útiles para el servidor o para la entidad u organismo del sector público, pero pueden ser susceptibles de chatarrización, destrucción y reciclaje; puesto que su reparación sería más costosa que la adquisición de uno nuevo.
- **Bienes intangibles.-** Es un activo no monetario, identificable y sin substancia física.
- **Bienes de Larga duración:** Son aquellos que cumplen las siguientes condiciones: Son propiedad de la Prefectura de Manabí, están destinadas a las actividades administrativas u otros fines productivas de la institución,
- **Bienes que se han dejado de usar.-** Son bienes que, por sus características técnicas y/o por el adelanto tecnológico se han dejado de usar en la entidad u organismo del sector público; sin embargo, pueden ser susceptibles de transferencia gratuita, remate, venta y/o comodato.
- **Los bienes de Propiedad, Planta y Equipo:** Son aquellos destinados a las actividades de administración, producción, suministro de bienes, servicios y arrendamiento.
- **Las bodegas de almacenamiento de bienes o inventarios:** Son bodegas que estarán adecuadamente ubicadas, contarán con instalaciones seguras, tendrán el espacio físico necesario y solo las personas que laboran en esas áreas, o aquellas debidamente autorizadas, tendrán acceso a sus instalaciones

- **Mantenimiento de bienes:** Forma constante por el mantenimiento preventivo y correctivo de los bienes, a fin de conservar su estado óptimo de funcionamiento y prolongar su vida útil.
- **Mantenimiento correctivo o no programado:** Conjunto de procedimientos utilizados para reparar un bien ya deteriorado. Mediante el mantenimiento correctivo no solo se repara el bien ya deteriorado, sino que se realizan ajustes necesarios por fallas evidenciadas.
- **Mantenimiento preventivo o programado:** Es la inspección periódica de los demás bienes con el objetivo de evaluar su estado de funcionamiento, identificar fallas, prevenir y poner en condiciones el bien para su óptimo funcionamiento, limpieza, lubricación y ajuste. Es también en este tipo de mantenimiento en el que se reemplazan piezas para las cuales el fabricante, o su representante, ha identificado que tiene un número específico de horas de servicio.
- **Pólizas del Seguro:** Es un contrato entre un asegurado y una compañía de seguros, establece los derechos y obligaciones de ambos, en relación con el seguro contratado. Incluye la contratación e pólizas de seguros necesarias para salvaguardar contra diferentes riesgos que pudiera ocurrir, para lo cual, se verificará periódicamente la vigencia y riesgos de cobertura de las pólizas.

4. MARCO NORMATIVO

4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS

- Constitución de la República del Ecuador
- Ley Orgánica del Servidor Público
- Normas de Control Interno 406-13 Mantenimiento de bienes de larga duración
- Reglamento General para la Administración, Utilización, Manejo y Control de los Bienes y Existencias del Sector Público

4.2. DOCUMENTOS INTERNOS

- Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del GPM
- Procedimiento de Gestión de Documentos del Sistema de Gestión de la Calidad
- Reglamento N°GPM-PREM-2022-008 REG - Expedir el Reglamento para la recepción, registro, identificación, almacenamiento, distribución, custodia, uso, control, egreso o baja de los bienes e inventarios institucionales del Gobierno Provincial de Manabí.


4.3. NORMAS GENERALES

- a) Las normas de este documento son de aplicación obligatoria para todos los servidores de la Prefectura de Manabí, en tanto guarde conformidad con las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y resoluciones vigentes al momento de su ejecución.
- b) El servidor que incumpliere sus obligaciones o contraviniere las disposiciones de este documento, así como las leyes y normativa conexas, incurrirá en responsabilidad administrativa de acuerdo a disposiciones reglamentarias institucionales.
- c) Todo proceso debe incorporar el concepto de mejora continua en su diagramación y generación de documentos, procurando la simplificación de tramites y tareas, eliminar duplicidad de tareas, y optimizando la transaccionalidad.
- d) La periodicidad del mantenimiento de los bienes inmuebles pertenecientes a la Prefectura de Manabí se realizará al menos una vez al año.
- e) Los bienes inmuebles pertenecientes a la Prefectura de Manabí contarán con pólizas de seguros.
- f) La Dirección Administrativa determinará los bienes inmuebles que se encuentren en mal estados.
- g) Las instalaciones de uso común de la Prefectura de Manabí se mantendrán en buen estado de funcionamiento a través del contrato de limpieza, incluye, baterías sanitarias, pasillos, recibidores, salones, escaleras, zonas de acceso, entre otros.
- h) El custodio final, será responsable de observar que los bienes a él asignados o por él utilizados y su espacio físico de trabajo se encuentren en funcionamiento y/o buenas condiciones para el adecuado desempeño. En el caso de existir fallas en los bienes inmuebles se informará por correo electrónico institucional al Director Administrativo.
- i) El Plan Anual de Mantenimiento de bienes inmuebles deberá ser entregado a el/la Coordinadora General Administrativa Financiera para su aprobación.
- j) La Gestión de Mantenimiento de Edificios se encuentra establecida en el anexo 1 del presente procedimiento.
- k) El Anexo 1 de Gestión de Mantenimiento de edificios contendrá, los bienes inmuebles, sistemas eléctricos, sanitarios y/o de climatización, los equipos informáticos y las instalaciones del sistema contra incendios.
- l) La Matriz de Mantenimiento de Edificios encuentra como anexo 2 a este procedimiento.
- m) Las instalaciones del sistema contra incendios deberán ser gestionados por la Sub-Dirección de Seguridad y Salud Ocupacional.
- n) El mantenimiento de los bienes inmuebles de la Prefectura de Manabí, incluidos en el Manual de Mantenimiento será ejecutado en función de las diferentes variables o condiciones en las que se presente el evento.
- o) El plan de Mantenimiento deberá ser utilizado para el tratamiento preventivo o correctivo dentro de la Prefectura de Manabí

- p) Todos los formatos se encuentran publicados y resguardados en la intranet institucional.
- q) Todos los aspectos que no se encuentren normados de forma expresa en este procedimiento deben ser complementados o suplidos por las disposiciones del marco normativo vigente.

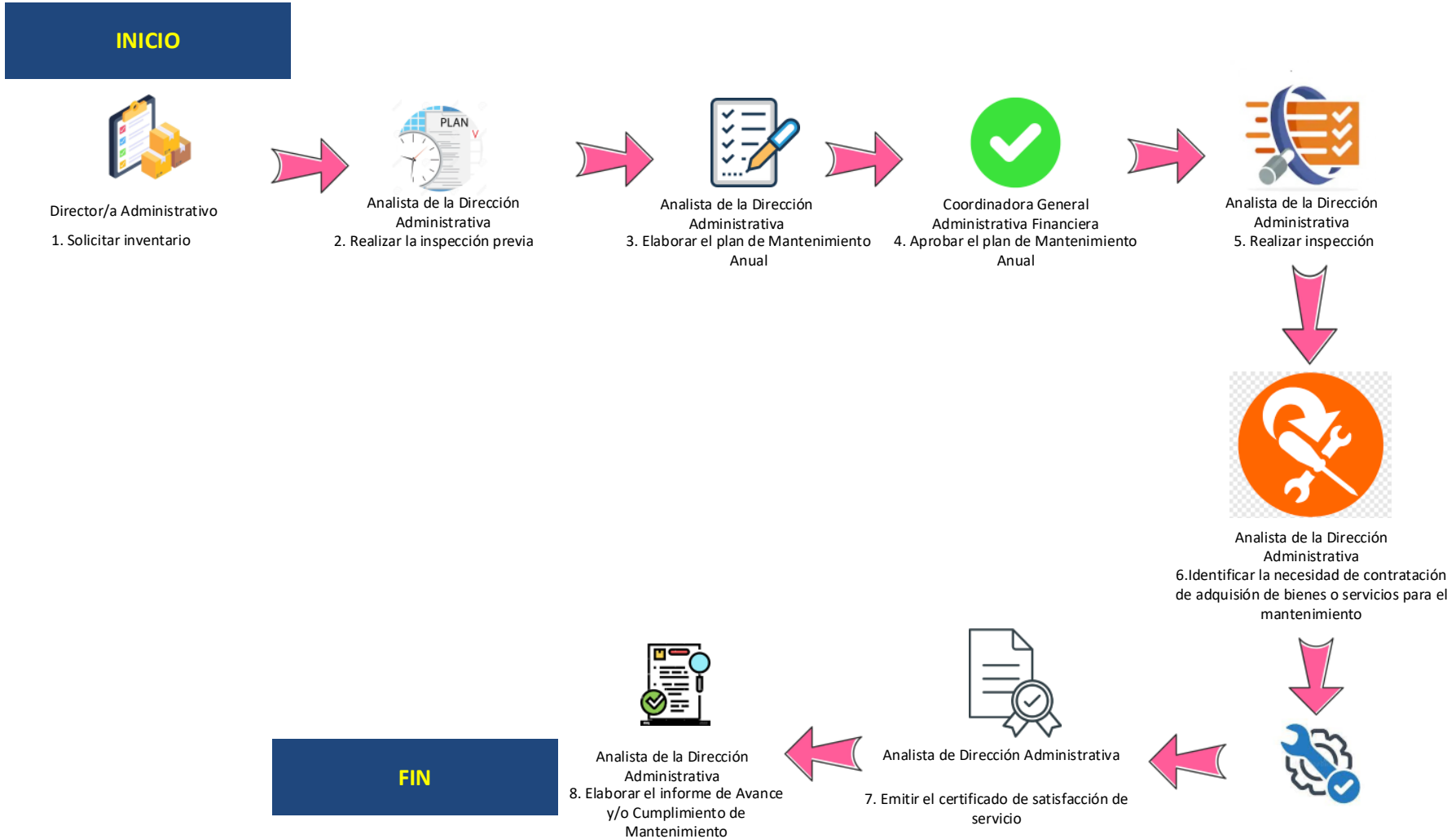
5. DIAGRAMAS

5.1 CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

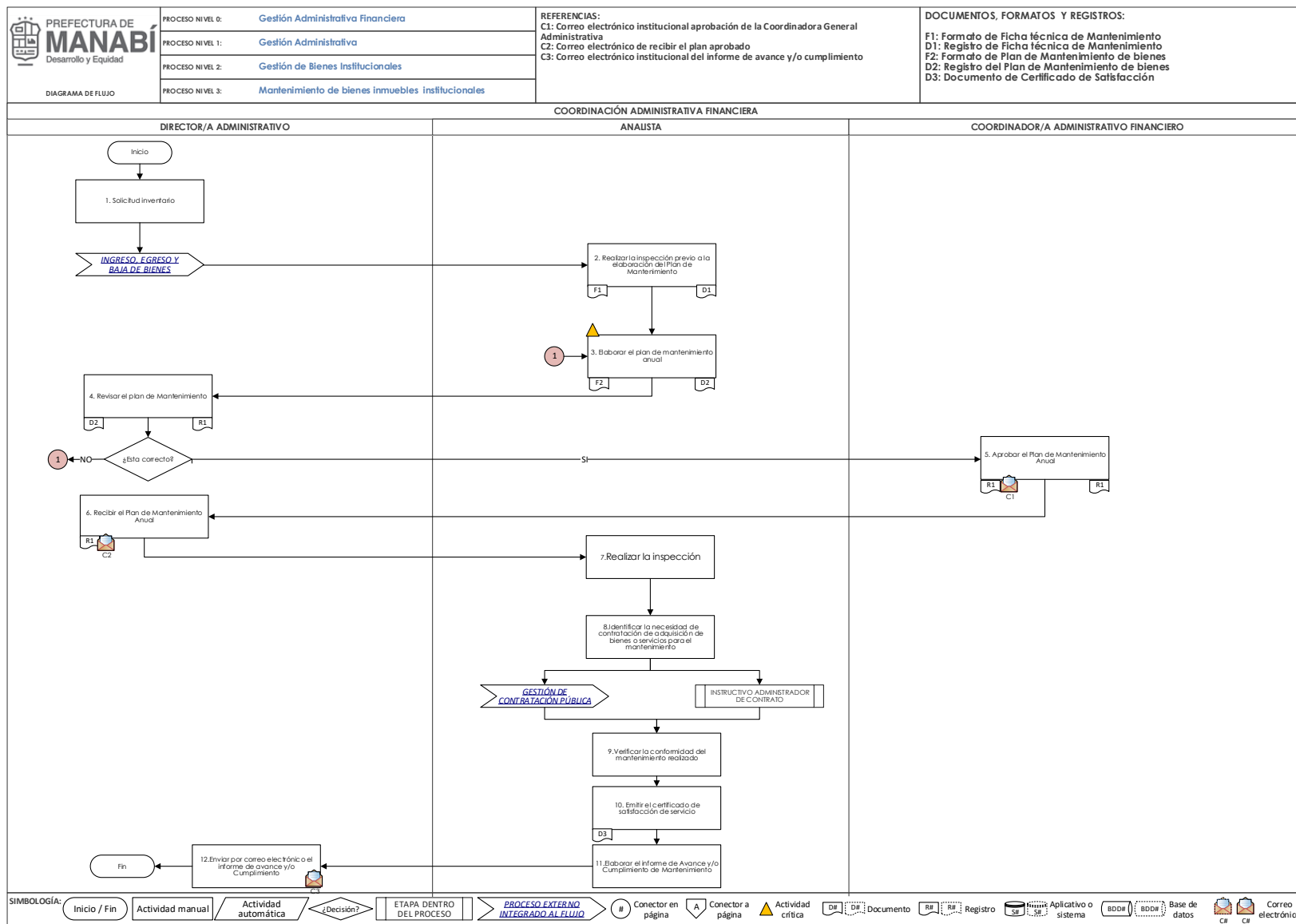
	1. NOMBRE DEL PROCESO: <u>Mantenimiento de bienes inmuebles institucionales</u>	DIAGRAMA DE CARACTERIZACIÓN		
<p>3. OBJETIVO DEL PROCESO Establecer las actividades necesarias para que los bienes inmuebles estén incluidos en el plan de mantenimiento de la Prefectura de Manabí, con el fin de asegurar que los bienes estén operativos y en condiciones óptimas, garantizando su disponibilidad y funcionamiento.</p> <p>RESPONSABLES DEL RESULTADO: Director/a Administrativo</p> <p>Objetivo ESTRATÉGICO al que contribuye: Fortalecer al Gobierno Provincial de Manabí para que promueva una institucionalidad participativa, transparente, eficiente, dinámica y de servicio a la ciudadanía.</p>				
<p>12. CONTROLES:</p> <p>1. ACTIVIDAD: 3 Elaborar el plan de mantenimiento Anual RESPONSABLE: Analista de la Dirección Administrativa</p> <p>CONTROL: Verificar que estén optimos los tiempos para la elaboración del plan de mantenimiento FRECUENCIA: Bajo demanda</p>				
<p>9. DOCUMENTACIÓN INTERNA:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del GPM •Procedimiento de Gestión de Documentos del Sistema de Gestión de la Calidad •Reglamento N°GPM-PREM-2022-008 REG - Expedir el Reglamento para la recepción, registro, identificación, almacenamiento, distribución, custodia, uso, control, egreso o baja de los bienes e inventarios institucionales del Gobierno Provincial de Manabí. 	<p>8. DOCUMENTACIÓN EXTERNA:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Constitución de la República del Ecuador (vigente) -Ley Orgánica del Servidor Público - Normas de Control Interno 404-13 mantenimiento de bienes de larga duración -Reglamento General para la Administración, Utilización, Manejo y Control de los Bienes y Existencias del Sector Público 	<p>10. REGISTROS:</p> <p>- Descritos en el diagrama de flujo</p>		
<p>7. PROVEEDORES:</p> <p>1) Personal del GPM 2) Unidades Administrativas del GPM</p>	<p>6. ENTRADAS:</p> <p>1)-2) Solicitud de mantenimiento de los bienes inmuebles</p>	<p>11. ACTIVIDADES: ACTIVIDAD INICIAL: 1. Solicitar inventario ACTIVIDAD FINAL: 12. Enviar por correo electrónico el informe de avance y/o Cumplimiento</p>	<p>2. SALIDAS:</p> <p>1) Bienes inmuebles intervenidos (Incluidos en el plan de mantenimiento o realizados el mantenimiento)</p> <p>CARACTERISTICAS -Eficacia: Los bienes inmuebles de la Prefectura estén en funciones óptimas</p>	<p>4. USUARIOS:</p> <p>1) Personal del GPM 2) Unidades Administrativas del GPM</p>
<p>13. RECURSOS:</p> <p>SOFTWARE: - Utilitarios de oficina</p> <p>HARDWARE: - Equipo de computo</p> <p>INFRAESTRUCTURA: - Estación de trabajo</p> <p>RECURSOS HUMANOS: - Personal que interviene en el proceso</p>	<p>5. INDICADOR DE RESULTADO:</p> <p>1). NOMBRE DEL INDICADOR: -Cumplimiento del plan de mantenimiento anual</p> <p>FORMULA DE CALCULO: - (actividades del plan de mantenimiento ejecutadas / plan de mantenimiento programadas) * 100%</p>	<p>14. RIESGOS:</p> <p>- Descritos en el procedimiento de Gestión de Riesgos Institucionales</p>		

FOR-INS-PRO-GB-IMC-PRC-DOC-001-001-V1.2

5.2 CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO



5.3 DIAGRAMA DE FLUJO



6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

ELABORACIÓN DEL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO

N°	ACTIVIDAD	Cargo	DESCRIPCION
1	Solicitar inventario	Director/a Administrativo	Solicita el inventario de certificación de stock de bodega de los bienes inmuebles, bienes muebles y equipos para el inventario respectivo. Gestionando el inventario de acuerdo con el procedimiento de <i>Ingreso, Egreso y baja de bienes, una vez recibido asigna analista</i>
2	Realizar la inspección previa a la elaboración del plan mantenimiento	Analista de la Dirección Administrativa	Una vez recibido el inventario, realiza la inspección a las Direcciones previo a la elaboración del Plan de Mantenimiento de bienes inmuebles, verifica el estado de las instalaciones y detecta necesidades de las oficinas, elaborando la F1: Ficha técnica de mantenimiento FOR-PRO-GAF-GAB-GBI-MBI-001-001 , citando la situación y las novedades encontradas.
3	Elaborar el plan de mantenimiento anual	Analista de Dirección Administrativa	Una vez realizado la inspección procede a la elaborar el F2: Plan de Mantenimiento de bienes Inmuebles FOR -PRO-GAF-GAB-GBI-MBI-001-002 se alinearé al Anexo 1 Gestión de Mantenimiento de Edificios previa la revisión de la Director/a Administrativa. CONTROL: Elaborar el plan de mantenimiento anual RESPONSABLE: Analista de la Dirección Administrativa FRECUENCIA: Bajo demanda
4	Revisar el Plan de Mantenimiento	Director/a Administrativa	Revisa el F2: Plan de Mantenimiento de bienes Inmuebles FOR -PRO-GAF-GAB-GBI-MBI-001-002 de acuerdo a lo establecido en el presente procedimiento. ¿Está correcto? Si está correcto pasa a la siguiente actividad, por lo contrario, si no está correcto se regresa a la actividad 3 para los debidos ajustes e inconsistencias.
5	Aprobar el plan de Mantenimiento	Coordinador/a General	Aprueba el plan de mantenimiento y dispone su ejecución mediante C1: Correo electrónico institucional

	Anual	Administrativa Financiera	
6	Recibir el plan de Mantenimiento anual	Director/a Administrativa	Recibe el plan de Mantenimiento por C2: Correo electrónico institucional aprobado el plan y asigna analista para su implementación.
7	Realizar la inspección	Analista de la Dirección Administrativa	Dentro de la implementación inicia con la inspección de las instalaciones del bien inmueble.
8	Identificar la necesidad de contratación de adquisición de bienes o servicios para el mantenimiento	Analista de la Dirección Administrativa	Identifica la necesidad de conformidad al plan de mantenimiento anual y se procederá a emplear el procedimiento de <i>Gestión de Contratación Pública</i> . Y en la parte pertinente se empleará el <i>Instructivo de Administradores de Contrato</i> .
9	Verificar la conformidad del mantenimiento realizado	Analista de la Dirección Administrativa	Da constancia de la conformidad de los bienes y/o servicios recibido del mantenimiento, y que se hayan efectuado a entera satisfacción.
10	Emitir el certificado de satisfacción de servicio	Analista de la Dirección Administrativa	Una vez constatado el mantenimiento realizado, se emite el certificado validado respectivo de conformidad por el servicio recibido D3. Documento de Certificado de Satisfacción .
11	Elaborar el informe de Avance y/o Cumplimiento de	Analista de la Dirección Administrativa	Elabora el informe de los avances y/o cumplimientos de Mantenimiento de bienes inmuebles institucionales mediante C1: Correo electrónico Institucional .

	Mantenimiento		
12	Enviar por correo electrónico el informe de avance y/o Cumplimiento	Director/a Administrativo	Revisa, y de existir conformidad aprueba y envía a la Coordinación General Administrativa Financiera el informe de avance y/o cumplimiento por C3: Correo electrónico institucional para su conocimiento . Fin

7. INDICADORES DE GESTIÓN

N°	Indicador	Definición	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Responsable de Medición	Fuente de la Medición	Frecuencia de Medición
1	Cumplimiento del plan de mantenimiento anual	Mide el cumplimiento de las actividades programadas del Plan Anual de Mantenimiento de la Prefectura de Manabí	(plan de mantenimiento ejecutadas / plan de mantenimiento programadas) * 100%	Porcentaje	Analista de la Dirección Administrativa	Plan de Mantenimiento Anual	Anual

8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS

8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Formato	FOR -PRO-GAF-GAB-GBI-MBI-001-001	Ficha técnica de mantenimiento de muebles	Director/a Administrativo	Física o electrónica: Archivo de la Dirección Administrativa	Conforme el expediente	Director y Analistas de la Dirección Administrativa	Tiempo de retención: 7 años Disposición final: Conservación
Formato	FOR -PRO-GAF-GAB-GBI-MBI-001-002	Plan de Mantenimiento de bienes	Director/a Administrativo	Física o electrónica: Archivo de la Dirección Administrativa	Conforme el expediente	Director y Analistas de la Dirección Administrativa	Tiempo de retención: 7 años Disposición final: Conservación
Documento	No Aplica	Documento de Certificado de Satisfacción	Director/a Administrativo	Física o electrónica: Archivo de la Dirección Administrativa	Conforme el expediente	Director y Analistas de la Dirección Administrativa	Tiempo de retención: 7 años Disposición final: Conservación

8.2 ANEXOS

Anexo 1: Gestión de Mantenimiento de Edificios

Anexo 2: Matriz de Mantenimiento de Edificios



Procedimiento

Gestión de Contratación Pública

PRO-GAF-GCP-COP-001

Dirección de Compras Públicas

Enero - 2023

Versión 1.0

CÓDIGO: PRO-GAF-GCP-COP-001		VERSIÓN:01
<p>PROCEDIMIENTO:</p> <p>Gestión de Contratación Pública</p>		
DESCRIPCIÓN	CARGO	FIRMA
APROBADO POR	Ing. Yanina Macias Coordinadora General Administrativa Financiera	
	Ing. Iván González Director de Innovación y Mejora Continua	
REVISADO POR	Ing. Oscar Centeno Director de Compras Públicas	
	Ing. Lidice Valarezo Subdirectora de Compras Públicas	
ELABORADO POR	Ing. Andrés Chumanía Consultor	

IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

Proceso Nivel 0:	Gestión Administrativa Financiera		
Proceso Nivel 1:	Gestión de Compras Públicas		
Proceso Nivel 2:	Gestión de Contratación Pública		
Proceso Nivel 3:	N/A		
Versión del documento:	1.0	Frecuencia de Ejecución:	Bajo demanda
Responsable:	Director(a) de Contratación Pública		

REGISTRO DE VERSIONES

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de aprobación	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
1.0	Creación del documento	Ing. Andrés Chumanía Consultor; Ing. Lídice Valarezo Subdirectora de Compras Públicas / Eco. Yanina Macias Coordinadora General Administrativa Financiera	Enero - 2023	IG01-M15.P01. S02-Instructivo para la contratación general

CONTENIDO

1. OBJETIVO	5
2. ALCANCE	5
3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS	5
4. MARCO NORMATIVO	8
4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS	8
4.2. DOCUMENTOS INTERNOS	8
4.3. NORMAS GENERALES	8
5. DIAGRAMAS	11
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	11
5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO	12
5.3. DIAGRAMA DE FLUJO	13
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	17
7. INDICADORES DE GESTIÓN	40
8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS	41
8.1 CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	41

1. OBJETIVO

Establecer las directrices y parámetros necesarios que permitan gestionar de manera eficiente la contratación de bienes, servicios, obras o consultorías (exceptuando ínfimas cuantías y catálogo electrónico) que ejecuta el Gobierno Provincial de Manabí, en cumplimiento a la normativa legal vigente.

2. ALCANCE

El proceso inicia con la identificación de la necesidad y generación del requerimiento por parte de la unidad requirente del bien, obra, servicio o consultoría, así como las autorizaciones del gasto respectivas. Continúa con las actividades de la etapa precontractual y contractual hasta la finalización del contrato en el Sistema Nacional de Contratación Pública.

3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

Adjudicación: Es el acto administrativo por el cual la máxima autoridad o el órgano competente otorga derechos y obligaciones de manera directa al oferente seleccionado, surte efecto a partir de su notificación y solo será impugnable a través de los procedimientos establecidos en esta Ley.

Catálogo Electrónico: Registro de bienes y servicios normalizados publicados en el portal del ente rector de la contratación pública para su contratación directa como resultante de la aplicación de convenios marco.

Certificación del PAC. - Es el documento que indica que el requerimiento de contratación solicitado se encuentra dentro de la planificación institucional.

Certificación presupuestaria. – Se la realiza para garantizar que se cuenta con el recurso presupuestario disponible y libre de afección, para comprometer un gasto con cargo al presupuesto institucional autorizado para el año fiscal respectivo. Dicha certificación implica reserva del recurso presupuestario, hasta el perfeccionamiento del compromiso y la realización del correspondiente registro presupuestario.

Contratación Pública: Se refiere a todo procedimiento concerniente a la adquisición o arrendamiento de bienes, ejecución de obras públicas o prestación de servicios incluidos los de consultoría. Se entenderá que cuando el contrato implique la fabricación, manufactura o producción de bienes muebles, el procedimiento será de adquisición de bienes. Se incluyen también dentro de la contratación de bienes a los de arrendamiento mercantil con opción de compra.

Tabla de montos de contratación según tipo y procedimiento

Bienes y servicios normalizados	Coeficientes del PIE / LOSNCP
Catálogo electrónico	
Subasta inversa electrónica	0,0000002
Ínfima cuantía	0,0000002
Bienes y servicios no normalizados	
Menor cuantía	0,000002
Cotización	Entre 0,000002 y 0,000015
Licitación	0,000015
Obras	
Menor cuantía	0,000007
Cotización	Entre 0,000007 y 0,00003
Licitación	0,00003
Precio fijo	0,000007
Consultoría	
Contratación directa	0,000002
Lista corta	0,000015
Concurso público	0,000015

Contratista: Es la persona natural o jurídica, nacional o extranjera, o asociación de éstas, contratada por las Entidades Contratantes para proveer bienes, ejecutar obras y prestar servicios, incluidos los de consultoría.

Entidades o Entidades Contratantes: Los organismos, las entidades o en general las personas jurídicas previstas en el artículo 1 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública.

Feria Inclusiva: Evento realizado al que acuden las Entidades Contratantes a presentar sus demandas de bienes y servicios, que generan oportunidades a través de la participación incluyente, de artesanos, micro y pequeños productores en procedimientos ágiles y transparentes, para adquisición de bienes y servicios, de conformidad con el Reglamento.

Pliegos: Documentos precontractuales elaborados y aprobados para cada procedimiento, que se sujetarán a los modelos establecidos por el Servicio Nacional de Contratación Pública.

Portal Compras públicas: (www.compraspublicas.gob.ec): Es el Sistema Informático Oficial de Contratación Pública del Estado Ecuatoriano.

Proveedor: Es la persona natural o jurídica nacional o extranjera, que se encuentra inscrita en el RUP, de conformidad con Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública, habilitada para proveer bienes, ejecutar obras y prestar servicios, incluidos los de consultoría, requeridos por las Entidades Contratantes.

MFC. - Modulo facilitador de contratación pública.

4. MARCO NORMATIVO

4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS

- Constitución de la República del Ecuador.
- Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado.
- Código Orgánico De Organización Territorial, Autonomía y Descentralización.
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública.
- Reglamento General de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública.
- Codificación y Compilación de Resoluciones emitidas por la Secretaría Nacional de Contratación Pública.
- Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas.
- Reglamento al Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas.

4.2. DOCUMENTOS INTERNOS

- Estatuto Orgánico por Procesos.
- Procedimiento de Gestión de Documentos del Sistema de Gestión de la Calidad.

4.3. NORMAS GENERALES

- Las normas de este documento son de aplicación obligatoria para todos los servidores de la Prefectura de Manabí, en tanto guarden conformidad con las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y resoluciones vigentes al momento de su ejecución.
- El servidor que incumpliere sus obligaciones o contraviniera las disposiciones de este documento, así como las leyes y normativa conexas, incurrirá en responsabilidad administrativa de acuerdo a disposiciones reglamentarias institucionales.
- Todos los documentos relacionados al Procedimiento Gestión de Contratación Pública deben estar disponibles en la Intranet de la Prefectura de Manabí.
- Todos los aspectos que no se encuentren normados de forma expresa en este documento deben ser complementados o suplidos por las disposiciones del marco normativo vigente.
- Todo proceso debe incorporar el concepto de mejora continua en su diagramación y generación de documentos, procurando la simplificación de trámites y tareas, eliminar duplicidad de tareas, y optimizando la transaccionalidad.
- Todos los servidores del GPM podrán conformar parte de una comisión técnica o ser delegados para evaluar, conforme lo designe la máxima autoridad.
- De conformidad a la normativa emitida por parte del Servicio Nacional de Contratación Pública, el uso de firma electrónica es obligatorio según el tipo de documentación.
- Todo servidor del GPM que participe en cualquiera de las fases del proceso de contratación pública deberá contar con la certificación como operador del Sistema Nacional de Contratación Pública conforme la exigencia contemplada en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública.
- Se determina el uso del aplicativo informático de gestión gubernamental que utilice

la Prefectura de Manabí como repositorio documental institucional. En el mismo reposarán tanto los archivos físicos digitalizados, como los electrónicos correspondientes a la etapa preparatoria y precontractual. De ser el caso los documentos físicos que existan o se generen en un proceso de contratación se adjuntarán escaneados, estos documentos físicos serán gestionados conforme a las directrices emitidas por la Dirección de Secretaría General.

- Los estudios de mercado serán realizados por cada una de las áreas requirentes.
- Previo a la publicación de la documentación en el portal de compras públicas del SERCOP, la Dirección de Compras Públicas revisará y validará que los documentos cumplan el estándar requerido.
- Para corregir errores manifiestos de hecho, de transcripción o de cálculo que se hubieren producido de buena fe en las cláusulas contractuales, las entidades podrán celebrar contratos modificatorios que enmienden los errores encontrados.

Contratos complementarios:

- En el caso de que fuere necesario ampliar, modificar o complementar una obra o servicio determinado por causas imprevistas o técnicas, debidamente motivadas, presentadas con su ejecución, el Estado o la Entidad Contratante podrá celebrar con el mismo contratista, sin licitación o concurso, contratos complementarios que requiera la atención de las modificaciones antedichas, siempre que se mantengan los precios de los rubros del contrato original, reajustados a la fecha de celebración del respectivo contrato complementario.
- Si para la adecuada ejecución de una obra o prestación de un servicio, por motivos técnicos, fuere necesaria la creación de nuevos rubros, podrá celebrarse contratos complementarios dentro de los porcentajes previstos en la ley.
- La suma total de las cuantías de los contratos complementarios no podrá exceder del ocho por ciento (8%) del valor del contrato principal.


Para el caso de obras, la indicada suma total se computará de la siguiente manera:

1. Para el caso de diferencia de cantidades (Si al ejecutarse la obra de acuerdo con los planos y especificaciones del contrato se establecieren diferencias entre las cantidades reales y las que constan en el cuadro de cantidades estimadas en el contrato, la entidad podrá ordenar y pagar directamente sin necesidad de contrato complementario, hasta el cinco por ciento (5%) del valor del contrato principal, siempre que no se modifique el objeto contractual. A este efecto, bastará dejar constancia del cambio en el documento "orden de cambio" suscrito por las partes).
2. Para el caso de rubros nuevos (La Entidad Contratante podrá disponer, durante la ejecución de la obra, hasta del dos por ciento (2%) del valor del contrato principal, para la realización de rubros nuevos, mediante órdenes de trabajo y empleando la modalidad de costo más porcentaje. En todo caso, los recursos deberán estar presupuestados de conformidad con la presente Ley. Las órdenes de trabajo contendrán las firmas de las partes y de la fiscalización.)

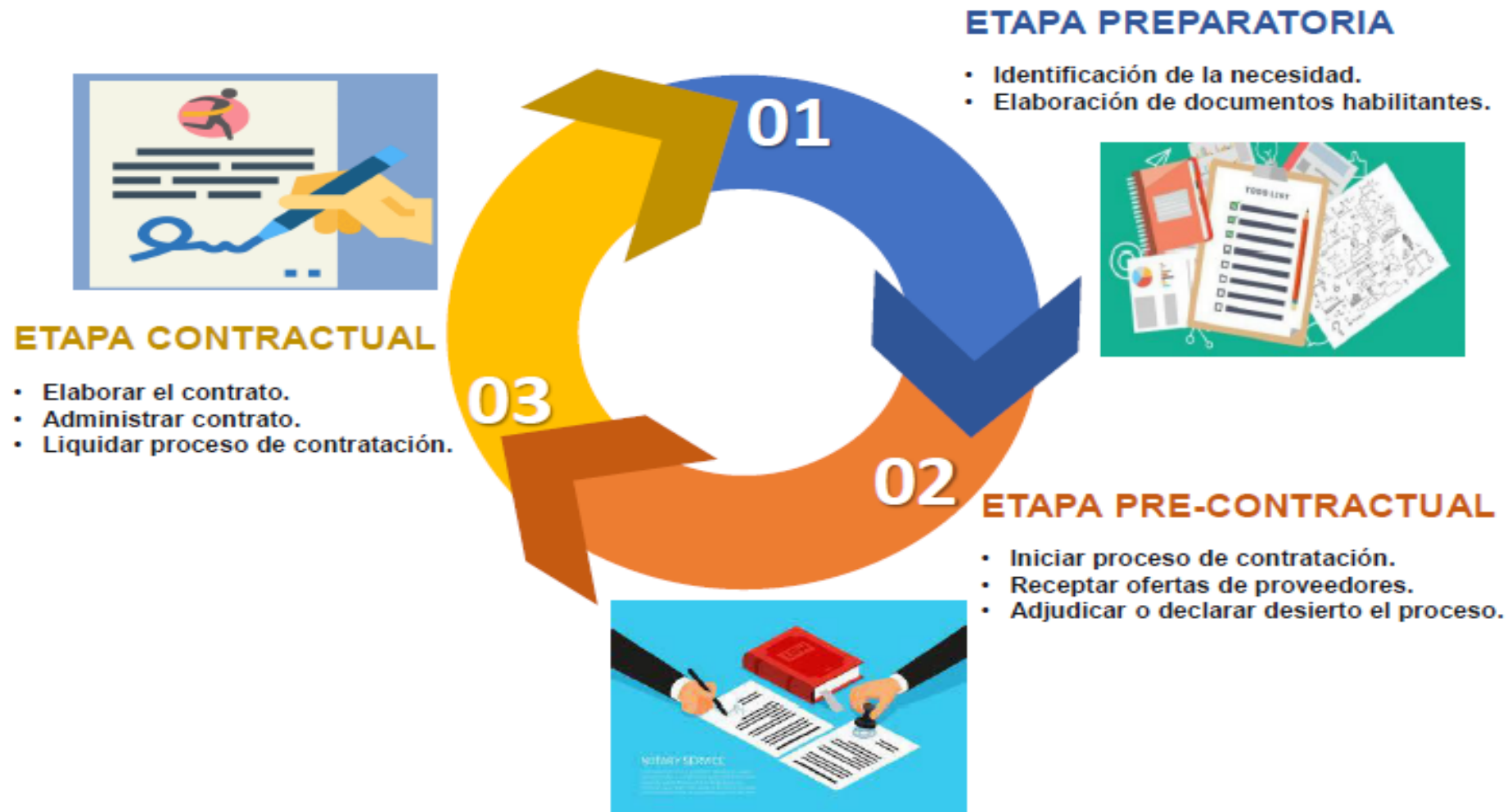
3. Si se sobrepasa los porcentajes previstos en los numerales que preceden será necesario tramitar los contratos complementarios que se requieran, siempre que éstos no excedan del ocho por ciento (8%) del valor del contrato principal.
4. La suma total de los contratos complementarios, órdenes de trabajo y diferencia en cantidades a los que se refiere este capítulo, para el caso de obras, en ningún caso excederá del quince por ciento (15%) del valor del contrato principal. El valor de los contratos complementarios de consultoría no podrá exceder del quince por ciento (15%) del valor del contrato principal.
5. En los contratos complementarios a los que se refieren los dos artículos precedentes constarán la correspondiente fórmula o fórmulas de reajuste de precios, de ser el caso.
6. En los contratos complementarios se podrá contemplar el pago de anticipos en la misma proporción prevista en el contrato original.
7. En todos los casos, en forma previa a la suscripción de los contratos complementarios, así como en la suscripción de ordenes de trabajo u ordenes de cambio, se requerirá contar con la certificación presupuestaria correspondiente.
 - El valor de los contratos complementarios de consultoría no podrá exceder del quince por ciento (15%) del valor del contrato principal.
 - No procede la celebración de contratos complementarios para los de adquisiciones de bienes sujetos a esta Ley.
 - Solo en casos excepcionales y previo informe favorable del Contralor General del Estado, la suma total de los contratos complementarios, órdenes de trabajo y diferencia en cantidades a los que se refiere este capítulo, para el caso de obras, así como el valor de los contratos complementarios de consultoría, podrán alcanzar hasta el treinta y cinco por ciento (35%) del valor del contrato principal.
 - La Contraloría General del Estado tendrá el término de treinta (30) días para emitir su informe, caso contrario se considerará favorable. El Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública establecerá la documentación que se deberá adjuntar a la solicitud.
 - En el caso de no existir informe favorable o que el monto de contratos complementarios, órdenes de trabajo o diferencias de obra superen los porcentajes permitidos, la máxima autoridad deberá dar por terminado el contrato, iniciar un nuevo proceso de contratación previo los estudios del caso y emprender las acciones contempladas en esta Ley para el consultor o los funcionarios de la institución responsables de los estudios precontractuales.
 - Previo a toda contratación pública se debe solicitar el informe de pertinencia y favorabilidad a la Contraloría General del Estado, en base a los lineamientos establecidos en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública.

5. DIAGRAMAS

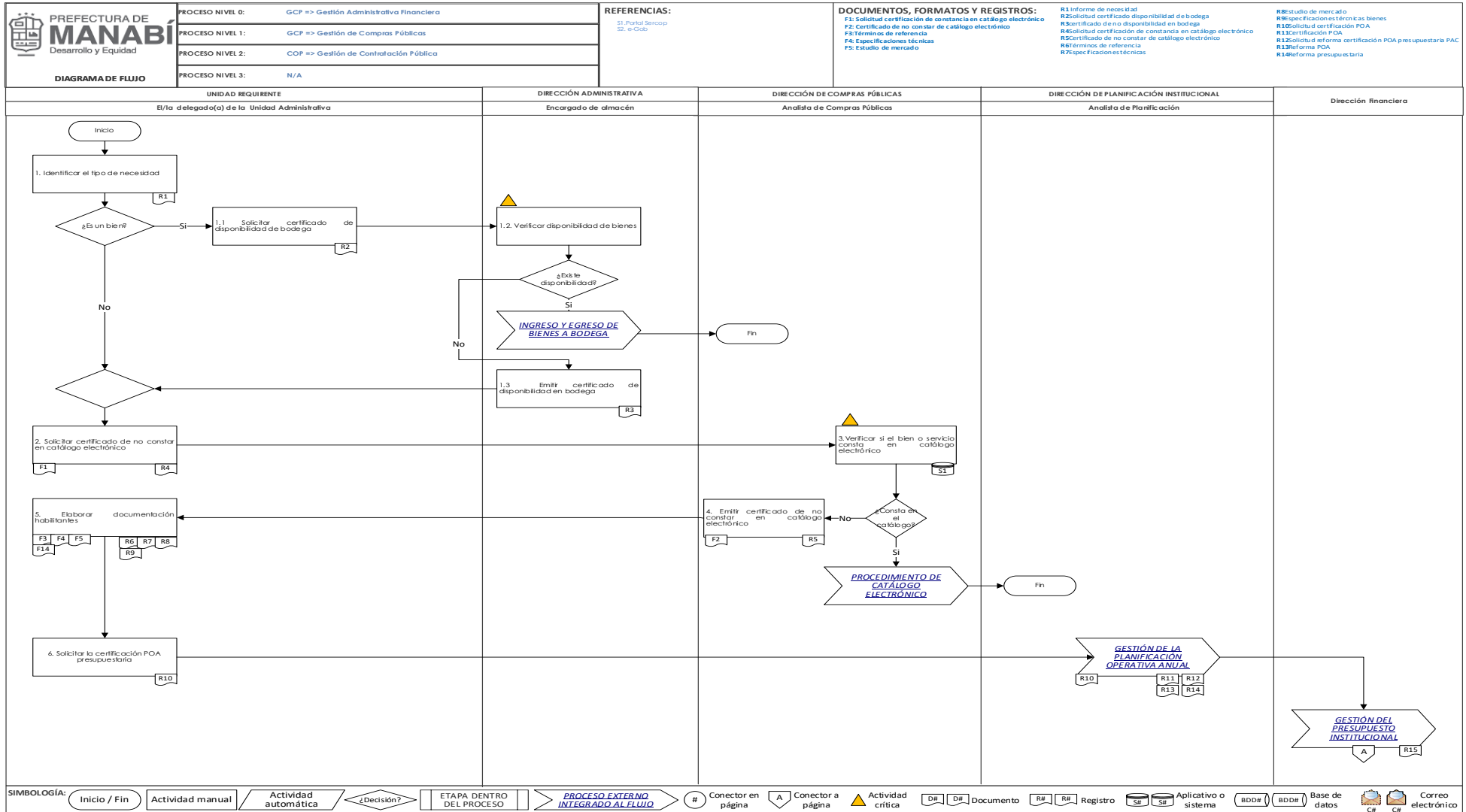
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

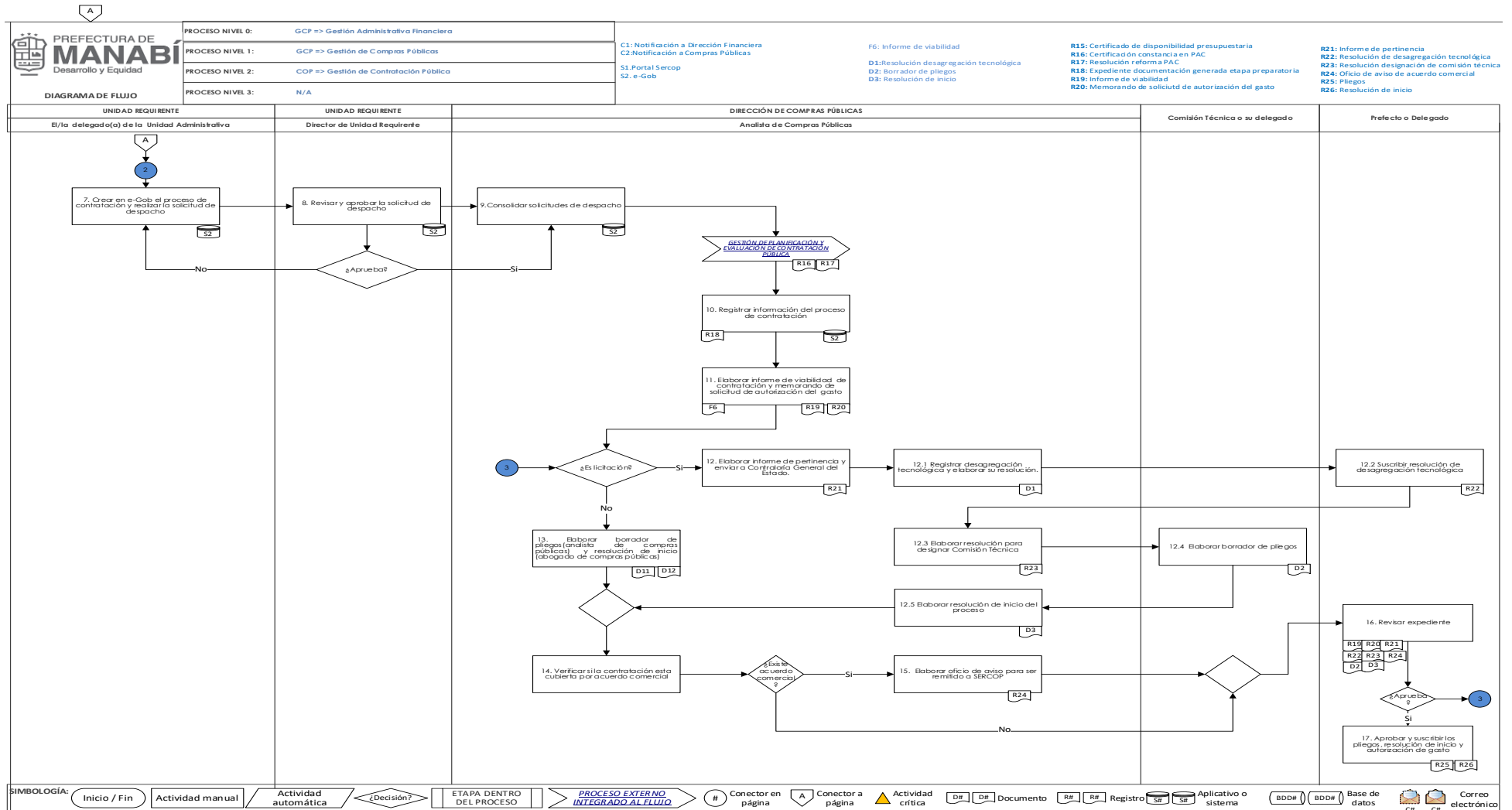
 1. NOMBRE DEL PROCESO: <i>Gestión de Contratación Pública</i>		DIAGRAMA DE CARACTERIZACIÓN
CARACTERIZACIÓN		
3. OBJETIVO DEL PROCESO: Establecer las directrices y parámetros necesarios que permitan gestionar de manera eficiente la contratación de bienes, servicios, obras o consultorías que ejecuta el Gobierno Provincial de Manabí , en cumplimiento a la normativa legal vigente. RESPONSABLES DEL RESULTADO: <i>El / la directora(a) de Compras Públicas</i> OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE CONTRIBUYE: <i>Eje Institucional => Promover el desarrollo sustentable de su circunscripción territorial provincial, para garantizar la realización del buen vivir a través de la implementación de políticas públicas provinciales en el marco de sus competencias.</i>		
12. CONTROLES: 1. ACTIVIDAD: 3. Solicitar certificado de no constar en catálogo electrónico RESPONSABLE: Coordinador / Director Dueño o Responsable del Proceso / Delegado de Unidad Requeriente CONTROL: Verificar que el bien o servicio no conste en catálogo electrónico. 2. ACTIVIDAD: 16. Elaborar informe de viabilidad de contratación RESPONSABLE: El/la Gestor de compras públicas CONTROL: Elaborar informe de viabilidad		
9. DOCUMENTACIÓN INTERNA: -DIMC-MC-005-2021 Directrices proceso para contratación. -DIMC-ME-015-2020 Directrices Firma Electrónica Contratación Pública. -DIMC-ME-019-2020 Roles y flujo de proceso repositorio institucional compras. -Estatuto Orgánico por Procesos	8. DOCUMENTACIÓN EXTERNA: -Constitución de la República del Ecuador. -Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado. -Código Orgánico De Organización Territorial, Autonomía y Descentralización. -Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública. -Reglamento General de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública. -Codificación y compilación de Resoluciones emitidas por la Secretaría Nacional de Contratación Pública. -Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas. -Reglamento al Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas.	10. REGISTROS: Los detallados en el flujograma.
7. PROVEEDORES: 1) Dirección de Planificación Institucional 2) Dirección Financiera 3) Unidades Requerentes del Gobierno Provincial de Manabí 4) Secretaría de Contratación Pública 5) Dirección de Contratación Pública	6. ENTRADAS: 1) Resolución aprobatoria del PAC. 3) Reformas al PAC. 4) PAC 8) Requerimiento de contratación de bienes, servicios, obras licitaciones y consultoría. 5) Lineamientos	11. ACTIVIDADES: ACTIVIDAD INICIAL: 1. Identificar el tipo de necesidad ACTIVIDAD FINAL: Finalizar el proceso de contratación en el Portal de SERCOP
		2. SALIDAS: 1) Documentos publicados por proceso de contratación. 2) Bien, obra, servicio y/o consultoría adjudicado. 3) Proceso de contratación pública declarado desierto o cancelado. 4) Contrato firmado CARACTERÍSTICAS. Eficiencia
		4. USUARIOS: 1) Unidades Requerentes 2) Contratistas 3) Organismo rector 4) Administrador de contrato
13. RECURSOS: SOFTWARE: - Utilitarios de Oficina - Sistemas Internos Institucionales - Sistema Oficial de Contratación del Estado HARDWARE: - Equipo de Cómputo INFRAESTRUCTURA: - Estaciones de trabajo RECURSOS HUMANOS: - Prefecto/delegado - Dirección de Compras Públicas - Dirección Financiera - Procuraduría Sindical - Dirección de Planificación Institucional - Dirección Administrativa - Miembros de Comisión Técnica/Delegado - Administradores de Contrato - Unidades requerientes - Proveedores	5. INDICADOR DE RESULTADO: 1. NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de procesos publicados dentro del tiempo establecido FÓRMULA DE CÁLCULO: (Número de procesos publicados dentro del tiempo establecido (12 días) / (Número procesos de contratación ingresados) *100 2. NOMBRE DEL INDICADOR: Calidad de información entregada para los procesos de contratación FÓRMULA DE CÁLCULO: (Total de procesos devueltos) / (Total recibidos) *100	14. RIESGOS: La Gestión de riesgos del SGC, está contemplado en el proceso de Gestión de Riesgos, cuya codificación se encuentra en el catálogo de documentos.

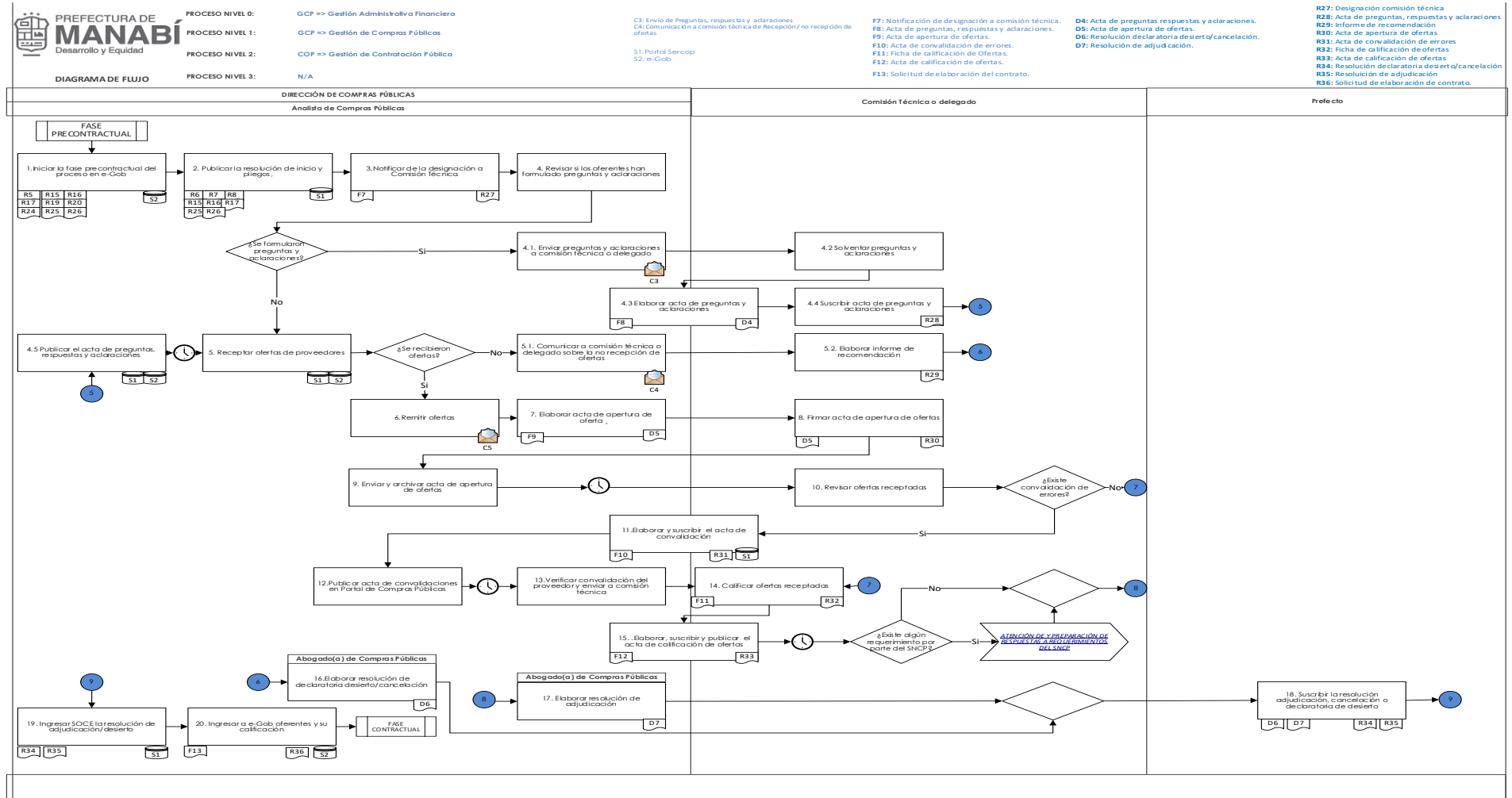
5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO

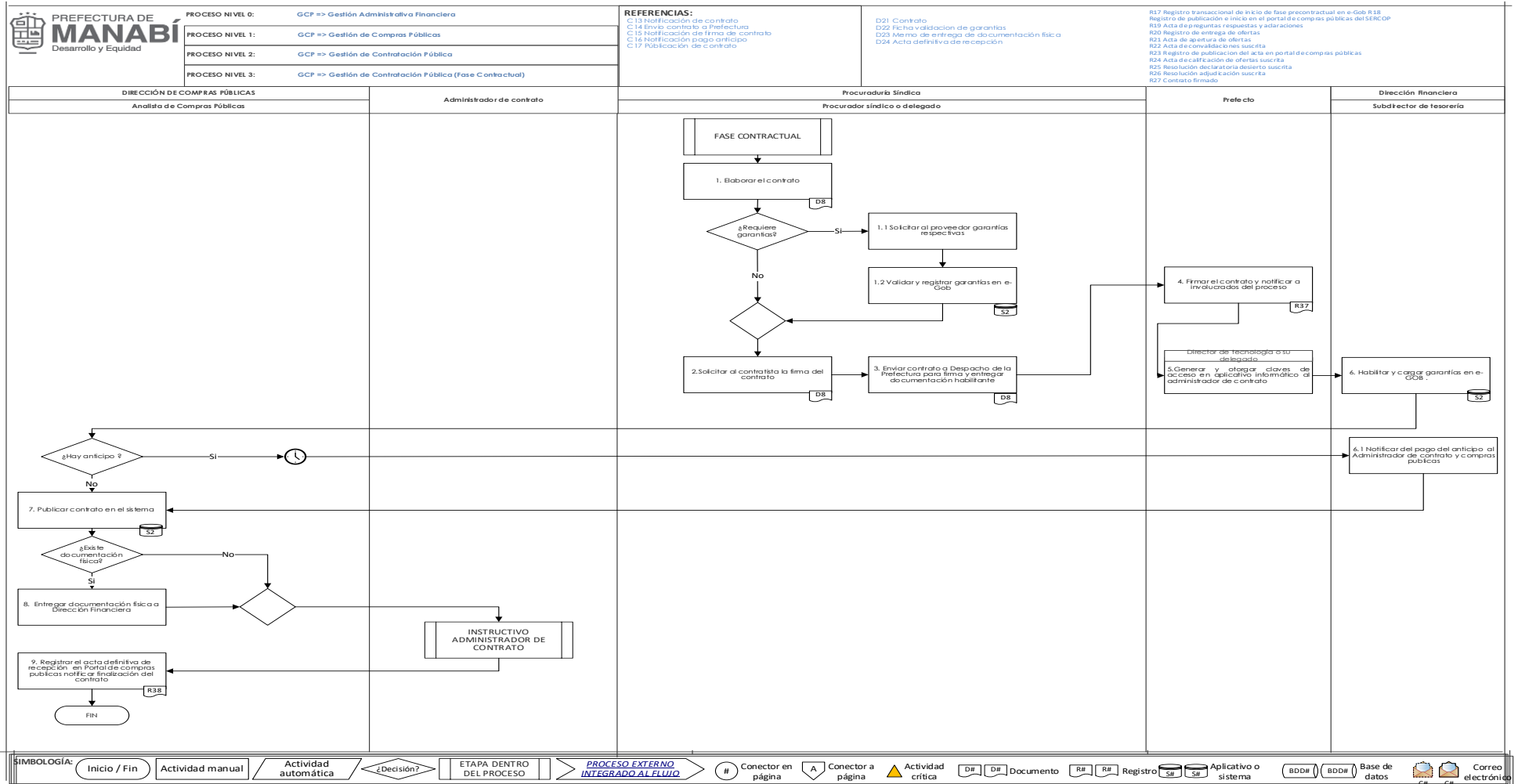


5.3. DIAGRAMA DE FLUJO









6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

No.	Actividad	Cargo	Descripción
1	Identificar el tipo de necesidad	El/la delegado (a) de la unidad administrativa	Se elabora el "Informe de necesidad de contratación" y se identifica el tipo de necesidad. Existen tres tipos de necesidades: bien, obra, servicio o consultoría. ¿La necesidad es un Bien? Si: pasar a la actividad 1.1. No: Pasar a la actividad 2. ⇒ R1 Informe de necesidad de contratación
1.1	Solicitar certificado de disponibilidad de bodega a almacén general	El/la delegado (a) de la unidad administrativa	Mediante memorando solicitar certificado de disponibilidad en bodega. ⇒ R2 Memorando de solicitud de certificado de disponibilidad de bodega
1.2	Verificar disponibilidad de bienes	El/la responsable de almacén general	Verificar el inventario de los bienes requeridos. ¿Existe disponibilidad? Si: Procedimiento de ingreso y egreso de bienes a bodega. FIN No: pasar a la actividad 1.3.

1.3	Emitir certificado de disponibilidad de bodega y en	El/la responsable de almacén general	Acorde a la disponibilidad de bodega se emite certificado. ⇒ R3 Certificado de disponibilidad de bodega.
2	Solicitar certificado de no constar en catálogo electrónico	El/la delegado (a) de la unidad administrativa	Mediante memorando solicitar a la Dirección de Compras Públicas certificado de no constar en catálogo electrónico. FOR-PRO-GAF-GCP-COP-001-001 Solicitud certificado de constancia en catálogo electrónico. ⇒ R4 Memorando de solicitud de certificado de no constancia en catálogo electrónico.
3	Verificar si el bien, servicio, consta en catálogo electrónico	El/la Gestor de Compras Públicas	Si son bienes o servicios, previo a la elaboración de los documentos habilitantes, la Dirección Compras Públicas deberá revisar si el producto o servicio a adquirir consta en el catálogo electrónico. ¿Consta en el catálogo electrónico? Si: Pasar al Procedimiento de Catálogo Electrónico. FIN. No: Pasar a la actividad 4.
4	Emitir certificado de no constar en el catálogo electrónico	El/la Gestor de Compras Públicas	Emitir el certificado de no constar en el catálogo electrónico. El certificado deberá incluir la captura de pantalla de la búsqueda del producto en el portal de compras públicas sección catálogos electrónicos. Utilizar el formato FOR-PRO-GAF-GCP-COP-001-002 Certificado de no constar de catálogo electrónico. ⇒ R5 Certificado de no constancia en catálogo electrónico.

5	Elaborar documentos habilitantes	El/la delegado (a) de la unidad administrativa	<p>Elaborar los estudios previos que sustenten la necesidad, como informes internos y todos sus documentos que el área requirente considere habilitantes de la necesidad, que permitan dimensionar adecuada y razonablemente la misma, así como los Términos de Referencia (TDR) y/o Especificaciones Técnicas (ET).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudios previos • Certificado de no constar en catálogo electrónico (FOR-PRO-GAF-GCP-COP-001-001) • Términos de referencia (FOR-PRO-GAF-GCP-COP-001-003); Especificaciones técnicas Obras (FOR-PRO-GAF-GCP-COP-001-004) o FOR-PRO-GAF-GCP-COP-001-013 Especificaciones técnicas bienes • Certificado de disponibilidad de bodega • Estudio de mercado (FOR-PRO-GAF-GCP-COP-001-005). <p>⇒ R6 Términos de referencia ⇒ R7 Especificaciones técnicas obras ⇒ R8 Estudio de mercado ⇒ R9 Especificaciones técnicas bienes</p>
6	Solicitar la certificación POA y presupuestaria	El/la delegado (a) de la unidad administrativa	<p>La Unidad requirente, solicita mediante memorando la correspondiente Certificación POA y presupuestaria a la Dirección de Planificación y Dirección Financiera respectivamente.</p> <p>⇒ R10 Memorando solicitud de certificación POA y presupuestaria.</p>
GESTIÓN DE LA PLANIFICACIÓN OPERATIVA ANUAL			<p>⇒ R11 Certificación POA ⇒ R12 Solicitud de reforma POA y presupuestaria ⇒ R13 Reforma POA</p>
GESTIÓN DE PRESUPUESTO INSTITUCIONAL			<p>⇒ R14 Reforma presupuestaria ⇒ R15 Certificación presupuestaria</p>

7	<p>Crear en Aplicativo Informático el proceso de contratación y realizar la solicitud de despacho</p>	<p>El/la delegado (a) de la unidad administrativa</p>	<p>Crear en el-Gob el proceso de contratación ya sea para bienes, servicios, obras o consultorías y registrar su información básica como objeto de la contratación, tipo, plazo entre otros</p> <p>Cuando la contratación no es de bienes, es decir, son obras, servicios o consultorías, además de ingresar la información básica general se debe crear en el-Gob estas obras, servicios o consultorías como productos sobre los que posteriormente serán ítems de facturación.</p> <p>Cuando la contratación son obras, bienes o servicios de consultoría se deberá solicitar a la Dirección de Compras Públicas la certificación de constancia en catálogo electrónico.</p> <p>FOR-PRO-GAF-GCP-COP-001-015 Solicitud de Gestión de Contratación</p> <p>La tarea en el Aplicativo Informático se realiza en:</p> <p>Menú Autoservicios / Contratación Pública (+) para lo cual ingresará:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Objeto de contratación. 2. Tipo. 3. Plazo. 4. En la pestaña "TDR", subpestaña "Pagos y garantías", se añadirá el monto total en dólares del anticipo de existir, y los pagos a realizarse (en porcentaje a pagar en cada desembolso programado), y en la subpestaña "Origen" se ingresará el Área requirente 5. Código del proceso de contratación. 6. Marcar la casilla si se trata de un procedimiento plurianual ("es certificado plurianual). 7. Solo en caso de ser de ejecución plurianual, en la pestaña "TDR", subpestaña "Partida(s)", opción "Datos para el certificado plurianual", se añadirá (+) el monto total incluido impuestos que se ejecutará por cada año y se ingresará el ítem presupuestario (nivel 4), que es el mismo que consta en su certificación de POA.
---	---	---	--

			<p>De ser obras, servicios o consultorías en el mismo menú se debe crear el producto, que corresponde al nombre sobre lo que se facturará posteriormente, escogiendo el botón "Crear Producto" en donde se ingresará el detalle de la obra, servicio o consultoría.</p> <p>- El nombre del producto creado para servicios, consultorías y obras, puede corresponder al mismo objeto de contrato o contener diferentes ítems. Las unidades requirentes cargan la certificación presupuestaria.</p> <p>Realizar la "Solicitud de Despacho" o contratación en el Aplicativo Informático y adjuntar a esta solicitud en el mismo aplicativo toda la documentación habilitante del proceso de contratación (de la fase preparatoria), sea electrónica o física (escaneada).</p> <p>- La tarea se realiza en el Aplicativo Informático: Menú</p> <p>Autoservicios /Solicitud de despacho /Solicitud de despacho (+). Los campos a registrar, de forma general, son los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar el producto, en caso de que ya conste registrado en la base de datos del Aplicativo Informático (si fue adquirido previamente o creado previamente a la solicitud de despacho). 2. En la sección "genérico", colocar el objeto de la contratación establecido. 3. En el campo "Tipo", seleccionar "artículo", si se trata de un bien, seleccionar "activo", si corresponde a un bien que es considerado "activo", y seleccionar "servicio", si corresponde al mismo, a una consultoría o una obra. 4. En la sección observaciones, registrar cualquier consideración adicional. Se sugiere indicar particularmente si la contratación se asocia a algún convenio, en cuyo caso detallar qué convenio y con qué institución es el convenio. 5. En el campo "Precio referencial", se colocará el presupuesto referencial, que es el que deriva del estudio de mercado con el que se estableció el presupuesto referencial o el presupuesto a partir del análisis de precios unitarios para obras. El valor total a registrar es sin IVA,
--	--	--	---

			<p>6. En el campo "Presupuesto", se identificará (+) la línea del PAC a la cual se asociará la contratación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La documentación que se genera en esta etapa considerada preparatoria del proceso deberá estar firmada electrónicamente, salvo que corresponda a documentación externa, y se adjuntará a la Solicitud de Despacho en el Aplicativo Informático, al igual que los documentos físicos que existan y se adjuntarán escaneados. - Los documentos originales físicos del proceso, de existir, se entregarán a la Dirección de Compras Públicas con copia del memorando de requerimiento. - Los nombres de los archivos de los documentos adjuntos a la Solicitud de Despacho deberán colocarse conforme la directriz emitida en el memorando - Las unidades requirentes deberán registrar toda la información pertinente del proceso (administrador de contrato, financiamiento, forma de pago etc.)
8	Revisar y aprobar la solicitud de despacho	El/la director(a) de la unidad administrativa requirente	<p>Revisar la contratación requerida, la documentación cargada y de estar de acuerdo aprobar la Solicitud de Despacho en el Aplicativo Informático.</p> <p>Notificar: A bodega cuando son bienes para la respectiva creación de productos en Aplicativo Informático.</p> <p>En caso de no aprobar la solicitud de despacho notificar al delegado del área requirente indicando las observaciones.</p>
9	Consolidar las solicitudes de despacho	El/la Gestor de compras públicas	<p>Revisar y consolidar la solicitud o las solicitudes de despacho con requerimientos del mismo tipo en Aplicativo Informático, según el alcance, similitudes entre requerimientos, especificaciones, objetivo de los bienes o servicios o el tipo de procedimiento de contratación que vaya a realizar la Dirección de Compras Públicas.</p> <p>En el caso de consolidar más de una solicitud de despacho (requerimiento), coordinará para elaborar un único documento de TDR o ET con las áreas requirentes. Y subirá al sistema Aplicativo Informático la consolidación, ejecutar los estados: validado, consolidado y revisado.</p>

			<p>La tarea se realiza en el Aplicativo Informático: Menú Compras Públicas/ Consolidaciones, Proceso de Consolidación: Estados validado, consolidado y revisado.</p>
<p>GESTIÓN DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE CONTRATACIÓN PÚBLICA</p>			<p>⇒ R16 Certificación de constancia en PAC ⇒ R17 Resolución de reforma al PAC</p>
10	Registrar información del proceso de contratación	El/la Gestor de compras públicas	<p>Revisar que en Aplicativo Informático, adjunto al proceso de contratación, se encuentre toda la documentación de la fase preparatoria. Ingresar en Aplicativo Informático, en el proceso de contratación (creado en la Actividad 10), la información adicional detallada en lineamientos y agregar productos consolidados, previo a ejecutar la opción" confirmar." -La tarea se realiza en el Aplicativo Informático: Menú Autoservicios / Contratación Pública (+) para lo cual ingresará: 1. Código de procedimiento de contratación. 2. Tipo de compra. 3. Tipo de procedimiento de contratación. 4. Seleccionará los productos (solicitudes de despacho requerimientos) consolidados corresponderán al proceso de contratación. 5. Asignará el IVA. 6. En la pestaña "TDR", subpestaña "Entregas y administrador", se ingresará el administrador y fiscalizadores sugeridos. 7. En la pestaña "Financiamiento", se añadirá (+) en el campo "Tercero", el nombre de la institución origen de los recursos (siendo el Gob. Provincial, si son</p>

			<p>recursos propios, BDE u otro), y el resto de información descriptiva, que es indicativa.</p> <p>⇒ R18 Expediente contiene registros de (R1 a R17)</p>
16	<p>Elaborar informe de viabilidad de contratación y memorando de solicitud de autorización del gasto</p>	<p>El/la Gestor de compras públicas</p>	<p>Preparar su informe de viabilidad de contratación en el que constará al menos: la lista de verificación evidenciando la constancia de todos los documentos habilitantes requeridos para el proceso, el tipo de procedimiento de contratación a realizar de acuerdo a la normativa y monto, las condiciones generales requeridas para el proceso y que constarán en los pliegos, y cualquier recomendación que considere oportuno para la aplicación de la política de compras públicas institucionales y la planificación estratégica institucional. Elaborar Memorando de Solicitud de Autorización de Gasto y enviar junto con el Informe a Subdirector(a) de Compras Públicas para posterior envío a Director(a) de Compras Públicas.</p> <p>Lineamientos, controles y restricciones</p> <p>- Usar el formato FOR-PRO-GAF-GCP-COP-001-006 Informe de Viabilidad; que contiene la lista de verificación. Cuando se trate de un procedimiento de régimen especial el memorando de autorización de gasto incluirá una justificación que incluya una condición de hecho y derecho para acogerse al régimen especial esta debe venir justificada por el área requirente en su solicitud.</p> <p>¿Es Licitación?</p> <p>Si: Continuar a la actividad 18.</p> <p>No: Continuar a la actividad 19.</p> <p>CONTROL: Elaborar informe de viabilidad</p> <p>RESPONSABLE: El/la Gestor de compras públicas</p>

			<p>FRECUENCIA: Bajo demanda.</p> <p>⇒ R19 Informe de viabilidad</p> <p>⇒ R20 Memorando de solicitud de autorización del gasto</p>
12	Elaborar solicitud de informe de pertinencia y enviar a CGE	El/la Gestor de compras públicas	<p>Acorde a los lineamientos establecidos en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública el gestor de contratación pública deberá elaborar la solicitud de informe de pertinencia.</p> <p>Se solicitará revisión de la subdirección de compras públicas y aprobación del director de compras públicas.</p> <p>⇒ R21 Informe de pertinencia</p>
12.1	Registrar desagregación tecnológica y elaborar su resolución	El/la Gestor de compras públicas	<p>Registrar desagregación tecnológica en el Portal de la SERCOP.</p> <p>Elaborar resolución de desagregación tecnológica.</p>
12.2	Suscribir resolución de desagregación tecnológica	Prefecto o su delegado	<p>⇒ R22 Resolución de desagregación tecnológica</p>
12.3	Elaborar resolución para designar Comisión Técnica	El/la abogado de compras públicas	<p>⇒ R23 Resolución de designación de comisión técnica</p>
12.4	Elaborar borrador de pliegos	Comisión Técnica o su delegado	N/A
12.5	Elaborar resolución de inicio del proceso	El/la abogado de compras públicas	N/A

13	Elaborar borrador de pliegos y resolución de inicio	El/la Gestor de compras públicas / Abogado de compras públicas	El gestor de compras públicas elabora el borrador de pliegos. El abogado de compras públicas elabora la resolución de inicio del proceso. Se solicitará revisión de la subdirección de compras públicas y aprobación del director de compras públicas.
14	Verificar si la contratación está cubierta por acuerdo comercial.	El/la Gestor de compras públicas	Si de acuerdo a la institución, al tipo de producto (bien, servicio, obra o consultoría), y al monto del presupuesto referencial la contratación está cubierta por un Acuerdo Comercial (puede ser con la Unión Europea u otro). ¿Existe acuerdo comercial? Si: Continuar a la actividad 21. No: Continuar a la actividad 22.
15	Elaborar oficio de aviso para ser remitido a la SERCOP	El/la Gestor de compras públicas	Preparar el aviso de Contratación Pública para ser remitido al SERCOP. Esperar el término de 5 días luego de remitir el memorando al SERCOP, para poder publicar el proceso de contratación en el portal de compras públicas. ⇒ R24 Oficio de aviso de acuerdo comercial
16	Revisar expediente	Prefecto delegado	Se revisa el expediente generado en la etapa preparatoria. ¿Aprueba? Si: Continuar a la actividad 23. No: Regresa a la actividad 17.
17	Aprobar y suscribir pliegos, resolución de	Prefecto delegado	⇒ R25 Pliegos ⇒ R26 Resolución de inicio

	inicio y solicitud de autorización del gasto		
Fase Precontractual			
1	Iniciar la fase precontractual del proceso en plataforma Aplicativo Informático	El/la Gestor de compras públicas	<p>Abrir el proceso de contratación en Aplicativo Informático, adjuntar toda la documentación generada en la Dirección de Compras Públicas para el proceso respectivo y generar el inicio de la fase precontractual.</p> <p>- La tarea se realiza en Aplicativo Informático: Menú Compras/ Contratación/Contratación/ botón Fase Precontractual.</p> <p>- Se adjuntará al menos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Certificación Presupuestaria. 2. Certificaciones de constancia en el PAC. 3. Certificación de no constar en Catálogo Electrónico (de ser el caso). 4. Resolución de Reforma PAC (de ser el caso). 5. Informe de Viabilidad Técnica de Contratación. 6. Memorando de Solicitud de Autorización de Gasto. 7. Aviso de Contratación Pública en procesos cubiertos por Acuerdo Comerciales. 8. Resolución de Inicio, Pliegos.
2	Publicar resolución de inicio y pliegos	El/la Gestor de compras públicas	<p>Publicar en el SOCE la documentación relevante conforme al tipo de proceso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) El pliego suscrito. 2) Resolución de inicio del proceso. 3) Certificación presupuestaria (excepto en Subasta Inversa Electrónica, que se publicará después en la etapa adjudicación).

		<p>4) Certificación de constancia en el POA (excepto en Subasta Inversa Electrónica, que se publicará después en la etapa adjudicación).</p> <p>5) Estudios técnicos.</p> <p>6) Términos de referencia o especificaciones técnicas.</p> <p>7) Estudio de mercado (excepto en Subasta Inversa Electrónica, que se publicará después en la etapa adjudicación).</p> <p>8) Resolución PAC y Reforma PAC (en caso de aplicar).</p> <p>9) Publicar la documentación relevante conforme al tipo de proceso.</p> <p>Para el caso de subasta inversa, solo se publicarán los documentos 1, 2, 5; 6, verificando que no conste en ninguna sección el presupuesto unitario ni total del procedimiento de contratación). Más los documentos relevantes que deben publicarse en el portal de Compras públicas en el proceso de contratación de acuerdo las directrices dadas por ente rector, y la normativa vigente.</p> <p>Caso 1: Notificar su designación a la comisión técnica cuando exista según el proceso.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consultoría por lista corta o por concurso público 2. Subasta Inversa y ferias inclusivas cuando el presupuesto es mayor al 0,000002 por el monto del presupuesto inicial del ESTADO. 3 cotizaciones 4. Licitaciones 5. regímenes y procedimientos especiales cuando aplique dependiendo del presupuesto y de la necesidad de negociación. <p>Caso2: Notificar su designación al delegado de la máxima autoridad para calificar, cuando exista según el proceso:</p>
--	--	---

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Consultoría contratación directa. 2. Subasta inversa Y Ferias inclusivas: presupuesto es < al 0.000002 por el monto del Presupuesto Inicial Estado. 3. Catálogo Electrónico. 4. Menor cuantía. 5. Regímenes y procedimientos especiales cuando aplique dependiendo del presupuesto y de la necesidad de contratación.
3	Notificar la designación a Comisión Técnica	El/la Gestor de compras públicas	<p>Mediante correo electrónico se notifica de la designación a Comisión Técnica. FOR-PRO-GAF-GCP-COP-001-007V01 Notificación a comisión técnica</p> <p>⇒ R27 Notificación a comisión técnica</p>
4	Revisar si los oferentes han formulado preguntas y aclaraciones	El/la Gestor de compras públicas	<p>Revisar si los oferentes han formulado preguntas o han requerido aclaraciones en el Portal de Compras Públicas</p> <p>¿Se formularon Preguntas y aclaraciones?</p> <p>Si: Continuar a la actividad 4.1.</p> <p>No: Continuar a la actividad 5.</p>
4.1	Enviar preguntas y aclaraciones a Comisión Técnica	El/la Gestor de compras públicas	<p>Enviar las preguntas y aclaraciones vía correo electrónico a los miembros de la comisión o delegado, indicando el plazo para remitir el Acta de preguntas, repuestas y aclaraciones vía Portal de Compras Públicas en el tiempo señalado en el cronograma del proceso de contratación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el caso de Ferias inclusivas, llevar a cabo el evento de socialización con los proveedores invitados, en el día y hora establecidos en el pliego.

4.2	Solventar preguntas y aclaraciones	Comisión técnica o delegado	N/A
4.3	Elaborar acta de preguntas, respuestas y aclaraciones	El/la secretario(a) de Comisión Técnica / Comisión Técnica o delegado	Elaborar el Acta de preguntas, respuestas y aclaraciones FOR-PRO-GAF-GCP-COP-001-008 para su contestación a cada una de las preguntas formuladas por medio del Portal de Compras Públicas de acuerdo a las indicaciones que ha emitido el SERCOP en esta etapa. En el caso de régimen especial se llevar a efecto la audiencia de respuestas y aclaraciones, elaboración y suscripción de la misma, y su publicación de respuestas formulada en el Portal de Compras Públicas de acuerdo a las indicaciones que ha emitido el SERCOP en esta etapa.
4.4	Suscribir acta de preguntas y aclaraciones	Comisión técnica o su delegado	⇒ R28 Acta de preguntas, respuestas y aclaraciones
4.5	Publicar acta de preguntas respuestas y aclaraciones	El/la Gestor de compras públicas	Publicar el Acta de preguntas, respuestas y aclaraciones en el SOCE, antes de la fecha lmite establecido en el cronograma.
5	Receptar ofertas de proveedores	El/la Gestor de compras públicas	Recibir las ofertas, en el plazo establecido, de acuerdo a la convocatoria, invitación, pliego, portal SOCE y Subir a Aplicativo Informático. ¿Se recibieron ofertas? Sí: Continúa a la actividad 6. No: Continuar a la actividad 5.1.
5.1	Comunicar a comisión técnica o delegado	El/la Gestor de compras públicas	Mediante correo electrónico comunicar a la comisión técnica la recepción/no recepción de ofertas.
5.2	Elaborar informe de recomendación	Comisión técnica o delegado	Elaborar informe con recomendación expresa de declaratoria de desierto del proceso.

			<p>Passar a la actividad 16.</p> <p>⇒ R29 Informe de recomendación</p>
6	Remitir ofertas a comisión técnica	El/la Gestor de compras públicas	Remitir vía correo electrónico a la Comisión Técnica o delegado las ofertas presentadas vía Portal de Compras Públicas en el SOCE, validadas en la herramienta MFC del SERCOP o en caso de recepción de ofertas físicas por medio de la Secretaría General del GPM en medios magnéticos, acorde a la convocatoria o invitación solicitadas en el proceso para su evaluación a través de un memo firmado por el Director de Compras Públicas.
7	Elaborar acta de apertura de ofertas	El/la secretario(a) de Comisión Técnica	Elaborar acta de apertura de ofertas FOR-PRO-GAF-GCP-COP-001-009.
8	Firmar acta de apertura de oferta	Comisión Técnica o delegado	⇒ R30 Acta de apertura de ofertas
9	Enviar y archivar acta de apertura de ofertas	El/la Gestor de compras públicas	Las actas son enviadas por correo electrónico a los oferentes para posterior archivo.
10	Revisar ofertas receptadas	Comisión Técnica o delegado	<p>¿Existen convalidaciones?</p> <p>Si: Continuar a la actividad 11.</p> <p>No: Continuar a la actividad 14.</p>
11	Elaborar acta de convalidación.	Secretario(a) de comisión técnica / Comisión técnica o delegado	<p>Realizar acta de convalidación de errores. FOR-PRO-GAF-GCP-COP-001-010.</p> <p>El acta de convalidación de errores debe ser firmada por la Comisión Técnica.</p> <p>⇒ R31 Acta de convalidación de errores</p>

12	Publicar acta en Portal de Compras Públicas	El/la Gestor de compras públicas	N/A
13	Verificar convalidación del proveedor y enviar a comisión técnica o su delegado	El/la Gestor de compras públicas	N/A
14	Calificar las ofertas receptadas	Comisión Técnica o delegado	<p>En el caso de existir una Subcomisión de Apoyo (acorde a la normativa vigente), el presidente de la Comisión Técnica deberá notificar formalmente, mediante memorando, al miembro o miembros designados. En ese caso, luego del accionar de la Subcomisión, los documentos que generen como informes de evaluación técnica de la revisión de ofertas, las conclusiones y recomendaciones, y demás documentos comprobatorios serán utilizados por la Comisión Técnica como ayudas en el proceso de calificación y selección, por ningún concepto serán asumidos como decisorios. La Comisión Técnica o su delegado, obligatoriamente deberá analizar dichos informes y avalar o rectificar la totalidad de los mismos asumiendo de esta manera la responsabilidad por los resultados de esta etapa de calificación.</p> <p>Casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar el sorteo (menor cuantía de obras) o negociación (única oferta en subasta inversa electrónica, consultorías en las que aplica y regímenes especiales). - Elaborar el "Informe de recomendación "luego del sorteo de menor cuantía obras o luego de la puja en subasta inversa electrónica, régimen especial, ya sea con la recomendación de adjudicación o declaratoria de desierto del proceso, según el caso.

			<p>- Elaborar el acta de negociación con recomendación expresa de adjudicación o declaratoria de desierto del proceso para los casos que aplique.</p> <p>⇒ R32 Ficha de calificación de ofertas</p>
15	Elaborar, suscribir y publicar acta de calificación de ofertas	Secretario(a) de comisión técnica / Comisión Técnica o delegado / El/la Gestor de compras públicas	<p>Realizar el acta de calificación de ofertas con la recomendación expresa de realizar el sorteo, la negociación, adjudicación o declaración de desierto, según aplique y enviar a Compras Públicas.</p> <p>El acta de calificación de ofertas debe ser firmada por la Comisión Técnica.</p> <p>El/la Gestor de compras públicas es responsable de la publicación del acta de ofertas</p> <p>¿Existe algún requerimiento por parte del Servicio Nacional de Contratación Pública?</p> <p>Si: Proceso atención de y preparación de respuestas a requerimientos del SNCP</p> <p>No: Pasar a la actividad 17</p> <p>⇒ R33 Acta de calificación de ofertas</p>
16	Elaborar resolución de declaratorio desierto / cancelación	El/la abogado de compras públicas	<p>Acorde a la actividad 5.2, se elabora la resolución de declaratorio desierto tomando como un insumo el informe de recomendación elaborado por la comisión técnica.</p> <p>Se solicitará revisión de la subdirección de compras públicas y aprobación del director de compras públicas.</p>
17	Elaborar resolución de adjudicación	El/la abogado de compras públicas	Si existe un ganador elaborar la Resolución de adjudicación.

			<p>En el caso de que se deshabiliten las ofertas presentadas o no exista negociación exitosa, preparar la Resolución de declaratoria del proceso Desierto total o Parcial, según aplique.</p> <p>Se solicitará revisión de la subdirección de compras públicas y aprobación del director de compras públicas.</p>
18	Suscribir la resolución adjudicación, cancelación o declaratoria de desierto	Prefecto o delegado	<p>⇒ R34 Resolución de declaratorio desierto/cancelación</p> <p>⇒ R35 Resolución de adjudicación</p>
19	Ingresar SOCE la resolución de adjudicación/desierto	El/la Gestor de compras públicas	<p>Si existe un adjudicatario o adjudicatarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adjudicar en el Portal de Compras Públicas - Publicar la Resolución de Adjudicación y oferta ganadora en el Portal de Compras Públicas la Resolución de Adjudicación y demás documentación relevante determinada en la normativa según sea el caso (Así por ejemplo para subasta inversa: estudio previo, cálculo del presupuesto referencial, certificación presupuestaria, estudios de mercados, certificación POA, certificación PAC, y otros documentos). - Si no existe un ganador publicar en el portal la Resolución de Declaratoria de desierto e informe de Comisión Técnica. En caso de reapertura Actividad 1. En caso de archivo finalizar el proceso en Aplicativo Informático. - Si se solicitó la cancelación publicar en el Portal de Compras Públicas la Resolución de Cancelación e informe de motivo del acto administrativo.
20	Ingresar a Aplicativo Informático oferentes y su calificación	El/la Gestor de compras públicas	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresar en Aplicativo Informático los oferentes.

			<ul style="list-style-type: none"> • Adjuntar en el proceso de contratación toda la documentación de fase precontractual en Aplicativo Informático, precontractual. • Verificar que la documentación de la fase preparatoria se encuentre subida por el área requirente al proceso de contratación. <p>Notificar a: Procuraduría Síndica mediante memorando la adjudicación, para elaboración del Contrato. FOR-PRO-GAF-GCP-COP-001-012</p> <p>-La tarea se realiza en los siguientes menús del Aplicativo Informático:</p> <p>Menú Compras/ Contratación / Pestaña Oferentes- Proveedores. Ingresar oferentes, la información de la calificación y oferta económica.</p> <p>⇒ R36 Solicitud de elaboración de contrato</p>
Fase Contractual			
1	Elaborar contrato	El/la Procurador síndico o delegado	<p>Elaborar el contrato.</p> <p>¿Requiere garantías?</p> <p>Si: Pasar a la actividad 1.1.</p> <p>No: Pasar a la actividad 2.</p>
1.1	Solicitar al proveedor las garantías	El/la Procurador síndico o delegado	Si la contratación requiere garantías, solicitar al proveedor las garantías respectivas (buen uso del anticipo, garantía de fiel cumplimiento y/o garantía técnica), además de otros documentos habilitantes que considere el área jurídica, en el plazo establecido (Art 113 del Reglamento LOSNCP); y garantías adicionales (inciso segundo art. 74 LOSNCP)
1.2	Validar y registrar garantías en Aplicativo Informático	El/la Procurador síndico o delegado	<p>Validar las Garantías.</p> <p>Ingresar los datos de la Garantía en el Sistema Aplicativo Informático.</p>

			<p>Notificar a: Prefecto o su delegado, a la Subdirectora de Tesorería y al Administrador del Contrato.</p> <p>- La Garantía se ingresa en el Sistema Aplicativo Informático.</p> <p>Menú Tesorería- Garantías/ Póliza y Garantías</p> <p>- Para invalidar anticipo se realiza en Aplicativo Informático en el Menú Compras Públicas/ Contratación/ Contratación, escoger el proceso de Contratación, en la pestaña "PAGOS, en la línea del "Anticipo", en el campo "Estado", escoger la opción "Inválido".</p> <p>- Para procesos de contratación cuyo monto es \geq a la licitación, gestionar la protocolización del contrato, una vez firmado, y enviar este a Compras Públicas para su carga en el portal de compras públicas.</p>
2	Solicitar al contratista la firma del contrato	El/la Procurador síndico o delegado	Tomar en este la firma electrónica del contratista y enviarlo vía correo a la Coordinación del Despacho de Prefectura para la firma del Prefecto.
3	Enviar contrato a Despacho de la Prefectura para firma y entregar documentación habilitante.	El/la Procurador síndico o delegado	<p>Enviar contrato firmado vía correo a la Coordinación del Despacho de Prefectura para la firma del Prefecto. En el caso que en el contrato conste que el proveedor renuncia al anticipo, registrar en el-Gob el anticipo con estado inválido.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entregar a la Coordinación del Despacho, en físico, la "Garantía" y la "Ficha de validación de la garantía" impresa, en esta tomará la firma de la recepción. • Notificar a: Prefecto o su delegado, a la subdirectora de Tesorería y al Administrador del Contrato. <p>- Tarea manual por fuera del Aplicativo Informático.</p> <p>- La Garantía se ingresa en el Sistema Aplicativo Informático. Menú Tesorería- Garantías/ Póliza y Garantías</p>

			<p>- Para invalidar anticipo se realiza en Aplicativo Informático en el Menú Compras Públicas/ Contratación/ Contratación, escoger el proceso de Contratación, en la pestaña "PAGOS, en la línea del "Anticipo", en el campo "Estado", escoger la opción "Inválido".</p>
4	Firmar el contrato y notificar a involucrados	Prefecto o su delegado	<p>Entregar la garantía física/electrónica. Firmar las Garantías y el Contrato electrónicamente. Remitir a Procuraduría Síndica el contrato cuando se requiera protocolización. Enviar a Tesorería la "Garantía" física firmada por el Prefecto junto con la "Ficha de Validación de la Garantía". La Coordinación del despacho de Prefectura notificará mediante correo electrónico, adjuntando el Contrato firmado electrónicamente y la garantía escaneada, al</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrador del contrato. - Director de área requirente - Coordinador del área requirente - Procuraduría Síndica. - Dirección de Compras Públicas - Dirección Financiera. - Subdirección Tesorería. - Coordinación Administrativa Financiera. - Coordinación Desarrollo Institucional. - Dirección de Tecnología - Responsable de bodega (solo en el caso de bienes) <p>⇒ R37 Contrato</p>

5	Generar y otorgar claves de acceso en aplicativo informático al administrador de contrato	El/la directora(a) de tecnología / delegado	Una vez receptada la notificación de Coordinación de despacho el director de tecnología o su delegado generarán y otorgarán las claves de acceso en aplicativo informático al administrador de contrato.
6	Habilitar y cargar garantías en el Aplicativo Informático	El/la Subdirector(a) de tesorería	Adjuntar y habilitar las garantías en Aplicativo Informático Custodiar y administrar las garantías. - La tarea se realiza en el Aplicativo Informático: Menú Tesorería/ Garantías/ Pólizas y Garantías. ¿Hay anticipo? Si: Pasar a la actividad 7. No: Pasar a la actividad 8.
6.1	Notificar del pago del anticipo al Administrador de contrato y compras publicas	El/la Subdirector(a) de tesorería	Se notifica a compras públicas solo en el pago del anticipo.
7	Publicar contrato en Aplicativo Informático y Sistema Oficial de Contratación Pública del Ecuador	Gestor de compras públicas	Publicar el contrato en el sistema Aplicativo Informático, una vez recibida la notificación por parte de la Subdirección de tesorería referente al pago de anticipo se procede a publicar el contrato en el portal de compras públicas. Subir en Aplicativo Informático el contrato y adjudicarlo en la misma herramienta. Subir el contrato y garantías del caso al Portal de Compras, hasta llegar al estado de "Ejecución del Contrato". Generar en el Portal de Compras la clave de Administrador del Contrato previo a solicitud y entrega de requisitos, e informarle por correo electrónico.

			<p>Si el proceso de contratación tiene documentos firmados manualmente, enviarlos a la Dirección Financiera para archivo y/o control previo mediante memorando.</p> <p>- La tarea se realiza en el Aplicativo Informático:</p> <p>Menú Compras/ Contratación/ Contratación/ (botón Adjudicar)</p> <p>- El funcionario de compras públicas adjudicará en el Aplicativo Informático, solamente cuando ya exista el contrato firmado.</p> <p>¿Existe documentación física?</p> <p>Si: Continuar a la actividad 8.</p> <p>No: Continúa la etapa de ejecución del contrato.</p>
8	Entregar documentación física a la Dirección Financiera	El/la Gestor de compras públicas	Entregar documentación física a la Dirección Financiera y elaborar memo de entrega de documentación.
Instructivo del Administrador del Contrato		Acta definitiva de recepción	
9	Registrar el acta en Portal de compras públicas notificar finalización del contrato	El/la Gestor de compras públicas	⇒ R38 Acta definitiva

7. INDICADORES DE GESTIÓN

N°	Indicador	Definición	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Responsable de Medición	Fuente de la Medición	Frecuencia de Medición
1	Porcentaje de procesos publicados dentro del tiempo establecido	Mide el porcentaje de procesos publicados dentro del tiempo establecido	$(\text{Número de procesos publicados dentro del tiempo establecido (12 días)} / \text{Número de procesos de contratación ingresados}) * 100$	Porcentaje	Director de Compras Públicas	Base de datos de Compras Públicas	Mensual
2	Calidad de información entregada para los procesos de contratación	Mide la calidad de documentación entregada por las unidades administrativas para los procesos de contratación pública	$(\text{Total de procesos devueltos} / \text{Total recibidos}) * 100$	Porcentaje	Director de Compras Públicas	Base de datos de Compras Públicas	Trimestral

8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS

8.1 CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Registro	N/A	Informe de necesidad de contratación (R1)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas / Aplicativo Informático	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Registro	N/A	Solicitud de certificado de disponibilidad de bodega (R2)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas / Aplicativo Informático	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Registro	N/A	Certificado de disponibilidad de bodega (R3)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
				compras públicas			archivo general
Formato/ Registro	FOR-PRO-GAF-GCP-COP-001-001	Solicitud certificación catálogo electrónico (R4)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Formato/ Registro	FOR-PRO-GAF-GCP-COP-001-002	Certificación de catálogo electrónico (R5)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Formato / Registro	FOR-PRO-GAF-GCP-COP-001-003	Término de Referencia (R6)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Formato / Registro	FOR-PRO-GAF-GCP-COP-001-004	Especificaciones técnicas (R7)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
				compras públicas			archivo general
Formato / Registro	FOR-PRO-GAF-GCP-COP-001-005	Estudio de mercado (R8)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Formato / Registro	FOR-PRO-GAF-GCP-COP-001-014	Especificaciones técnicas bienes (R9)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas / Aplicativo Informático	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Registro	N/A	Memorando solicitud certificación POA (R10)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas / Aplicativo Informático	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Registro	N/A	Certificación POA (R11)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas / Aplicativo Informático	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Registro	N/A	Solicitud reforma POA, presupuestaria y PAC (R12)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas / Aplicativo Informático	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Registro	N/A	Reforma POA (R13)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas / Aplicativo Informático	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Registro	N/A	Reforma presupuestaria (R14)	Director de compras	Electrónico: Archivo interno de Dirección de	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
			públicas o delegado	compras públicas			años archivo general
Registro	N/A	Certificado de disponibilidad presupuestaria (R15)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas / Aplicativo Informático	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Registro	N/A	Certificado de constancia en PAC (R16)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas / Aplicativo Informático	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Registro	N/A	Resolución reforma PAC (R17)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas / Aplicativo Informático	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Registro	N/A	Expediente documentación etapa preparatoria (R18) (Contienen registros del R1 al R17)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas / Aplicativo Informático	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Formato / Registro	FOR-PRO-GAF-GCP-COP-001-006	Informe de viabilidad (R19)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas / Aplicativo Informático	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Registro	N/A	Memorando solicitud de autorización del gasto (R20)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas / Aplicativo Informático	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Registro	N/A	Informe de pertinencia (R21)	Director de compras	Electrónico: Archivo interno de Dirección de	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
			públicas o delegado	compras públicas / Aplicativo Informático			años archivo general
Registro	N/A	Resolución de desagregación tecnológica (R22)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas / Aplicativo Informático	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Registro	N/A	Resolución de designación de comisión técnica (R23)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas / Aplicativo Informático	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Registro	N/A	Oficio de aviso de acuerdo comercial (R24)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas /	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
				Aplicativo Informático			
Registro	N/A	Piegos aprobados (R25)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas / Aplicativo Informático	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Registro	N/A	Resolución de inicio (R26)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas / Aplicativo Informático	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Formato/ Registro	FOR-PRO-GAF-GCP-COP-001-007	Designación comisión técnica (R27)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas / Aplicativo Informático	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Formato/ Registro	N/ FOR- PRO-GAF- GCP-COP- 001-008	Acta de preguntas, respuestas y aclaraciones (R28)	Director de compras públicas o delegado	Archivo interno de Dirección de compras públicas /Aplicativo Informático	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Registro	N/A	Informe de recomendación (R29)	Director de compras públicas o delegado	Archivo interno de Dirección de compras públicas / Aplicativo Informático	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Registro	FOR-PRO- GAF-GCP- COP-001- 009	Acta de apertura de ofertas (R30)	Director de compras públicas o delegado	Archivo interno de Dirección de compras públicas / Aplicativo Informático	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Formato/ Registro	FOR-PRO- GAF-GCP- GCP-001- 010	Acta de convalidación de errores (R31)	Director de compras públicas o delegado	Archivo interno de Dirección de compras públicas / Aplicativo Informático	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Formato/ Documento	FOR-PRO-GAF-GCP-GCP-001-011	Ficha validación de garantías (R32)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Registro	FOR-PRO-GAF-GCP-GCP-001-012	Acta de calificación de ofertas (R33)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Registro	FOR-PRO-GAF-GCP-GCP-001-013	Resolución declaratoria desierto/cancelación (R34)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Registro	N/A	Resolución de adjudicación (R35)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Formato / Registro	FOR-PRO-GAF-GCP-GCP-001-013	Solicitud de elaboración de contrato (R36)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Registro	N/A	Contrato (R37)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general
Registro	N/A	Acta definitiva (R38)	Director de compras públicas o delegado	Electrónico: Archivo interno de Dirección de compras públicas	Cronológico	Dirección de Compras Públicas	2 años archivo interno; 5 años archivo general



Procedimiento

Planificación del Talento Humano

PRO-GAF-GTH-CLA-PTH-001

Dirección de Talento Humano

Enero - 2023

Versión 1.0

CÓDIGO: PRO-GAF-GTH-CLA-PTH-001		VERSIÓN 1.0
<p>PROCEDIMIENTO:</p> <p>Planificación del Talento Humano</p>		
DESCRIPCIÓN	CARGO	FIRMA
APROBADO POR	Ing. Yanina Macías Coordinadora General Administrativa Financiera	
	Ing. Iván González Director de Innovación y Mejora Continua	
REVISADO POR	Dra. Ana Arteaga Directora de Talento Humano	
	Lcda. Maritza Ponce Analista de Talento Humano	
ELABORADO POR	Ing. Gema Rodríguez Analista de Innovación y Mejora Continua	
	Mgs. Sebastián Cisneros Consultor	

IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

Proceso Nivel 0:	Gestión Administrativa Financiera		
Proceso Nivel 1:	Gestión de Talento Humano		
Proceso Nivel 2:	Programación y Clasificación del Talento Humano		
Proceso Nivel 3:	Planificación del Talento Humano		
Versión del documento:	1.0	Frecuencia de Ejecución:	Anual
Responsable:	Director(a) de Talento Humano		

REGISTRO DE VERSIONES

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de aprobación (mes-año)	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
1.0	Creación del documento	Maritza Ponce Analista de Talento Humano / Yanina Macías Coordinadora General Administrativa Financiera	Enero - 2023	No Aplica

CONTENIDO

1. OBJETIVO	5
2. ALCANCE	5
3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS	5
4. MARCO NORMATIVO	7
4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS	7
4.2. DOCUMENTOS INTERNOS	7
4.3. NORMAS GENERALES	7
5. DIAGRAMAS.....	9
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	9
5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO	10
5.3. DIAGRAMA DE FLUJO	11
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	12
7. INDICADORES DE GESTIÓN	17
8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS.....	18
8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	18

1. OBJETIVO

Establecer las actividades a desarrollar para la planificación del Talento Humano, con el fin de determinar las necesidades cualitativas y cuantitativas de personal que requieren las unidades y/o procesos institucionales del Gobierno Provincial de Manabí; y garantizar la cantidad y calidad de este recurso, en función de la estructura organizacional.

2. ALCANCE

Este procedimiento va desde la comunicación y socialización a los Directores(as) del GPM el inicio de la planificación del talento humano y los instrumentos técnicos, hasta la aprobación del informe del plan consolidado de la planificación del talento humano.

3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

Actividad operativa: Acción consecutiva y necesaria para el logro de un producto o servicio intermedio y final, de forma específica está atada a los roles de: ejecución y coordinación de procesos, ejecución y supervisión de procesos, ejecución de procesos y ejecución de procesos de apoyo tecnológico.

Actividades secuenciales: Son acciones sucesivas y/o encadenadas que se realizan en cada fase del proceso para el logro de un producto o servicio final.

Código de documentos: Consiste en la asignación de un identificador, formado por un conjunto de caracteres alfanuméricos, a cada documento del Sistema de Gestión de la Calidad que permita una identificación clara y única.

Diagnóstico institucional del talento humano: Identifica la situación actual referente a los datos demográficos del talento humano de la institución.

Diagrama de caracterización: Los diagramas de caracterización parten principalmente de aplicar la metodología- entradas – Proceso – Salidas – Clientes, y como su nombre lo dice, muestra las características del mismo, es decir estos diagramas son complementados con la información de los elementos y los controles aplicados al proceso, el objetivo del mismo, los indicadores y los objetivos de la calidad asociados.

Diagrama de flujo: Es la descripción de manera gráfica de las actividades para realizar un proceso y/o los pasos para realizar una actividad/tarea del mismo, si aplica.

Dueño o responsable del proceso: Es el responsable de la gestión del proceso y de los resultados del mismo.

Estructura Orgánica: Es una representación gráfica de las unidades o procesos que conforman o integran una institución, con sus diferentes niveles de jerarquía.

Frecuencia: Es un dato referencial respecto a la periodicidad o intervalo de tiempo para la ejecución de una actividad y obtención de un producto o servicio intermedio (diario, semanal, quincenal, mensual, trimestral, semestral, anual).

Instrumentos técnicos: Se refiere a los instrumentos técnicos y aplicativos informáticos diseñados e implementados por el Ministerio del Trabajo, para la aplicación de la Planificación de Talento Humano.

Parámetros de medición: Son indicadores cuantitativos que permiten determinar las cargas de trabajo de las unidades, procesos o proyectos, en relación a la frecuencia, volumen y tiempo de cada producto o servicio intermedio.

Planificación del talento humano: Conjunto de normas, técnicas, y procedimientos orientados a determinar la situación histórica, actual y futura del talento humano de una institución pública, a fin de garantizar la cantidad y calidad de este talento, en función de la estructura institucional y posicional.

Plantilla de Talento Humano: Es una matriz Excel, en la cual se puede determinar las cargas de trabajo por cada unidad, proceso o proyecto, para lo cual se debe identificar y establecer las variables de frecuencia, volumen y tiempo de las actividades secuenciales para el logro de productos o servicios finales; así como el dimensionamiento de los responsables de su ejecución en función de roles.

Portafolio de productos y servicios: Conjunto de productos y servicios encaminados a cubrir las necesidades de sus clientes generados en base a las atribuciones contempladas en el estatuto orgánico legalmente expedido y los proyectos institucionales aprobados, los cuales deben estar alineados a la estructura orgánica y planificación institucional.

Producto o servicio intermedio: Es el resultado o evidencia de la ejecución de una actividad secuencial; el conjunto de productos intermedio servicios intermedios dan como resultados un producto final.

Producto o servicio final: Es el resultado de un proceso, orientado a la satisfacción de la demanda de los usuarios internos o externos.

Tiempo de trabajo por persona: Tiempo efectivo en el que trabaja una persona en el mes.

Unidad de medida: Es un factor que permite establecer los datos o información cuantitativa de las cargas de trabajo.

Volumen de acuerdo a la frecuencia: Se refiere al número de productos o servicios intermedios resultantes de cada actividad secuencial, desarrollados de acuerdo a la frecuencia.

4. MARCO NORMATIVO

4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS

- Ley Orgánica del Servicio Público.
- Reglamento a la Ley Orgánica del Servicio Público.
- Norma Técnica del Subsistema de Planificación del Talento Humano reformada mediante Acuerdos Ministeriales Nro.: MDT-2017-0007, de 26 de enero de 2017; Nro. MDT-2019-075, de 28 de marzo de 2019; y, Nro. MDT-2019-247 de 18 de septiembre de 2019.
- Norma ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Fundamentos y Vocabulario.
- Norma ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos.

4.2. DOCUMENTOS INTERNOS

- Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos.


4.3. NORMAS GENERALES

- Las normas de este documento son de aplicación obligatoria para todos los servidores del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, en tanto guarden conformidad con las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y resoluciones vigentes al momento de su ejecución.
- El servidor que incumpliere sus obligaciones o contraviniera las disposiciones de este documento, así como las leyes y normativa conexas, incurrirá en responsabilidad administrativa de acuerdo a las disposiciones reglamentarias institucionales.
- Todo proceso o subproceso, deberá incorporar el concepto de mejora continua en su diagramación y generación de documentos, procurando la simplificación de trámites y tareas, eliminar duplicidad de tareas, y optimizando la transaccionalidad.
- Los Gobiernos Autónomos Descentralizados, sus entidades y regímenes especiales, obligatoriamente tendrán su propia planificación anual del talento humano, la que será sometida a su respectivo órgano legislativo.
- La Dirección de Talento Humano estructurará, elaborará y presentará la planificación del talento humano, en función de los planes, programas, proyectos y procesos a ser ejecutados.

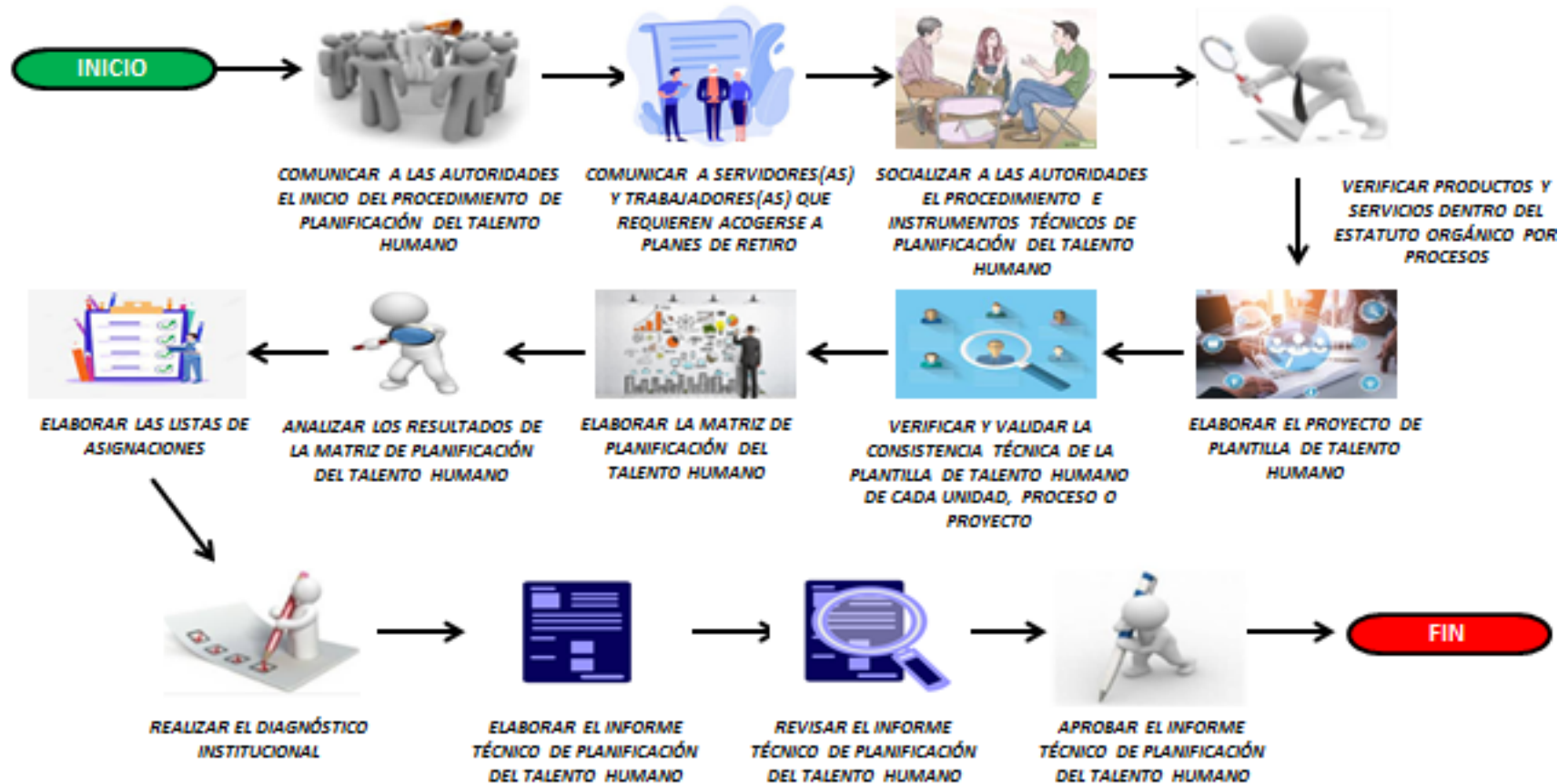
- La Dirección de Talento Humano en coordinación con la Dirección de Innovación y Mejora Continua realizarán un trabajo conjunto que permita obtener una Planificación de Talento Humano acorde a la realidad Institucional, sobre la base de las atribuciones, responsabilidades, productos y servicios establecidos en el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos.
- Para la consecución de la Planificación de Talento Humano del Gobierno Provincial de Manabí, los(as) Directores(as) brindarán el contingente necesario y oportuno a los Analistas de la Dirección de Talento Humano responsables del referido proceso, a fin de obtener la información requerida para este propósito.
- El (la) Director(a) de Talento Humano pondrá en consideración de él (la) Prefecto(a) las recomendaciones sobre traslados, traspaso, cambios administrativos, intercambio voluntario de puestos, creación y/o supresión de puestos, contratos de servicios ocasionales, contratos civiles de servicios profesionales, convenios o contratos de pasantías o prácticas, que el Gobierno Provincial de Manabí deba ejecutar para optimizar recursos y orientarse a la consecución de sus metas, objetivos y planificación estratégica.
- De acuerdo con la Planificación de Talento Humano sustentada en los requerimientos de las unidades y procesos organizacionales, la máxima autoridad o su delegado podrá autorizar la redistribución de puestos a pedido de los Directores garantizando los niveles ocupacionales y funcionales de las personas que los ocupen, a través de traslados, traspasos y cambios administrativos, con el fin de evitar la duplicidad de funciones. Potenciar al talento humano y organizacional del Gobierno Provincial de Manabí.
- En el caso de imprevistos que conlleven a movimiento de personal referente a contratación, licencias, comisiones de servicios, traspasos, traslados y cambios administrativos cómo también desvinculación laboral que no consten en la Planificación, la Dirección de Talento Humano previo al requerimiento de necesidad de cada Dirección, preparará un informe técnico motivado justificando el hecho.
- Todos los aspectos que no se encuentren normados de forma expresa en este procedimiento deben ser complementados o suplidos por las disposiciones del marco normativo vigente.

5. DIAGRAMAS

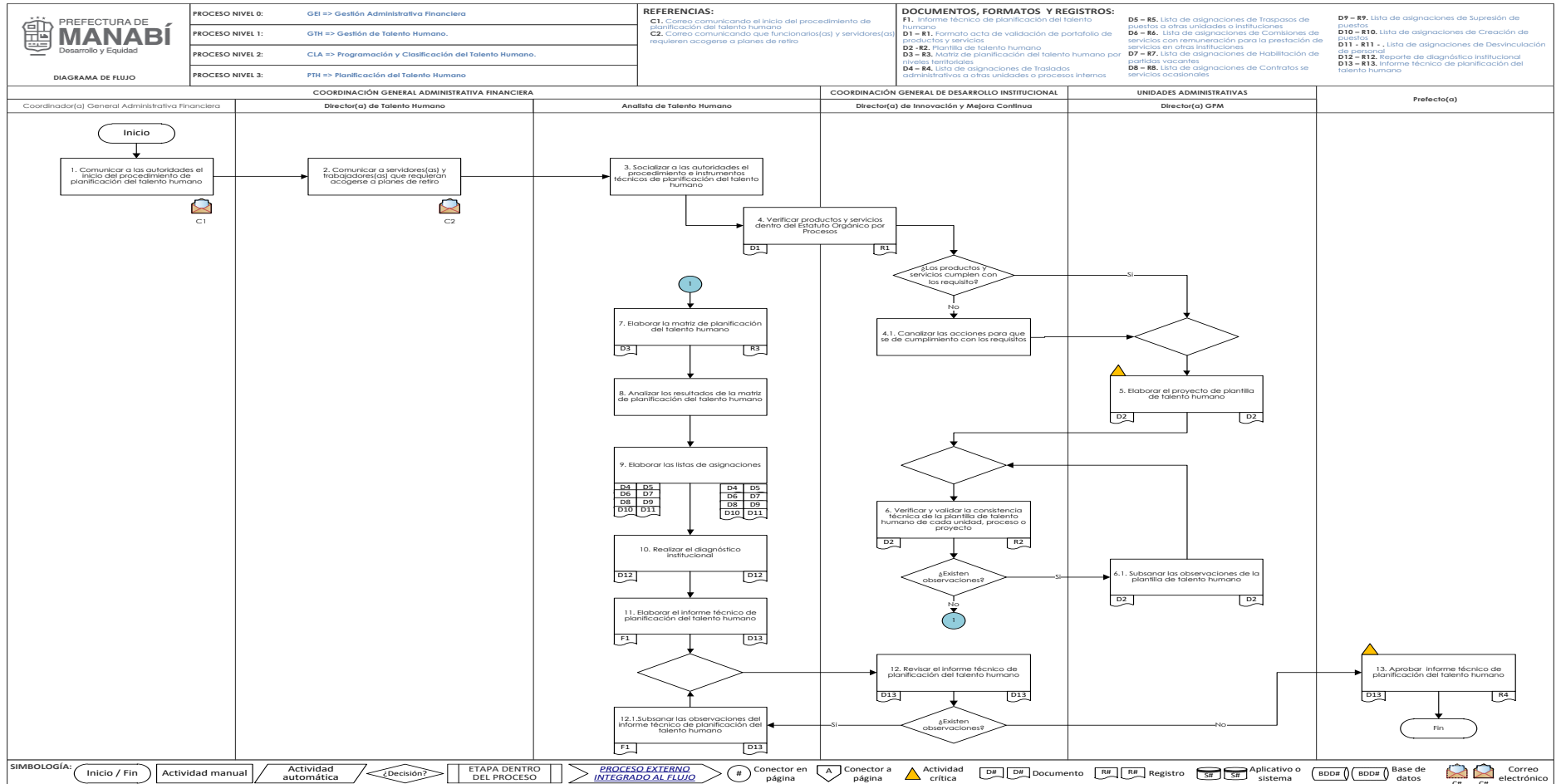
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

 PREFECTURA DE MANABÍ Desarrollo y Equidad		1. NOMBRE DEL PROCESO: Planificación del Talento Humano	DIAGRAMA DE CARACTERIZACIÓN
CARACTERIZACIÓN			
3. OBJETIVO DEL PROCESO: Establecer las actividades a desarrollar para la planificación del Talento Humano, con el fin de determinar las necesidades cualitativas y cuantitativas de personal que requieren las unidades y/o procesos institucionales del Gobierno Provincial de Manabí; y garantizar la cantidad y calidad de este recurso, en función de la estructura organizacional.			
RESPONSABLES DEL RESULTADO: El(la) Director(a) de Talento Humano			
OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE CONTRIBUYE: PEI: Fortalecer al Gobierno Provincial de Manabí para que promueva una institucionalidad participativa, transparente, eficiente, dinámica y de servicio a la ciudadanía. PEI: Incrementar la satisfacción de los usuarios internos y externos del Gobierno Provincial de Manabí.			
12. CONTROLES:			
1. ACTIVIDAD: 5. Elaborar el proyecto de plantilla de talento humano RESPONSABLE: Analista de Talento Humano o Responsable del Proceso		CONTROL: Seguimiento a la elaboración de la plantilla de talento humano	
2. ACTIVIDAD: 13. Aprobar informe técnico de planificación del talento humano RESPONSABLE: Director(a) de Talento Humano o Responsable del Proceso		CONTROL: Seguimiento a la aprobación del informe técnico de planificación del talento humano	
9. DOCUMENTACIÓN INTERNA: - Estatuto orgánico de gestión organizacional por procesos del gobierno autónomo descentralizado provincial de Manabí		8. DOCUMENTACIÓN EXTERNA: - Ley Orgánica del Servicio Público - Reglamento a la Ley Orgánica del Servicio Público - Norma Técnica del Subsistema de Planificación del Talento Humano - Acuerdo MDT-2017-007 - Acuerdo MDT-2019-075 - Acuerdo MDT-2019-247 - Norma ISO9001:2015. Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos	
10. REGISTROS: R1. Formato de acta de validación de portafolio de productos y servicios. R2. Plantilla de Talento Humano. R3. Matriz de planificación del talento humano por niveles territoriales. R4. Lista de asignaciones de traslados. R5. Lista de asignaciones de traslados de puestos a otras unidades o instituciones. R6. Lista de asignaciones de Comisiones de servicios con remuneración para la prestación de servicios en otras instituciones. R7. Lista de asignaciones de Habilitación de partidas vacantes. R8. Lista de asignaciones de Contratos de servicios ocasionales. R9. Lista de asignaciones de Supresión de puestos. R10. Lista de asignaciones de Creación de puestos. R11. Lista de asignaciones de Desvinculación de personal. R12. Reporte de diagnóstico institucional. R13. Informe técnico de planificación del talento humano.			
7. PROVEEDORES: 1) Unidades Administrativas GPM	6. ENTRADAS: 1) Plantillas de Talento Humano	11. ACTIVIDADES: ACTIVIDAD INICIAL: 1. Comunicar a las autoridades el inicio del procedimiento de planificación de talento humano. ACTIVIDAD FINAL: 13. Aprobar el informe técnico de planificación del talento humano	2. SALIDAS: 1) Personal del Gobierno Provincial de Manabí planificado CARACTERÍSTICAS: Eficacia Personal del GPM planificado de acuerdo a la norma técnica
4. USUARIOS: 1) Personal del Gobierno Provincial de Manabí			
13. RECURSOS: SOFTWARE: - Utilitarios de Oficina HARDWARE: - Equipo de Cómputo INFRAESTRUCTURA: - Estaciones de trabajo RECURSOS HUMANOS: - Coordinador(a) General Administrativa Financiera - Directores(as) de la Prefectura de Manabí - Analista de Talento Humano responsable del subsistema de planificación del talento humano. - Servidores(as) y trabajadores(as) de la Prefectura de Manabí		5. INDICADOR DE RESULTADO: 1. NOMBRE DEL INDICADOR: Planificación del talento humano aprobada FÓRMULA DE CÁLCULO: No aplica	
14. RIESGOS: La Gestión de riesgos del SGC, está contemplado en el proceso de Gestión de Riesgos Institucional			

5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO



5.3. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

No.	Actividad	Cargo	Descripción
1	Comunicar a las autoridades el inicio del procedimiento de planificación del talento humano	Coordinador(a) General Administrativo(a) Financiero(a)	Comunica a través de correo institucional a Coordinadores(as) Generales y Directores(as) el inicio de la ejecución de la planificación del talento humano, debiendo informar las necesidades de vinculación y adjuntando los instrumentos técnicos emitidos por el Ministerio de Trabajo que serán utilizados.
2	Comunicar a servidores(as) y trabajadores(as) que requieren acogerse a planes de retiro	Director(a) de Talento Humano	Comunica a servidores(as) y trabajadores(as) que requieren acogerse a los planes de retiro soliciten a él (la) Director(a) de Talento Humano sean incluidos en la planificación del talento humano.
3	Socializar a las autoridades el procedimiento e instrumentos técnicos de planificación del talento humano	Analista de Talento Humano	Lleva a cabo talleres de socialización a Directores(as) del GPM, acerca del procedimiento e instrumentos técnicos, previo a la implementación de la planificación del talento humano.
4	Verificar productos y servicios dentro del Estatuto Orgánico por procesos	Director(a) de Innovación y Mejora Continua / Analista de Talento Humano	Verifica que los productos y servicios que ejecuta cada unidad o proceso consten dentro del estatuto orgánico por procesos legalmente expedido, y en el caso de los proyectos institucionales, que estos estén debidamente aprobados; registrando la información en el formato establecido por el Ministerio de Trabajo D1 - R1: Formato acta de validación de portafolio de productos y servicios , En el caso de que los productos y servicios cumplan con los requerimientos necesarios hace firmar el acta a los (las) Directores(as) del Gobierno Provincial de Manabí para su incorporación continúa en la actividad 5, caso contrario continuar con la actividad 4.1.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
4.1	Canalizar las acciones para que se dé cumplimiento con los requisitos	Director(a) de Innovación y Mejora Continua	Canaliza las acciones para que se dé cumplimiento con los requisitos para su incorporación.
5	Elaborar el proyecto de plantilla de talento humano	Directores(as) / Analista de Talento Humano	<p>El (la) Director(a) de cada unidad con el asesoramiento de él (la) Analista de Talento Humano responsable del subsistema de planificación del talento humano, determinará las actividades secuenciales, tipo de actividad y producto inmediato; sobre este último se determinará la frecuencia, volumen, tiempo y porcentaje de participación del rol en la actividad, a través del instrumento técnico del Ministerio de Trabajo D2: Plantilla de talento humano.</p> <p>CONTROL: Seguimiento a la elaboración del proyecto de plantilla de talento humano.</p> <p>RESPONSABLE: Analista de Talento Humano.</p> <p>FRECUENCIA: Anual</p>
6	Verificar y validar la consistencia técnica de la plantilla de talento humano de cada unidad, proceso o proyecto	Director(a) de Talento Humano	<p>Verifica la consistencia técnica de la información registrada en el instrumento técnico R2: Plantilla de talento humano levantado por cada unidad del GPM, a través del respaldo documental (registros, reportes, informes, estadísticas, entre otros). Estos medios de verificación deberán estar bajo custodia del responsable de cada unidad que permitirá una adecuada validación.</p> <p>Sí la consistencia técnica de la plantilla de talento humano se encuentra acorde a la documentación revisada se procederá con la firma de validación y se continúa con la actividad 7, caso contrario se emiten las observaciones que deben ser subsanadas y se continua con la actividad 6.1.</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
6.1	Subsanar las observaciones de la plantilla de talento humano	Directores(as)	Subsana la observaciones en el instrumento técnico D2: Plantilla de talento humano y las remite a él (la) Director(a) de Talento Humano y continua con la actividad 6.
7	Elaborar la matriz de planificación del talento humano	Analista de Talento Humano	Consolida la información obtenida en las plantillas de talento humano de cada unidad en el instrumento técnico del Ministerio de Trabajo R3: Matriz de planificación del talento humano por niveles territoriales , con la finalidad de obtener el número actual de las(los) servidores y el reporte de brechas por unidad del GPM.
8	Analizar los resultados de la matriz de planificación del talento humano	Analista de Talento Humano	Analiza las brechas para optimizar y racionalizar el talento humano, que implicará la verificación de los perfiles disponibles de las (los) servidores. Para el análisis es indispensable considerar lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Verifica las brechas requeridas por rol de cada unidad. ✓ Cierra la brechas en base al perfil del puesto legalmente aprobado en el que se requiera personal por cada unidad, frente a los perfiles de las(los) servidores disponibles en el excedente o viceversa. ✓ Identifica el tipo de campo de gestión del talento humano que se realizará priorizando los movimientos de personal. ✓ Identifica el estado de las brechas.
9	Elaborar las listas de asignaciones	Analista de Talento Humano	Elabora cada una de las listas de asignaciones según las necesidades y priorizando los movimientos de personal a continuación se detalla el orden en la cual se puede ejecutar la optimización y racionalización del talento humano en los instrumentos técnicos del Ministerio de Trabajo:

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			<ul style="list-style-type: none"> ✓ D4: Lista de asignaciones de Traslados administrativos a otras unidades o procesos internos”. ✓ D5: Lista de asignaciones de Traspasos de puestos a otras unidades o instituciones”. ✓ D6: Lista de asignaciones de Comisiones de servicios con remuneración para la prestación de servicios en otras instituciones”. ✓ D7: Lista de asignaciones de Habilitación de partidas vacantes”. ✓ D8: Lista de asignaciones de Contratos se servicios ocasionales”. ✓ D9: Lista de asignaciones de Supresión de puestos”. ✓ D10: Lista de asignaciones de Creación de puestos”. ✓ D11: Lista de asignaciones de Desvinculación de personal”.
10	Realizar el diagnóstico institucional	Analista de Talento Humano	Realiza el diagnóstico institucional ingresando la información del distributivo del personal del GPM en el instrumento técnico del Ministerio de Trabajo D12: Reporte de diagnóstico institucional.
11	Elaborar el informe técnico de planificación del talento humano	Analista de Talento Humano	Elabora el F1: Informe técnico de planificación del talento humano FOR-PRO-GAF-CLA-PTH-001-001 en función de la consolidación de brechas por unidades, procesos o proyectos, consolidación de brechas por unidad y consolidación del plan de optimización y racionalización, y lo remite a él (la) Director(a) de Talento Humano para su revisión.
12	Revisar el informe técnico de planificación de talento humano	Director(a) de Talento Humano	<p>Revisa y valida el D13: Informe técnico de planificación del talento humano FOR-PRO-GAF-CLA-PTH-001-001, mismo que es puesto en conocimiento a él (la) Coordinador(a) General Administrativo(a) Financiero(a), a fin de establecer las observaciones y sugerencias del caso, previo a su envío a la aprobación por parte de la máxima autoridad.</p> <p>Sí existen observaciones se remite a él (la) Analista de Talento Humano responsable y continua con la actividad 12.1, caso contrario continua con la actividad 13.</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
12.1	Subsanar las observaciones del informe técnico de planificación del talento humano	Analista de Talento Humano	Subsana las observaciones del D13: Informe técnico de planificación del talento humano FOR-PRO-GAF-CLA-PTH-001-001 y remite a él (la) Director(a) de Talento Humano para su revisión y validación continuando con la actividad 12.
13	Aprobar informe técnico de planificación del talento humano	Prefecto(a)	El (la) Prefecto(a) aprueba el informe técnico de planificación del talento humano R4: Informe técnico de planificación del talento humano FOR-PRO-GAF-CLA-PTH-001-001 , y pondrá en consideración del Consejo Provincial de Manabí. CONTROL: Seguimiento a la aprobación del informe técnico de planificación del talento humano. RESPONSABLE: Director(a) de Talento Humano. FRECUENCIA: Anual

7. INDICADORES DE GESTIÓN

N°	Indicador	Definición	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Responsable de Medición	Fuente de la Medición	Frecuencia de Medición
1	Planificación del Talento Humano aprobada	Es el cumplimiento de planificación del talento humano en el tiempo establecido	No aplica	Cantidad	Analista de Talento Humano responsable del subsistema de planificación del talento humano	Informe técnico de planificación del talento humano	Anual

8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS

8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Documento y Registro	No aplica	D1 - R1: Formato acta de validación de portafolio de productos y servicios	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 1 año Disposición final: Conservación
Documento y Registro	No aplica	D2 - R2: Plantilla de talento humano	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 1 año Disposición final: Conservación
Documento y Registro	No aplica	D3 - R3: Matriz de planificación del talento humano por niveles territoriales	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 1 año Disposición final: Conservación
Documento y Registro	No aplica	D4 - R4: Lista de asignaciones de Traslados administrativos a otras unidades o procesos internos	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 1 año Disposición final: Conservación

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Documento y Registro	No aplica	D5 – R5: Lista de asignaciones de Traspasos de puestos a otras unidades o instituciones	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 1 año Disposición final: Conservación
Documento y Registro	No aplica	D6 – R6: Lista de asignaciones de Comisiones de servicios con remuneración para la prestación de servicios en otras instituciones	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 1 año Disposición final: Conservación
Documento y Registro	No aplica	D7 – R7: Lista de asignaciones de Habilitación de partidas vacantes	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 1 año Disposición final: Conservación
Documento y Registro	No aplica	D8 – R8: Lista de asignaciones de Contratos se servicios ocasionales	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 1 año Disposición final: Conservación
Documento y Registro	No aplica	D9 – R9: Lista de asignaciones de Supresión de puestos	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 1 año Disposición final: Conservación

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
							Conservación
Documento y Registro	No aplica	D10 – R10: Lista de asignaciones de Creación de puestos	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 1 año Disposición final: Conservación
Documento y Registro	No aplica	D11 - R11: Lista de asignaciones de Desvinculación de personal	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 1 año Disposición final: Conservación
Documento y Registro	No aplica	D12 - R12: Reporte de Diagnóstico Institucional	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 1 año Disposición final: Conservación
Formato, Documento y Registro	FOR-PRO-GAF-GTH-CLA-PTH-001-001	F1, D13, R13: Informe técnico de planificación del talento humano	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 1 año Disposición final: Conservación



PREFECTURA DE
MANABÍ
Desarrollo y Equidad

Procedimiento

Planificación del Talento Humano

PRO-GAF-GTH-CLA-PTH-001

Dirección de Talento Humano

Enero - 2023

Versión 1.0

CÓDIGO: PRO-GAF-GTH-CLA-PTH-001		VERSIÓN 1.0
<p>PROCEDIMIENTO:</p> <p>Planificación del Talento Humano</p>		
DESCRIPCIÓN	CARGO	FIRMA
APROBADO POR	Ing. Yanina Macías Coordinadora General Administrativa Financiera	
	Ing. Iván González Director de Innovación y Mejora Continua	
REVISADO POR	Dra. Ana Arteaga Directora de Talento Humano	
	Lcda. Maritza Ponce Analista de Talento Humano	
ELABORADO POR	Ing. Gema Rodríguez Analista de Innovación y Mejora Continua	
	Mgs. Sebastián Cisneros Consultor	

IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

Proceso Nivel 0:	Gestión Administrativa Financiera		
Proceso Nivel 1:	Gestión de Talento Humano		
Proceso Nivel 2:	Programación y Clasificación del Talento Humano		
Proceso Nivel 3:	Planificación del Talento Humano		
Versión del documento:	1.0	Frecuencia de Ejecución:	Anual
Responsable:	Director(a) de Talento Humano		

REGISTRO DE VERSIONES

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de aprobación (mes-año)	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
1.0	Creación del documento	Maritza Ponce Analista de Talento Humano / Yanina Macías Coordinadora General Administrativa Financiera	Enero - 2023	No Aplica

CONTENIDO

1. OBJETIVO	5
2. ALCANCE	5
3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS	5
4. MARCO NORMATIVO	7
4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS	7
4.2. DOCUMENTOS INTERNOS	7
4.3. NORMAS GENERALES	7
5. DIAGRAMAS.....	9
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	9
5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO	10
5.3. DIAGRAMA DE FLUJO	11
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	12
7. INDICADORES DE GESTIÓN	17
8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS.....	18
8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	18

1. OBJETIVO

Establecer las actividades a desarrollar para la planificación del Talento Humano, con el fin de determinar las necesidades cualitativas y cuantitativas de personal que requieren las unidades y/o procesos institucionales del Gobierno Provincial de Manabí; y garantizar la cantidad y calidad de este recurso, en función de la estructura organizacional.

2. ALCANCE

Este procedimiento va desde la comunicación y socialización a los Directores(as) del GPM el inicio de la planificación del talento humano y los instrumentos técnicos, hasta la aprobación del informe del plan consolidado de la planificación del talento humano.

3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

Actividad operativa: Acción consecutiva y necesaria para el logro de un producto o servicio intermedio y final, de forma específica está atada a los roles de: ejecución y coordinación de procesos, ejecución y supervisión de procesos, ejecución de procesos y ejecución de procesos de apoyo tecnológico.

Actividades secuenciales: Son acciones sucesivas y/o encadenadas que se realizan en cada fase del proceso para el logro de un producto o servicio final.

Código de documentos: Consiste en la asignación de un identificador, formado por un conjunto de caracteres alfanuméricos, a cada documento del Sistema de Gestión de la Calidad que permita una identificación clara y única.

Diagnóstico institucional del talento humano: Identifica la situación actual referente a los datos demográficos del talento humano de la institución.

Diagrama de caracterización: Los diagramas de caracterización parten principalmente de aplicar la metodología- entradas – Proceso – Salidas – Clientes, y como su nombre lo dice, muestra las características del mismo, es decir estos diagramas son complementados con la información de los elementos y los controles aplicados al proceso, el objetivo del mismo, los indicadores y los objetivos de la calidad asociados.

Diagrama de flujo: Es la descripción de manera gráfica de las actividades para realizar un proceso y/o los pasos para realizar una actividad/tarea del mismo, si aplica.

Dueño o responsable del proceso: Es el responsable de la gestión del proceso y de los resultados del mismo.

Estructura Orgánica: Es una representación gráfica de las unidades o procesos que conforman o integran una institución, con sus diferentes niveles de jerarquía.

Frecuencia: Es un dato referencial respecto a la periodicidad o intervalo de tiempo para la ejecución de una actividad y obtención de un producto o servicio intermedio (diario, semanal, quincenal, mensual, trimestral, semestral, anual).

Instrumentos técnicos: Se refiere a los instrumentos técnicos y aplicativos informáticos diseñados e implementados por el Ministerio del Trabajo, para la aplicación de la Planificación de Talento Humano.

Parámetros de medición: Son indicadores cuantitativos que permiten determinar las cargas de trabajo de las unidades, procesos o proyectos, en relación a la frecuencia, volumen y tiempo de cada producto o servicio intermedio.

Planificación del talento humano: Conjunto de normas, técnicas, y procedimientos orientados a determinar la situación histórica, actual y futura del talento humano de una institución pública, a fin de garantizar la cantidad y calidad de este talento, en función de la estructura institucional y posicional.

Plantilla de Talento Humano: Es una matriz Excel, en la cual se puede determinar las cargas de trabajo por cada unidad, proceso o proyecto, para lo cual se debe identificar y establecer las variables de frecuencia, volumen y tiempo de las actividades secuenciales para el logro de productos o servicios finales; así como el dimensionamiento de los responsables de su ejecución en función de roles.

Portafolio de productos y servicios: Conjunto de productos y servicios encaminados a cubrir las necesidades de sus clientes generados en base a las atribuciones contempladas en el estatuto orgánico legalmente expedido y los proyectos institucionales aprobados, los cuales deben estar alineados a la estructura orgánica y planificación institucional.

Producto o servicio intermedio: Es el resultado o evidencia de la ejecución de una actividad secuencial; el conjunto de productos intermedio servicios intermedios dan como resultados un producto final.

Producto o servicio final: Es el resultado de un proceso, orientado a la satisfacción de la demanda de los usuarios internos o externos.

Tiempo de trabajo por persona: Tiempo efectivo en el que trabaja una persona en el mes.

Unidad de medida: Es un factor que permite establecer los datos o información cuantitativa de las cargas de trabajo.

Volumen de acuerdo a la frecuencia: Se refiere al número de productos o servicios intermedios resultantes de cada actividad secuencial, desarrollados de acuerdo a la frecuencia.

4. MARCO NORMATIVO

4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS

- Ley Orgánica del Servicio Público.
- Reglamento a la Ley Orgánica del Servicio Público.
- Norma Técnica del Subsistema de Planificación del Talento Humano reformada mediante Acuerdos Ministeriales Nro.: MDT-2017-0007, de 26 de enero de 2017; Nro. MDT-2019-075, de 28 de marzo de 2019; y, Nro. MDT-2019-247 de 18 de septiembre de 2019.
- Norma ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Fundamentos y Vocabulario.
- Norma ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos.

4.2. DOCUMENTOS INTERNOS

- Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos.


4.3. NORMAS GENERALES

- Las normas de este documento son de aplicación obligatoria para todos los servidores del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, en tanto guarden conformidad con las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y resoluciones vigentes al momento de su ejecución.
- El servidor que incumpliere sus obligaciones o contraviniera las disposiciones de este documento, así como las leyes y normativa conexas, incurrirá en responsabilidad administrativa de acuerdo a las disposiciones reglamentarias institucionales.
- Todo proceso o subproceso, deberá incorporar el concepto de mejora continua en su diagramación y generación de documentos, procurando la simplificación de trámites y tareas, eliminar duplicidad de tareas, y optimizando la transaccionalidad.
- Los Gobiernos Autónomos Descentralizados, sus entidades y regímenes especiales, obligatoriamente tendrán su propia planificación anual del talento humano, la que será sometida a su respectivo órgano legislativo.
- La Dirección de Talento Humano estructurará, elaborará y presentará la planificación del talento humano, en función de los planes, programas, proyectos y procesos a ser ejecutados.

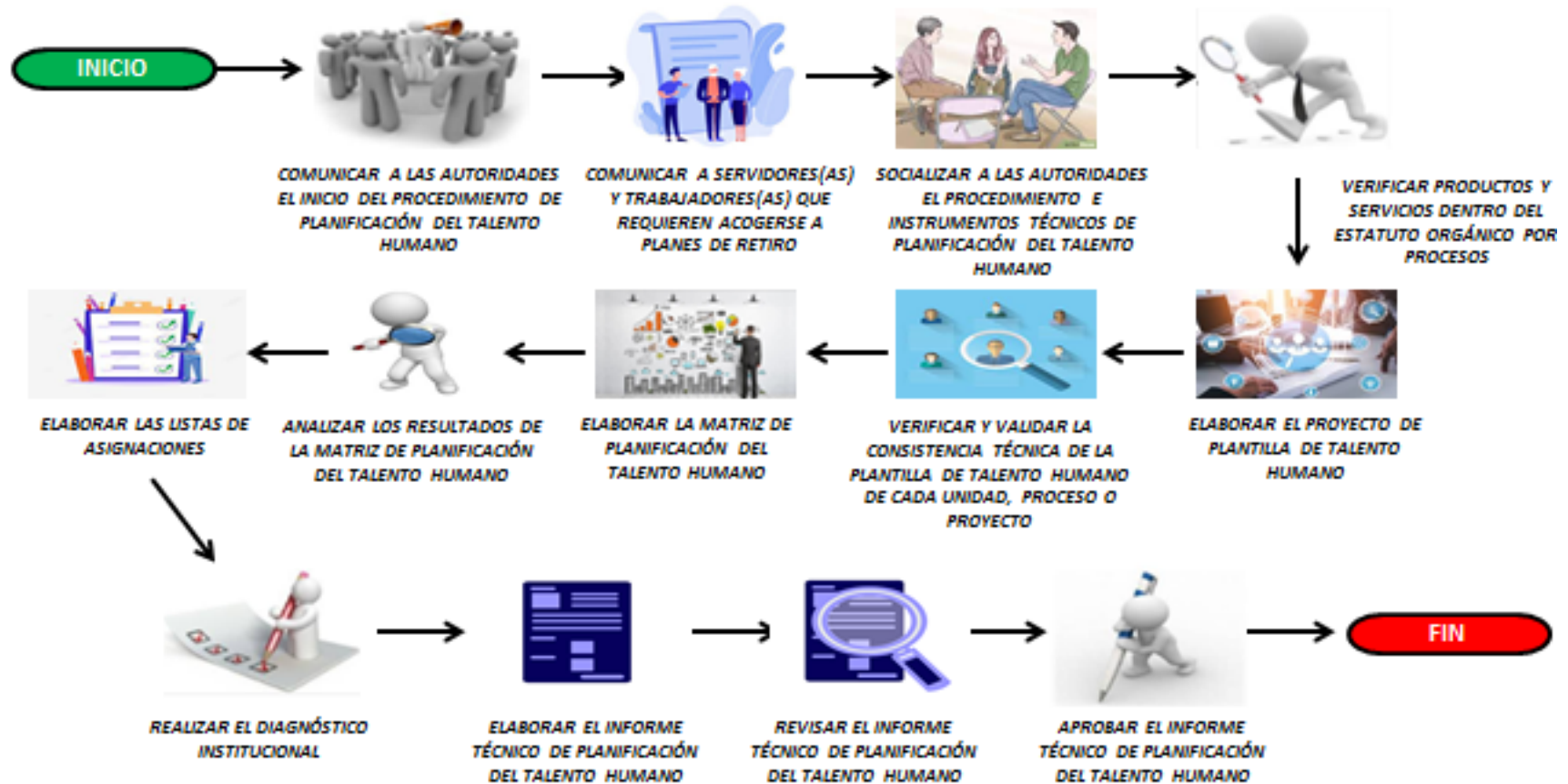
- La Dirección de Talento Humano en coordinación con la Dirección de Innovación y Mejora Continua realizarán un trabajo conjunto que permita obtener una Planificación de Talento Humano acorde a la realidad Institucional, sobre la base de las atribuciones, responsabilidades, productos y servicios establecidos en el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos.
- Para la consecución de la Planificación de Talento Humano del Gobierno Provincial de Manabí, los(as) Directores(as) brindarán el contingente necesario y oportuno a los Analistas de la Dirección de Talento Humano responsables del referido proceso, a fin de obtener la información requerida para este propósito.
- El (la) Director(a) de Talento Humano pondrá en consideración de él (la) Prefecto(a) las recomendaciones sobre traslados, traspaso, cambios administrativos, intercambio voluntario de puestos, creación y/o supresión de puestos, contratos de servicios ocasionales, contratos civiles de servicios profesionales, convenios o contratos de pasantías o prácticas, que el Gobierno Provincial de Manabí deba ejecutar para optimizar recursos y orientarse a la consecución de sus metas, objetivos y planificación estratégica.
- De acuerdo con la Planificación de Talento Humano sustentada en los requerimientos de las unidades y procesos organizacionales, la máxima autoridad o su delegado podrá autorizar la redistribución de puestos a pedido de los Directores garantizando los niveles ocupacionales y funcionales de las personas que los ocupen, a través de traslados, traspasos y cambios administrativos, con el fin de evitar la duplicidad de funciones. Potenciar al talento humano y organizacional del Gobierno Provincial de Manabí.
- En el caso de imprevistos que conlleven a movimiento de personal referente a contratación, licencias, comisiones de servicios, traspasos, traslados y cambios administrativos cómo también desvinculación laboral que no consten en la Planificación, la Dirección de Talento Humano previo al requerimiento de necesidad de cada Dirección, preparará un informe técnico motivado justificando el hecho.
- Todos los aspectos que no se encuentren normados de forma expresa en este procedimiento deben ser complementados o suplidos por las disposiciones del marco normativo vigente.

5. DIAGRAMAS

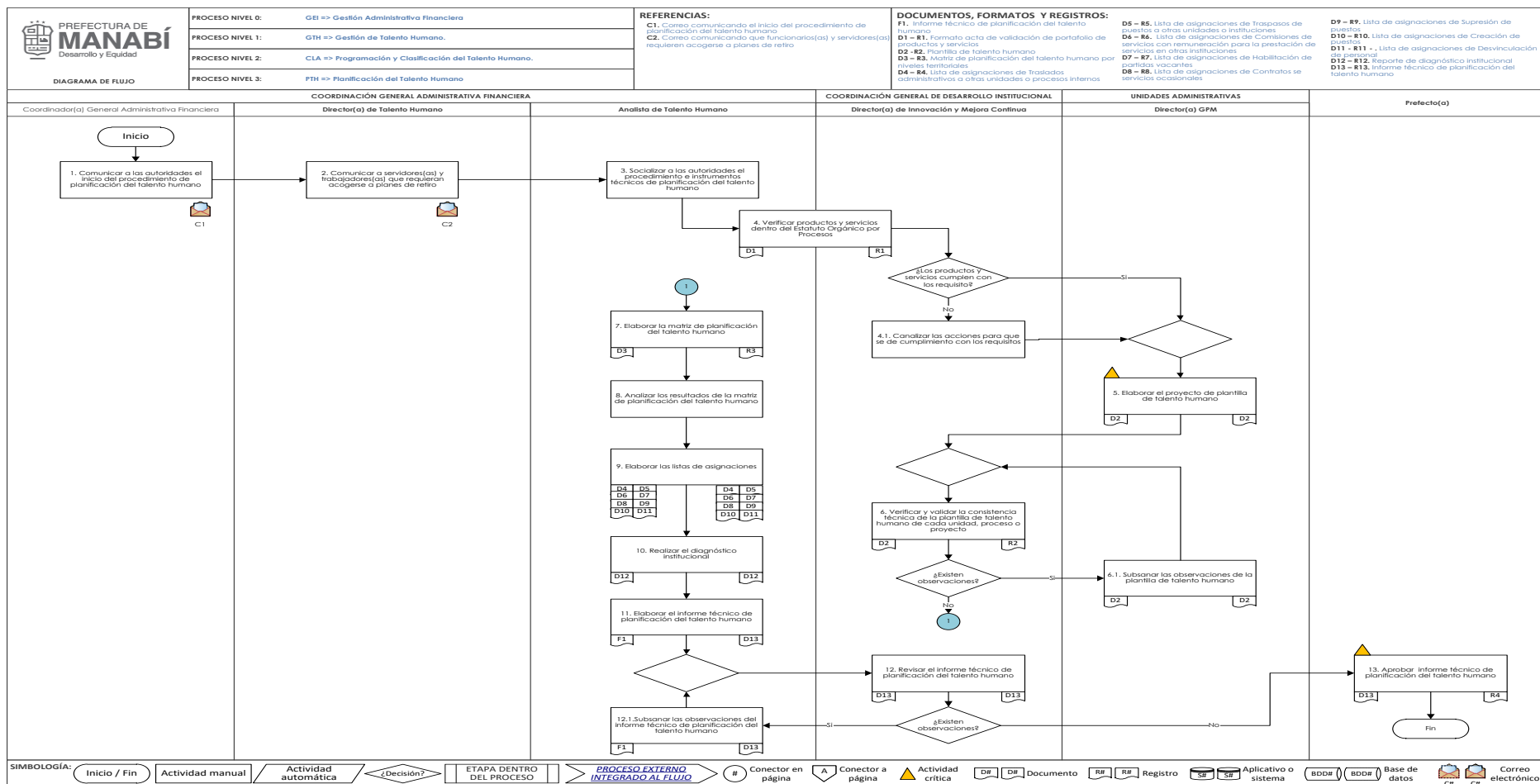
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

 PREFECTURA DE MANABÍ Desarrollo y Equidad		1. NOMBRE DEL PROCESO: <i>Planificación del Talento Humano</i>	DIAGRAMA DE CARACTERIZACIÓN
CARACTERIZACIÓN			
3. OBJETIVO DEL PROCESO: <i>Establecer las actividades a desarrollar para la planificación del Talento Humano, con el fin de determinar las necesidades cualitativas y cuantitativas de personal que requieren las unidades y/o procesos institucionales del Gobierno Provincial de Manabí; y garantizar la cantidad y calidad de este recurso, en función de la estructura organizacional.</i>			
RESPONSABLES DEL RESULTADO: <i>El(la) Director(a) de Talento Humano</i>			
OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE CONTRIBUYE: <i>PEI: Fortalecer al Gobierno Provincial de Manabí para que promueva una institucionalidad participativa, transparente, eficiente, dinámica y de servicio a la ciudadanía. PEI: Incrementar la satisfacción de los usuarios internos y externos del Gobierno Provincial de Manabí.</i>			
12. CONTROLES:			
1. ACTIVIDAD: 5. Elaborar el proyecto de plantilla de talento humano RESPONSABLE: Analista de Talento Humano o Responsable del Proceso		CONTROL: Seguimiento a la elaboración de la plantilla de talento humano	
2. ACTIVIDAD: 13. Aprobar informe técnico de planificación del talento humano RESPONSABLE: Director(a) de Talento Humano o Responsable del Proceso		CONTROL: Seguimiento a la aprobación del informe técnico de planificación del talento humano	
9. DOCUMENTACIÓN INTERNA: - Estatuto orgánico de gestión organizacional por procesos del gobierno autónomo descentralizado provincial de Manabí		8. DOCUMENTACIÓN EXTERNA: - Ley Orgánica del Servicio Público - Reglamento a la Ley Orgánica del Servicio Público - Norma Técnica del Subsistema de Planificación del Talento Humano - Acuerdo MDT-2017-007 - Acuerdo MDT-2019-075 - Acuerdo MDT-2019-247 - Norma ISO9001:2015. Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos	
10. REGISTROS: R1. Formato de acta de validación de portafolio de productos y servicios. R2. Plantilla de Talento Humano. R3. Matriz de planificación del talento humano por niveles territoriales. R4. Lista de asignaciones de traslados. R5. Lista de asignaciones de traslados de puestos a otras unidades o instituciones. R6. Lista de asignaciones de Comisiones de servicios con remuneración para la prestación de servicios en otras instituciones. R7. Lista de asignaciones de Habilitación de partidas vacantes. R8. Lista de asignaciones de Contratos de servicios ocasionales. R9. Lista de asignaciones de Supresión de puestos. R10. Lista de asignaciones de Creación de puestos. R11. Lista de asignaciones de Desvinculación de personal. R12. Reporte de diagnóstico institucional. R13. Informe técnico de planificación del talento humano.			
7. PROVEEDORES: 1) Unidades Administrativas GPM	6. ENTRADAS: 1) Plantillas de Talento Humano	11. ACTIVIDADES: ACTIVIDAD INICIAL: 1. Comunicar a las autoridades el inicio del procedimiento de planificación de talento humano. ACTIVIDAD FINAL: 13. Aprobar el informe técnico de planificación del talento humano	2. SALIDAS: 1) Personal del Gobierno Provincial de Manabí planificado CARACTERÍSTICAS: Eficacia Personal del GPM planificado de acuerdo a la norma técnica
4. USUARIOS: 1) Personal del Gobierno Provincial de Manabí			
13. RECURSOS: SOFTWARE: - Utilitarios de Oficina HARDWARE: - Equipo de Cómputo INFRAESTRUCTURA: - Estaciones de trabajo RECURSOS HUMANOS: - Coordinador(a) General Administrativa Financiera - Directores(as) de la Prefectura de Manabí - Analista de Talento Humano responsable del subsistema de planificación del talento humano. - Servidores(as) y trabajadores(as) de la Prefectura de Manabí		5. INDICADOR DE RESULTADO: 1. NOMBRE DEL INDICADOR: <i>Planificación del talento humano aprobada</i> FÓRMULA DE CÁLCULO: No aplica	
14. RIESGOS: La Gestión de riesgos del SGC, está contemplado en el proceso de Gestión de Riesgos Institucional			

5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO



5.3. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

No.	Actividad	Cargo	Descripción
1	Comunicar a las autoridades el inicio del procedimiento de planificación del talento humano	Coordinador(a) General Administrativo(a) Financiero(a)	Comunica a través de correo institucional a Coordinadores(as) Generales y Directores(as) el inicio de la ejecución de la planificación del talento humano, debiendo informar las necesidades de vinculación y adjuntando los instrumentos técnicos emitidos por el Ministerio de Trabajo que serán utilizados.
2	Comunicar a servidores(as) y trabajadores(as) que requieren acogerse a planes de retiro	Director(a) de Talento Humano	Comunica a servidores(as) y trabajadores(as) que requieren acogerse a los planes de retiro soliciten a él (la) Director(a) de Talento Humano sean incluidos en la planificación del talento humano.
3	Socializar a las autoridades el procedimiento e instrumentos técnicos de planificación del talento humano	Analista de Talento Humano	Lleva a cabo talleres de socialización a Directores(as) del GPM, acerca del procedimiento e instrumentos técnicos, previo a la implementación de la planificación del talento humano.
4	Verificar productos y servicios dentro del Estatuto Orgánico por procesos	Director(a) de Innovación y Mejora Continua / Analista de Talento Humano	Verifica que los productos y servicios que ejecuta cada unidad o proceso consten dentro del estatuto orgánico por procesos legalmente expedido, y en el caso de los proyectos institucionales, que estos estén debidamente aprobados; registrando la información en el formato establecido por el Ministerio de Trabajo D1 - R1: Formato acta de validación de portafolio de productos y servicios , En el caso de que los productos y servicios cumplan con los requerimientos necesarios hace firmar el acta a los (las) Directores(as) del Gobierno Provincial de Manabí para su incorporación continúa en la actividad 5, caso contrario continuar con la actividad 4.1.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
4.1	Canalizar las acciones para que se dé cumplimiento con los requisitos	Director(a) de Innovación y Mejora Continua	Canaliza las acciones para que se dé cumplimiento con los requisitos para su incorporación.
5	Elaborar el proyecto de plantilla de talento humano	Directores(as) / Analista de Talento Humano	<p>El (la) Director(a) de cada unidad con el asesoramiento de él (la) Analista de Talento Humano responsable del subsistema de planificación del talento humano, determinará las actividades secuenciales, tipo de actividad y producto inmediato; sobre este último se determinará la frecuencia, volumen, tiempo y porcentaje de participación del rol en la actividad, a través del instrumento técnico del Ministerio de Trabajo D2: Plantilla de talento humano.</p> <p>CONTROL: Seguimiento a la elaboración del proyecto de plantilla de talento humano.</p> <p>RESPONSABLE: Analista de Talento Humano.</p> <p>FRECUENCIA: Anual</p>
6	Verificar y validar la consistencia técnica de la plantilla de talento humano de cada unidad, proceso o proyecto	Director(a) de Talento Humano	<p>Verifica la consistencia técnica de la información registrada en el instrumento técnico R2: Plantilla de talento humano levantado por cada unidad del GPM, a través del respaldo documental (registros, reportes, informes, estadísticas, entre otros). Estos medios de verificación deberán estar bajo custodia del responsable de cada unidad que permitirá una adecuada validación.</p> <p>Sí la consistencia técnica de la plantilla de talento humano se encuentra acorde a la documentación revisada se procederá con la firma de validación y se continúa con la actividad 7, caso contrario se emiten las observaciones que deben ser subsanadas y se continúa con la actividad 6.1.</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
6.1	Subsanar las observaciones de la plantilla de talento humano	Directores(as)	Subsana la observaciones en el instrumento técnico D2: Plantilla de talento humano y las remite a él (la) Director(a) de Talento Humano y continua con la actividad 6.
7	Elaborar la matriz de planificación del talento humano	Analista de Talento Humano	Consolida la información obtenida en las plantillas de talento humano de cada unidad en el instrumento técnico del Ministerio de Trabajo R3: Matriz de planificación del talento humano por niveles territoriales , con la finalidad de obtener el número actual de las(los) servidores y el reporte de brechas por unidad del GPM.
8	Analizar los resultados de la matriz de planificación del talento humano	Analista de Talento Humano	Analiza las brechas para optimizar y racionalizar el talento humano, que implicará la verificación de los perfiles disponibles de las (los) servidores. Para el análisis es indispensable considerar lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Verifica las brechas requeridas por rol de cada unidad. ✓ Cierra la brechas en base al perfil del puesto legalmente aprobado en el que se requiera personal por cada unidad, frente a los perfiles de las(los) servidores disponibles en el excedente o viceversa. ✓ Identifica el tipo de campo de gestión del talento humano que se realizará priorizando los movimientos de personal. ✓ Identifica el estado de las brechas.
9	Elaborar las listas de asignaciones	Analista de Talento Humano	Elabora cada una de las listas de asignaciones según las necesidades y priorizando los movimientos de personal a continuación se detalla el orden en la cual se puede ejecutar la optimización y racionalización del talento humano en los instrumentos técnicos del Ministerio de Trabajo:

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			<ul style="list-style-type: none"> ✓ D4: Lista de asignaciones de Traslados administrativos a otras unidades o procesos internos”. ✓ D5: Lista de asignaciones de Traspasos de puestos a otras unidades o instituciones”. ✓ D6: Lista de asignaciones de Comisiones de servicios con remuneración para la prestación de servicios en otras instituciones”. ✓ D7: Lista de asignaciones de Habilitación de partidas vacantes”. ✓ D8: Lista de asignaciones de Contratos se servicios ocasionales”. ✓ D9: Lista de asignaciones de Supresión de puestos”. ✓ D10: Lista de asignaciones de Creación de puestos”. ✓ D11: Lista de asignaciones de Desvinculación de personal”.
10	Realizar el diagnóstico institucional	Analista de Talento Humano	Realiza el diagnóstico institucional ingresando la información del distributivo del personal del GPM en el instrumento técnico del Ministerio de Trabajo D12: Reporte de diagnóstico institucional.
11	Elaborar el informe técnico de planificación del talento humano	Analista de Talento Humano	Elabora el F1: Informe técnico de planificación del talento humano FOR-PRO-GAF-CLA-PTH-001-001 en función de la consolidación de brechas por unidades, procesos o proyectos, consolidación de brechas por unidad y consolidación del plan de optimización y racionalización, y lo remite a él (la) Director(a) de Talento Humano para su revisión.
12	Revisar el informe técnico de planificación de talento humano	Director(a) de Talento Humano	<p>Revisa y valida el D13: Informe técnico de planificación del talento humano FOR-PRO-GAF-CLA-PTH-001-001, mismo que es puesto en conocimiento a él (la) Coordinador(a) General Administrativo(a) Financiero(a), a fin de establecer las observaciones y sugerencias del caso, previo a su envío a la aprobación por parte de la máxima autoridad.</p> <p>Sí existen observaciones se remite a él (la) Analista de Talento Humano responsable y continua con la actividad 12.1, caso contrario continua con la actividad 13.</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
12.1	Subsanar las observaciones del informe técnico de planificación del talento humano	Analista de Talento Humano	Subsana las observaciones del D13: Informe técnico de planificación del talento humano FOR-PRO-GAF-CLA-PTH-001-001 y remite a él (la) Director(a) de Talento Humano para su revisión y validación continuando con la actividad 12.
13	Aprobar informe técnico de planificación del talento humano	Prefecto(a)	El (la) Prefecto(a) aprueba el informe técnico de planificación del talento humano R4: Informe técnico de planificación del talento humano FOR-PRO-GAF-CLA-PTH-001-001 , y pondrá en consideración del Consejo Provincial de Manabí. CONTROL: Seguimiento a la aprobación del informe técnico de planificación del talento humano. RESPONSABLE: Director(a) de Talento Humano. FRECUENCIA: Anual

7. INDICADORES DE GESTIÓN

N°	Indicador	Definición	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Responsable de Medición	Fuente de la Medición	Frecuencia de Medición
1	Planificación del Talento Humano aprobada	Es el cumplimiento de planificación del talento humano en el tiempo establecido	No aplica	Cantidad	Analista de Talento Humano responsable del subsistema de planificación del talento humano	Informe técnico de planificación del talento humano	Anual

8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS

8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Documento y Registro	No aplica	D1 - R1: Formato acta de validación de portafolio de productos y servicios	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 1 año Disposición final: Conservación
Documento y Registro	No aplica	D2 - R2: Plantilla de talento humano	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 1 año Disposición final: Conservación
Documento y Registro	No aplica	D3 - R3: Matriz de planificación del talento humano por niveles territoriales	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 1 año Disposición final: Conservación
Documento y Registro	No aplica	D4 - R4: Lista de asignaciones de Traslados administrativos a otras unidades o procesos internos	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 1 año Disposición final: Conservación

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Documento y Registro	No aplica	D5 – R5: Lista de asignaciones de Traspasos de puestos a otras unidades o instituciones	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 1 año Disposición final: Conservación
Documento y Registro	No aplica	D6 – R6: Lista de asignaciones de Comisiones de servicios con remuneración para la prestación de servicios en otras instituciones	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 1 año Disposición final: Conservación
Documento y Registro	No aplica	D7 – R7: Lista de asignaciones de Habilitación de partidas vacantes	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 1 año Disposición final: Conservación
Documento y Registro	No aplica	D8 – R8: Lista de asignaciones de Contratos se servicios ocasionales	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 1 año Disposición final: Conservación
Documento y Registro	No aplica	D9 – R9: Lista de asignaciones de Supresión de puestos	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 1 año Disposición final:

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
							Conservación
Documento y Registro	No aplica	D10 – R10: Lista de asignaciones de Creación de puestos	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 1 año Disposición final: Conservación
Documento y Registro	No aplica	D11 - R11: Lista de asignaciones de Desvinculación de personal	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 1 año Disposición final: Conservación
Documento y Registro	No aplica	D12 - R12: Reporte de Diagnóstico Institucional	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 1 año Disposición final: Conservación
Formato, Documento y Registro	FOR-PRO-GAF-GTH-CLA-PTH-001-001	F1, D13, R13: Informe técnico de planificación del talento humano	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 1 año Disposición final: Conservación



PREFECTURA DE
MANABÍ
Desarrollo y Equidad

Procedimiento

**Formación y Capacitación del Talento
Humano**

PRO-GAF-GTH-CTH-001

Dirección de Talento Humano

Enero - 2023

Versión 1.0

CÓDIGO: PRO-GAF-GTH-CTH-001		VERSIÓN 1.0	
<p>PROCEDIMIENTO:</p> <p>Formación y Capacitación del Talento Humano</p>			
DESCRIPCIÓN	CARGO	FIRMA	FECHA
APROBADO POR	Ing. Yanina Macías Coordinadora General Administrativa Financiera		
	Dra. Ana Arteaga Directora de Talento Humano		
REVISADO POR	Ing. Iván González Director de Innovación y Mejora Continua		
	Ing. Karla González Analista de Talento Humano		
ELABORADO POR	Ing. Gema Rodríguez Analista de Innovación y Mejora Continua		
	Mgs. Sebastián Cisneros Consultor		

IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

Proceso Nivel 0:	Gestión Administrativa Financiera		
Proceso Nivel 1:	Gestión de Talento Humano		
Proceso Nivel 2:	Formación y Capacitación del Talento Humano		
Proceso Nivel 3:			
Versión del documento:	1.0	Frecuencia de Ejecución:	Anual
Responsable:	Director(a) de Talento Humano		

REGISTRO DE VERSIONES

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de aprobación (mes-año)	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
1.0	Creación del documento	Karla González Analista de Talento Humano / Yanina Macías Coordinadora General Administrativa Financiera	Enero - 2023	No Aplica

CONTENIDO

1. OBJETIVO	5
2. ALCANCE	5
3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS	5
4. MARCO NORMATIVO	7
4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS	7
4.2. DOCUMENTOS INTERNOS	7
4.3. NORMAS GENERALES	7
5. DIAGRAMAS	10
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	10
5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO	11
5.3. DIAGRAMA DE FLUJO	12
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	14
7. INDICADORES DE GESTIÓN	22
8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS	23
8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	23

1. OBJETIVO

Reducir la brecha de competencia y/o conocimiento de los (las) servidores(as) y trabajadores(as) del Gobierno Provincial de Manabí, a través de la adecuada planificación, organización, ejecución, evaluación y mejoramiento de programas de formación y capacitación.

2. ALCANCE

Este procedimiento va desde la identificación de necesidades, hasta la tabulación y presentación de informes de capacitaciones realizadas.

3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

Capacitación Externa: Adquisición de conocimientos, principalmente de carácter técnico, científico y administrativo.

Capacitación Gerencial y/o directiva: Tiene como finalidad el desarrollo de competencias conductuales requeridas por las y los servidores públicos que tienen la responsabilidad de gerenciar, direccionar y gestionar los procesos organizacionales.

Capacitación Inductiva: Es aquella destinada a orientar, difundir y/o reafirmar en las y los servidores públicos y/o trabajadores, principios y valores institucionales, acorde con su visión, misión y objetivos.

Capacitación Interna: Relacionada con el desarrollo de conocimientos, destrezas y habilidades técnicas en función de la misión, de los productos y servicios que genera cada proceso institucional y sus puestos de trabajo.

Capacitación no planificada: Proceso de enseñanza-aprendizaje que se desarrolla en función de los requerimientos institucionales.

Capacitación planificada: Proceso continuo de enseñanza-aprendizaje, mediante el cual se desarrollan las habilidades y destrezas de los servidores para un mejor desempeño en sus labores habituales; persigue el desarrollo profesional y la actualización de conocimientos, desarrollo de competencias y habilidades de las y los servidores y trabajadores, con la finalidad de impulsar la eficiencia y eficacia de sus puestos de trabajo y de los procesos en los que interviene.

Capacitación Técnica: Está directamente relacionada con el desarrollo de conocimientos, destrezas y habilidades técnicas en función de la misión, de los productos y servicios que genera cada proceso institucional y sus puestos de trabajo.

Formación: Es el proceso que permite la adquisición de competencias especializadas a través de estudios de carrera a nivel superior con el fin de generar conocimientos científicos y realizar investigaciones aplicadas en las áreas de prioridad nacional.

Plan Institucional de Capacitación: Tendrá directa relación con el desarrollo de competencias técnicas y conductuales, la misma que se asociará a las características de especificidad de los puestos y de los procesos en los que interviene.

4. MARCO NORMATIVO

4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS

- Ley Orgánica del Servicio Público.
- Reglamento a la Ley Orgánica del Servicio Público.
- Código de Trabajo.
- Norma Técnica del Subsistema de Formación y Capacitación.

4.2. DOCUMENTOS INTERNOS

- Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos.
- Procedimiento de Gestión de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad.

4.3. NORMAS GENERALES

- a) Las normas de este documento son de aplicación obligatoria para todos los servidores del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, en tanto guarden conformidad con las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y resoluciones vigentes al momento de su ejecución.
- b) El servidor que incumpliere sus obligaciones o contraviniere las disposiciones de este documento, así como las leyes y normativa conexas, incurrirá en responsabilidad administrativa de acuerdo a las disposiciones reglamentarias institucionales.
- c) Todo proceso o subproceso, deberá incorporar el concepto de mejora continua en su diagramación y generación de documentos, procurando la simplificación de trámites y tareas, eliminar duplicidad de tareas, y optimizando la transaccionalidad.
- d) El Plan de Capacitación Institucional da cumplimiento de las fases de: aplicación de encuestas de capacitación, validación de necesidades por parte de los responsables de las unidades administrativas, pre aprobación de los requerimientos de capacitación por parte de la Dirección de Talento Humano, aprobación del Plan de Capacitación por parte de la Máxima Autoridad, ejecución y reporte.
- e) El proceso de gestión de evaluación del desempeño constituye insumo del procedimiento de formación y capacitación del talento humano en la detección de necesidades de capacitación institucional; corresponde a los jefes inmediatos de cada unidad administrativa asegurar que la brecha de conocimientos del personal resultante de la evaluación del desempeño se formule de parte del servidor/a público en la respectiva encuesta de capacitación, situación que será validado por el responsable de la unidad administrativa en la instancia que

corresponda.


- f) La ejecución de los eventos de capacitación externa serán coordinados conjuntamente con las unidades administrativas cuyos servidores serán capacitados; la Dirección Administrativa contribuirá con la logística cuando los eventos se desarrollen dentro del Gobierno Provincial de Manabí.
- g) Las Autoridades y los responsables de las unidades administrativas del Gobierno Provincial de Manabí prestarán las facilidades necesarias a los (las) servidores(as) y trabajadores(as), a fin de que asistan a los eventos de capacitación interna, virtual y externa planificados.
- h) El personal que no apruebe los cursos externos o pagados a los cuales fuere designado, deberá reintegrar a la Institución el valor total o la parte proporcional de lo invertido en cada curso de capacitación, en un plazo no mayor a 60 días. Para ello la Dirección de Talento Humano elaborará el correspondiente informe en el cual determinará el valor a ser reintegrado. En caso de no asistencia a los eventos de capacitación, los servidores designados a los mismos deberán reintegrar la totalidad del valor invertido.
- i) Los (las) servidores(as) del Gobierno Provincial de Manabí, que participen en los procesos de capacitación externa planificada y no programada, en la que se empleen recursos económicos provenientes de fuente fiscal o de inversión, suscribirán los correspondientes Convenios de devengación, con lo cual se genera la responsabilidad de transmitir y de poner en práctica los nuevos conocimientos adquiridos por un lapso igual al triple del tiempo de formación o capacitación, conforme lo establece el artículo 73 de la LOSEP, en lo que se refiere a capacitación externa gratuita, los participantes suscribirán un Acuerdo de devengación de Capacitación, para cumplir con la réplica del evento recibido y concretar el "efecto multiplicador del conocimiento", los Convenios de devengación o Acuerdo de devengación de Capacitación según sea el caso, serán suscritos por él(la) servidor(a) antes de iniciar la capacitación en ambos casos una vez culminado el evento de capacitación externa se emitirá una encuesta de satisfacción de curso de capacitación externa del evento para ser llenado por las y los servidores que asistieron a la capacitación, esto servirá para control interno.
- j) Los (las) servidores(as) y/o trabajadores(as) del Gobierno Provincial de Manabí que participen en los procesos de capacitación sean estos: capacitación interna no planificada, capacitación interna planificada, llenarán una encuesta de satisfacción de cursos de capacitación interna del evento que servirá para control interno.
- k) Los (las) servidores(as) y/o trabajadores(as) que participen en los eventos de capacitación proporcionados por el Gobierno Provincial de Manabí, serán

evaluados en sus conocimientos y desempeño, a través de la obtención de certificados y/o listas de aprobación emitidos por parte de él(la) capacitador(a), sea este interno o externo, con la finalidad de medir la efectividad de la capacitación y los resultados obtenidos, como parte de la retroalimentación institucional; cabe señalar que una vez que él(la) servidor(a) y/o trabajador(a) recibe el certificado de capacitación, se remitirá una copia simple del mismo al expediente laboral.

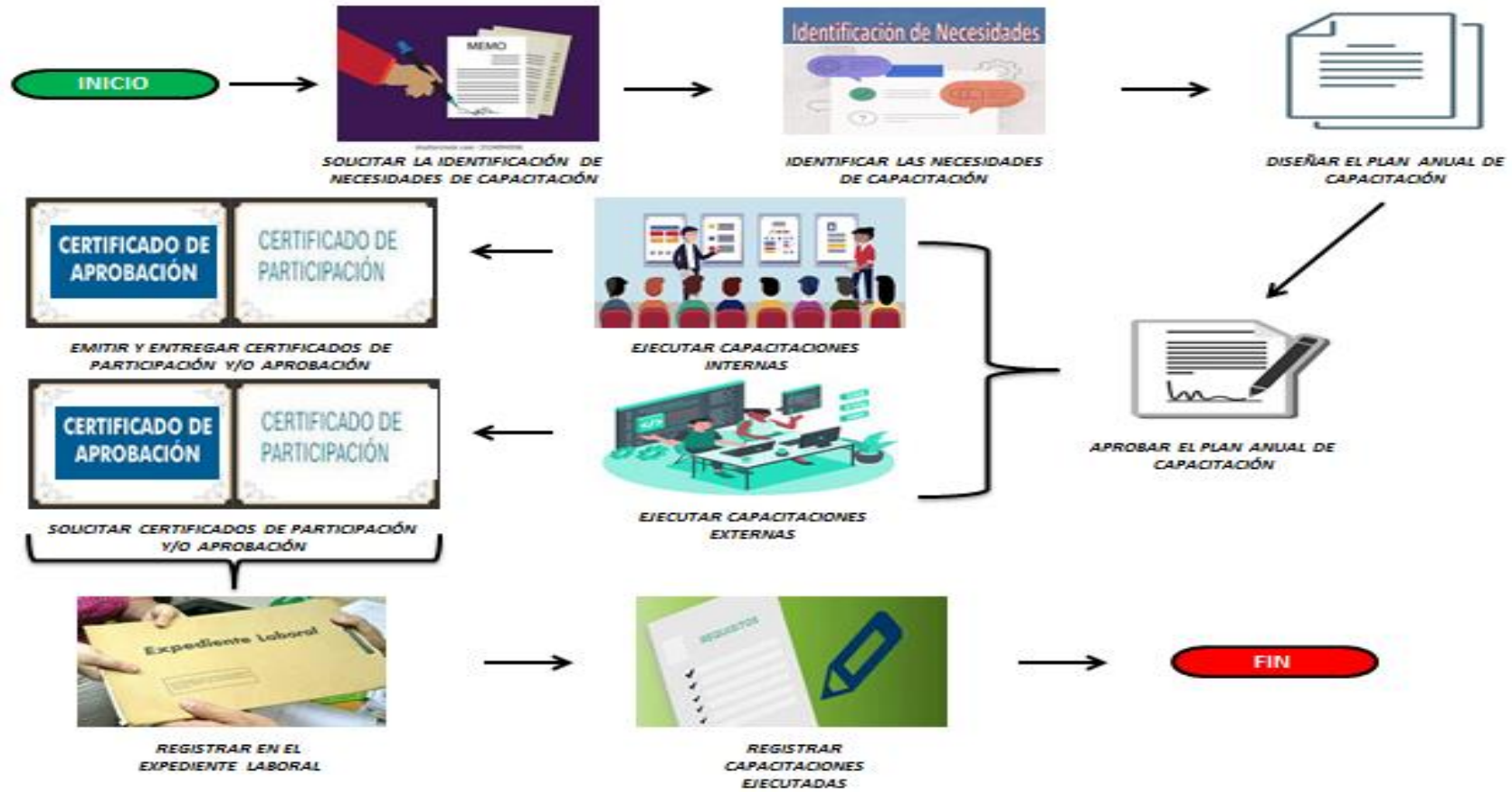
- l) Todos los aspectos que no se encuentren normados de forma expresa en este procedimiento deben ser complementados o suplidos por las disposiciones del marco normativo vigente.

5. DIAGRAMAS

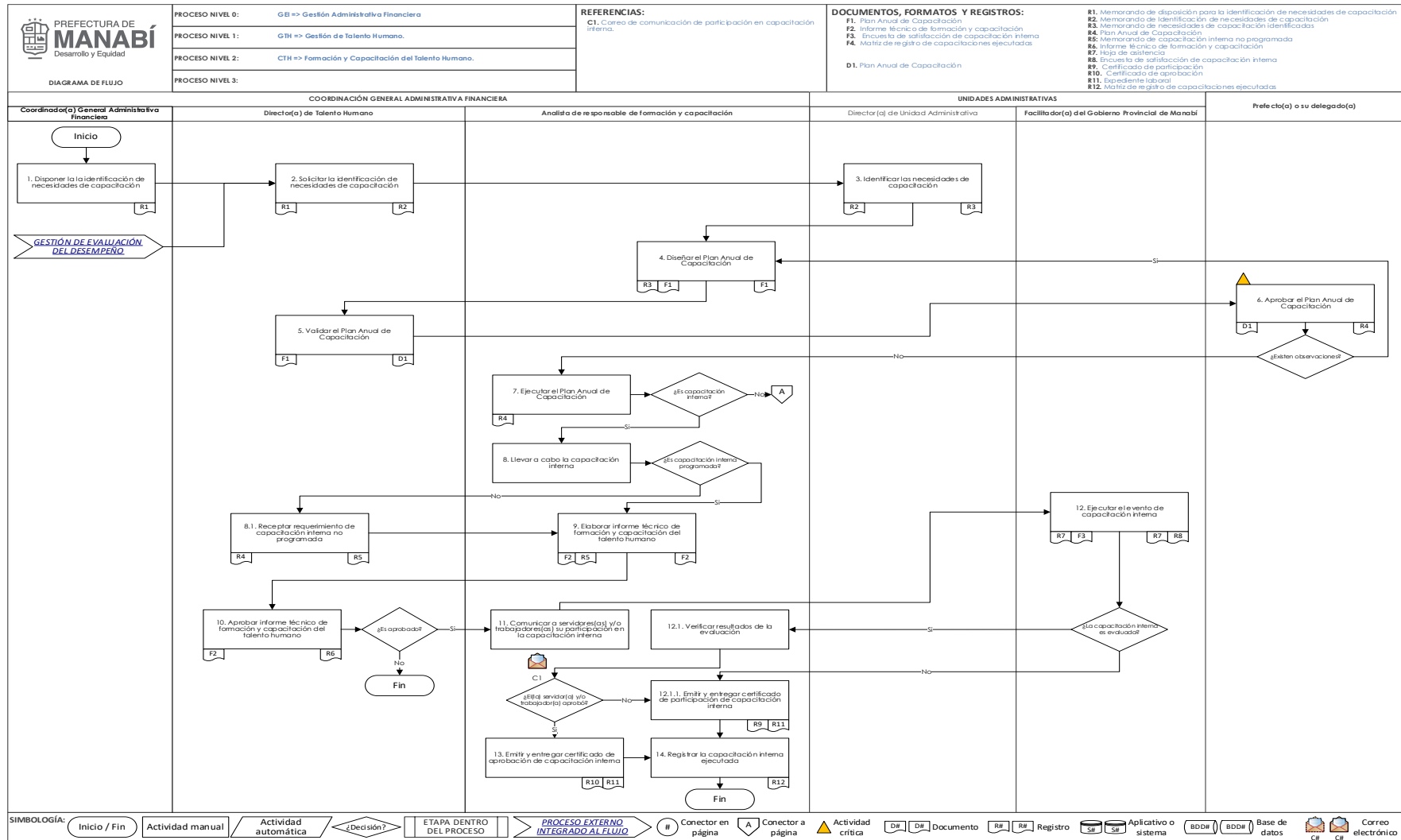
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

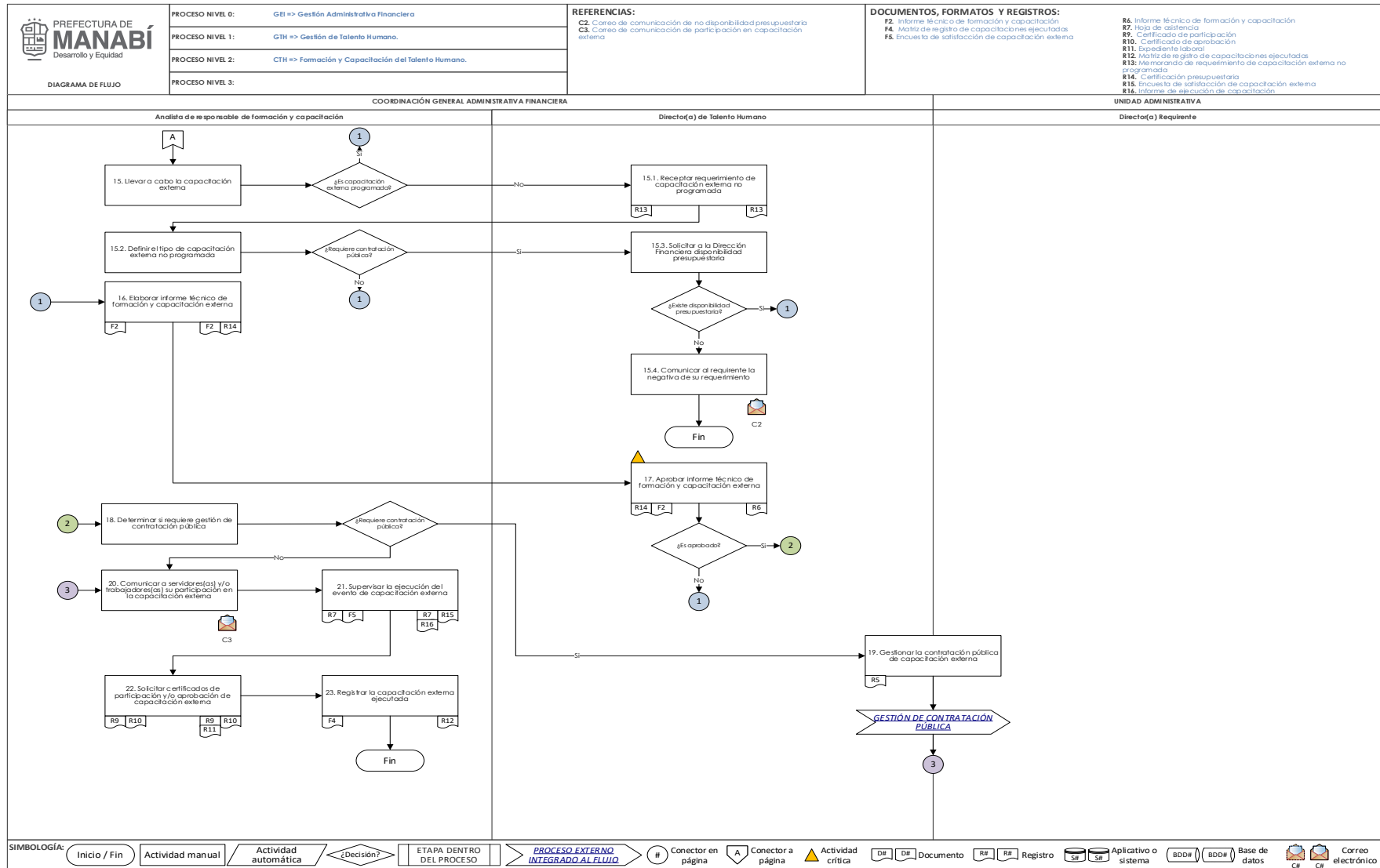
 PREFECTURA DE MANABÍ Desarrollo y Equidad		1. NOMBRE DEL PROCESO: Formación y Capacitación del Talento Humano	DIAGRAMA DE CARACTERIZACIÓN
CARACTERIZACIÓN			
3. OBJETIVO DEL PROCESO: Reducir la brecha de competencia y/o conocimiento de los (las) servidores(as) y trabajadores(as) del Gobierno Provincial de Manabí, a través de la adecuada planificación, organización, ejecución, evaluación y mejoramiento de programas de formación y capacitación.			
RESPONSABLES DEL RESULTADO: El(la) Director(a) de Talento Humano			
OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE CONTRIBUYE: PEI: Fortalecer al Gobierno Provincial de Manabí para que promueva una institucionalidad participativa, transparente, eficiente, dinámica y de servicio a la ciudadanía. PEI: Incrementar la satisfacción de los usuarios internos y externos del Gobierno Provincial de Manabí.			
12. CONTROLES:			
1. ACTIVIDAD: 5. Aprobar el Plan Anual de Capacitación RESPONSABLE: Director(a) de Talento Humano o Responsable del Proceso		CONTROL: Seguimiento a la aprobación del plan anual de capacitación.	
2. ACTIVIDAD: 17. Aprobar el informe técnico de ejecución de capacitación externa no programada RESPONSABLE: Analista responsable de formación y capacitación		CONTROL: Seguimiento a la aprobación del informe técnico de ejecución de capacitación externa no programada	
9. DOCUMENTACIÓN INTERNA: - Estatuto orgánico de gestión organizacional por procesos del gobierno autónomo descentralizado provincial de Manabí - Procedimiento de Gestión de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad.		8. DOCUMENTACIÓN EXTERNA: - Ley Orgánica del Servicio Público - Reglamento a la Ley Orgánica del Servicio Público - Código de Trabajo - Norma Técnica del Subsistema de Formación y Capacitación	
10. REGISTROS: R1. Memorando de identificación de necesidades de capacitación identificadas R2. Memorando de necesidades de capacitación R3. Plan Anual de Capacitación R4. Memorando de requerimiento de capacitación interna no programada R5. Informe técnico de formación y capacitación R6. Hoja de asistencia R7. Encuesta de satisfacción de capacitación interna R8. Certificado de participación R9. Certificado de aprobación R10. Expediente Laboral R11. Matriz de registro de capacitaciones ejecutadas R12. Memorando de requerimiento de capacitación externa no programada R13. Certificación presupuestaria R14. Encuesta de satisfacción de capacitación externa R15. Informe de ejecución de capacitación externa			
7. PROVEEDORES: 1) Directores(as) de Unidades Administrativas		4. USUARIOS: 1) Personal del Gobierno Provincial de Manabí	
6. ENTRADAS: 1) Necesidades de capacitación identificadas		11. ACTIVIDADES: ACTIVIDAD INICIAL: 1. Solicitar la identificación de necesidades de capacitación ACTIVIDAD FINAL: 22. Registrar la capacitación externa ejecutada	
13. RECURSOS: SOFTWARE: - Utilitarios de Oficina HARDWARE: - Equipo de Cómputo INFRAESTRUCTURA: - Estaciones de trabajo RECURSOS HUMANOS: - Prefecto(a) - Director(a) de Talento Humano - Analistas de Talento Humano - Servidores(as) y/o trabajadores(as)		5. INDICADOR DE RESULTADO: 1. NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de eficacia en el cumplimiento del plan anual de capacitación FÓRMULA DE CÁLCULO: $(\text{número de capacitaciones ejecutadas} / \text{número de capacitaciones programadas}) * 100$	
14. RIESGOS: La Gestión de riesgos del SGC, está contemplado en el proceso de Gestión de Riesgos Institucional			

5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO



5.3. DIAGRAMA DE FLUJO





6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

No.	Actividad	Cargo	Descripción
1	Disponer el inicio de identificación de necesidades de capacitaciones	Coordinador (a) General Administrativo - Financiero	Dispone a la Dirección de Talento Humano, hasta finales del mes de noviembre, la identificación de necesidades de capacitación. R1. Memorando de disposición para la identificación de necesidades de capacitación.
2	Solicitar la identificación de necesidades de capacitación	Director(a) de Talento Humano	Solicita hasta los primeros días del mes de diciembre, a través de R2. Memorando de identificación de necesidades de capacitación a las Unidades Administrativas procedan con la misma.
3	Identificar las necesidades de capacitación	Director(a) de Unidad Administrativa	Identifica las necesidades de capacitación del personal de su unidad administrativa, mismas que deberán concordar con las brechas de conocimientos resultantes de la evaluación del desempeño y la participación del personal dentro del desarrollo de planes, programas y proyectos necesarios para el cumplimiento de objetivos institucionales y las remite a través de R3. Memorando de necesidades de capacitación identificadas a él (la) Director(a) de Talento Humano, hasta finales del mes de diciembre.
4	Diseñar el Plan Anual de Capacitación	Analista responsable de formación y capacitación	Tomando en cuenta las necesidades de capacitación identificadas por parte de los (las) Directores(as) de las Unidades Administrativas, valida las mismas y diseña el F1. Plan Anual de Capacitación FOR-PRO-GAF-GTH-CTH-001-001 , y lo remite a él (la) Director(a) de Talento Humano para su revisión.
5	Validar el Plan Anual de Capacitación	Director(a) de Talento Humano	Revisa y valida el F1-D1. Plan Anual de Capacitación FOR-PRO-GAF-GTH-CTH-001-001 y lo remite a él (la) Prefecto(a) para su aprobación.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
6	Aprobar el Plan Anual de Capacitación	Prefecto(a) / Delegado(a)	<p>Recepta y aprueba a través de una sumilla el D1-R4. Plan Anual de Capacitación FOR-PRO-GAF-GTH-CTH-001-001, y lo remite a él (la) Director(a) de Talento Humano dando continuidad con el procedimiento.</p> <p>¿Existen observaciones?</p> <p>SI: Pasa a la actividad 4. NO: Pasa a la actividad 7.</p> <p>CONTROL: Seguimiento a la aprobación del Plan Anual de Capacitación.</p> <p>RESPONSABLE: Director(a) de Talento Humano</p> <p>FRECUENCIA: Anual</p>
7	Ejecutar el Plan Anual de Capacitación	Analista responsable de formación y capacitación	<p>Ejecuta el Plan Anual de Capacitación de acuerdo a lo planificado.</p> <p>¿Es capacitación interna?</p> <p>SI: Pasa a la actividad 8. NO: Pasa a la actividad 15.</p>
TIPOS DE CAPACITACIÓN			
CAPACITACIÓN INTERNA			
8	Llevar a cabo la capacitación interna	Analista responsable de formación y capacitación	<p>Lleva a cabo la capacitación interna.</p> <p>¿Es capacitación interna programada?</p> <p>SI: Pasa a la actividad 9 NO: Pasa a la actividad 8.1</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
8.1	Receptar requerimiento de capacitación interna no programada	Director(a) de Talento Humano	Recepta el R5. Memorando de requerimiento de capacitación interna no programada remitido por parte de él (la) Director(a) de unidad requirente y lo remite a él (la) Analista responsable de formación y capacitación.
9	Elaborar informe técnico de formación y capacitación interna	Analista responsable de formación y capacitación	Recepta el R5. Memorando de requerimiento de capacitación interna no programada y elabora el F2. Informe Técnico de Formación y Capacitación FOR-PRO-GAF-GTH-CTH-001-002 , y lo remite a él (la) Director(a) de Talento Humano para su aprobación. Sea capacitación interna programada o no programada se elaborará el F2. Informe Técnico de Formación y Capacitación FOR-PRO-GAF-GTH-CTH-001-002 , y será remitido a él (la) Director(a) de Talento Humano para su aprobación.
10	Aprobar requerimiento de capacitación interna no programada	Director(a) de Talento Humano	Recepta y aprueba el F2-R6. Informe Técnico de Formación y Capacitación FOR-PRO-GAF-GTH-CTH-001-002 dando continuidad con el procedimiento. ¿Es aprobado? SI: Pasa a la actividad 11. NO: Se da por terminado el procedimiento.
11	Comunicar a servidores(as) y/o trabajadores(as) su participación en la capacitación interna	Analista responsable de formación y capacitación	Coordina la logística del evento de capacitación interna con la Dirección Administrativa (de ser el caso) y comunica a los (las) servidores(as) y/o trabajadores(as) a través de correo institucional su participación en la capacitación.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
12	Ejecutar el evento de capacitación interna	Facilitador(a) del Gobierno Provincial de Manabí	Ejecuta el evento de capacitación interna dando cumplimiento con la temática planteada y solicita a los (las) servidores(as) y/o trabajadores(as) registren su participación en la R7. Hoja de asistencia y que llenen la F3 – R8. Encuesta de satisfacción de capacitación interna FOR-PRO-GAF-GTH-CTH-001-002. ¿La capacitación interna es evaluada? SI: Pasa a la actividad 12.1. NO: Pasa a la actividad 12.1.1.
12.1	Verificar resultados de la evaluación	Analista responsable de formación y capacitación	Verifica los resultados obtenidos en la evaluación realizada a los (las) servidores(as) y/o trabajadores(as) que participaron en la capacitación interna. ¿El (la) servidor(a) y/o trabajador(a) aprobó? SI: Pasa a la actividad 13. NO: Pasa a la actividad 12.1.1
12.1.1	Emitir y entregar certificado de participación de capacitación interna	Analista responsable de formación y capacitación	Emite y entrega el R9. Certificado de participación de los (las) servidores(as) y/o trabajadores(as) y la copia del mismo lo registra en el R11. Expediente laboral correspondiente a cada servidor(a) y/o trabajador(a) y continua con la actividad 14.
13	Emitir y entregar certificado de aprobación de capacitación interna	Analista responsable de formación y capacitación	Emite y entrega el R10. Certificado de aprobación de los (las) servidores(as) y/o trabajadores(as) y la copia del mismo lo registra en el R11. Expediente laboral correspondiente a cada servidor(a) y/o trabajador(a) y continua con la actividad 14.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
14	Registrar la capacitación interna ejecutada	Analista responsable de formación y capacitación	Registra la capacitación interna ejecutada completando todos los datos establecidos en la F4 - R12. Matriz de Registro de Capacitaciones Ejecutadas FOR-PRO-GAF-GTH-CTH-001-004 , dando por terminado el procedimiento.
CAPACITACIÓN EXTERNA			
15	Llevar a cabo la capacitación externa	Analista responsable de formación y capacitación	Lleva a cabo la capacitación externa. ¿Es capacitación externa programada? SI: Pasa a la actividad 16. NO: Pasa a la actividad 15.1.
15.1	Receptar requerimiento de capacitación externa no programada	Director(a) de Talento Humano	Recepta el R13. Memorando de requerimiento de capacitación externa no programada remitido por parte de él (la) Director(a) de la Unidad Administrativa y lo remite a él (la) Analista responsable de formación y capacitación.
15.2	Definir el tipo de capacitación externa no programada	Analista responsable de formación y capacitación	Recepta el R13. Memorando de requerimiento de capacitación externa no programada y define el tipo de capacitación externa no programada. ¿Requiere contratación pública? SI: Pasa a la actividad 15.3. NO: Pasa a la actividad 16.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
15.3	Solicitar a la Dirección Financiera disponibilidad presupuestaria	Director(a) de Talento Humano	<p>Solicita a él (la) Director(a) Financiero(a) la certificación de disponibilidad presupuestaria para la ejecución del evento de capacitación solicitado por él (la) Director(a) de la Unidad Administrativa.</p> <p>¿Existe disponibilidad presupuestaria?</p> <p>SI: Pasa a la actividad 16.</p> <p>NO: Pasa a la actividad 15.4.</p>
15.4	Comunicar al requirente la negativa de su requerimiento	Director(a) de Talento Humano	<p>Comunica a él (la) Director(a) de la Unidad Administrativa requirente que no se cuenta con la disponibilidad presupuestaria para la ejecución del evento de capacitación externa requerido y se da por terminado el procedimiento.</p>
16	Elaborar informe técnico de formación y capacitación externa	Analista responsable de formación y capacitación	<p>Elabora el F2. Informe Técnico de Formación y Capacitación FOR-PRO-GAF-GTH-CTH-001-002, que justifique la necesidad de evento de capacitación externa y será remitido a él (la) Director(a) de Talento Humano para su aprobación adjuntando la respectiva R14. Certificación presupuestaria.</p> <p>Sea capacitación externa programada o no programada se elaborará el F2. Informe Técnico de Formación y Capacitación FOR-PRO-GAF-GTH-CTH-001-002, y será remitido a él (la) Director(a) de Talento Humano para su aprobación.</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
17	Aprobar informe técnico de formación y capacitación externa	Director(a) de Talento Humano	<p>Recepta y aprueba a través de una sumilla el F2-R6. Informe Técnico de Formación y Capacitación FOR-PRO-GAF-GTH-CTH-001-002, y lo remite a él (la) Analista responsable de formación y/o capacitación dando continuidad con el procedimiento.</p> <p>¿Es aprobado?</p> <p>SI: Pasa a la actividad 18. NO: Pasa a la actividad 16.</p> <p>CONTROL: Seguimiento a la aprobación del informe técnico de ejecución de capacitación externa.</p> <p>RESPONSABLE: Analista responsable de formación y capacitación</p> <p>FRECUENCIA: Bajo demanda</p>
18	Determinar si requiere gestión de contratación pública	Analista responsable de formación y capacitación	<p>Recepta el F2-R6. Informe Técnico de Formación y Capacitación FOR-PRO-GAF-GTH-CTH-001-002 aprobado y define si se requiere la contratación pública.</p> <p>¿Requiere contratación pública?</p> <p>SI: Pasa a la actividad 19. NO: Pasa a la actividad 20.</p>
19	Gestionar la contratación pública de capacitación externa	Director(a) de Talento Humano / Director(a) de Unidad Requiriente	<p>Se procederá con el procedimiento de Gestión de Contratación Pública (PRO-GAF-GCP-GCP-001), en coordinación con él (la) Director(a) de la Unidad Administrativa requirente (de ser el caso).</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
20	Comunicar a servidores(as) y/o trabajadores(as) su participación en la capacitación externa	Analista responsable de formación y capacitación	Comunica a los (las) servidores(as) y/o trabajadores(as) a través de correo institucional su participación en la capacitación externa ya sea está presencial o virtual.
21	Supervisar la ejecución del evento de capacitación externa	Analista responsable de formación y capacitación	Supervisa la ejecución del evento de capacitación externa. En el caso de que sea presencial solicita al proveedor que se registre la participación de los (las) funcionarios(as) y/o servidores(as) en la R7. Hoja de asistencia y que llenen la F5 – R15. Encuesta de satisfacción de capacitación externa FOR-PRO-GAF-GTH-CTH-001-005 y que remita una vez terminado el evento de capacitación externa su respectivo R16. Informe de ejecución de capacitación externa , donde conste la metodología empleada, los temas tratados, la calificación obtenida por los participantes (de ser el caso) y los resultados alcanzados con la capacitación. Mientras que en el caso de que sea virtual confirmará la participación de los (las) funcionarios(as) y/o servidores(as) en la misma.
22	Solicitar certificados de participación y/o aprobación de capacitación externa	Analista responsable de formación y capacitación	Solicita a los (las) funcionarios(as) y/o trabajadores(as) copia de los certificados obtenidos en la capacitación externa recibida sean estos R9. Certificado de participación y/o R10. Certificado de aprobación y los registra en el R11. Expediente laboral .
23	Registrar la capacitación externa ejecutada	Analista responsable de formación y capacitación	Registra la capacitación externa ejecutada completando todos los datos establecidos en la F4 – R12. Matriz de Registro de Capacitaciones Ejecutadas FOR-PRO-GAF-GTH-CTH-001-004 , dando por terminado el procedimiento.

7. INDICADORES DE GESTIÓN

N°	Indicador	Definición	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Responsable de Medición	Fuente de la Medición	Frecuencia de Medición
1	Porcentaje de eficacia en el cumplimiento del plan anual de capacitación	Es la determinación del número de capacitaciones ejecutadas acorde a las actividades esenciales del puesto de trabajo respecto al número de capacitaciones programadas en el plan anual de capacitación	$(\text{Número de capacitaciones ejecutadas} / \text{número de capacitaciones programadas}) * 100$	Porcentaje	Analista responsable de formación y capacitación	Matriz de registro de capacitaciones ejecutadas	Trimestral

8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS

8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Registro	No aplica	R1: Memorando de disposición para la identificación de necesidades de capacitación	Delegado(a) de él (la) Coordinador(a) General Administrativa Financiera	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Coordinación General Administrativa Financiera	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación
Registro	No aplica	R2: Memorando de identificación de necesidades de capacitación	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación
Registro	No aplica	R3: Memorando de necesidades de capacitación identificadas.	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación
Formato, Documento y Registro	FOR-PRO-GAF-GTH-CTH-001-001	F1-D1-R4: Plan Anual de Capacitación.	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Registro	No aplica	R5: Memorando de requerimiento de capacitación interna no programada.	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GAF-GTH-CTH-001-002	F2-R6: Informe técnico de formación y capacitación	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación
Registro	No aplica	R7: Hoja de asistencia	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GAF-GTH-CTH-001-003	F3-R8: Encuesta de satisfacción de capacitación interna	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación
Registro	No aplica	R9: Certificado de participación	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Registro	No aplica	R10: Certificado de aprobación	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación
Registro	No aplica	R11: Expediente Laboral	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GAF-GTH-CTH-001-003	F4-R12: Matriz de registro de capacitaciones ejecutadas	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación
Registro	No aplica	R13: Memorando de requerimiento de capacitación externa no programada.	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación
Registro	No aplica	R14: Certificación presupuestaria	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GAF-	F4-R15: Encuesta de	Delegado(a) de él	Electrónico:	Cronológico	Dirección de	Tiempo de

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
	GTH-CTH-001-004	satisfacción de capacitación externa	(la) Director(a) de Talento Humano	Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección		Talento Humano	retención: 4 años Disposición final: Conservación
Registro	No aplica	R15: Informe de ejecución de capacitación externa	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación



PREFECTURA DE
MANABÍ
Desarrollo y Equidad

Procedimiento

Gestión de Evaluación del Desempeño

PRO-GAF-GTH-DTH-001

Dirección de Talento Humano

Enero - 2023

Versión 1.0

CÓDIGO: PRO-GAF-GTH-DTH-001		VERSIÓN 1.0	
<p>PROCEDIMIENTO:</p> <p>Gestión de Evaluación del Desempeño</p>			
DESCRIPCIÓN	CARGO	FIRMA	FECHA
APROBADO POR	Ing. Yanina Macías Coordinadora General Administrativa Financiera		
	Ing. Iván González Director de Innovación y Mejora Continua		
REVISADO POR	Dra. Ana Arteaga Directora de Talento Humano		
	Lcda. Maritza Ponce Analista de Talento Humano		
ELABORADO POR	Mgs. Sebastián Cisneros Consultor		

IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

Proceso Nivel 0:	Gestión Administrativa Financiera		
Proceso Nivel 1:	Gestión de Talento Humano		
Proceso Nivel 2:	Desempeño del Talento Humano		
Proceso Nivel 3:	Gestión de Evaluación del Desempeño		
Versión del documento:	1.0	Frecuencia de Ejecución:	Bajo demanda
Responsable:	Director(a) de Talento Humano		

REGISTRO DE VERSIONES

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de elaboración	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
1.0	Creación del documento	Maritza Ponce Analista 5 / Yanina Macías Coordinadora General Administrativa Financiera	Enero - 2023	No Aplica

CONTENIDO

1. OBJETIVO	5
2. ALCANCE	5
3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS	5
4. MARCO NORMATIVO	7
4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS	7
4.2. DOCUMENTOS INTERNOS	7
4.3. NORMAS GENERALES	7
5. DIAGRAMAS.....	13
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	13
5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO	14
5.3. DIAGRAMA DE FLUJO	15
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	18
7. INDICADORES DE GESTIÓN	34
8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS.....	36
8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	36

1. OBJETIVO

Evaluar el desempeño de los servidores del Gobierno Provincial de Manabí para identificar la brecha de competencia y acciones de mejora.

2. ALCANCE

Este procedimiento va desde la definición directrices para aplicar en la evaluación del desempeño según normativa vigente, hasta la aprobación por parte de la máxima autoridad del informe técnico de proceso de evaluación de desempeño del período.

3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

Actividad: El menor objeto de trabajo identificado en un proyecto. Dependiendo de la complejidad de la actividad, se puede desglosar en tareas.

Código de documentos: Consiste en la asignación de un identificador, formado por un conjunto de caracteres alfanuméricos, a cada documento del Sistema de Gestión de la Calidad que permita una identificación clara y única.

Desempeño global: Son los resultados obtenidos a nivel global conformado por la evaluación de usuarios externos, usuarios internos y resultados operativos de la unidad.

Desempeño individual: Son los resultados propios del servidor obtenidos de la evaluación del nivel de eficiencia del desempeño individual.

Diagrama de caracterización: Los diagramas de caracterización parten principalmente de aplicar la metodología- entradas – Proceso – Salidas – Clientes, y como su nombre lo dice, muestra las características del mismo, es decir estos diagramas son complementados con la información de los elementos y los controles aplicados al proceso, el objetivo del mismo, los indicadores y los objetivos de la calidad asociados.

Diagrama de flujo: Es la descripción de manera gráfica de las actividades para realizar un proceso y/o los pasos para realizar una actividad/tarea del mismo, si aplica.

Dueño o responsable del proceso: Es el responsable de la gestión del proceso y de los resultados del mismo.

Encuesta 360 de evaluación del desempeño: Evaluación utilizada para medir el desempeño laboral, y analizar fortalezas y debilidades de los servidores y la institución en general. Es un análisis integral que el nivel de desempeño individual, satisfacción de usuarios internos, resultados de gestión operativa y satisfacción de usuarios externos.

Evaluación de gestión operativa: Son las metas y resultados que miden la gestión operativa de cada unidad. Sirven para evaluar el desempeño operativo y como a su vez contribuyen a los objetivos estratégicos de la institución.

Evaluación desempeño individual: Son las metas y resultados que se relacionan a las principales actividades de cada servidor, relacionadas directamente al perfil de cada puesto. Evaluación realizada directamente a la persona por su jefe o supervisor directo.

Evaluable: Persona sujeta a ser evaluada sobre los atributos, comportamientos y resultados relacionados con el trabajo.

Evaluador: Persona que mide o evalúa los atributos, comportamientos y resultados de las personas sujetas a ser evaluadas.

Formato: Documento, en cualquier tipo de medio, usados para que en ellos se anote los datos y resultados de actividades o procesos realizados. Un formato se transforma en un registro cuando se le incorporan datos.

Instructivo: Es la forma coherente, secuencial, específica y detallada de llevar a cabo una actividad/tarea. Son documentos de proceso de nivel 4 con un de detalle específico que nos describen los pasos puntuales que deben ser realizados para cumplir con una actividad, regularmente ejecutados por un solo puesto en la Institución.

Nivel de satisfacción de usuarios internos: Es la evaluación para medir los niveles de satisfacción de usuarios internos, la cual se realiza a aquellos que tienen una mayor interacción con la unidad.

Nivel de satisfacción de usuarios externos: Son los resultados del nivel de satisfacción de usuarios externos. Pueden estar relacionados a los sistemas de evaluación de satisfacción de clientes en tiendas, marcadores de calificación de servicio u otro tipo de encuestas de clientes.

Plan de mejoramiento del desempeño: Es un documento que contiene las acciones a ser implementadas por la empresa para mejorar el desempeño de los trabajadores. Pueden ser los planes de desarrollo de personal, actualización del manual de perfil de puestos, planes de mejoramiento continuo entre otros.

Reconsideración y/o recalificación: Acción requerida por el evaluado en caso de no encontrarse conforme con los resultados de su evaluación del desempeño, para lo cual deberá presentar un reclamo debidamente motivado a la Dirección de Talento Humano.

Registros: Los registros son documentos que proporcionan evidencia objetiva de actividades realizadas o resultados obtenidos, dentro del SGC se los controla.

Tribunal de reconsideración y/o recalificación: Es el órgano competente para conocer y resolver las solicitudes de reconsideración y/o recalificación formuladas por los servidores públicos respecto a los factores de evaluación del desempeño.

Unidad Administrativa: Entiéndase como unidad administrativa a todas las Coordinaciones Generales, Direcciones y otras unidades que forman parte de la estructura orgánica de la institución.

4. MARCO NORMATIVO

4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS

- Ley Orgánica del Servicio Público (vigente).
- Reglamento a la Ley Orgánica del Servicio Público (vigente).
- Norma Técnica del Subsistema de Evaluación del Desempeño (Acuerdo MDT-2018-0041 (Suplemento del Registro Oficial 218, 10-IV-2018)).
- Acuerdo MDT-2019-023 (Registro Oficial 441, 7-III-2019).
- Acuerdo MDT-2019-085 (Registro Oficial 480, 2-V-2019).
- Acuerdo MDT-2020-009 (Registro Oficial 156, 6-III-2020).
- Norma ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos (vigente).

4.2. DOCUMENTOS INTERNOS

- Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos (vigente).

4.3. NORMAS GENERALES

- Las normas de este documento son de aplicación obligatoria para todos los servidores del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, en tanto guarden conformidad con las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y resoluciones vigentes al momento de su ejecución.
- El servidor que incumpliere sus obligaciones o contraviniera las disposiciones de este documento, así como las leyes y normativa conexas, incurrirá en responsabilidad administrativa que será sancionada disciplinariamente, sin perjuicio de la acción civil o penal que pudiere originar el mismo hecho.
- Todo proceso o subproceso, deberá incorporar el concepto de mejora continua en su diagramación y generación de documentos, procurando la simplificación de trámites y tareas, eliminar duplicidad de tareas, y optimizando la transaccionalidad.
- Para los casos en que se identifiquen escalas de calificaciones equivalentes a "REGULAR" e "INSUFICIENTE", se procederá a aplicar una segunda evaluación del desempeño conforme lo determina el artículo 80 de la Ley Orgánica del Servicio Público, concordante con el artículo 222 del Reglamento General de Aplicación a la misma Ley, en este contexto con el propósito de potenciar los conocimientos del servidor a evaluar, y mejorar el servicio que brinda a los usuarios tanto internos como externos, la Dirección de Talento Humano en coordinación con los(las) jefes(as) inmediatos(as) aplicarán un "Plan de Mejora", que consiste en la preparación de acciones de capacitación orientado a fortalecer el desarrollo de las actividades del puesto que desempeña el(la) servidor(a), el mismo que será

aplicado de manera inmediata registrando la asistencia; este proceso será ejecutado en el plazo de quince días, posterior a la recepción de la notificación de segunda evaluación.

- En referencia al artículo 3 de la Ley Orgánica de Servicio Público (LOSEP) manifiesta que *“las disposiciones de la presente ley son de aplicación obligatoria, en materia de recursos humanos y remuneraciones, en toda la administración pública, que comprende: 1. Los organismos y dependencias de las funciones Ejecutiva, Legislativa, Judicial y Justicia Indígena, Electoral, Transparencia y Control Social, Procuraduría General del Estado y la Corte Constitucional; 2. Las entidades que integran el régimen autónomo descentralizado y regímenes especiales; 3. Los organismos y entidades creados por la Constitución o la ley para el ejercicio de la potestad estatal, para la prestación de servicios públicos o para desarrollar actividades económicas asumidas por el Estado; y, 4. Las personas jurídicas creadas por acto normativo de los gobiernos autónomos descentralizados y regímenes especiales para la prestación de servicios públicos (...).”*
- De acuerdo al artículo 2 de la Norma Técnica del Subsistema de Evaluación del Desempeño referente al ámbito de aplicación expresa *“Las disposiciones de esta Norma Técnica son de aplicación obligatoria para todas las instituciones del Estado determinadas en el artículo 3 de la Ley Orgánica del Servicio Público – LOSEP (...).”*
- Según el artículo 6 de la Norma Técnica del Subsistema de Evaluación del Desempeño manifiesta que a la Unidad de Administración de Talento Humano *“le corresponde:*
 - a) *Elaborar el plan anual de evaluación del desempeño y el cronograma de actividades ajustado a las disposiciones y plazos contenidos en la presente Norma Técnica, los que serán aprobados por la autoridad nominadora o su delegado;*
 - b) *Informar a los responsables de las unidades o procesos internos respecto al establecimiento de los indicadores de gestión operativa, elaboración y socialización de la asignación de responsabilidades de los servidores públicos a su cargo y la metodología integral de la evaluación del desempeño de acuerdo a sus factores previstos en esta Norma Técnica hasta el 10 de enero o, en caso de que caiga en día feriado la referida fecha, al siguiente día hábil más cercano del periodo sujeto a evaluación;*
 - c) *Socializar a los actores del proceso de evaluación sobre la aplicación de la metodología de los factores establecidos en los artículos 14, 15, 16, 17 y 18 de la presente Norma previo a la efectiva evaluación de los mismos;*
 - d) *Asesorar a los responsables de las unidades o procesos internos sobre la*

- aplicación de la metodología de evaluación del desempeño;*
- e) Ejecutar y coordinar con las unidades internas correspondientes el proceso de evaluación del desempeño en todas sus fases;*
 - f) Notificar a los servidores públicos los resultados obtenidos de la evaluación del desempeño;*
 - g) Conformar el tribunal de reconsideración y/o recalificación, a través del acta correspondiente e informar a sus miembros de las responsabilidades específicas del mismo en relación con la aplicación del Subsistema;*
 - h) Coordinar el proceso de reconsideración y/o recalificación de conformidad a lo previsto en el Reglamento General a la Ley Orgánica del Servicio Público – LOSEP;*
 - i) Ejecutar el proceso de evaluación a los servidores públicos que se encuentran en período de prueba de ingreso o ascenso, en los instrumentos que el Ministerio de Trabajo establezca para este efecto;*
 - j) Ejecutar las acciones correspondientes sobre los efectos de los resultados de la evaluación del desempeño de acuerdo a los establecido en la Ley Orgánica del Servicio Público – LOSEP y su Reglamento General; y,*
 - k) Mantener actualizada la base de datos de las evaluaciones y remitir sus resultados al Ministerio de Trabajo hasta el 15 de marzo o al siguiente día hábil más cercano del siguiente año del período de evaluación, a fin de sustentar el proceso de control que realizará esta Cartera de Estado, y retro alimentar al sistema integrado de desarrollo del talento humano de la institución.*
 - l) Notificar a los servidores públicos los resultados obtenidos de la evaluación del período de prueba”.*
- En referencia al artículo 7 de la Norma Técnica del Subsistema de Evaluación del Desempeño manifiesta que a él(la) jefe(a) inmediato(a) como evaluador “le corresponde:
 - a) Elaborar y dar a conocer al servidor público sujeto a evaluación a su cargo hasta el 31 de enero o, en caso que caiga día feriado la referida fecha, al siguiente día hábil más cercano de cada año los compromisos y actividades individuales a través del Formato de Asignación de Responsabilidades; así como los conocimientos, destrezas, habilidades y demás competencias que*

debe disponer para una eficiente ejecución de sus actividades. Este formato deberá ser monitoreado en coordinación con la UATH institucional.

En el caso de evaluación del desempeño del período de prueba, los compromisos y actividades individuales a los que se refiere el presente literal se asignarán dentro de los primeros tres (3) días de ingreso al puesto de trabajo, información que sustentará dicha evaluación en los términos previstos en el literal b.5) del artículo 17 de la Ley Orgánica del Servicio Público – LOSEP;

- b) Mantener un registro de evidencia de las responsabilidades individuales en base al Formato Asignación de Responsabilidades con proporcionalidad al período de evaluación correspondiente; y*

 - c) Evaluar el desempeño anual y el período de prueba de los servidores que será validada por el inmediato superior institucional previa a la notificación del servidor.*
- Según el artículo 8 de la Norma Técnica del Subsistema de Evaluación del Desempeño considera que el tribunal de reconsideración y/o recalificación “es el órgano competente para conocer y resolver las solicitudes de reconsideración y/o recalificación formuladas por los servidores públicos respecto al proceso de evaluación de los factores considerados en el artículo 12 de la presente Norma Técnica. Se establecerá la cantidad de tribunales que sean necesarios de acuerdo con la organización institucional y niveles desconcentrados.

El tribunal de reconsideración y/o recalificación estará integrado por:

- a) La autoridad institucional del nivel territorial correspondiente (central, zonal – regional, distrital – provincial), o sus delegados que deben pertenecer al nivel jerárquico superior, con voto dirimente y decisivo, quien lo presidirá; y,*

- b) Dos servidores pertenecientes al nivel jerárquico superior que no hayan intervenido en la calificación inicial con un voto cada uno, quienes serán escogidos de manera aleatoria entre el personal de la institución.*

En las entidades que no cuenten con suficiente personal del nivel jerárquico superior para integrar el tribunal de reconsideración y/o recalificación, estos tribunales deberán integrarse con delegados designados por el nivel territorial de quien dependen orgánicamente y en caso de no existir un nivel territorial superior, de la entidad a la cual son adscritas”.

- En referencia al artículo 10 de la Norma Técnica del Subsistema de Evaluación del Desempeño manifiesta que “En la evaluación del desempeño intervendrán los siguientes actores:

- a) **Evaluadores.**- El proceso de evaluación del desempeño, define como evaluador al Jefe inmediato superior, quien deberá evaluar al servidor público en el factor correspondiente durante el período que ejerza sus funciones.

La asignación de responsabilidades de cada servidor público podrá ser modificada por parte del evaluador en función de la planificación de actividades o redistribución de carga de trabajo de acuerdo a su criterio técnico y el cambio deberá ser notificado por escrito al evaluado.

En caso de renuncia o remoción del Jefe inmediato, previo a su desvinculación deberá llevar a cabo la evaluación del desempeño anual o del período de prueba a los servidores públicos a su cargo según corresponda; de lo contrario, la efectuará la o el profesional de mayor responsabilidad (rol del puesto) y tiempo de servicio en la respectiva unidad. La calificación será el resultado del tiempo proporcional en el que el jefe inmediato ejerció sus funciones.

- b) **Evaluados.**- Serán evaluados los servidores públicos de las instituciones del Estado comprendidos en el ámbito de la presente Norma Técnica, de acuerdo a las siguientes directrices:

b.1. La o el evaluado debe estar en ejercicio de sus funciones por el lapso mínimo de tres meses;

b.2. En el caso de servidores públicos de reciente ingreso o por ascenso, los resultados de la evaluación del período de prueba serán considerados como parte de la evaluación anual del desempeño y serán promediados proporcionalmente al tiempo de evaluación, convirtiéndose en su evaluación final;

b.3. Los servidores públicos que hayan laborado en dos o más unidades o procesos internos, dentro del período considerado para la evaluación anual del desempeño, serán evaluados en el factor niveles de eficiencia del desempeño individual por los respectivos responsables de esas unidades y los resultados serán promediados proporcionalmente al tiempo de evaluación, convirtiéndose en su evaluación final;

b.4. Para los servidores públicos con una permanencia dentro del período de evaluación inferior a diez (10) meses, su calificación de evaluación del desempeño será únicamente el valor reflejado por el factor niveles de eficiencia del desempeño individual.

b.5. Los servidores públicos que se encuentren en comisiones de servicio con remuneración o sin remuneración en otras instituciones, serán evaluados por la institución donde se realiza la comisión observando lo estipulado en esta Norma. En caso de que el servidor público se reintegre a su institución de origen durante el transcurso del período de evaluación, esta se realizará a

través del factor de niveles de eficiencia del desempeño individual y sus resultados serán promediados proporcionalmente al tiempo de evaluación. Se coordinará entre las UATH institucionales para efectos de registro de resultados y el período evaluado;

b.6. Los servidores públicos que se encontraren en comisión de servicios con remuneración o licencia sin remuneración por estudios regulares de posgrado dentro o fuera del país, la evaluación será el resultado de la calificación obtenida en sus estudios; y,

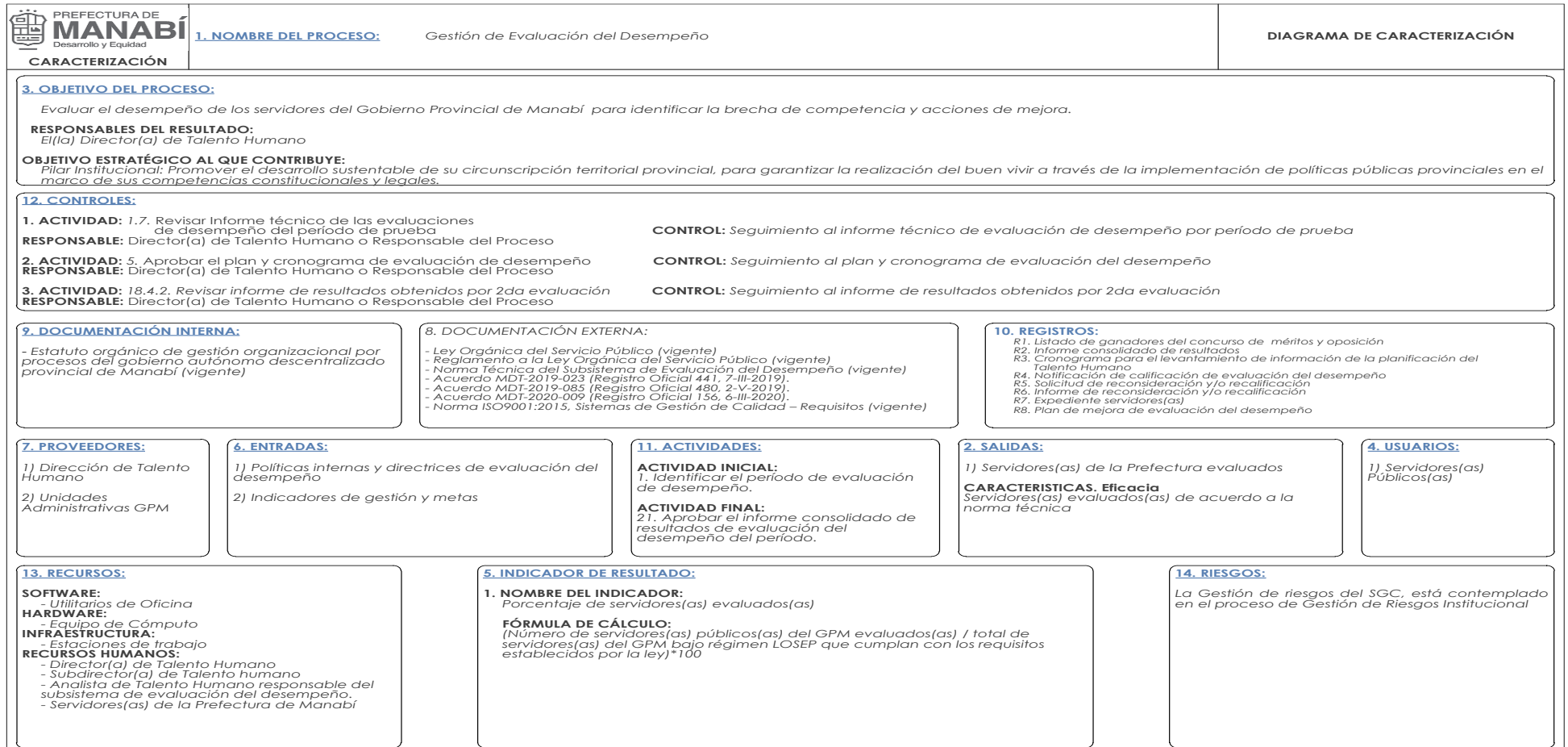
b.7. La evaluación del desempeño se realizará de acuerdo a las reglas contenidas en el presente artículo sin perjuicio de los cambios que se den en la modalidad laboral del servidor a lo largo del período de evaluación, siempre y cuando no se interrumpa la relación laboral del servidor con la institución.

- En referencia al Capítulo IV de la Norma Técnica del Subsistema de Evaluación del Desempeño, referente a los planes de desarrollo de la gestión y desarrollo de competencias establecidos en los artículos 29, 30, 31 y 32, se debe considerar que el informe consolidado de resultados de la evaluación de desempeño, constituye un insumo clave para la formulación del plan de mejoramiento de la gestión y desarrollo de competencias que se interrelaciona con la mejora continua de la gestión institucional y la administración de los demás subsistemas del talento humano, principalmente en las siguientes acciones:
 - Estatuto orgánico institucional.
 - Planificación del talento humano.
 - Descripción y perfiles de puestos.
 - Procesos de concurso de méritos y oposición
 - Capacitación del talento humano.
 - Calidad del servicio.

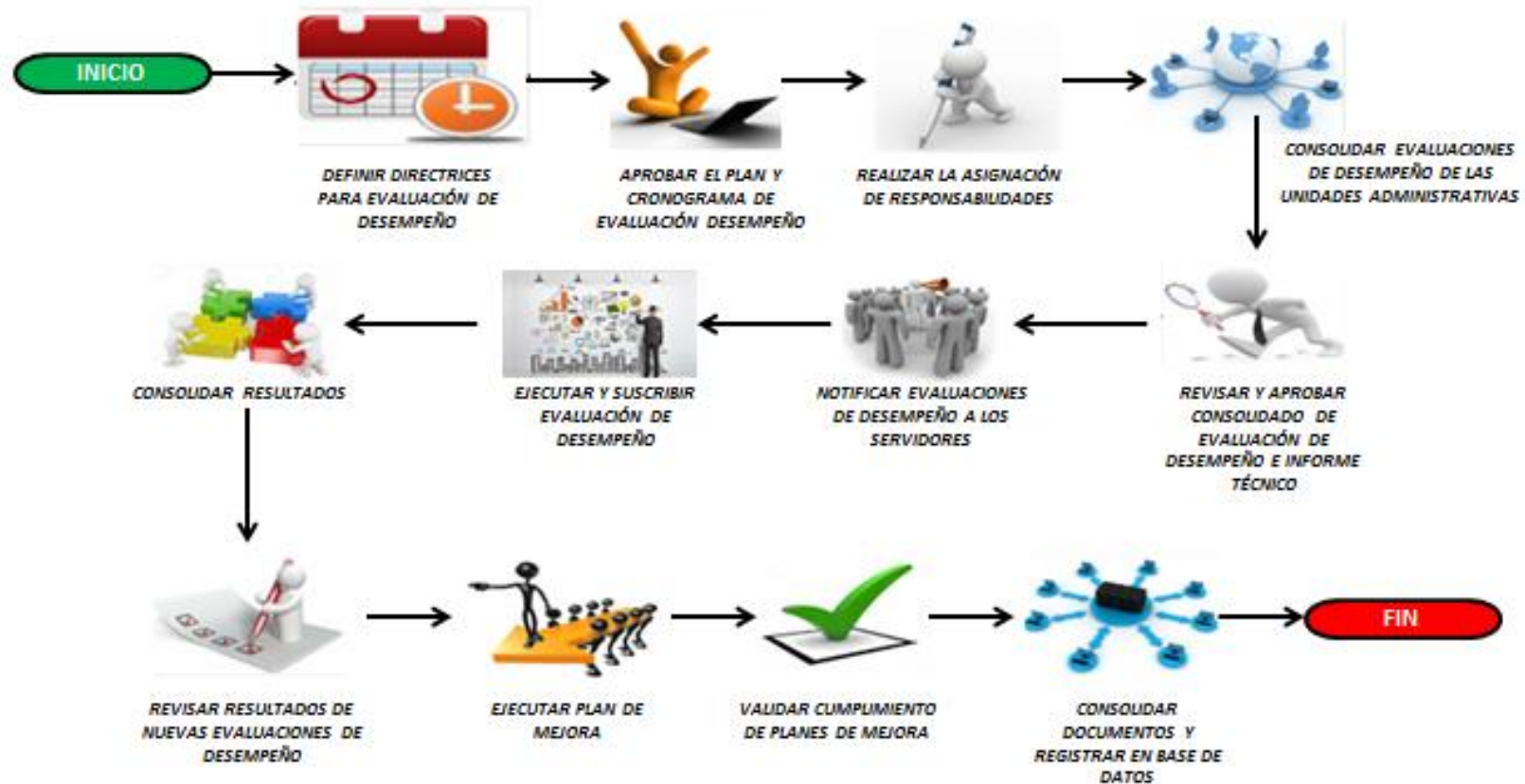
- Todos los aspectos que no se encuentren normados de forma expresa en este procedimiento deben ser complementados o suplidos por las disposiciones del marco normativo vigente.

5. DIAGRAMAS

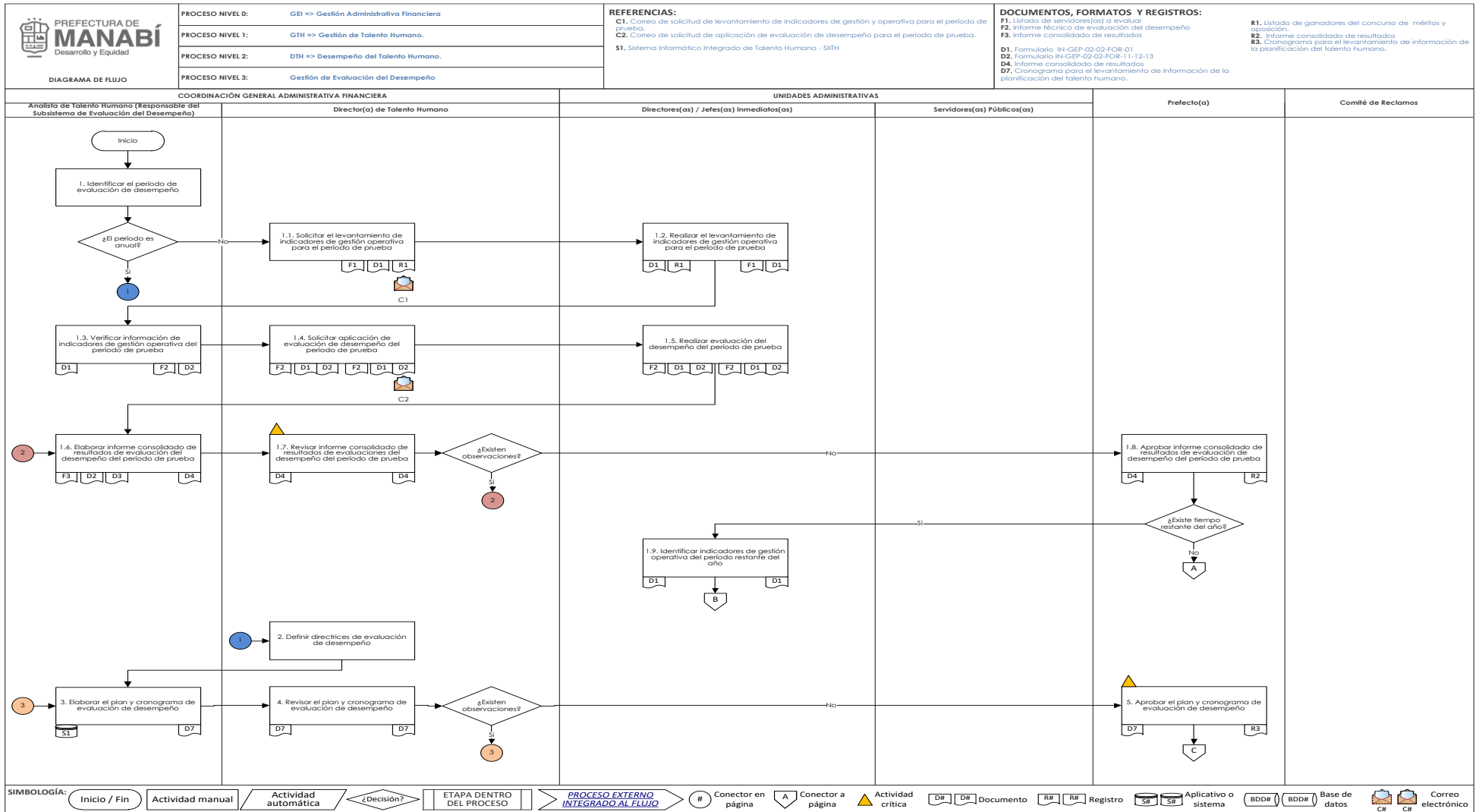
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

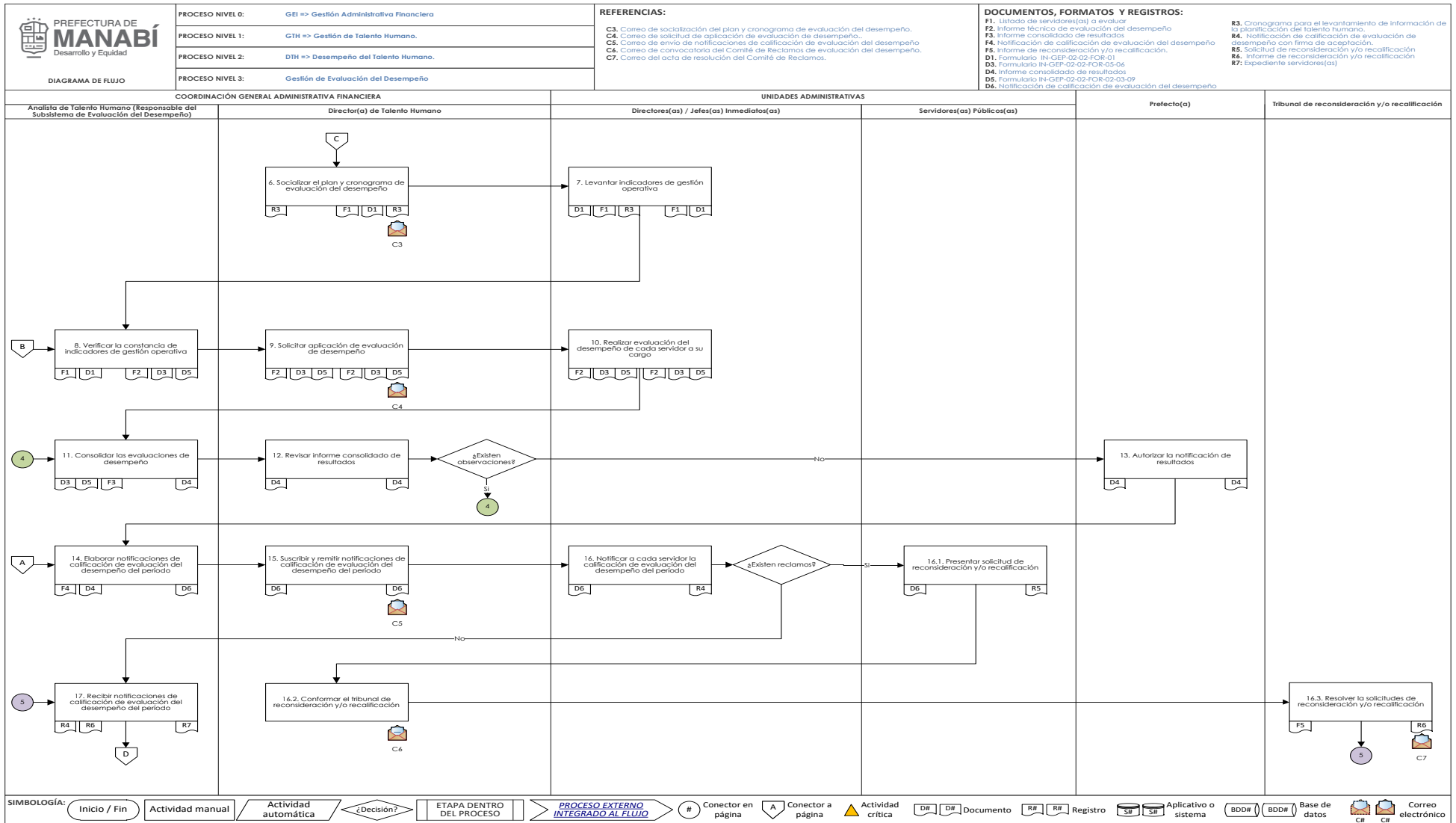


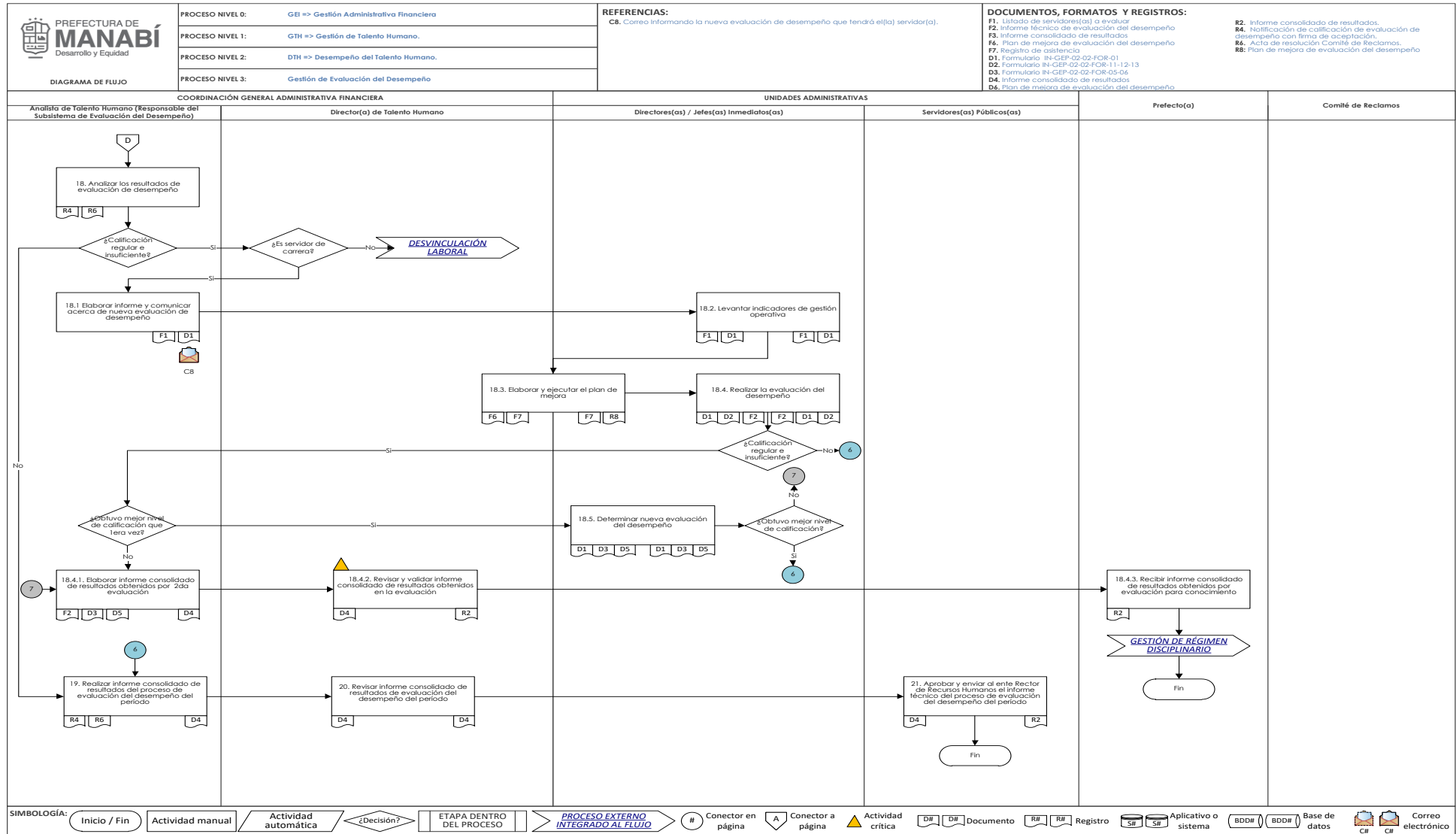
5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO



5.3. DIAGRAMA DE FLUJO







6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

No.	Actividad	Cargo	Descripción
1	Identificar el período de evaluación de desempeño	Analista de Talento Humano	<p>El(la) Analista de Talento Humano responsable del subsistema de evaluación del desempeño identifica el período, si el período de evaluación de desempeño es anual continuar con la actividad 2, mientras que, si es por período de prueba de 3 meses (concurso de méritos y oposición, servidores recién ingresados) o de 6 meses (en caso de ascenso) continuar con la actividad 1.1.</p> <p>Nota: La Dirección de Talento Humano previo al inicio del proceso deberá disponer de los siguientes instrumentos normativos y técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Portafolio de productos y servicios actualizado de cada unidad, derivado del estatuto orgánico legalmente expedido y planificación institucional aprobada. b) Metas anuales por producto o servicio de cada unidad establecidas en la planificación institucional las que insumirán para la metodología de las plantillas del talento humano determinadas en la Norma Técnica del Subsistema de Planificación del Talento Humano. c) Manual de puestos o perfiles provisionales legalmente aprobados.
1.1	Solicitar el levantamiento de indicadores de gestión operativa para el período de prueba	Director(a) de Talento Humano	<p>El(la) Director(a) de Talento Humano a través de correo institucional procede con el envío de solicitud a Directores(as) o Jefes(as) inmediatos de las unidades involucradas en el proceso, para que, realicen el levantamiento indicadores de gestión operativa para el período de prueba de servidores(as), adjuntando el Formulario IN-GEP-02-02-FOR-01 designado por el Ente Rector para el efecto y el Listado de ganadores del concurso de méritos y oposición.</p>
1.2	Realizar el levantamiento de indicadores de gestión operativa	Directores(as) / Jefes(as) Inmediatos(as)	<p>Los(las) Directores(as) o los(las) jefes(as) inmediatos(as) de cada Unidad Administrativa, deberán levantar los indicadores de gestión operativa para la evaluación del desempeño correspondiente al período de prueba del personal a su cargo, información que deberá ser registrada en el Formulario IN-GEP-02-02-</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
	para el período de prueba		<p>FOR-01 designado por el Ente Rector para el efecto; para esta actividad se puede considerar como insumo el Manual de Descripción, Valoración y Clasificación de Puestos Institucional, los objetivos de la unidad, así como también los planes, programas y proyectos establecidos.</p> <p>Una vez consolidada la información de los servidores de la Unidad, se procederá de la siguiente manera:</p> <p>Cada Unidad Administrativa involucrada se encargará de levantar y consolidar los formularios con las metas e indicadores respectivos, así como de notificar a cada servidor sobre las mismas y como constancia de la recepción del referido documento, se deberá remitir el Formulario IN-GEP-02-02-FOR-01 con la firma de aceptación del evaluado y de responsabilidad del jefe inmediato FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-001.</p> <p>Los formularios con las respectivas firmas tanto del servidor como del jefe inmediato, serán remitidos a la Dirección de Talento Humano.</p>
1.3	Verificar información de indicadores de gestión operativa del período de prueba	Analista de Talento Humano	El(la) Analista de Talento Humano responsable del subsistema de evaluación del desempeño, se encargará de verificar que cada uno de los servidores en período de prueba, hayan recibido y conozcan las metas e indicadores de gestión operativa que serán evaluadas al final del mencionado período.
1.4	Solicitar aplicación de evaluación de desempeño del período de prueba	Director(a) de Talento Humano	El día veinte y dos correspondiente al tercer mes del período de prueba, el/la Director(a) de Talento Humano solicitará a Directores(as) o Jefes(as) inmediato(as), se proceda con la aplicación de la evaluación del desempeño al servidor, acción que será comunicada a través de correo institucional a las personas involucradas en dicha actividad adjuntando el Formulario IN-GEP-02-02-FOR-11-12-13 y el formato de informe técnico (FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-002) y referente a la evaluación del nivel de satisfacción de usuarios internos se remitirá a los(las) Directores(as) señalando a que servidores(as) de otra Unidad Administrativa deben evaluar adjuntando el Formulario IN-GEP-02-02-FOR-05-06 .

No.	Actividad	Cargo	Descripción
1.5	Realizar evaluación de desempeño del período de prueba	Directores(as) / Jefes(as) Inmediatos(as)	<p>Los(las) Directores(as) o los(las) jefes(as) inmediatos(as) de cada Unidad Administrativa, procederán a aplicar la evaluación del desempeño del período de prueba, de conformidad con las metas e indicadores establecidos al inicio de gestión del servidor en la Institución, para el desarrollo de esta actividad se debe ser objetivo en cuanto a las ponderaciones o calificaciones que se registran de acuerdo al desempeño del personal, ya que, determinará la continuidad o terminación de la relación laboral de la persona sujeto de evaluación.</p> <p>El puntaje asignado en cada indicador de medición del Formulario IN-GEP-02-02-FOR-11-12-13, deberá contar con el respectivo documento de sustento que respalde y justifique la calificación obtenida, lo cual será establecido a través de un informe técnico (FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-002) elaborado por el jefe inmediato.</p> <p>El informe técnico de evaluación de desempeño FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-002 en conjunto con el o los formulario(s) evaluado(s) Formulario IN-GEP-02-02-FOR-11-12-13 y/o Formulario IN-GEP-02-02-FOR-01, serán remitidos a la Dirección de Talento Humano para su análisis oportuno.</p>
1.6	Elaborar informe consolidado de resultados de evaluación de desempeño del período de prueba	Analista de Talento Humano	<p>El(la) Analista de Talento Humano responsable del subsistema de evaluación del desempeño, procederá a registrar las evaluaciones del desempeño aplicadas a los servidores sujeto de período de prueba en el FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-003, verificando la calificación asignada en el Formulario IN-GEP-02-02-FOR-11-12-13 y en el Formulario IN-GEP-02-02-FOR-01, también verifica que no ha incumplido con normativas internas, realiza un análisis de la mismas, para proceder con la elaboración del informe consolidado de resultados de evaluación de desempeño FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-003 del período de prueba, para conocimiento y aprobación de la máxima autoridad o su delegado.</p>
1.7	Revisar informe consolidado de resultados de	Director(a) de Talento Humano	<p>El(la) Director(a) de Talento Humano revisa el informe consolidado de resultados de evaluación de desempeño FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-003, a fin de establecer observaciones o sugerencias al documento, para su envío a la</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
	evaluación del desempeño del período de prueba		<p>aprobación por parte de la máxima autoridad o su delegado. En el caso de existir observaciones se remite las mismas a él(la) Analista de Talento Humano responsable del subsistema de evaluación del desempeño para que las subsane, caso contrario se remite para revisión y aprobación de la máxima autoridad.</p> <p>CONTROL: Seguimiento al informe consolidado de resultados de evaluación de desempeño por período de pruebas</p> <p>RESPONSABLE: Analista de Talento Humano (Responsable del subsistema de evaluación del desempeño), Director(a) de Talento Humano.</p> <p>FRECUENCIA: Bajo demanda</p>
1.8	Aprobar informe consolidado de resultados de evaluación del desempeño del período de prueba	Prefecto(a) / Delegado de la máxima autoridad	<p>El informe consolidado de resultados de evaluación de desempeño FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-003 del período de prueba, es revisado y aprobado por la máxima autoridad o su delegado; luego de lo cual se procederá a realizar las acciones administrativas correspondientes.</p> <p>En el caso de existir período restante del año continuar con la actividad 1.9, caso contrario continuar con la actividad 14.</p>
1.9	Identificar indicadores de gestión operativa del período restante del año	Directores(as) / Jefes(as) Inmediatos(as)	<p>Los(las) Directores(as) o los(las) jefes(as) inmediatos(as) de cada Unidad Administrativa, deberán levantar indicadores de gestión operativa para el período restante de evaluación del desempeño anual, información que deberá ser plasmada en el Formulario IN-GEP-02-02-FOR-01 designado por el Ente Rector para el efecto; para esta actividad se puede considerar como insumo el Manual de Descripción, Valoración y Clasificación de Puestos Institucional, los objetivos de la unidad, así como también los planes, programas y proyectos establecidos. Una vez consolidada la información de los servidores de la Unidad, se procederá de la siguiente manera:</p> <p>Cada Unidad Administrativa se encargará de levantar y consolidar los formularios con las metas e indicadores respectivos y notificar a cada servidor a evaluar,</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			como constancia de la recepción del referido documento, se deberá realizar un listado en donde consten los datos personales y puesto del mismo, registrando además la firma de conformidad de cada interesado FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-001 ; el listado y el Formulario IN-GEP-02-02-FOR-01 será remitido a la Dirección de Talento Humano. Para dar continuidad con el procedimiento continuar con la actividad 8.
2	Definir directrices de evaluación del desempeño	Director(a) de Talento Humano	El/la Director(a) de Talento Humano, sobre la base de lo establecido en la normativa legal para el Subsistema de Evaluación del Desempeño, definirá las políticas internas y directrices a seguir para la aplicación del referido proceso.
3	Elaborar el plan y cronograma de evaluación de desempeño	Analista de Talento Humano	El(la) Analista de Talento Humano responsable del subsistema de evaluación del desempeño analiza las actividades a realizar y se establece dentro de la planificación y el cronograma de la ejecución del proceso de evaluación del desempeño utilizando el formato del Ente Rector a través del sistema SIITH, para conocimiento de las autoridades.
4	Revisar el plan y cronograma de evaluación de desempeño	Director(a) de Talento Humano	El(la) Director(a) de Talento Humano revisa la propuesta del plan y cronograma de evaluación del desempeño registrado en el SIITH para el período y establece las observaciones del caso, y se remite las mismas a él(la) Analista de Talento Humano responsable del subsistema de evaluación del desempeño para que las subsane, caso contrario se remite para revisión y aprobación de la máxima autoridad.
5	Aprobar el plan y cronograma de evaluación de desempeño	Prefecto(a)	El(la) Prefecto(a) realiza la respectiva revisión y procede con la aprobación del plan y cronograma de evaluación del desempeño. CONTROL: Seguimiento al plan y cronograma de evaluación de desempeño.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			<p>RESPONSABLE: Analista de Talento Humano (Responsable del Subsistema de Evaluación del Desempeño) y Director(a) de Talento Humano.</p> <p>FRECUENCIA: Anual para servidores que se encuentren laborando en el Gobierno Provincial de Manabí, bajo demanda para servidores declarados ganadores de concursos, solicitud de la Máxima Autoridad.</p>
6	Socializar el plan y cronograma de evaluación del desempeño	Director(a) de Talento Humano	El(la) Director(a) de Talento Humano mediante memorando, a través de correo institucional socializa el plan y cronograma de evaluación del desempeño, adjuntando el FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-001 y el Formulario IN-GEP-02-02-FOR-01 de metas por unidad, es decir, remite a Coordinaciones Generales y Direcciones, solicitando se dé continuidad con la actividad 7 de acuerdo a lo planificado.
7	Levantar indicadores de gestión operativa	Directores(as) / Jefes(as) Inmediatos(as)	<p>Los(las) Directores(as) o los(las) jefes(as) inmediatos(as) de cada Unidad Administrativa, deberán levantar los indicadores de gestión operativa, ya que, este factor mide el desempeño desde la perspectiva institucional reflejado en el cumplimiento de objetivos y metas de cada unidad, la información que deberá ser plasmada en el formato Formulario IN-GEP-02-02-FOR-01 "Metas por Unidad" designado por el Ente Rector para el efecto; para esta actividad se puede considerar como insumo el Manual de Descripción, Valoración y Clasificación de Puestos Institucional, los objetivos de la unidad, así como también los planes, programas y proyectos establecidos.</p> <p>Una vez levantada la información del Formulario IN-GEP-02-02-FOR-01 "Metas por Unidad", se procederá a notificar a cada servidor a evaluar, como constancia de la recepción del referido documento, se deberá realizar un listado en donde consten los datos personales y puesto del mismo, registrando además la firma de conformidad de cada servidor(a) FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-001; y este será remitido a la Dirección de Talento Humano, ya que, la ponderación de éste factor es del 35% del total de la evaluación y se aplicará a todos los</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			integrantes de la unidad.
8	Verificar la constancia de indicadores de gestión operativa	Analista de Talento Humano	El(la) Analista de Talento Humano responsable del subsistema de evaluación del desempeño, se encargará de verificar el Formulario IN-GEP-02-02-FOR-01 "Metas por Unidad" y archivar el listado en donde consten los datos personales y puesto del mismo, registrando además la firma de conformidad de cada servidor(a) FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-001 .
9	Solicitar aplicación de evaluación de desempeño	Director(a) de Talento Humano	El(la) Director(a) de Talento Humano mediante memorando, a través de correo institucional solicita se proceda con la aplicación de la Evaluación del Desempeño a todas y todos los servidores, conforme al período establecido en el cronograma de evaluación de desempeño y planificación del proceso, adjuntando el formato de informe técnico de evaluación de desempeño FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-002 y Formulario IN-GEP-02-02-FOR-02-03-09 y Formulario IN-GEP-02-02-FOR-05-06 .
10	Realizar evaluación de desempeño de cada servidor a su cargo	Directores(as) / Jefes(as) Inmediatos(as)	Los(las) Directores(as) o los(las) jefes(as) inmediatos(as) de cada Unidad Administrativa, procederán a aplicar la evaluación del desempeño, de conformidad con las metas e indicadores establecidos al inicio de gestión del servidor en la Institución, para el desarrollo de esta actividad se debe ser objetivo en cuanto a las ponderaciones o calificaciones que se registran de acuerdo al desempeño del personal, ya que, determinará la continuidad o terminación de la relación laboral de la persona sujeto de evaluación. El puntaje asignado en cada indicador de medición del Formulario IN-GEP-02-02-FOR-01 y del Formulario IN-GEP-02-02-FOR-02-03-09 , deberá contar con el respectivo documento de sustento que respalde y justifique la calificación obtenida, lo cual será establecido a través de un informe técnico (FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-002) elaborado por el jefe inmediato. En el caso de que se le haya designado servidores(as) de otra Unidad Administrativa procederá con la evaluación del nivel de satisfacción de usuarios internos utilizando el Formulario IN-GEP-02-02-FOR-05-06 , también verifica el

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			<p>resultado del nivel de satisfacción de usuarios externos y si el(la) servidor(a) no ha incumplido con normativas internas, realiza un análisis de la mismas, para proceder con la elaboración del informe consolidado de resultados de evaluación de desempeño FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-003.</p> <p>El informe técnico de evaluación de desempeño FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-002 en conjunto con el o los formulario(s) evaluado(s) Formulario IN-GEP-02-02-FOR-01, Formulario IN-GEP-02-02-FOR-02-03-09 y/o Formulario IN-GEP-02-02-FOR-05-06, serán remitidos a la Dirección de Talento Humano para su análisis oportuno.</p>
11	Consolidar evaluaciones de desempeño	Analista de Talento Humano	<p>El(la) Analista de Talento Humano responsable del subsistema de evaluación del desempeño, procederá a registrar las evaluaciones del desempeño aplicadas a los servidores en el FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-003, verificando la calificación asignada en el Formulario IN-GEP-02-02-FOR-02-03-09 y en el Formulario IN-GEP-02-02-FOR-05-06, también verifica el resultado del nivel de satisfacción de usuarios externos y si el(la) servidor(a) no ha incumplido con normativas internas, realiza un análisis de la mismas, para proceder con la elaboración del informe consolidado de resultados de evaluación de desempeño FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-003, determinando las escalas de calificaciones alcanzadas por los servidores; documento que será remitido a él(la) Director(a) de Talento Humano a fin de solicitar su autorización para dar inicio al proceso de notificación de resultados obtenidos.</p>
12	Revisar informe consolidado de resultados	Director(a) de Talento Humano	<p>El(la) Director(a) de Talento Humano revisa el informe consolidado de resultados de evaluación de desempeño FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-003, a fin de establecer observaciones o sugerencias al documento, para su envío a la aprobación por parte de la máxima autoridad o su delegado.</p> <p>En el caso de existir observaciones se remite las mismas a él(la) Analista de Talento Humano responsable del subsistema de evaluación del desempeño para que las subsane, caso contrario se remite para revisión y aprobación de la máxima autoridad.</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
13	Autorizar la notificación de resultados	Prefecto(a)	En función de las recomendaciones del informe consolidado de resultados elaborado por la Dirección de Talento Humano, la máxima autoridad emite la autorización respectiva que permita dar inicio a la notificación de las calificaciones obtenidas por las y los servidores en el proceso de evaluación del desempeño del período en medición.
14	Elaborar notificaciones de calificación de Evaluación Desempeño del período	Analista de Talento Humano	El(la) Analista de Talento Humano responsable del subsistema de evaluación del desempeño, elabora las notificaciones de resultados obtenidos por el personal FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-004 para su conocimiento. Remite las notificaciones de calificación de evaluación de desempeño a el/la Director(a) de Talento Humano para su suscripción.
15	Suscribir y remitir notificaciones de calificación de evaluación del desempeño del período	Director(a) de Talento Humano	El(la) Director(a) de Talento Humano, suscribe y remite las notificaciones de calificación de evaluación del desempeño del período FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-004 , a través de correo institucional a los(las) Directores(as) de las Unidades Administrativas o Jefes(as) inmediatos(as) para su respectiva entrega.
16	Notificar a cada servidor la calificación de evaluación de desempeño del período	Directores(as) / Jefes(as) Inmediatos(as)	Los(las) Directores(as) o los(las) jefes(as) inmediatos(as) de cada Unidad Administrativa, notificarán a cada servidor bajo su cargo la calificación de evaluación de desempeño obtenida en el período y solicita la firma de aceptación. Remite a la Dirección de Talento Humano las notificaciones con la correspondiente firma de recepción de cada servidor bajo su cargo. En el caso en que la calificación de evaluación de desempeño que fue notificada exista una inconformidad por parte del servidor continuar con la

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			actividad 16.1 caso contrario continuar con la actividad 17.
16.1	Presentar solicitud de reconsideración y/o recalificación	Servidor(a)	El(la) Servidor(a) inconforme con el resultado obtenido en el proceso de evaluación del desempeño del período en medición, deberá presentar una solicitud escrita y debidamente fundamentada de reconsideración y/o recalificación ante la Dirección de Talento Humano en un plazo de 5 días contados a partir de la notificación del resultado de la calificación. El(la) servidor(a) deberá adjuntar todo tipo de documentación que considere necesaria que respalde su solicitud. Si no presenta comunicación alguna en el término determinado, se entenderá como conforme con la evaluación.
16.2	Conformar el tribunal de reconsideración y/o recalificación	Director(a) de Talento Humano	El(la) Director(a) de Talento Humano en atención a la cantidad y complejidad de las solicitudes de reconsideración y/o recalificación, conformará hasta el siguiente día hábil el o los tribunales requeridos, asignado expresamente el o los casos respectivos en las actas de conformación y pondrá a su disposición todos los documentados presentados. Nota: La Dirección de Talento Humano al conformar los respectivos tribunales, deberá precautelar que los miembros del tribunal no hayan intervenido en la evaluación del desempeño, acción que podrá generar nulidad a los actos resolutivos emitidos por estos órganos.
16.3	Resolver las solicitud de reconsideración y/o recalificación	Tribunal de Recalificación	El tribunal de reconsideración y/o recalificación, debe resolver la o las solicitud(es) de reconsideración y/o recalificación formuladas por los servidores públicos respecto al proceso de evaluación de los factores de evaluación del desempeño, para lo cual solicitará audiencia con el(la) servidor(a), misma que se llevará en horas laborales e iniciará con la intervención de los miembros del tribunal que harán constar los antecedentes del caso, posteriormente intervendrá el servidor que solicitó la reconsideración y/o recalificación y

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			<p>finalmente quien haya llevado a cabo la calificación. No será necesario que el tribunal decida en la audiencia, sin embargo, el informe de reconsideración y/o recalificación FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-005, no podrá superar el plazo máximo de ocho (8) días en total desde el conocimiento de la solicitud de reconsideración y/o recalificación hasta la emisión de dicho informe que será definitivo.</p> <p>La autoridad nominadora o su delegado, notificará por escrito a través de la Dirección de Talento Humano a él(la) servidor(a) solicitante los resultados correspondientes y se dará continuidad con la actividad 17.</p>
17	Recibir notificaciones de calificación de Evaluación de Desempeño de del periodo	Analista de Talento Humano	<p>El(la) Analista de Talento Humano responsable del subsistema de evaluación del desempeño, recepta las notificaciones de evaluación de desempeño FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-004 con las firmas de aceptación de todos los servidores y los informes de reconsideración y/o recalificación FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-005 elaboradas por el tribunal de reconsideración y/o recalificación y remite al archivo de la Dirección de Talento Humano, para que sean registrados en el expediente de cada servidor(a) público(a), como evidencia del procedimiento de evaluación del desempeño.</p>
18	Analizar los resultados de evaluación de desempeño	Analista de Talento Humano	<p>El(la) Analista de Talento Humano responsable del subsistema de evaluación del desempeño, en base a las notificaciones FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-004 recibidas por los servidores y una vez que se cuenta con los informes de reconsideración y/o recalificación FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-005, analiza las escalas de calificaciones e identificando las equivalentes, para dar continuidad y cumplimiento a lo establecido en la normativa legal para estos casos.</p> <p>Sí la calificación es "REGULAR" e "INSUFICIENTE" para servidores de carrera continuar con la actividad 18.1, en el caso de servidores(as) bajo contrato de</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			servicios ocasionales de acuerdo a lo establecido en el art. 146 del Reglamento General a la Ley Orgánica del Sector Público se procederá con la terminación del contrato dando continuidad con el procedimiento de desvinculación laboral. Sí la calificación no es regular o insuficiente continuar con la actividad 19.
18.1	Elaborar informe y comunicar acerca de nueva evaluación de desempeño	Director(a) de Talento Humano	El(la) Director(a) de Talento Humano responsable del subsistema de evaluación del desempeño, una vez que cuenta con la información del personal que obtuvo calificaciones equivalentes a "REGULAR" e "INSUFICIENTE", elabora el informe de resultados para casos particulares y emite dicho informe a la máxima autoridad o su delegado detallando los(las) servidores(as) que han obtenido estas calificaciones a fin de que se proceda con el trámite correspondiente de conformidad a lo establecido en el artículo 80 de la Ley Orgánica del Servicio Público – LOSEP en concordancia con los literales b) y c) del 222 del Reglamento General, para lo cual dará cumplimiento a los plazos fijados en los mismos. Para llevar a cabo las evaluaciones parciales utilizarán el mismo formato de evaluación que el período de prueba y las metas serán fijadas por el evaluador en los tres (3) primeros días hábiles del período a evaluar. Comunica a los servidores involucrados la aplicación de la segunda evaluación y en el mismo documento informa a él (la) servidor(a) que será capacitado (Plan de mejora) en las actividades que desarrolla, con la finalidad de potenciar sus conocimientos y mejorar el servicio que brinda a los usuarios internos y externos; el referido memorando es remitido con copia a él(la) jefe(a) inmediato(a).
18.2	Levantar indicadores de gestión operativa	Directores(as) / Jefes(as) Inmediatos(as)	Los(las) Directores(as) o los(las) jefes(as) inmediatos(as) de cada Unidad Administrativa, deberán levantar indicadores de gestión operativa para el período a evaluar, información que deberá ser plasmada en el Formulario IN-

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			<p>GEP-02-02-FOR-01 designado por el Ente Rector para el efecto; para esta actividad se puede considerar como insumo el Manual de Descripción, Valoración y Clasificación de Puestos Institucional, los objetivos de la unidad, así como también los planes, programas y proyectos establecidos.</p> <p>Cada Unidad Administrativa se encargará de levantar y consolidar los formularios con las metas e indicadores respectivos y notificar a cada servidor a evaluar, como constancia de la recepción del referido documento por parte del servidor a evaluar, se deberá realizar un listado en donde consten los datos personales y puesto del mismo, registrando además la firma de conformidad de cada interesado FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-001; el listado será remitido a la Dirección de Talento Humano.</p>
18.3	Elaborar y ejecutar plan de mejora	Director(a) de Talento humano / Jefes(as) Inmediatos(as)	<p>El(la) Director(a) de Talento Humano, en coordinación con los(las) jefes(as) inmediatos(as) de los servidores a aplicar la segunda evaluación del desempeño, elaborarán el curso de capacitación interno (Plan de mejora) identificando los aspectos que necesita mejorar el servidor FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-006, con el propósito de fortalecer el desarrollo de las actividades del puesto que desempeña.</p> <p>Una vez que se cuenta con el insumo antes mencionado, se deberá capacitar al servidor y a su vez llevar un registro de su asistencia FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-007, como constancia de la aplicación del plan de mejora.</p>
18.4	Realizar la evaluación de desempeño	Director(a) / Jefes(as) Inmediatos(as)	<p>Una vez concluido el plazo que determina el artículo 80 de la Ley Orgánica del Servicio Público, concordante con el artículo 222 del Reglamento General de Aplicación a la Ley ibídem, y que se ha cumplido con el Plan de Mejora; el(la) jefe(a) inmediato(a) de el(la) servidor(a) procederá a aplicar la evaluación del desempeño de conformidad con las metas e indicadores de gestión</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			<p>establecidos, a través del</p> <p>El puntaje asignado en cada indicador de medición del Formulario IN-GEP-02-02-FOR-01 y Formulario IN-GEP-02-02-FOR-11-12-13, deberá contar con el respectivo documento de sustento que respalde y justifique la calificación obtenida, lo cual será establecido a través de un informe técnico (FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-002) elaborado por el jefe inmediato.</p> <p>Si la calificación obtenida en la segunda evaluación es regular o insuficiente continuar con la actividad 18.4.1, caso contrario continuar con la actividad 18.5</p>
18.4.1	Elaborar informe consolidado de resultados por 2da evaluación	Analista de Talento Humano	<p>Para esta actividad se deberá observar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el servidor obtuviere en la primera evaluación del desempeño una escala de calificación equivalente a "INSUFICIENTE", y en la aplicación de la segunda evaluación reincide en el mismo resultado, se realizará el informe técnico que permita dar inicio al sumario administrativo correspondiente. • Si el servidor obtuviere en la primera evaluación del desempeño una escala de calificación equivalente a "REGULAR", y en la aplicación de la segunda evaluación reincide en el mismo resultado, se realizará el informe técnico que permita dar inicio al sumario administrativo correspondiente. • Si el servidor obtuviere en la primera evaluación del desempeño una escala de calificación equivalente a "INSUFICIENTE", y en la aplicación de la segunda evaluación alcanza un resultado de "REGULAR", se procederá con lo dispuesto en el artículo 80 de la Ley Orgánica del Servicio Público, y se le volverá a evaluar en el plazo de tres meses, luego de lo cual y en caso de reincidir en calificaciones similares, la Dirección de Talento Humano realizará el informe técnico que permita dar inicio al sumario

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			administrativo correspondiente; caso contrario se levantarán las metas e indicadores de gestión para el período restante del proceso de evaluación del desempeño anual descrito en la actividad 18.5.
18.4.2	Revisar y validar informe consolidado de resultados obtenidos por 2da evaluación	Director(a) de Talento Humano	<p>El(la) Director(a) de Talento Humano, revisa el informe consolidado de resultados FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-003 obtenidos en la segunda evaluación del desempeño, a fin de establecer las observaciones o sugerencias al documento en referencia.</p> <p>El informe consolidado de resultados FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-003 de resultados obtenidos en la segunda evaluación del desempeño es puesto en consideración de el(la) Coordinador(a) General Administrativo(a) Financiero(a), a fin de que se establezcan las observaciones o sugerencias correspondientes, previo a dar inicio al sumario administrativo respectivo.</p> <p>CONTROL: Seguimiento al informe de resultados obtenidos por 2da evaluación</p> <p>RESPONSABLE: Analista de Talento Humano (Responsable del Subsistema de Evaluación del Desempeño), Director(a) de Talento Humano.</p> <p>FRECUENCIA: Bajo demanda</p>
18.4.3	Recibir el informe consolidado de resultados obtenidos por 2da evaluación para conocimiento	Prefecto(a)	El informe consolidado de resultados FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-003 obtenido en la segunda evaluación del desempeño, es puesto en conocimiento de la máxima autoridad institucional o su delegado, por parte de el (la) Coordinador(a) General Administrativo(a) Financiero(a) comunicando sobre todo el proceso realizado y consideración de aprobación para el inicio del sumario administrativo que constituye una entrada del procedimiento de gestión de régimen disciplinario PRO-GAF-GTH-ATH-001.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
18.5	Determinar evaluación desempeño nueva del	Director(a) de Talento humano / Jefes(as) Inmediatos(as)	<p>De ser el caso, los jefes inmediatos de cada Unidad Administrativa deberán levantar las metas e indicadores de gestión para el período restante de evaluación del desempeño anual, información que deberá ser plasmada en el Formulario IN-GEP-02-02-FOR-01 designado por el Ente Rector para el efecto; para esta actividad se puede considerar como insumo el Manual de Descripción, Valoración y Clasificación de Puestos Institucional, los objetivos de la unidad, así como también los planes, programas y proyectos establecidos.</p> <p>Una vez consolidada la información de los servidores de la Unidad, se procederá de la siguiente manera:</p> <p>Cada Unidad Administrativa se encargará de levantar y consolidar los formularios con las metas e indicadores respectivos y notificar a cada servidor a evaluar, como constancia de la recepción del referido documento por parte del servidor a evaluar, se deberá realizar un listado en donde consten los datos personales y puesto del mismo, registrando además la firma de conformidad de cada interesado FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-001; el listado será remitido a la Dirección de Talento Humano.</p> <p>Los formularios en donde consten las metas e indicadores de gestión de cada servidor, deberán estar contenidos en un archivo de la Unidad.</p>
19	Realizar el informe consolidado de resultados de evaluación desempeño del periodo	Analista de Talento Humano	El(la) Analista de Talento Humano responsable de subsistema de evaluación del desempeño, realiza el informe técnico FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-003 de resultados en el que se incluyen las actividades y calificaciones obtenidas.
20	Revisar informe	Director(a) de	El(la) Director(a) de Talento Humano revisa y valida el informe técnico del

No.	Actividad	Cargo	Descripción
	consolidado de resultados de evaluación de desempeño del período	Talento Humano	proceso de evaluación del desempeño FOR-PRO-GAF-GTH-001-003 , mismo que es puesto en conocimiento a el(la) Coordinador(a) General Administrativo(a) Financiero(a), a fin de establecer las observaciones y sugerencias del caso, previo a su envío a la aprobación por parte de la máxima autoridad. Sí existen observaciones se remite a el(la) Analista de Talento Humano responsable del subsistema de evaluación del desempeño para que las subsane, caso contrario continuar con la actividad 21.
21	Aprobar informe consolidado de resultados de evaluación de desempeño del período	Prefecto(a)	El(la) Prefecto(a) aprueba el informe consolidado de resultados de evaluación del desempeño FOR-PRO-GAF-GTH-001-003 del período en medición.

7. INDICADORES DE GESTIÓN

N°	Indicador	Definición	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Responsable de Medición	Fuente de la Medición	Frecuencia de Medición
----	-----------	------------	--------------------	------------------	-------------------------	-----------------------	------------------------

1	Porcentaje de servidores(as) evaluados(as)	Es la medición de la gestión de evaluación del desempeño, evidenciando el cumplimiento de que todos los servidores y servidoras del GPM bajo régimen de LOSEP que cumplan con los requisitos establecidos por la ley sean evaluados.	(Número de servidores(as) del GPM evaluados(as) / total de servidores(as) del GPM bajo régimen LOSEP que cumplan con los requisitos establecidos por la ley)*100	Porcentaje	Analista de Talento Humano responsable del subsistema de evaluación del desempeño	Informe técnico final de evaluación del desempeño	Bajo Demanda
---	--	--	--	------------	---	---	--------------

8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS

8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Documento	No aplica	Formulario IN-GEP-02-02-FOR-01	Analista de Talento Humano responsable del subsistema de evaluación del desempeño	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Permanente Conservación
Documento	No aplica	Formulario IN-GEP-02-02-FOR-11-12-13	Analista de Talento Humano responsable del subsistema de evaluación del desempeño	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Permanente Conservación
Documento	No aplica	Formulario IN-GEP-02-02-FOR-05-06	Analista de Talento Humano responsable del subsistema de evaluación del desempeño	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Permanente Conservación
Documento	No aplica	Formulario IN-GEP-02-02-FOR-02-03-09	Analista de Talento Humano responsable del subsistema de evaluación del desempeño	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Permanente Conservación

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Documento	No aplica	Cronograma para el levantamiento de información de la planificación del talento humano	Analista de Talento Humano responsable del de del sistema de evaluación de desempeño	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Permanente Conservación
Formato	FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-001	Listado de servidores(as) a evaluar	Analista de Talento Humano responsable del de del sistema de evaluación de desempeño	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Permanente Conservación
Formato	FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-002	Informe técnico de evaluación del desempeño	Analista de Talento Humano responsable del de del sistema de evaluación de desempeño	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Permanente Conservación
Formato, Documento y Registro	FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-003	Informe consolidado de resultados	Analista de Talento Humano responsable del de del sistema de evaluación de desempeño	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Permanente Conservación
Formato, Documento y Registro	FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-004	Notificación de calificación de evaluación de desempeño	Analista de Talento Humano responsable del de del sistema de evaluación de desempeño	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Permanente Conservación

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Formato y Registro	FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-005	Informe de reconsideración y/o recalificación	Analista de Talento Humano responsable del de del sistema evaluación desempeño	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Permanente Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-006	Plan de mejora de evaluación del desempeño	Analista de Talento Humano responsable del de del sistema evaluación desempeño	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Permanente Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GAF-GTH-DTH-001-007	Registro de asistencia	Analista de Talento Humano responsable del de del sistema evaluación desempeño	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Permanente Conservación
Registro	No aplica	Listado de ganadores de concurso de méritos y oposición	Analista de Talento Humano responsable del de del sistema evaluación desempeño	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Permanente Conservación
Registro	No aplica	Solicitud de reconsideración y/o recalificación	Analista de Talento Humano responsable del de del sistema evaluación desempeño	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Permanente Conservación

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Registro	No aplica	Expediente de Servidores(as)	Analista de Talento Humano responsable del sistema de evaluación de desempeño	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Permanente Conservación



PREFECTURA DE
MANABÍ
Desarrollo y Equidad

Procedimiento

Seguridad y Salud Ocupacional

PRO-GAF-GTH-SSO-001

Dirección de Talento Humano

Enero - 2023

Versión 1.0

CÓDIGO: PRO-GAF-GTH-SSO-001		VERSIÓN 1.0	
<p>PROCEDIMIENTO:</p> <p>Seguridad y Salud Ocupacional</p>			
DESCRIPCIÓN	CARGO	FIRMA	FECHA
APROBADO POR	Ing. Yanina Macías Coordinadora General Administrativa Financiera		
	Ing. Iván González Director de Innovación y Mejora Continua		
REVISADO POR	Dra. Ana Arteaga Directora de Talento Humano		
	Ing. Fernando Machado Subdirector de Bienestar Laboral, Seguridad y Salud Ocupacional		
ELABORADO POR	Ing. Gema Rodríguez Analista de Innovación y Mejora Continua		
	Mgs. Sebastián Cisneros Consultor		

IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

Proceso Nivel 0:	Gestión Administrativa Financiera		
Proceso Nivel 1:	Gestión de Talento Humano		
Proceso Nivel 2:	Seguridad y Salud Ocupacional		
Proceso Nivel 3:			
Versión del documento:	1.0	Frecuencia de Ejecución:	Bajo demanda
Responsable:	Director(a) de Talento Humano		

REGISTRO DE VERSIONES

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de aprobación (mes-año)	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
1.0	Creación del documento	Fernando Machado Subdirector de Bienestar Laboral, Seguridad y Salud Ocupacional / Yanina Macías Coordinadora General Administrativa Financiera	Enero - 2023	No Aplica

CONTENIDO

1. OBJETIVO	5
2. ALCANCE	5
3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS	5
4. MARCO NORMATIVO	7
4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS	7
4.2. DOCUMENTOS INTERNOS	7
4.3. NORMAS GENERALES	7
5. DIAGRAMAS.....	9
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	9
5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO	10
5.3. DIAGRAMA DE FLUJO	11
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	13
7. INDICADORES DE GESTIÓN	25
8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS.....	26
8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	26

1. OBJETIVO

Precautelar las condiciones de trabajo seguras y saludables en el desarrollo de las diferentes actividades, a través de identificación de los peligros, evaluación y control de los riesgos ocupacionales, que contribuyan al bienestar físico, mental y social de los colaboradores, con el fin de evitar accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

2. ALCANCE

Este procedimiento va desde la identificación y control de riesgos de seguridad y salud ocupacional, hasta la actualización de la matriz de enfermedad profesional o matriz de accidentes e incidentes de trabajo de acuerdo al tipo de eventualidad con el respectivo archivo de los documentos habilitantes.

3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

Accidente de trabajo: Todo suceso imprevisto y repentino que sobrevenga por causa, consecuencia o con ocasión del trabajo originado por la actividad laboral relacionada con el puesto de trabajo, que ocasione al afiliado lesión corporal o perturbación funcional, una incapacidad, o la muerte inmediata o posterior. El que se produjere en el lugar de trabajo, o fuera de él, con ocasión o como consecuencia del mismo, o por el desempeño de las actividades a las que se dedica el afiliado sin relación de dependencia o autónomo, conforme el registro que conste en el IESS;

Accidente de trabajo con Incapacidad: Cuando él (la) servidor(a) o trabajador(a) a causa de haber sufrido un accidente de trabajo, se encuentra imposibilitado para concurrir a laborar.

Accidente de trabajo In Itinere: El accidente "in itinere" o en tránsito, se aplicará cuando el recorrido se sujete a una relación cronológica de intermediación entre las horas de entrada y salida de él (la) servidor(a) o trabajador(a). El trayecto no podrá ser interrumpido o modificado por motivos de interés personal, familiar o social.

Enfermedad profesional: Es aquel deterioro lento y paulatino de la salud del trabajador producida por exposición crónica a situaciones adversas, sean producidas por el ambiente en que se desarrolla el trabajo o por la forma que está organizado.

Incidente de trabajo: Instrumento Suceso acontecido en el curso del trabajo o en relación con éste, que tuvo el potencial de ser un accidente, en el que hubo personas involucradas sin que sufrieran lesiones o se presentaran daños a la propiedad y/o pérdida en los procesos.

Informe técnico: Es un documento que describe el estado de un problema técnico, es la exposición de información práctica y útil, de datos y hechos dirigidos, ya sea a una

persona, una empresa u organización, sobre una cuestión o asunto que debe ser reportada; el mismo que está estructurada por antecedentes, base legal, análisis técnico, conclusiones y recomendaciones.

Peligro: Aquella fuente o situación con capacidad de producir daños en términos de lesiones, daños a la propiedad, daños al ambiente, o a una combinación de ellos.

Riesgo: La combinación de la frecuencia, la probabilidad y de las consecuencias que podrían derivarse de la materialización de un peligro.

Seguridad: Conjunto de técnicas y procedimientos que tienen por objeto eliminar o disminuir el riesgo de que se produzcan los accidentes de trabajo y aumentar el bienestar físico, mental y social de los trabajadores, mediante la prevención y promoción.

4. MARCO NORMATIVO

4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS

- Ley Orgánica del Servicio Público.
- Reglamento a la Ley Orgánica del Servicio Público.
- Código de Trabajo.
- Resolución No. 513 del IESS (Reglamento General del Seguro de Riesgos del Trabajo).
- Decreto Ejecutivo 2393. (Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente de Trabajo).

4.2. DOCUMENTOS INTERNOS

- Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos.
- Reglamento de Higiene y Seguridad del Gobierno Provincial de Manabí.
- Procedimiento de Gestión de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad.
- Procedimiento de Gestión de Riesgos Institucionales.

4.3. NORMAS GENERALES

- a) Las normas de este documento son de aplicación obligatoria para todos los servidores del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, en tanto guarden conformidad con las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y resoluciones vigentes al momento de su ejecución.
- b) El servidor que incumpliere sus obligaciones o contraviniera las disposiciones de este documento, así como las leyes y normativa conexas, incurrirá en responsabilidad administrativa de acuerdo a las disposiciones reglamentarias institucionales.
- c) Todo proceso o subproceso, deberá incorporar el concepto de mejora continua en su diagramación y generación de documentos, procurando la simplificación de trámites y tareas, eliminar duplicidad de tareas, y optimizando la transaccionalidad.
- d) El Reglamento de Higiene y Seguridad del Gobierno Provincial de Manabí establece las obligaciones, derechos y prohibiciones del empleador y sus colaboradores en materia de seguridad y salud ocupacional que serán de cumplimiento obligatorio.
- e) Se debe coordinar con la Dirección de Transparencia en la Gestión el establecimiento de riesgos de seguridad y salud ocupacional adaptando la


metodología establecida en el procedimiento de **Gestión de Riesgos Institucionales (PRO-GEI-TRI-GRN-001-002)**.

- f) Se deberá fomentar la adaptación de puestos de trabajo de acuerdo a las capacidades del trabajador, su estado de salud física y mental, tomando en cuenta la ergonomía y los riesgos inherentes al puesto de trabajo.

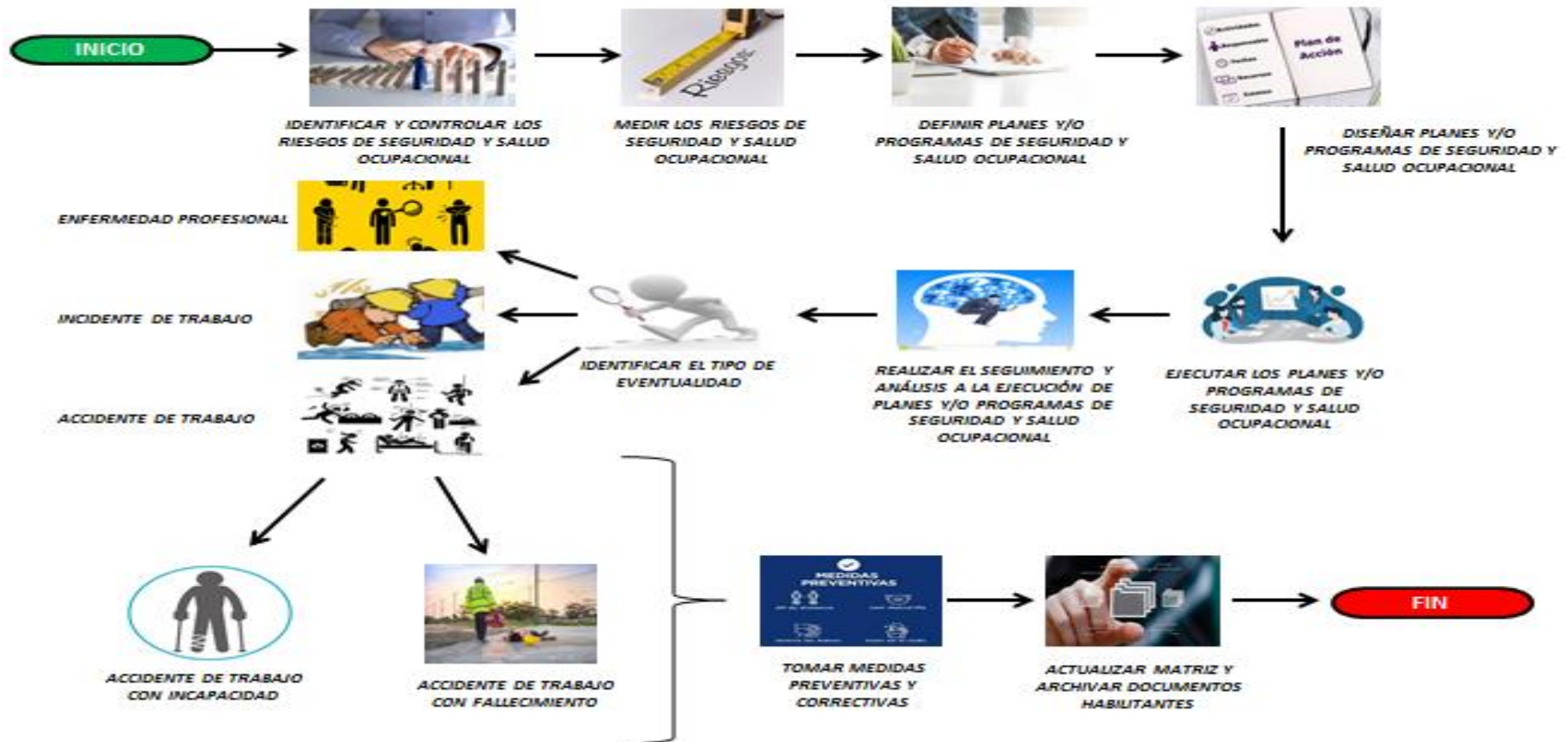
- g) Todos los aspectos que no se encuentren normados de forma expresa en este procedimiento deben ser complementados o suplidos por las disposiciones del marco normativo vigente.

5. DIAGRAMAS

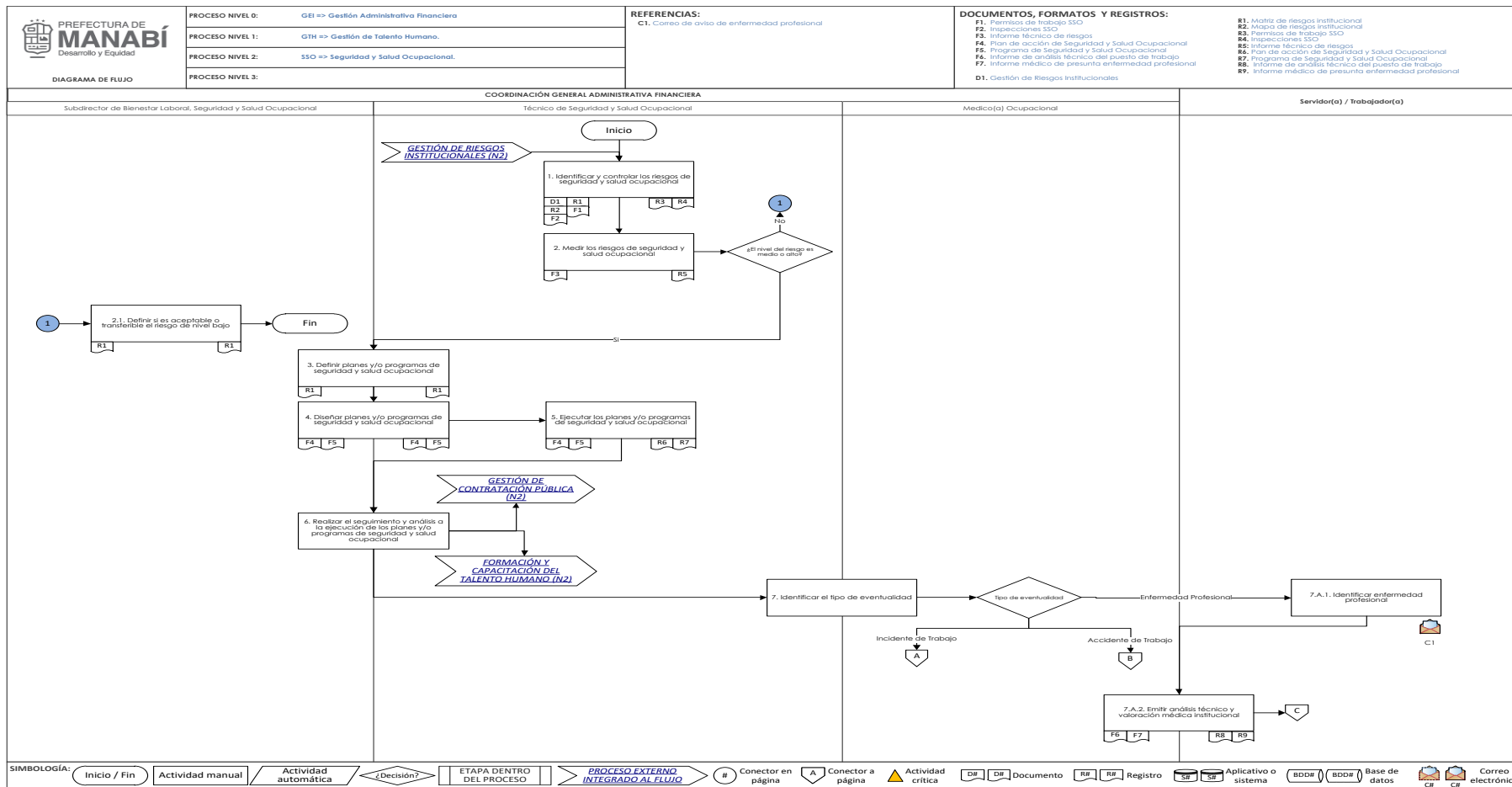
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

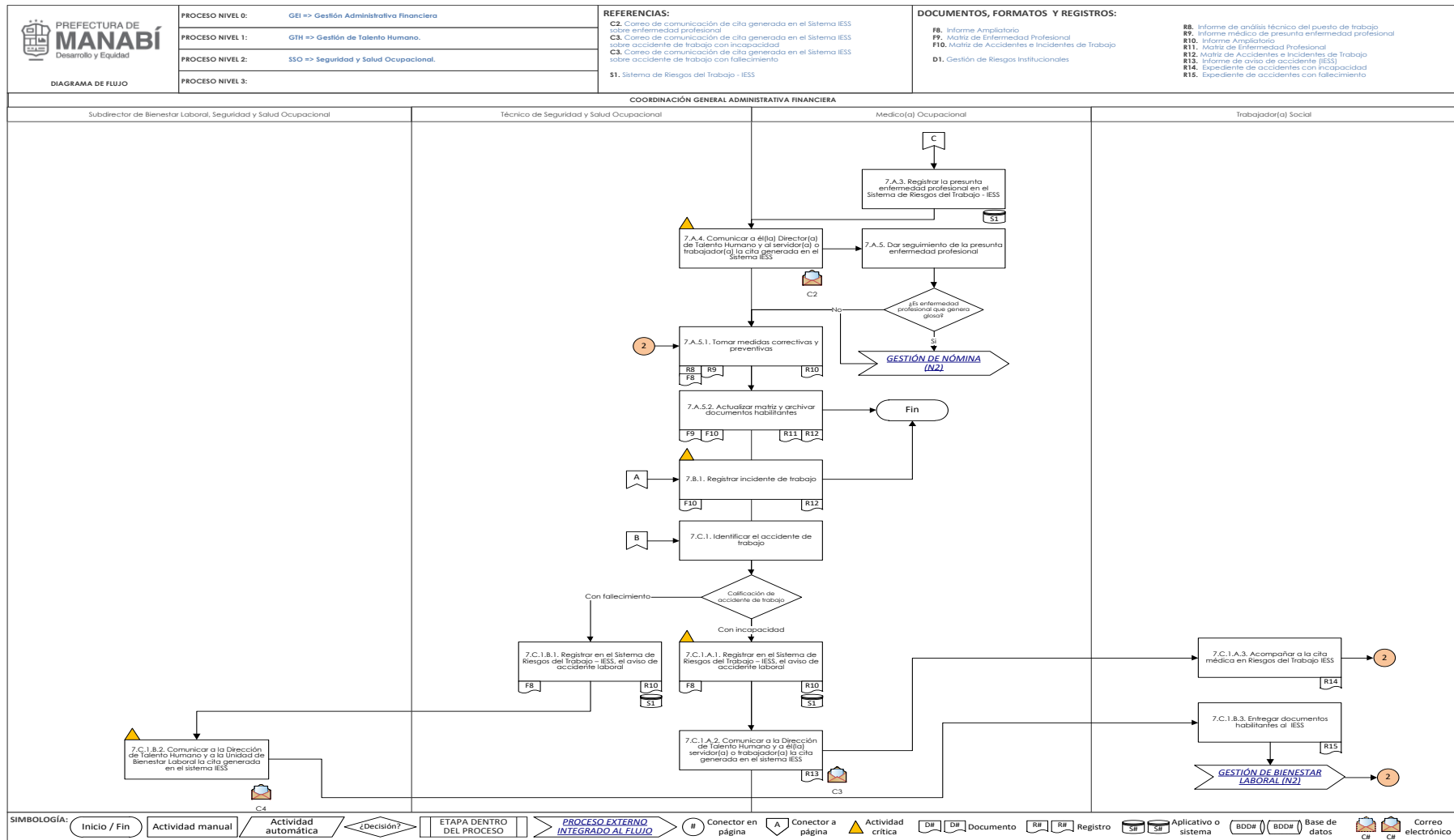
 PREFECTURA DE MANABÍ Desarrollo y Equidad		1. NOMBRE DEL PROCESO:	DIAGRAMA DE CARACTERIZACIÓN
		Seguridad y Salud Ocupacional	
CARACTERIZACIÓN			
3. OBJETIVO DEL PROCESO: Precautelar las condiciones de trabajo seguras y saludables en el desarrollo de las diferentes actividades, a través de identificación de los peligros, evaluación y control de los riesgos ocupacionales, que contribuyan al bienestar físico, mental y social de los colaboradores, con el fin de evitar accidentes de trabajo y enfermedades laborales.			
RESPONSABLES DEL RESULTADO: El(la) Director(a) de Talento Humano			
OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE CONTRIBUYE: PEI: Fortalecer al Gobierno Provincial de Manabí para que promueva una institucionalidad participativa, transparente, eficiente, dinámica y de servicio a la ciudadanía. PEI: Incrementar la satisfacción de los usuarios internos y externos del Gobierno Provincial de Manabí.			
12. CONTROLES:			
1. ACTIVIDAD: 7.A.3. Registrar la presunta enfermedad profesional en el sistema de riesgos de trabajo - IESS RESPONSABLE: Subdirector(a) de Bienestar Laboral, Seguridad y Salud Ocupacional		CONTROL: Verificar que se haya registrado oportunamente la presunta enfermedad profesional	
2. ACTIVIDAD: 7.B.1. Registrar incidente de trabajo RESPONSABLE: Subdirector(a) de Bienestar Laboral, Seguridad y Salud Ocupacional		CONTROL: Verificar que se haya registrado oportunamente los incidentes de trabajo.	
3. ACTIVIDAD: 7.C.1.A.1. / 7.C.1.B.1. Registrar en el sistema de riesgos del trabajo IESS, El aviso de accidente laboral RESPONSABLE: Subdirector(a) de Bienestar Laboral, Seguridad y Salud Ocupacional		CONTROL: Verificar que se haya registrado oportunamente el accidente de trabajo.	
9. DOCUMENTACIÓN INTERNA:		8. DOCUMENTACIÓN EXTERNA:	
<ul style="list-style-type: none"> - Estatuto orgánico de gestión organizacional por procesos del gobierno autónomo descentralizado provincial de Manabí - Reglamento de Higiene y Seguridad del Gobierno Provincial de Manabí - Procedimiento de Gestión de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad. - Procedimiento de Gestión de Riesgos Institucionales 		<ul style="list-style-type: none"> - Ley Orgánica del Servicio Público - Reglamento a la Ley Orgánica del Servicio Público - Código de Trabajo - Resolución No. 513 del IESS (Reglamento General del Seguro de Riesgos del Trabajo). - Decreto Ejecutivo No 2393 (Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente de Trabajo. 	
		10. REGISTROS:	
		R1. Matriz de riesgos institucional R2. Mapa de riesgos institucional. R3. Matrices de Inspecciones SSO R4. Informe técnico de riesgos R5. Plan de acción de seguridad y salud ocupacional R6. Programa de seguridad y salud ocupacional. R7. Matriz de seguimiento de planes y/o programas SSO R8. Informe de análisis técnico del puesto de trabajo R9. Informe médico de presunta enfermedad profesional R10. Informe Ampliatorio R11. Matriz de enfermedad profesional R12. Matriz de Accidentes e Incidentes de Trabajo R13. Informe de aviso de accidente R14. Expediente de accidentes con incapacidad R15. Expediente de accidentes con fallecimiento	
7. PROVEEDORES:	6. ENTRADAS:	11. ACTIVIDADES:	2. SALIDAS:
1) Director(a) de Transparencia en la Gestión	1) Matriz de riesgos institucional 1) Mapa de riesgos institucional	ACTIVIDAD INICIAL: 1. Identificar y controlar los riesgos de seguridad y salud ocupacional ACTIVIDAD FINAL: 7.A.5.1. Actualizar matriz y archivar documentos habilitantes	1) Seguridad y salud ocupacional del personal del GPM gestionada. CARACTERÍSTICAS. Eficacia Acciones de seguridad y salud ocupacional gestionadas
			4. USUARIOS:
			1) Personal del Gobierno Provincial de Manabí
13. RECURSOS:		5. INDICADOR DE RESULTADO:	
SOFTWARE: - Utilitarios de Oficina HARDWARE: - Equipo de Cómputo INFRAESTRUCTURA: - Estaciones de trabajo RECURSOS HUMANOS: - Director(a) de Talento Humano - Subdirector(a) de Bienestar Laboral, Seguridad y Salud Ocupacional - Médico Ocupacional. - Técnico de Seguridad y Salud Ocupacional - Trabajador(a) Social - Servidores(as) y/o trabajadores(as)		1. NOMBRE DEL INDICADOR: Tasa de riesgo FÓRMULA DE CÁLCULO: $(\text{Índice de gravedad} / \text{Índice de frecuencia}) * 100$ 2. NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de cumplimiento del plan de seguridad y salud ocupacional FÓRMULA DE CÁLCULO: $(\text{número de actividades ejecutadas del plan de} / \text{número de actividades programadas}) * 100$	
		14. RIESGOS:	
		La Gestión de riesgos del SGC, está contemplado en el proceso de Gestión de Riesgos Institucional	

5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO



5.3. DIAGRAMA DE FLUJO





6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

No.	Actividad	Cargo	Descripción
1	Identificar y controlar los riesgos de seguridad y salud ocupacional	Técnico de Seguridad y Salud Ocupacional	<p>En base al procedimiento de D1: Gestión de Riesgos Institucionales (PRO-GEI-TRI-GRN-001-002), realiza inspecciones tanto programadas como también de acuerdo a necesidades institucionales, en las cuales identifica los riesgos de seguridad y salud ocupacional establecidos en la R1: Matriz de Riesgos Institucional (FOR-PRO-GEI-TRI-GRN-001-001) y el R2: Mapa de Riesgos Institucional (FOR-PRO-GEI-TRI-GRN-001-002) y realiza el control a través de F1-R3: Permisos de Trabajo SSO FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-001 de acuerdo a lo que se requiere.</p> <p>A continuación se detallan los permisos de trabajo SSO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Permiso de trabajo en alturas FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-001-001. ✓ Permiso de trabajo en caliente o eléctricos FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-001-002. ✓ Permiso de trabajo en espacios confinados FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-001-003. <p>Cómo también a través de F2 – R4: Inspecciones SSO FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-002, de acuerdo a lo que se requiere.</p> <p>A continuación se detallan los tipos de Inspecciones SSO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lista de chequeo de vehículos livianos, pesados y maquinaria FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-002-001. ✓ Chequeo de auto tanques de combustible y de imprimación FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-002-002. ✓ Lista de chequeo de instalaciones – talleres FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-002-003.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lista de chequeo de planta de asfalto FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-002-004. ✓ Lista de chequeo de herramientas eléctricas FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-002-005. ✓ Lista de chequeo de soldadura y oxicorte FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-002-006. ✓ Lista de chequeo de seguridad y salud ocupacional en territorio o campo FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-002-007.
2	Medir los riesgos de seguridad y salud ocupacional	Técnico de Seguridad y Salud Ocupacional	<p>Realiza la medición de riesgos de seguridad y salud ocupacional utilizando medios propios o contratando servicios acorde a los recursos económicos asignados a la actividad.</p> <p>Realiza un F3 – R5: Informe técnico de riesgos FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-003, para tratar casos específicos.</p> <p>¿El nivel de riesgo es medio o alto?</p> <p>SI: Pasa a la actividad 3.</p> <p>NO: Pasa a la actividad 2.1.</p>
2.1	Definir si es aceptable o transferible el riesgo de nivel bajo	Subdirector(a) de Bienestar Laboral, Seguridad y Salud Ocupacional	<p>Coordina con él(la) Director(a) de Transparencia en la Gestión para establecer en la sección de respuesta al riesgo de la R1: Matriz de Riesgos Institucional (FOR-PRO-GEI-TRI-GRN-001-001), si el riesgo es aceptable (asumir las consecuencias del riesgo identificado, debido a que su nivel es bajo o porque los recursos requeridos para la ejecución de acciones, medidas de mitigación o controles son costos muy elevados) o si el riesgo es transferible (reducir el efecto a través del traspaso total o parcial del riesgo a un tercero) y se da por terminado el procedimiento.</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
3	Definir planes y/o programas de seguridad y salud ocupacional	Subdirector(a) de Bienestar Laboral, Seguridad y Salud Ocupacional Técnico de Seguridad y Salud Ocupacional	Define planes y/o programas a ser implementados y los coloca en R1: Matriz de Riesgos Institucional (FOR-PRO-GEI-TRI-GRN-001-001) , detallando en la sección administración del riesgo la descripción de la acción a ejecutar, responsable y fecha de ejecución.
4	Diseñar planes y/o programas de seguridad y salud ocupacional	Subdirector(a) de Bienestar Laboral, Seguridad y Salud Ocupacional Técnico de Seguridad y Salud Ocupacional	Diseña planes y/o programas a ser implementados utilizando los respectivos formatos F4: Plan de acción de Seguridad y Salud Ocupacional FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-004 , y/o F5: Programa de Seguridad y Salud Ocupacional FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-005 de ser el caso.
5	Ejecutar los planes y/o programas de seguridad y salud ocupacional	Técnico de Seguridad y Salud Ocupacional	Ejecuta los F4 – R6: Plan de acción de Seguridad y Salud Ocupacional FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-004 , y/o F5 – R7: Programa de Seguridad y Salud Ocupacional FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-005 que permitirán combatir y controlar los riesgos en su origen, en el medio de transmisión, en el personal, privilegiando el control colectivo al individual.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
6	Realizar el seguimiento y análisis a la ejecución de planes y/o programas de seguridad y salud ocupacional	Subdirector(a) de Bienestar Laboral, Seguridad y Salud Ocupacional / Técnico de Seguridad y Salud Ocupacional	<p>Analiza los resultados obtenidos en la implementación de planes y/o programas de seguridad y salud ocupacional, si el riesgo no es aceptable se deben ejecutar acciones de mejora; de control, adquisiciones, capacitaciones y demás acciones que se establezcan en cada plan de acción luego de medidos los riesgos para controlarlos, evitar incidentes y accidentes y tender hacia una mejora continua mitigando los riesgos.</p> <p>De ser necesarias contrataciones o adquisiciones luego de analizado el riesgo se deberá regir al procedimiento de Gestión de Contratación Pública (PRO-GAF-GCP-COP-001).</p> <p>En caso de requerir capacitación al personal luego del análisis de riesgos se deberá regir al Procedimiento de Formación y Capacitación del Talento Humano (PRO-GAF-GTH-CTH-001).</p>
7	Identificar el tipo de eventualidad	Técnico de Seguridad y Salud Ocupacional / Médico Ocupacional	Identifica el tipo de eventualidad, si se trata de enfermedad profesional continuar con la actividad 7.A.1, si es por incidente de trabajo continuar con la actividad 7.B.1, si es por accidente de trabajo continuar con la actividad 7.C.1.
TIPOS DE EVENTUALIDADES			
ENFERMEDAD PROFESIONAL			
7.A.1	Identificar enfermedad	Servidor(a) / Trabajador(a)	De suscitarse una presunta enfermedad profesional, se debe dar aviso a la Dirección de Talento Humano para que se proceda a la evaluación

No.	Actividad	Cargo	Descripción
	profesional		pertinente por parte de la Subdirección de Bienestar Laboral, Seguridad y Salud Ocupacional.
7.A.2	Emitir análisis técnico y valoración médica institucional	Técnico de Seguridad y Salud Ocupacional / Médico Ocupacional	El (la) Técnico de Seguridad y Salud Ocupacional realizará el F6 – R8: Informe de Análisis Técnico del puesto de trabajo FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-006 y él (la) médico(a) institucional el F7 – R9: Informe médico de presunta enfermedad profesional FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-007 ; para determinar si la presunta enfermedad profesional es consecuencia directa por el ejercicio de la profesión u ocupación que realiza él(la) servidor(a) o trabajador(a).
7.A.3	Registrar la presunta enfermedad profesional en el Sistema de Riesgos del Trabajo-IESS	Medico Ocupacional	<p>Realiza el reporte de aviso de enfermedad laboral en el sistema de Riesgos del Trabajo IESS, el cual una vez ingresados todos los datos solicitados emitirá una fecha, lugar y hora de cita médica.</p> <p>El aviso de enfermedad profesional debe reportarse en el término de 10 (diez) días contados desde la fecha de realizado el diagnóstico médico presuntivo inicial, para evitar caer en Responsabilidad Patronal (Resolución CD. 513).</p> <p>Cuando el diagnóstico lo realiza el médico tratante (externo) (MSP, IESS, Privados u otros) del afiliado, él (la) servidor(a) o trabajador(a) entregará dicho diagnóstico al empleador, fecha a partir de la cual se contará el término señalado en el inciso anterior.</p> <p>CONTROL: Verificar que se haya registrado oportunamente la presunta enfermedad profesional.</p> <p>RESPONSABLE: Subdirector de Bienestar Laboral, Seguridad y Salud</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			Ocupacional. FRECUENCIA: Bajo Demanda
7.A.4	Comunicar a él (la) Director(a) de Talento Humano y al servidor(a) o trabajador(a) la cita generada en el Sistema IESS.	Técnico de Seguridad y Salud Ocupacional / Médico Ocupacional	Se dará aviso a él (la) servidor(a) o trabajador(a) mediante correo institucional del lugar, día y hora de la cita médica generada por el sistema, a la vez se dará a conocer del caso a él (la) Director(a) de Talento Humano, por medio del Subdirector (a) de Seguridad y Salud Ocupacional, para que se otorguen los permisos necesarios y realice el seguimiento del caso respectivamente. A la cita él (la) servidor(a) o trabajador(a) deberá llevar los documentos habitantes detallados en el expediente de presunta enfermedad profesional, acompañado de Trabajadora Social de la institución.
7.A.5	Dar seguimiento de la presunta enfermedad profesional	Médico Ocupacional	Da seguimiento del caso hasta el cierre del mismo. Sí califica como enfermedad profesional y se genera glosa por Responsabilidad Patronal se deberá dar a conocer a él (la) Director(a) de Talento Humano para que se proceda con el trámite correspondiente de acuerdo al procedimiento de Gestión de Nómina (PRO-GAF-GTH-REM-001) , se continúa con la actividad 7.A.5.1. Caso contrario se continúa con el flujo.
7.A.5.1	Tomar medidas correctivas y preventivas	Técnico de Seguridad y Salud Ocupacional / Médico Ocupacional	Realiza las medidas correctivas y preventivas conforme el F6 – R8: Informe de Análisis Técnico del puesto de trabajo FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-006 y el F7 – R9: Informe médico de presunta enfermedad profesional FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-007 . En el caso de accidente de trabajo con incapacidad o fallecimiento del servidor, se realizarán las medidas correctivas y preventivas conforme el F8 –

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			R10: Informe Ampliatorio FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-008.
7.A.5.2	Actualizar matriz y archivar documentos habilitantes	Técnico de Seguridad y Salud Ocupacional / Médico Ocupacional	<p>Con los informes levantados (medidas correctivas y preventivas), actualiza lo siguiente según sea el caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - F9 – R11: Matriz de enfermedad profesional FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-009. - F10- R12: Matriz de Accidentes e Incidentes de Trabajo FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-010. <p>Procede con el archivo de documentos habilitantes generados, en el archivo del Departamento Médico. Lo que será un insumo para auditorías o constataciones por parte de los diferentes entes de control.</p>
INCIDENTE DE TRABAJO			
7.B.1	Registrar incidente de trabajo	Técnico de Seguridad y Salud Ocupacional / Médico Ocupacional	<p>Una vez determinado como incidente de trabajo, actualizará la F10- R12: Matriz de Accidentes e Incidentes de Trabajo FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-010 y se tomarán las medidas preventivas y correctivas del caso.</p> <p>En caso que él (la) servidor(a) o trabajador(a) requiera atención médica y el lugar de trabajo no cuente con Médico Institucional, podrá atenderse en casas de salud (MSP, IESS, Privados u otros).</p> <p>CONTROL: Verificar que se haya registrado oportunamente los incidentes de trabajo.</p> <p>RESPONSABLE: Subdirector(a) de Bienestar Laboral, Seguridad y Salud</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			Ocupacional. FRECUENCIA: Bajo Demanda
ACCIDENTE DE TRABAJO			
7.C.1	Identificar el accidente de trabajo	Técnico de Seguridad y Salud Ocupacional / Médico Ocupacional	<p>Realiza la investigación del accidente de trabajo correspondiente.</p> <p>Calificación del accidente de trabajo por:</p> <p>Incapacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Accidente de trabajo en el lugar de trabajo. ✓ Accidente de trabajo itinere. ✓ Accidente de trabajo por desplazamiento en su jornada laboral. ✓ Accidente de trabajo por comisión de servicios. <p>Fallecimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Accidente de trabajo en el lugar de trabajo. ✓ Accidente de trabajo itinere. ✓ Accidente de trabajo por desplazamiento en su jornada laboral. ✓ Accidente de trabajo por comisión de servicios. <p>En el caso de accidente de trabajo con incapacidad continuar con la actividad 7.C.1.A.1, mientras que, de tratarse de accidente de trabajo con</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			fallecimiento continuar con la actividad 7.C.1.B.1.
ACCIDENTE DE TRABAJO CON INCAPACIDAD			
7.C.1.A.1	Registrar en el sistema de Riesgos del Trabajo-IESS, el aviso de accidente laboral	Técnico de Seguridad y Salud Ocupacional / Médico Ocupacional	<p>Realiza el levantamiento de la información para la investigación del accidente de trabajo con incapacidad y desarrolla el F8 – R10: Informe Ampliatorio FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-008.</p> <p>El aviso de accidente laboral debe reportarse dentro de los primeros diez (10) días hábiles a partir de ocurrido el evento, con el fin de evitar caer en Responsabilidad Patronal.</p> <p>Realiza el reporte de aviso de accidente de trabajo en el sistema de Riesgos del Trabajo IESS, el cual una vez ingresados todos los datos solicitados emitirá una fecha, lugar y hora de cita médica.</p> <p>CONTROL: Verificar que se haya registrado oportunamente el accidente de trabajo.</p> <p>RESPONSABLE: Subdirector de Bienestar Laboral, Seguridad y Salud Ocupacional.</p> <p>FRECUENCIA: Bajo Demanda</p>
7.C.1.A.2	Comunicar a la Dirección de Talento Humano y al servidor(a) o trabajador(a) la cita	Técnico de Seguridad y Salud Ocupacional / Médico	Da aviso a él (la) servidor(a) o trabajador(a) mediante correo institucional el lugar, día y hora de la cita médica generada por el sistema, a la vez se da a conocer del caso a la Dirección de Talento Humano, por medio del Subdirector (a) de Seguridad y Salud Ocupacional, para que se otorguen los

No.	Actividad	Cargo	Descripción
	generada en el Sistema IESS.	Ocupacional	permisos necesarios, adicionalmente adjuntando el R13: Informe de aviso de accidente (IESS) y realice el seguimiento del caso respectivamente
7.C.1.A.3	Acompañar a la cita médica en Riesgos del Trabajo IESS	Trabajador(a) Social	<p>Acompaña a la cita médica en Riesgos del Trabajo IESS a él(la) servidor(a) o trabajador(a), llevando el R14: Expediente de accidentes con incapacidad de acuerdo al tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Accidente de trabajo en el lugar de trabajo. ✓ Accidente de trabajo itinere. ✓ Accidente de trabajo por desplazamiento en su jornada laboral. ✓ Accidente de trabajo por comisión). <p>Nota: Los documentos habilitantes que lleve él (la) servidor(a) o trabajador(a) serán en base al tipo de accidente de trabajo.</p> <p>Continuar con la actividad 7.A.5.1.</p>
ACCIDENTE DE TRABAJO CON FALLECIMIENTO			
1.C.1.B.1	Registrar en el sistema de Riesgos del Trabajo-IESS, el aviso de Accidente Laboral	Técnico de Seguridad y Salud Ocupacional	<p>Realiza el levantamiento de la información para la investigación del accidente de trabajo con fallecimiento y desarrolla el F8 – R10: Informe Ampliatorio FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-008.</p> <p>El aviso de accidente laboral debe reportarse dentro de los primeros diez (10) días hábiles a partir de ocurrido el evento, con el fin de evitar caer en Responsabilidad Patronal.</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			<p>Realiza el reporte de aviso de accidente de trabajo en el sistema de Riesgos del Trabajo IESS, el cual una vez ingresados todos los datos solicitados emitirá una fecha, lugar y hora de cita médica.</p> <p>CONTROL: Verificar que se haya registrado oportunamente el accidente de trabajo.</p> <p>RESPONSABLE: Subdirector de Bienestar Laboral, Seguridad y Salud Ocupacional.</p> <p>FRECUENCIA: Bajo Demanda</p>
1.C.1.B.2	Comunicar a la Dirección de Talento Humano y a la Unidad de Bienestar Laboral la cita generada en el Sistema IESS.	Subdirector(a) de Bienestar Laboral, Seguridad y Salud Ocupacional	Se dará aviso a la Dirección de Talento Humano y a la Unidad de Bienestar Laboral mediante correo institucional el lugar, día y hora de la cita médica generada por el sistema.
1.C.1.B.3	Entregar documentos habilitantes en el IESS	Trabajador(a) Social	<p>Acude a la cita médica en Riesgos del Trabajo IESS, en la fecha y hora indicada, llevando el R15: Expediente de accidentes con fallecimiento de acuerdo al tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Accidente de trabajo en el lugar de trabajo. ✓ Accidente de trabajo itinere. ✓ Accidente de trabajo por desplazamiento en su jornada laboral.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			<p>✓ Accidente de trabajo por comisión).</p> <p>Nota: Los documentos habilitantes que lleve él (la) servidor(a) o trabajador(a) serán en base al tipo de accidente de trabajo.</p> <p>Una vez realizado el trámite pertinente en Riegos de Trabajo del IESS por fallecimiento de él (la) servidor(a) o trabajador(a), se realizará los trámites pertinentes según el procedimiento de Gestión de Bienestar Laboral PRO-GAF-GTH-BIL-001.</p> <p>Se continúa con la actividad 7.A.5.1</p>

7. INDICADORES DE GESTIÓN

N°	Indicador	Definición	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Responsable de Medición	Fuente de la Medición	Frecuencia de Medición
1	Tasa de riesgo	Es la determinación de la tasa de riesgo de acuerdo al índice de gravedad sobre el índice de frecuencia que suscitan las eventualidades	$(\text{Índice de gravedad} / \text{Índice de frecuencia}) * 100$	Tasa	Subdirector(a) de Bienestar Laboral, Seguridad y Salud Ocupacional	Matriz de enfermedad profesional Matriz de accidentes e incidentes de trabajo	Trimestral
2	Porcentaje de cumplimiento del Plan de seguridad y salud ocupacional	Es la determinación del número de actividades ejecutadas respecto al número de actividades programadas en el plan de seguridad y salud ocupacional	$(\text{Número de actividades ejecutadas} / \text{número de actividades programadas}) * 100$	Porcentaje	Subdirector(a) de Bienestar Laboral, Seguridad y Salud Ocupacional	Plan de Seguridad y Salud Ocupacional	Trimestral

8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS

8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Documento	PRO-GEI-TRI-GRN-001-002	D1: Gestión de Riesgos Institucionales	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación
Registro	FOR-PRO-GEI-TRI-GRN-001-001	R1: Matriz de Riesgos Institucional	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación
Registro	FOR-PRO-GEI-TRI-GRN-001-002	R2: Mapa de Riesgos Institucional	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-001	F1-R3: Permisos de trabajo SSO	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-	F2-R4: Inspecciones SSO	Delegado(a) de él (la) Director(a) de	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
	002		Talento Humano	Físico: Archivo de la Dirección			años Disposición final: Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-003	F3-R5: Informe técnico de riesgos	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-004	F4-R6: Plan de acción de Seguridad y Salud Ocupacional	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-005	F5-R7: Programa de Seguridad y Salud Ocupacional	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-006	F6-R8: Informe de Análisis Técnico del puesto de trabajo	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Formato y Registro	FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-007	F7-R9: Informe médico de presunta enfermedad profesional	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-008	F8-R10: Informe Ampliatorio	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-009	F9-R11: Matriz de enfermedad profesional	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GAF-GTH-SSO-001-010	F10-R12: Matriz de accidentes e incidentes de trabajo	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación
Registro	No aplica	R13: Informe de aviso de accidente (IESS)	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Registro	No aplica	R14: Expediente de accidentes de trabajo con incapacidad	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación
Registro	No aplica	R15: Expediente de accidentes de trabajo con fallecimiento	Delegado(a) de él (la) Director(a) de Talento Humano	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de la Dirección	Cronológico	Dirección de Talento Humano	Tiempo de retención: 4 años Disposición final: Conservación



PREFECTURA DE
MANABÍ
Desarrollo y Equidad

Procedimiento

**Gestión del Plan de Desarrollo y
Ordenamiento Territorial
PRO-GDT-GPT-DOT-001**

*Dirección de Planificación para el Desarrollo y
Ordenamiento Territorial*

Enero - 2023

Versión 1.0

CÓDIGO FORMATO: PRO-GEI-PLI-PLI-GPL-001		VERSIÓN 1.0	
<p>PROCEDIMIENTO:</p> <p>Gestión del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial</p>			
DESCRIPCIÓN	CARGO	FIRMA	FECHA
APROBADO POR	Eco. José Vicente Santos Director de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial		
REVISADO POR	Ing. Iván González Director de Innovación y Mejora Continua		
ELABORADO POR	Ing. Isaura Guerra Analista de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial		
	Ing. Carolina Armas Consultor		

IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

Proceso Nivel 0:	Gestión Estratégica de Desarrollo y Ordenamiento Territorial		
Proceso Nivel 1:	Gestión de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial		
Proceso Nivel 2:	Gestión del Plan de Desarrollo y Ordenamiento territorial		
Proceso Nivel 3:			
Versión del documento:	1.0	Frecuencia de Ejecución:	Bajo demanda
Responsable:	Director (a) de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial		

REGISTRO DE VERSIONES

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de elaboración	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
1.0	Creación del documento	<p><i>Ing. Carolina Armas</i> <i>Consultor</i></p> <p><i>Ing. Isaura Guerra</i> <i>Analista de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento</i></p> <p>/</p> <p><i>José Vicente Santos</i> <i>Director de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento</i></p>	Enero - 2023	No aplica.

CONTENIDO

1. OBJETIVO	5
2. ALCANCE.....	5
3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS.....	5
4. MARCO NORMATIVO	7
4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS.....	7
4.2. DOCUMENTOS INTERNOS.....	7
4.3. NORMAS GENERALES.....	7
5. DIAGRAMAS	9
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO.....	9
5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO	10
5.3. DIAGRAMA DE FLUJO	11
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	13
7. INDICADORES DE GESTIÓN	24
8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS	25
8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	25

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos generales y específicos para la formulación y actualización de la planificación de desarrollo y ordenamiento territorial que permita establecer los elementos orientadores que sirvan de guía para las intervenciones en territorio que impulsen en el desarrollo económico y sostenible de la Provincia de Manabí a nivel urbano y rural.

2. ALCANCE

Este proceso incluye desde la conformación del equipo técnico permanente para la elaboración y/o actualización de la planificación de desarrollo y ordenamiento territorial hasta la aprobación y entrega del documento para la socialización, implementación y seguimiento.

3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

Actores Institucionales y Territoriales: A nivel institucional corresponde a las autoridades de las áreas agregadores de valor y de los procesos habilitantes de apoyo y asesoría, que proporcionan información y estrategias en el ámbito de su competencia. A nivel territorial son las universidades, organizaciones de la sociedad civil, organismos internacionales, entidades públicas y la ciudadanía en general que aportan con información para el diseño y establecimiento de los lineamientos estratégicos para la provincia.

Análisis situacional: Consiste en el conocimiento y análisis del ambiente interno y externo (nacional e internacional), que muestre una situación real que se está atravesando en territorio y su población, de lo cual se identifican los principales problemas y potencialidades.

Caja de herramientas del PDOT: Contiene los instrumentos de planificación a ser considerados para la estructuración y/o actualización del PDOT, que contiene entre otra información los enfoques de igualdad, lineamientos y directrices para la gestión de distintos aspectos económicos, sociales, culturales y ambientales de la provincia.

Consejo de Planificación Provincial: Órgano encargado de la formulación de los planes de desarrollo, así como de las políticas locales y sectoriales que se elaboraran a partir de las prioridades, objetivos estratégicos del territorio, ejes y líneas de acción definidos en las instancias de participación.

Ejes Estratégicos: Son las líneas de acción o ruta que se debe seguir para el desarrollo de un plan alienado en alcanzar un propósito fundamental.

Estrategia Territorial Nacional: Instrumento de ordenamiento territorial a escala nacional, que comprende los criterios, directrices y guías de actuación sobre el ordenamiento del territorio, sus recursos naturales, sus grandes infraestructuras, los asentamientos humanos, las actividades económicas, los grandes equipamientos y la protección del patrimonio natural y cultural, sobre la base de los objetivos y políticas nacionales contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo.

Equipo Técnico Permanente: Equipo multidisciplinario encargado de liderar la actualización y/o elaboración del PDOT.

Grupos de Interés: Son aquellos grupos o individuos que pueden influir sobre la consecución de los objetivos de una organización o verse afectados por ella.

Indicadores: Permite medir el avance de una actividad, proyecto, programa, objetivo o política pública en un momento determinado; así como evaluar la relación entre variables cualitativas y/o cuantitativas de las organizaciones, con el objeto de mostrar la situación actual, los retrocesos y los avances en las actividades, proyectos, programas, objetivos o políticas públicas en un momento determinado.

Instrumentos de Planificación de Gubernamental: Corresponde a los documentos de planificación a los cuales deberá guardar alineamiento el PDOT: ODS, Plan nacional de desarrollo, agendas sectoriales, lineamientos de entes rectores, plan de desarrollo y ordenamiento territorial.

Modelo Territorial: Representación gráfica de la estrategia que será implementada en la provincia de acuerdo a los ejes estratégicos de acción establecidos para alcanzar los objetivos estratégicos y visión de desarrollo.

Objetivo Estratégicos de Desarrollo: Es el marco de referencia con base en el cual se orientan todas las estrategias, planes, programas y proyectos específicos de institución. Representan los resultados que se desea obtener para el desarrollo de la provincia.

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible, establecidos por la ONU, también conocidos como objetivos mundiales.

Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial – PDOT: Es un instrumento de planificación fundamental para la gestión territorial de los GAD. Orienta y determina las acciones e intervenciones del sector público y privado en el nivel local su cumplimiento promueve el desarrollo sostenible.

Políticas y Estrategias de Desarrollo: Es un conjunto de acciones que se llevan a cabo para lograr un determinado fin en la provincia los cuales se encuentran alineados a los ejes estratégicos y se orientan en promover el desarrollo de la provincia.

Programas y Proyectos de Desarrollo: Son propuestas de cambio, que a partir de determinadas políticas y estrategias de acción se ejecutan durante un determinado periodo para obtener un resultado o producto único.

Sistema de Participación Ciudadana: Instancia conformada por autoridades electas (alcaldes, concejales, prefectos, presidente y vocales de los GAD's parroquiales), representantes del régimen dependiente (delegaciones o representantes ministeriales, de proyectos o programas del gobierno central, de los sectores de salud y educación, etc.) y representantes de la sociedad del territorio (elegidos de preferencia en las asambleas locales ciudadanas).

Visión de Desarrollo: Es una imagen proyectada del futuro deseado por la organización, es una declaración general que describe la situación a la que la institución desea llegar dentro de los próximos años orientado a la sostenibilidad económica, social y ambiental de la provincia.

4. MARCO NORMATIVO

4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS

- Objetivos de Desarrollo Sostenible - ODS 2030.
- Plan Nacional de Desarrollo (vigente).
- Agendas nacionales y sectoriales (vigente).
- Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas y su Reglamento (vigente).
- Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización y su Reglamento (vigente).
- Ley Orgánica de Participación Ciudadana (vigente).
- Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial, Uso y Gestión del Suelo (vigente).
- Guía para formulación / actualización del PDOT (Provincial).

4.2. DOCUMENTOS INTERNOS

- Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial actual (vigente).
- Plan de gobierno de autoridades electas (vigente).
- Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos (vigente).
- Registros administrativos de la gestión institucional.


4.3. NORMAS GENERALES

- Las normas de este documento son de aplicación obligatoria para todos los servidores del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, en tanto guarden conformidad con las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y resoluciones vigentes al momento de su ejecución.
- El servidor que incumpliere sus obligaciones o contraviniera las disposiciones de este documento, así como las leyes y normativa conexas, incurrirá en responsabilidad administrativa que será sancionada disciplinariamente, sin perjuicio de la acción civil o penal que pudiere originar el mismo hecho.
- Todo proceso o subproceso, deberá incorporar el concepto de mejora continua en su diagramación y generación de documentos, procurando la simplificación de trámites y actividades, eliminar duplicidad de tareas, y optimizando la transaccionalidad.

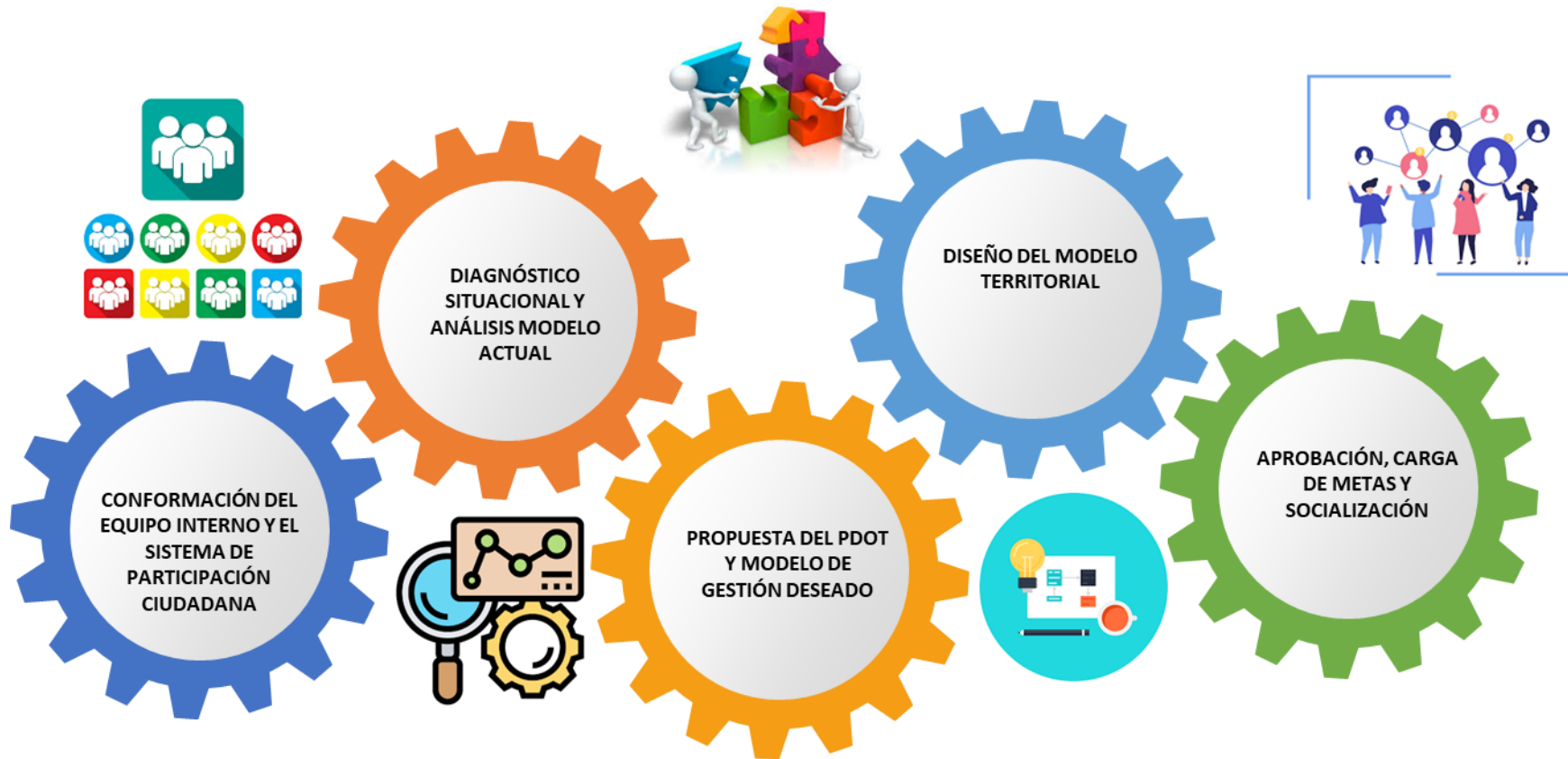
- Se crearán las instancias encargadas de la elaboración y/o actualización del documento, así como también se conformarán los sistemas de participación ciudadana conforme lo establece la Ley de Participación Ciudadana.
- La estructuración del PDOT, se realizará de manera participativa y contará con los aportes de todas las instancias y autoridades de la provincia, como los GAD municipales, cantonales, parroquiales otros actores públicos o privados, universidades y la ciudadanía en general.
- Se establecerán ejes estratégicos de acuerdo a las necesidades y potencialidades de la provincia, en función del cual se definirán las principales líneas de acción a ser ejecutadas durante un periodo determinado.
- El modelo de gestión territorial propuesto deberá considerar la implementación de estrategias de articulación y coordinación, identificación de factores de riesgo; estrategias de seguimiento y evaluación; así como estrategias para la difusión y rendición de cuentas.
- Una vez consolidada una propuesta del documento se deberá socializar previo a su aprobación para obtener los aportes y sugerencias de los distintos actores institucionales y territoriales, para posteriormente continuar con la aprobación con las distintas instancias.
- El documento será difundido de manera oficial una vez que se cuente con la aprobación y publicación en registro oficial para la respectiva socialización, implementación y seguimiento.
- En los casos que se realice un ajuste de alineación del PDOT con respecto al plan Nacional u otro plan sectorial que afecte al documento, se lo gestionará directamente por intermedio de la Dirección de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial.
- Para los casos de actualización del PDOT, que considere ajustes en objetivos, metas, indicadores y ejes estratégicos, se regirá a la ordenanza que contiene la aprobación de la actualización al PDOT DE Manabí con su visión prospectiva 2030.

5. DIAGRAMAS

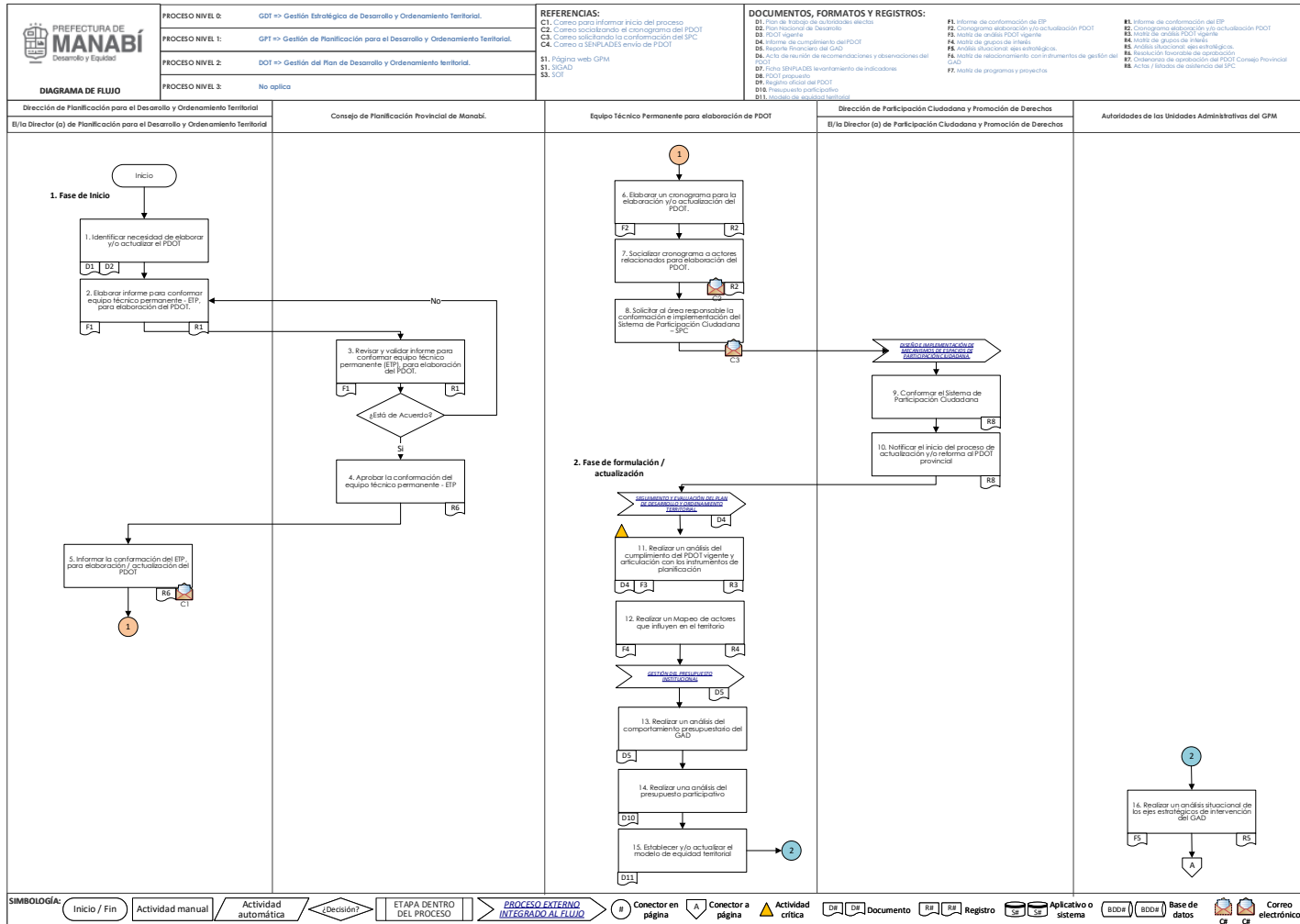
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

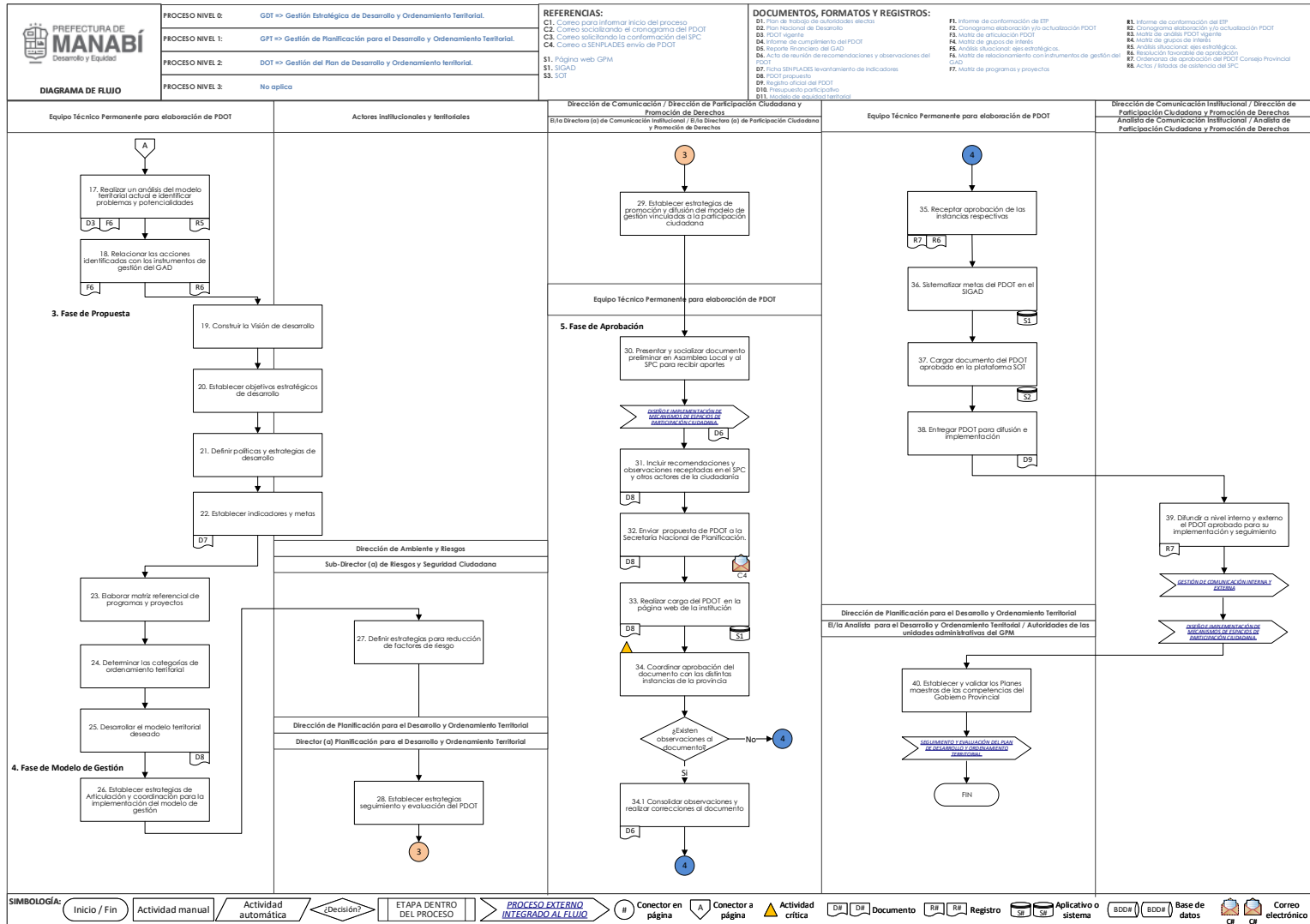
 PREFECTURA DE MANABÍ <small>Desarrollo y Equidad</small> CARACTERIZACIÓN	1. NOMBRE DEL PROCESO: <i>Gestión del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial.</i>	DIAGRAMA DE CARACTERIZACIÓN
<p>3. OBJETIVO DEL PROCESO: Establecer los lineamientos generales y específicos para la formulación y actualización de la planificación de desarrollo y ordenamiento territorial que permita establecer la visión territorial que sirva de guía para las intervenciones en territorio que impulsen en el desarrollo económico y sostenible de la Provincia de Manabí a nivel urbano y rural.</p> <p>RESPONSABLES DEL RESULTADO: El / la director(a) de Planificación para el desarrollo y Ordenamiento Territorial.</p> <p>OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE CONTRIBUYE (PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL) Eje: Ordenamiento Territorial=> Planificar, junto con otras instituciones del sector público y actores de la sociedad, el desarrollo provincial y formular los correspondientes planes de ordenamiento territorial, en el ámbito de sus competencias, de manera articulada con la planificación nacional, regional, cantonal y parroquial, en el marco de la interculturalidad y plurinacionalidad y el respeto a la diversidad.</p>		
<p>12. CONTROLES:</p> <p>1. ACTIVIDAD: 11. Realizar un análisis del cumplimiento del PDOT vigente y articulación con los instrumentos de planificación RESPONSABLE: Equipo técnico permanente para elaboración del PDOT CONTROL: Verificar el nivel de cumplimiento del PDOT y su alineación para determinar el alcance de la implementación.</p> <p>2. ACTIVIDAD: 32. Coordinar aprobación del documento con las distintas instancias de aprobación. RESPONSABLE: Equipo técnico permanente para elaboración del PDOT CONTROL: Se coordina la aprobación del documento con los distintos órganos de la provincia, para garantizar que el documento incluye todas las estrategias y proyectos para el desarrollo de la provincia.</p>		
<p>9. DOCUMENTACIÓN INTERNA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial actual (vigente). - Plan de gobierno de autoridades electas (vigente). - Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos (vigente). - Registros administrativos de la gestión institucional. 	<p>8. DOCUMENTACIÓN EXTERNA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). - Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas y su Reglamento. - Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización. - Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial, Uso y Gestión del Suelo y su Reglamento. - Ley Orgánica de Participación Ciudadana. - Guía para formulación / actualización del PDOT (Provincial). - Kit de información proporcionada por la Secretaría Nacional de Planificación 	<p>10. REGISTROS:</p> <p>R1. Informe de conformación del ETP R2. Cronograma elaboración y/o actualización PDOT R3. Matriz de análisis PDOT vigente R4. Matriz de grupos de interés R5. Análisis situacional: ejes estratégicos R6. Resolución favorable de aprobación R7. Ordenanza de aprobación del PDOT Consejo Provincial R8. Actas / listados de asistencia del SPC</p>
<p>7. PROVEEDORES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Secretaría Nacional de Planificación. 2) Autoridades de la provincia 3) Instituto Nacional de Estadísticas y Censos – Sistema Nacional de Información. 4) Universidades 5) Sistema de Participación Ciudadana 6) Entidades públicas (desconcentradas y descentralizadas) 	<p>6. ENTRADAS:</p> <p>1,2) Lineamientos para la estructuración del PDOT: Caja de herramientas. 1) Plan Nacional de Desarrollo y Estrategia Territorial Nacional. 2) Plan de trabajo de autoridades electas 2,3,4,5) Sistemas de información local y nacional 4, 5, 6) Necesidades y expectativas de ciudadanía</p>	<p>11. ACTIVIDADES:</p> <p>ACTIVIDAD INICIAL: 1. Identificar necesidad de elaborar y/o actualizar el PDOT.</p> <p>ACTIVIDAD FINAL: 36. Difundir a nivel interno y externo el PDOT aprobado para su implementación y seguimiento</p>
<p>13. RECURSOS:</p> <p>SOFTWARE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilitarios de Oficina - Página web institucional. - SIGAD y SOT <p>HARDWARE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipo de cómputo <p>INFRAESTRUCTURA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estaciones de trabajo. <p>RECURSOS HUMANOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prefecto - Autoridades del Consejo Provincial de Manabí (Alcaldes y Presidentes Parroquiales) - Consejo de Planificación Provincial de Manabí. - Autoridades de las Unidades Administrativas del GPM - Equipo técnico permanente. - Ciudadanía 	<p>5. INDICADOR DE RESULTADO:</p> <p>1. NOMBRE DEL INDICADOR: <i>Índice de Cumplimiento de Metas (ICM)</i></p> <p>FÓRMULA DE CÁLCULO: <i>Cálculo de ICM (De acuerdo en la metodología establecida en el instructivo para la aplicación metodológica de Cumplimiento de Metas)</i></p> <p>2. NOMBRE DEL INDICADOR: <i>Porcentaje de avance al cumplimiento del PDOT</i></p> <p>FÓRMULA DE CÁLCULO: <i>Nivel de cumplimiento de metas ejecutadas / Nivel de cumplimiento de metas planificadas</i></p>	<p>14. RIESGOS:</p> <p><i>La Gestión de riesgos del SGC, está contemplado en el proceso de Gestión de Riesgos.</i></p>
<p>4. USUARIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) GADs provinciales, municipales, cantonales, parroquiales 2) Autoridades de las Unidades Administrativas del GPM 3) Instituciones públicas 4) Actores (públicos, privados, sociedad civil) que requieren realizar alguna intervención en la provincia 5) Universidades 6) Ciudadanía 		<p>2. SAIDAS:</p> <p>1) Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PDOT).</p> <p>CARACTERÍSTICAS. Eficacia <i>Cumplimiento de los objetivos estratégicos e implementación de programas y proyectos para la provincia.</i></p>

5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO



5.3. DIAGRAMA DE FLUJO





6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

No.	Actividad	Cargo	Descripción
1	Identificar necesidad de elaborar y/o actualizar el PDOT.	El/la Director (a) de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial	Se identifica la necesidad para elaborar y/o actualizar el PDOT, el cual se activará por: Inicio del periodo de gestión de autoridades (prefecto), proyectos nacionales estratégicos que tengan afectación directa a la provincia o afecte los lineamientos establecidos en el PDOT y, por fuerza mayor y/o ocurrencia de un desastre. Para el caso de que se actualice el Plan Nacional de Desarrollo, únicamente se realizará una actualización de las alineaciones del documento. No se requiere realizar una reforma integral.
2	Elaborar informe técnico para conformar equipo técnico permanente - ETP, para elaboración del PDOT.	El/la Director (a) de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial	Se elabora un informe de conformación del ETP (FOR-PRO-GDT-GPT-DOT-001-001), para sustentar la conformación del equipo técnico permanente – ETP que aporta activamente en la elaboración y/o actualización del documento el cual estará conformado al menos por las siguientes contrapartes: <ul style="list-style-type: none"> • Delegado/a de la Dirección de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial. • Delegado/a de la Dirección de Participación Ciudadana y Promoción de Derechos. • Delegado/a de la Coordinación General de Infraestructura para el Desarrollo. • Delegado/a de la Coordinación General de Desarrollo Social, Económico y Ambiental • Delegado/a de la Dirección de Planificación Institucional • Delegado/a de la Dirección de Comunicación Institucional.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
3	Revisar y validar informe para conformar equipo técnico permanente (ETP), para elaboración del PDOT.	Consejo de Planificación Provincial de Manabí	El Consejo de Planificación Provincial de Manabí, revisará y aprobará el ETP para la elaboración y/o actualización del PDOT. En caso de existir observaciones son levantadas mediante un acta de reunión, para que se realicen los ajustes necesarios. Regresa a la actividad No. 2
4	Aprobar la conformación del equipo técnico permanente - ETP	Consejo de Planificación Provincial de Manabí	De estar de acuerdo se emite una resolución de aprobación.
5	Informar la conformación del ETP, para elaboración / actualización del PDOT	El/la Director (a) de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial	Una vez que sea aprobada la conformación del ETP, se les informa mediante correo electrónico la conformación del equipo para elaboración / actualización del PDOT. En el correo se adjunta la resolución de aprobación emitida por el Consejo de Planificación Provincial de Manabí.
6	Elaborar un cronograma para la elaboración y/o actualización del PDOT	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT	El ETP, elabora un cronograma para elaboración y/o actualización del PDOT (FOR-PRO-GDT-GPT-DOT-001-002) documento que describe las actividades necesarias a ser ejecutadas para la elaboración y/o actualización del PDOT, responsables y fechas de cumplimiento y el grado de avance.
7	Socializar cronograma a actores relacionados para elaboración del PDOT	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT	El cronograma se socializa mediante correo electrónico a los actores relacionados que participarán en cada una de las fases establecidas para la elaboración y/o actualización del PDOT.
8	Solicitar al área responsable la conformación e implementación del Sistema	Equipo Técnico Permanente para elaboración de	El ETP coordina con la Dirección de Participación Ciudadana y Promoción de Derechos, para la conformar el Sistema de Participación Ciudadana. Para lo cual va al proceso de "Diseño e implementación de mecanismos

No.	Actividad	Cargo	Descripción
	de Participación Ciudadana – SPC	PDOT	de espacios de participación ciudadana".
9	Conformar el Sistema de Participación Ciudadana	El/la Director (a) de Participación Ciudadana y Promoción de Derechos	Sistema conformado por autoridades electas (alcaldes, concejales, prefectos, presidente y vocales de los GAD's parroquiales), representantes del régimen dependiente (delegaciones o representantes ministeriales, de proyectos o programas del gobierno central, de los sectores de salud y educación, etc.) y representantes de la sociedad del territorio (elegidos de preferencia en las asambleas locales ciudadanas). Participarán activamente en la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de los planes de desarrollo y de ordenamiento territorial.
10	Notificar el inicio del proceso de actualización y/o reforma al PDOT provincial	El/la Director (a) de Participación Ciudadana y Promoción de Derechos	Se notifica a través de la página web institucional, correo electrónico, espacios públicos y otros el inicio del proceso de actualización y reforma del PDOT.
11	Realizar un análisis del cumplimiento del PDOT vigente y articulación con los instrumentos de planificación	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT	<p>Para el análisis del cumplimiento del PDOT se usa como insumo el Informe de cumplimiento del PDOT, obtenido del proceso de Seguimiento y evaluación del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial. Con lo cual se evalúa el cumplimiento del PDOT.</p> <p>De igual manera se realiza una revisión de como el PDOT se articula y se alinea con los instrumentos de planificación y plan de gobierno de las autoridades actuales.</p> <p>CONTROL: Verificar el nivel de cumplimiento del PDOT y su alineación para determinar el alcance del documento.</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			RESPONSABLE: Equipo técnico permanente para elaboración del PDOT FRECUENCIA: Bajo demanda
12	Realizar un Mapeo de actores que influyen en el territorio	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT	Para este análisis se identifican las necesidades y expectativas de los grupos de interés que pueden influir en la provincia. Para lo cual se utilizará el formato de matriz de grupos de interés (FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-GPL-001-004) .
13	Realizar un análisis financiero del GAD	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT	En función del reporte financiero obtenido del proceso de la "Gestión de Presupuesto Institucional", se realiza un análisis financiero para evaluar el comportamiento presupuestario.
14	Realizar un análisis del levantamiento y/o actualización de información del presupuesto participativo	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT	Para la estructuración del PDOT se realizará un análisis del levantamiento realizado del presupuesto participativo que servirá de insumo para la estructuración del PDOT. Los espacios para levantar los presupuestos participativos se lo realizan conforme lo establece Consejo de Participación Ciudadana y Control Social.
15	Establecer y/o actualizar el modelo de equidad territorial	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT	Se realiza el análisis del Modelo Territorial Actual, de ser el caso se actualiza la metodología de criterios para la distribución del presupuesto, la cual es enmarcada al cumplimiento de lo establecido por el Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización – COOTAD.
16	Realizar un análisis situacional de los ejes estratégicos de intervención del GAD	Autoridades de las Unidades Administrativas del GPM	El análisis situacional se lo realiza en función de los ejes estratégicos que sean definidos y priorizados para la provincia, los cuales pueden abarcar aspectos económicos, políticos, ordenamiento territorial, social, cultural, ambiental, entre otros.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			<p>Para este análisis se interactúa con las autoridades del Gobierno Provincial de Manabí quienes proporcionarán información de acuerdo a sus competencias.</p> <p>Para el levantamiento de información se utilizará el formato análisis situacional: ejes estratégicos (FOR-PRO-GDT-GPT-DOT-001-004).</p>
17	Realizar un análisis del modelo territorial actual e identificar problemas y potencialidades	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT	<p>El análisis del modelo territorial actual se lo realiza para evidenciar las potencialidades y problemas del modelo implementado que servirá de insumo para el diseño del modelo territorial propuesto.</p> <p>Para ello se utiliza la Matriz de relacionamiento con instrumentos de gestión del GAD (FOR-PRO-GDT-GPT-DOT-001-005).</p>
18	Relacionar las acciones identificadas con los instrumentos de gestión del GAD	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT	<p>Este análisis se realiza con las acciones que sean propuestas para verificar que se encuentran alineadas a los instrumentos de gestión del GAD, como el plan de gobierno de las autoridades, las necesidades y expectativas de la ciudadanía, competencias del GAD provincial, entre otras.</p>
19	Construir la Visión de desarrollo	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT / Actores institucionales y territoriales	<p>Para la construcción de la visión de desarrollo se realizan espacios de participación, mesas de trabajo con actores institucionales y territoriales.</p> <p>El ETP, analiza la gobernabilidad de la institución, se establecen escenarios de territorio y se lo pone a consideración de las instancias de participación.</p>
20	Establecer objetivos estratégicos de desarrollo	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT / Actores institucionales y	<p>El establecimiento de objetivos estratégicos de desarrollo determinará el resultado que se espera alcanzar alienado a la visión de desarrollo. Adicionalmente se pueden establecer objetivos específicos para su cumplimiento.</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
		territoriales	
21	Definir políticas y estrategias de desarrollo	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT / Actores institucionales y territoriales	Cada objetivo estará alineado a políticas y estrategias para su cumplimiento. Para lo cual se analizará la alineación que se tiene con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el Plan Nacional de Desarrollo, las agendas sectoriales, la estrategia territorial, el plan de gobierno de autoridades electas entre otros.
22	Establecer indicadores y metas	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT / Actores institucionales y territoriales	Se lo realiza en conjunto con la Dirección de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial. En esta etapa se estableceren los indicadores y metas que medirán el cumplimiento del objetivo establecido, deberá incluir al menos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Indicador • Unidad de Medida • Línea Base • Responsable de Cumplimiento • Responsable de Medición • Meta
23	Elaborar matriz referencial de programas y proyectos	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT	Se establecen los programas y proyectos a ser implementados durante el tiempo de vigencia del PDOT, para lo cual se utiliza en formato de matriz de programas y proyectos (FOR-PRO-GDT-GPT-DOT-001-006). Los cuales se alinean a las estrategias y políticas establecidas y se enfocan a cumplir el objetivo estratégico. Para el establecimiento de los programas y proyectos se deberá considerar

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			al menos la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> - Nombre del Programa / Proyecto - Descripción General - Resultado Esperado - Monto Programado
24	Determinar las categorías de ordenamiento territorial	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT	Las categorías de ordenamiento territorial representan la propuesta deseada para el territorio en función de las zonas definidas. A través de esto se establecen las estrategias a ser implementadas como intervienen los programas y proyecto y como interactúa con los GAD municipales.
25	Desarrollar el modelo territorial deseado	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT	El ETP diseña de manera gráfica el modelo territorial deseado, el cual incluye las acciones a ejecutar en el territorio de manera gráfica y resumida las intervenciones que se implementarán.
26	Establecer estrategias de articulación y coordinación para la implementación del modelo de gestión	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT	Se definen estrategias orientadas a las diferentes interacciones que se requieren para la implementación del modelo de gestión en territorio. Para lo cual determinará el tipo de alianzas y convenios que se deben llevar a cabo para su ejecución. Para estas estrategias se considera la matriz de grupos de interés (FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-GPL-001-004) . De igual manera se debe identificar institucionalmente como se debe organizar la institución para dar cumplimiento a los programas y proyectos establecidos en el PDOT.
27	Definir estrategias para reducción de factores de riesgo	Equipo Técnico Permanente para elaboración de	Son las estrategias que determinan como se realiza la identificación de riesgos que puedan afectar a la provincia y como serán gestionados a

No.	Actividad	Cargo	Descripción
		PDOT	nivel provincial con las entidades correspondientes.
28	Establecer estrategias de seguimiento y evaluación del PDOT	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT	Se definen las estrategias de cómo se realiza el seguimiento y evaluación del PDOT, para lo cual se establecerá un modelo para el monitoreo y evaluación, esquema de reporte de información, las herramientas e instrumentos a utilizar, equipo responsable del seguimiento, los resultados a obtener, forma de presentación y como son difundidos.
29	Establecer estrategias de promoción y difusión del modelo de gestión vinculadas a la participación ciudadana	El/la Directora (a) de Comunicación Institucional / El/la Directora (a) de Participación Ciudadana y Promoción de Derechos	De manera conjunta entre la Dirección de Comunicación Institucional y la Dirección de Participación Ciudadana y Promoción de Derechos establecen la estrategia de comunicación y la vincula con la participación ciudadana, garantizando que la información sea accesible, transparente y sea difundida de manera oportuna y por los canales adecuados.
30	Presentar y socializar documento preliminar en Asamblea Local y al SPC para recibir aportes	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT	Es una primera presentación que se realiza del PDOT, la cual se vincula con el proceso de diseño e implementación de mecanismos de espacios de participación ciudadana según las estrategias que se definan. En esta etapa se obtienen aportes y sugerencias de la ciudadanía.
31	Incluir recomendaciones y observaciones receptadas en el SPC y otros actores de la ciudadanía	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT	Todas las recomendaciones y observaciones del SPC y otros actores de la ciudadanía son receptadas e incluidos en el documento del PDOT para continuar con la aprobación respectiva.
32	Enviar propuesta de PDOT a la Secretaría Nacional de Planificación	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT	Se envía la información a la Secretaría Técnica de Planificación para su revisión.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
33	Realizar carga del PDOT en la página web de la institución	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT	Se realiza la carga del PDOT en la página web institucional, para que la ciudadanía en general y se puedan consolidar otros aportes a través del canal de atención ciudadana y quede abierto para recibir nuevos aportes y sugerencias.
34	Coordinar aprobación del documento con las distintas instancias	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT	<p>Se gestiona la aprobación del documento con las distintas instancias de la provincia. Primero, se lo remite al Consejo de Planificación Provincial de Manabí, quien emite una resolución favorable de aprobación. Posteriormente, se lo realiza con el Órgano Legislativo del GAD. Finalmente, realizarlo con el Consejo Provincial, con el cual se obtiene la ordenanza de aprobación y puesta en vigencia del PDOT.</p> <p>CONTROL: Se coordina la aprobación del documento de los distintos órganos de la provincia, para garantizar que el documento incluye todas las estrategias y proyectos para el desarrollo de la provincia.</p> <p>RESPONSABLE: Equipo técnico permanente para elaboración del PDOT</p> <p>FRECUENCIA: Bajo demanda</p>
34.1	Consolidar observaciones y realizar correcciones al documento	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT	En caso de existir observaciones al documento se realizarán las correcciones respectivas.
35	Receptar aprobación de las instancias respectivas	Equipo Técnico Permanente para	De estar de acuerdo se receptan los documentos de aprobación los cuales serán resoluciones de aprobación emitida por el Consejo de

No.	Actividad	Cargo	Descripción
		elaboración de PDOT	Planificación Provincial y el Órgano Legislativo y la ordenanza de aprobación emitida por el Consejo Provincial con el cual entra en vigencia el PDOT.
36	Sistematizar metas del PDOT en el SIGAD	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT	Las metas son sistematizadas en el Sistema de Información para los Gobiernos Autónomas Descentralizada a través del Módulo de Cumplimiento de Metas. De igual manera se articula la planificación de los diferentes niveles de gobierno y, a la vez, vincular de manera eficiente la planificación y el presupuesto, mediante el Módulo de Planificación.
37	Cargar documento del PDOT aprobado en la plataforma SOT	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT	Se realiza la carga del documento del PDOT en la Superintendencia de Ordenamiento Territorial, Uso y Gestión del Suelo. Para el efecto se considera el Manual de Usuario para GAD Provinciales, Cantonales, Parroquiales y Rurales emitido por la Superintendencia de Ordenamiento Territorial, Uso y Gestión del Suelo.
38	Entregar PDOT para difusión e implementación	Equipo Técnico Permanente para elaboración de PDOT	Se realiza la entrega del PDOT una vez que se tenga la publicación en Registro Oficial para que sea difundido a nivel interno y externo.
39	Difundir a nivel interno y externo el PDOT aprobado para su implementación y seguimiento	Analista de Comunicación Institucional / Analista de Participación Ciudadana y Promoción de Derechos	Se implementan las estrategias comunicacionales que fueron establecidas en el PDOT para que el PDOT sea conocido e implementado a nivel interno y externo.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
40	Establecer y validar los Planes maestros de las competencias del Gobierno Provincial	El/la Analista para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial / Autoridades de las unidades administrativas del GPM	El/la Analista para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial en conjunto con las Autoridades de las unidades administrativas del GPM, establecen los planes maestros en función de las competencias que tenga cada unidad en los cuales se identifican los responsables para la ejecución e implementación de los programas y/o proyectos establecidos en el PDOT. Con estos insumos pasa al proceso de Seguimiento y evaluación del plan de desarrollo y ordenamiento territorial.

7. INDICADORES DE GESTIÓN

No	Indicador	Definición	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Responsable de Medición	Fuente de la Medición	Frecuencia de Medición
1	Índice de Cumplimiento de Metas (ICM)	Este indicador mide el cumplimiento efectivo de las metas de resultado del PDOT, en un periodo determinado Evalúa tres componentes: Presupuestario, físico y de cumplimiento de metas.	Cálculo de ICM (De acuerdo en la metodología establecida en el instructivo para la aplicación metodológica de Cumplimiento de Metas. Ponderación por cada uno de los componentes establecidos.	Índice	Analista de Planificación Institucional para el desarrollo y ordenamiento territorial	SUT	Semestral
2	Porcentaje de avance al cumplimiento del PDOT	Este indicador permite evaluar el nivel de cumplimiento de metas ejecutadas en relación a las metas planificadas.	Nivel de cumplimiento de metas ejecutadas / Nivel de cumplimiento de metas planificadas	Porcentaje	Analista de Planificación Institucional para el desarrollo y ordenamiento territorial	Registros de la Dirección	Trimestral

8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS

8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Formato y Registro	FOR-PRO-GDT-GPT-D0T-001-001	Informe de conformación de ETP (R1)	Delegado del director (a) de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial	Permanente Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GDT-GPT-D0T-001-002	Cronograma elaboración y/o actualización PDOT (R2)	Delegado del director (a) de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial	Permanente Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GDT-GPT-D0T-001-003	Matriz de análisis del PDOT (R3)	Delegado del director (a) de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial	Permanente Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-GPL-001-004	Matriz de grupos de interés (R4)	Delegado del director (a) de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial	Permanente Conservación

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
			el Desarrollo y Ordenamiento Territorial			Ordenamiento Territorial	
Formato y Registro	FOR-PRO-GDT-GPT-D0T-001-004	Análisis situacional: ejes estratégicos. (R5)	Delegado del director (a) de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial	Permanente Conservación
Formato	FOR-PRO-GDT-GPT-D0T-001-005	Matriz de relacionamiento con instrumentos de gestión del GAD	Delegado del director (a) de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial	Permanente Conservación
Formato	FOR-PRO-GDT-GPT-D0T-001-006	Matriz de programas y proyectos	Delegado del director (a) de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial	Permanente Conservación
Registro	No aplica	Resolución favorable de	Delegado del director (a) de	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Planificación para el	Permanente Conservación

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
		aprobación (R6)	Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial			Desarrollo y Ordenamiento Territorial	
Registro	No aplica	Ordenanza de aprobación del PDOT Consejo Provincial (R7)	Delegado de el/la Director (a) de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial	Permanente Conservación
Registro	No aplica	Actas / listados de asistencia del SPC (R8)	Delegado de el/la Director (a) de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial	Permanente Conservación



PREFECTURA DE
MANABÍ
Desarrollo y Equidad

Procedimiento

Gestión de Comunicación Externa
PRO-GEI-GCI-RPU-COE-001

Dirección de Comunicación Institucional

Enero - 2023

Versión 1.0

CÓDIGO:		VERSIÓN	
PRO-GEI-GCI-RPU-COE-001		1.0	
<p>PROCEDIMIENTO: Gestión de Comunicación Externa</p>			
DESCRIPCIÓN	CARGO	FIRMA	FECHA
APROBADO POR	Econ. Grace Rivera Coordinadora General de Desarrollo Institucional		
	Ing. Felipe Centeno Director de Comunicación Institucional		
REVISADO POR	Ing. Iván González Director de Innovación y Mejora Continua		
	Lcda. Isabel Intriago Analista de Comunicación		
ELABORADO POR	Ing. Daniela Acurio Consultora		

IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

Proceso Nivel 0:	Gestión Estratégica de Desarrollo Institucional		
Proceso Nivel 1:	Gestión de Comunicación Institucional		
Proceso Nivel 2:	Gestión de Relaciones Públicas		
Proceso Nivel 3:	Gestión de Comunicación Externa		
Versión del documento:	1.0	Frecuencia de Ejecución:	Bajo Demanda
Responsable:	Director (a) de Comunicación Institucional		

REGISTRO DE VERSIONES

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de elaboración	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
1.0	Creación	<i>Daniela Acurio / Isabel Intriago/ Grace Rivera</i>	Enero 2022	N/A

CONTENIDO

1. OBJETIVO	5
2. ALCANCE	5
3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS	5
4. MARCO NORMATIVO	¡Error! Marcador no definido.
4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS	6
4.2. DOCUMENTOS INTERNOS	6
4.3. NORMAS GENERALES	6
5. DIAGRAMAS	8
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	8
5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO	9
5.3. DIAGRAMA DE FLUJO	10
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	11
7. INDICADORES DE GESTIÓN	16
8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS	17
8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	17

1. OBJETIVO

Aumentar la efectividad de la comunicación del Gobierno Provincial de Manabí mediante la estandarización del proceso de Comunicación Externa, para asegurar una correcta ejecución del proceso, garantizando de esta manera un mayor alcance con el público objetivo.

2. ALCANCE

Este procedimiento es aplicable al proceso de Comunicación Externa del Gobierno Provincial de Manabí, desde que se genera el requerimiento del producto comunicacional hasta la publicación y archivo del mismo.

3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

Actividad: Acciones que ejerce una persona o una empresa de manera cotidiana. De acuerdo a la complejidad de la actividad se puede desplegar en tareas.

Cápsula informativa: Es un objeto visual que ofrece información concisa y detallada, cuya función es difundir información actual.

Cuadrillas: Es un conjunto de personas organizadas para realizar un trabajo o llevar a cabo una actividad determinada.

Estrategias de comunicación: Conjunto de decisiones y acciones programadas para comunicar de una manera efectiva, en base a unos intereses concretos.

Eventos: Es todo acontecimiento previamente organizado que reúne a un determinado número de personas en tiempo y lugar preestablecidos.

Feria: Es una instalación en la que se exhiben cada cierto tiempo productos o servicios para su promoción y venta.

Fotos: Es el arte y la técnica de obtener imágenes duraderas debido a la acción de la luz. Es el proceso de proyectar imágenes, capturarlas y plasmarlas.

Información relevante: Es la información que se considera importante y que aporta a la construcción del insumo solicitado.

Invitación: Es una tarjeta o carta con que se invita a alguien a una celebración o acontecimiento.

Inauguración: También conocido como ceremonia de apertura al acto con que se solemniza la conclusión de una obra.

Lanzamiento: Acción de sacar un producto al mercado y promocionarlo para que llegue a un gran número de personas.

Logística: Es un conjunto de medios y métodos necesarios para llevar a cabo la organización de un evento.

Medios de comunicación: Son canales e instrumentos para informar y comunicar a la sociedad actual acerca de hechos o acontecimientos que suceden.

Producto comunicacional: Se refiere a las campañas, tips, presentaciones, boletines de información de interés, material audiovisual y material impreso.

Programa de ilustradores: Es un editor gráfico, que permite la edición de fotos y/o videos,

Público objetivo: Es un grupo de personas que reúne las características generales de los individuos que consumen o necesitan un producto o servicio.

Redes sociales: Son estructuras formadas en Internet por personas u organizaciones que se conectan a partir de intereses o valores comunes.

Rueda de prensa: Es una reunión de una persona con varios periodistas para hacer declaraciones de interés público.

Sesión solemne: Es acto, ceremonia que se celebra con gran formalidad para conmemorar una fecha o acontecimiento especial.

Videos: Es la tecnología de grabación, procesamiento, almacenamiento, transmisión de imágenes y reconstrucción por medios electrónicos digitales o analógicos de una secuencia de imágenes que representan escenas en movimiento.

4. MARCO NORMATIVO

4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS

- Norma Técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios (Vigente).
- Guía Metodológica para la aplicación de la norma técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios (Vigente).
- Norma ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos (vigente)

4.2. DOCUMENTOS INTERNOS

- Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos (vigente).


4.3. NORMAS GENERALES

- Las normas de este documento son de aplicación obligatoria para todos los servidores del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, en tanto guarden conformidad con las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y resoluciones vigentes al momento de su ejecución.
- El servidor que incumpliera sus obligaciones o contraviniera las disposiciones de este documento, así como las leyes y normativa conexas, incurrirá en responsabilidad administrativa que será sancionada disciplinariamente, sin perjuicio de la acción civil o penal que pudiere originar el mismo hecho.

- Los Documentos de la Dirección de Comunicación podrán ser firmados de forma electrónica o manuscrita; en caso de firmar electrónicamente no será necesario colocar la fecha en el campo "FECHA", en las firmas del documento.
- Es atribución de la Dirección de Comunicación el establecer los lineamientos, parámetros y especificaciones técnicas para la elaboración de productos comunicacionales.
- Para eventos de inauguración, de acuerdo a lo establecido se hará uso de la participación de cuadrillas de avanzada las mismas que está conformada por funcionarios de la Dirección de Participación Ciudadana,

5. DIAGRAMAS

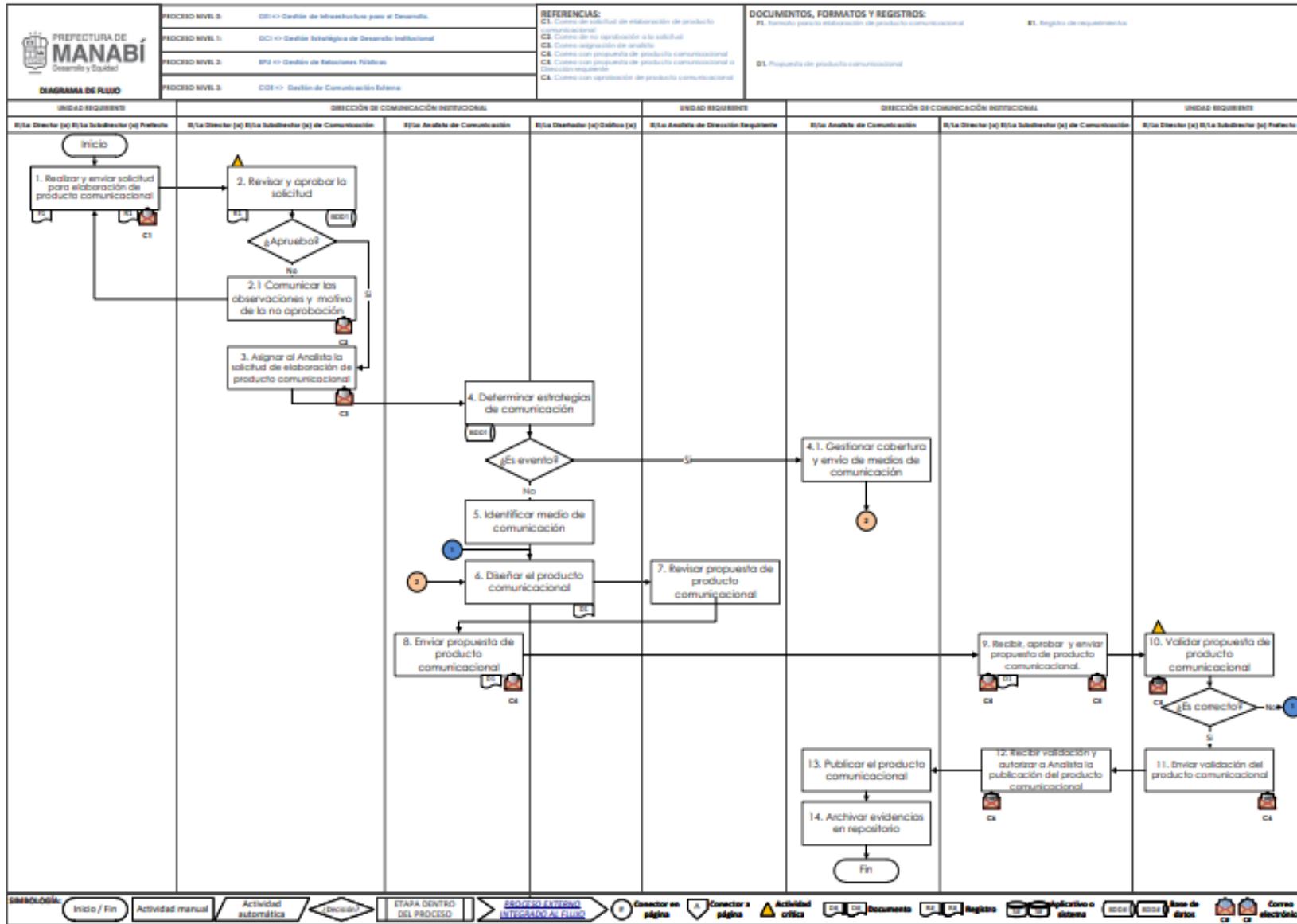
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

 1. NOMBRE DEL PROCESO: Gestión de Comunicación Externa		DIAGRAMA DE CARACTERIZACIÓN
3. OBJETIVO DEL PROCESO: Aumentar la efectividad de la comunicación del Gobierno Provincial de Manabí mediante la estandarización del proceso de Comunicación Externa, para asegurar una correcta ejecución del proceso, garantizando de esta manera un mayor alcance con el público objetivo. RESPONSABLES DEL RESULTADO: El/La Director (a) de Comunicación Institucional. OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE CONTRIBUYE: Eje Institucional => Promover el desarrollo sustentable de su circunscripción territorial provincial, para garantizar la realización del buen vivir a través de la implementación de políticas públicas provinciales en el marco de sus competencias constitucionales y legales.		
12. CONTROLES: 1. ACTIVIDAD: 2. Revisar y aprobar la solicitud RESPONSABLE: El/La Director (a) de Comunicación Institucional. CONTROL: Validar información enviada en formato FOR-PRO-GEI-GCI-RPU-COE-001-001. 2. ACTIVIDAD: 10. Validar propuesta de producto comunicacional RESPONSABLE: El/La Director (a) requeriente. CONTROL: Validar la propuesta de producto comunicacional según lo solicitado.		
9. DOCUMENTACIÓN INTERNA: - Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos (vigente).	8. DOCUMENTACIÓN EXTERNA: - Norma Técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios (Vigente). - Guía Metodológica para la aplicación de la norma técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios (Vigente). - Norma ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos (vigente)	10. REGISTROS: R1. Registro de requerimientos
7. PROVEEDORES: 1) Direcciones, Coordinaciones y Prefectura	6. ENTRADAS: 1) Requerimiento de producto comunicacional.	11. ACTIVIDADES: ACTIVIDAD INICIAL: 1. Realizar y enviar solicitud para elaboración de producto comunicacional ACTIVIDAD FINAL: 14. Publicar el producto comunicacional
13. RECURSOS: SOFTWARE: - Utilitarios de Oficina HARDWARE: - Equipo de Cómputo INFRAESTRUCTURA: - Estaciones de trabajo RECURSOS HUMANOS: - Director de Comunicación Institucional - Analista de Comunicación - Diseñador gráfico	5. INDICADOR DE RESULTADO: 1. NOMBRE DEL INDICADOR: Eficacia en la gestión de requerimientos. FÓRMULA DE CÁLCULO: $\frac{\text{Requerimientos gestionados}}{\text{Total de requerimientos recibidos}}$	2. SALIDAS: 1) Comunicado externo difundido. CARACTERÍSTICAS. Eficacia Dar cumplimiento con las solicitudes ingresadas de productos comunicacionales.
		4. USUARIOS: 1) Habitantes de la provincia de Manabí
		14. RIESGOS: La Gestión de riesgos del SGC, está contemplado en el proceso de Gestión de Riesgo.

5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO



5.3. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

No.	Actividad	Cargo	Descripción
1	Realizar y enviar solicitud para elaboración de producto comunicacional	El/La Director (a) El/La Subdirector (a) Prefecto	Elaborar solicitud del producto comunicacional haciendo uso del formato de requisitos para producto comunicacional. (FOR-PRO-GEI-GCI-RPU-COE-001-001) Enviar por medio de correo electrónico/memorando a la Dirección de Comunicación Institucional.
2	Revisar y aprobar la solicitud	El/La Director (a) El/La Subdirector (a) de Comunicación	Revisar y aprobar la solicitud y el formato de requisitos para producto comunicacional (FOR-PRO-GEI-GCI-RPU-COE-001-001) ; si el contenido cumple con los requerimientos solicitados se aprueba, caso contrario se envía correo electrónico/memorando con observaciones a la Dirección requirente. ¿Apruebo? Sí: Continúa actividad 3 No: Regresa actividad 1 Para el caso de solicitudes de parte de la máxima autoridad de la Institución; El/La Asistente de la Dirección de Comunicación ejecuta el registro requerimiento en la base "Base de registro de solicitudes (BDD1)" en el repositorio de documentación compartido que disponga la Dirección de Comunicación. CONTROL: Validación de la información detallada en el formato establecido. RESPONSABLE: El/la Director (a) de Comunicación FRECUENCIA: Bajo demanda
2.1	Comunicar las y no las observaciones y motivo de no aprobación	El/La Director (a) El/La Subdirector (a) de Comunicación	Enviar correo electrónico/memorando a la Dirección requirente todas las observaciones y motivo de la no aprobación a la solicitud de producto comunicacional.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
3	Asignar al Analista la solicitud de elaboración de producto comunicacional	El/La Director (a) El/La Subdirector (a) de Comunicación	Una vez aprobada la solicitud, el/la Director (a) o el/la subdirector (a) debe asignar un analista el cual será el responsable de diseñar junto con el Diseñador Gráfico el producto comunicacional.
4	Determinar estrategias de comunicación	El/La Analista de Comunicación y el/la Diseñador (a) Gráfico (a)	El/la Analista de Comunicación y el/la Diseñador (a) Gráfico (a) son responsables de determinar las estrategias de comunicación en base a los requerimientos para el producto comunicacional. ¿Es evento? Sí: Continúa actividad 4.1 No: Continúa actividad 5
4.1	Gestionar cobertura y envío de medios de comunicación	El/La Analista de Comunicación	La Dirección responsable de evento solicita con anticipación por medio de correo electrónico/memorando a el/la Director (a) de Comunicación apoyo para dicho evento, este asigna a Analista para brindar soporte con cobertura, gestión y envío de medios de comunicación. De igual manera se encarga del diseño del producto comunicacional y su posterior publicación. La Dirección de Participación Ciudadana delega una cuadrilla de avanzada quienes son los encargados de realizar un informe de las condiciones del lugar del evento, una vez confirmado empieza la coordinación por parte de el/la Analista de Comunicación, quien se encarga de la logística, el transporte de insumos como sillas, carpas y parlantes propiedad del Gobierno Provincial de Manabí y con un equipo delegado de analistas de comunicación generan la información del evento y su difusión.

No.	Actividad	Cargo	Descripción																					
5	Identificar medio de comunicación	El/la Analista de Comunicación y el/la Diseñador (a) Gráfico (a)	<p>El/la Analista de Comunicación y el/la Diseñador (a) Gráfico (a) identifican el medio de comunicación por el cual se difundirá el producto comunicacional.</p> <p>Los medios de comunicación externa disponibles son:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">COMUNICACIÓN EXTERNA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">Eventos</td> <td>Inauguraciones</td> </tr> <tr> <td>Ruedas de Prensa</td> </tr> <tr> <td>Sesiones Solemnes</td> </tr> <tr> <td>Ferias</td> </tr> <tr> <td rowspan="6">Redes Sociales</td> <td>Facebook</td> </tr> <tr> <td>Twitter</td> </tr> <tr> <td>Instagram</td> </tr> <tr> <td>TikTok</td> </tr> <tr> <td>YouTube</td> </tr> <tr> <td>Portal Web</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Pautas en medios de comunicación</td> <td>Cuñas radiales</td> </tr> <tr> <td>Videos para canales de TV</td> </tr> <tr> <td>Entrevistas y espacios en noticieros para el Prefecto</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Otros medios</td> <td>Grupos de WhatsApp con periodistas y medios</td> </tr> <tr> <td>Correo electrónico</td> </tr> </tbody> </table> <p>Una vez, identificado el medio se procede con la elaboración de la propuesta comunicacional.</p>	COMUNICACIÓN EXTERNA		Eventos	Inauguraciones	Ruedas de Prensa	Sesiones Solemnes	Ferias	Redes Sociales	Facebook	Twitter	Instagram	TikTok	YouTube	Portal Web	Pautas en medios de comunicación	Cuñas radiales	Videos para canales de TV	Entrevistas y espacios en noticieros para el Prefecto	Otros medios	Grupos de WhatsApp con periodistas y medios	Correo electrónico
COMUNICACIÓN EXTERNA																								
Eventos	Inauguraciones																							
	Ruedas de Prensa																							
	Sesiones Solemnes																							
	Ferias																							
Redes Sociales	Facebook																							
	Twitter																							
	Instagram																							
	TikTok																							
	YouTube																							
	Portal Web																							
Pautas en medios de comunicación	Cuñas radiales																							
	Videos para canales de TV																							
	Entrevistas y espacios en noticieros para el Prefecto																							
Otros medios	Grupos de WhatsApp con periodistas y medios																							
	Correo electrónico																							
7	Revisar propuesta de producto comunicacional	El/la Analista de Comunicación y el/la Analista de la Dirección Requirente	El/la Analista de Comunicación y el/la Analista de la Dirección Requirente revisan la propuesta comunicacional cumple con los requisitos solicitados, en caso de novedades se procede con la corrección de propuesta comunicacional.																					

No.	Actividad	Cargo	Descripción
8	Enviar propuesta de producto comunicacional	El/La Analista de Comunicación	Una vez elaborada la propuesta de diseño el/La Analista de Comunicación envía por medio de correo electrónico la propuesta de producto comunicacional a el/La Director (a) de Comunicación.
9	Recibir, aprobar y enviar propuesta de producto comunicacional.	El/La Director (a) El/La Subdirector (a) de Comunicación	El/La Director (a) el/La Subdirector (a) de Comunicación recibe y envía por medio de correo electrónico la propuesta de diseño de producto comunicacional para su validación a El/La Director (a) El/La Subdirector (a) Prefecto.
10	Validar propuesta de producto comunicacional	El/La Director (a) El/La Subdirector (a) Prefecto	El/La Director (a) El/La Subdirector (a) Prefecto recibe la propuesta de producto comunicacional, revisa de acuerdo a lo solicitado y procede con la revisión. En el caso de no cumplir con lo solicitado se envía por correo electrónico las observaciones y se diseña nuevamente la propuesta de producto comunicacional. ¿Es correcto? Sí: Continúa actividad 11 No: Continúa actividad 6 CONTROL: Validación de la propuesta comunicación en base a lo solicitado. RESPONSABLE: El/La Director (a) requirente FRECUENCIA: Bajo demanda
11	Enviar validación del producto comunicacional	El/La Director (a) El/La Subdirector (a) Prefecto	El/La Director (a) El/La Subdirector (a) Prefecto envía por medio de correo electrónico a el/La Director (a) el/La Subdirector (a) de Comunicación la validación de propuesta comunicación para la publicación y difusión de producto comunicacional.
12	Recibir validación y autorizar a Analista la publicación del producto comunicacional	El/La Director (a) El/La Subdirector (a) de Comunicación	El/La Director (a) El/La Subdirector (a) de Comunicación recibe por medio correo electrónico/memorando la validación de propuesta comunicacional y autoriza a el/La analista de Comunicación la publicación y difusión de producto comunicacional.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
13	Publicar el producto comunicacional	El/la Analista de Comunicación	<p>El/la Analista por medio del correo institucional envía el producto comunicacional a todos los funcionarios del Gobierno Provincial de Manabí.</p> <p>En caso de ser carteleras el/la Analista es responsable de colocar los productos comunicales en todas las carteleras ubicadas en el Gobierno Provincial de Manabí.</p>
14	Archivar evidencias en repositorio	El/la Analista de Comunicación	<p>Una vez realiza la publicación y difusión del producto comunicacional el/la Analista de Comunicación archiva evidencias en carpeta de la Dirección de Comunicación.</p> <p>Se considera evidencia a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fotos - Videos - Capturas de pantalla - Correos electrónicos masivos enviados <p>Estas evidencias deben ser depositadas en el repositorio con fecha y nombre del producto comunicacional.</p>

7. INDICADORES DE GESTIÓN

N°	Indicador	Definición	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Responsable de Medición	Fuente de la Medición	Frecuencia de Medición
1	Eficacia en la gestión de requerimientos de producto comunicacional.	Este indicador permite medir la gestión de los requerimientos de productos comunicacionales ingresados por las unidades requirentes	$(\text{Requerimientos gestionados}) / (\text{Total de requerimientos recibidos})$	Porcentaje	Analista de Comunicación	Base de datos de requerimientos ingresados	Trimestral

8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS

8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Formato registro y	FOR-PRO-GEI-GCI-RPU-COE-001-001	Formato de requisitos para producto comunicacional (R1)	Delegado del Director de Comunicación Institucional	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Comunicación Institucional.	Permanente Conservación



PREFECTURA DE
MANABÍ
Desarrollo y Equidad

Procedimiento

Gestión de Comunicación Interna
PRO-GEI-GCI-RPU-COI-001

Dirección de Comunicación Institucional

Enero - 2023

Versión 1.0

CÓDIGO:		VERSIÓN	
PRO-GEI-GCI-RPU-COI-001		1.0	
<p>PROCEDIMIENTO: Gestión de Comunicación Interna</p>			
DESCRIPCIÓN	CARGO	FIRMA	FECHA
APROBADO POR	Econ, Grace Rivera Coordinadora General de Desarrollo Institucional		
	Ing. Felipe Centeno Director de Comunicación Institucional		
REVISADO POR	Ing. Iván González Director de Innovación y Mejora Continua		
	Lcda. Gabriela Obando Analista de Comunicación		
ELABORADO POR	Ing. Daniela Acurio Consultora		

IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

Proceso Nivel 0:	Gestión Estratégica de Desarrollo Institucional		
Proceso Nivel 1:	Gestión de Comunicación Institucional		
Proceso Nivel 2:	Gestión de Relaciones Públicas		
Proceso Nivel 3:	Gestión de Comunicación Interna		
Versión del documento:	1.0	Frecuencia de Ejecución:	Bajo Demanda
Responsable:	Director (a) de Comunicación Institucional		

REGISTRO DE VERSIONES

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de elaboración	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
1.0	Creación	<i>Daniela Acurio / Gabriela Obando / Grace Rivera</i>	Enero - 2023	N/A

CONTENIDO

1. OBJETIVO	¡Error! Marcador no definido.
2. ALCANCE.....	5
3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS.....	5
4. MARCO NORMATIVO	¡Error! Marcador no definido.
4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS.....	6
4.2. DOCUMENTOS INTERNOS.....	6
4.3. NORMAS GENERALES.....	6
5. DIAGRAMAS	7
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	7
5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO	8
5.3. DIAGRAMA DE FLUJO	9
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	10
7. INDICADORES DE GESTIÓN	14
8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS	15
8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	15

1. OBJETIVO

Incrementar la efectividad de la comunicación del Gobierno Provincial de Manabí, mediante la estandarización del proceso de comunicación Interna, para asegurar una correcta ejecución del proceso.

2. ALCANCE

Este procedimiento es aplicable al proceso de Comunicación Interna del Gobierno Provincial de Manabí, desde que se genera el requerimiento del producto comunicacional hasta la publicación y archivo del mismo.

3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

Actividad: Acciones que ejerce una persona o una empresa de manera cotidiana. De acuerdo a la complejidad de la actividad se puede desplegar en tareas.

Campaña: Es un conjunto de estrategias ideadas para difundir y anunciar un producto o servicio, está compuesta por varios productos comunicacionales (material impreso y audiovisual).

Cápsula informativa: es un objeto visual que ofrece información concisa y detallada, cuya función es difundir información actual.

Cartelera: Es un lugar donde se pueden dejar mensajes públicos

Diseñador gráfico: Es un profesional de la comunicación visual. Su misión va más allá de realizar bocetos, dibujos y diseños; ya que tiene como principal objetivo plasmar en imágenes los mensajes que se quieren transmitir.

Estrategias de comunicación: Conjunto de decisiones y acciones programadas para comunicar de una manera efectiva, en base a unos intereses concretos.

Eventos: Es todo acontecimiento previamente organizado que reúne a un determinado número de personas en tiempo y lugar preestablecidos

Fotos: Es el arte y la técnica de obtener imágenes duraderas debido a la acción de la luz. Es el proceso de proyectar imágenes, capturarlas y plasmarlas.

Información relevante: Es la información que se considera importante y que aporta a la construcción del insumo solicitado.

Medios de comunicación: Son canales e instrumentos para informar y comunicar a la sociedad actual acerca de hechos o acontecimientos que suceden.

Producto comunicacional: Se refiere a las campañas, tips, presentaciones, boletines de información de interés, material audiovisual y material impreso.

Programa de ilustradores: Es un editor gráfico, que permite la edición de fotos y/o videos,

Videos: Es la tecnología de grabación, procesamiento, almacenamiento, transmisión de imágenes y reconstrucción por medios electrónicos digitales o analógicos de una secuencia de imágenes que representan escenas en movimiento.

4. MARCO NORMATIVO

4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS

- Norma Técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios (Vigente).
- Guía Metodológica para la aplicación de la norma técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios (Vigente).
- Norma ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos (vigente)

4.2. DOCUMENTOS INTERNOS


- Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos (vigente).

4.3. NORMAS GENERALES

- Las normas de este documento son de aplicación obligatoria para todos los servidores del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, en tanto guarden conformidad con las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y resoluciones vigentes al momento de su ejecución.
- El servidor que incumpliere sus obligaciones o contraviniera las disposiciones de este documento, así como las leyes y normativa conexas, incurrirá en responsabilidad administrativa que será sancionada disciplinariamente, sin perjuicio de la acción civil o penal que pudiere originar el mismo hecho.
- Los Documentos de la Dirección de Comunicación podrán ser firmados de forma electrónica o manuscrita; en caso de firmar electrónicamente no será necesario colocar la fecha en el campo "FECHA", en las firmas del documento.
- Es atribución de la Dirección de Comunicación el establecer los lineamientos, parámetros y especificaciones técnicas para la elaboración de productos comunicacionales.

5. DIAGRAMAS

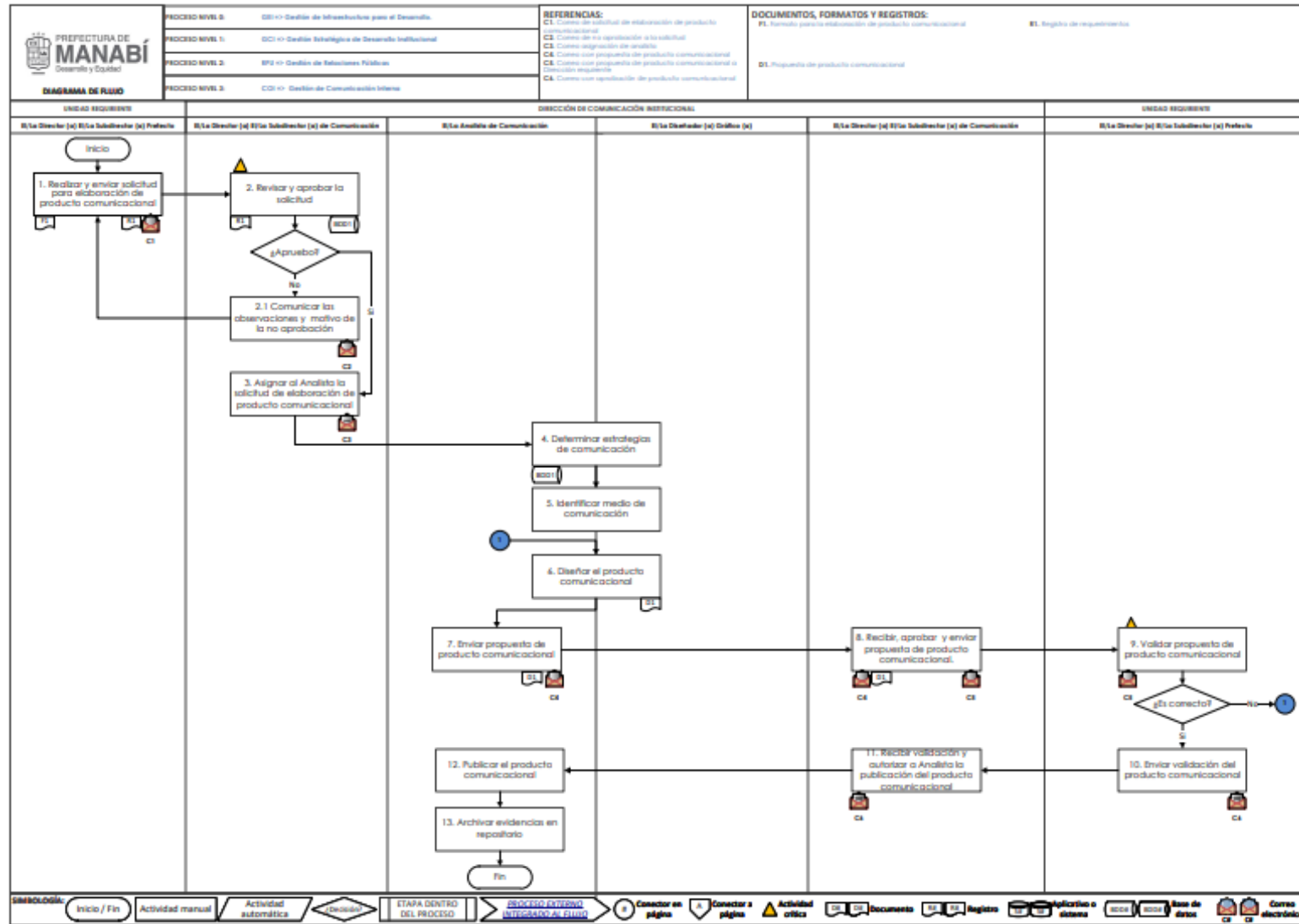
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

 1. NOMBRE DEL PROCESO: Gestión de Comunicación Interna		DIAGRAMA DE CARACTERIZACIÓN
CARACTERIZACIÓN		
3. OBJETIVO DEL PROCESO: Incrementar la efectividad de la comunicación del Gobierno Provincial de Manabí, mediante la estandarización del proceso de comunicación interna, para asegurar una correcta ejecución del proceso.		
RESPONSABLES DEL RESULTADO: El/La Director (a) de Comunicación Institucional.		
OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE CONTRIBUYE: Eje Institucional => Promover el desarrollo sustentable de su circunscripción territorial provincial, para garantizar la realización del buen vivir a través de la implementación de políticas públicas provinciales en el marco de sus competencias constitucionales y legales.		
12. CONTROLES:		
1. ACTIVIDAD: 2. Revisar y aprobar la solicitud RESPONSABLE: El/La Director (a) de Comunicación Institucional.		CONTROL: Validar información enviada en formato FOR-PRO-GEI-GCI-RPU-CDI-001-001.
2. ACTIVIDAD: 9. Validar propuesta de producto comunicacional RESPONSABLE: El/La Director (a) requeriente.		CONTROL: Validar la propuesta de producto comunicacional según lo solicitado.
9. DOCUMENTACIÓN INTERNA: - Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos (vigente).	8. DOCUMENTACIÓN EXTERNA: - Norma Técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios (Vigente). - Guía Metodológica para la aplicación de la norma técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios (Vigente). - Norma ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos (vigente)	10. REGISTROS: R1. Registro de requerimientos
7. PROVEEDORES: 1) Direcciones, Coordinaciones y Prefectura	6. ENTRADAS: 1) Requerimiento de producto comunicacional.	11. ACTIVIDADES: ACTIVIDAD INICIAL: 1. Realizar y enviar solicitud para elaboración de producto comunicacional ACTIVIDAD FINAL: 12. Publicar el producto comunicacional
		2. SALIDAS: 1) Comunicado Interno difundido. CARACTERÍSTICAS. Eficacia Dar cumplimiento con las solicitudes ingresadas de productos comunicacionales.
		4. USUARIOS: 1) Funcionarios del Gobierno Provincial de Manabí.
13. RECURSOS: SOFTWARE: - Utilitarios de Oficina HARDWARE: - Equipo de Cómputo INFRAESTRUCTURA: - Estaciones de trabajo RECURSOS HUMANOS: - Director de Comunicación Institucional - Analista de Comunicación - Diseñador gráfico	5. INDICADOR DE RESULTADO: 1. NOMBRE DEL INDICADOR: Eficacia en la gestión de requerimientos. FÓRMULA DE CÁLCULO: Requerimientos gestionados / Total de requerimientos recibidos.	14. RIESGOS: La Gestión de riesgos del SGC, está contemplado en el proceso de Gestión de Riesgo.

5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO



5.3. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

No.	Actividad	Cargo	Descripción
1	Realizar y enviar solicitud para elaboración de producto comunicacional	El/La Director (a) El/La Subdirector (a) Prefecto	Elaborar solicitud del producto comunicacional haciendo uso del formato de requisitos para producto comunicacional. (FOR-PRO-GEI-GCI-RPU-COI-001-001) Enviar por medio de correo electrónico/memorando a la Dirección de Comunicación Institucional.
2	Revisar y aprobar la solicitud	El/La Director (a) El/La Subdirector (a) de Comunicación	Revisar y aprobar la solicitud y el formato de requisitos para producto comunicacional (FOR-PRO-GEI-GCI-RPU-COI-001-001) ; si el contenido cumple con los requerimientos solicitados se aprueba, caso contrario se envía correo electrónico/memorando con observaciones a la Dirección requirente. ¿Apruebo? Sí: Continúa actividad 3 No: Regresa actividad 1 Para el caso de solicitudes de parte de la máxima autoridad de la Institución; El/La Asistente de la Dirección de Comunicación ejecuta el registro requerimiento en la base "Base de registro de solicitudes (BDD1)" en el Repositorio de documentación compartido que disponga la Dirección de Comunicación. CONTROL: Validación de la información detallada en el formato establecido. RESPONSABLE: Director de Comunicación FRECUENCIA: Bajo demanda
2.1	Comunicar las observaciones y motivo de no aprobación	El/La Director (a) El/La Subdirector (a) de Comunicación	Enviar correo electrónico/memorando a la Dirección requirente todas las observaciones y motivo de la no aprobación a la solicitud de producto comunicacional.

No.	Actividad	Cargo	Descripción									
3	Asignar al Analista la solicitud de elaboración de producto comunicacional	El/La Director (a) El/La Subdirector (a) de Comunicación	Una vez aprobada la solicitud, el/la Director (a) o el/la subdirector (a) debe asignar un analista el cual será el responsable de diseñar junto con el Diseñador Gráfico el producto comunicacional.									
4	Determinar estrategias de comunicación	El/la Analista de Comunicación y el/la Diseñador (a) Gráfico (a)	El/la Analista de Comunicación y el/la Diseñador (a) Gráfico (a) son responsables de determinar las estrategias de comunicación en base a los requerimientos para el producto comunicacional.									
5	Identificar medio de comunicación	El/la Analista de Comunicación y el/la Diseñador (a) Gráfico (a)	<p>El/la Analista de Comunicación y el/la Diseñador (a) Gráfico (a) identifican el medio de comunicación por el cual se difundirá el producto comunicacional.</p> <p>Los medios de comunicación interna disponibles son:</p> <table border="1" data-bbox="1182 869 1809 1189"> <thead> <tr> <th colspan="2">COMUNICACIÓN INTERNA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">Mailing</td> <td>Artes</td> </tr> <tr> <td>Videos</td> </tr> <tr> <td>Fotos</td> </tr> <tr> <td>Link de referencia</td> </tr> <tr> <td>Carteleras</td> <td>Artes impresos (noticias, infografías)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Una vez, identificado el medio se procede con la elaboración de la propuesta comunicacional.</p>	COMUNICACIÓN INTERNA		Mailing	Artes	Videos	Fotos	Link de referencia	Carteleras	Artes impresos (noticias, infografías)
COMUNICACIÓN INTERNA												
Mailing	Artes											
	Videos											
	Fotos											
	Link de referencia											
Carteleras	Artes impresos (noticias, infografías)											

No.	Actividad	Cargo	Descripción
6	Diseñar el producto comunicacional	El/la Analista de Comunicación y el/la Diseñador (a) Gráfico (a)	Con el uso de editores de fotografía/video el/la Analista de Comunicación y el/la Diseñador (a) Gráfico (a) elaboran el diseño de producto comunicacional basado en lo solicitado. Previo a aprobación de la propuesta de diseño de producto comunicacional, el/la Analista puede consultar con el/la Director (a) o responsable asignado de la Dirección requirente si la propuesta de diseño está dentro de los estándares solicitados o si es necesario realizar modificaciones.
7	Enviar propuesta de producto comunicacional	El/la Analista de Comunicación	Una vez elaborada la propuesta de diseño el/la Analista de Comunicación envía por medio de correo electrónico la propuesta de producto comunicacional a el/la Director (a) de Comunicación.
8	Recibir, aprobar y enviar propuesta de producto comunicacional.	El/La Director (a) El/La Subdirector (a) de Comunicación	El/la Director (a) el/la Subdirector (a) de Comunicación recibe y envía por medio de correo electrónico la propuesta de diseño de producto comunicacional para su validación a El/La Director (a) El/La Subdirector (a) Prefecto.
9	Validar propuesta de producto comunicacional	El/La Director (a) El/La Subdirector (a) Prefecto	El/La Director (a) El/La Subdirector (a) Prefecto recibe la propuesta de producto comunicacional, revisa de acuerdo a lo solicitado y procede con la revisión. En el caso de no cumplir con lo solicitado se envía por correo electrónico las observaciones y se diseña nuevamente la propuesta de producto comunicacional. ¿Es correcto? Sí: Continúa actividad 10 No: Continúa actividad 6 CONTROL: Validación de la propuesta comunicación en base a lo solicitado. RESPONSABLE: Director (a) requirente FRECUENCIA: Bajo demanda

No.	Actividad	Cargo	Descripción
10	Enviar validación del producto comunicacional	El/La Director (a) El/La Subdirector (a) Prefecto	El/La Director (a) El/La Subdirector (a) Prefecto envía por medio de correo electrónico a el/la Director (a) el/la Subdirector (a) de Comunicación la validación de propuesta comunicación para la publicación y difusión de producto comunicación.
11	Recibir validación y autorizar a Analista la publicación del producto comunicacional	El/La Director (a) El/La Subdirector (a) de Comunicación	El/La Director (a) El/La Subdirector (a) de Comunicación recibe por medio correo electrónico/memorando la validación de propuesta comunicacional y autoriza a el/la analista de Comunicación la publicación y difusión de producto comunicacional.
12	Publicar el producto comunicacional	El/La Analista de Comunicación	El/la Analista por medio del correo institucional envía el producto comunicacional a todos los funcionarios del Gobierno Provincial de Manabí. En caso de ser carteleras el/la Analista es responsable de colocar los productos comunicales en todas las carteleras ubicadas en el Gobierno Provincial de Manabí.
13	Archivar evidencias en repositorio	El/La Analista de Comunicación	Una vez realiza la publicación y difusión del producto comunicacional el/la Analista de Comunicación archiva evidencias en carpeta de la Dirección de Comunicación. Se considera evidencia a: - Fotos - Videos - Capturas de pantalla - Correos electrónicos masivos enviados Estas evidencias deben ser depositadas en el repositorio con fecha y nombre del producto comunicacional.

7. INDICADORES DE GESTIÓN

N°	Indicador	Definición	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Responsable de Medición	Fuente de la Medición	Frecuencia de Medición
1	Eficacia en la gestión de requerimientos de producto comunicacional.	Este indicador permite medir la gestión de los requerimientos de productos comunicacionales ingresados por las unidades requirentes	$(\text{Requerimientos gestionados}) / (\text{Total de requerimientos recibidos})$	Porcentaje	Analista de Comunicación Interna	Base de datos de requerimientos ingresados	Trimestral

8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS

8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Formato y registro	FOR-PRO-GEI-GCI-RPU-COI-001-001	Formato de requisitos para producto comunicacional (R1)	Delegado del Director de Comunicación Institucional	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Comunicación Institucional.	Permanente Conservación



PREFECTURA DE
MANABÍ
Desarrollo y Equidad

Procedimiento

Gestión del Cambio Organizacional
PRO-GEI-IMC-GCR-001

Dirección de Innovación y Mejora Continua

Enero - 2023

Versión 1.0

CÓDIGO: PRO-GEI-IMC-GCR-001		VERSIÓN 1.0	
<p>PROCEDIMIENTO:</p> <p>Gestión del Cambio Organizacional</p>			
DESCRIPCIÓN	CARGO	FIRMA	FECHA
APROBADO POR	Eco. Grace Rivera Coordinadora General de Desarrollo Institucional		
REVISADO POR	Ing. Iván González Director de Innovación y Mejora Continua		
ELABORADO POR	Ing. Mauricio Sarabia Consultor		
	Ing. Christian Rivera Analista de Innovación y Mejora Continua		

IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

Proceso Nivel 0:	Gestión Estratégica de Desarrollo Institucional		
Proceso Nivel 1:	Gestión de Innovación y Mejora Continua		
Proceso Nivel 2:	Gestión del cambio organizacional		
Proceso Nivel 3:	No aplica		
Versión del documento:	1.0	Frecuencia de Ejecución:	Bajo demanda
Responsable:	Director de Innovación y Mejora Continua		

REGISTRO DE VERSIONES

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de elaboración	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
1.0	Creación	<p><i>Realizado</i></p> <p>Ing. Christian Rivera Analista de Innovación y Mejora Continua</p> <p>/</p> <p>Eco. Grace Rivera Coordinadora General de Desarrollo Institucional</p> <p><i>Aprobado</i></p>	Enero - 2023	No aplica

CONTENIDO

1. OBJETIVO	5
2. ALCANCE	5
3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS	5
4. MARCO NORMATIVO	6
4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS	6
4.2. DOCUMENTOS INTERNOS	6
4.3. NORMAS GENERALES	6
5. DIAGRAMAS	9
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	9
5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO	10
5.3. DIAGRAMA DE FLUJO	11
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	13
7. INDICADORES DE GESTIÓN	21
8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS	22
8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	22

1. OBJETIVO

Diseñar, ejecutar e implementar el plan de Gestión del Cambio Organizacional, atender los requerimientos de las unidades administrativas sobre gestión del cambio de cultura; analizar y tomar acciones sobre los resultados de clima y cultura organizacional de la Prefectura de Manabí.

2. ALCANCE

Desde el diseño, elaboración, ejecución, implementación, seguimiento y evaluación del Plan de Gestión del Cambio Organizacional, medición de clima y cultura, establecimiento de directrices o estrategias, análisis de peticiones y ejecución de acciones orientadas a generar el cambio de cultura organizacional.

3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

Ambiente de trabajo: Es el conjunto de condiciones que contribuyen a la satisfacción y productividad de una persona en su lugar de trabajo.

Área de mejora: es un conjunto de aspectos de la institución, organización o empresa y de sus interrelaciones que no funciona o funciona de manera poco efectiva; es decir, no es eficaz y/o no es eficiente.

Cambio organizacional: es aquella estrategia que hace referencia a la necesidad de un cambio. Esta necesidad se basa en la visión de la organización para que haya un mejor desempeño administrativo, técnico y de evaluación de mejoras.

Cultura organizacional: Se define como el conjunto de valores, creencias y comportamientos comunes en la institución, organización o empresa; o específicos de un subgrupo en particular.

Clima laboral: Es la percepción que tiene los servidores hacia su ambiente de trabajo y que afecta directa o indirectamente a su desempeño.

Comportamiento: son los conocimientos acerca de la forma en que las personas se comportan individual y grupalmente en la institución, organización o empresa.

Desempeño: es el rendimiento laboral y la actuación que manifiesta una persona al efectuar las funciones y tareas principales que exige su cargo en el contexto laboral específico de actuación, lo cual permite demostrar su idoneidad.

Estrategia: es un conjunto de acciones que se llevan a cabo para lograr un determinado fin (objetivo, meta, resultado, entre otros).

Plan de Gestión del Cambio Organizacional: Documento en el que se establecen las acciones de cambio organizacional que se llevarán a cabo en toda la institución, organización o empresa con el objetivo de alcanzar la satisfacción del usuario interno.

SGC: Sistema de Gestión de la Calidad.

Unidad Administrativa: Entiéndase como unidad administrativa a todas las Coordinaciones Generales, Direcciones y otras unidades que forman parte de la estructura orgánica de la institución.

4. MARCO NORMATIVO

4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS

- Ley Orgánica de Servicio Público (Vigente)
- Reglamento a la Ley Orgánica de Servicio Público (Vigente)
- Norma Técnica para medición de clima laboral y cultura organizacional del servicio público (Vigente)
- Norma Técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios (Vigente).
- Guía Metodológica para la aplicación de la norma técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios (Vigente).
- Norma ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos (vigente)

4.2. DOCUMENTOS INTERNOS

- Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos (vigente).

4.3. NORMAS GENERALES

- Las normas de este documento son de aplicación obligatoria para todos los servidores del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, en tanto guarden conformidad con las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y resoluciones vigentes al momento de su ejecución.
- El servidor que incumpliere sus obligaciones o contraviniera las disposiciones de este documento, así como las leyes y normativa conexas, incurrirá en responsabilidad administrativa de acuerdo a las disposiciones reglamentarias institucionales.
- Todo proceso o subproceso, deberá incorporar el concepto de mejora continua en su diagramación y generación de documentos, procurando la simplificación de trámites y tareas, eliminar duplicidad de tareas, y optimizando la transaccionalidad.
- Se define a la Cultura Organizativa como el conjunto de valores, creencias y comportamientos comunes en la organización o específicos de un subgrupo en particular. Se han determinado los siguientes elementos que la componen:

1. Artefactos Visibles: ambiente físico de la institución.
 2. Valores: aquellos que dirigen el comportamiento de la organización.
 3. Supuestos inconscientes: revelan cómo un grupo percibe, piensa, siente y actúa.
- La medición de Clima Laboral y Cultura Organizacional se ejecutará de acuerdo a la metodología homologada a nivel gubernamental o caso contrario lo definido por la Dirección de Innovación y Mejora Continua, en función de la necesidad institucional.
 - Se define al Clima Laboral como la percepción que tienen los servidores sobre su ambiente de trabajo y los factores que afectan directa o indirectamente su desempeño en la institución.
 - La Dirección de Innovación y Mejora Continua, es la responsable de realizar el análisis de las necesidades de las unidades administrativas, que requieren la generación de acciones de cambio y cultura organizativa, previo a llevarse a cabo una estrategia orientada al cambio organizacional.
 - Las unidades requirentes son las encargadas de proveer toda la información necesaria para llevar a cabo las estrategias o actividades orientadas a generar un cambio institucional.


DE LA MEDICIÓN DE CLIMA LABORAL

- La medición de clima laboral se realizará una vez al año y para la misma se aplicará la metodología homologada a nivel gubernamental por el organismo competente.
- La Dirección de Talento Humano, es la responsable de proveer la base de datos del personal de la Prefectura, que se utilizará como insumo previo a la medición de clima laboral;
- Los planes de acción requeridos para la mejora del clima laboral institucional serán levantados por los Analistas de Innovación y Mejora Continua en coordinación con los servidores de las diferentes unidades administrativas, a fin de garantizar el involucramiento del personal.
- Los Coordinadores Generales y Directores, deberán designar un delegado de cada unidad administrativa quien será responsable del despliegue de acciones derivadas de la medición de clima laboral y de proporcionar la evidencia de ejecución de las mismas.
- Para las campañas internas referentes a clima laboral y gestión de cambio y cultura organizacional, la Dirección de Innovación y Mejora Continua ejecutará la difusión, a través de su mail innovación@manabi.gob.ec; previo a la ejecución de la misma, se deberá poner en conocimiento a la Dirección de Comunicación Institucional sobre estas actividades.

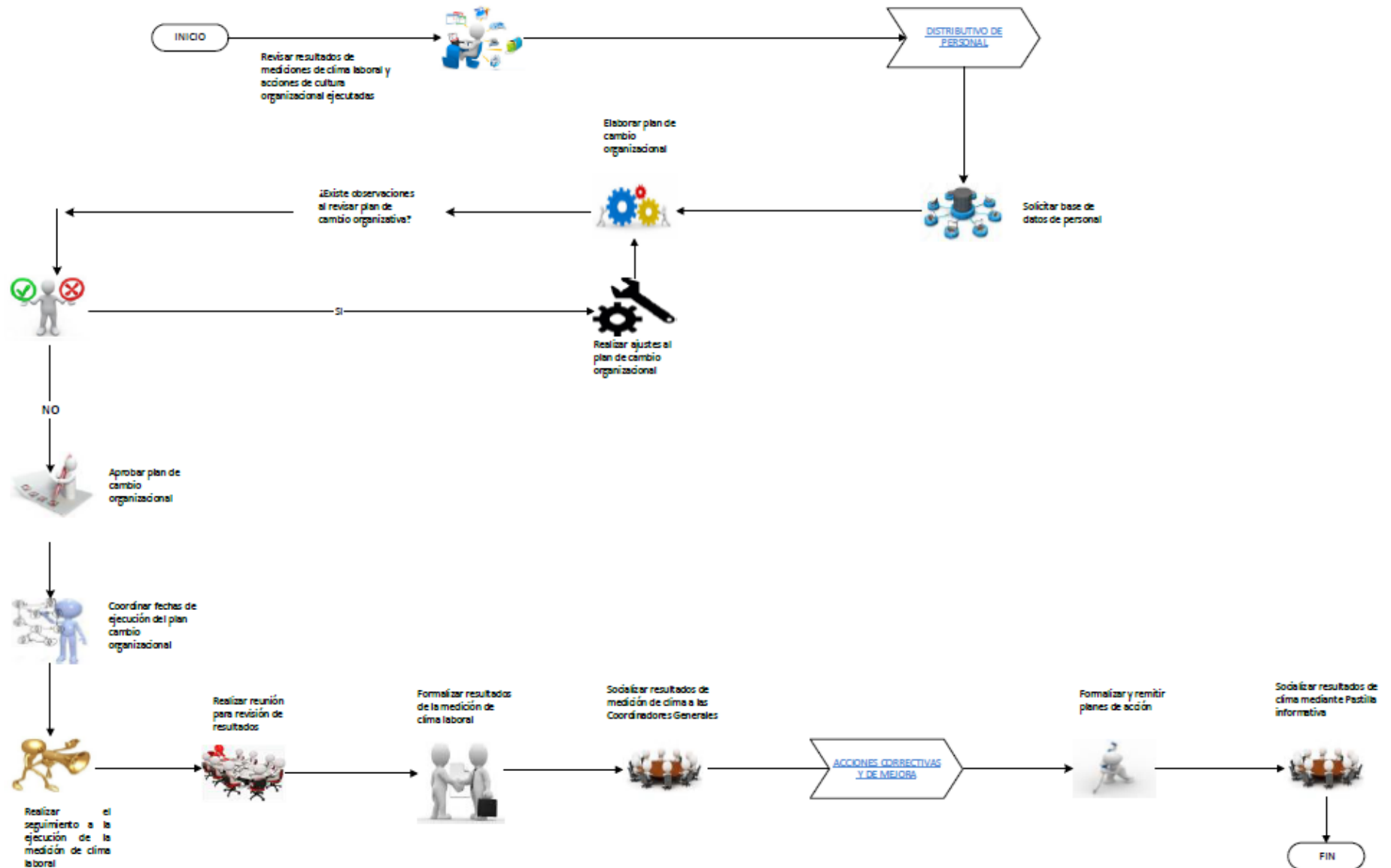
- Para las campañas y pastillas informativas gestionadas por la Dirección de Innovación y Mejora Continua sobre temas referentes al clima laboral y gestión de cambio organizacional, estas deberán cumplir con los parámetros establecidos por la Dirección de Comunicación Institucional, previa su difusión.
- Todos los aspectos que no se encuentren normados de forma expresa en este procedimiento deben ser complementados o suplidos por las disposiciones del marco normativo vigente.

5. DIAGRAMAS

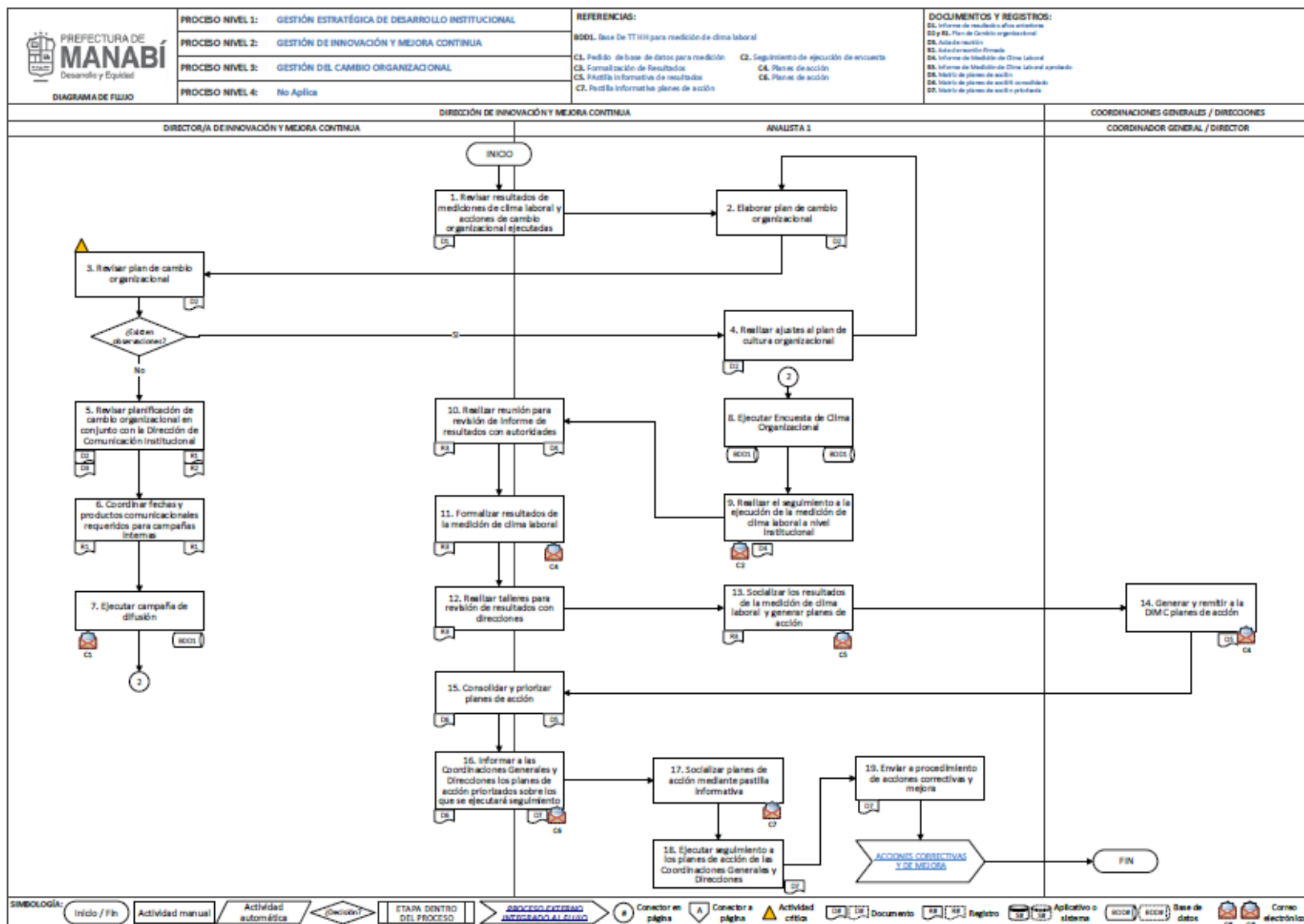
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

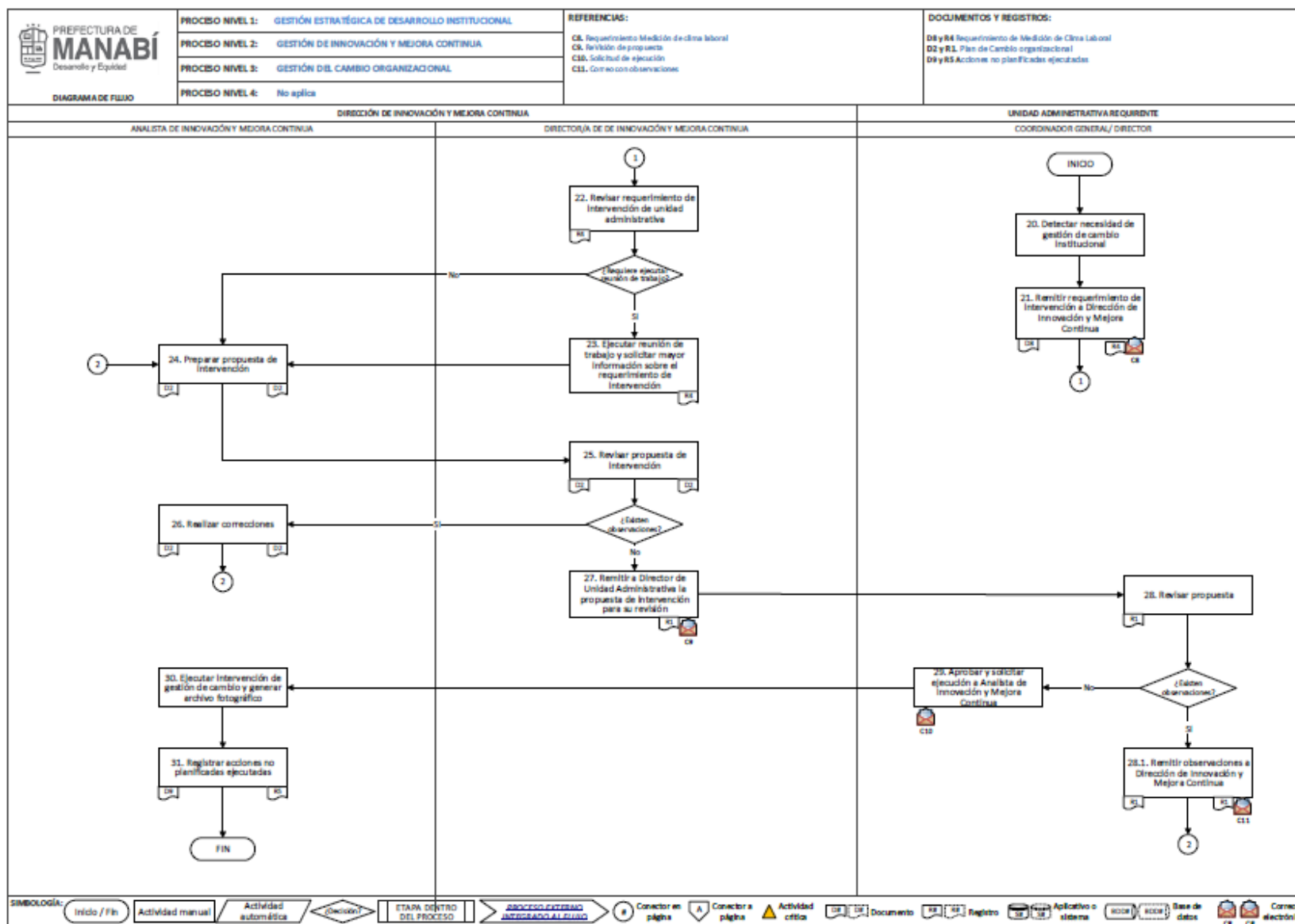
 1. NOMBRE DEL PROCESO: GESTIÓN DE CAMBIO DE CULTURA ORGANIZATIVA		DIAGRAMA DE CARACTERIZACIÓN
CARACTERIZACIÓN		
3. OBJETIVO DEL PROCESO: Diseñar, ejecutar e implementar el plan de gestión de cambio de cultura organizativa, atender los requerimientos de las unidades administrativas sobre gestión del cambio de cultura; analizar y tomar acciones sobre los resultados de clima y cultura organizacional. RESPONSABLES DEL RESULTADO: Director/a de Innovación y Mejora Continua OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE CONTRIBUYE:		
12. CONTROLES: 1. ACTIVIDAD: 3. Revisar Plan de Cultura Organizacional CONTROL: Revisión y correcciones al documento RESPONSABLE: Director/a de Innovación y Mejora Continua FRECUENCIA: Anual		
9. DOCUMENTACIÓN INTERNA: APLICABLES AL PROCESO Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos (vigente).	8. DOCUMENTACIÓN EXTERNA: <ul style="list-style-type: none"> Ley Orgánica de Servicio Público (Vigente) Reglamento a la Ley Orgánica de Servicio Público (Vigente) Norma Técnica para medición de clima laboral y cultura organizacional del servicio público (Vigente) Norma Técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios (Vigente). Guía Metodológica para la aplicación de la norma técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios (Vigente). Norma ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos (vigente) 	10. REGISTROS: - Descriptos en el diagrama de flujo.
7. PROVEEDORES: 1. Unidades administrativas del GPM 2. Dirección de Innovación y Mejora Continua	6. ENTRADAS: 1. Requerimiento de acciones de cambio de cultura organizativa (dinámicas, talleres, focus group, etc.) 2. Requerimiento anual de medición de clima organizacional 2. Resultados medición de clima y cultura de periodo anterior	11. ACTIVIDADES: ACTIVIDAD INICIAL: 1. Revisar resultados de mediciones de clima y acciones de cultura organizacional ejecutadas. 20. Detectar necesidad de gestión de cambio institucional ACTIVIDAD FINAL: 19. Enviar a procedimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora 31. Registrar acciones no planificadas ejecutadas
		2. SALIDAS: 1. Acciones para la gestión de cambio y cultura organizacional ejecutadas 2. Clima laboral del GPM medido 3. Plan de cambio y cultura organizativa implementado CARACTERÍSTICA Eficacia: Cumplimiento de Resultados planificados
		4. USUARIOS: - Servidores del GPM - Acciones Correctivas y de Mejora
13. RECURSOS: SOFTWARE: - Utilitarios de Office - Google Forms HARDWARE: - Equipo de cómputo INFRAESTRUCTURA: - Estaciones de trabajo RECURSOS HUMANOS: - Director/a de Innovación y Mejora Continua - Analista de Innovación y Mejora Continua - Servidores del GPM	5. INDICADOR DE RESULTADO: 5.1 NOMBRE DEL INDICADOR: Nivel de satisfacción al usuario interno FORMULA DE CALCULO: $\frac{\text{Porcentaje de Satisfacción} - \text{Porcentaje de Insatisfacción}}$ 5.2 NOMBRE DEL INDICADOR: Número de oportunidades de mejora derivadas de la medición de satisfacción interna FORMULA DE CALCULO: $\left(\frac{\text{Acciones implementadas}}{\text{Total de acciones planificadas}} \right) \times 100\%$	14. RIESGOS: - Descriptos en el procedimiento "Gestión de Riesgo Institucional"

5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO



5.3. DIAGRAMA DE FLUJO





6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

#	ACTIVIDAD	CARGO	DESCRIPCION
1	Revisar resultados de mediciones de clima laboral y acciones de cambio organizacional ejecutadas	Director/a de Innovación y Mejora Continua	El Director/a de Innovación y Mejora Continua, conjuntamente con los Analistas de Innovación y Mejora Continua analizarán los resultados obtenidos en la última medición de clima laboral y cuáles fueron los resultados de las acciones ejecutadas con el objetivo de determinar las áreas de mejora que deben ser trabajadas a nivel institucional; así como la determinación de nuevas acciones para la definición de nuevo plan.
2	Elaborar plan de cultura organizacional	Analista de Innovación y Mejora Continua	Conforme al análisis de resultados de mediciones de clima y la identificación de áreas de mejora y estrategias de cambio, los Analistas de Innovación y Mejora Continua, proceden con la elaboración del plan de cultura organizacional y del cronograma de ejecución del mismo. El plan se elaborará en una hoja de cálculo que no corresponderá a ningún formato en particular.
3	Revisar plan de cultura organizacional	Director/a de Innovación y Mejora Continua	El Director/a de Innovación y Mejora Continua efectúa la revisión y establece las observaciones necesarias al plan de cambio organizacional. CONTROL: Revisión y correcciones al documento. RESPONSABLE: Director/a de Innovación y Mejora Continua FRECUENCIA: Anual

4	Realizar ajustes al plan cultura organizacional	Analista de Innovación y Mejora Continua	En el caso de existir observaciones por parte del Director/a de Innovación y Mejora Continua, los Analista de Innovación y Mejora Continua, realizarán las correcciones necesarias; luego de esta actividad el Director/a de Innovación y Mejora Continua realizará una nueva revisión.
5	Revisar planificación Cambio Organizacional en conjunto con la Dirección de Comunicación Institucional	Director/a de Innovación y Mejora Continua	El Plan de Cambio Organizacional revisado en la Dirección de innovación y Mejora Continua (DIMC), deberá ser revisado a través de talleres o reuniones de trabajo con el titular de la Dirección de Comunicación Institucional, de tal forma que las acciones registradas en el mismo se encuentren en concordancia con las acciones registradas en el Plan de Comunicación institucional, evitando así la duplicidad de trabajo. Como evidencia de esta reunión se deberá firmar un acta de reunión.
6	Coordinar fechas y productos comunicacionales requeridos para campañas internas	Director/a de Innovación y Mejora Continua	Establecer acuerdos para la generación de productos comunicacionales que serán de apoyo para las actividades establecidas en el Plan de Cambio Organizacional, de acuerdo al cronograma de la Dirección de innovación y Mejora Continua (DIMC) y de ser el caso ser tomadas en cuenta en el presupuesto institucional.
7	Ejecutar campaña de difusión	Director/a de Innovación y Mejora Continua	La Dirección de Innovación y Mejora Continua, deberá realizar la ejecución de la campaña de difusión, previa a la medición de clima laboral, para lo cual de ser necesario, deberá realizar videoconferencias con representantes de las diferentes unidades administrativas, enviar pastillas comunicacionales, colocación de afiches, etc.
8	Ejecutar Encuesta de Clima Laboral	Analista de Innovación y Mejora Continua	<p>La Dirección de Innovación y Mejora Continua, realizará la medición de clima laboral, aplicando la metodología y la plataforma tecnológica establecida en la metodología definida. Esta actividad se realizará a través de oficio despachado por Prefectura.</p> <p>La Dirección de innovación y Mejora Continua (DIMC), a través de sus</p>

			<p>Analista de Innovación y Mejora Continua, ejecutarán las acciones señaladas en el Plan de Cambio Organizacional, en los tiempos señalados cumpliendo con lo establecido como objetivos del mismo.</p> <p>El Analista de Innovación y Mejora Continua, solicitará la base de datos de personal a la Dirección de Talento Humano, Esta actividad se realizará a través del envío de un correo electrónico (Zimbra).</p>
9	Realizar el seguimiento a la ejecución de la medición de clima laboral a nivel institucional	Analista de Innovación y Mejora Continua	<p>El Analista de Innovación y Mejora Continua a cargo de la medición de clima laboral, llevará a cabo el seguimiento de la medición de clima a nivel institucional a través de correo electrónico (zimbra), con el objetivo de asegurar la mayor participación de los servidores, funcionarios y/o trabajadores del GPM.</p> <p>El Analista de Innovación y Mejora Continua, preparará el informe con los resultados obtenidos</p>
10	Realizar reunión para revisión de informe de resultados con autoridades	Director/a de Innovación y Mejora Continua	<p>La Dirección de Innovación y Mejora Continua, coordinará la realización de una reunión con las principales autoridades del GPM, con el objetivo de revisar los resultados obtenidos descritos en el Informe de Medición de Clima.</p> <p>Como evidencia de esta reunión se deberá firmar un acta de reunión.</p>
11	Formalizar resultados de la medición de clima laboral	Director/a de Innovación y Mejora Continua	<p>Una vez revisado el informe de la medición de clima laboral con las principales autoridades del GPM, el Director/a de Innovación y Mejora Continua, deberá notificar de manera formal los resultados obtenidos en el GPM a todas las autoridades a nivel institucional. Actividad que se llevará a cabo a través de un memorando.</p>
12	Realizar talleres para revisión	Director/a de Innovación y Mejora Continua	<p>La Dirección de Innovación y Mejora Continua, llevará a cabo uno o varios talleres (presenciales o videoconferencias) con el objetivo de dar a</p>

	de resultados Zonales	Continua	conocer a los coordinadores generales, direcciones y/o equipos de trabajo los resultados obtenidos en la institución.
13	Socializar los resultados de la medición de clima laboral y generar planes de acción	Analista de Innovación y Mejora Continua	<p>La Dirección de Innovación y Mejora Continua, socializará los resultados obtenidos por la institución, realizará una pastilla informativa, para lo cual deberá tomar en cuenta lo establecido en las normas generales, dicha pastilla tiene el objetivo de dar a conocer a todo el personal los resultados obtenidos por la institución en la medición de clima laboral, adicionalmente se dispondrán los resultados en la intranet institucional para el acceso de los servidores.</p> <p>La pastilla informativa deberá ser enviada por correo electrónico (zimbra).</p> <p>Para el levantamiento de planes de acción se deberá usar la metodología establecida en el Procedimiento de Acciones Correctivas una vez establecidos estos planes de acción deberán ser registrados en la matriz de planes de acción Como evidencia de esta reunión se deberá firmar un acta de reunión.</p>
14	Generar y remitir a la DIMC planes de acción	Coordinador General / Director	La Dirección de Innovación y Mejora Continua emitirá las directrices necesarias para que las Coordinaciones Generales o Direcciones, formalice el levantamiento de planes de acción de mejora, para lo cual se deberá usar la metodología establecida en el Procedimiento de Acciones Correctivas; una vez establecidos los planes de acción deberán remitirlo a la DIMC mediante memorando.
15	Consolidar y priorizar planes de acción	Director/a de Innovación y Mejora Continua	La Dirección de Gestión del Cambio de Organizacional Organizativa, realizará la consolidación y priorización de los planes a nivel institucional, utilizando como insumo las matrices de planes de acción de las coordinaciones generales y/o direcciones institucionales, una vez consolidados y priorizados, estos deberán ser colocados en la Matriz de

			Planes de Acción Priorizada; los planes priorizados deberán ser ejecutados por toda el GPM de manera transversal, sin que esto afecte a la ejecución de planes de acción específicos para cada coordinación o dirección de acuerdo a sus necesidades.
16	Informar a las Coordinaciones Generales los planes de acción priorizados sobre los que se ejecutará seguimiento	Director/a de Innovación y Mejora Continua	<p>La Dirección de Innovación y Mejora Continua, deberá informar a las Coordinaciones Generales, Direcciones y demás autoridades institucionales, el inicio de la ejecución de los planes de acciones y demás directrices que faciliten la ejecución del mismo y la realización del seguimiento respectivo. Esta actividad se llevará a cabo mediante memorando institucional despachado por la DIMC.</p> <p>Para todas las acciones derivadas de los planes de acción se deberá establecer evidencias de cumplimiento de los mismos.</p>
17	Socializar planes de acción a nivel institucional mediante pastilla informativa	Analista de Innovación y Mejora Continua	La Dirección de Innovación y Mejora Continua, realizará una pastilla informativa, para lo cual deberá tomar en cuenta lo establecido en las normas generales literal j); dicha pastilla tiene el objetivo de dar a conocer a todo el personal los principales planes de acción a ejecutarse a nivel institucional. La pastilla informativa deberá ser enviada por correo electrónico (zimbra).
18	Ejecutar seguimiento a los planes de acción de las Coordinaciones Generales y Direcciones	Analista de Innovación y Mejora Continua	<p>El Analista de Innovación y Mejora Continua, realizarán el seguimiento mensual a la ejecución de los planes de acción, para lo cual deberán solicitar el registro de los avances en la matriz de Planes de Acción que forma parte de la metodología de medición aplicada y las evidencias que avalen el cumplimiento.</p> <p>Este seguimiento lo harán a los Analistas y/o delegados de las</p>

			Coordinaciones Generales y Direcciones Institucionales.
19	Enviar a procedimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora	Analista de Innovación y Mejora Continua	Enviar al Procedimiento de Gestión de acciones correctivas y de mejora para formalización, ejecución y seguimiento de las acciones para la mejora del clima laboral.
20	Detectar necesidad de gestión de cambio institucional	Coordinador General / Director	Las diferentes unidades (coordinaciones generales o direcciones institucionales), en caso de detectar necesidades de cambio institucional, por la definición de nuevas políticas, lineamientos o directrices; cambios comportamentales, implementación de nuevos proyectos; que requieran generar un cambio organizacional en los servidores, remitirán sus necesidades a la Dirección de Innovación y Mejora Continua, para que sean analizadas.
21	Remitir requerimiento de intervención a Dirección de Innovación y Mejora Continua	Coordinador General / Director	El Coordinador General y/o Director/a de la Unidad Administrativa requirente, deberá remitir a la Dirección de Innovación y Mejora Continua el requerimiento de intervención, para lo cual deberá utilizar el documento Requerimiento para la ejecución de acciones de gestión del cambio FOR-PRO-GEI-IMC-GCR-001-001 (R1) . Esta actividad se llevará a cabo a través de correo electrónico (Zimbra).
22	Revisar requerimiento de intervención de unidad administrativa	Director/a de Innovación y Mejora Continua	La Dirección de Innovación y Mejora Continua, llevará a cabo una revisión del requerimiento de la unidad administrativa, de tal forma que se pueda identificar si su necesidad requiere de intervención, además de identificar los recursos necesarios, el tiempo de ejecución y verificar si dicha necesidad puede ser atendida con las acciones que se encuentran incluidas en el plan Organizacional organizativa.
23	Ejecutar reunión de trabajo y solicitar mayor información sobre el requerimiento de	Director/a de Innovación y Mejora Continua	Una vez revisada la necesidad, la Dirección de Innovación y Mejora Continua, llevará a cabo una reunión con la unidad administrativa requirente, con el objetivo de solicitar mayor información al respecto de la

	intervención	Continua	necesidad de cambio, además de acordar la estrategia a utilizarse y establecer el cronograma preliminar de acción, considerando las acciones que ya tenga planificadas la Dirección de Innovación y Mejora Continua.
24	Preparar propuesta de intervención	Analista de Innovación y Mejora Continua	Los Analistas de Innovación y Mejora Continua, elaborarán la propuesta de intervención, basados en la información proporcionada por la unidad requirente, para lo cual definirán el objetivo de la acción a ejecutarse, tipo de intervención, tiempo, etc. Esta actividad requerirá de investigación de acciones similares en páginas web, compra de materiales en el caso de la realización de dinámicas de cambio y Organizacional o preparación de material específico. Nota: Los materiales que faciliten la ejecución de las dinámicas propuestas, serán proporcionados por las unidades administrativas requirentes.
25	Revisar propuesta de intervención	Director/a de Innovación y Mejora Continua	El Director/a de Innovación y Mejora Continua, realizará una revisión y establecerá las observaciones necesarias a la propuesta a ser enviada a la unidad requirente; actividad que se realiza a través de correo electrónico (Zimbra).
26	Realizar correcciones	Analista de Innovación y Mejora Continua	En el caso de existir observaciones por parte de Director/a de Innovación y Mejora Continua, los Analista de Innovación y Mejora Continua, realizarán las correcciones necesarias; luego de esta actividad el Director/a de Innovación y Mejora Continua realizará una nueva revisión y realizará el envío de la propuesta a la unidad requirente.
27	Remitir a Director de Unidad Administrativa la propuesta de intervención para su	Director/a de Innovación y Mejora Continua	El Director/a remitirá al Director/a de la unidad requirente la propuesta elaborada por la DIMC, para su respectiva revisión. Esta actividad se

	revisión	Continua	llevará a cabo a través de correo electrónico (Zimbra).
28	Revisar propuesta	Coordinador General / Director	El Coordinador General / Director de la unidad requirente, realizará una revisión y establece las observaciones necesarias a la propuesta recibida, y enviará las observaciones a la DIMC; actividad que se realiza a través de un correo electrónico (Zimbra).
28.1	Remitir observaciones a Dirección de Innovación y Mejora Continua	Coordinador General / Director	El Coordinador General / Director de la unidad requirente, remitirá a la DIMC las observaciones a la propuesta recibida, de tal forma que los Analista de Innovación y Mejora Continua realicen los ajustes necesarios a la propuesta.
29	Aprobar y solicitar ejecución a Analista de Innovación y Mejora Continua	Director/a de Innovación y Mejora Continua	Una vez realizados los cambios solicitados a la propuesta, el Director/a de la unidad requirente aprobará y solicitará la intervención de cambio organizacional al Director/a de la DIMC y/o al Analista de DIMC, actividad que se realizará mediante correo electrónico (Zimbra).
30	Ejecutar intervención de gestión de cambio y generar archivo fotográfico	Analistas de Innovación y Mejora Continua	Los Analistas de Innovación y Mejora Continua, deberán ejecutar la intervención programada de acuerdo al requerimiento en el lugar y hora señalada para el efecto. Adicionalmente se deberá generar un registro fotográfico de la ejecución de la misma, en el caso de que por algún motivo este registro no pueda ser ejecutado se deberá establecer otro tipo de evidencia de la ejecución.
32	Registrar acciones no planificadas ejecutadas	Analistas de Innovación y Mejora Continua	Los Analistas de Innovación y Mejora Continua deberán registrar estas intervenciones en el Formato de acciones no planificadas ejecutadas FOR-PRO-GEI-IMC-GCR-001-002 (R2) , de tal forma que estas puedan ser reportadas como parte de los productos entregados de la DIMC.

7. INDICADORES DE GESTIÓN

N°	Indicador	Definición	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Responsable de Medición	Fuente de la Medición	Frecuencia de Medición
1	Nivel de Satisfacción al Usuario Interno	Nivel de Satisfacción al Usuario Interno	$\frac{\text{Porcentaje de Satisfacción} - \text{Porcentaje de Insatisfacción}}{\text{Total de acciones planificadas}} \times 100\%$	Porcentaje	Analista de Mejora Continua e Innovación	Matriz de Clima Laboral	Anual
2	Porcentaje de oportunidades de mejora derivadas de la medición de satisfacción interna	Porcentaje de oportunidades de mejora derivadas de la medición de satisfacción interna	$\frac{\text{Acciones implementadas}}{\text{Total de acciones planificadas}} \times 100\%$	Porcentaje	Analista de Mejora Continua e Innovación	Matriz de Clima Laboral	Anual

8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS

8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Formato y Registro	FOR-PRO-GEI-IMC-GCR-001-001	Requerimiento para la ejecución de acciones de gestión del cambio	Delegado del Director de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico: 1 año Conservación borrar los archivos digitales después de cumplidos el 1 año
Formato y Registro	FOR-PRO-GEI-IMC-GCR-001-002	Formato de acciones no planificadas ejecutadas	Delegado del Director de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico: 1 año Conservación borrar los archivos digitales después de cumplidos el 1 año
Registro	No aplica	Plan de Cambio Organizacional	Delegado del Director de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de Gestión de la DIMC	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico y Físico: 1 año Conservación: Físico 2 años; Electrónico borrar los archivos

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
							digitales después de cumplidos el 1 año
Registro	No aplica	Acta de reunión	Delegado del Director de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de Gestión de la DIMC	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico y Físico: 1 año Conservación: Físico 2 años; Electrónico borrar los archivos digitales después de cumplidos el 1 año
Registro	No aplica	Informe de Medición de Clima.	Delegado del Director de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico: Carpeta compartida Físico: Archivo de Gestión de la DIMC	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico y Físico: 1 año Conservación: Físico 2 años; Electrónico borrar los archivos digitales después de cumplidos el 1 año



PREFECTURA DE
MANABÍ
Desarrollo y Equidad

Procedimiento

**Protección Integral a Grupos de
Atención Prioritaria de la Provincia**
PRO-GEA-GDS-GBS-PGR-001

Dirección de Desarrollo Social

Enero - 2023

Versión 1.0

CÓDIGO: PRO-GEA-GDS-GBS-PGR-001		VERSIÓN 1.0
<p>PROCEDIMIENTO: Protección Integral a Grupos de Atención Prioritaria de la Provincia</p>		
DESCRIPCIÓN	CARGO	FIRMA
APROBADO POR	Eco. Yael Seni Coordinador General de Desarrollo Social, Económico y Ambiental	
REVISADO POR	Ing. Silvio Larrea Viteri Director de Desarrollo Social	
	Ing. Iván González Director de Innovación y Mejora Continua	
	Psic. Isabella Benincasa Subdirectora de Desarrollo Social	
ELABORADO POR	Ing. Ronnie Cedeño Analista de Innovación y Mejora Continua	
	Dr. Gabriel Cedeño Analista de Desarrollo Social	
	Lic. Miguel Daza Analista de Desarrollo Social	

IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

Proceso Nivel 0:	Gestión de Desarrollo Social, Económico y Ambiental.		
Proceso Nivel 1:	Gestión de Desarrollo Social.		
Proceso Nivel 2:	Gestión de Bienestar Social.		
Proceso Nivel 3:	Protección integral a grupos de atención prioritaria de la provincia.		
Versión del documento:	1.0	Frecuencia de Ejecución:	Bajo Demanda
Responsable:	Dirección de Desarrollo Social		

REGISTRO DE VERSIONES

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de elaboración	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
1.0	Creación	<p>Ing. Andrés Chumanía Consultor</p> <p>Ing. Ronnie Cedeño Analista de Innovación y Mejora Continua</p> <p>/</p> <p>Eco. Yael Seni Coordinador General de Desarrollo Social, Económico y Ambiental</p>	28-03-2022	No aplica.

CONTENIDO

1. OBJETIVO	5
2. ALCANCE	5
3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS	5
4. MARCO NORMATIVO	6
4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS	6
4.2. DOCUMENTOS INTERNOS	6
4.3. NORMAS GENERALES	6
5. DIAGRAMAS	8
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	8
5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO	9
5.3. DIAGRAMA DE FLUJO	10
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	12
7. INDICADORES DE GESTIÓN	22
8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS	23
8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	23

1. OBJETIVO

Definir actividades y lineamientos que permitan gestionar de manera eficiente la atención de los requerimientos ciudadanos o convenios, para la protección integral a grupos prioritarios de la provincia.

2. ALCANCE

Desde la recepción del documento solicitante, hasta la ejecución de los distintos proyectos de ayuda y protección integral a grupos prioritarios de la provincia.

3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

Actividad: El menor objeto de trabajo identificado en un proyecto. Dependiendo de la complejidad de la actividad, se puede desglosar en tareas.

BPMN: Modelo y Notación de procesos de negocio "BPMN, por sus siglas en inglés, Business Process Model and Notation", para el modelado de procesos de negocio en un formato de flujo de trabajo, en el marco de la metodología BPM.

Es una metodología corporativa y disciplina de gestión, cuyo objetivo es mejorar el desempeño (eficiencia y eficacia) y la optimización de los procesos de negocio a través de la gestión automatizada de los procesos que se deben diseñar, modelar, organizar, documentar y optimizar de forma continua. Por lo tanto, puede ser descrito como un proceso de optimización de procesos.

Diagrama de Caracterización: Los diagramas de caracterización parten principalmente de aplicar la metodología- entradas – Proceso – Salidas – Clientes, y como su nombre lo dice, muestra las características del mismo, es decir estos diagramas son complementados con la información de los elementos y los controles aplicados al proceso, el objetivo del mismo, los indicadores y los objetivos de la calidad asociados.

Diagrama de Flujo: Es la descripción de manera gráfica de las actividades para realizar un proceso y/o los pasos para realizar una actividad/tarea del mismo, si aplica.

Documentos Externos: Son aquellos documentos que no son elaborados por el personal de la organización. La información de estos documentos, impacta los procesos, actividades y operaciones del Sistema de Gestión de la Calidad y también forman parte de su estructura documental, por lo cual también son incluidos dentro del proceso de Control de Documentos. (Pudiendo ser, pero no limitando, leyes, decretos, resoluciones, manuales de usuario, especificaciones, requisitos reglamentarios, normas, códigos, manuales de mantenimiento, etc.).

Dueño (a) o Responsable del Proceso: Es el responsable de la gestión del proceso y de los resultados del mismo.

Registros: Los registros son documentos que proporcionan evidencia objetiva de actividades realizadas o resultados obtenidos, dentro del SGC se los controla.

SGC: Sistema de Gestión de la Calidad.

Gestor Comunitario: Son agentes de apoyo claves, que sirven de nexo entre la institución y la comunidad, para gestionar apoyo en la salud, bienestar y desarrollo de las personas, familias y comunidades.

Requerimiento: Petición de una cosa que se considera necesaria

Técnico Experto: Persona encargada por su experticia, en inspecciones técnicas de infraestructura, equipamiento mobiliario, entre otros.

Informe de viabilidad: Estudio que dispone el éxito o fracaso de un proyecto a partir de una serie de datos obtenidos de la inspección.

Fortalecimiento: Acción de fortalecer o mejorar tanto en equipamiento como en infraestructura un centro.

Convenio: Acuerdo entre dos o más personas o entidades sobre un asunto

Expediente: Conjunto de documentos que conforma un procedimiento administrativo, judicial o policial.

Brigada: Es la prestación de servicios de salud de consulta externa, promoción y prevención, apoyo, diagnóstico y complementación terapéutica de baja complejidad en infraestructuras físicas no destinadas a la atención en salud.

4. MARCO NORMATIVO

4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS

- Constitución de la República (vigente).
- Código Orgánico de Organización Territorial – COOTAD (vigente).
- Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas y su Reglamento (vigente).

4.2. DOCUMENTOS INTERNOS

- Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos (vigente).
- Ordenanza que regula los convenios de cooperación para las donaciones o asignaciones no reembolsables de recursos públicos, exclusivamente para la ejecución de programas o proyectos de inversión en beneficio directo de los grupos de atención prioritaria de la provincia de Manabí.
- Reglamento general de la ordenanza que regula los convenios de cooperación para las donaciones o asignaciones no reembolsables de recursos públicos, exclusivamente para la ejecución de programas o proyectos de inversión en beneficio directo de los grupos de atención prioritaria de la provincia de Manabí.

4.3. NORMAS GENERALES

ROMPIENDO BARRERAS:

- Las normas de este documento son de aplicación obligatoria para todos los servidores del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, en tanto guarden conformidad con las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y resoluciones vigentes al momento de su ejecución.
- El servidor que incumpliere sus obligaciones o contraviniera las disposiciones de este documento, así como las leyes y normativa conexas, incurrirá en

responsabilidad administrativa que será sancionada disciplinariamente, sin perjuicio de la acción civil o penal que pudiere originar el mismo hecho.


- Todo proceso o subproceso, deberá incorporar el concepto de mejora continua en su diagramación y generación de documentos, procurando la simplificación de trámites y tareas, eliminar duplicidad de tareas, y optimizando la transaccionalidad.
- Todo proyecto de protección integral a grupos prioritarios deberá contar con la respectiva visita e informe del técnico experto y/o gestor comunitario, emitido por la unidad.
- Para proyectos de centros de rehabilitación física, se deberá realizar el respectivo convenio con la contraparte solicitante, el expediente debe contar con toda la documentación requerida y aval de contar con los recursos y planificación anual, para su aprobación y posterior proceso de ejecución.
- Ejecutado e implementado los centros, el administrador de proyecto, tendrá que gestionar y mantener información mensual mediante el Formato de **Matriz de Atenciones (FOR-PRO-GEA-GDS-GBS-PGR-001-007)**. Esta información debe ser remitida a la Subdirección de Desarrollo Social.

MANABÍ SALUDABLE:

- Las normas de este documento son de aplicación obligatoria para todos los servidores del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, en tanto guarden conformidad con las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y resoluciones vigentes al momento de su ejecución.
- El servidor que incumpliere sus obligaciones o contraviniera las disposiciones de este documento, así como las leyes y normativa conexas, incurrirá en responsabilidad administrativa que será sancionada disciplinariamente, sin perjuicio de la acción civil o penal que pudiere originar el mismo hecho.
- Todo proceso o subproceso, deberá incorporar el concepto de mejora continua en su diagramación y generación de documentos, procurando la simplificación de trámites y tareas, eliminar duplicidad de tareas, y optimizando la transaccionalidad.
- Todo proyecto de protección integral a grupos prioritarios deberá contar con la respectiva visita e informe del técnico experto y/o gestor comunitario, emitido por la unidad.
- El coordinador del proyecto será el encargado de gestionar el personal médico y guardar la información respectiva de la brigada ejecutada. Esta información deberá ser remitida a la Subdirección de Desarrollo Social

5. DIAGRAMAS

5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

 PREFECTURA DE MANABÍ Desarrollo y Equidad CARACTERIZACIÓN	1. NOMBRE DEL PROCESO: Protección integral a grupos de atención prioritaria de la provincia	DIAGRAMA DE CARACTERIZACIÓN		
3. OBJETIVO DEL PROCESO: Emitir lineamientos generales y específicos para la atención y protección integral a grupos de atención prioritaria de la provincia, como también evaluar su cumplimiento y ejecución de los programas establecidos. RESPONSABLES DEL RESULTADO: Director de Desarrollo Social OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE CONTRIBUYE: Promover un desarrollo humano equitativo y de justicia social, tanto en contextos urbanos como rurales.				
12. CONTROLES: ROMPIENDO BARRERAS: 1. ACTIVIDAD: 4. Visita técnica e inspección del lugar CONTROL: Observación y análisis a detalle del lugar o centro. RESPONSABLE: Coordinador del proyecto 2. ACTIVIDAD: 7 y 10. Evaluación y aprobación del informe/expediente CONTROL: Analizar el estricto cumplimiento de la documentación RESPONSABLE: Coordinadora de la Dirección y Director de Desarrollo Social MANABÍ SALUDABLE: 1. ACTIVIDAD: 11. Ejecutar brigada médica CONTROL: Abastecimiento de insumos necesarios en la brigada. RESPONSABLE: Analista de Desarrollo Social				
9. DOCUMENTACIÓN INTERNA: - Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos (vigente). - Ordenanza que regula los convenios de cooperación para las donaciones o asignaciones no reembolsables de recursos públicos, exclusivamente para la ejecución de programas o proyectos de inversión en beneficio directo de los grupos de atención prioritaria de la provincia de Manabí. - Reglamento general de la ordenanza que regula los convenios de cooperación para las donaciones o asignaciones no reembolsables de recursos públicos, exclusivamente para la ejecución de programas o proyectos de inversión en beneficio directo de los grupos de atención prioritaria de la provincia de Manabí.	8. DOCUMENTACIÓN EXTERNA: - Constitución de la República (vigente). - Código Orgánico de Organización Territorial – COOTAD (vigente). - Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas y su Reglamento (vigente).	10. REGISTROS: ROMPIENDO BARRERAS: -R1 Informe de viabilidad -R2 Certificación POA -R3. Certificación Presupuestaria -R4. Convenio MANABÍ SALUDABLE: -R1. Informe territorio, censo y logística -R2. Informe de brigada médica		
7. PROVEEDORES: Rompiendo Barreras: 1) Dirección de Desarrollo Social 2) Dirección de Planificación Institucional. 3) Dirección Financiera Institucional. 4) Dirección Jurídica Manabí Saludable: 1) Dirección de Desarrollo Social	6. ENTRADAS: Rompiendo Barreras: 1) <i>Solicitud de Proyecto / Informe de Viabilidad</i> 2) <i>Gestión de Planificación Operativa Anual.</i> 3) <i>Planificación y Evaluación PAC</i> 4) <i>Gestión de Convenios</i> Manabí Saludable: 1) <i>Informe de brigada ejecutada</i>	11. ACTIVIDADES: Rompiendo Barreras: ACTIVIDAD INICIAL: Recepción de solicitud en Secretaría General ACTIVIDAD FINAL: Seguimiento y Control. Manabí Saludable: ACTIVIDAD INICIAL: Recepción de solicitud en Secretaría General ACTIVIDAD FINAL: Remitir Información y archivar gestión	2. SALIDAS: Rompiendo Barreras: 1) <i>Fortalecimiento o nuevos centros de rehabilitación física (evidenciado en un informe y/o proyecto)</i> Manabí Saludable: 2) <i>Brigadas medicas</i> CARACTERÍSTICAS: Cumplimiento de los objetivos estratégicos e implementar los proyectos y programas para la provincia.	4. USUARIOS: 1) Ciudadanía en general
13. RECURSOS: SOFTWARE: - <i>Utilitarios de oficina</i> HARDWARE: - <i>Equipo de computo</i> INFRAESTRUCTURA: - <i>Estación de trabajo</i> RECURSOS HUMANOS: - <i>Director(a) Desarrollo Social</i> - <i>Analistas de Desarrollo Social</i> - <i>Técnicos Expertos del Departamento</i> - <i>Doctores de Brigada</i> - <i>Fisioterapeutas</i> - <i>Autoridades de Gobiernos Autónomos (Alcaldes y Presidentes Parroquiales)</i>	5. INDICADOR DE RESULTADO: 1. NOMBRE DEL INDICADOR: Rompiendo Barreras: 1) <i>Porcentaje de cumplimiento entre proyectos solicitados con proyectos ejecutados</i> FÓRMULA DE CÁLCULO: (Cantidad de proyectos ejecutados e implementados/ Cantidad de Solicitudes de proyecto)*100 Manabí Saludable: 1) <i>Porcentaje de cumplimiento entre brigadas solicitadas con brigadas ejecutadas.</i> FÓRMULA DE CÁLCULO: (Cantidad de brigadas ejecutadas e implementados/ Cantidad de Solicitudes de brigadas)*100	14. RIESGOS: La Gestión de riesgos del SGC, está contemplado en el proceso de Gestión de Riesgos.		

FOR-PRO-GEA-GDS-GBS-PGR-001 V01

5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO

Coordinador de proyecto

Seguimiento, control y evaluación del proyecto.



Coordinador de proyecto

Implementa y ejecuta proyecto.



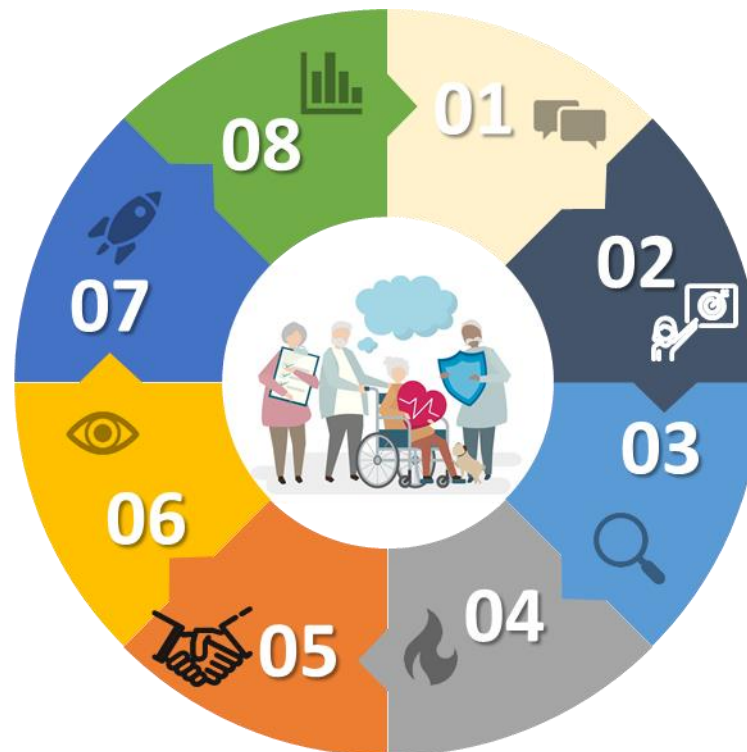
Director de Desarrollo Social

Remite expediente y notifica a contraparte y coordinador



Coordinación General de Desarrollo Social, Económico y Ambiental

Conjunto a Gestión Jurídica, se genera convenio.



Director de Desarrollo Social

Recepta y analiza requerimiento



Director de Desarrollo Social

Designa a coordinador de proyecto



Coordinador de proyecto

Visita técnica al establecimiento y emite un informe

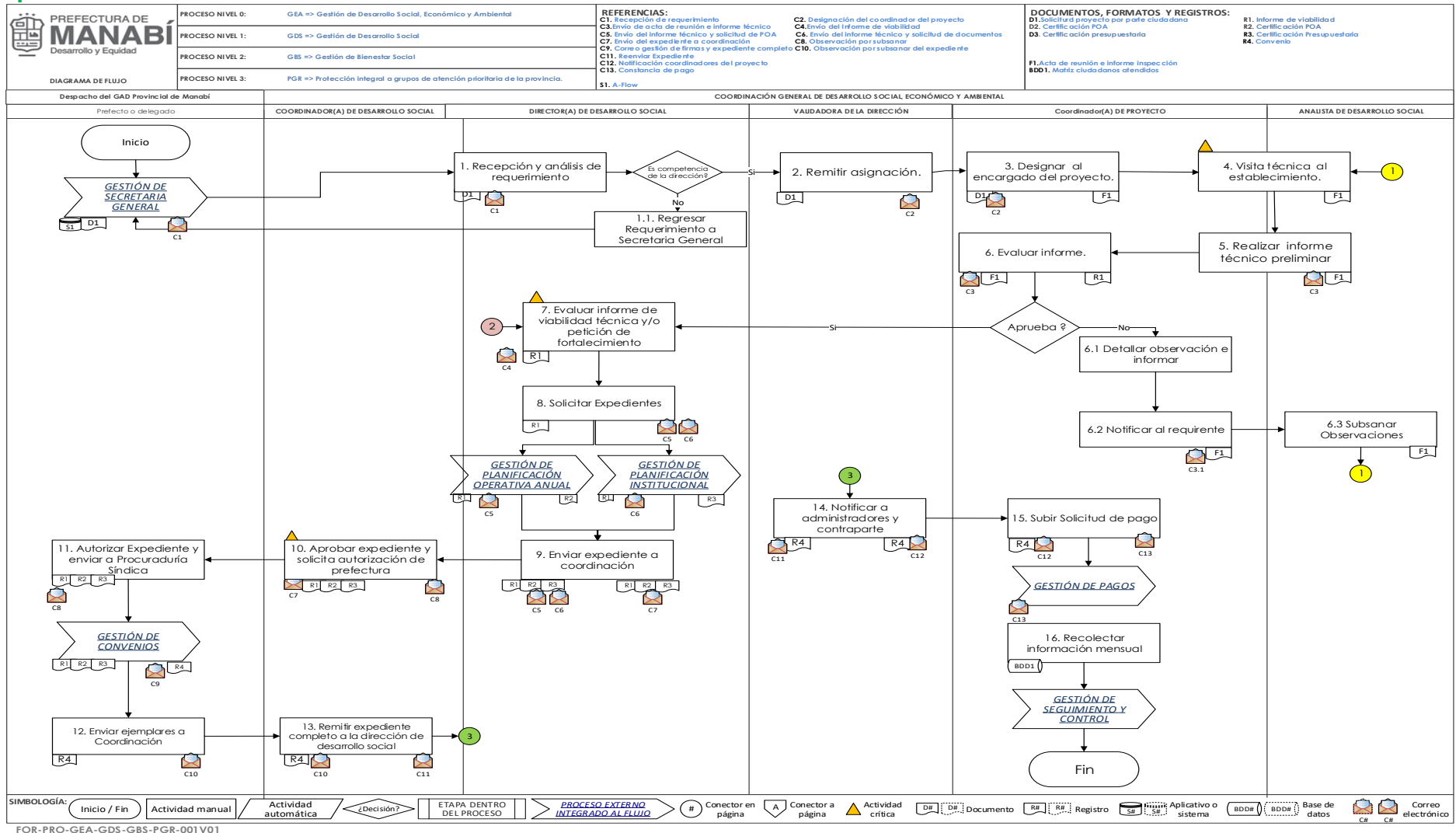


Director de Desarrollo Social

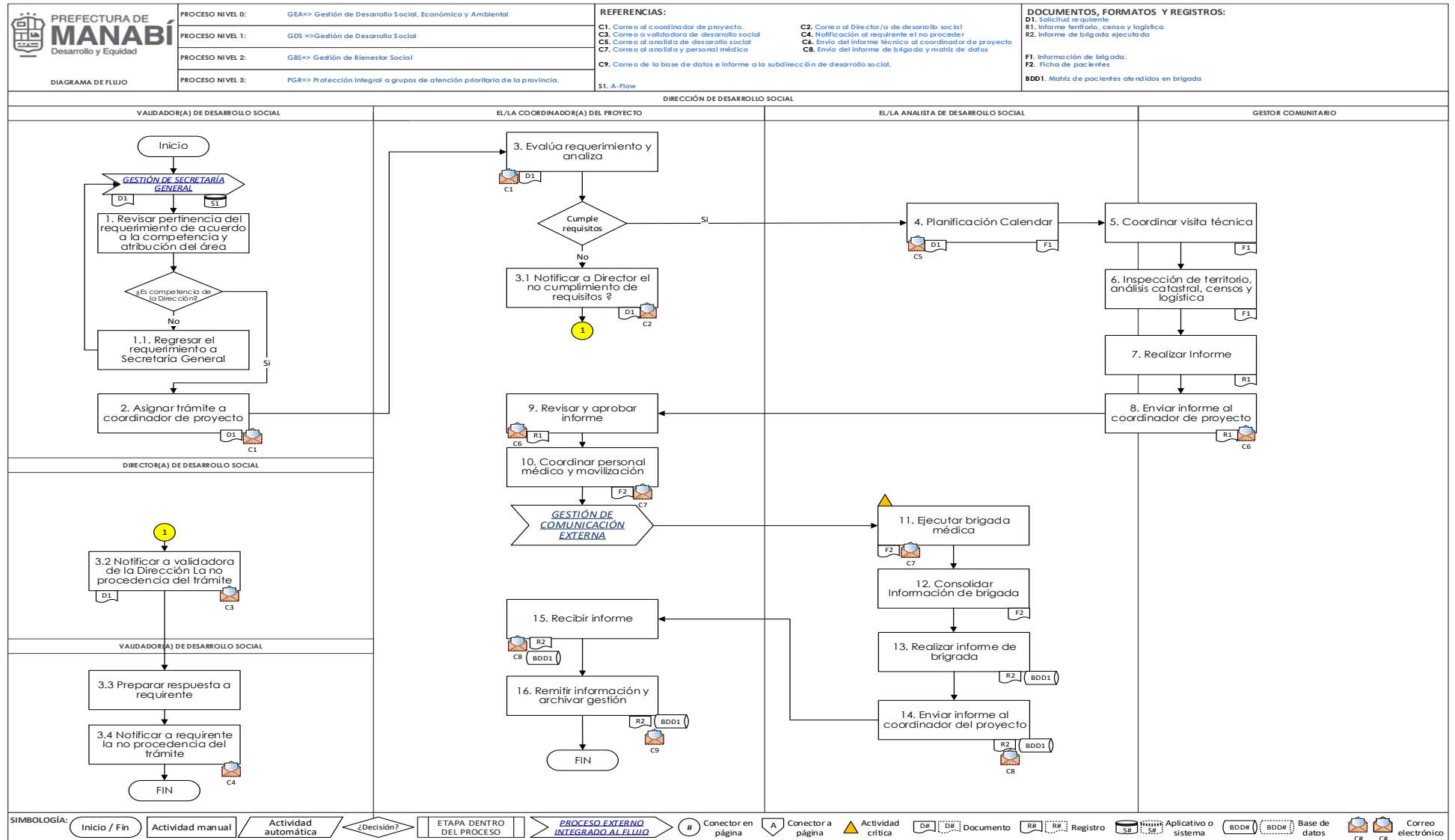
Evaluación del informe y solicita certificados POA y Presupuestario

5.3. DIAGRAMA DE FLUJO

Rompiendo barreras:



Manabí Saludable:



6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Rompiendo barreras:

No.	Actividad	Cargo	Descripción
1	Recepción y análisis de requerimiento	Director/a de Desarrollo Social	El requerimiento es recibido mediante correo institucional (C1) por el despacho de la Dirección de Desarrollo Social (D1), lo cual conjunto al Director, se procede al respectivo análisis y designación del técnico encargado o administrador de proyecto D1: Solicitud requirente
1.1	Regresar requerimiento a Secretaria General	Director/a de Desarrollo Social	La documentación, requerimiento y/o petición que no sea competencia de la Dirección de Desarrollo Social, deberá ser devuelto a secretaria general para su correcto tramite y destino.
2	Remitir Asignación	Validadora de la Dirección de Desarrollo Social	La validadora remite mediante correo (C2) el requerimiento al técnico designado encargado o coordinadora de proyecto.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
3	Designación al encargado del proyecto	Coordinador/a de Proyecto	Es asignado un analista o técnico experto, quien es el encargado de llevar los procesos posteriores y seguimiento al requerimiento
4	Visita técnica al establecimiento	Coordinador/a de proyecto y Analista	El Coordinador y analista técnico, se encarga de la logística y coordinación con el ente requirente para la visita al establecimiento.
5	Realizar informe técnico preliminar	Analista de Desarrollo Social	<p>EL analista/técnico realiza una inspección minuciosa y detallada del lugar, se debe llenar el respectivo informe técnico/acta de reunión (F1) con las observaciones y/o detalles que se requieran corregir de ser el caso. Dicho informe debe ser enviado por correo (C3) al coordinador del proyecto.</p> <p>F1: Acta de reunión/informe técnico</p>
6	Evaluar y emitir Informe de viabilidad técnica	Coordinador/a de Proyecto	<p>El coordinador del proyecto procede al análisis y evaluación del informe preliminar, se deberá aprobar o realizar las correcciones pertinentes en caso de que se necesite. Si el informe preliminar es correcto, se procede a realizar un informe de viabilidad técnica del cual será enviado mediante correo (C4) al Director de Desarrollo Social para su aprobación.</p> <p>Si aprueba: R1: informe de viabilidad No aprueba: Punto 6.1</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
6.1	Detallar Observación e informar	Coordinador/a de Proyecto	Coordinador/a de Proyecto, notificará las correcciones u observaciones del informe para su pronta solución.
6.2	Notificar al requirente	Coordinador/a de Proyecto	Coordinador/a de Proyecto se encarga de notificar al requirente las respectivas observaciones que se deben subsanar.
6.3	Subsanar Observaciones	Analista de Desarrollo Social	El/la analista de desarrollo social, tendrá que verificar y constatar que el requirente corrija los errores u observaciones habidos en el lugar de inspección. Deberá actualizar o realizar una nueva acta de reunión/informe (F1)
7	Evaluar informe de viabilidad técnica y/o Fortalecimiento	Director/a de Desarrollo Social	El/la directora/a revisara el informe de viabilidad y aprobará el proyecto o petición de fortalecimiento.
8	Solicitar Expedientes	Director/a de Desarrollo Social	El/la director/a de Desarrollo Social, deberá solicitar 2 certificaciones (D2, D3) mediante correo (C5, C6) a las direcciones correspondientes. R2: Certificación POA. R3: Certificación presupuestaria. Emite:

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			<u>Gestión de Planificación Operativa Anual</u> <u>Gestión de Planificación Institucional</u>
9	Enviar Expediente	Director/a de Desarrollo Social	Recibida la documentación requerida (R2, R3), el director sumilla el expediente preliminar del proyecto, para enviar a coordinación mediante correo institucional (C7). Expediente preliminar para convenio (R1, R2, R3)
10	Aprobar expediente y solicita autorización de prefectura	Coordinador/a de Desarrollo Social, Económico y Ambiental	El/La coordinador/a analiza y revisa el expediente, y, lo remite (C8) a despacho de la prefectura para su respectiva autorización.
11	Autorizar Expediente y enviar a Procuraduría Síndica	Prefecto	El Prefecto dará la autorización del expediente y lo remite a procuraduría síndica para el respectivo convenio con la entidad contraparte.
12	Enviar ejemplares a coordinador	El/la Secretario(a) General del GAD Provincial	Se envía mediante correo (C10) el convenio (R4) a la Coordinación de Desarrollo Social, Económico y Ambiental. R4: Convenio (R1, R2, R3)

No.	Actividad	Cargo	Descripción
13	Remitir expediente completo a la Dirección de Desarrollo Social	Coordinador/a de Desarrollo Social, Económico y Ambiental	El/La Coordinador/a de Desarrollo Social, Económico y Ambiental será encargado de remitir el convenio (R4) a la Dirección de Desarrollo Social mediante correo (C11).
14	Notificar a administradores y contraparte	Validadora de la Dirección de Desarrollo Social	El/la validador/a de la Dirección de Desarrollo Social notificará por correo (C12) a coordinador del proyecto y entidades contraparte.
15	Subir Solicitud de Pago	Coordinador/a de Proyecto	El/la coordinador/a del proyecto deberá enviar (C13) al solicitud de pago respectivo a la Dirección financiera para el respectivo gestión de pagos a contraparte.
16	Recolectar información Mensual	Coordinador/a de Proyecto	El/la Coordinador/a de Proyecto tendrá la obligación de recolectar información de manera periódica del proyecto implementado BDD1 : Base de Datos de ciudadanos atendidos y gestión. Nota: <u>El Coordinador del Proyecto tendrá que enviar la información mensual de la base de datos o matriz, a la Subdirección de Desarrollo Social</u> <u>Gestión de seguimiento y control.</u>

Manabí Saludable:

No.	Actividad	Cargo	Descripción
1	Recepción y análisis de requerimiento	Director/a de Desarrollo Social	El requerimiento es recibido mediante correo institucional por el despacho de la Dirección de Desarrollo Social (D1), lo cual conjunto al Director, se procede al respectivo análisis y designación del técnico encargado o administrador de proyecto D1: Solicitud requirente
1.1	Regresar requerimiento a Secretaria General	Director/a de Desarrollo Social	La documentación, requerimiento y/o petición que no sea competencia de la Dirección de Desarrollo Social, deberá ser devuelto a secretaria general para su correcto tramite y destino.
2	Remitir Asignación	Validadora de la Dirección de Desarrollo Social	La validadora remite mediante correo (C1) el requerimiento al técnico designado encargado o coordinadora de proyecto.
3	Evalúa requerimiento y analiza	Coordinador/a de Proyecto	El coordinador tendrá que analizar si el requerimiento cumple los requisitos para poder proceder a la planificación.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
3.1	Notificar a Director el no cumplimiento de requisitos	Coordinador de proyecto	En caso de que no cumple el requerimiento, ya sea por cercanía a subcentro de salud o una zona anteriormente atendida (dentro de los 6 meses). Mediante correo institucional (C2) se procederá a la notificación al director de desarrollo social.
3.2	Notificar a validadora de la Dirección la no procedencia del trámite	Director(a) de Desarrollo Social	El director notificará a la validadora el no proceder del trámite
3.3	Preparar repuesta a requirente	Validadora de la Dirección de Desarrollo Social	Elabora una respuesta al requirente.
3.4	Notificar a requirente la no procedencia del trámite	Validadora de la Dirección de Desarrollo Social	Mediante correo (C4) se notificará al requirente el no proceder de la solicitud
4	Planificación calendario	Coordinador de proyecto	El/la Coordinador(a) de proyecto tendrá que planificar la visita técnica mediante la disponibilidad calendario.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
5	Coordinar visita técnica	Gestor comunitario	El gestor realiza una inspección detallada del lugar, se debe llenar el respectiva información de brigada (F1) con las observaciones y/o detalles que se encuentren F1: Información de brigada médica
6	Inspección de territorio, análisis catastral, censos y logística	Gestor comunitario	El gestor comunitario levanta la información del lugar, cantidad de personas a ser atendidas, tipo de atención necesitada y logística.
7	Realizar informe	Gestor comunitario	El gestor comunitario realiza el respectivo informe FOR-PRO-GEA-GDS-GBS-PGR-001-001 a partir de los datos obtenidos de la información levantada. R1. Información de brigada médica.
8	Enviar informe al coordinador de proyecto	Gestor comunitario	Mediante un correo (C6) el gestor comunitario envía al coordinador del proyecto el informe de territorio.
9	Revisar y aprobar informe	Coordinador del proyecto	El/la coordinador(a) del proyecto analiza y revisará el informe de territorio y procede a la aprobación.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
10	Coordinar personal médico y movilización	Coordinador del proyecto	El/la coordinador(a) del proyecto gestiona la movilización y el personal médico que deberá ejecutar la brigada. Mediante correo (C7) se notifica al Gestor comunitario y al Analista (Supervisor) el personal y la respectiva ficha de pacientes (F2). Nota: El coordinador pone en conocimiento a Gestión de Comunicación Externa, para la respectiva publicidad.
11	Ejecutar brigada médica	Analista (Supervisor) de Desarrollo social	Se procede a la respectiva atención médica por parte del personal médico de la institución. Se debe llenar el formato de cada paciente atendido.
12	Consolidar información	Analista (Supervisor) de Desarrollo social	Se consolida toda la información obtenida de la brigada médica, recetas emitidas, pacientes atendidas y otros.
13	Realizar informe de brigada	Analista (Supervisor) de Desarrollo social	El analista (Supervisor) procede a realizar el respectivo informe de brigada (R2), conjunto a la matriz de pacientes atendidos (BDD1). BDD1. Matriz de pacientes atendidos. R2. Informe de brigada ejecutada
14	Enviar informe al coordinador del proyecto	Analista (Supervisor) de Desarrollo social	El analista (Supervisor) remite toda la información y matriz al coordinador del proyecto mediante correo (C8)

No.	Actividad	Cargo	Descripción
15	Recibir informe	Coordinador(a) del proyecto	El/la coordinador(a) del proyecto, recibe el informe conjunto a la base de datos de la brigada.
16	Remitir información y archivar gestión	Coordinador/a de Proyecto	El/la coordinador/a del proyecto deberá enviar (C9) toda la información sobre la gestión de la brigada, incluida la base de datos a la Subdirección de Desarrollo Social. Finalizada la operación se procede al archivo de la gestión.

7. INDICADORES DE GESTIÓN

Rompiendo Barreras:

N°	Indicador	Definición	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Responsable de Medición	Fuente de la Medición	Frecuencia de Medición
1	Porcentaje de solicitudes de proyectos atendidas	La relación de la gestión de los proyectos solicitados por una entidad contraparte con respecto a los proyectos ejecutados e implementados en la provincia.	$(\text{Número de proyectos atendidos} / \text{Número de solicitudes de proyectos receptados}) * 100$	Porcentaje	Coordinador de Proyecto	Solicitudes de proyecto	Semestral

Manabí saludable:

N°	Indicador	Definición	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Responsable de Medición	Fuente de la Medición	Frecuencia de Medición
1	Porcentaje de cumplimiento de metas de atención	La relación de la gestión de las atenciones realizadas con respecto a la meta de atenciones a realizarse en la provincia (90.000 al año o 7.500 al mes).	$(\text{Número de atenciones realizadas} / \text{Meta de atenciones del mes}) * 100$	Porcentaje	Coordinador de Proyecto	Informe de Brigada	Mensual

8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS

8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Rompiendo barreras:

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Formato y Registro	No aplica	Acta de Reunión (F1)	Delegado de Dirección de Desarrollo Social	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Desarrollo Social	Permanente Conservación
Formato, Documento y Registro	No aplica	Informe de Viabilidad Técnica (R1)	Delegado de Dirección de Desarrollo Social	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Desarrollo Social	Permanente Conservación
Documento y Registro	No aplica	Expediente completo de convenio (R4)	Delegado de Dirección de Desarrollo Social	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Desarrollo Social	Permanente Conservación

Manabí saludable:

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Formato, Documento y Registro	FOR-PRO-GEA-GDS-GBS-PGR-001-001	Información de Brigada Médica (R1)	Delegado de Dirección de Desarrollo Social	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Desarrollo Social	Permanente Conservación



Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Documento y Registro	FOR-PRO-GEA-GDS-GBS-PGR-001-002	Informe de brigada ejecutada (R2)	Delegado de Dirección de Desarrollo Social	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Desarrollo Social	Permanente Conservación



PREFECTURA DE
MANABÍ
Desarrollo y Equidad

Procedimiento

**Diseño y Desarrollo de Productos y/o
Servicios**

PRO-GEI-IMC-GSE-DPS-001

Dirección de Innovación y Mejora Continua

Enero - 2023

Versión 1.0

CÓDIGO: PRO-GEI-IMC-GSE-DPS-001		VERSIÓN 1.0	
<p>PROCEDIMIENTO:</p> <p>Diseño y Desarrollo de Productos y/o Servicios “D&D”</p>			
DESCRIPCIÓN	CARGO	FIRMA	FECHA
APROBADO POR	Eco. Grace Rivera Coordinadora General de Desarrollo Institucional		
REVISADO POR	Ing. Iván González Director de Innovación y Mejora Continua		
	Ing. Irina Macías Analista de Innovación y Mejora Continua		
ELABORADO POR	Ing. Mauricio Sarabia Consultor		

IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

Proceso Nivel 0:	Gestión Estratégica de Desarrollo Institucional		
Proceso Nivel 1:	Gestión de Innovación y Mejora Continua		
Proceso Nivel 2:	Gestión de Servicios		
Proceso Nivel 3:	Diseño y Desarrollo de Productos y/o Servicios		
Versión del documento:	1.0	Frecuencia	Bajo Demanda
Responsable:	Director/a de Innovación y Mejora Continua		

REGISTRO DE VERSIONES

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de aprobación	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
1.0	Creación	<i>Realizado</i> <i>Ing. Mauricio</i> <i>Sarabia</i> Consultor / <i>Aprobado</i> <i>Eco. Grace</i> <i>Rivera</i> Coordinadora General de Desarrollo Institucional	Enero - 2023	No aplica

CONTENIDO

1. OBJETIVO	5
2. ALCANCE	5
3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS	5
4. MARCO NORMATIVO	6
4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS	6
4.2. DOCUMENTOS INTERNOS	6
4.3. NORMAS GENERALES	6
5. DIAGRAMAS	8
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	8
5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO	9
5.3. DIAGRAMA DE FLUJO	10
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	11
7. INDICADORES DE GESTIÓN	22
8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS	23
8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	23

1. OBJETIVO

Diseñar y desarrollar productos y/o servicios del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, previa la prestación de los mismos a la ciudadanía.

2. ALCANCE

Desde la disposición del inicio del diseño del producto/servicio hasta que el Director de Innovación y Mejora Continua verifique que se encuentre completo el expediente del producto/servicio mediante la utilización del check list de Diseño y Desarrollo y la Dirección de Servicios responsable del diseño y desarrollo del producto/servicio archive el expediente de manera física.

3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

Calidad: Grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

Características: Rasgo diferenciador (3.10.1 ISO – 9000:2015)

Nota 1: Una característica puede ser inherente o asignada.

Nota 2: Una característica puede ser cualitativa o cuantitativa.

Nota 3: Existen varias clases de características, tales como las siguientes:

- **Físicas** (por ejemplo, características mecánicas, eléctricas, químicas o biológicas);
- **Lógicas** (biométricas)
- **Sensoriales** (por ejemplo, relacionadas con el olfato, el tacto, el gusto, la vista y el oído);
- **Comportamiento** (por ejemplo, cortesía, honestidad, veracidad);
- **De tiempo** (por ejemplo, puntualidad, confiabilidad, disponibilidad, continuidad);
- **Ergonómicas** (por ejemplo, características fisiológicas, o relacionadas con la seguridad de las personas);
- **Funcionales** (por ejemplo, velocidad máxima de un avión).

Objeto (Entidad – Ítem): Cualquier cosa que puede percibirse o concebirse. Ejemplo: Producto, servicio, proceso, persona, organización, sistema, recurso.

Requisitos: Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria (3.6.4 ISO – 9000:2015).

Registros: Los registros son documentos que proporcionan evidencia objetiva de actividades realizadas o resultados obtenidos, dentro del SGC se los controla.

Servicio: Conjunto de recursos y actividades que buscan responder a las necesidades de la sociedad, y que terminan en un producto o bien, tangible o intangible que recibe el ciudadano.

SGC: Sistema de Gestión de la Calidad.

Servicio Público: Es el resultado de uno o varios procesos realizados por la institución, para garantizar los derechos y facilitar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el marco jurídico.

Trámite administrativo: Conjunto de requisitos, actividades, diligencias, actuaciones y procedimientos que realizan las personas ante la Administración Pública o ésta de oficio, con el fin de cumplir una obligación, obtener un beneficio, servicio, resolución o respuesta a un asunto determinado.

Unidad Administrativa: Entiéndase como unidad administrativa a todas las Coordinaciones Generales, Direcciones y otras unidades que forman parte de la estructura orgánica de la institución.

4. MARCO NORMATIVO

4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS

- Constitución de la República del Ecuador
- Ley para la Optimización y Eficiencia de Trámites Administrativos
- Norma Técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios
- Norma ISO 9000:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Fundamentos y Vocabulario
- Norma ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos

4.2. DOCUMENTOS INTERNOS

- Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos
- Gestión de Documentos del Sistema de Gestión de la Calidad


4.3. NORMAS GENERALES

- Las normas de este documento son de aplicación obligatoria para todos los servidores del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, en tanto guarden conformidad con las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y resoluciones vigentes al momento de su ejecución.
- El servidor que incumpliere sus obligaciones o contraviniera las disposiciones de este documento, así como las leyes y normativa conexas, incurrirá en responsabilidad administrativa de acuerdo a las disposiciones reglamentarias institucionales.
- Todo proceso o subproceso, deberá incorporar el concepto de mejora continua en su diagramación y generación de documentos, procurando la simplificación de trámites y tareas, eliminar duplicidad de tareas, y optimizando la transaccionalidad.

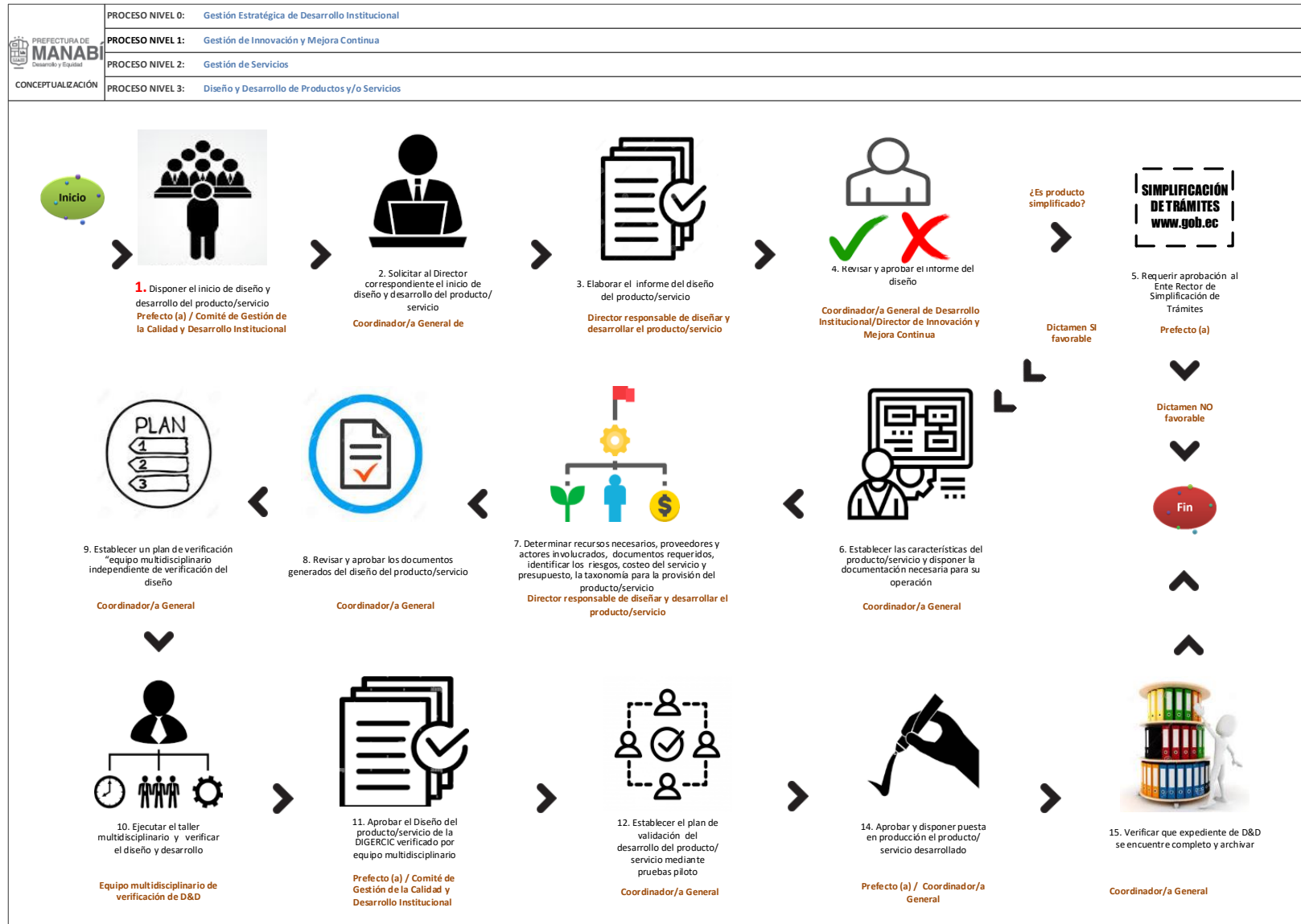
- El proceso de Diseño y Desarrollo aplica para aquella necesidad de crear un producto/servicio totalmente nuevo en el Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí.
- El Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí es una entidad que pone a disposición de la ciudadanía servicios públicos, en este contexto, el inicio del Diseño y Desarrollo de productos y/o servicios deberá obligatoriamente estar sustentado en normativa legal ecuatoriana, aplicable a la institución.
- En conformidad con lo establecido en la Ley para la Optimización y Eficiencia de Trámites Administrativos para la creación de nuevos trámites simplificados el Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí deberá contar con:
 - Un documento de creación de nuevos trámites (Ley, Decreto Ejecutivo, Ordenanza o Aprobación de Ente Rector de Simplificación de Trámites) y,
 - Dictamen favorable emitido por Ente Rector de Simplificación de Trámites (no aplica para trámites creado por ley)
- En el Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí (GAD Manabí), el trámite administrativo se encuentra relacionado con el Catálogo de Servicios y/o Tramites.
- Para Elaborar el informe de diseño del producto/servicio, el (la) Coordinador General y/o Director (a) de la unidad administrativa relacionada con el proceso sustantivo o agregador de valor correspondiente deberá conformar o designar a un equipo que realice el informe.
- Para la ejecución de las pruebas piloto o la prestación del producto/servicio, los documentos generados en el presente procedimiento pueden servir como insumos para iniciar las etapas preparatorias de contrataciones o los demás requerimientos si es el caso.
- Todos los aspectos que no se encuentren normados de forma expresa en este procedimiento deben ser complementados o suplidos por las disposiciones del marco normativo vigente.

5. DIAGRAMAS

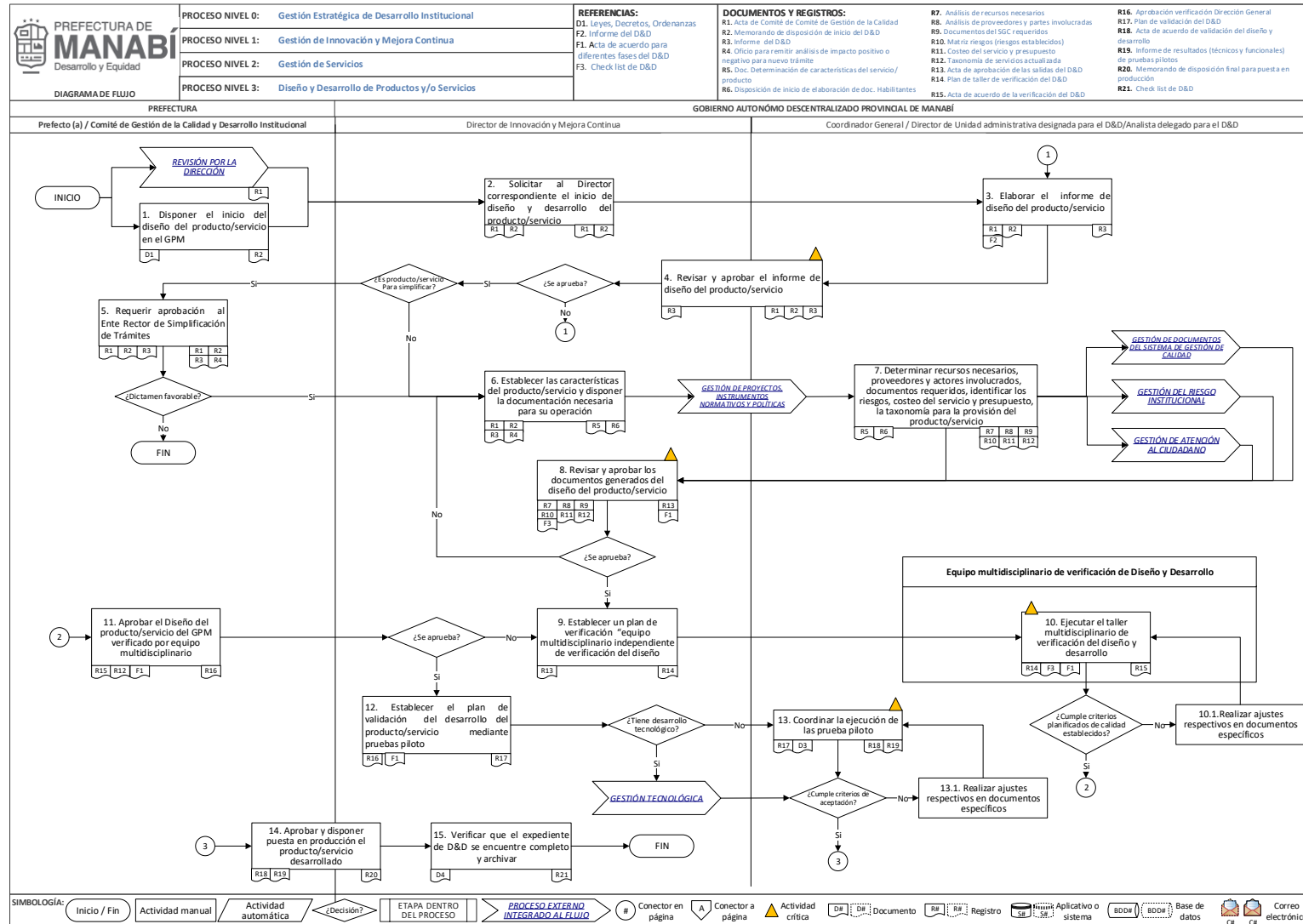
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

 PREFECTURA DE MANABÍ Desarrollo y Equidad CARACTERIZACIÓN	1. NOMBRE DEL PROCESO: DISEÑO Y DESARROLLO DE PRODUCTOS/SERVICIOS (D&D)	DIAGRAMA DE CARACTERIZACIÓN								
3. OBJETIVO DEL PROCESO: Diseñar y desarrollar productos y/o servicios del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí previa la Prestación De los mismos a la ciudadanía. RESPONSABLES DEL RESULTADO: Director (a) de Innovación y mejora continua OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE CONTRIBUYE: Incrementar la satisfacción de los usuarios internos y externos del Gobierno Provincial de Manabí										
12. CONTROLES: <table border="0"> <tr> <td data-bbox="412 603 1048 651"> 1. ACTIVIDAD: 4. Revisar y aprobar el informe del diseño aprobación del Director (a) de Innovación y mejora continua RESPONSABLE: Director (a) de Innovación y mejora continua </td> <td data-bbox="1048 603 1809 651"> CONTROL: Revisión del cumplimiento de requerimiento al D&D, si tiene componente tecnológico solicitar revisión y Tecnologías de la Información y Comunicación FRECUENCIA: Bajo demanda </td> </tr> <tr> <td data-bbox="412 651 1048 699"> 2. ACTIVIDAD: 8. Revisar y aprobar los documentos generados del diseño del producto/servicio RESPONSABLE: Director (a) de Innovación y mejora continua </td> <td data-bbox="1048 651 1809 699"> CONTROL: Revisión de las salidas del D&D FRECUENCIA: Bajo Demanda </td> </tr> <tr> <td data-bbox="412 699 1048 746"> 3. ACTIVIDAD: 10. Ejecutar el taller multidisciplinario de verificación del diseño y desarrollo RESPONSABLE: Director (a) de Innovación y mejora continua </td> <td data-bbox="1048 699 1809 746"> CONTROL: Verificación del D&D FRECUENCIA: Bajo Demanda </td> </tr> <tr> <td data-bbox="412 746 1048 770"> 4. ACTIVIDAD: 13. Coordinar la ejecución de las prueba piloto RESPONSABLE: Director (a) de Innovación y mejora continua </td> <td data-bbox="1048 746 1809 770"> CONTROL: Validación del D&D FRECUENCIA: Bajo Demanda </td> </tr> </table>			1. ACTIVIDAD: 4. Revisar y aprobar el informe del diseño aprobación del Director (a) de Innovación y mejora continua RESPONSABLE: Director (a) de Innovación y mejora continua	CONTROL: Revisión del cumplimiento de requerimiento al D&D, si tiene componente tecnológico solicitar revisión y Tecnologías de la Información y Comunicación FRECUENCIA: Bajo demanda	2. ACTIVIDAD: 8. Revisar y aprobar los documentos generados del diseño del producto/servicio RESPONSABLE: Director (a) de Innovación y mejora continua	CONTROL: Revisión de las salidas del D&D FRECUENCIA: Bajo Demanda	3. ACTIVIDAD: 10. Ejecutar el taller multidisciplinario de verificación del diseño y desarrollo RESPONSABLE: Director (a) de Innovación y mejora continua	CONTROL: Verificación del D&D FRECUENCIA: Bajo Demanda	4. ACTIVIDAD: 13. Coordinar la ejecución de las prueba piloto RESPONSABLE: Director (a) de Innovación y mejora continua	CONTROL: Validación del D&D FRECUENCIA: Bajo Demanda
1. ACTIVIDAD: 4. Revisar y aprobar el informe del diseño aprobación del Director (a) de Innovación y mejora continua RESPONSABLE: Director (a) de Innovación y mejora continua	CONTROL: Revisión del cumplimiento de requerimiento al D&D, si tiene componente tecnológico solicitar revisión y Tecnologías de la Información y Comunicación FRECUENCIA: Bajo demanda									
2. ACTIVIDAD: 8. Revisar y aprobar los documentos generados del diseño del producto/servicio RESPONSABLE: Director (a) de Innovación y mejora continua	CONTROL: Revisión de las salidas del D&D FRECUENCIA: Bajo Demanda									
3. ACTIVIDAD: 10. Ejecutar el taller multidisciplinario de verificación del diseño y desarrollo RESPONSABLE: Director (a) de Innovación y mejora continua	CONTROL: Verificación del D&D FRECUENCIA: Bajo Demanda									
4. ACTIVIDAD: 13. Coordinar la ejecución de las prueba piloto RESPONSABLE: Director (a) de Innovación y mejora continua	CONTROL: Validación del D&D FRECUENCIA: Bajo Demanda									
9. DOCUMENTACIÓN INTERNA: - Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos - Gestión de Documentos del Sistema de Gestión de la Calidad	8. DOCUMENTACIÓN EXTERNA: - Constitución de la República del Ecuador - Ley para la Optimización y Eficiencia de Trámites Administrativos - Norma Técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios - Norma ISO 9000:2015 – Fundamentos y Vocabulario - Norma ISO 9001:2015 – Sistemas de Gestión de Calidad	10. REGISTROS: - Descritos en el diagrama de flujo								
7. PROVEEDORES: 1) Estado Ecuatoriano 2) Comité de Gestión de la Calidad y Desarrollo Institucional 3) Prefecto (a)	6. ENTRADAS: 1) Leyes, Decretos, Ordenanzas 2) Acta de Comité de Gestión de la Calidad y Desarrollo Institucional 3) Memorando de disposición de inicio del Proceso de Diseño y Desarrollo (D&D)	11. ACTIVIDADES: ACTIVIDAD INICIAL: 1. Disponer el inicio del diseño del producto/ servicio ACTIVIDAD FINAL: 5. Requerir aprobación al Ente Rector de Simplificación de Trámites 15. Verificar que expediente de D&D se encuentre completo y archivar								
2. SALIDAS: 1) Producto y/o servicio del GPM diseñado y desarrollado con sus características y proceso listo y aprobado para su correspondiente prestación CARACTERÍSTICAS - Eficacia: Cumplimiento con los requisitos establecidos en el proceso de D&D.		4. USUARIOS: 1) Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí 1) Proceso sustantivo o agregador de valor correspondiente								
13. RECURSOS: SOFTWARE: - Utilitarios de oficina HARDWARE: - Equipo de Oficina INFRAESTRUCTURA: - Muebles y enseres de oficina RECURSOS HUMANOS: - Personal que interviene en el proceso	5. INDICADOR DE RESULTADO: 1. NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de cumplimiento de requisitos establecidos en el proceso de Diseño y Desarrollo (D&D) FORMULA DE CALCULO: Total de requisitos generados / Numero de requisitos establecidos en Check list *100%	14. RIESGOS: - Descritos en el procedimiento "Gestión de Riesgo Institucional"								

5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO



5.3. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

#	ACTIVIDAD	CARGO	DESCRIPCIÓN
1.	Disponer el inicio del diseño del producto/servicio en el GPM	Prefecto (a) / Comité de Gestión de la Calidad y Desarrollo Institucional	El (La) Prefecto (a) o el Comité de Gestión de Calidad y Desarrollo Institucional, de acuerdo al procedimiento Revisión por la Dirección , emitirán la disposición de inicio del diseño del producto/servicio al Coordinador/a General de Desarrollo Institucional mediante memorando del Despacho de la Prefectura o acta del Comité de Gestión de Calidad y Desarrollo Institucional respectivamente. R1. Acta de Comité de Gestión de la Calidad R2. Memorando de disposición de inicio del D&D
2.	Solicitar al Director correspondiente el inicio de diseño y desarrollo del producto/servicio	Director de Innovación y Mejora Continua	Recibe R1. Acta de Comité de Gestión de la Calidad o R2. Memorando de disposición de inicio del D&D de inicio del proceso de diseño del producto/servicio y solicitará al Coordinador General o Director relacionado con el producto/servicio, conformar y designar el equipo para elaborar el informe de necesidad.
3.	Elaborar el informe de diseño del producto/servicio	Coordinador General / Director de Unidad administrativa designada para el D&D/Analista delegado para el D&D	El Director de la unidad administrativa y/o Analista designados para diseñar el producto/servicio elabora el F2 Informe del producto/servicio FOR-PRO-GEI-IMC-DPS-001-002 , en el que debe constar: ✓ Antecedentes (determinar si el nuevo trámite administrativo se encuentra creado en una ley, un decreto ejecutivo o una ordenanza la misma que deberá tener relación directa con el servicio o fin que atiendan, o con un sustento en una nueva competencia otorgada al GAD Manabí).

			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Análisis de los requisitos legales externos y sobre la normativa interna que apliquen y faculten para la prestación del servicio público que se pretende entregar en el GAD Manabí. ✓ Análisis de mercado objetivo y partes interesadas como insumo para determinar los requisitos del Diseño y Desarrollo ✓ Requisitos generales funcionales del producto/servicio* ✓ Costeo del producto/servicio (referencial) ✓ Análisis de los impactos positivos y negativos, así como también los beneficios que generaría el trámite administrativo, en el que evidenciarán que el nuevo producto/servicio no generará cargas innecesarias para las y los ciudadanos, ni económicos para el GAD Manabí. <p>*NOTA: Los requisitos funcionales generales pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Físicos (Aspectos mecánicos, eléctricos, tecnológicos, químicos o biológicos) - Lógicos (biométricos) - Sensoriales (Olfato, tacto gusto, vista y oído) - Comportamiento (Cortesía, honestidad, veracidad) - Tiempo (Puntualidad, confiabilidad, disponibilidad) - Ergonómicas (Fisiológicas o relacionadas con la seguridad de las personas).
--	--	--	---

4.	Revisar y aprobar el informe de diseño del producto/servicio	Director de Innovación y Mejora Continua	<p>El Director de Innovación y Mejora Continua revisa el F2 Informe del producto/servicio FOR-PRO-GEI-IMC-GSE-DPS-001-002.</p> <p>Se verifica si el nuevo producto/servicio, se encuentra en operación y debe ser simplificado, en caso de serlo se continúa con el flujo a la actividad 5, caso contrario se continuará con la actividad 6.</p> <p>ACTIVIDAD CRÍTICA</p> <p>Control: Revisión del cumplimiento de requerimiento al D&D, si tiene componente tecnológico solicitar revisión y aprobación del Director de Tecnologías de la Información y Comunicación</p> <p>Responsable: Director de Innovación y Mejora Continua / Director de Tecnologías de la Información y Comunicación</p> <p>Frecuencia: Bajo demanda</p>
5.	Requerir aprobación al Ente Rector de Simplificación de Trámites	Prefecto (a) / Comité de Gestión de la Calidad y Desarrollo Institucional	<p>En caso que el producto/servicio es simplificado, El (la) Prefecto (a) remitirá mediante un oficio el F2 Informe del producto/servicio FOR-PRO-GEI-IMC-GSE-DPS-001-002 y la autorización de inicio del diseño del servicio/producto del GAD Manabí, (memorando o acta de comité), al Ente Rector de Simplificación de Trámites para su aprobación.</p> <p>En caso que el dictamen por parte del Ente Rector de Simplificación de Trámites NO sea favorable finaliza el proceso, caso contrario se continúa con la actividad 6.</p>

6.	Establecer las características del producto/servicio y disponer la documentación necesaria para su operación	Director de Innovación y Mejora Continua	<p>Una vez recibido el dictamen favorable por parte del Ente Rector de Simplificación de Trámites o la autorización del inicio de diseño del producto/servicio, el Director de Innovación y Mejora Continua establecerá las características generales funcionales* que deberá tener el producto/servicio y con este insumo solicitará al Director designado, remitir información para completar el diseño para el producto/servicio.</p> <p>Si se determina que se debe crear o modificar normativa legal interna del GAD Manabí que ampare y norme la ejecución del producto/servicio se deberá proceder según procedimiento Gestión de Proyectos, Instrumentos Normativos y Políticas de la Dirección de Políticas y Normas.</p> <p>*NOTA: Las características generales funcionales deberán ser los requisitos funcionales establecidos en la actividad 3 del presente procedimiento, transformados a características que debe guardar el producto/servicio.</p> <p>Ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Requisito funcional: Tiempo óptimo en la prestación de "X" servicio • Característica funcional: Debe entregarse el "X" servicio, al menos en "Y" minutos, desde que el ciudadano lo solicita.
7.	Determinar recursos necesarios, proveedores y actores involucrados, documentos requeridos,	Coordinador General / Director de Unidad administrativa designada para el	<p>El Director designado determinará los recursos necesarios para la provisión del producto/servicio, estos pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Talento Humano, determinando las capacidades necesarias que debe tener el personal a contratar, la cantidad necesaria, etc.

	<p>identificar los riesgos, costeo del servicio y presupuesto, la taxonomía para la provisión del producto/servicio</p>	<p>D&D/Analista delegado para el D&D</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La infraestructura necesaria. - El hardware y software necesario para su operación. - El mobiliario y enseres necesarios. <p>Una vez determinado los recursos necesarios para la provisión del servicio el Director asignado deberá establecer un análisis de proveedores necesarios que se necesita para la operación del proceso, en donde se deberá tener especificaciones por ejemplo para compra de materiales, equipos, y servicios, así como para convenios con otras entidades de gobierno, de ser necesario.</p> <p>El Director designado deberá establecer los Planes, Lineamientos, Procedimientos, Instructivos, Manuales, Formatos, Especificaciones técnicas, Especificaciones de Requerimiento de Software (ERS) y demás documentos necesarios para la operación del Producto/Servicio diseñado*, utilizando los formatos de documentos institucionales de procesos correspondientes para su aplicación.</p> <p>Para la ejecución de esta actividad obligatoriamente se deberá coordinar con las unidades de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dirección de Innovación y Mejora Continua - Dirección/s correspondiente/s de las Coordinaciones Generales involucradas - Dirección/s de Tecnologías de la Información (para desarrollo del ERS) - Dirección requerida para determinación de los documentos necesarios. <p>De la misma manera se deberá identificar los riesgos inherentes al producto/servicio elaborado, éstos serán identificados y administrados según</p>
--	---	--	---

			<p>las directrices del procedimiento Gestión del Riesgo Institucional.</p> <p>*NOTA: Los documentos del SGC resultantes deberán ser elaborados según las directrices del procedimiento de Gestión de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad, en borrador, y una vez que el servicio esté listo para ponerlo a disposición a la ciudadanía, será revisado y aprobado.</p> <p>Con todos los elementos determinados anteriormente el Director designado deberá establecer el costeo del producto/servicio y un presupuesto detallado.</p> <p>Además se deberá establecer la respectiva taxonomía de servicios utilizando el Catálogo de servicios, casos y trámites (Taxonomía de Servicios) definido por la Dirección de Innovación y Mejora Continua</p>
8.	Revisar y aprobar los documentos generados del diseño del producto/servicio	Director de Innovación y Mejora Continua	<p>Revisará toda la documentación elaborada en la actividad anterior; y de ser el caso aprobará las salidas del D&D del producto/servicio con "Acta de acuerdos del D&D" del producto/servicio, utilizando el formato de F1 Acta de acuerdos FOR-PRO-GEI-IMC-GSE-DPS-001-001</p> <p>Además, el Director de Innovación y Mejora Continua, determinará si es necesario un plan de comunicación y su ejecución, si es el caso, se deberá coordinar conjuntamente con la Dirección de Comunicación Institucional, siguiendo el procedimiento Gestión de Comunicación Institucional</p>

			<p>Si se aprueba el documento se continua con la actividad 9.</p> <p>En caso que no se aprueben los documentos generados en el diseño del producto/servicio se regresa a la actividad 5, caso contrario continúa con el flujo.</p> <p>ACTIVIDAD CRÍTICA</p> <p>Control: Revisión de las salidas del D&D</p> <p>Responsable: Director de Innovación y Mejora Continua</p> <p>Frecuencia: Bajo demanda</p>
--	--	--	--

9.	Establecer un plan de verificación "equipo multidisciplinario" independiente de verificación del diseño	Director de Innovación y Mejora Continua	<p>Una vez aprobada las salidas del diseño del producto/servicio, el Director de Innovación y Mejora Continua elaborará un plan de verificación por medio de un taller en donde se convocará a un equipo multidisciplinario para el análisis conceptual/teórico y su aceptación funcional a las salidas expuestas en el diseño establecido*.</p> <p>Este análisis y su aceptación representan la conformidad a los documentos establecidos y aprobados hasta el momento del diseño al respecto de los requisitos de entrada.</p> <p>Este taller de personal multidisciplinario estará compuesto por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordinadores Generales o delegados - Director o Delegado de Tecnologías de la Información y Comunicación TIC - Director o Delegado de Políticas y Normas - Personal designado de los Directores o actores involucrados en el producto/servicio <p>NOTA: El equipo multidisciplinario debe ser independiente o diferente al equipo que trabajo en la determinación de requisitos y salidas que se aprobaron en las actividades 4 y 8 respectivamente, del presente procedimiento</p>
----	---	--	---

10.	Ejecutar el taller multidisciplinario de verificación del diseño y desarrollo	Equipo multidisciplinario de verificación de Diseño y Desarrollo	<p>El Equipo multidisciplinario ejecutará el taller de verificación* del D&D del producto/servicio mediante coordinación del Director de Innovación y Mejora Continua o su delegado.</p> <p>El equipo designará un líder de entre los asistentes.</p> <p>Al final del taller se firmará un utilizando el formato F1 Acta de acuerdos FOR-PRO-GEI-IMC-GSE-DPS-001-001</p> <p>ACTIVIDAD CRÍTICA</p> <p>Control: Verificación del D&D</p> <p>Responsable: Líder del Equipo multidisciplinario de verificación de Diseño y Desarrollo</p> <p>Frecuencia: Bajo demanda</p> <p>NOTA: La verificación es la comprobación conceptual de que los requisitos (entradas del D&D) del producto/servicio, estén en conformidad con las características funcionales y de desempeño (salidas del D&D) del producto/servicio.</p>
10.1	Realizar ajustes respectivos en documentos específicos	Coordinador General / Director de Unidad administrativa designada para el D&D/Analista delegado para el D&D	Si en el acta de acuerdos emitida en el taller de verificación existe inconformidad (NO CUMPLE CRITERIOS PLANIFICADOS DE CALIDAD ESTABLECIDOS), se deberá ajustar/adecuar los documentos que pueden haberse elaborado en cualquier actividad correspondiente para que cumpla con la verificación establecida, observaciones desarrolladas y/o realizar los ajustes respectivos en documentos específicos.

11.	Aprobar el Diseño del producto/servicio del GPM verificado por equipo multidisciplinario	El (la) Prefecto (a) / Comité de Gestión de la Calidad y Desarrollo Institucional	<p>Una vez que existe conformidad de parte de la verificación con el personal del equipo multidisciplinario, el (la) Prefecto (a) o el Comité de Gestión de la Calidad y Desarrollo Institucional, realizará la revisión de todo el diseño del producto/servicio, que incluye la taxonomía que establece la tarifa del producto/servicios si aplica; si está de acuerdo firmará en la misma acta de acuerdos como aprobación y autoriza el inicio de las pruebas piloto (validación del D&D).</p> <p>En caso de ser aprobado el diseño del producto/servicio continúa con el flujo, caso contrario regresa a la actividad 9.</p>
12.	Establecer el plan de validación del desarrollo del producto/servicio mediante pruebas piloto	Director de Innovación y Mejora Continua	<p>Una vez aprobado la verificación del diseño, el Director de Innovación y Mejora Continua deberá elaborar el plan de validación del desarrollo del producto/servicio mediante pruebas piloto.</p> <p>Si para el producto/servicio se necesita desarrollar o versionar un software se deberá proceder según el procedimiento de Proyectos de Tecnología con las Especificaciones de Requerimiento de Software respectivo; caso contrario el Director designado deberá ejecutar, coordinar y supervisar las pruebas piloto a la prestación del producto/servicio.</p>
13.	Coordinar la ejecución de las prueba piloto	Coordinador General / Director de Unidad administrativa designada para el D&D/Analista delegado para el D&D	<p>El Director designado ejecutará, coordinará y supervisará las pruebas piloto necesarias según plan de validación. Por cada prueba se generará un informe de los resultados de calidad ya sean técnicos y funcionales. Al final se genera un acta de acuerdo de validación del desarrollo del producto/servicio utilizando el formato F1 Acta de acuerdos FOR-PRO-GEI-IMC-GSE-DPS-001-001; en donde se dará una validación operativa para su prestación (puesta en producción).</p> <p>En la ejecución de las pruebas piloto pueden ser parte las unidades correspondientes para el efecto.</p>

			<p>ACTIVIDAD CRÍTICA</p> <p>Control: Validación del D&D</p> <p>Responsable: Coordinador/a General de Servicios</p> <p>Frecuencia: Bajo demanda</p>
13.1	Realizar ajustes respectivos en documentos específicos	Coordinador General / Director de Unidad administrativa designada para el D&D/Analista delegado para el D&D	El Director encargado del D&D ajustará de acuerdo a los resultados brindados por las pruebas piloto los documentos que correspondan el ajuste/adecuación en las actividades correspondientes anteriores del presente procedimiento. Si se actualizan documentos del SGC se deberán seguir los lineamientos según procedimiento de “Gestión de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad” . Si es un ajuste de tipo tecnológico deberá seguir el proceso conforme a lo establecido en el procedimiento “Proyectos, de Tecnología”
14.	Aprobar y disponer puesta en producción el producto/servicio desarrollado	El (la) Prefecto (a) / Director de Innovación y Mejora Continua	Con el acta final de validación de las pruebas piloto, se entenderá que el producto/servicio se encuentra listo para su respectiva provisión, de esta manera el (la) Prefecto (a) y/o Director de Innovación y Mejora Continua aprobarán el desarrollo del producto/servicio y dispondrán su puesta en producción final y su prestación a la ciudadanía en general, a través de un memorando.

15.	Verificar que expediente de D&D se encuentre completo	Director de Innovación y Mejora Continua	<p>Verificará que se encuentre completo el expediente del producto/servicio mediante el F3 Check List de Diseño y Desarrollo FOR-PRO-GEI-IMC-GSE-DPS-001-003.</p> <p>Finalmente, la Dirección de Innovación y Mejora Continua, se encargará de archivar el expediente de manera física.</p>
-----	---	--	--

7. INDICADORES DE GESTIÓN

N°	Indicador	Definición	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Responsable de Medición	Fuente de la Medición	Frecuencia de Medición
1	Porcentaje de cumplimiento de requisitos	Mide el cumplimiento de los requisitos establecidos en el procedimiento	(Total de requisitos generados / Numero de requisitos establecidos en Check list)* 100%	Porcentaje	Analista de Innovación y Mejora Continua	Check List de Diseño y Desarrollo	Bajo demanda

8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS

8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Formato 1 y Registros 13, 15 y/o 18	FOR-PRO-GEI-IMC-GSE-DPS-001-001.	Acta de acuerdos	Director de Innovación y Mejora Continua	Física: Check List de Diseño y Desarrollo	Cronológico	Director y/o Analistas de Innovación y Mejora Continua	Tiempo de retención: 4 años Disposición: Archivo
Formato 2 y Registro 3	FOR-PRO-GEI-IMC-GSE-DPS-001-002.	Informe del producto/servicio	Director de Innovación y Mejora Continua	Física: Check List de Diseño y Desarrollo	Cronológico	Director y/o Analistas de Innovación y Mejora Continua	Tiempo de retención: 4 años Disposición: Archivo
Formato 3 y Registro 21	FOR-PRO-GEI-IMC-GSE-DPS-001-003.	Check List de Diseño y Desarrollo	Director de Innovación y Mejora Continua	Física: Check List de Diseño y Desarrollo	Cronológico	Director y/o Analistas de Innovación y Mejora Continua	Tiempo de retención: 4 años Disposición: Archivo



PREFECTURA DE
MANABÍ
Desarrollo y Equidad

Procedimiento

Acciones correctivas y de mejora
PRO-GEI-IMC-PRC-AEC-001

Dirección de Innovación y Mejora Continua

Enero - 2023

Versión 1.0

CÓDIGO: PRO-GEI-IMC-PRC-AEC-001		VERSIÓN 1.0	
<p>PROCEDIMIENTO:</p> <p>Acciones correctivas y de mejora</p>			
DESCRIPCIÓN	CARGO	FIRMA	FECHA
APROBADO POR	Eco. Grace Rivera Coordinadora General de Desarrollo Institucional Cargo		
REVISADO POR	Ing. Iván González Director de Innovación y Mejora Continua		
ELABORADO POR	Ing. Mauricio Sarabia Consultor		
	Ing. Gema Rodríguez Analista de Innovación y Mejora Continua		

IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

Proceso Nivel 0:	Gestión Estratégica de Desarrollo Institucional		
Proceso Nivel 1:	Gestión de Innovación y Mejora Continua		
Proceso Nivel 2:	Gestión de Procesos		
Proceso Nivel 3:	Acciones correctivas y de mejora		
Versión del documento:	1.0	Frecuencia de Ejecución:	Bajo demanda
Responsable:	Director de Innovación y Mejora Continua		

REGISTRO DE VERSIONES

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de elaboración	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
1.0	Creación	<p><i>Elaborado por</i></p> <p><i>Ing. Gema Rodríguez</i></p> <p>Analista de Innovación y Mejora Continua</p> <p>/</p> <p><i>Aprobado</i></p> <p>Eco. Grace Rivera</p> <p>Coordinadora General de Desarrollo Institucional</p> <p>Cargo</p>	Enero - 2023	No aplica

CONTENIDO

1. OBJETIVO	5
2. ALCANCE.....	5
3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS	5
4. MARCO NORMATIVO	6
4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS.....	6
4.2. DOCUMENTOS INTERNOS	6
4.3. NORMAS GENERALES	6
5. DIAGRAMAS.....	9
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	9
5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO	10
5.3. DIAGRAMA DE FLUJO	11
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.....	12
7. INDICADORES DE GESTIÓN.....	27
8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS	28
8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	28

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos para Identificar, analizar, definir y ejecutar acciones correctivas, que permitan eliminar las causas de las No Conformidades reales y potenciales detectadas en el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC); con el fin de controlar y mitigar el impacto, así como, evitar la reincidencia o prevenir la ocurrencia de las mismas y gestionar las oportunidades de mejora en los procesos y servicios del Gobierno Provincial de Manabí (GPM).

2. ALCANCE

Desde el establecimiento de las acciones correctivas, hasta la ejecución de las acciones correctivas; incluye la gestión de oportunidades de mejora del Sistema de Gestión de la Calidad del Gobierno Provincial de Manabí (GPM).

3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

- **SGC:** Sistemas de Gestión de Calidad
- **Acción correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable y evitar que el problema vuelva a ocurrir por la misma causa.
- **Corrección:** Acción tomada para eliminar el impacto de una no conformidad detectada. Dependiendo del problema, puede no aplicar.
- **Oportunidad de Mejora:** Acción realizada para optimizar y potencializar el desempeño de un proceso o el cumplimiento de los requisitos.
- **Mejora continua:** Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.
- **No conformidad:** Incumplimiento de un requisito ya sea de Norma, de una especificación de proceso, y/u otras discrepancias.
- **No Conformidad Mayor (NCM):**
 - ✓ La ausencia de uno o más elementos requeridos por la norma o una situación que crea dudas significativas de que el producto o el servicio cumplan con los requisitos especificados.
 - ✓ Un grupo de no conformidades categoría menor que indican una inadecuada implantación o ineficacia del sistema con respecto a algún elemento de la norma.
- **No Conformidad Menor (NCm):** Un error detectado en alguna disciplina o control durante la implantación de los requerimientos del sistema/procedimientos, que no indican una falla significativa del sistema o cree dudas de que el producto o el servicio cumpla con los requisitos.

- **No Conformidad potencial u observación:** Una posible o probable desviación que puede causar a futuro una No Conformidad.
- **AC/AM:** Acción correctiva/ Acción de mejora.

4. MARCO NORMATIVO

4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS

- ✓ Norma ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos.
- ✓ Norma ISO 19011:2011, Directrices para la Auditoría de los Sistemas de Gestión

4.2. DOCUMENTOS INTERNOS

- ✓ Auditorías Internas del Sistema de Gestión de Calidad
- ✓ Producto no conforme
- ✓ Revisión por la Dirección
- ✓ Administración del Riesgo Institucional

4.3. NORMAS GENERALES

- Las normas de este documento son de aplicación obligatoria para todos los servidores del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, en tanto guarden conformidad con las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y resoluciones vigentes al momento de su ejecución.
- El servidor que incumpliere sus obligaciones o contraviniera las disposiciones de este documento, así como las leyes y normativa conexas, incurrirá en responsabilidad administrativa que será sancionada disciplinariamente, sin perjuicio de la acción civil o penal que pudiere originar el mismo hecho.
- Todo proceso o subproceso, deberá incorporar el concepto de mejora continua en su diagramación y generación de documentos, procurando la simplificación de trámites y tareas, eliminar duplicidad de tareas, y optimizando la transaccionalidad.
- El director de innovación y mejora continua o su delegado, en conjunto con el responsable de gestionar la acción correctiva y/o de mejora, Coordinador General, Director de área o delegado de la unidad administrativa correspondiente, conformarán los equipos de trabajo para la formulación de los planes de acción y designarán los roles de cada integrante.
- La Dirección de Innovación y Mejora Continua será la encargada de consolidar los planes de acción a nivel institucional y dar el seguimiento del cumplimiento de las acciones, así como del cierre de los planes en los tiempos establecidos, a través del formato **FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-AEC-001-001, Matriz de Seguimiento de las No Conformidades/Oportunidades de Mejora**
- Los equipos que se conformen para la ejecución de las acciones correctivas se


denominaran **GAC** o Grupos de Acción Correctiva, mientras que, los equipos que se conformen para la ejecución de las acciones de mejora se denominaran **GAM**.

- El director de innovación y mejora continua es el responsable de seleccionar el rol verificador de la ejecución de la acción correctiva y/o de mejora.
- El líder del equipo de acción correctiva y/o de mejora será el encargado de designar los responsables que ejecuten las acciones planificadas.
- El plan de acción correctiva o de mejora deberá ser gestionado por el Líder del equipo y entregado físicamente a la Dirección de Innovación y Mejora Continua en un plazo no mayor a los 15 días laborables, (posteriores a la entrega formal del informe de Auditoría Interna o Externa, cuando ocurra este evento, realizado por una casa certificadora contratada para el efecto) o de los diferentes tipos de solicitudes establecidos en el presente documento.
- Si las acciones correctivas "AC" y/o de mejora "AM" requieren de recursos (económico, humano, tecnológico, etc.) o apoyo externo para la implementación (asesores, fondos externos, etc.), estos deberán ser autorizados por los niveles directivos pertinentes y programados de acuerdo con la disponibilidad institucional y en cumplimiento de los procedimientos o procesos relacionados.
- El Líder del equipo de Acciones Correctivas o de mejora, es el responsable de llevar a cabo el análisis de causa raíz para cada una de las No Conformidades u Oportunidades de mejora. El análisis de causas y planteamiento de acciones correctivas o de mejora, debe ser registrado en el formato **FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-AEC-001-002 Gestión de Acciones Correctivas y de Mejora**.
- Las fechas comprometidas en el plan de acciones correctivas o de mejora registradas en el formato **FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-AEC-001-002** serán de estricto cumplimiento; por lo cual, en el caso de necesitar reprogramaciones de las mismas, el Responsable de gestionar la acción correctiva o de mejora, deberá remitir (máximo por una ocasión) un mail solicitando la ampliación de las fechas e informando las particularidades suscitadas o las razones de los retrasos, al Director de Innovación y Mejora Continua, adjuntando para este efecto, actas de reunión firmadas por las partes involucradas, disposiciones escritas vía memorandos o correos electrónicos institucionales, entre otros, que permitan evidenciar las causas del mismo.
- El estado de los GAC o GAM que no hayan cumplido las acciones correspondientes, aún después de la reprogramación de los tiempos, serán notificados al nivel Directivo respectivo (mediante correo, memorando o el medio más efectivo para el efecto) para la toma de decisiones correspondientes.
- La Dirección de Innovación y Mejora Continua, como parte del seguimiento a los GAC/GAM remitirá, mediante memorandos o correos electrónicos, de manera mensual o cuando las autoridades dispongan, el estado de los planes de acción a los responsables de Gestionar la acción correctiva o de mejora y al nivel Directivo pertinente.

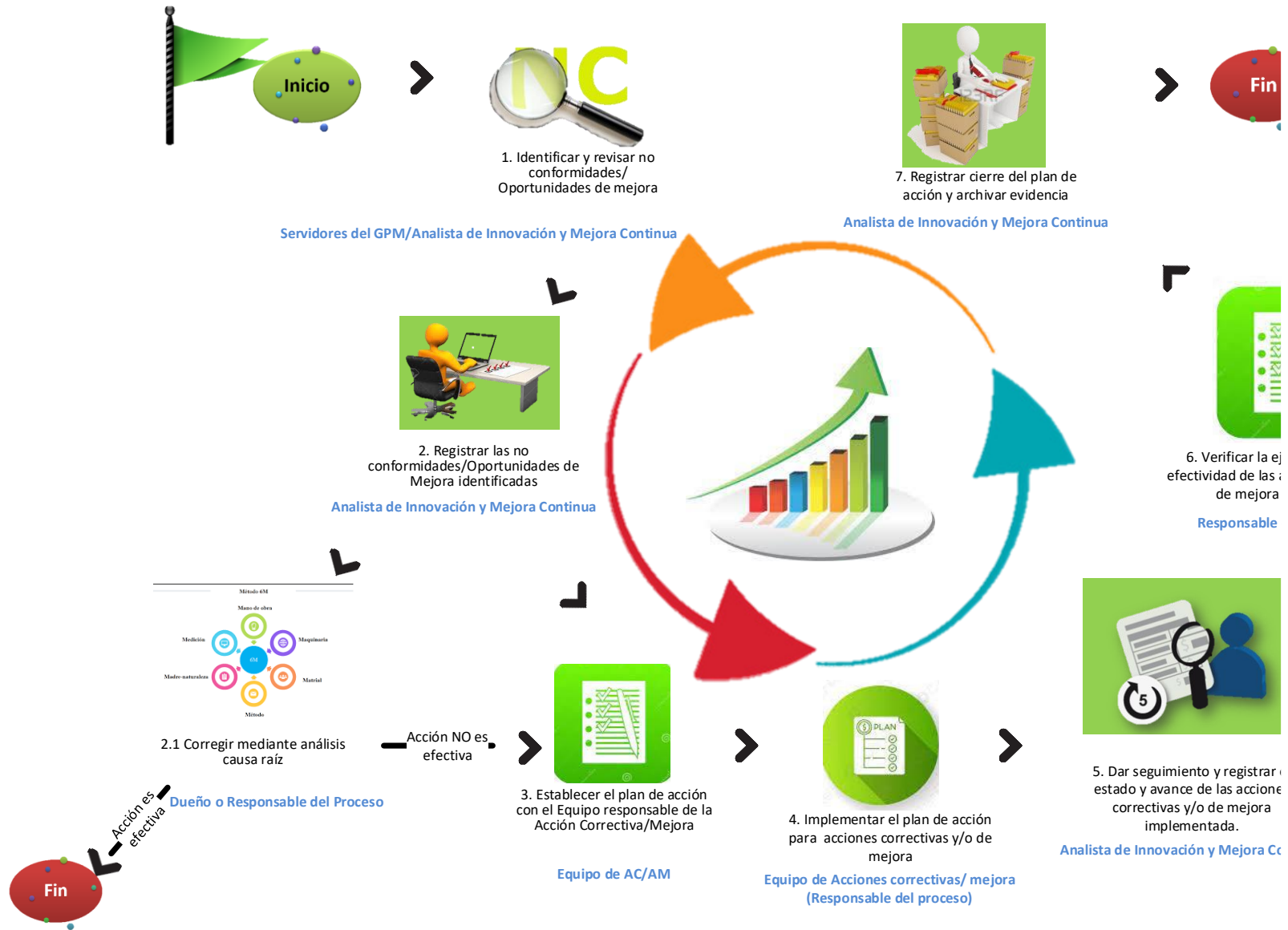
- La Dirección de Innovación y Mejora Continua coordinará la realización periódica de reforzamientos o difusión de este procedimiento al personal de la institución en todos los niveles; así también, al personal de la Dirección de Innovación y Mejora Continua, y a los delegados del equipo de mejora continua que se conforme en el GPM, los cuales realizarán actividades de entrenamiento para promover la difusión y aplicación de este procedimiento mediante la ejecución de casos prácticos.
- Se considerarán como fuentes de identificación o información de No conformidades reales, potenciales, u oportunidades de mejora las siguientes:
 - Informes de Auditoría Interna del SGC.
 - Informes de Auditoría Interna de la Unidad de Contraloría General del Estado en el GPM.
 - Informes de Auditoría de entes de control, de la Contraloría General del Estado.
 - Informes de evaluación de la Dirección de Transparencia en la Gestión.
 - Informes de Gestión.
 - Resultados de indicadores de procesos o producto.
 - Productos no conformes.
 - Quejas y reclamos de usuarios/ciudadanía
 - Resultados de encuestas de percepción o de satisfacción.
 - Oportunidades de mejora identificadas en los procesos y procedimientos.
 - Revisiones por la Dirección, entre otros aspectos.
- En el caso de identificar cambios o afectaciones a los riesgos detallados en la matriz de riesgos institucional, se informará a la Dirección de Transparencia en la Gestión, conforme a lo descrito en el procedimiento correspondiente para su gestión.
- Todos los aspectos que no se encuentren normados de forma expresa en este procedimiento deben ser complementados o suplidos por las disposiciones del marco normativo vigente.

5. DIAGRAMAS

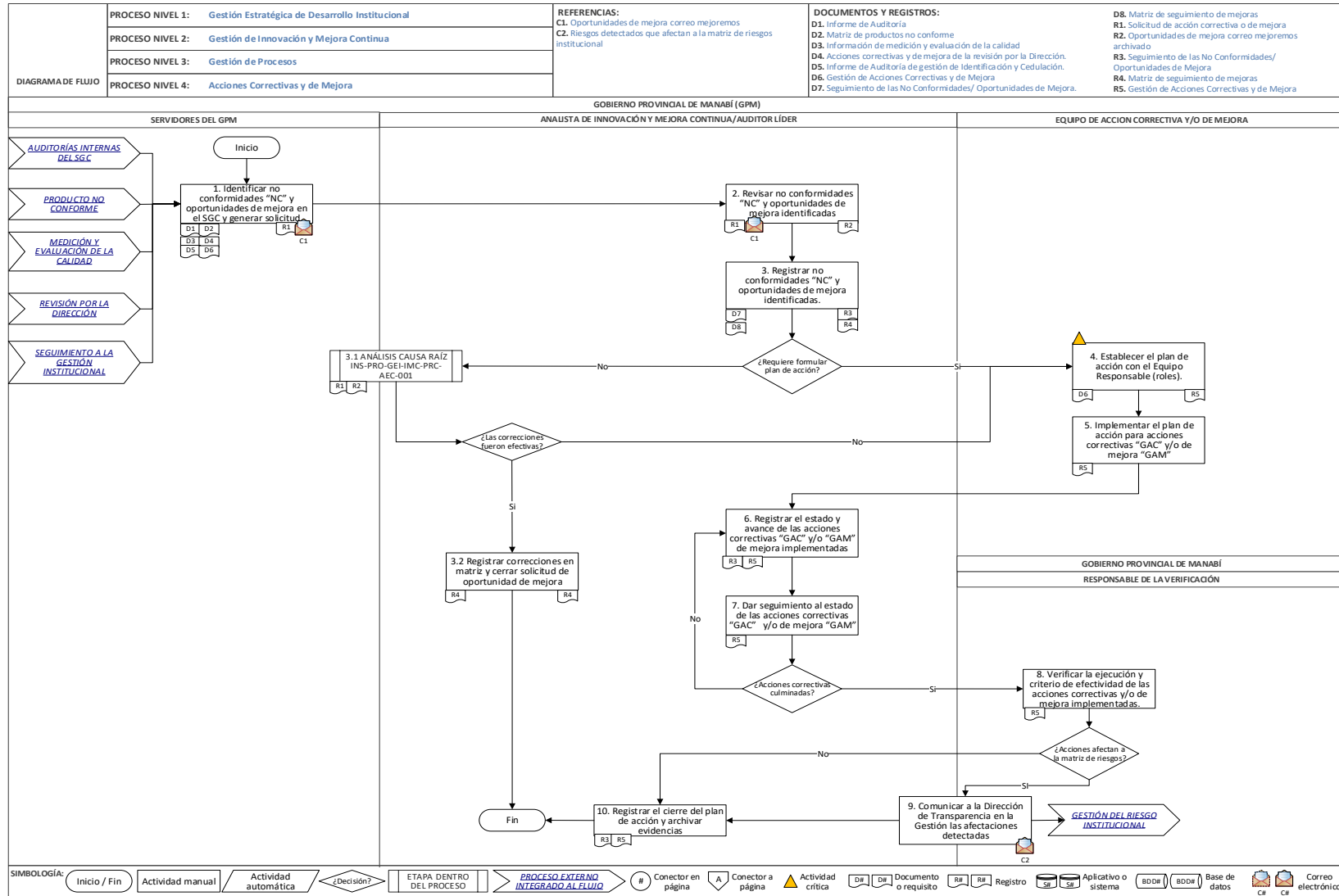
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

	1. NOMBRE DEL PROCESO: Acciones Correctivas y de Mejora	DIAGRAMA DE CARACTERIZACIÓN		
3. OBJETIVO DEL PROCESO: <i>Establecer los lineamientos para Identificar, analizar, definir y ejecutar acciones correctivas, que permitan eliminar las causas de las No Conformidades reales y potenciales detectadas en el SGC; con el fin de controlar y mitigar el impacto, así como, evitar la reincidencia o prevenir la ocurrencia de las mismas e identificar oportunidades de mejora en los procesos y servicios del GPM.</i> RESPONSABLES DEL RESULTADO: <i>Directora de Innovación y Mejora Continua</i> OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE CONTRIBUYE: <i>OE1: Promover el desarrollo sustentable de su circunscripción territorial provincial, para garantizar la realización del buen vivir a través de la implementación de políticas públicas provinciales en el marco de sus competencias constitucionales y legales.</i>				
12. CONTROLES: 1. ACTIVIDAD: 4. Establecer el plan de acción con el Equipo Responsable. CONTROL: Verificar que las acciones planteadas eliminen o mitiguen la no conformidad. RESPONSABLE: Responsable de la gestión de la acción correctiva o de mejora FRECUENCIA: Bajo demanda				
9. DOCUMENTACIÓN INTERNA: <ul style="list-style-type: none"> - Auditorías Internas del Sistema de Gestión de Calidad - Producto no conforme - Medición y Evaluación de la Calidad - Revisión por la Dirección - Gestión del Riesgo Institucional - Seguimiento a la Gestión Institucional 	8. DOCUMENTACIÓN EXTERNA: <ul style="list-style-type: none"> - Norma ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos - Norma Técnica para la Mejora Continua e Innovación de Procesos y Servicios - Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos Del GPM 	10. REGISTROS: <ul style="list-style-type: none"> - Descritos en el diagrama de flujo 		
7. PROVEEDORES: <ol style="list-style-type: none"> 1) Auditorías Internas de Calidad 2) Producto No Conforme 3) Medición y Evaluación de la Calidad 4) Revisión por la Dirección 5) Seguimiento a la Gestión Institucional 6) Servidores del GPM 	6. ENTRADAS: <ol style="list-style-type: none"> 1) Informe de auditorías internas 2) Detalle del producto no conforme 3) Información sobre preguntas y quejas 4) Solicitud de Acciones correctivas y de mejora de la revisión por la Dirección. 5) Informe de Auditoría Interna 6) No conformidades u oportunidades de mejora identificadas y solicitadas por los servidores del GPM 	11. ACTIVIDADES: ACTIVIDAD INICIAL: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar no conformidades y oportunidades de mejora en el SGC y generar solicitud ACTIVIDAD FINAL: <ol style="list-style-type: none"> 10. Registrar el cierre del plan de acción y archivar evidencias 	2. SALIDAS: <ol style="list-style-type: none"> 1) Causas de las no conformidades mitigadas o eliminadas CARACTERÍSTICAS <ol style="list-style-type: none"> 1) Efectividad de la acción correctiva propuesta 	4. USUARIOS: <ol style="list-style-type: none"> 1) Auditorías Internas de Calidad 1) Revisión por la Dirección 1) Prefecto 1) Servidores del GPM
13. RECURSOS: SOFTWARE: <ul style="list-style-type: none"> - Utilitarios de oficina. HARDWARE: <ul style="list-style-type: none"> - Equipo de computo INFRAESTRUCTURA: <ul style="list-style-type: none"> - Estación de trabajo. RECURSOS HUMANOS: <ul style="list-style-type: none"> - Responsable de verificación. - Equipo de acciones correctivas/mejora. - Analista de Innovación y mejora continua / Auditor Líder - Servidores de la DIMC. 			5. INDICADOR DE RESULTADO: 1. NOMBRE DEL INDICADOR: <ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de acciones efectivas FORMULA DE CALCULO: <ul style="list-style-type: none"> - ((# de criterio de efectividad efectivo)/ (# de total de criterios de efectividad implementados) x 100)) (efectivo = cumplimiento de fechas comprometidas) 	14. RIESGOS: <ul style="list-style-type: none"> - Descritos en el procedimiento "Gestión de Riesgo Institucional"

5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO



5.3. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

#	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCION
1	Identificar no conformidades u oportunidades de mejora en el SGC y generar solicitud	Servidores del Gobierno Provincial de Manabí	<p>Los servidores del GPM identificarán las no conformidades y/o las oportunidades de mejora a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Incumplimiento a los requisitos del SGC o documentos normativos, reglamentarios o legales, evidenciados en el Informe de Auditoría Interna resultante del Procedimiento de Auditorías Internas del Sistema de Gestión de la Calidad. • El Incumplimiento a los requisitos del SGC o documentos normativos, reglamentarios o legales, evidenciados en el Informe de Auditoría Externa resultante de la Auditoría de Certificación ejecutada por la casa certificadora externa. • La revisión de los indicadores establecidos en los procesos. • La matriz de productos no conformes, resultante del Procedimiento de Producto No Conforme. • La información sobre la medición de la calidad de los servicios del GPM resultante del Procedimiento de Medición y Evaluación de la Calidad, incluyendo las quejas de los usuarios. • Las solicitudes de acciones correctivas y de mejora, resultante del Procedimiento de Revisión por la Dirección. • No conformidades, oportunidades de mejora y/o sugerencias de mejora identificadas por los servidores del GPM en los diferentes procesos del SGC. <p>Posterior a la identificación de la no conformidad u oportunidad de mejora, el</p>

			<p>Servidor del GPM que la haya detectado, deberá generar una solicitud de acción correctiva formal al Director de Innovación y Mejora Continua, utilizando para este efecto el formato FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-AEC-001-002 Gestión de Acciones Correctivas y de Mejora (Sección 1).</p> <p>Adicional, las oportunidades de mejora o sugerencias podrán ser canalizadas a la Dirección de Innovación y Mejora Continua por medio de la cuenta de correo institucional mejoracontinua@gpm.gob.ec</p>
2	Revisar no conformidades y oportunidades de mejora identificadas	Analista de innovación y mejora continua/Auditor líder	El Analista de Innovación y Mejora Continua revisará las no conformidades, oportunidades de mejora o sugerencias de calidad y validará si estas no han sido ingresadas anteriormente, con el fin de definir si es un punto nuevo de análisis o para ampliar el dimensionamiento de una no conformidad u oportunidad de mejora ya detectada.
3	Registrar las no conformidades y oportunidades de mejora identificadas	Analista de innovación y mejora continua/Auditor líder	<p>El Analista de Innovación y Mejora Continua, en base de las solicitudes formales ingresadas por medio del formato FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-AEC-001-002 Gestión de Acciones Correctivas y de Mejora, registrará las No Conformidades y/u oportunidades de mejora identificadas y validadas por el Director de Innovación y Mejora Continua (de ser el caso), en la “Matriz de seguimiento de las no conformidades/ oportunidades de mejora” FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-AEC-001-001, en donde se registrarán los siguientes campos preliminares:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) El código secuencial asignado al GAC o GAM. 2) La Coordinación General, Dirección, Sub Dirección o unidad administrativa a la que pertenece el GAC o GAM.

			<p>3) El proceso al que aplica el GAC o GAM.</p> <p>En el caso de las oportunidades de mejora o sugerencias ingresadas por medio de la cuenta de correo mejoracontinua@gpm.gob.ec, será responsabilidad del Analista de Innovación y Mejora Continua designado para la administración de la cuenta, analizar cada una de las mismas, canalizarlas al Dueño o Responsable del proceso al que aplique y registrarlas en la “Matriz de seguimiento de mejoras- FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-AEC-001-003”.</p> <p>En este punto, el Analista de Innovación y Mejora Continua, en conjunto con el Director de Innovación y Mejora Continua, determinarán si las solicitudes ingresadas por los diferentes canales requieren la formulación de un plan de acción correctiva y/o de mejora; o a su vez, un análisis de calidad interno, mismo que se lo realizará siguiendo los parámetros establecidos en el instructivo “Análisis de Causa Raíz” INS-GEI-IMC-PRC-AEC-001-001. En cualquiera de los 2 casos, el Director de Innovación y Mejora Continua informará mediante memorando al Dueño o Responsable del proceso afectado, para que inicie las gestiones respectivas.</p> <p>El código secuencial asignado mantendrá la siguiente estructura: GAC-XXX o GAM-XXX, ejemplo (GAC-001/GAM-001), asignado consecutivamente la numeración conforme a las no conformidades y oportunidades de mejora detectadas.</p>
3.1	Análisis Causa Raíz INS-PRO-GEI-IMC-	Analista de innovación y mejora	El instructivo servirá para realizar un análisis de las oportunidades de mejora o sugerencias ingresadas por la cuenta de correo institucional mejoracontinua@gpm.gob.ec . Además, se pueden analizar problemas detectados

	PRC-AEC-001	continua/Auditor líder	<p>en la operación de los procesos del GPM.</p> <p>Si durante el análisis que se ejecute con el análisis de causa raíz, se logra encontrar y verificar la solución a los problemas, quejas, oportunidades de mejora o sugerencias identificadas, se continuará con la actividad 3.2.</p> <p>Si no se ha encontrado la solución; o su vez, la solución planteada no resulta efectiva, se deberá generar una solicitud de GAC O GAM en el formato correspondiente, definido en este procedimiento o el Plan de acción correctiva o de mejora siguiendo los lineamientos estipulados en el punto 4.</p>
3.2	Registrar correcciones en matriz y cerrar solicitud de oportunidad de mejora	Analista de innovación y mejora continua/Auditor líder	<p>Una vez que se ha establecido las correcciones pertinentes para los problemas, quejas, oportunidades de mejora o sugerencias analizadas por medio del Análisis Causa Raíz, estas serán registradas en la “Matriz de seguimiento de mejoras- FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-AEC-001-003” y, de ser el caso, se informará al solicitante a través de la cuenta de correo mejoracontinua@gpm.gob.ec.</p> <p>Finalmente, se registrará en la matriz de seguimiento la fecha en la que se emitió respuesta al solicitante y el cierre del requerimiento.</p>
4	Establecer el plan de acción con el Equipo Responsable.	Equipo de acción correctiva y/o de mejora	<p>El responsable de Gestionar las acciones correctivas o de mejora, en coordinación con el Director de Innovación y Mejora Continua conformará el equipo de acción correctiva o de mejora, que serán comunicados a través del correo electrónico institucional.</p> <p>El grupo de acción correctiva “GAC” y/o de mejora “GAM”, con la asesoría de un delegado de la Dirección de Innovación y Mejora Continua formulará el plan de acción correctiva y/o de mejora, utilizando para este efecto el formato FOR-PRO-</p>

			<p>GEI-IMC-PRC-AEC-001-002 y siguiendo los lineamientos, a continuación detallados:</p> <p>1) Sección 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud: Es el documento formal presentado por el requirente que identifica una no conformidad u oportunidad de mejora en el SGC. Esta sección preliminarmente debe ser entregada de manera física y/o digital al Director de Innovación y Mejora Continua y servirá de insumo para continuar con las siguientes etapas del plan de acción. <p>2) Sección 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos y origen: Se registrará la fecha de la solicitud de la AC/AM, <i>ejemplo: fecha del Memorando de presentación de resultados de auditoría interna o externa, fecha de solicitud formal de generación de GAC/GAM al Director de Innovación y Mejora Continua.</i> Además, se colocará el código secuencial asignado por el Analista de Innovación y Mejora Continua (GAC-XXX en el caso de acciones correctivas y GAM-XXX en el caso acciones de mejora). Por otro lado, se escoge el tipo de solicitud (No conformidad u Oportunidad de mejora), el origen de la no conformidad (Auditoría Interna del SGC, Auditorías Externas del SGC, Análisis de Indicadores, Producto/Servicio NC, Revisión por la Dirección, Queja del usuario, Otros). En caso de otros se colocará la descripción del origen. • Responsables y participantes de la acción correctiva/ oportunidad de mejora: Se completa la información sobre los responsables y participantes de la acción correctiva/oportunidad de mejora, tomando como referencia lo siguiente:
--	--	--	---

			<p>1. El solicitante de la acción correctiva/mejora:</p> <p>Es el nombre del servidor que detecte las no conformidades y/u oportunidades de mejora y en el caso de auditorías tanto internas como externas, será el Director de Innovación y Mejora Continua.</p> <p>2. El (Los) verificador (es) de la acción correctiva o de mejora:</p> <p>Es o son los responsables de revisar que las acciones correctivas o acciones de mejora planificadas, se hayan ejecutado de acuerdo a lo programado, verificando las evidencias presentadas por el equipo de acción correctiva y/o mejora. Se sugiere que el verificador tenga un nivel jerárquico superior mayor, al del Responsable de Gestionar la acción correctiva y de mejora.</p> <p>3. El responsable de gestionar la AC/AM:</p> <p>Es el servidor responsable de revisar el planteamiento de las actividades de la acción correctiva y/o de mejora, analizar los recursos disponibles para ejecutar las acciones correctivas/mejora y dar seguimiento al cumplimiento de las mismas; de ser necesario, podrá solicitar al equipo de acción correctiva y/o mejora un nuevo dimensionamiento y replanteamiento de acciones.</p> <p>Responsable de revisar, aceptar el Criterio de Efectividad final como resultado de la ejecución de la acción correctiva y/o de mejora, así como, de firmar el cierre de la no conformidad; o de nombrar, conjuntamente con el Director de Innovación y Mejora Continua, un</p>
--	--	--	---

			<p>funcionario responsable de realizar esta actividad final.</p> <p>Nota: El responsable de gestionar la AC/AM es el único facultado para solicitar la reprogramación de las fechas de cumplimiento de las actividades (máximo en 1 ocasión) justificando el motivo de la misma.</p> <p>4. El líder del equipo de acciones correctivas y/o de mejora:</p> <p>Es el servidor responsable de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestionar las reuniones y coordinar la ejecución del análisis del dimensionamiento de la no conformidad/oportunidad de mejora, y el equipo de trabajo analizará e identificará las causas en busca de las soluciones que quedarán definidas en el plan de acción. • Asegurar la consolidación y entrega de las evidencias/registros requeridos provenientes de la ejecución de las actividades planificadas al responsable de la verificación de la acción correctiva y/o de mejora, así como de obtener la firma de aceptación del mismo. • Asegurar la consolidación y entrega de las evidencias/registros requeridos acerca de la revisión del Criterio de Efectividad del resultado final de la acción correctiva y/o de mejora, al responsable de esta revisión, así como de obtener la firma de aceptación del mismo y el cierre de la acción correctiva y/o de mejora. • Entregar el plan de acción firmado (conforme a cada etapa del GAC/GAM) y las evidencias/registros obtenidos de la ejecución de las
--	--	--	---

			<p>actividades planificadas; así como, los documentos de justificación de retraso o reprogramación de las mismas (de ser el caso), a la Dirección de Innovación y Mejora Continua para el archivo y custodia.</p> <p>5. Miembros del equipo de acciones correctivas y/o de mejora:</p> <p>Son los servidores designados (según la competencia) quienes en conjunto con el líder de AC/AM realizarán el dimensionamiento, análisis de causa, (ejemplo, 5 porqués, lluvia de ideas) y definirán las acciones correctivas o correcciones que solventarán las no conformidades u oportunidades de mejora detectadas.</p> <p>6. Fecha máxima de plan de presentación del plan de acción:</p> <p>Es la fecha en la cual el equipo de acción correctiva o de mejora ha acordado presentar el análisis de las no conformidades u oportunidades de mejora y las acciones que solventarán o mitigarán las mismas. Esta fecha no podrá ser mayor a 15 días laborables posteriores a la fecha de solicitud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción de la No conformidad/Problema: El equipo de AC/AM describirá la no conformidad u oportunidad de mejora, basándose en los informes o documentos formales presentados por el solicitante (se coloca el código en caso de no conformidades detectadas en auditorías externas). • Evidencias: El equipo de AC/AM colocará las evidencias con las cuales el solicitante basó la no conformidad u oportunidad de mejora.
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> • Requisito o Requisito incumplido: En caso de tratarse de no conformidades, se colocará el requisito de la norma ISO 9001:2015, reglamento general, ley u otro criterio incumplido, en el cual se basa la no conformidad. En el caso de oportunidades de mejora se colocará el requisito del criterio al cual se dará el aporte de mejora. <p>3) Sección 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situación Actual: En el formato FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-AEC-001-002, el equipo de Acciones Correctivas/Mejora realiza el dimensionamiento de la no conformidad/oportunidad de mejora, mediante el análisis de la información de la situación actual del problema o mejora, se coloca responsables del análisis y la fuente de información/origen. • Análisis Causa Raíz - 5 porqués: Una vez analizada la información (dimensionamiento), el equipo de AC/AM examinará la o las causas que motivaron la identificación de la no conformidad u oportunidad de mejora utilizando el método de los 5 porqués y se determina el origen del problema (causa raíz). • Lluvia de ideas: luego de identificar la o las causas raíces del problema, el equipo de AC/AM ejecutará el método denominado lluvia de ideas para determinar las posibles soluciones a las causas encontradas y con las cuales se definirá el plan de acción respectivo. <p>4) Sección 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de acción: En este punto, el equipo de GAC/GAM establecerá lo
--	--	--	---

			<p>siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Las acciones de contingencia/correcciones cuando sean posibles, en el caso de no definirse se colocará "No aplica". 2) La descripción de la causa raíz o causas raíces (cuando aplique) obtenidas del análisis del 5 porqué. 3) El planteamiento de las acciones correctivas y/o de mejora basadas en la lluvia de ideas. 4) El responsable de la ejecución de las acciones. 5) Los plazos de ejecución. 6) Los responsables de verificación del cumplimiento de las acciones. 7) El detalle del criterio de efectividad de las acciones para la futura verificación. <p>Una vez completadas todas las secciones, el líder de equipo de GAC/GAM imprimirá el plan de acción y gestionará las firmas de los responsables de la ejecución de las acciones de contención/correcciones y/o acciones correctivas/mejora, así como del responsable de la gestión de la AC/AM y del solicitante.</p> <p>Nota: En esta primera etapa no se debe firmar el campo de "Responsable de cierre de la acción correctiva/mejora".</p>
--	--	--	--

			<p>Finalmente, el líder de equipo de GAC/GAM entregará en físico y digital el plan de acción a la Dirección de Innovación y Mejora Continua para que el analista encargado registre la información concerniente al GAC O GAM en el formato de Seguimiento de las No Conformidades/ Oportunidades de Mejora FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-AEC-001-001 y se archive hasta que se requiera nuevamente.</p> <p>Nota: Si el equipo de trabajo de Acciones Correctivas/Mejora analiza y determina que la causa o causas de la no conformidad real o potencial es evidente, al menos en la primera vez, no será necesario realizar el dimensionamiento ni utilizar el método de los 5 porqués, estableciendo como causa o causas raíz evidentes y continuando con las actividades descritas en este procedimiento.</p> <p>Nota 2: Es responsabilidad de la Dirección de Innovación y Mejora Continua archivar y custodiar los planes de acción y entregarlo al líder de equipo para la recolección de firmas conforme al cumplimiento de las acciones correctivas, verificación de las mismas y cierre del plan.</p> <p>CONTROL: Verificar que las acciones planteadas eliminen o mitiguen la no conformidad.</p> <p>RESPONSABLE: Responsable de la gestión de la acción correctiva o de mejora</p> <p>FRECUENCIA: Bajo demanda</p>
5	Implementar el plan de acción para acciones correctivas y/o de mejora	Equipo de acción correctiva y/o de mejora	El equipo de GAC/GAM en el plan de acción determina los responsables de la ejecución de las acciones correctivas/mejora, los responsables de la ejecución implementa y ejecutan las acciones propuestas, con el fin de solventar las No Conformidades/Oportunidades de mejora detectadas. De ser el caso puede

			<p>apoyarse con los Analistas de Innovación y Mejora Continua para obtener mejores resultados.</p> <p>La implementación de las acciones correctivas y/o de mejora deben respetar los tiempos establecidos; sin embargo, de existir retrasos, estos deben ser justificados a través de actas de reunión, memorando o correo electrónico, y de ser necesario se podrá requerir (máximo en una ocasión) la reprogramación de las fechas de cumplimiento, remitiendo por parte del Responsable de la Gestión de AC/AM un correo al Director de Innovación y Mejora Continua, adjuntando el detalle que justifique el requerimiento.</p> <p>Conforme se vayan ejecutando las acciones correctivas, es responsabilidad del líder de AC/AM presentar al servidor "Verificador" las evidencias que corroboren el cumplimiento de las acciones para que estas sean revisadas y aprobadas por medio de la suscripción del plan de acción en el campo correspondiente.</p> <p>Nota: La Dirección de Innovación y Mejora Continua informará al menos una vez al mes o cuando la autoridad lo requiera, sobre el avance o retraso de las acciones correctivas o de mejora, como parte del seguimiento al SGC.</p>
6	Registrar el estado y avance de las acciones correctivas y/o de mejora implementadas	Analista de innovación y mejora continua/Auditor líder	El Analista de Innovación y Mejora Continua, registrará el estado y avance de la acción correctiva y/o de mejora en la matriz de Seguimiento de las No Conformidades/ Oportunidades de Mejora FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-AEC-001-001 hasta el cierre la misma y presentará los resultados a las autoridades pertinentes en caso de así requerirlo.
7	Dar seguimiento al estado de las	Analista de innovación y	Se da seguimiento a las acciones correctivas y/o de mejoras en desarrollo, a los plazos establecidos de ejecución de actividades planificadas y de cierres (criterios

	<p>acciones correctivas y/o de mejora.</p>	<p>mejora continua/Auditor líder</p>	<p>de efectividad), notificando al menos una vez al mes, al responsable de gestionar la acción correctiva y/o de mejora, el estado de las acciones de su responsabilidad mediante la Matriz “Seguimiento de las No Conformidades/Oportunidades de Mejora” FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-AEC-001-001.</p> <p>Una vez cerradas las actividades correctivas y/o de mejora por parte del responsable de la verificación del Criterio de Efectividad, se archiva la Gestión de Acciones Correctivas y de Mejora y se actualiza la Matriz “Seguimiento de las No Conformidades/ Oportunidades de Mejora FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-AEC-001-001”.</p> <p>Nota 1: En el caso que las acciones no fueron eficaces y el problema, incumplimiento o no conformidad persiste, se reportará como una nueva no conformidad y volverá a empezar todo el proceso nuevamente.</p>
<p>8</p>	<p>Verificar la ejecución y criterio de efectividad de las acciones correctivas y/o de mejora implementadas.</p>	<p>Responsable de la verificación</p>	<p>La persona que se encuentra designada como “Responsable de la Gestión de la AC/AM”, en la Sección 1: Datos y origen, es el responsable de revisar que todas las acciones planificadas se hayan ejecutado y comprobar el criterio de Efectividad resultado de las acciones correctiva y/o de mejora.</p> <p>Nota 1: De ser el caso, el responsable de gestionar la acción correctiva y el Director de Innovación y Mejora Continua pueden designar a otro funcionario/cargo para que cumpla con esta última responsabilidad</p> <p>La verificación del Criterio de Efectividad y el cierre de la acción correctiva/mejora, se realizarán una vez concluidas y verificadas todas las actividades planteadas en el plan de acción para no conformidades/oportunidades de mejora; esta verificación y cierre se realizarán conforme al plazo previsto para implementación y con base en el criterio</p>

			<p>establecido. En el formato de Gestión de Acciones Correctivas y de Mejora, FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-AEC-001-002, en la Sección 4: Plan de acción, se registra la verificación realizada, se detallan observaciones de ser el caso, se coloca la fecha real y las evidencias de verificación, se firma y se entrega a los Analistas de Innovación y Mejora Continua para el correspondiente archivo.</p> <p>Si la fecha real de verificación del criterio de efectividad difiere de la fecha programada, se continuará normalmente con la suscripción del documento, pero el retraso deberá ser justificado por el Responsable de la gestión de la AC/AM.</p> <p>Nota 2: Si no se hubiese podido implantar la acción correctiva propuesta, se deberán analizar las causas tomando las medidas oportunas, y se definirá un nuevo plazo, si se lo considera pertinente.</p>
9	Comunicar a la Dirección de Transparencia en la Gestión Institucional las afectaciones detectadas	Analista de innovación y mejora continua/Auditor líder	Si se considera que las acciones correctivas o de mejora implementadas en el SGC, afectan directa o indirectamente a la matriz de riesgos institucional, será responsabilidad del Analista de Innovación y Mejora Continua designado para el seguimiento del GAC o GAM en cuestión o del Responsable de la verificación del mismo , comunicar el riesgo identificado al Director de Transparencia en la Gestión institucional por medio de correo electrónico institucional. Él, a su vez tratará el riesgo identificado conforme lo estipula el procedimiento "Gestión del Riesgo Institucional".
10	Registrar el cierre del plan de acción y archivar evidencias	Analista de innovación y mejora continua/Auditor	Una vez que el plan de acción correctiva o de mejora ha sido cerrado a través de firma inserta en la sección 4 del mismo, este deberá ser entregado, adjuntando todas las evidencias que demuestren el cumplimiento del mismo, a la Dirección de Innovación y Mejora Continua para el archivo y custodia.

		líder	El Analista de Innovación y Mejora Continua cerrará el plan de acción correctiva y de mejora en la matriz de “Seguimiento de las No conformidades/ Oportunidades de mejora FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-AEC-001-001 ” .
--	--	-------	---

7. INDICADORES DE GESTIÓN

N°	Indicador	Definición	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Responsable de Medición	Fuente de la Medición	Frecuencia de Medición
1	Porcentaje de acciones efectivas	Mide la efectividad de las acciones implementadas en función de las fechas establecidas	$\left(\frac{\text{\# de criterio de efectividad efectivo}}{\text{\# de total de criterios de efectividad implementados}} \times 100 \right) \text{ (efectivo = cumplimiento de fechas comprometidas)}$	Porcentaje	Analista de Mejora Continua e Innovación	Matriz de Acciones Correctivas y/o Mejora	Anual

8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS

8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
No aplica	No aplica	Solicitud de acción correctiva o de mejora	Director de Innovación y mejora continua	Física: Archivo de la Dirección de Innovación y mejora continua	Conforme el expediente	Director y Analistas de la Dirección de Innovación y mejora continua	Tiempo de retención: 3 años Disposición final: Conservación
No aplica	No aplica	Oportunidades de mejora correo mejoracontinua@manabi.gob.ec	Director de Innovación y mejora continua	Física: Archivo de la Dirección de Innovación y mejora continua	Conforme el expediente	Director y Analistas de la Dirección de Innovación y mejora continua	Tiempo de retención: 3 años Disposición final: Conservación
Documento 1 y Registro 1	FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-AEC-001-001	Seguimiento de las No Conformidades Oportunidades de Mejora	Director de Innovación y mejora continua	Física: Archivo de la Dirección de Innovación y mejora continua	Conforme el expediente	Director y Analistas de la Dirección de Innovación y mejora continua	Tiempo de retención: 3 años Disposición final: Conservación
Documento 2 Y Registro 2	FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-AEC-001-002	Gestión de Acciones Correctivas y de Mejora	Director de Innovación y mejora continua	Física: Archivo de la Dirección de Innovación y mejora continua	Conforme el expediente	Director y Analistas de la Dirección de Innovación y mejora continua	Tiempo de retención: 3 años Disposición final: Conservación
Documento 3 y Registro 3	FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-	Matriz de seguimiento de mejoras	Director de Innovación y mejora continua	Física: Archivo de la Dirección de	Conforme el expediente	Director y Analistas de la	Tiempo de retención:

ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
	AEC-001-003			Innovación y mejora continua		Dirección Innovación y mejora continua	3 años Disposición final: Conservación



PREFECTURA DE
MANABÍ
Desarrollo y Equidad

Procedimiento

**Gestión de Auditorías Internas del
Sistema de Gestión de la Calidad**
PRO-GEI-IMC-PRC-AIC-001

Dirección de Innovación y Mejora Continua

Enero - 2023

Versión 1.0

CÓDIGO: PRO-GEI-IMC-PRC-AIC-001		VERSIÓN 1.0	
<p>PROCEDIMIENTO:</p> <p>Gestión de Auditorías Internas del Sistema de Gestión de la Calidad</p>			
DESCRIPCIÓN	CARGO	FIRMA	FECHA
APROBADO POR	Eco. Grace Rivera Coordinadora General de Desarrollo Institucional Cargo		
REVISADO POR	Ing. Iván González Director de Innovación y Mejora Continua (S)		
ELABORADO POR	Ing. Mauricio Sarabia Consultor		
	Ing. Irina Macías Analista de Innovación y Mejora Continua		

IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

Proceso Nivel 0:	Gestión Estratégica de Desarrollo Institucional		
Proceso Nivel 1:	Gestión de Innovación y Mejora Continua		
Proceso Nivel 2:	Gestión de Procesos		
Proceso Nivel 3:	Auditorías Internas del Sistema de Gestión de Calidad		
Versión del documento:	1.0	Frecuencia de Ejecución:	Bajo demanda
Responsable:	Director de Innovación y Mejora Continua		

REGISTRO DE VERSIONES

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de elaboración	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
1.0	Creación	Realizado Ing. Irina Macías / Aprobado Ing. Iván González	Enero 2023	No aplica

CONTENIDO

1. OBJETIVO	5
2. ALCANCE.....	5
3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS	5
4. MARCO NORMATIVO	6
4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS.....	6
4.2. DOCUMENTOS INTERNOS	6
4.3. NORMAS GENERALES	6
5. DIAGRAMAS.....	8
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	8
5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO	9
5.3. DIAGRAMA DE FLUJO	10
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	11
7. INDICADORES DE GESTIÓN.....	24
8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS	25
8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	25

1. OBJETIVO

Planear y ejecutar las auditorías internas para verificar, si el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) del Gobierno Provincial de Manabí (GPM) es:

- ✓ Es conforme con las disposiciones planificadas y requisitos propios aplicados a su SGC, así como con los requisitos de la norma ISO 9001.
- ✓ Esta implementado, se mantiene y mejora de manera efectiva.

2. ALCANCE

Este procedimiento es de aplicación a las auditorías internas que se realicen al Sistema de Gestión de la Calidad del Gobierno Provincial de Manabí (GPM).

3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

- **Alcance de la Auditoría:** Extensión y límites de una auditoría.
- **Auditado:** Organización que es auditada.
- **Auditor:** Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría.
- **Auditoría:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.
- **Criterios de auditoría:** Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos.
- **Conclusiones de la auditoría:** Resultado de una auditoría, que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.
- **Evidencia de la auditoría:** Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que sean pertinentes para los criterios de auditoría y que sean verificables.
- **Hallazgos:** Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.
- **Informe de Auditoría:** Documento escrito elaborado por el Auditor responsable de la auditoría, que resume los resultados de la misma.
- **No Conformidad:** Existe evidencia objetiva de que un requisito no ha sido cumplido (documental), una práctica difiere de lo definido en el sistema (implementación), o el sistema no es eficaz (efectividad).
- **Oportunidad de Mejora:** Un medio sugerido para lograr el cumplimiento de una actividad, o cumpliendo la intención de un requisito procedimental de tal manera

que pueda resultar en una mejora. Esta sugerencia para mejorar está basada normalmente en las mejores prácticas del sector o en la experiencia del auditor.

- **Plan de Auditoría:** Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.
- **Procedimientos de auditoría:** Son el conjunto de técnicas de investigación aplicables a una partida o a un grupo de hechos o circunstancias relativas a las operaciones o acciones que realiza la empresa.
- **Programa de auditoría:** Conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.
- **SGC:** Sistemas de Gestión de la Calidad
- **Técnicas de auditoría:** Son los métodos prácticos de investigación y prueba que el Auditor utiliza para lograr la información y comprobación necesaria para poder emitir su opinión profesional

4. MARCO NORMATIVO

4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS

- Norma ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos.
- Norma ISO 19011:2011, Directrices para la Auditoría de los Sistemas de Gestión
- Norma Técnica para la Mejora Continua e Innovación de Procesos y Servicios
- Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del GPM

4.2. DOCUMENTOS INTERNOS

- No aplica

4.3. NORMAS GENERALES


- Las normas de este documento son de aplicación obligatoria para todos los servidores del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, en tanto guarden conformidad con las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y resoluciones vigentes al momento de su ejecución.
- El servidor que incumpliere sus obligaciones o contraviniera las disposiciones de este documento, así como las leyes y normativa conexas, incurrirá en responsabilidad administrativa que será sancionada disciplinariamente, sin perjuicio de la acción civil o penal que pudiere originar el mismo hecho.
- Todo proceso o subproceso, deberá incorporar el concepto de mejora continua en su diagramación y generación de documentos, procurando la simplificación de trámites y tareas, eliminar duplicidad de tareas, y optimizando la transaccionalidad.
- La periodicidad de las auditorías internas será de al menos una vez al año, y/o de

acuerdo con los resultados de auditorías anteriores en la programación y planificación de las auditorías.

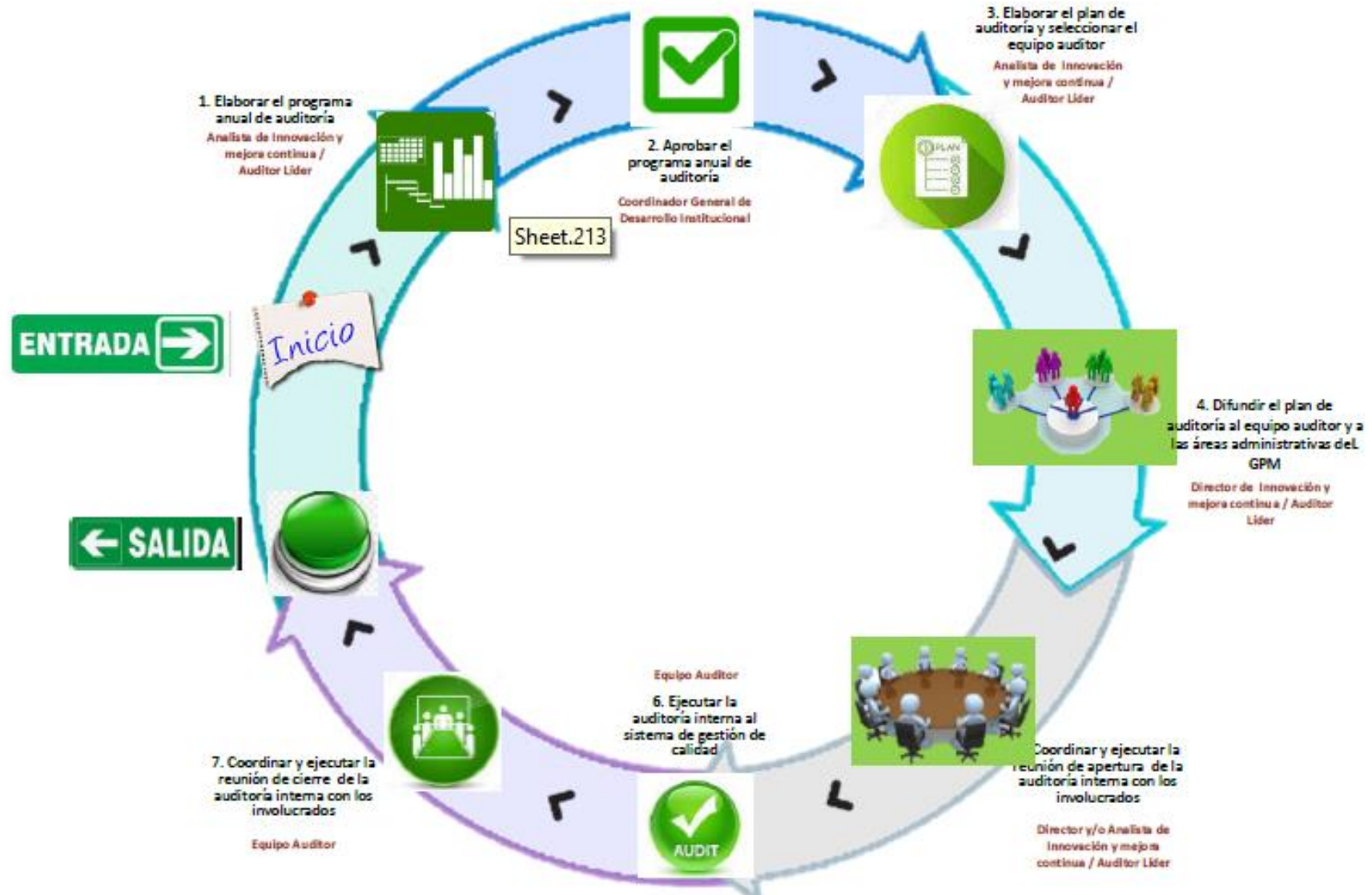
- El programa de auditoría puede ser reprogramado en base al requerimiento del Director de Innovación y Mejora Continua y debe ser aprobado por parte del Prefecto.
- El Director de Innovación y Mejora Continua debe definir y evaluar la inclusión de nuevos sitios en la ejecución de auditorías internas, siempre y cuando no afecte la ejecución del programa de auditoría.
- Las auditorías internas del sistema de gestión de la calidad se ejecutarán con personal calificado y conforme a los parámetros establecidos.
- Las listas de verificación elaboradas a partir del Plan de Auditoría contendrán los numerales requeridos por la norma para cada uno de los procesos auditados, para lo cual se deberá considerar durante la ejecución de la auditoría interna, lo siguiente: Si en el Plan de Auditoría se encuentran contempladas cláusulas o requisitos de la Norma ISO 9001:2015 que resulten recurrentes en todos los procesos de la Organización, no será necesario que estos sean revisados en cada uno de ellos; sin embargo, el Auditor deberá revisar estos puntos en al menos uno de los procesos que tenga a su haber auditar y de esta manera evidenciar el cumplimiento de las revisiones programadas.
- Una vez que el GPM realice una modificación en el alcance de los sitios a auditar internamente, el Director de Innovación y Mejora Continua debe informar o consultar a la casa certificadora sobre esta nueva inclusión y las afectaciones al sistema de gestión de calidad certificado preliminarmente.
- Todos los aspectos que no se encuentren normados de forma expresa en este procedimiento deben ser complementados o suplidos por las disposiciones del marco normativo vigente.

5. DIAGRAMAS

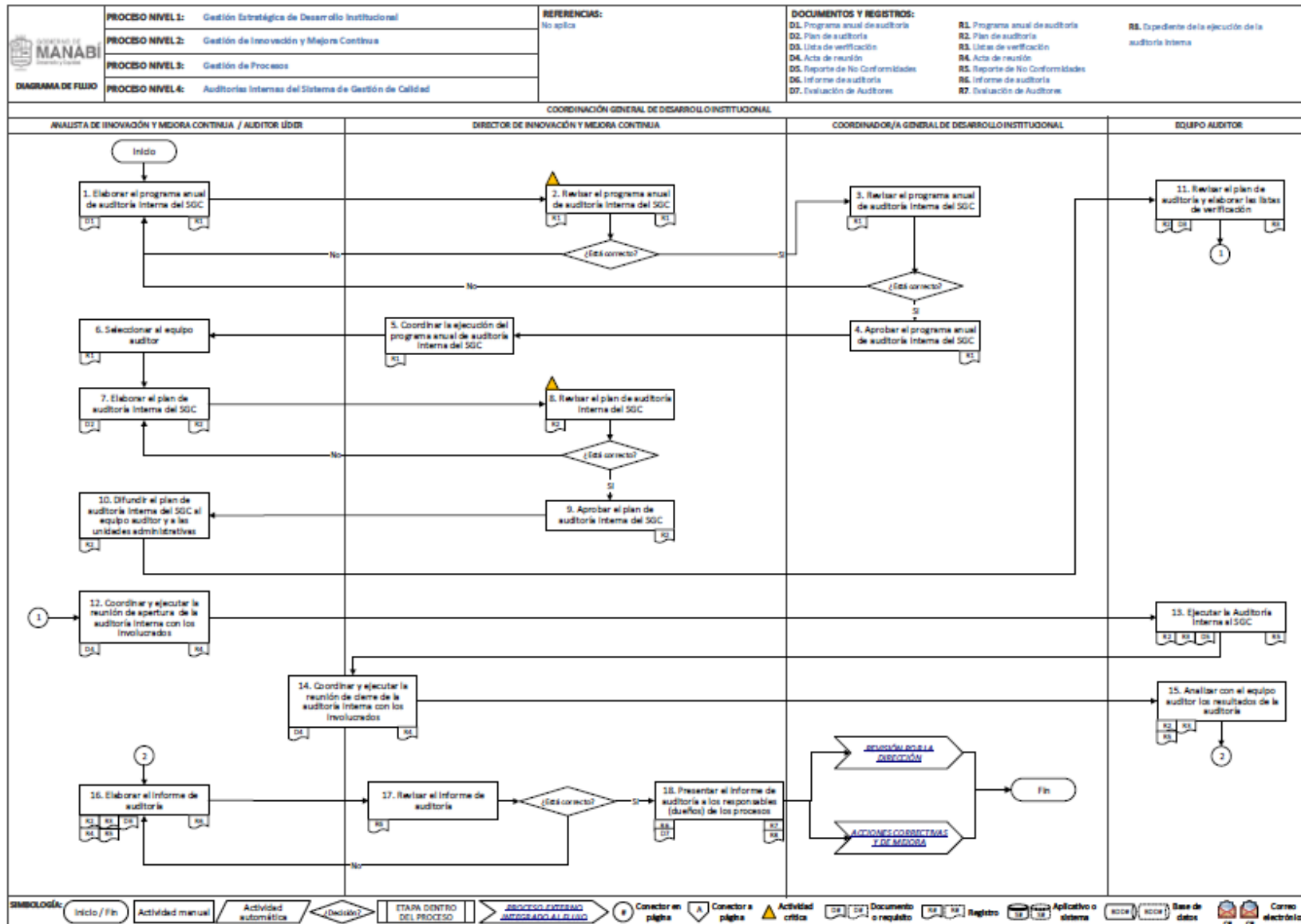
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

 1. NOMBRE DEL PROCESO: Auditorías Internas del Sistema de Gestión de la Calidad		DIAGRAMA DE CARACTERIZACIÓN
3. OBJETIVO DEL PROCESO: Planear y ejecutar las auditorías internas para verificar, si el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) del GPM; Es conforme con las disposiciones planificadas y requisitos propios aplicados a su SGC, así como con los requisitos de la norma ISO 9001 y está implementado, mantiene y mejora de manera efectiva. RESPONSABLES DEL RESULTADO: Director/a de Innovación y Mejora Continua OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE CONTRIBUYE: OE1: Promover el desarrollo sustentable de su circunscripción territorial provincial, para garantizar la realización del buen vivir a través de la implementación de políticas públicas provinciales en el marco de sus competencias constitucionales y legales.		
12. CONTROLES: 1. ACTIVIDAD: 2. Revisar el programa anual de auditoría interna del SGC. RESPONSABLE: Director (a) de Innovación y mejora continua CONTROL: Verificar que estén óptimos los tiempos para la ejecución de las auditorías. FRECUENCIA: Bajo demanda 2. ACTIVIDAD: 8. Revisar el plan de auditoría Interna del SGC. RESPONSABLE: Director (a) de Innovación y mejora continua CONTROL: Verificar que el plan abarque todos los puntos de la norma y que el equipo auditor tenga la competencia requerida FRECUENCIA: Bajo demanda		
9. DOCUMENTACIÓN INTERNA: - No aplica	8. DOCUMENTACIÓN EXTERNA: - Norma ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos. - Norma ISO 19011:2011, Directrices para la Auditoría de los Sistemas de Gestión - Norma Técnica para la Mejora Continua e Innovación de Procesos y Servicios - Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del GPM	10. REGISTROS: - Descritos en el diagrama de flujo
7. PROVEEDORES: 1) Auditorías Internas de Calidad 2) Revisión por la Dirección 3) Certificadora 4) Dirección de Auditoría Interna del GPM 5) Contraloría General del Estado	6. ENTRADAS: 1) Informe de auditorías internas del SGC 2) Decisiones y acciones de oportunidades de mejora, cualquier necesidad de cambio en el SGC y necesidades de recursos. (Acta de revisión por la Dirección) 3) Informes de auditorías externas emitidas por Certificadoras 4) Informes emitidos por la Dirección de Auditoría Interna 5) Informes emitidos por la Contraloría General del Estado	11. ACTIVIDADES: ACTIVIDAD INICIAL: 1. Elaborar el programa anual de auditoría interna del sistema de gestión de la calidad. ACTIVIDAD FINAL: 18. Presentar el informe de auditoría a los responsables (dueños) de los procesos.
13. RECURSOS: SOFTWARE: - Utilitarios de oficina HARDWARE: - Equipo de computo INFRAESTRUCTURA: - Estación de trabajo RECURSOS HUMANOS: - Analista de Innovación y mejora continua / Auditor Líder. - Director (a) de Innovación y mejora continua. - Equipo auditor - Coordinador General de Desarrollo Institucional	5. INDICADOR DE RESULTADO: 1). NOMBRE DEL INDICADOR: - Cumplimiento del programa de auditorías FORMULA DE CÁLCULO: - (Auditorías internas ejecutadas / Auditorías internas programadas) * 100%	4. USUARIOS: 1) Revisión por la Dirección y Generación de Directrices 1) Acciones Correctivas y de Mejora 1) Señores del GPM
		2. SALIDAS: 1) Sistemas de Gestión de Calidad auditado CARACTERÍSTICAS - Grado de conformidad del Sistema de Gestión de Calidad con los requisitos de la Norma ISO 9001:2015. - Cumplimiento del programa de auditorías internas al SGC.
		14. RIESGOS: - Descritos en el procedimiento "Gestión de Riesgo Institucional – PRO-PGE-PLI-004"

5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO



5.3. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

#	ACTIVIDAD	Cargo	DESCRIPCION
1	Elaborar el programa anual de auditoría interna del sistema de gestión de la calidad	Analista de Innovación y Mejora Continua o el Auditor Líder	<p>El Analista de Innovación y Mejora Continua o el Auditor Líder elaborará el programa anual de auditorías internas del sistema de gestión de la calidad usando el formato "Programa Anual de Auditoría FOR01- PRO-GEI-IMC-PRC-AIC-001", en dicho programa se detalla todos los procesos dentro del alcance actual del Sistema de Gestión de la Calidad, cláusulas o requisitos auditar y la fecha planificada de la auditoría. El programa considera que los procesos sean auditados por lo menos una vez al año para evaluar su conformidad contra los requisitos aplicables al Sistema de Gestión de la Calidad de la GPM.</p> <p>Las auditorias programadas del SGC también pueden originarse cuando se produzca alguna de las siguientes circunstancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando se introduce cambios significativos en el SGC, y es necesario evaluar su impacto. • Cuando existe sospecha o se tiene certeza de que no se cumplen los requisitos de calidad establecidos. • Cuando la implementación de acciones correctivas haya sido motivada por la detección de No Conformidades (NC) que pongan en duda el cumplimiento de las políticas, procedimientos o requisitos establecidos en el SGC.

2	Revisar el programa anual de auditoría interna del sistema de gestión de la calidad	Director de Innovación y Mejora Continua	<p>El Director de Innovación y Mejora Continua revisará el programa anual de auditorías internas con el fin de asegurar que las fechas propuestas y las actividades estén dentro de un rango razonable de ejecución y su cumplimiento sea viable.</p> <p>CONTROL: Verificar que estén óptimos los tiempos para la ejecución de las auditorías.</p> <p>RESPONSABLE: Director de Innovación y Mejora Continua</p> <p>FRECUENCIA: Bajo demanda</p> <p>En el caso de que el programa anual de auditoría esté correcto, se procederá con la respectiva firma de responsabilidad y se continúa con la actividad 3, caso contrario se retorna a la actividad 1.</p>
3	Revisar el programa anual de auditoría interna del Sistema de Gestión de la Calidad	Coordinador/a General de Desarrollo Institucional	<p>El/La Coordinador/a General de Desarrollo Institucional revisará el programa anual de auditoría interna y las fechas planificadas para la ejecución.</p> <p>En el caso de que el programa anual de auditoría esté correcto, se continúa con la actividad 4, caso contrario se retorna a la actividad 1.</p>
4	Aprobar el programa anual de auditoría interna del sistema de gestión de la calidad	Coordinador/a General de Desarrollo Institucional	<p>Será responsabilidad de El/La Coordinador/a General de Desarrollo Institucional aprobar el programa anual de auditoría interna con las fechas y actividades planificadas colocando la respectiva firma.</p>

5	Coordinar la ejecución del programa anual de auditoría	Director de Innovación y Mejora Continua conjuntamente con el Analista de Innovación y Mejora Continua	<p>Una vez aprobado el programa anual de auditoría, el Director de Innovación y Mejora Continua conjuntamente con el Analista de Innovación y Mejora Continua designado o Auditor Líder coordinará las actividades necesarias para el cumplimiento de las auditorías internas programadas.</p> <p>En este punto, el Director de Innovación y Mejora Continua, comunicará el programa de auditoría aprobado a los responsables o dueños de los Procesos y a la Máxima Autoridad.</p> <p>En caso que el Director de Innovación y Mejora Continua requiera realizar una reprogramación al programa de Auditoría se lo coordinara en conjunto con el Analista de Innovación y Mejora Continua y se solicitará la aprobación del Prefecto, una vez aprobado se comunicará a los responsables o dueños de los Procesos.</p>
6	Seleccionar el equipo auditor	Director de Innovación y Mejora Continua conjuntamente con el Analista de Innovación y Mejora Continua	<p>El Director de Innovación y Mejora Continua conjuntamente con el Analista de Innovación y Mejora Continua designado o Auditor Líder seleccionará el equipo auditor para la ejecución de la auditoría interna del Sistema de Gestión de Calidad, considerando lo siguiente:</p> <p>1. Evaluación de perfiles para Auditor Líder Interno y Auditor Interno según sea el caso:</p> <p><u>Auditor Líder de Sistemas de la Calidad</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Haber terminado el entrenamiento de Auditor Interno. • Conocimiento pleno del estándar ISO 9001:2015 del Sistema de Gestión de Calidad y de los procesos de la Gobierno Provincial de Manabí. • Conocimiento de la Norma ISO 19011, 9001, leyes, reglamentos y demás requisitos aplicables.

		<ul style="list-style-type: none"> • Mínimo, 6 meses de antigüedad en la Institución, o a su vez demostrar la experiencia previa. Cuando el auditor haya sido calificado por experiencia previa, la primera auditoría que realice deberá ser supervisada o acompañada por el Director de Innovación y Mejora Continua. • Debe tener buena comunicación oral y escrita. • Debe tener disposición e interés en desarrollar auditorías. • Disponibilidad para cumplir con la fecha establecida para realizar la auditoría. • Haber participado en al menos 1 auditoría interna, cuando aplique, para posteriores auditorías a la inicial. <p><u>Auditor Interno de Sistemas de la Calidad</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Haber terminado el entrenamiento de Auditor Interno. • Conocimiento pleno del estándar ISO 9001:2015, nuestro Sistema de Calidad y de los procesos de la Gobierno Provincial de Manabí. • Conocimiento de la Norma ISO 19011, 9001, leyes, reglamentos y demás requisitos aplicables. • Mínimo 6 meses de antigüedad o conocimiento en el GPM, o su vez demostrar la experiencia previa en la. Cuando el auditor haya sido calificado por experiencia previa, la primera auditoría que realice deberá ser supervisada por el Auditor Líder. • Debe tener buena comunicación oral y escrita. • Debe tener disposición e interés en desarrollar auditorías.
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad para cumplir con la fecha establecida para realizar la auditoría. • Haber participado en al menos 1 auditoría interna. <p>Se archiva en el expediente de ejecución de auditoría interna, los documentos que demuestren el cumplimiento del perfil del equipo auditor.</p> <p>2. Composición del equipo auditor:</p> <p>Al decidir el tamaño y la composición del equipo auditor para una auditoría específica, debe considerarse lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El alcance y los criterios de la auditoría. • La complejidad de la auditoría y si la auditoría es combinada o conjunta. • Los métodos de auditoría que se han seleccionado. • La necesidad de asegurarse de la independencia de los miembros del equipo con respecto a las actividades a auditar y de evitar cualquier conflicto de intereses. • La capacidad de los miembros del equipo auditor para interactuar eficazmente con los representantes del auditado y para trabajar juntos. <p>NOTA 1: El Auditor Líder podrá verificar el apartado 7.2.3 de la Norma ISO 19011 “Directrices para la auditoría de Sistemas de Gestión, para realizar la evaluación y calificación de Auditores”.</p> <p>NOTA 2: El Auditor Líder podrá revisar en el apartado 7.3 de la Norma ISO 19011 se describen los criterios de evaluación del auditor.</p>
--	--	---

7	Elaborar el plan de auditoría interna del sistema de gestión de la calidad	Analista de Innovación y Mejora Continua	<p>De acuerdo con lo establecido en el Programa Anual de Auditorías Internas del SGC, se elaborará el Plan de Auditoría Interna según el formato "Plan de Auditoría FOR02-PRO-GEI-IMC-PRC-AIC-001", el cual incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos de la auditoría • Criterios de la auditoría • Alcance de la auditoría • Procesos a auditar • Requisito o cláusula que forman parte del criterio de auditoría • Fechas y horarios • Auditores y Auditados. <p>El plan de auditoría interna es elaborado por el Analista de Innovación y Mejora Continua o Auditor Líder designado por el Director de Innovación y Mejora Continua.</p> <p>Los objetivos básicos a cubrir por el Plan de Auditorías son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar la implementación del SGC y competencia técnica • Controlar periódicamente su funcionamiento • Evaluar la Eficacia del Sistema. • Detectar fortalezas y debilidades al SGC. • Evaluar el cumplimiento y eficacia de las acciones correctivas tomadas a partir de
---	--	--	---

			<p>NO CONFORMIDADES (NC) detectadas en auditorías internas o externas anteriores.</p> <p>Nota 1: Las listas de verificación elaboradas a partir del Plan de Auditoria contendrán todos los numerales requeridos por la norma, por lo cual se deberá considerar lo siguiente durante la ejecución de la auditoría interna: Si en el Plan de Auditoria se encuentran cláusulas o requisitos de la Norma ISO 9001:2015 que resulten recurrentes en todos los procesos de la GPM, no será necesario que estas sean revisadas en cada uno de ellos; sin embargo, el Auditor deberá revisar estos puntos en al menos uno de los procesos que tenga a su haber auditar, para de esta manera poder evidenciar el cumplimiento a las revisiones programadas.</p>
8	Revisar el plan de auditoría interna del sistema de gestión de la calidad	Director de Innovación y Mejora Continua	<p>Es responsabilidad del Director de Innovación y Mejora Continua revisar que los procesos contemplados en plan y el cronograma de ejecución estén de acuerdo con la capacidad operativa del equipo auditor.</p> <p>En el caso que el plan de auditoría interna esté correcto, se continúa con la actividad 9, caso contrario se retorna a la actividad 6.</p> <p>CONTROL: Verificar que el plan abarque todos los puntos de la norma y que el equipo auditor tenga la competencia requerida.</p> <p>RESPONSABLE: Director de Innovación y Mejora Continua</p> <p>FRECUENCIA: Bajo demanda</p>
9	Aprobar el plan de auditoría interna del sistema de	Director de Innovación y Mejora Continua	<p>Será responsabilidad del Director de Innovación y Mejora Continua aprobar el plan de auditoría previa revisión y ajustes (de ser el caso).</p>

	gestión de la calidad		
10	Difundir el plan de auditoría interna del SGC al equipo auditor y a las Unidades Administrativas	Analista de Innovación y Mejora Continua o Auditor Líder	El Analista de Innovación y Mejora Continua o Auditor Líder socializará el plan de auditoría al equipo auditor y al personal auditado. Esta socialización puede darse vía correo electrónico o memorando interno en el aplicativo institucional correspondiente que se utilice y podrá anexarse el Plan de Auditoría completo o sólo la información aplicable a los procesos y horarios de los auditados respectivos.
11	Revisar el plan de auditoría y elaborar las listas de verificación	Equipo Auditor	<p>Una vez socializado el plan de auditoría, será responsabilidad del equipo auditor: revisar y entender el plan en cuestión, los procesos a ser auditados, gestionar la logística y recursos, y finalmente elaborar las Listas de Verificación correspondientes, en las cuales se detallarán aquellos aspectos que permitan identificar la efectividad del proceso a ser auditado. Para el desarrollo de la lista de verificación se utilizará el formato "Lista de Verificación F03-PRO-GEI-IMC-PRC-ARN-001".</p> <p>Nota 1: El contenido del formato FOR03-PRO-GEI-IMC-PRC-AIC-001 podrá ser modificado de acuerdo al criterio de auditoría utilizado, sin que esto afecte al versionamiento del mismo.</p>
12	Coordinar y ejecutar la reunión de apertura de la auditoría interna con los involucrados	Director de Innovación y Mejora Continua / Auditor Líder	<p>El Director de Innovación y Mejora Continua conjuntamente con el Auditor líder coordina la fecha y el lugar de la reunión de apertura con los Responsables (dueños) de los procesos y la Máxima Autoridad, donde se expondrá los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los participantes, incluyendo una descripción general de sus funciones.

			<ul style="list-style-type: none"> • Confirmación de los objetivos, alcance y criterios de auditoría. • Confirmación del horario de la auditoría y otras disposiciones pertinentes con el auditado, como la fecha y hora. • Criterio, método y procedimientos que se utilizarán para realizar la auditoría, incluyendo la aclaración al auditado de que las evidencias de la auditoría sólo se basarán en una muestra de la información disponible. • Confirmación de los recursos e instalaciones que necesita el equipo auditor para el desarrollo de la auditoría. <p>Al finalizar la reunión se firma el acta de reunión (FOR04-PRO-GEI-IMC-PRC-AIC-001), en la cual se registrarán todos los asistentes a la reunión de apertura. En el caso que no se pueda coordinar la reunión con todos los involucrados en el sitio, se realiza una explicación a cada auditado antes de empezar las entrevistas.</p>
13	Ejecutar la auditoría interna al sistema de gestión de la calidad	Equipo Auditor	<p>El equipo auditor ejecuta la auditoría interna conforme a lo estipulado en el plan de auditoría aprobado y procederá a evaluar de manera objetiva las evidencias o hallazgos encontrados en la misma, esto con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría y los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad.</p> <p>Las herramientas que se utilizarán para obtener información son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Listas de Verificación de auditoría. • Entrevistas a los involucrados de los distintos procesos. • Revisión de procedimientos, formatos y registros.

			<ul style="list-style-type: none"> • Observaciones y comprobaciones. <p>El Equipo Auditor describirá todas las observaciones o comentarios encontrados en cada uno de los puntos auditados, así como las evidencias en las que se basan tales hallazgos.</p> <p>Al registrar las no conformidades, se debe tomar en consideración que estas pueden ser menores o mayores.</p> <p><u>No Conformidad Mayor:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La ausencia de uno o más elementos requeridos por la norma o una situación que crea dudas significativas de que el producto o el servicio cumplan con los requisitos especificados. • Un grupo de no conformidades categoría menor que indican una inadecuada implantación o ineficacia del sistema con respecto a algún elemento de la norma. <p><u>No Conformidad Menor:</u> Un error detectado en alguna disciplina o control durante la implantación de los requerimientos del sistema/procedimientos, que no indican una falla significativa del sistema o cree dudas de que el producto o el servicio cumpla con los requisitos.</p> <p>Las no conformidades encontradas se registrarán en el formato "Reporte de No Conformidades y Oportunidades de Mejora F05-PRO-GEI-IMC-PRC-ARN-001".</p> <p>El auditor interno y/o auditor líder al término de la entrevista, notificará al auditado el resultado de su proceso. Si el Auditado no está de acuerdo con una o varias No Conformidades detectadas, puede presentar su objeción y argumento al Auditor Líder, quien validará el mismo y decidirá la inclusión o no de la No Conformidad levantada. El Auditor Líder a su juicio podría presentar una No Conformidad no aceptada por el</p>
--	--	--	---

			<p>auditado, aclarando este hecho en el informe de auditoría.</p> <p>Se recopila todos los hallazgos y las observaciones levantadas en la auditoría interna, y se comunica al Auditor Líder para la reunión de cierre de la auditoría interna del SGC.</p>
14	<p>Coordinar y ejecutar la reunión de cierre de la auditoría interna con los involucrados</p>	<p>Director de Innovación y Mejora Continua /Auditor Líder</p>	<p>Para concluir con la auditoría, el Director de Innovación y Mejora Continua conjuntamente con el Auditor Líder coordinará y ejecutará la reunión de cierre entre el equipo auditor, los auditados y la Máxima Autoridad, teniendo en cuenta los siguientes temas a tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicación del objetivo, alcance y criterios de auditoría • Análisis de cumplimiento del plan de auditoría • Presentación de las fortalezas y debilidades del Sistema de Gestión de Calidad • Presentación de las no-conformidades • Información sobre plazo para toma de acciones correctivas, en base al procedimiento de Acciones Correctivas y de Mejora PRO-GIC-ACO-001 • Información sobre el seguimiento que se realizará en auditorías posteriores • Otra información requerida por los auditados. <p>En el caso que no se pueda coordinar la reunión con todos los involucrados en el sitio, se realiza una explicación a cada auditado al finalizar la auditoría.</p> <p>Esta instancia será la última en la cual los auditados o los Responsables (Dueños) de los procesos podrán objetar una no conformidad detectada y evidenciar el cumplimiento del requisito, luego de ella no se aceptarán reclamos u objeciones sobre los resultados de</p>

			la auditoría.
15	Recopilar y analizar los resultados de la auditoría		<p>El Auditor Líder conjuntamente con el equipo auditor recopila y analiza los resultados de la auditoría, previo a la elaboración del Informe Final y posteriormente archiva en el expediente de ejecución de auditoría interna del Sistema de Gestión de la Calidad los siguientes documentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan de Auditoría Interna del SGC 2. Listas de verificación 3. Actas de reunión 4. Reporte de no conformidades
16	Elaborar el informe de auditoría		<p>El Analista de Innovación y Mejora Continua designado o Auditor Líder, elaborará el informe final de auditoría en un plazo no mayor a 8 días laborables posteriores a la ejecución de la auditoría interna, con la finalidad de aportar un conocimiento detallado y útil del proceso auditado al responsable del mismo</p> <p>El informe de auditoría se elaborará en el formato "Informe de Auditoría FOR06-PRO-GEI-IMC-PRC-AIC-001".</p> <p>El Informe de Auditoría contendrá como mínimo los siguientes datos relevantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Composición del equipo auditor • Fecha de realización • Personal clave (Auditados) • Descripción del objetivo de la auditoría • Descripción del alcance de la auditoría

			<ul style="list-style-type: none"> • Criterio de Auditoría • Procesos auditados • Hallazgos detectados (no conformidades y oportunidades de mejora) • Conclusiones de la auditoría
17	Revisar el informe de auditoría		<p>El Director de Innovación y Mejora Continua revisará el contenido del informe, el detalle de los hallazgos encontrados y de encontrarse correcto procederá conjuntamente con el Analista de Innovación y Mejora Continua designado o Auditor Líder a la suscripción del documento, con lo cual se continuará con la actividad 18. De presentar ajustes o errores el documento, se retornará a la actividad 16 para el desarrollo correspondiente.</p>
18	Presentar el informe de auditoría a los responsables (dueños) de los procesos		<p>Será responsabilidad del Director de Innovación y Mejora Continua conjuntamente con el Auditor Líder presentar el informe de Auditoría una vez que se encuentre aprobado a los responsables (dueños) de los procesos auditados mediante reuniones, video conferencias o memorandos internos en un plazo no mayor a 15 días laborables, para que en base a los mismos ejecuten las acciones correctivas o de mejora que correspondan de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Procedimiento de Acciones Correctivas y de Mejora PRO-GEI-IMC-PRC-AEC-001</p> <p>El informe de auditoría también se presenta a la Alta Dirección, sirviendo de insumo para el proceso de Revisión por la Dirección</p> <p>Una vez finalizado las auditorías internas el Director de Innovación y Mejora Continua y/o Auditor Líder serán responsables de realizar la "Evaluación de Auditores FOR07-PRO-GEI-IMC-PRC-AIC-001" la misma que será retroalimentada al evaluado.</p>

7. INDICADORES DE GESTIÓN

N°	Indicador	Definición	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Responsable de Medición	Fuente de la Medición	Frecuencia de Medición
1	Cumplimiento del programa de auditorías	Mide el cumplimiento de las actividades programadas para la Gestión de Auditorías Interna del Sistema de Gestión de la Calidad del GPM	$(\text{Auditorías internas ejecutadas} / \text{Auditorías internas programadas}) * 100\%$	Porcentaje	Analista de Mejora Continua e Innovación	Programa de Auditoría Interna	Anual

8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS

8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
D1 Documento 1 y R1 Registro 1	FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-AIC-001-001	Programa anual de auditoría	Director de Innovación y mejora continua	Física: Archivo de la Dirección de Innovación y mejora continua	Conforme el expediente	Director y Analistas de la Dirección de Innovación y mejora continua	Tiempo de retención: 3 años Disposición final: Conservación
D2 Documento 2 y R2 Registro 2	FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-AIC-001-002	Plan de auditoría	Director de Innovación y mejora continua	Física: Archivo de la Dirección de Innovación y mejora continua	Conforme el expediente	Director y Analistas de la Dirección de Innovación y mejora continua	Tiempo de retención: 3 años Disposición final: Conservación
D3 Documento 3 y R3 Registro 3	FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-AIC-001-003	Listado de verificación	Director de Innovación y mejora continua	Física: Archivo de la Dirección de Innovación y mejora continua	Conforme el expediente	Director y Analistas de la Dirección de Innovación y mejora continua	Tiempo de retención: 3 años Disposición final: Conservación
D4 Documento 4 y R4 Registro 4	FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-AIC-001-004	Acta de reunión	Director de Innovación y mejora continua	Física: Archivo de la Dirección de Innovación y mejora continua	Conforme el expediente	Director y Analistas de la Dirección de Innovación y mejora continua	Tiempo de retención: 3 años Disposición final: Conservación
D5 Documento 5 y R5 Registro 5	FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-AIC-001-005	Reporte de no conformidades	Director de Innovación y mejora continua	Física: Archivo de la Dirección de Innovación y mejora continua	Conforme el expediente	Director y Analistas de la Dirección de Innovación y mejora continua	Tiempo de retención: 3 años Disposición final: Conservación
D6 Documento 6 y R6 Registro 6	FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-AIC-001-006	Informe de auditoría	Director de Innovación y mejora continua	Física: Archivo de la Dirección de	Conforme el expediente	Director y Analistas de la Dirección	Tiempo de retención:

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
				Innovación y mejora continua		Innovación y mejora continua	3 años Disposición final: Conservación
D7 Documento 7 y R7 Registro 7	FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-AIC-001-007	Evaluación de auditores	Director de Innovación y mejora continua	Física: Archivo de la Dirección de Innovación y mejora continua	Conforme el expediente	Director y Analistas de la Dirección de Innovación y mejora continua	Tiempo de retención: 3 años Disposición final: Conservación
R8 Expediente de la ejecución de la auditoría interna	No aplica	Expediente de la ejecución de la auditoría interna: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Programa anual de auditoría ✓ Plan de auditoría ✓ Listado de verificación ✓ Acta de reunión ✓ Reporte de no conformidades ✓ Informe de auditoría Evaluación de Auditores	Director de Innovación y mejora continua	Física: Archivo de la Dirección de Innovación y mejora continua	Conforme el expediente	Director y Analistas de la Dirección de Innovación y mejora continua	Tiempo de retención: 3 años Disposición final: Conservación



PREFECTURA DE
MANABÍ
Desarrollo y Equidad

Procedimiento

Gestión de Documentos del Sistema de Gestión de la Calidad

PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001

Dirección de Innovación y Mejora Continua

Enero - 2022

Versión 4.0

CÓDIGO: PRO-GEI-MC-PRC-GOC-001		VERSIÓN 4.0	
<p>PROCEDIMIENTO:</p> <p>Gestión de Documentos del Sistema de Gestión de la Calidad</p>			
DESCRIPCIÓN	CARGO	FIRMA	FECHA
APROBADO POR	Eco. Grace Rivera Coordinadora General de Desarrollo Institucional		
	Ing. Iván González Director de Innovación y Mejora Continua		
REVISADO POR	Ing. Nancy Acevedo Analista Innovación y Mejora Continua		
	Ing. Christian Madrid Consultor		
ELABORADO POR	Ing. Mauricio Sarabia Consultor		
	Ing. Carolina Armas Consultor		
	Ing. Santiago Galárraga Consultor		

	Ing. Irina Macías Arteaga Analista de Procesos	
--	--	--

IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

Proceso Nivel 0:	Gestión Estratégica de Desarrollo Institucional		
Proceso Nivel 1:	Gestión de Innovación y Mejora Continua		
Proceso Nivel 2:	Gestión de Procesos		
Proceso Nivel 3:	Gestión de Documentos del Sistema de Gestión de la Calidad		
Versión del documento:	4.0	Frecuencia de Ejecución:	Bajo demanda
Responsable:	Director(a) de Innovación y Mejora Continua		

REGISTRO DE VERSIONES

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de elaboración	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
1.0	Creación del documento	Soraya Sarmiento Analista 3 / Walter Intriago Director de Planificación y Ordenamiento Territorial	12-02-2020	No Aplica
2.0	Se reemplaza la guía de Elaboración de documentos por el presente instructivo	Carolina Lasso Analista de la Dirección De Innovación y Mejora Continua /	15-10-2020	Guía para la elaboración de manuales de procesos V1.0

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de elaboración	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
		Grace Rivera Coordinadora General de Desarrollo Institución		
3.0	<p>Descripción del Cambio: Se realizó la mejora del formato de la documentación. Se modificó el objetivo y el alcance Se depuró la base legal incluyendo únicamente requisitos relacionados a la creación de documentos del SGC. Se eliminó el numeral 5. Responsabilidades Se definió la jerarquía documental. Se modificó el orden de la codificación documental. Se añadieron 7 disposiciones generales, la número 7, 8 y 9 no se modificaron. Se identificó el ciclo de gestión del proceso documental, que consta de 7 fases. En la Descripción de actividades, se eliminó la columna tiempo y observaciones y se identificaron las mejoras. Se incluyeron los siguientes ítems: Contenido / Requisitos Internos / Diagrama de Caracterización / Tiempo / Indicadores / Control de Registros.</p> <p>Se modificaron todos los formatos, además se incluyeron: Acta para levantamiento de información, Cápsula informativa, Banco de preguntas, Informe de Resultados, Lista de distribución, Constancia de socialización, Formato de lineamiento y manual operativo. Se eliminaron los términos: restricción, lineamiento, inventario de procesos, documento interno,</p>	Nancy Acevedo Tapia Servidora de la Dirección de Innovación y Mejora Continua	02-08-2021	IG01- M03.P1.S01. Instructivo para diseñar y documentar procesos y subprocesos. Versión 2.0

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de elaboración	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
	<p>documento externo, diagrama de flujo físico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se modificó el concepto de proceso. Se aumentaron los términos: actividad; automatizar, diagrama de caracterización, formatos, registros, manual operativo, GP, SGC, sistematizar, unidad administrativa. 			
4.0	<ul style="list-style-type: none"> - Actualización del Documento: Alinear la gestión de documentos del Sistema de Gestión de la Calidad de la Prefectura de Manabí a los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 basado en las cláusulas 4.4 y 7.5, así como a la Norma Técnica y Metodología para la mejora continua e innovación de procesos del MDT. En función de esto se realiza cambios en el alcance del proceso que influye en la estructuración de normas generales, - diagrama de flujo, descripción del procedimiento, indicadores de gestión así como la inclusión y/o exclusión de documentos requeridos en función del nuevo alcance establecido. 	<p>Iván González Director de Innovación y Mejora Continua</p> <p>Irina Macías Analista de la Dirección.</p>		<p>Procedimiento para el diseño y documentación de procesos y subprocesos M03.P01.S01-PRO</p>

CONTENIDO

1. OBJETIVO	7
2. ALCANCE	7
3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS	7
4. MARCO NORMATIVO	10
4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS	10
4.2. DOCUMENTOS INTERNOS	10
4.3. NORMAS GENERALES	10
4.3.1. PIRÁMIDE DOCUMENTAL Y NIVELES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	12
4.3.2. DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	13
4.3.3. DE LA CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS	14
4.3.4. RESPONSABLES DE ELABORACIÓN, REVISIÓN Y APROBACIÓN DE DOCUMENTOS	17
4.3.5. DE LAS VERSIONES DE LOS DOCUMENTOS	18
4.3.6. DEL RESGUARDO DOCUMENTAL	19
4.3.7. DE LA VIGENCIA Y BAJA DE DOCUMENTOS OBSOLETOS	20
5. DIAGRAMAS	23
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	23
5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO	24
5.3. DIAGRAMA DE FLUJO	25
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	26
7. INDICADORES DE GESTIÓN	32
8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS	33
8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	33

1. OBJETIVO

Contar con las directrices y parámetros necesarios para que la documentación del Sistema de Gestión de la Prefectura de Manabí sea estandarizada, controlada, actualizada, distribuida, socializada y se encuentre disponible en los lugares de trabajo que lo requieren para su utilización, así como el control de registros sobre la información que debe ser conservada.

2. ALCANCE

Este procedimiento es aplicable a toda la información documentada del Sistema de Gestión de la Calidad de la Prefectura de Manabí, desde que se genera y actualiza así como su distribución y socialización por parte de las diferentes unidades administrativas, incluyendo el control de la Lista Maestra de Documentos, Formatos y Registros del SGC para la información que debe ser conservada acorde a los requisitos de la Norma ISO 9001:2015.

3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

Actividad: El menor objeto de trabajo identificado en un proyecto. Dependiendo de la complejidad de la actividad, se puede desglosar en tareas.

BPMN: Modelo y Notación de procesos de negocio "BPMN, por sus siglas en inglés, Business Process Model and Notation", para el modelado de procesos de negocio en un formato de flujo de trabajo, en el marco de la metodología BPM.

Es una metodología corporativa y disciplina de gestión, cuyo objetivo es mejorar el desempeño (eficiencia y eficacia) y la optimización de los procesos de negocio a través de la gestión automatizada de los procesos que se deben diseñar, modelar, organizar, documentar y optimizar de forma continua. Por lo tanto, puede ser descrito como un proceso de optimización de procesos.

Catálogo de Procesos: Representación ordenada de los procesos con el objetivo y alcance definido en sus diferentes niveles jerárquicos, independientemente de que estén en vigencia u obsoletos.

Código de documentos: Consiste en la asignación de un identificador, formado por un conjunto de caracteres alfanuméricos, a cada documento del Sistema de Gestión de la Calidad que permita una identificación clara y única.

Conceptualización del Proceso: Es la representación gráfica que presenta de manera simplificada y dinámica el alcance del proceso.

Copias no controladas: Son las copias de documento del Sistema de Gestión de la Calidad que se entrega a los usuarios para consulta o referencia.

Control: Directriz a nivel operativo encaminada a verificar el cumplimiento de una determinada acción durante la ejecución de proceso, con el propósito de prevenir un daño o una equivocación y asegurar la calidad del producto/servicio.

Diagrama de Caracterización: Los diagramas de caracterización parten principalmente de aplicar la metodología- entradas – Proceso – Salidas – Clientes, y como su nombre lo dice, muestra las características del mismo, es decir estos diagramas son complementados con la información de los elementos y los controles aplicados al proceso, el objetivo del mismo, los indicadores y los objetivos de la calidad asociados.

Diagrama de Flujo: Es la descripción de manera gráfica de las actividades para realizar un proceso y/o los pasos para realizar una actividad/tarea del mismo, si aplica.

DIMC: Dirección de Innovación y Mejora Continua

Documentos Externos: Son aquellos documentos que no son elaborados por el personal de la organización. La información de estos documentos, impacta los procesos, actividades y operaciones del Sistema de Gestión de la Calidad y también forman parte de su estructura documental, por lo cual también son incluidos dentro del proceso de Control de Documentos. (Pudiendo ser, pero no limitando, leyes, decretos, resoluciones, manuales de usuario, especificaciones, requisitos reglamentarios, normas, códigos, manuales de mantenimiento, etc.).

Dueño (a) o Responsable del Proceso: Es el responsable de la gestión del proceso y de los resultados del mismo.

Formato: Es un documento en cualquier tipo de medio, usados para que en ellos se anote los datos y resultados de actividades o procesos realizados. Un formato se transforma en un registro cuando se le incorporan datos.

Instructivo: Es la forma coherente, secuencial, específica y detallada de llevar a cabo una actividad/tarea. Son documentos de proceso de nivel 4 con un de detalle específico que nos describen los pasos puntuales que deben ser realizados para cumplir con una actividad, regularmente ejecutados por un solo puesto en la Institución.

Lineamiento: Son las directrices que deberán ser implementadas, las cuales se encuentran alineadas al objetivo principal que se quiere cumplir en un proceso, que toma en cuenta aspectos o factores claves para la institución

Manual de Gestión de la Calidad: Manual Documentado que proporciona información coherente, interna y externa, acerca del Sistema de Gestión de la Calidad el cual incluye:

- a) El alcance del Sistema de Gestión de la Calidad.
- b) Una descripción de la interacción entre los procesos nivel 1 del Sistema de Gestión de la Calidad.
- c) Referencia de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad.
- d) Lineamiento y Objetivos de Calidad.

Manual de usuario: El documento denominado “Manual de usuario” puede comprender: Manual de uso de una herramienta o aplicativo Informático, Manual de Mantenimiento, Manual de Operación y cualquier tipo de compendio (previa conocimiento y/o autorización del Líder de Procesos).

Mapa de Procesos: Es la representación gráfica de los procesos de nivel 0, 1, 2 y 3 de la institución y sus interrelaciones. Se actualiza cuando se identifique un cambio en los procesos de la Institución.

Procedimiento: Forma especificada de llevar a cabo los procesos de nivel 1, 2 y 3; sirven de base para la Gestión del Sistema de Gestión de la Calidad.

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto.

Proceso de Nivel 0: En la estructura de procesos, representa el nivel jerárquico más alto en el que se puede visualizar un “proceso de negocio”, este nivel normalmente contribuye en la identificación de los objetivos y programas estratégicos y las estrategias para cubrir las necesidades y expectativas de los grupos de interés.

Proceso de negocio de nivel uno (1), dos (2) o tres (3): En la estructura de procesos, representa el nivel jerárquico intermedio en el que se puede visualizar un “proceso de negocio”, este nivel considera la caracterización del proceso, y contribuye en la identificación de eventos, roles, responsabilidades, actividades, tareas, lineamientos, controles, restricciones y recursos para cubrir las necesidades y expectativas de los grupos de interés.

Registros: Los registros son documentos que proporcionan evidencia objetiva de actividades realizadas o resultados obtenidos, dentro del SGC se los controla.

SGC: Sistema de Gestión de la Calidad.

Subproceso: Proceso de negocio de nivel dos (2) y tres (3). En la estructura de procesos representa el nivel jerárquico más bajo en el que se puede visualizar un “proceso de negocio”, este nivel, al igual que el de proceso, normalmente contribuye en la identificación de eventos, roles, responsabilidades, actividades, tareas, lineamientos, controles, restricciones y recursos para cubrir las necesidades y expectativas de los grupos de interés.

Unidad Administrativa: Entiéndase como unidad administrativa a todas las Coordinaciones Generales, Direcciones y otras unidades que forman parte de la estructura orgánica de la institución.

4. MARCO NORMATIVO

4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS

- Norma Técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios (Vigente).
- Guía Metodológica para la aplicación de la norma técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios (Vigente).
- Norma ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos (vigente)

4.2. DOCUMENTOS INTERNOS

- Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos (vigente).

4.3. NORMAS GENERALES

- Las normas de este documento son de aplicación obligatoria para todos los servidores del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, en tanto guarden conformidad con las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y resoluciones vigentes al momento de su ejecución.
- El servidor que incumpliere sus obligaciones o contraviniera las disposiciones de este documento, así como las leyes y normativa conexas, incurrirá en responsabilidad administrativa que será sancionada disciplinariamente, sin perjuicio de la acción civil o penal que pudiere originar el mismo hecho.
- Todo proceso o subproceso, deberá incorporar el concepto de mejora continua en su diagramación y generación de documentos, procurando la simplificación de trámites y tareas, eliminar duplicidad de tareas, y optimizando la transaccionalidad.
- Los Documentos del Sistema de Gestión de la Calidad podrán ser firmados de forma electrónica o manuscrita; en caso de firmar electrónicamente no será necesario colocar la fecha en el campo "FECHA", en las firmas del documento.
- El/la Director (a) de Innovación y Mejora Continua o su delegado será el responsable de realizar la distribución de un documento interno del Sistema de Gestión de la Calidad de la Prefectura de Manabí nuevo o actualizado. La distribución de los mencionados documentos comprende dos momentos:

1. En el alta del documento dentro del Sistema de Gestión de la Calidad de la

- Prefectura de Manabí (documento firmado por el rol aprobador) y su publicación en la intranet institucional.
2. En el envío de la cápsula informativa con el link o ruta electrónica asignada al documento, con el cual podrá ser consultado posteriormente, entendiéndose así que el documento se encuentra distribuido en su lugar de trabajo y al alcance de todos los servidores a través de la intranet institucional. Para el caso de los servidores que NO dispongan de correo electrónico institucional, el responsable de la unidad administrativa, será el encargado de entregar el documento al servidor por el medio que garantice la comunicación.
- El Dueño (a) o Responsable del Proceso es el encargado de la socialización de un documento del Sistema de Gestión de la Calidad de la Prefectura de Manabí, para lo cual se basará en la lista de distribución del documento (**FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-006**); dicha socialización comprende dos acciones:
 1. La suscripción del registro de constancia de socialización (**FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-008**), como sustento de haber leído y entendido el proceso.
 2. Explicación del documento de manera presencial o virtual (videoconferencia) a todos los ejecutores del proceso incluyendo la réplica de conocimientos; de ser necesario, esta última actividad podrá ser acompañada por personal de la Dirección de Innovación y Mejora Continua.
 - Cada Dueño (a) o Responsable del Proceso es responsable del resguardo de los registros del Sistema de Gestión de la Calidad de la Prefectura de Manabí.
 - Los registros físicos serán resguardados y protegidos en cada una de las Unidades Administrativas en función de las disposiciones de la Dirección de Secretaría General.
 - Los registros electrónicos serán resguardados y protegidos en la carpeta compartida creada para cada unidad administrativa, en función de lo descrito en los documentos relacionados.
 - Los registros generados en aplicativos serán resguardados a través de los servidores correspondientes en la institución.
 - La documentación del SGC se encuentra disponible de manera digital custodiada por la Dirección de Innovación y Mejora Continua, publicada en la intranet institucional.
 - Las impresiones de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad de la Prefectura de Manabí son consideradas como copias no controladas. En el caso de requerir fiel copia del original en físico (para organismos de control por ejemplo), se entregará el documento impreso a la Dirección de Innovación y Mejora Continua para que se coloque el sello de fiel copia del original.
 - Cuando se requiera realizar una reunión para evidenciar acuerdos, compromisos y puntos revisados, se deberá utilizar el formato de acta de reunión (**FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-009**), que cada unidad administrativa guardará en su

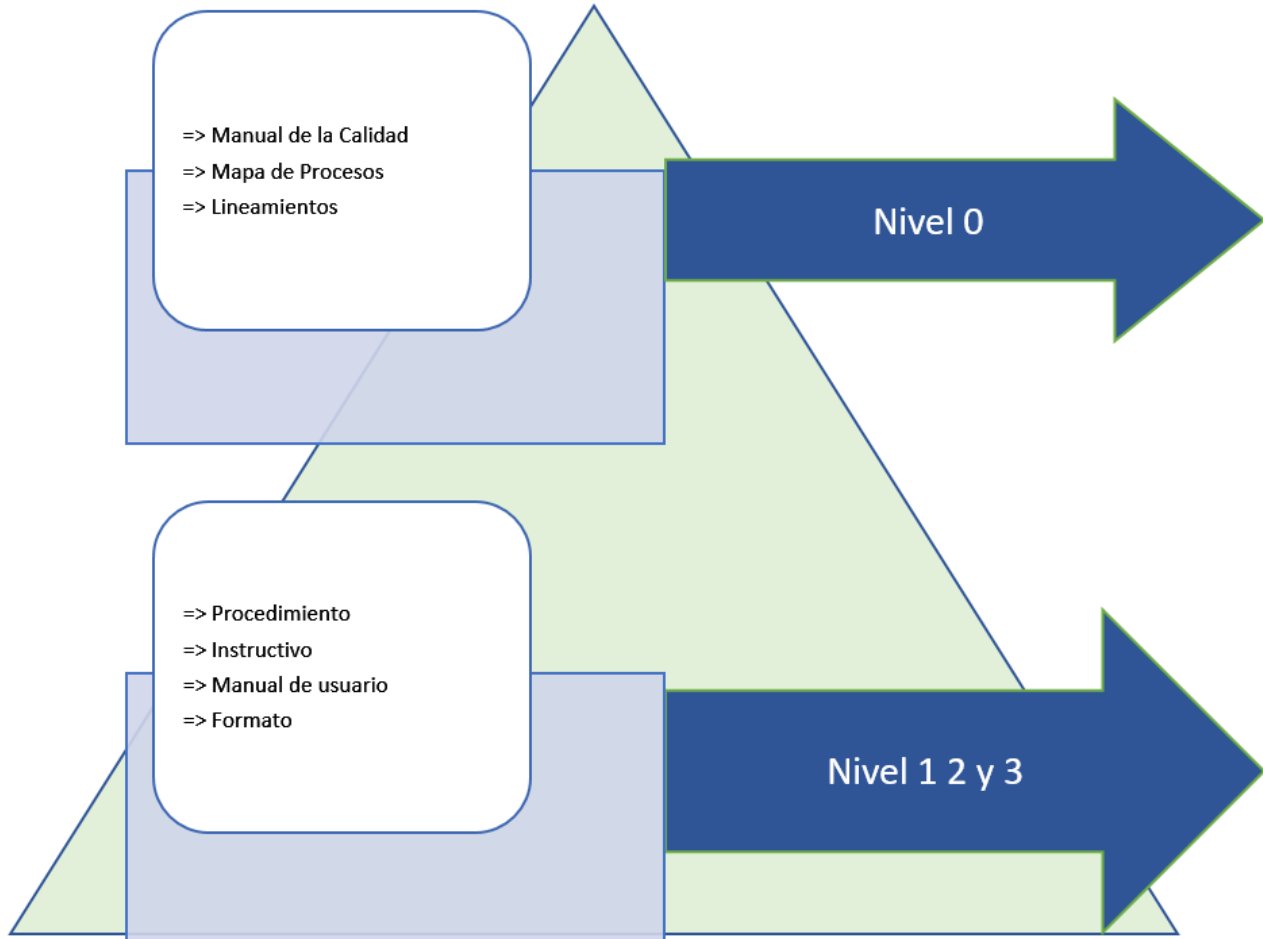
respectivo archivo de gestión.

- Todos los aspectos que no se encuentren normados de forma expresa en este documento deben ser complementados o suplidos por las disposiciones del marco normativo vigente.
- La documentación de la Dirección de Tecnología, debe ser levantada y actualizada por esa misma dependencia, la Dirección de Innovación y Mejora Continua se encargará de revisar, actualizar y difundir esos documentos (**nuevos o actualizados**), dentro del Sistema de Gestión de la Calidad.

4.3.1. PIRÁMIDE DOCUMENTAL Y NIVELES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Se establece la siguiente pirámide documental para el Sistema de Gestión de la Calidad de la Prefectura de Manabí:

Pirámide Documental y niveles del Sistema de Gestión de Calidad



Nota: El documento denominado “**Manual de Usuario**”, también puede comprender: “Manual Administrativo de Aplicativos Informáticos”, “Manual de Mantenimiento”, “Manual de Operación” y cualquier tipo de compendio (previa autorización de la Dirección de Innovación y Mejora Continua).

4.3.2. DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Para la documentación de los procesos se realizará tomando en cuenta el siguiente esquema de trabajo:

- Identificación en el catálogo de procesos (**FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-010**)

b) Levantamiento de la Situación Actual AS-IS corresponderá:

- a. Cuando no exista documentación, corresponderá a la versión 1 del documento institucional del Sistema de Gestión de la Calidad de la Prefectura de Manabí.
- b. De manera opcional y para procesos no existentes en el Sistema de Gestión de la Calidad de la Prefectura de Manabí, se podrá considerar la Matriz de Análisis de Valor Agregado del Proceso. **(FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-011)**.

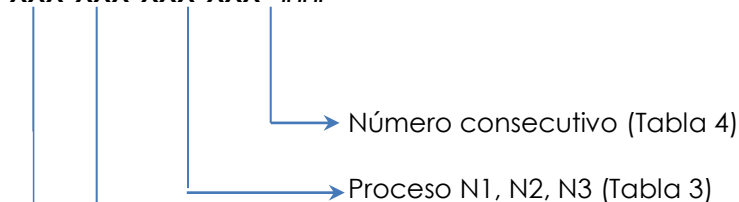
En esta etapa se identificará:

- o Situación Actual del Proceso (Actividades y Actores)
 - o Análisis de Valor Agregado del Proceso
 - o Análisis Inicial de la propuesta o estrategia de mejora planteada.
 - o Aprobación del levantamiento de la situación AS-IS, que será registrada mediante Acta de Reunión.
- c) Diagramación de la situación TO-BE del proceso.
 - d) Documentación del Proceso de acuerdo al tipo de documento: Lineamiento, Procedimiento, Instructivo o Manual.
 - e) Codificación de los documentos generados en el proceso de acuerdo al catálogo de procesos y a los lineamientos establecidos en este procedimiento.
 - f) Aprobación del levantamiento TO-BE, mismo que se evidenciará con la aprobación del documento institucional.
 - g) Socialización de los documentos, conforme al listado de distribución del documento y envío de la cápsula informativa.
 - h) Registro de los documentos en la Lista Maestra de Documentos, formatos y registros.

4.3.3. DE LA CODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

a) Nivel 0: Manual de Calidad, Mapa de Procesos, Lineamientos.

XXX-XXX-XXX-XXX-###



—————> Proceso Nivel 0 al que pertenece (Tabla 2)

—————> Tipo de Documento (Tabla 1)

Ejemplo: PRO-MDC-DID-DID-DID-001 => Procedimiento.

b) Proceso N0 N1 N2 N3

PRO - XXX -XXX - XXX - XXX- 001

A
B
C

A= Tipo de Documento (Tabla 1)

B= Nivel 0 de procesos (Tabla 2), mientras que en el mapa de procesos están bajados todos los niveles y códigos para usar en los levantamientos (Nivel 0, 1, 2 y 3).

C= Número consecutivo (Tabla 4)

Ejemplo: PRO-XXX-XXX-XXX -XXX -001.

c) Nivel 4: Instructivo o Manual de Usuario.

Estos documentos se derivan de un documento de nivel superior, por lo que la codificación toma los datos del código del documento del cual se derivan.

INS-CODIGO DEL PROCESO-XXX

 Instructivo Número consecutivo del instructivo.

Ejemplo: Hay un primer instructivo que se deriva del procedimiento: **PRO-XXX-XXX-XXX-XXX-001**

Por lo tanto se codifica de la siguiente manera: **INS-PRO-XXX-XXX-XXX-XXX-001-001**

d) Formato: Se deben codificar con las letras "FOR", el código del procedimiento o instructivo al cual pertenece el formato y la secuencia numérica de tres dígitos al final del código.

Ejemplo: **FOR-XXX-XXX-XXX-XXX-XXX-001**

Se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Para el alta de formatos en el Sistema de Gestión de la Calidad, en su código deberá constar incluida la versión del mismo.
- Cuando se citen los formatos en la descripción de un documento es necesario **NO colocar** la versión:
- Si se requiere codificar un formato de un instructivo que pertenece a un procedimiento; la estructura del código debe ejecutarse de la siguiente manera:

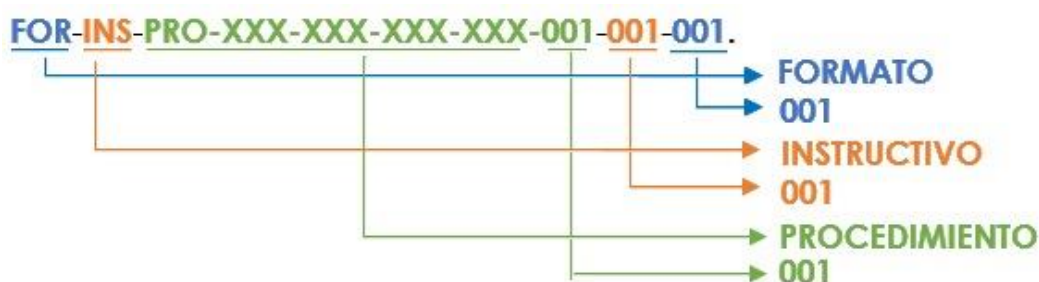


Tabla 1: Tipo de Documento y codificación asignada

DOCUMENTO	CÓDIGO
Manual de Calidad	MDC
Mapa de Procesos	MDP
Lineamiento	LIN
Procedimiento	PRO
Instructivo	INS
Manual de usuario	MAN
Formato	FOR

Tabla 2: Código del proceso al que pertenece (Proceso Nivel 0)

PROCESO	CÓDIGO
Direccionamiento Estratégico	DES
Gestión Estratégica de Desarrollo y Ordenamiento Territorial	GDT
Gestión de Desarrollo Social, Económico y Ambiental	GEA
Gestión de Infraestructura para el Desarrollo	GID
Gestión Jurídica	GJU
Auditoría Interna	GAI
Gestión Estratégica de Desarrollo Institucional	GEI
Gestión Administrativa Financiera	GAF
Gestión de Secretaría General y Atención Ciudadana	GSG

Tabla 3: Catálogo de procesos

La desagregación y codificación se identificará en el Catálogo de Procesos Institucional.

Tabla No. 4: Descripción de número consecutivo

El número de documento (###) corresponde al número consecutivo a tres dígitos en función del tipo de documento y el proceso Nivel 1, 2, y 3 al que pertenece, comenzando por 001.

Ejemplo:

Procedimiento, Adquisiciones (001)

Procedimiento, Adquisiciones (002)

Lineamiento, Adquisiciones (001)

4.3.4. RESPONSABLES DE ELABORACIÓN, REVISIÓN Y APROBACIÓN DE DOCUMENTOS

DOCUMENTO	ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
MANUAL DE CALIDAD	Analista de la Dirección de Innovación y Mejora Continua	Coordinador/a General de Desarrollo Institucional Director/a de Innovación y Mejora Continua Comité de Calidad	Prefecto /a
LINEAMIENTO	Dueño (a) o Responsable del Proceso	Coordinador/a General de Desarrollo Institucional Director/a de Innovación y Mejora Continua Comité de Calidad	Prefecto /a
MAPA DE PROCESOS	Analista de la Dirección de Innovación y Mejora Continua	Coordinador/a General de Desarrollo Institucional Director/a de Innovación y Mejora Continua Comité de Calidad	Prefecto /a
PROCEDIMIENTO	Dueño (a) o Responsable del Proceso Analista de la Dirección de Innovación y Mejora Continua	Director/a de Innovación y Mejora Continua / Directores y/o Subdirectores involucrados (si el caso lo amerita)	Dueño (a) o Responsable del Proceso (Director o Coordinador)
INSTRUCTIVO	Dueño (a) o Responsable del Proceso Analista de la Dirección de Innovación y Mejora Continua	Director/a de Innovación y Mejora Continua	Dueño (a) o Responsable del Proceso (Director o Coordinador)
MANUAL DE USUARIO	Analista de la Unidad Administrativa Dueña o Responsable del Proceso	Director/a de Innovación y Mejora Continua Analista de la Dirección de Innovación y Mejora Continua	Dueño (a) o Responsable del Proceso (Director o Coordinador)

DOCUMENTO	ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
FORMATO	Analista de la Unidad Administrativa Dueña o Responsable del Proceso	Analista de la Dirección de Innovación y Mejora Continua	Director, Dueño (a) o Responsable del Proceso

- En casos especiales, por disposición de la máxima autoridad, se puede variar el esquema de revisiones y aprobaciones que constará en la hoja de firmas.
- La fecha de vigencia del documento institucional de procesos, es la misma con la que se aprueba el documento.
- La suscripción de los documentos institucionales de procesos, tanto para creación como para actualización de forma o fondo, se efectuará mediante un esquema completo de firma electrónica, y/o manuscrita. Se debe tener en cuenta los siguientes parámetros:
 - Cuando exista la necesidad de que los servidores con roles revisores, autorizadores o aprobadores suscriban un documento con firma manuscrita, el documento será suscrito en su totalidad bajo el esquema manuscrito.
 - **No se aceptarán documentos con esquemas mixtos de firmas** (electrónicas y manuscritas).
 - De existir servidores que hayan participado en la elaboración o revisión de documentos institucionales de procesos, y que no posean firma electrónica, ni puedan suscribir en forma manuscrita por causas de fuerza mayor o caso fortuito, estos no constarán en la hoja de firmas, y únicamente se indicará su participación.
- Los documentos institucionales de procesos autorizados con fecha anterior a la publicación de la presente versión, mantienen su estructura y formatos hasta que se proceda con su actualización.

4.3.5. DE LAS VERSIONES DE LOS DOCUMENTOS

La actualización de la versión de un documento tomará en cuenta las siguientes especificaciones:

- El cambio de versión de un documento deberá ser evaluado preliminarmente por El/la Director (a) de Innovación y Mejora Continua, quien en conjunto con los involucrados determinará el impacto de las modificaciones a efectuarse.

- Si al actualizar un documento se ejecuta una inclusión, eliminación o cambio de actividades en el modelamiento, simplificación del proceso o modificación de su alcance; se entenderá como un **cambio de fondo**, por lo que se actualizará su versión en número entero, ejemplo: de “**Versión 1.0**” a “**Versión 2.0**”. Para este caso se deben consignar nuevamente todas las firmas de elaboración, revisión y aprobación; adicional para la socialización se deben generar las evidencias descritas.
- Por otro lado si la actualización del documento no implica cambios de fondo y es puntual como por ejemplo: inclusiones o exclusiones en base legal, formatos, cambio en normas generales que no impliquen modificaciones en el modelamiento mayor a inclusión o exclusión de 2 actividades, mayor o menor detalle en la descripción de actividades, cambio de indicadores por denominación o método de cálculo, incumplimiento a las instrucciones de este procedimiento, corrección de errores menores, cambios de forma o redacción en la caracterización y/o diagrama conceptual, interrelación entre procesos, actualización de objetivos estratégicos de calidad, entre otros, se entenderán como **cambios de forma**, por lo que se actualizará la versión en número decimal, ejemplo: de “**Versión 1.0**” a “**Versión 1.1**”. En este caso se debe colocar en el cuadro “registro de versiones” los cambios realizados y en el campo “elaboración y aprobación” se colocarán las firmas de quienes elaboraron y aprobaron dicha actualización (Dueño (a) o Responsable del Proceso).
- Con respecto a la socialización se debe proceder de la siguiente manera cuando el cambio de versión corresponde a números decimales, es decir de 1.0 a 1.1 o de 2.0 a 2.1, etc., solo se debe informar a los involucrados sobre la nueva versión, por memorando o correo institucional (por parte de la Dirección de Innovación y Mejora Continua o de la Unidad Administrativa dueña del proceso) y se requiere mantener esta evidencia en digital archivada y a disposición del Dueño (a) del proceso.
- En el momento que se aprueba la actualización de un documento y se sube el documento a la Intranet, la versión anterior se da de baja en el Sistema de Gestión de la Calidad y la Intranet institucional, el documento físico original se coloca en la carpeta de documentos obsoletos y se archivará bajo la administración de la Dirección de Innovación y Mejora Continua, se define en 7 años el tiempo de conservación mínimo para este tipo de documentación obsoleta.

4.3.6. DEL RESGUARDO DOCUMENTAL

Cada Dueño (a) del Proceso es responsable del resguardo de los registros generados en los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad de la Prefectura de Manabí.

Los registros físicos serán resguardados y protegidos en cada una de las Unidades Administrativas, mientras que los registros electrónicos serán resguardados y protegidos en

el repositorio documental digital definido por la Dirección de Innovación y Mejora Continua.

Los registros generados en aplicativos serán resguardados a través de servidores informáticos correspondientes en la institución de acuerdo con las disposiciones del documento "Procedimiento para respaldo de información".

Se resguardarán archivos físicos y digitales según corresponda de acuerdo al siguiente detalle:

- **Físico (en los casos que aplique)**

- Documento institucional de procesos (aprobado con todas las firmas de responsabilidad, en formato institucional, sin tachones ni enmendaduras)
- Formatos, (código con versión, visible en el formato)
- Anexos. (código visible)

- **Digital (repositorio documental digital – Documentos del SGC)**

Carpeta "EDI": Documentos editables

- Documento institucional de procesos.
- Diagrama de caracterización.
- Diagramas de flujo (aplica para procedimientos).
- Formatos.
- Anexos.

Carpeta "IMP": Documentos de implementación

- Correo enviado con cápsula informativa (formato PDF).
- Presentación de socialización (opcional).
- Acta de socialización con firmas. (formato PDF).
- Cápsula informativa.
- Lista de distribución.
- Banco de preguntas (**FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-010**) (Opcional).
- Resultados de evaluación (Opcional).

Carpeta "PUB": Documentación a ser publicados

- Documento institucional de procesos (formato PDF con hipervínculos, con firmas de autorización, no escaneado completo, solo hoja de firmas en caso de firma autógrafa)
- Formato
- Anexos

4.3.7. DE LA VIGENCIA Y BAJA DE DOCUMENTOS OBSOLETOS

- La documentación institucional de procesos vigente u obsoleta se controla mediante la Lista Maestra de documentos, formatos y registros.
- La puesta en vigencia de documentos institucionales de procesos se realiza únicamente cuando:

- Se ha diseñado un nuevo documento institucional de procesos.
- Se ha actualizado un documento institucional de procesos.
- La finalización de la etapa de documentación de procesos comprende:
 - Validación de expediente completo del documento.
 - La colocación de expedientes de documentos institucionales de procesos completos en el repositorio documental digital.
 - Actualización de información en Lista Maestra de Documentos, formatos y registros.
 - Actualización de documentación en la Intranet institucional
 - La colocación de expedientes de documentos institucionales de procesos completos en el repositorio físico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Prefectura de Manabí.
- El documento institucional se considerará vigente a partir de la fecha en que se haya aprobado el documento (cuando corresponda, se cambiará a estado Obsoleto toda la documentación que la tabla "Trazabilidad del Documento" del documento actualizado indique, con la fecha de vigencia de este último).
- Para el caso de la obsolescencia de documentos institucionales de procesos se realiza únicamente cuando:
 - La entrada en vigencia de documentos institucionales de procesos deje obsoleta otra documentación.
 - Se elimine un producto/servicio que afecte completamente al documento institucional de procesos.
 - Se elimine un proceso institucional que afecte completamente al documento institucional de procesos.
- La obsolescencia de documentos institucionales de procesos comprende:
 - Registro en la Lista Maestra de Documentos, formatos y registros de la fecha de vigencia del documento que lo reemplaza.
- Para efectuar la baja de documentos institucionales, el Dueño (a) o responsable del proceso deberá:
 - Validar que el proceso no queda sin documentación institucional de procesos que norme su operación,
 - Validar con el Líder de Procesos y Calidad la pertinencia de la necesidad,
 - Solicitar mediante memorando o correo electrónico motivado a Dirección de Innovación y Mejora Continua para que se autorice su cambio de estado a "obsoleto".
 - Remitir una copia de la solicitud autorizada, al Líder de Procesos y Calidad, para efectuar la obsolescencia del documento institucional de procesos.

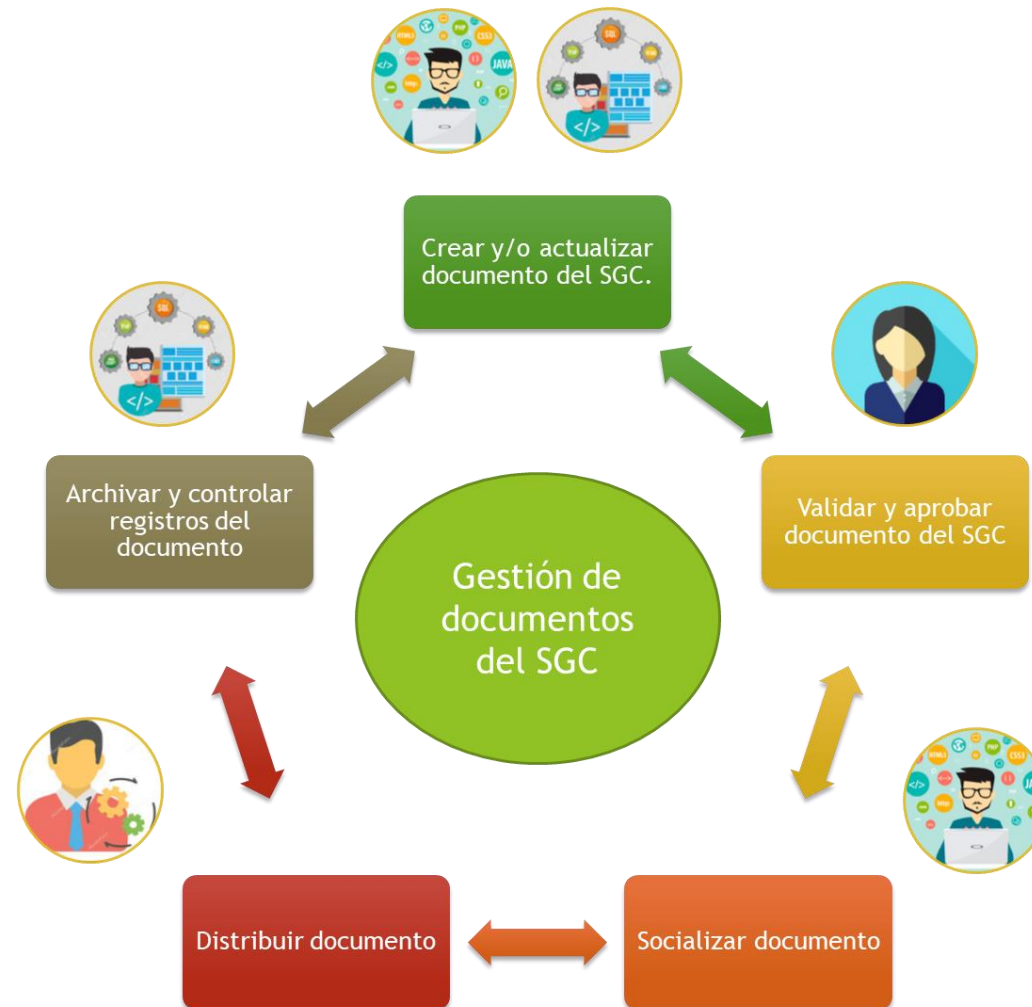
- Los documentos obsoletos electrónicos, se guardarán en una carpeta compartida identificando el nombre de "Documentos Obsoletos".
- Los documentos obsoletos físicos, se guardarán en una carpeta física identificando el nombre de "Documentos Obsoletos".

5. DIAGRAMAS

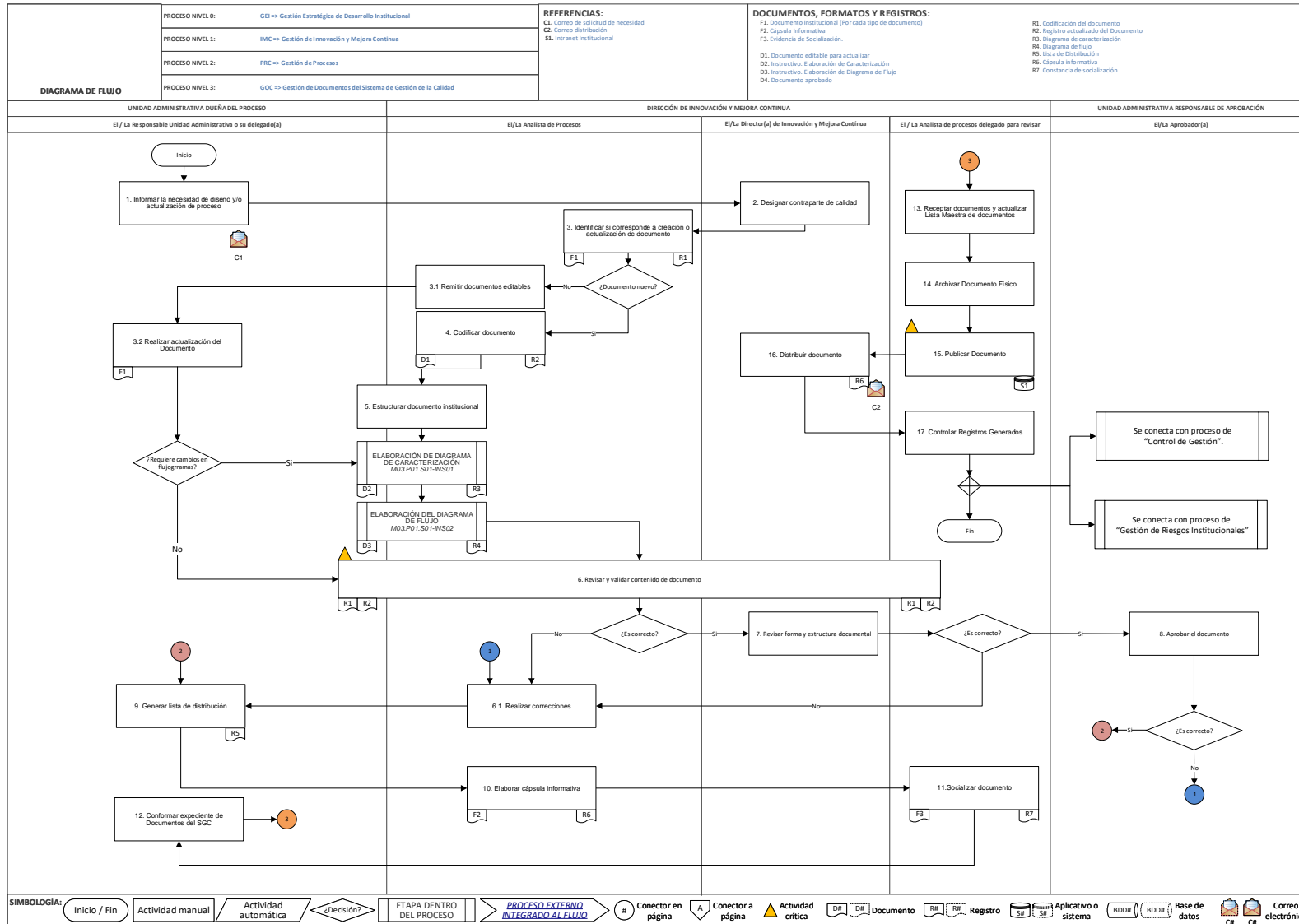
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

 PREFECTURA DE MANABÍ Desarrollo y Equidad		1. NOMBRE DEL PROCESO: <i>Gestión de Documentos del Sistema de Gestión de la Calidad</i>	DIAGRAMA DE CARACTERIZACIÓN
CARACTERIZACIÓN			
3. OBJETIVO DEL PROCESO: Definir la jerarquía y la metodología necesaria para diseñar y actualizar la documentación (procesos y subprocesos) para el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) del Gobierno Provincial de Manabí (GPM) y que se encuentre estandarizada, controlada, actualizada, publicada, distribuida, socializada y disponible en los lugares de trabajo que lo requieren. RESPONSABLES DEL RESULTADO: <i>El / la directora(a) de Innovación y Mejora Continua</i> OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE CONTRIBUYE: <i>Promover el desarrollo sustentable de su circunscripción territorial provincial, para garantizar la realización del buen vivir a través de la implementación de políticas públicas provinciales en el marco de sus competencias</i>			
12. CONTROLES: 1. ACTIVIDAD: 6. Revisar y validar contenido de documento RESPONSABLE: Coordinador / Director Dueño o Responsable del Proceso CONTROL: Validación con los ejecutores del proceso sobre todos los caminos posibles del proceso en el diagrama de flujo. 2. ACTIVIDAD: 15. Publicar documento RESPONSABLE: El / la directora(a) de Innovación y Mejora Continua CONTROL: Inspección Visual Intranet			
9. DOCUMENTACIÓN INTERNA: - Reforma integral al estatuto orgánico de gestión organizacional por procesos del gobierno autónomo descentralizado provincial de Manabí	8. DOCUMENTACIÓN EXTERNA: - Guía metodológica para la aplicación de la norma técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios. Agosto 2020. - Norma técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios. Acuerdo Ministerial Nro. MDT-2020-0111 / Mayo 2020 - Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos. NTE-INEN-ISO 9001:2016	10. REGISTROS: R1. Codificación del documento R2. Documento actualizado R3. Diagrama de caracterización R4. Diagrama de flujo R5. Lista de Distribución R6. Cápsula Informativa R7. Constancia de socialización	
7. PROVEEDORES: 1) Dirección de Innovación y Mejora Continua 2) Unidades Administrativas GPM	6. ENTRADAS: 1) Documentos requeridos según el Catálogo de Procesos. Lista Maestra de documentos 2) Solicitud de creación y/o actualización de documentos	11. ACTIVIDADES: ACTIVIDAD INICIAL: 1. Informar la necesidad de diseño y/o actualización de proceso ACTIVIDAD FINAL: 17. Controlar Registros Generados	2. SALIDAS: 1) Documentos implementados para el Sistema de Gestión de la Calidad. CARACTERÍSTICAS. Eficacia <i>Actualizados y disponibles en los puestos y áreas de trabajo requeridos</i>
13. RECURSOS: SOFTWARE: - Utilitarios de Oficina - Intranet Institucional HARDWARE: - Equipo de Cómputo INFRAESTRUCTURA: - Estaciones de trabajo RECURSOS HUMANOS: - Dueño del Proceso - Director De Innovación y Mejora Continua - Director de Tecnología o delegado - Analista de Procesos - Analista Unidad Administrativa Dueño del Proceso - Responsable de aprobación		5. INDICADOR DE RESULTADO: 1. NOMBRE DEL INDICADOR: Nivel de madurez de los procesos institucionales FÓRMULA DE CÁLCULO: <i>Cálculo de nivel de madurez (Con Metodología)</i>	4. USUARIOS: 1) Unidades Administrativas GPM
		14. RIESGOS: <i>La Gestión de riesgos del SGC, está contemplado en el proceso de Gestión de Riesgos, cuya codificación se encuentra en el catálogo de documentos.</i>	

5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO



5.3. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

No.	Actividad	Cargo	Descripción
1	Informar la necesidad de diseño y/o actualización de proceso	Dueño (a) o Responsable del Proceso	Se establecerá la necesidad para el diseño o actualización de documentos del SGC de la Prefectura de Manabí. En este caso, se solicitará mediante correo electrónico al Director/a de Innovación y Mejora Continua, el diseño o actualización de documentos.
2	Designar contraparte de calidad	Director (a) de Innovación y Mejora Continua	El/la Director (a) de Innovación y Mejora Continua, designará la contraparte para el levantamiento de la información para que se brinde acompañamiento y se desarrolle la información solicitada.
3	Identificar si corresponde a la creación o actualización de documento	Analista de Innovación y Mejora Continua	<p>De manera conjunta con el Dueño (a) o responsable del proceso identificará el tipo de documento que se requiere crear o actualizar de acuerdo a la pirámide documental.</p> <p>De requerirse la construcción de un documento nuevo se continuará con lo descrito en los instructivos: "<i>Elaboración de Diagrama de Caracterización – INS-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-001</i>" y "<i>Elaboración de Diagrama de Flujo – INS-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-002</i>", de requerirse la actualización de un documento existente se continuará con actividad 3.1.</p> <p>Los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad de la Prefectura de Manabí se actualizan o crean por cambios en la ejecución del proceso, resultados de acciones correctivas, cambios legales o pedido del Dueño (a) o Responsable del Proceso, entre otros. Los cambios de versión son definidos por El/la Director (a) de</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			Innovación y Mejora Continua en conjunto con los involucrados en el proceso.
3.1	Remitir documentos editables	Analista de Innovación y Mejora Continua	Se envía al Dueño (a) o Responsable del Proceso o su delegado los documentos editables solicitados, para que puedan realizar las modificaciones y actualizaciones sobre los mismos.
3.2	Realizar actualización del Documento	Dueño (a) o Responsable del Proceso	Se modifica y actualiza el documento según la necesidad del proceso, de existir cambios en el diagrama de caracterización y/o diagrama de flujo, se apoyará en los instructivos citados en la actividad 3. En el registro de versiones se deben detallar los tópicos generales que fueron modificados. Adicionalmente se debe actualizar la matriz de control de cambios.
4	Codificar documento	Analista de Innovación y Mejora Continua	Se procede a asignar un código para el documento en elaboración, tomado de la Lista Maestra de Documentos, Formatos y Registros del SGC.
5	Estructurar documento institucional	Dueño (a) o Responsable del Proceso / Analista de procesos	Se estructurará el documento con base a los formatos establecidos para el efecto de acuerdo al tipo de documento a modificar. Para lo cual se seguirán los siguientes formatos: Lineamiento (FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-003) Procedimiento (FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-004) Instructivo (FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-005). Es importante que en todos los casos se tome en cuenta al usuario interno y las interrelaciones con otros procesos con el fin de asegurar que la salida del proceso cumpla con los requisitos y expectativas de la organización, así como lo determinado en el Anexo 1.- <i>Estándares de redacción y estructura de los</i>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			<p>documentos.</p> <p>En el caso de procedimientos, la construcción del documento se realiza sobre el contenido del Diagrama de Caracterización y el Diagrama de Flujo elaborados o actualizados previamente.</p>
6	Revisar y validar contenido de documento	Coordinador / Director Dueño (a) o Responsable del Proceso	<p>Se debe realizar una revisión de fondo sobre el documento desarrollado o actualizado, es decir toda la información y opciones posibles para ejecutar el proceso dentro de la unidad administrativa de forma adecuada.</p> <p>Se debe validar que la salida del proceso cumpla con los requisitos y expectativas del usuario.</p> <p>Si la información es correcta se continua con el flujo normal del proceso, caso contrario se realizan las correcciones pertinentes descritas en la <i>actividad 6.1</i>.</p> <p>CONTROL: Validación con los ejecutores del proceso sobre todos los caminos posibles del proceso en el diagrama de flujo.</p> <p>RESPONSABLE: Coordinador / Director Dueño (a) o Responsable del Proceso</p> <p>FRECUENCIA: Bajo demanda</p>
6.1	Realizar correcciones	Dueño (a) o Responsable del Proceso	<p>En caso de existir observaciones se debe realizar los cambios respectivos de fondo en el documento que está siendo construido o actualizado.</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
7	Revisar forma y estructura documental	Director (a) de Innovación y Mejora Continua	Se realiza una revisión de forma sobre el documento que está siendo construido o actualizado, siguiendo lo descrito en el presente procedimiento. Si el documento está correcto El/la Director (a) de Innovación y Mejora Continua suscribe su firma en el campo correspondiente y sigue con el flujo normal del proceso, caso contrario se remite al Dueño (a) o Responsable del Proceso para las correcciones respectivas.
8	Aprobar documento	Dueño (a) o Responsable del Proceso (Director o Coordinador)	El Rol Aprobador receptorá el documento para su revisión final y aprobación. Si el contenido del documento que está siendo construido o actualizado es correcto, se aprueba el documento con la suscripción de la firma en el campo correspondiente. Posterior a la firma del documento, se entrega al Dueño (a) o Responsable del Proceso para que continúe con el flujo normal del proceso, caso contrario se realizan las correcciones pertinentes descrita en la actividad 6.1 El documento aprobado conformará parte del expediente de documentos de Gestión de Calidad de la Prefectura de Manabí.
9	Generar lista de distribución	Dueña o Responsable del Proceso	Se debe generar la lista de distribución conforme el formato establecido. Se debe tener en cuenta que en la lista de distribución (FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-006) deben estar contemplados todos los servidores que intervienen o ejecutan el proceso.
10	Elaborar cápsula Informativa	Dueña o Responsable del Proceso	Se elabora la cápsula informativa (FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-007), que contendrá información relevante del diseño o actualización del documento y/o se incluirá específicamente el cambio realizado al mismo.
11	Socializar documento	Dueño (a) o Responsable del	El/La Dueño (a) del Proceso o delegado (a) socializará el documento aprobado a los ejecutores del mismo, garantizando de que el personal bajo su cargo haya leído

No.	Actividad	Cargo	Descripción
		Proceso / Analista de procesos	y entendido el documento del SGC. La socialización se realizará mediante convocatoria vía correo electrónico. De ser necesario se puede usar el esquema de réplica de información, el cual consiste en socializar el documento en primera instancia a los Líderes o quien haga sus veces, para que ellos en lo posterior efectúen la réplica al personal de sus respectivas unidades. Una vez firmado por todos los involucrados el Dueño (a) (a) del proceso o su delegado escanea y envía al Director (a) de Innovación y Mejora Continua y a su delegado la evidencia de socialización (FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-008) , debiendo conservar en su poder el registro original. En caso que se requiera realizar una evaluación de conocimientos post-socialización (Opcional) , la misma se realizará a los servidores que se encuentren definidos en la lista de distribución y en el registro de constancia de la socialización.
12	Conformar expediente de documentos del SGC	Dueño (a) o Responsable del Proceso	Se debe conformar el expediente digital de documentos del SGC, el mismo contiene toda la información detallada en la sección 6.3.7, del resguardo documental. Esta documentación será remitida directamente a el/la Analista de Innovación y Mejora Continua.
13	Receptar documentos y actualizar Lista de Maestra Documentos	Analista de Innovación y Mejora Continua	Lista Maestra de Documentos, Formatos y Registros (FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-012)
14	Archivar documento físico	Analista de Innovación y Mejora	Se procederá a realizar el archivo de los documentos de la siguiente forma: Documento, formatos y anexos originales físicos con todas las firmas requeridas, en

No.	Actividad	Cargo	Descripción
		Continua	<p>el Archivo de Gestión de la Dirección de Innovación y Mejora Continua en los procesos de primer nivel.</p> <p>De existir documentos que queden en obsolescencia, se los retira del bibliorato de documentos vigentes mencionado anteriormente y se archiva en carpeta de documentos no vigentes.</p>
15	Publicar documento	Analista de Innovación y Mejora Continua	<p>El/la delegado(a) de la Dirección de Innovación y Mejora Continua procederá a publicar el documento en la intranet institucional. El documento de forma digital deberá ser archivado de acuerdo a su versión en la carpeta compartida o repositorio documental al proceso de nivel del documento aprobado.</p> <p>CONTROL: Inspección Visual Intranet.</p> <p>RESPONSABLE: Director (a) de Innovación y Mejora Continua o quien haga sus veces.</p>
16	Distribuir documento	Director (a) de Innovación y Mejora Continua	<p>Se envía un Memorando (Sistema vigente de correo electrónico) indicando la fecha de vigencia del documento aprobado del SGC, dirigido a Coordinadores, Directores e intervinientes en el proceso.</p> <p>De igual manera se remitirá de manera masiva a por correo institucional a los servidores identificados en la lista de distribución, la cápsula informativa incluyendo los hipervínculos de ubicación del documento en la intranet.</p>
17	Controlar Registros Generados	Analista de Innovación y Mejora Continua	<p>Los ejecutores del proceso controlaran sus registros como está descrito en el procedimiento respectivo, asegurando que cuando sea necesaria una consulta o análisis de datos se tenga el acceso a la información lo antes posible.</p>

7. INDICADORES DE GESTIÓN

N°	Indicador	Definición	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Responsable de Medición	Fuente de la Medición	Frecuencia de Medición
1	Nivel de madurez de los procesos institucionales	Es la medición de la gestión por procesos evidenciando los criterios definidos dentro de una matriz de evaluación que tiene 5 niveles: identificado, estandarizado, medido, mejorado, excelente.	Cálculo de nivel de madurez	Nivel	Analista de Mejora Continua e Innovación	Matriz del Nivel de Madurez	Semestral

8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS

8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Documento	INS-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001	Diagrama de caracterización	Delegado dEl/la Director (a) de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua.	Permanente Conservación
Documento	INS-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-002	Diagrama de Flujo	Delegado dEl/la Director (a) de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua.	Permanente Conservación
Formato	FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-001	Manual de Calidad	Delegado dEl/la Director (a) de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua.	Permanente Conservación
Formato	FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-002	Mapa de Procesos	Delegado dEl/la Director (a) de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua.	Permanente Conservación
Formato	FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-003	Lineamiento	Delegado dEl/la Director (a) de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua.	Permanente Conservación

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Formato	FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-004	Procedimiento	Delegado dEl/la Director (a) de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua.	Permanente Conservación
Formato	FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-005	Instructivo	Delegado dEl/la Director (a) de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua.	Permanente Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-006	Lista de Distribución del documento	Delegado dEl/la Director (a) de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua.	Permanente Conservación
Formato	FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-007	Cápsula informativa	Delegado dEl/la Director (a) de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua.	Permanente Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-008	Constancia de Socialización	Delegado dEl/la Director (a) de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua.	Permanente Conservación

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Formato y Registro	FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-009	Acta de reunión	Delegado dEl/la Director (a) de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua.	Permanente Conservación
Formato	FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-010	Catálogo de Procesos	Delegado dEl/la Director (a) de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua.	Permanente Conservación
Formato	FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-011	Matriz de Análisis de Valor Agregado	Delegado dEl/la Director (a) de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua.	Permanente Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-012	Lista maestra de documentos, formatos y registros	Delegado dEl/la Director (a) de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua.	Permanente Conservación
Formato	FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-013	Banco de Preguntas	Delegado dEl/la Director (a) de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua.	Permanente Conservación
Registro	No aplica	Expediente físico del proceso	Delegado dEl/la Director (a) de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua.	7 años
Registro	No aplica	Expediente electrónico del proceso	Delegado dEl/la Director (a) de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua.	Permanente



PREFECTURA DE
MANABÍ
Desarrollo y Equidad

Procedimiento

Gestión del Producto No Conforme
PRO-GEI-IMC-PRC-PNC-001

Dirección de Innovación y Mejora Continua

Enero - 2023

Versión 1.0

CÓDIGO: PRO-GEI-IMC-PRC-PNC-001		VERSIÓN 1.0	
<p>PROCEDIMIENTO:</p> <p>Gestión del Producto No Conforme</p>			
DESCRIPCIÓN	CARGO	FIRMA	FECHA
APROBADO POR	Eco. Grace Rivera Coordinadora General de Desarrollo Institucional Cargo		
REVISADO POR	Ing. Iván González Director de Innovación y Mejora Continua (S)		
ELABORADO POR	Ing. Mauricio Sarabia Consultor		

	<p>Ing. Christian Rivera Analista Innovación y Mejora Continua</p>		
--	---	--	--

IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

Proceso Nivel 0:	Gestión Estratégica de Desarrollo Institucional		
Proceso Nivel 1:	Gestión de Innovación y Mejora Continua		
Proceso Nivel 2:	Gestión de Procesos		
Proceso Nivel 3:	Gestión del Producto No Conforme		
Versión del documento:	1.0	Frecuencia de Ejecución:	Bajo demanda
Responsable:	Director de Innovación y Mejora Continua		

REGISTRO DE VERSIONES

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de elaboración	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
1.0	Creación	Ing. Christian Rivera / Ing. Iván González / Eco. Grace Rivera	Enero - 2023	No aplica

CONTENIDO

1. OBJETIVO	6
2. ALCANCE	6
3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS	6
4. MARCO NORMATIVO	6
4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS	6
4.2. DOCUMENTOS INTERNOS	6
4.3. NORMAS GENERALES	7
5. DIAGRAMAS	9
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	9
5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO	10
5.3. DIAGRAMA DE FLUJO	11
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	12
7. INDICADORES DE GESTIÓN	16
8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS	17
8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	17

1. OBJETIVO

Identificar, segregar, controlar y manejar el producto no conforme identificado en los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad de la Prefectura de Manabí.

2. ALCANCE

Desde la identificación de los productos no conformes hasta la verificación de las correcciones establecidas.

3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

- **Acción correctiva:** Acción para eliminar la causa de una no conformidad y evitar que vuelva a ocurrir.
- **Corrección:** Acción para eliminar una no conformidad detectada.
- **No Conformidad:** Incumplimiento de un requisito.
- **Producto:** Salida de una organización que puede producirse sin que se lleve a cabo ninguna transacción entre la organización y el cliente.
- **Producto no conforme (PNC):** Incumplimiento de un requisito de un determinado producto o servicio.
- **Salida:** Resultado de un proceso.
- **Servicio:** Salida de una organización con al menos una actividad, necesariamente llevada a cabo entre la organización y el cliente.
- **SGC:** Sistemas de Gestión de Calidad

4. MARCO NORMATIVO

4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS

- Norma Técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios (Vigente).
- Guía Metodológica para la aplicación de la norma técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios (Vigente).
- Norma ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos (vigente)

4.2. DOCUMENTOS INTERNOS

- Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos (vigente).

4.3. NORMAS GENERALES


- Las normas de este documento son de aplicación obligatoria para todos los servidores del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, en tanto guarden conformidad con las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y resoluciones vigentes al momento de su ejecución.
- El servidor que incumpliere sus obligaciones o contraviniera las disposiciones de este documento, así como las leyes y normativa conexas, incurrirá en responsabilidad administrativa que será sancionada disciplinariamente, sin perjuicio de la acción civil o penal que pudiere originar el mismo hecho.
- Todo proceso o subproceso, deberá incorporar el concepto de mejora continua en su diagramación y generación de documentos, procurando la simplificación de trámites y tareas, eliminar duplicidad de tareas, y optimizando la transaccionalidad.
- Las salidas (productos/servicios) que se generan entre la Prefectura de Manabí y el usuario, y que no cumplan con los requisitos, se denominan productos no conformes.
- Este procedimiento es de aplicación para todos los productos/servicios no conformes resultantes de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad de la Prefectura de Manabí
- Los productos no conformes, los responsables de identificación, y su tratamiento serán definidos en cada uno de los procesos.
- Los productos no conformes detectados por los distintos servidores de la Prefectura de Manabí y/o operadores de atención al usuario o del balcón de servicios a la ciudadanía, asistentes y/o analistas, etc. y que a su vez se encuentren identificados en la matriz de producto no conforme (R1), deberán ser registrados en las respectivas matrices, kardex, bitácoras o aplicativos informáticos de la institución que se utilicen, en su ámbito de operación, para este propósito y cuyo código de referencia se encuentra plasmado en la Matriz de Producto no Conforme FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-PNC-001-001.
- La información registrada en la Matriz de Producto no Conforme F01-PRO-GEI-IMC-PRC-PNC-001 es dinámica y podrá ser actualizada cuando sea requerida por los dueños de los procesos o sus delegados previa validación y a través de la Dirección de Innovación y Mejora Continua (DIMC).
- El dueño o responsable de cada uno de los procesos será el responsable de completar la “Matriz de Producto no Conforme” FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-PNC-001-001 y de reportarla a la Dirección de Innovación y Mejora Continua mediante el correo electrónico mejoracontinua@gpm.gob.ec, colocando en el asunto del mismo la frase “Producto no conforme”. Este reporte constará con la información consolidada de los productos no conformes identificados. Así mismo, la

periodicidad del envío será de manera semestral hasta el día 5 del correspondiente mes.

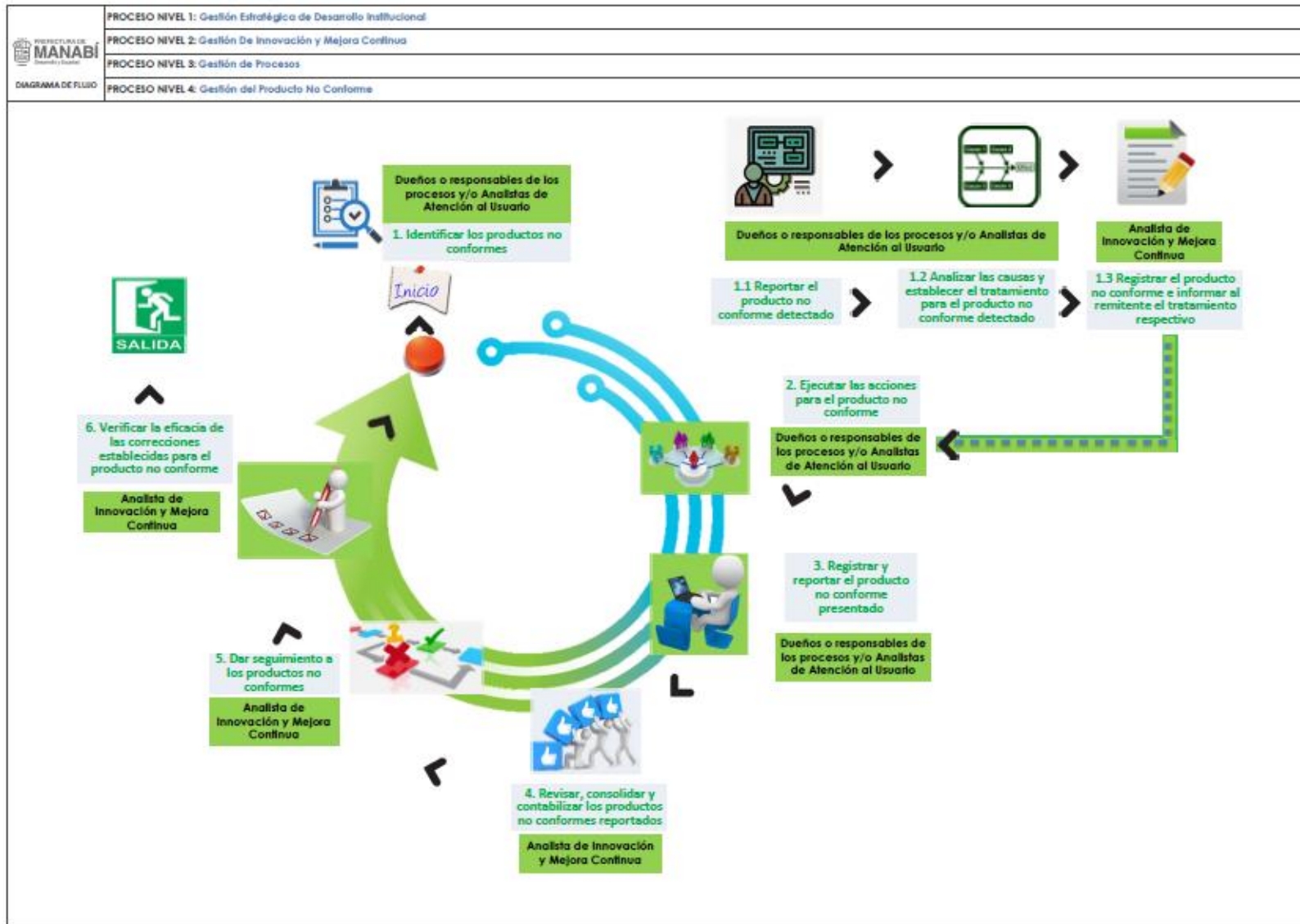
- Si el dueño o responsable del proceso identifica productos no conformes que no se encuentren registrados en la Matriz, deberá notificar al Analista de la Dirección de Innovación y Mejora Continua responsable del seguimiento de producto no conforme a través de la cuenta mejoracontinua@gpm.gob.ec, detallando: la no conformidad identificada, las causas analizadas, las correcciones tomadas para la mitigación y control del producto no conforme. Cuando el responsable del proceso no se encuentre facultado para la toma de las acciones correctivas necesarias, estas deberán ser autorizadas, para su aplicación, por el inmediato superior
- La Dirección de Innovación y Mejora Continua se encargará (semestralmente) de la consolidación y la contabilización de los productos no conformes identificados en los procesos definidos; por lo cual, los responsables de las Direcciones competentes deberán mantener disponible y actualizada la respectiva información para ser enviada a la cuenta mejoracontinua@gpm.gob.ec de la Dirección de Innovación y Mejora Continua hasta el día 5 de cada tercer mes.
- En el caso de productos y servicios no conformes cuya recurrencia no se haya podido eliminar con los tratamientos definidos, se deberá establecer una línea base que determine la frecuencia y porcentaje de tolerancia de no conformidad que se permite en el servicio.
- La aplicación de las normas establecidas en el presente documento se dará a partir de su publicación y socialización correspondiente.
- Todos los aspectos que no se encuentren normados de forma expresa en este procedimiento deben ser complementados o suplidos por las disposiciones del marco normativo vigente

5. DIAGRAMAS

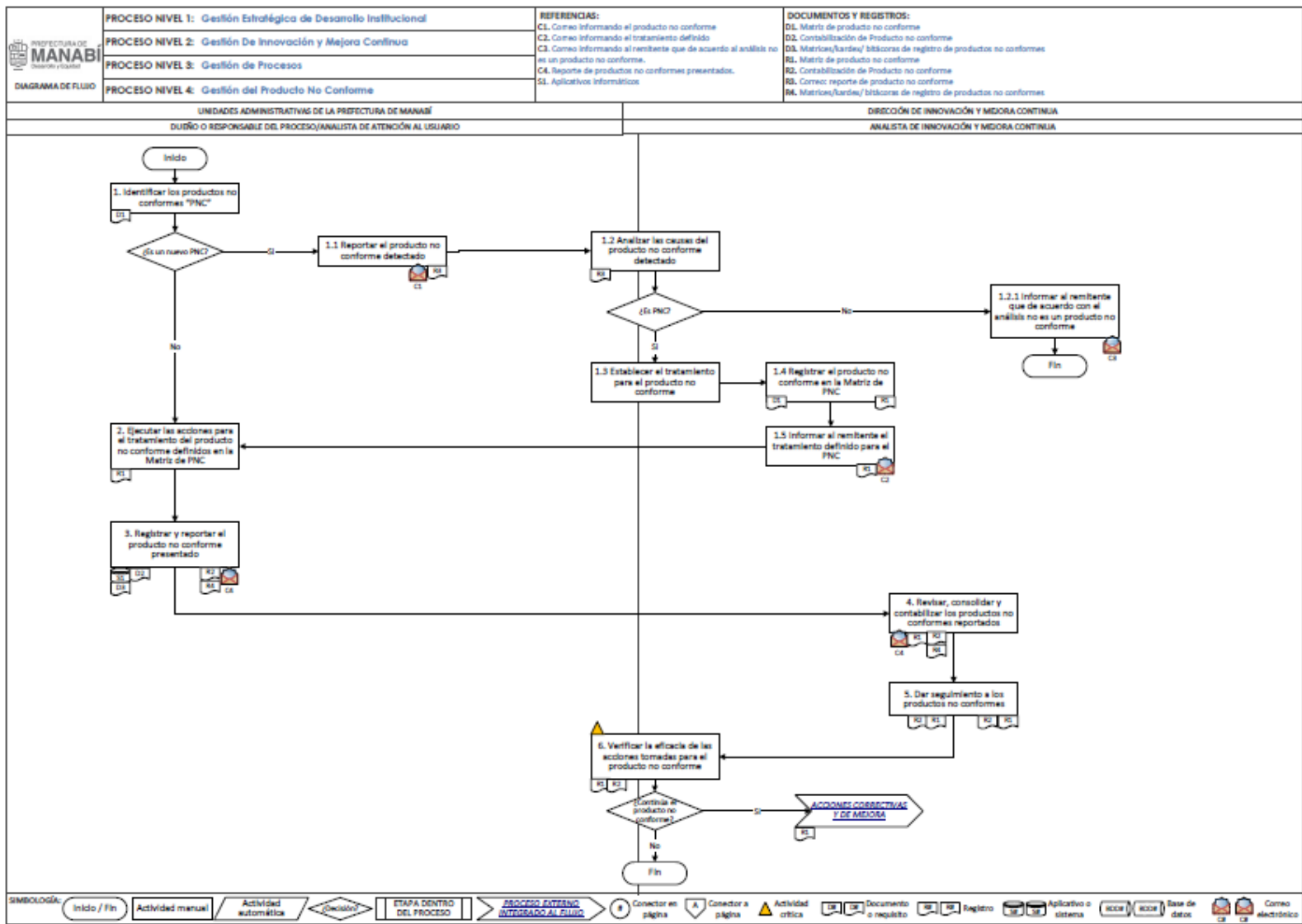
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

 1. NOMBRE DEL PROCESO: Gestión del Producto No Conforme		DIAGRAMA DE CARACTERIZACIÓN
3. OBJETIVO DEL PROCESO: <i>Identificar, asegurar, controlar y manejar el producto no conforme identificado en los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad de la Prefectura de Manabí.</i> RESPONSABLES DEL RESULTADO: <i>Director/a de Innovación y Mejora Continua</i> OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE CONTRIBUYE: <i>Pilar Institucional: OE1 Promover el desarrollo sustentable de su circunscripción territorial provincial, para garantizar la realización del buen vivir a través de la implementación de políticas públicas provinciales en el marco de sus competencias constitucionales y legales.</i>		
12. CONTROLES: 1. ACTIVIDAD: 6. Verificar la eficacia de las correcciones establecidas para el producto no conforme. CONTROL: Verificar que la corrección elimina el producto no conforme. RESPONSABLE: Analista de Innovación y Mejora Continua, Responsable del proceso		
9. DOCUMENTACIÓN INTERNA: - Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos (vigente).	8. DOCUMENTACIÓN EXTERNA: - Norma Técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios (Vigente). - Guía Metodológica para la aplicación de la norma técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios (Vigente). - Norma ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad - Requisitos (vigente)	10. REGISTROS: - Descritos en el diagrama de flujo
7. PROVEEDORES: 1) Procesos de la Prefectura de Manabí:	6. ENTRADAS: 1) Productos no conformes	11. ACTIVIDADES: ACTIVIDAD INICIAL: 1. Identificar los productos no conformes. ACTIVIDAD FINAL: 6. Verificar la eficacia de las correcciones establecidas para el producto no conforme.
		2. SALIDAS: 1) Producto no conforme identificado y controlado CARACTERÍSTICAS Cumplimiento de la normativa ISO 9001:2015
		4. USUARIOS: 1) Acciones Correctivas y de Mejora
13. RECURSOS: SOFTWARE: - Utilitarios de oficina HARDWARE: - Equipo de computo INFRAESTRUCTURA: - Estación de trabajo RECURSOS HUMANOS: - Analista de Mejora Continua e Innovación - Dueño o responsable del proceso/analista de atención al usuario	5. INDICADOR DE RESULTADO: 1. NOMBRE DEL INDICADOR: - Porcentaje de producto no conformes tratados FORMULA DE CALCULO: - $(\text{Total de productos tratados} / \text{Total productos no conformes identificados y detectados}) * 100$	14. RIESGOS: - Descritos en el procedimiento "Gestión de Riesgos Institucional"

5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO



5.3. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

No.	Actividad	Responsable	Descripción
1	Identificar productos conformes	los no Dueño o responsable del proceso/Analista de atención al usuario	<p>Los Dueños o responsables de los procesos y/o Analistas de Atención al Usuario pueden identificar productos no conformes. Una vez identificados se revisa la Matriz de Producto No Conforme FOR-PRO-GEI-IMC-PNC-001-001, y se verifica el tratamiento a seguir.</p> <p>En el caso que el producto no conforme identificado sea nuevo, se continúa con la actividad 1.1, caso contrario se continúa con la actividad 2.</p> <p>Por otro lado, mediante el proceso de Gestión de Preguntas, Quejas, Sugerencias y Felicitaciones, se consideran productos no conformes, las quejas identificadas por los usuarios de los servicios de la Prefectura de Manabí.</p>
1.1	Reportar el producto no conforme detectado	Analista de Innovación y Mejora Continua	Si se detecta un producto no conforme que no haya sido identificado en la Matriz de Producto No Conforme, se deberá hacer conocer del mismo por medio de correo electrónico dirigido hacia la cuenta mejoracontinua@gpm.gob.ec de la Dirección de Innovación y Mejora Continua, además de las acciones inmediatas ejecutadas.
1.2	Analizar las causas del producto no conforme detectado	Analista de Innovación y Mejora Continua	Se analiza el producto/servicio no conforme identificado y detectado, entre los Analistas de Innovación y Mejora Continua, y el Dueño o responsable del proceso y/o Analistas de Atención al Usuario (según aplique), se establecen las causas del producto no conforme, se puede utilizar las herramientas de los 5 porqués y lluvia de ideas definidos en el proceso de Acciones Correctivas y de Mejora.

No.	Actividad	Responsable	Descripción
			En el caso que se determine con el análisis realizado que no es un producto no conforme, se continúa con la actividad 1.2.1.
1.2.1	Informar al remitente que de acuerdo con el análisis no es un producto no conforme	Analista de Innovación y Mejora Continua	Se informa al remitente que, mediante el análisis realizado, se determina que no es un producto no conforme; por lo tanto, no se tratará como tal al mismo.
1.3	Establecer el tratamiento para el producto no conforme	Analista de Innovación y Mejora Continua	Con las causas determinadas, se define el tratamiento a seguir para el producto no conforme identificado.
1.4	Registrar el producto no conforme en la Matriz de PNC	Analista de Innovación y Mejora Continua	Se registra el nuevo producto NO conforme identificado con su respectivo tratamiento en la Matriz de Producto No Conforme FOR-PRO-GEI-IMC-PNC-001-001.
1.5	Informar al remitente el tratamiento definido para el PNC	Analista de Innovación y Mejora Continua	Se informa mediante correo electrónico al remitente cual es el tratamiento a seguir en el producto no conforme identificado.
2	Ejecutar las acciones para el tratamiento del producto no conforme definidos en la Matriz de PNC	Dueño o responsable del proceso/Analista de atención al usuario	Se ejecutan los tratamientos establecidos en la Matriz de Producto No Conforme FOR-PRO-GEI-IMC-PNC-001-001 para asegurar que las salidas que no sean conformes con sus requisitos estén controlados para prevenir su uso o entrega no intencionada. Los tratamientos pueden ser: correcciones, separación, contención, devolución o suspensión de provisión de productos y servicios, información al cliente, obtención de autorización para su aceptación bajo concesión.
3	Registrar y reportar el producto no	Dueño o responsable	Se registra los productos no conformes presentados en las respectivas

No.	Actividad	Responsable	Descripción
	conforme presentado	del proceso/Analista de atención al usuario	matrices, kardex, bitácoras o aplicativos informáticos de la institución que se utilicen, en su ámbito de operación, para este propósito. Se envía al correo electrónico mejoracontinua@gpm.gob.ec de la Dirección de Innovación y Mejora Continua: <ul style="list-style-type: none"> Los registros de productos no conformes identificados y el tratamiento ejecutado. Nota: En los casos que aplique se utilizará el formato FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-PNC-001-002 para el registro de productos no conformes.
4	Revisar, consolidar y contabilizar los productos no conformes reportados	Analista de Innovación y Mejora Continua	Se revisan los productos no conformes previamente reportados, se procede a la consolidación y contabilización tomando como referencia la Matriz de Producto No Conforme FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-PNC-001-001 y la información registrada por Los Dueños o responsables de los procesos y Analistas de Atención al Usuario (según aplique) El Analista de Innovación y Mejora Continua utilizará para la contabilización general el formato FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-PNC-001-002.
5	Dar seguimiento a los productos no conformes	Analista de Innovación y Mejora Continua	Se da seguimiento a los productos detallados en la Matriz de producto no conforme, con el fin que se estén controlando y tratando de acuerdo con lo establecido. Una vez tratados estos PNC se verifica que tengan conformidad con sus requisitos respectivos.
6	Verificar la eficacia de las acciones tomadas para el	Analista de Innovación y Mejora Continua	Se solicita a Dueños o responsables de los procesos y Analistas de Atención al Usuario (según aplique)), la evidencia generada en el tratamiento dado a los

No.	Actividad	Responsable	Descripción
	producto no conforme		<p>productos no conformes, se analiza y se determina si el producto no conforme continúa y si las acciones tomadas son eficaces.</p> <p>En el caso que siga presentándose, se envía el detalle del producto no conforme en la Matriz Producto No Conforme FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-PNC-001-001, a los Analistas de Innovación y Mejora Continua para la ejecución del proceso de Acciones Correctivas y de Mejora, para establecer el plan de acción respectivo con el fin de eliminar las causas de la no conformidad.</p>

7. INDICADORES DE GESTIÓN

N°	Indicador	Definición	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Responsable de Medición	Fuente de la Medición	Frecuencia de Medición
1	Porcentaje de Productos No Conformes tratados	Indicador que permite verificar la eficacia del tratamiento de productos no conformes versus el total de productos no conformes identificados y detectados.	$(\text{Total de PNC con tratamiento al cliente} / \text{Total de PNC identificados y detectados}) * 100$	Porcentaje	Analista de Mejora Continua e Innovación	Matriz Producto No Conforme FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-PNC-001-001	Semestral

8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS

8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Documento y Registro	FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-PNC-001-001	Matriz Producto No Conforme	Delegado del Director de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua.	Tiempo de retención 4 años Conservación Archivo
Documento y Registro	FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-PNC-001-002	Registro de productos no conformes.	Delegado del Director de Innovación y Mejora Continua.	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua.	Tiempo de retención 4 años Conservación Archivo



PREFECTURA DE
MANABÍ
Desarrollo y Equidad

Procedimiento

**Gestión del Plan Estratégico Institucional
PRO-GEI-PLI-PLI-GPL-001**

Dirección de Planificación Institucional

Enero - 2023

Versión 1.0

CÓDIGO FORMATO: PRO-GEI-PLI-PLI-GPL-001		VERSIÓN 1.0	
<p>PROCEDIMIENTO:</p> <p>Gestión del Plan Estratégico Institucional</p>			
DESCRIPCIÓN	CARGO	FIRMA	FECHA
APROBADO POR	Eco. Grace Rivera Coordinadora General de Desarrollo Institucional		
	Ing. Iván González Director de Innovación y Mejora Continua		
REVISADO POR	Axel Guanoluisa Director de Planificación Institucional		
	Ing. Darwin Zapata Analista de planificación institucional		
ELABORADO POR	Ing. Carolina Armas Consultor		

IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

Proceso Nivel 0:	Gestión Estratégica de Desarrollo Institucional		
Proceso Nivel 1:	Planificación Institucional		
Proceso Nivel 2:	Planificación Institucional		
Proceso Nivel 3:	Gestión del Plan Estratégico Institucional PEI		
Versión del documento:	1.0	Frecuencia de Ejecución:	Bajo demanda
Responsable:	Director (a) de Planificación Institucional		

REGISTRO DE VERSIONES

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de elaboración	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
1.0	Creación del documento	<i>Analista de Planificación Institucional / Director de Planificación Institucional</i>	Enero - 2023	No aplica.

CONTENIDO

1. OBJETIVO	5
2. ALCANCE.....	5
3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS.....	5
4. MARCO NORMATIVO	7
4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS	7
4.2. DOCUMENTOS INTERNOS.....	7
4.3. NORMAS GENERALES.....	7
5. DIAGRAMAS	9
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO.....	9
5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO	10
5.3. DIAGRAMA DE FLUJO	11
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	13
7. INDICADORES DE GESTIÓN	18
8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS	19
8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	19

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos estratégicos de la institución que sirvan de guía para la consecución de los objetivos institucionales y de gobierno, que generen valor público y bienestar de la ciudadanía.

2. ALCANCE

Este proceso incluye desde la identificación de la necesidad para actualizar el plan estratégico actual, diagnóstico institucional hasta el establecimiento de elementos orientadores y socialización del documento del plan estratégico.

3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

Agendas Nacionales para la igualdad: Agendas establecidas por los consejos nacionales para la igualdad que abarcan los enfoques de género, intergeneracional, interculturalidad, discapacidad y movilidad humana.

Agendas Sectoriales: Constituyen instrumentos de coordinación sectorial que definen las políticas públicas, programas y proyectos emblemáticos a mediano plazo y se establecen como el nexo entre el PND (Plan Nacional de Desarrollo) y las políticas de los Ministerios ejecutores y entidades coordinadas.

Análisis situacional: Consiste en el conocimiento y análisis del ambiente interno (unidades administrativas) y externo (nacional e internacional) y principalmente del sector al cual pertenece.

Documentos Institucionales: Son documentos que contienen los lineamientos de la PEI, tal como el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos, Modelo de Gestión, Manual de Calidad, entre otros.

Estrategias: Es un conjunto de acciones que se llevan a cabo para lograr un determinado fin.

Elementos Orientadores: Son los elementos de planificación que proporcionan los lineamientos generales a ejecutarse en un período determinado. Están conformados por: valores, misión, visión, objetivos, valores, riesgos, indicadores e iniciativas estratégicas.

FODA: La exploración de los factores positivos y negativos, internos y externos que tienen efectos sobre la institución permitirá elaborar un estudio estratégico en el que se identifiquen las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de la entidad.

Grupos de Interés: Son aquellos grupos o individuos que pueden influir sobre la consecución de los objetivos de una organización o verse afectados por ella.

Indicadores: Permite medir el avance de una actividad, proyecto, programa, objetivo o política pública en un momento determinado; así como evaluar la relación entre variables cualitativas y/o cuantitativas de las organizaciones, con el objeto de mostrar la situación actual, los retrocesos y los avances en las actividades, proyectos, programas, objetivos o políticas públicas en un momento determinado.

Iniciativa Estratégica: Conjunto de acciones concretas para alcanzar un o varias estrategias. Serán una respuesta a las causas de los problemas identificados considerando las características y particularidades de la unidad organizacional, de tal forma que se maximicen los impactos positivos y se optimicen los recursos.

Instrumentos de Planificación de Gubernamental: Corresponde a los documentos de planificación a los cuales deberá guardar alineamiento el Plan Estratégico Institucional: ODS, Plan nacional de desarrollo, agendas sectoriales, lineamientos de entes rectores, plan de desarrollo y ordenamiento territorial.

Mapa Estratégico: Es una herramienta para elaborar un cuadro de mando integral, el cuál debe servir como una guía para la gestión de la institución. En este documento se detalla la misión, visión, objetivos estratégicos y valores.

Misión: Es la razón de ser de la institución, y parte del rol y las competencias de la misma. El consenso y la participación son elementos fundamentales a la hora de definir la misión, ya que permiten el compromiso y la motivación necesaria para movilizar a las y los integrantes de la organización.

Objetivo Estratégicos: Es el marco de referencia con base en el cual se orientan todas las estrategias, planes, programas y proyectos específicos de institución. Representan los resultados que se desea obtener.

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible, establecidos por la ONU, también conocidos como objetivos mundiales.

Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial – PDOT: Es un instrumento de planificación fundamental para la gestión territorial de los GAD. Orienta y determina las acciones e intervenciones del sector público y privado en el nivel local su cumplimiento promueve el desarrollo sostenible.

Plan Estratégico Institucional – PEI: Constituye el documento de trabajo en el cual se concreta y define de manera específica el direccionamiento estratégico y el alineamiento de la institución, cuyo logro se contribuye a través de la ejecución de los programas, proyectos, acciones y actividades prioritarias, que desarrollan las unidades administrativas.

Planificación Estratégica: Es un proceso sistemático de desarrollo e implementación de planes, programas y proyectos para alcanzar propósitos u objetivos.

Programación Plurianual: Es un documento que incluye tanto la planificación como la programación de mediano plazo, en el que se plasman las metas esperadas para cada uno de los objetivos definidos, las líneas de acción para un período de gobierno (4 años) y la inversión requerida para el cumplimiento del respectivo plan.

Reforma Parcial del PEI: Consiste en reformas de ciertos elementos orientadores del plan. No implican una reestructura total del documento.

Reforma Total del PEI: Implica una actualización integral de todos los elementos de la Planificación Estratégica Institucional.

Visión: Es una imagen proyectada del futuro deseado por la organización, es una declaración general que describe la situación a la que la institución desea llegar dentro de los próximos años.

Valores: Son un conjunto de normas y creencias consideradas deseables, que guían la gestión de la entidad; representan su orientación y cultura institucional.

4. MARCO NORMATIVO

4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS

- Objetivos de Desarrollo Sostenible - ODS (vigente).
- Plan Nacional de Desarrollo (vigente).
- Agendas nacionales y sectoriales (vigente).
- Código Orgánico de Organización Territorial (vigente)

4.2. DOCUMENTOS INTERNOS

- Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (vigente).
- Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos (vigente).
- Plan de trabajo autoridades electas (vigente).

4.3. NORMAS GENERALES


- Las normas de este documento son de aplicación obligatoria para todos los servidores del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, en tanto guarden conformidad con las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y resoluciones vigentes al momento de su ejecución.
- El servidor que incumpliere sus obligaciones o contraviniera las disposiciones de este documento, así como las leyes y normativa conexas, incurrirá en responsabilidad administrativa que será sancionada disciplinariamente, sin perjuicio de la acción civil o penal que pudiere originar el mismo hecho.
- Todo proceso o subproceso, deberá incorporar el concepto de mejora continua en su diagramación y generación de documentos, procurando la simplificación de trámites y

tareas, eliminar duplicidad de tareas, y optimizando la transaccionalidad.

- El/la dueño (a) del proceso será el responsable de socializar su procedimiento a las áreas relacionadas que intervengan directa o indirectamente en la gestión de planificación estratégica.
- El Plan Estratégico Institucional tendrá una validez plurianual de 4 años y se deberá alinear al Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial y Plan Nacional de Desarrollo. Será un instrumento dinámico que estará sujeto a cambios y modificaciones de acuerdo a las necesidades institucionales.
- Los planes operativos institucionales y demás instrumentos internos deberán alinearse a los lineamientos estratégicos y elementos orientadores descritos en la Planificación Estratégica Institucional.
- La Dirección de Planificación Institucional, realizará la entrega del Plan Estratégico Institucional aprobado a las autoridades de la institución, quienes deberán replicar el documento a sus equipos del nivel operativo, para lo cual se deberá utilizar el formato de lista de distribución del documento **(FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-006)**.
- El Plan Estratégico Institucional deberá contar con la revisión de los Coordinadores, y con la aprobación del Prefecto, previo a su publicación y socialización.
- La Dirección de Comunicación Institucional, diseñará y ejecutará las estrategias comunicacionales necesarias para la socialización y difusión del documento del Plan Estratégico Institucional a todos los niveles de la organización.
- La socialización del PEI, formará parte de los procesos de inducción en la Prefectura, para lo cual la Dirección de Talento Humano, deberá considerarlo como un insumo en la inducción del nuevo personal que ingrese a la institución.
- Los planes plurianuales serán derivados del Plan Estratégico Institucional y los proyectos estratégicos definidos. Dicho documento será revisado y actualizado de manera constante conforme se vayan definiendo e implementando los planes operativos.
- Se podrán realizar reformas totales o parciales del PEI, éstas dependerán del nivel de cambios que se vayan a ejecutar. En los casos que se ejecuten reformas parciales será gestionado por la Dirección de Planificación Institucional y aprobado por la autoridad correspondiente.

5. DIAGRAMAS

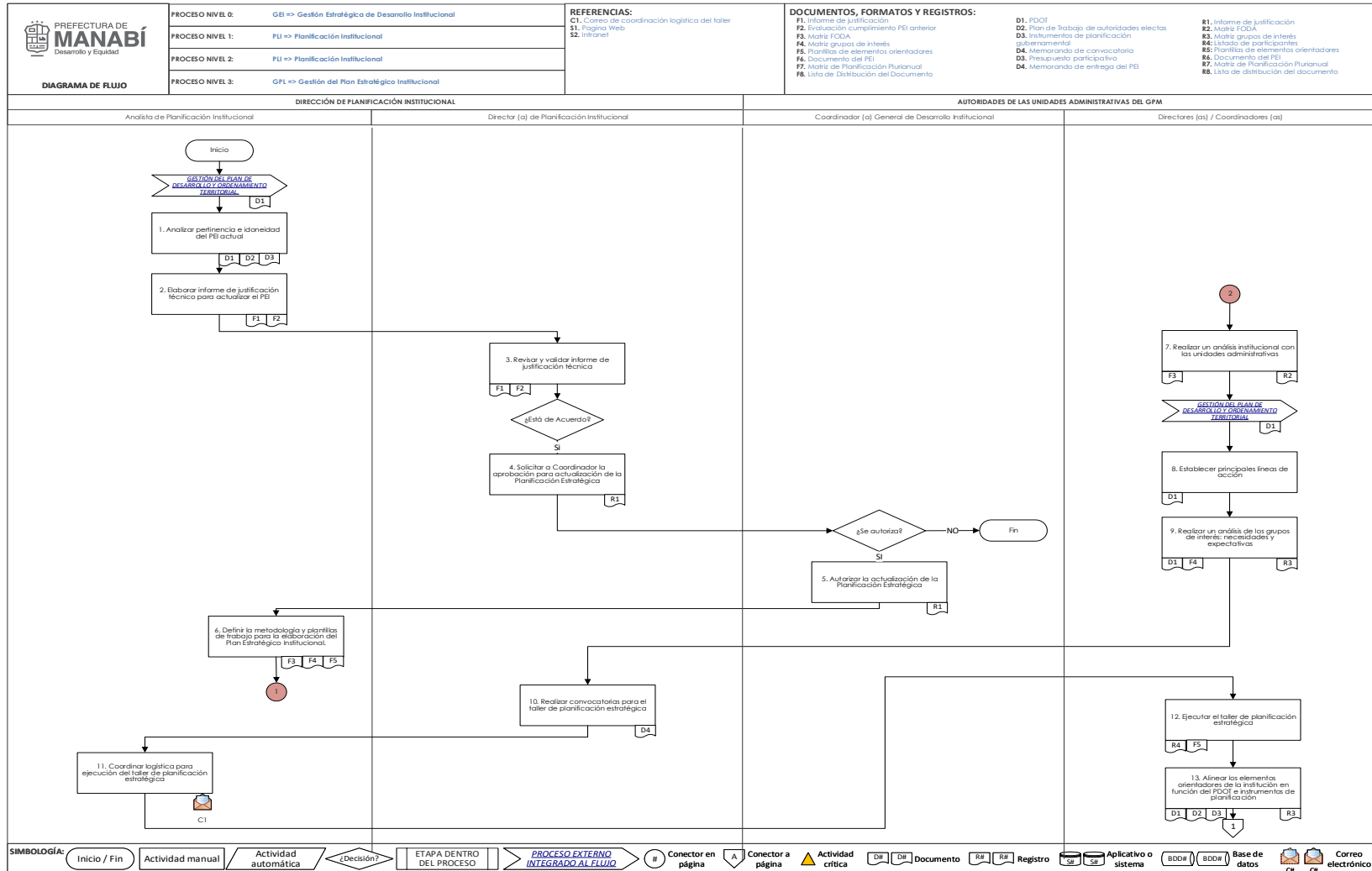
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

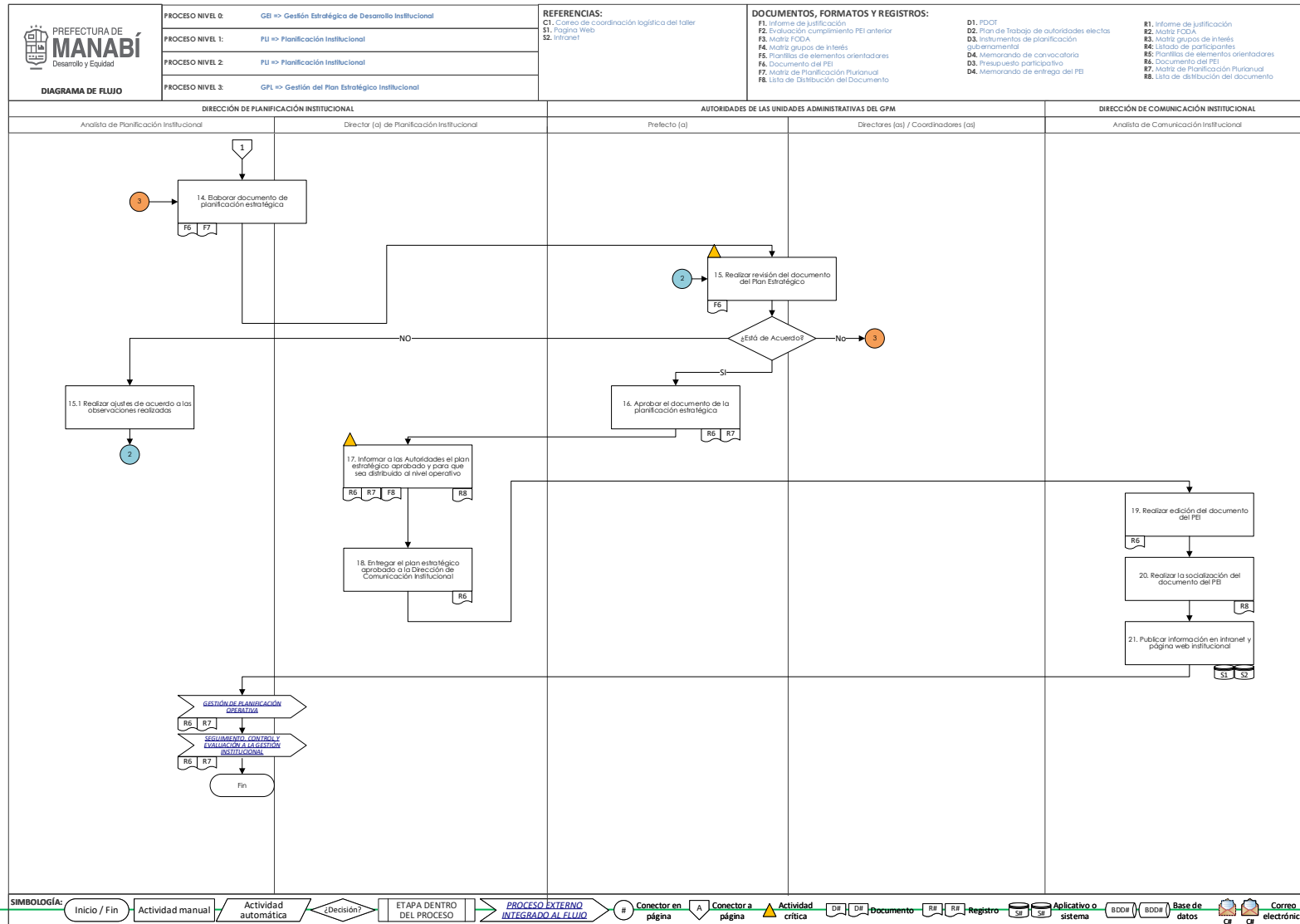
 1. NOMBRE DEL PROCESO: <i>Gestión de Planificación Estratégica Institucional</i>		DIAGRAMA DE CARACTERIZACIÓN
3. OBJETIVO DEL PROCESO: Establecer los lineamientos estratégicos de la institución que sirvan de guía para la consecución de los objetivos institucionales y de gobierno, que generen valor público y bienestar de la ciudadanía. RESPONSABLES DEL RESULTADO: El / la directora(a) de Planificación Institucional. OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE CONTRIBUYE: OE1: Promover el desarrollo sustentable de su circunscripción territorial provincial, para garantizar la realización del buen vivir a través de la implementación de políticas públicas provinciales en el marco de sus competencias constitucionales y legales.		
12. CONTROLES: 1. ACTIVIDAD: 15. Realizar revisión del documento del Plan Estratégico CONTROL: Validación con los coordinadores y prefecto de la institución, para asegurar que el plan se ajuste a la visión institucional. RESPONSABLE: Autoridades de la institución. 2. ACTIVIDAD: 17. Informar a las autoridades el plan estratégico aprobado y para que sea distribuido al nivel operativo. CONTROL: Entrega formal a cada coordinador para su implementación y cumplimiento. RESPONSABLE: El / la directora(a) de Planificación Institucional		
9. DOCUMENTACIÓN INTERNA: Estatuto de Gestión por Procesos (vigente) Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (vigente) Plan de trabajo de las autoridades electas (vigente)	8. DOCUMENTACIÓN EXTERNA: Objetivos de Desarrollo Sostenible - ODS (vigente) Plan Nacional de Desarrollo (vigente) Agendas nacionales y sectoriales (vigente) Código Orgánico de Organización Territorial (vigente)	10. REGISTROS: Listados de asistencia para el diagnóstico institucional. Registro de entrega y socialización del documento del PEI.
7. PROVEEDORES: 1) Máximas autoridades 2) Dirección de Planificación y Desarrollo Institucional 3) Organismos Rectores de Planificación	6. ENTRADAS: 1) Plan de trabajo autoridades electas 2) PDOT 3) Plan nacional de desarrollo, agendas sectoriales 3) Lineamientos de entes rectores	11. ACTIVIDADES: ACTIVIDAD INICIAL: Analizar pertinencia e idoneidad del PEI actual. ACTIVIDAD FINAL: Publicar información en página web institucional.
13. RECURSOS: SOFTWARE: - Utilitario de Oficina - Página Web Institucional HARDWARE: - Equipo de Cómputo INFRAESTRUCTURA: - Estaciones de trabajo RECURSOS HUMANOS: - Prefecto (a) - Autoridades de las Unidades Administrativas del GPM. - Analista de la Dirección de Planificación Institucional. - Coordinador (a) General de Desarrollo Institucional - Director (a) de Planificación Institucional. - Director (a) / Analista de Comunicación Institucional.	5. INDICADOR DE RESULTADO: 1. NOMBRE DEL INDICADOR: Índice de gestión estratégica FÓRMULA DE CÁLCULO: Sumatoria del promedio del resultado obtenido por cada indicador estratégico respecto a la meta de todos los indicadores estratégicos.	4. USUARIOS: 1,2) Autoridades de las Unidades Administrativas de la Prefectura. 1) Unidades Administrativas de la Prefectura. 1,2) Dirección de Planificación Institucional 1,2) Dirección Financiera
14. RIESGOS: La Gestión de riesgos del SGC, está contemplado en el proceso de Gestión de Riesgos.		

5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO



5.3. DIAGRAMA DE FLUJO





6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

No.	Actividad	Cargo	Descripción
1	Analizar pertinencia e idoneidad del PEI actual	Analista de Planificación Institucional	Para analizar la pertinencia e idoneidad del PEI actual se evaluará: Vigencia del Plan Nacional de Desarrollo; cambio de la máxima autoridad de la institución o finalización de su periodo, finalización de la vigencia del plan actual, actualización de las competencias de la institución. Para ello se considerará como insumo el PDOT vigente, el plan de trabajo de autoridades electas y los instrumentos de planificación gubernamental vigentes, que se alineen a la gestión del GAD.
2	Elaborar informe de justificación técnico para actualizar el PEI	Analista de Planificación Institucional	El informe deberá sustentar la pertinencia de actualizar el PEI, para lo cual se justificará técnicamente que se requiere realizar dicha acción. Para el efecto se utilizará el formato de informe de justificación (FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-GPL-001-001) . Adicionalmente se realizará la evaluación del cumplimiento del Plan Estratégico anterior, para lo cual se utilizará el formato Análisis cumplimiento Plan Anterior (FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-GPL-001-002) .
3	Revisar y validar informe de justificación técnica	Director (a) de Planificación Institucional	El/la directora (a) de Planificación Institucional revisará el informe de justificación de no estar de acuerdo, regresa al analista para que realice los ajustes necesarios. De estar de acuerdo continúa con la actualización del PEI.
4	Solicitar a máxima autoridad la aprobación para	Director (a) de Planificación Institucional	Una vez revisado el informe se entregará a la máxima autoridad y se solicitará la aprobación para actualizar el PEI.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
	actualización de la Planificación Estratégica		
5	Autorizar la actualización de la Planificación Estratégica	Coordinador (a) General de Desarrollo Institucional.	El/la Coordinador (a) General de Desarrollo Institucional, analizará informe y podrá actualizar o negar la actualización del PEI. Si se autoriza continua con el proceso. En caso que se rechace finaliza el proceso.
6	Definir la metodología y plantillas de trabajo para la elaboración del Plan Estratégico Institucional.	Analista / director (a) de Planificación Institucional	De manera conjunta el Analista y el/la directora (a) de Planificación Institucional establecerán la metodología para la elaboración del Plan Estratégica que considere el diagnóstico institucional para lo cual se utilizará el formato Matriz FODA (FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-GPL-001-003) y el análisis de los grupos de interés con la matriz de grupos de interés (FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-GPL-001-004). Así como la definición y establecimiento de elementos orientadores: Valores, Misión, Visión, Objetivos, Estrategias, Indicadores Estratégicos, Metas, Iniciativas Estratégicas, Riesgos y alineamiento estratégico. Para la ejecución de esta actividad se utilizarán las plantillas de elementos orientadores (FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-GPL-001-005).
7	Realizar un análisis institucional con las unidades administrativas	Directores (as) / Coordinadores (as)	Se realizará un análisis de la institución para lo cual se utilizará la matriz FODA (FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-GPL-001-003) que permitirá evaluar los factores internos y externos de la institución. Para lo cual se realizarán reuniones en conjunto entre en Analista de Planificación Institucional, con cada unidad administrativa de la Prefectura.
8	Establecer principales líneas de acción	Directores (as) / Coordinadores (as)	Con los insumos del análisis institucional se establecerán y definirán las principales líneas de acción para determinar los elementos orientadores de

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			la institución, para el efecto se utilizará la matriz FODA (FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-GPL-001-003) . Durante esta etapa se utilizará como insumo los ejes establecidos en el documento del PDOT.
9	Realizar un análisis de los grupos de interés: necesidades y expectativas	Directores (as) / Coordinadores (as)	Adicionalmente se realizará un análisis de los grupos de interés que permita determinar las necesidades y expectativas que servirá de insumo para diseñar la estrategia institucional, para lo cual se utilizará la matriz de análisis de grupos de Interés (FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-GPL-001-004) . Durante esta etapa se utilizará como insumo las necesidades ciudadanas que fueron levantados en los espacios de participación ciudadana para la elaboración del PDOT.
10	Realizar convocatorias para el taller de planificación estratégica	Coordinador (a) / director (a) de Planificación Institucional	Con los insumos del diagnóstico institucional se realizará la convocatoria para realizar un taller que tenga la participación del nivel jerárquico de la institución. De igual manera incluirá la invitación a los grupos de interés que se consideren necesarios y que puedan aportar en la construcción del PEI.
11	Coordinar logística para ejecución del taller de planificación estratégica	Analista / director (a) de Planificación Institucional	Con apoyo de la Dirección Administrativa se organizarán los aspectos logísticos para la ejecución del taller.
12	Ejecutar el taller de planificación estratégica	Autoridades de las unidades administrativas de la Prefectura	El taller se lo realizará con la participación de las autoridades de las unidades administrativas de la Prefectura. Para lo cual se utilizarán las plantillas de elementos orientadores (FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-GPL-001-005) .
13	Alinear los elementos orientadores de la institución en función del PDOT	Directores (as) / Coordinadores (as)	En el taller se ejecutará el alineamiento de los elementos orientados de la institución en función del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial y los instrumentos de planificación a los que se relacione la institución.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
	instrumentos de planificación		
14	Elaborar documento de planificación estratégica	Analista / director (a) de Planificación Institucional	<p>Se estructurará el documento del PEI en función del documento del formato del documento del PEI (FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-GPL-001-006). Para ello, se considerarán todos los insumos e información levantada en los talleres.</p> <p>Adicionalmente se establecerá la programación plurianual (FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-GPL-001-007), la cual será diseñada a nivel de las zonas de acción de la Prefectura. Este documento contendrá la desagregación de metas y presupuesto de manera cuatrianual.</p>
15	Realizar revisión del documento del Plan Estratégico	Autoridades de las unidades administrativas de la Prefectura	<p>Una vez que se tenga el borrador de la PEI, se remitirá a las autoridades de las unidades administrativas a nivel de coordinadores para que realicen la revisión del documento y se incluyan los cambios que consideren necesarios. Con esta revisión se remitirá al Prefecto para su aprobación.</p> <p>CONTROL: Validación con los coordinadores y prefecto de la institución, para asegurar que el plan se ajuste a los lineamientos estratégicos.</p> <p>RESPONSABLE: <i>Autoridades de la institución.</i></p> <p>FRECUENCIA DE EJECUCIÓN: Bajo demanda</p>
15.1	Realizar ajustes de acuerdo a las observaciones realizadas	Analista de Planificación Institucional	De existir observaciones se realizarán los ajustes que sean necesarios para continuar con la aprobación del documento.
16	Aprobar el documento de la planificación	Prefecto (a)	De estar todo de acuerdo se continuará con la aprobación del PEI.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
	estratégica		
17	Informar a las Autoridades el plan estratégico aprobado y para que sea distribuido al nivel operativo	Director (a) de Planificación Institucional	El PEI aprobado será entregado a las autoridades de las unidades administrativas de la Prefectura, para que ellos realicen la distribución del documento a los niveles operativos, para lo cual se utilizará el formato de lista d distribución del documento (FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-006) establecido por la Dirección de Innovación y Mejora Continua en el proceso de Gestión de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad. CONTROL: Entrega formal a cada coordinador para su implementación y cumplimiento. RESPONSABLE: El / la directora(a) de Planificación Institucional. FRECUENCIA DE EJECUCIÓN: Bajo demanda
18	Entregar el plan estratégico aprobado a la Dirección de Comunicación Institucional	Analista de Planificación Institucional	El PEI, se entregará mediante memorando institucional para que se realice la socialización y edición del documento.
19	Realizar edición del documento del PEI	Analista de Comunicación Institucional	La edición se realizará en función de la línea gráfica que la Dirección de Comunicación Institucional considere necesaria, y sea acorde a la estrategia comunicacional que se defina para la difusión del documento.
20	Realizar la socialización del documento del PEI	Analista de Comunicación Institucional	La socialización del PEI se lo realizará en todos los niveles. La Dirección de Comunicación Institucional establecerá los mecanismos y herramientas comunicacionales necesarios para su difusión.
21	Publicar información en intranet y página web institucional	Analista de Comunicación Institucional	Adicionalmente se realizará la actualización y publicación del PEI en la intranet y la página web institucional.

7. INDICADORES DE GESTIÓN

N°	Indicador	Definición	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Responsable de Medición	Fuente de la Medición	Frecuencia de Medición
1	Índice de gestión Estratégica	Este indicador permite medir la eficacia del cumplimiento de metas establecidas en todos los indicadores estratégicos institucionales.	Sumatoria del promedio del resultado obtenido por cada indicador estratégico respecto a la meta de todos los indicadores estratégicos.	Porcentaje	Analista de Planificación Institucional	Matriz de indicadores	Semestral

8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS

8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Formato y Registro	FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-GPL-001-001	Informe de justificación (R1)	Delegado del director (a) de Planificación Institucional	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Planificación Institucional	Permanente Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-GPL-001-002	Análisis cumplimiento Plan Anterior	Delegado del director (a) de Planificación Institucional	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Planificación Institucional	Permanente Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-GPL-001-003	Matriz FODA (R2)	Delegado del director (a) de Planificación Institucional	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Planificación Institucional	Permanente Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-GPL-001-004	Matriz grupos de interés (R3)	Delegado del director (a) de Planificación Institucional	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Planificación Institucional	Permanente Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-GPL-001-005	Plantillas de elementos orientadores (R5)	Delegado del director (a) de Planificación Institucional	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Planificación Institucional	Permanente Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-GPL-001-006	Documento del PEI (R6)	Delegado del director (a) de Planificación Institucional	Electrónico: Carpeta	Cronológico	Dirección de Planificación Institucional	Permanente Conservación

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Registro			Planificación Institucional	compartida		Institucional	
Formato y Registro	FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-GPL-001-007	Matriz de Planificación Plurianual (R7)	Delegado del director (a) de Planificación Institucional	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Planificación Institucional	Permanente Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GEI-IMC-PRC-GOC-001-006	Lista d distribución del documento (R8)	Delegado del director (a) de Planificación Institucional	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Planificación Institucional	Permanente Conservación
Registro	No aplica	Listado de Participantes (R4)	Delegado del director (a) de Planificación Institucional	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Planificación Institucional	Permanente Conservación



PREFECTURA DE
MANABÍ
Desarrollo y Equidad

Procedimiento

**Gestión de la Planificación Operativa Anual
PRO-GEI-PLI-PLI-POA-001**

Dirección de Planificación Institucional

Enero - 2023

Versión 1.0

CÓDIGO FORMATO: PRO-GEI-PLI-PLI-POA-001		VERSIÓN 1.0	
<p>PROCEDIMIENTO:</p> <p>Gestión la Planificación Operativa Anual</p>			
DESCRIPCIÓN	CARGO	FIRMA	FECHA
APROBADO POR	Eco. Grace Rivera Coordinadora General de Planificación Institucional		
	Ing. Iván González Director de Innovación y Mejora Continua		
REVISADO POR	Eco. Axel Guanoluisa Director de Planificación Institucional		
	Ing. Ximena Carrera Analista de Planificación Institucional		
ELABORADO POR	Ing. Darwin Zapata Analista de Planificación Institucional		
	Ing. Carolina Armas Consultor		

IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

Proceso Nivel 0:	Gestión Estratégica de Desarrollo Institucional		
Proceso Nivel 1:	Planificación Institucional		
Proceso Nivel 2:	Planificación Institucional		
Proceso Nivel 3:	Gestión de la Planificación Operativa Anual		
Versión del documento:	1.0	Frecuencia de Ejecución:	Bajo demanda
Responsable:	Director (a) de Planificación Institucional		

REGISTRO DE VERSIONES

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de elaboración	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
1.0	Creación del documento	<i>Ximena Carrera</i> <i>Analista de Planificación Institucional</i> <i>Darwin Zapata</i> <i>Analista de Planificación Institucional</i> <i>Carolina Armas</i> <i>Consultora</i> <i>/</i> <i>Axel Guanoluisa</i> <i>Director de Planificación</i>	Enero - 2023	No aplica.

Versión n	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de elaboración	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
		Institucional		

CONTENIDO

1. OBJETIVO	6
2. ALCANCE.....	6
3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS.....	6
4. MARCO NORMATIVO	8
4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS	8
4.2. DOCUMENTOS INTERNOS.....	8
4.3. NORMAS GENERALES.....	8
5. DIAGRAMAS	10
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO.....	10
5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO	11
5.3. DIAGRAMA DE FLUJO	12
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	14
7. INDICADORES DE GESTIÓN	24
8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS	25
8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	25

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos generales y específicos para la estructuración de la planificación operativa anual, alineada al Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial y Plan Estratégico Institucional, para la consecución de los objetivos estratégicos e institucionales.

2. ALCANCE

Este proceso incluye desde el establecimiento de metodología para establecer los planes operativos, emisión de directrices, levantamiento de información con las unidades administrativas hasta la aprobación de los planes operativos para su ejecución.

3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

- **Cronograma Valorado:** Es la programación presupuestaria a ser ejecutada en un periodo la cual se detalla mes a mes los montos que serán devengados y que deben ser cumplida por las Unidades del GPM.
- **Estructura Programática:** Son las categorías programáticas en función del cual se estructurará el presupuesto. Las categorías a utilizarse son los programas, proyectos y/o actividades. A estas categorías se encuentra alienado el clasificador y catálogo presupuestario.
- **Indicador:** Permite medir el avance de una actividad, proyecto, programa, objetivo o política pública en un momento determinado; así como evaluar la relación entre variables cualitativas y/o cuantitativas de las organizaciones, con el objeto de mostrar la situación actual, los retrocesos y los avances en las actividades, proyectos, programas, objetivos o políticas públicas en un momento determinado.
- **Objetivo Operativo:** Es un enunciado breve que define los resultados esperados de un área, en un tiempo determinado y establece las bases para la medición de los logros obtenidos. Establece el “qué” (resultado) y el “cómo” (acciones a implementar), que permitirán obtener los resultados esperados.
- **Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PDOT):** Es un instrumento de planificación fundamental para la gestión territorial de los GAD. Orienta y determina las acciones e intervenciones del sector público y privado en el nivel local su cumplimiento promueve el desarrollo sostenible.
- **Plan Anual de Contrataciones (PAC):** Es la planificación que debe realizar toda entidad contratante, de las compras públicas a ser ejecutadas en un periodo determinado para la adquisición de bienes, servicios, obras y consultorías necesarias.
- **Plan Anual de Inversión (PAI):** Es el listado de proyectos institucionales a ser gestionados con presupuesto de inversión.
- **Plan Estratégico Institucional (PEI):** Constituye el documento de trabajo en el cual se concreta y define de manera específica el direccionamiento estratégico y el

alineamiento de la institución, cuyo logro se contribuye a través de la ejecución de los programas, proyectos, acciones y actividades prioritarias, que desarrollan las unidades administrativas de la institución.

- **Planificación Operativa (PO):** Es el conjunto de objetivos, indicadores, riesgos, programas, proyectos y catálogo de procesos que son ejecutados por una unidad administrativa durante el ejercicio fiscal, los cuales se encuentran alineados a las competencias y atribuciones de la unidad.
- **Plan Operativo Anual (POA) Institucional:** Es un instrumento de gestión administrativa que resume perspectivas, objetivos estratégicos y operativos, metas, presupuestarias y de planificación para cada área, direccionados a obtener resultados específicos dentro de un plazo predeterminado (un año); y cuya medición se realiza a través de indicadores y proyectos. Incluye un conjunto de indicadores de gestión, proyectos anuales y plurianuales, que permiten monitorear, evaluar y consolidar la ejecución de la planificación de la Institución asociada al presupuesto. Así mismo, permite realizar los ajustes necesarios a fin de asumir nuevos retos y ser eficientes con los recursos asignados.
- **Presupuesto Arrastre:** Es la estimación de todos los recursos financieros necesarios para completar las actividades de un proyecto o actividad planteada que iniciaron en años anteriores al levantamiento del Plan Operativo Anual (POA) Institucional vigente.
- **Proyecto:** Es un esfuerzo temporal que se emprende con el objetivo de crear un producto o servicio único.
- **Proyectos de Arrastre / Actividades de Arrastre:** Son proyectos que iniciaron en años anteriores y deben ser incluidos en el levantamiento del Plan Operativo Anual (POA) Institucional vigente para poder culminar su ejecución.
- **Proyectos Nuevos / Actividades Nuevas:** Son proyectos que no existían en años anteriores y son nuevos en el año que se está levantando el Plan Operativo Anual (POA) Institucional.
- **Proyecto Plurianual:** Aquellos proyectos que tiene una ejecución por más de un ejercicio fiscal o un año.
- **Techo Presupuestario:** Es el monto máximo del presupuesto asignado para un periodo determinado.
- **Unidades Administrativas:** Corresponden a las Coordinaciones y/o Direcciones que conforman la estructura orgánica del Gobierno Provincial de Manabí.

4. MARCO NORMATIVO

4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS

- Constitución de la República del Ecuador.
- Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas y su Reglamento (vigente).
- Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización y su Reglamento – COOTAD (vigente).
- Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (vigente).
- Ley Orgánica de Participación Ciudadana (vigente).
- Normas de Control Interno.

4.2. DOCUMENTOS INTERNOS

- Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial actual (vigente).
- Plan Estratégico Institucional (vigente).
- Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos (vigente).
- Instructivo para normar el código de los niveles de la planificación operativa anual (vigente).
- Instructivo de Reformas y Certificaciones del POA (vigente).
- Procedimiento de Seguimiento y Evaluación a la Planificación Anual Institucional.


4.3. NORMAS GENERALES

- Las normas de este documento son de aplicación obligatoria para todos los servidores del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, en tanto guarden conformidad con las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y resoluciones vigentes al momento de su ejecución.
- El servidor que incumpliere sus obligaciones o contraviniera las disposiciones de este documento, así como las leyes y normativa conexas, incurrirá en responsabilidad administrativa que será sancionada disciplinariamente, sin perjuicio de la acción civil o penal que pudiere originar el mismo hecho.
- Todo proceso o subproceso, deberá incorporar el concepto de mejora continua en su diagramación y generación de documentos, procurando la simplificación de trámites y actividades, eliminar duplicidad de tareas, y optimizando la transaccionalidad.
- Los objetivos y metas institucionales del POA que son establecidas por las Unidades Administrativas del GPM, deben ser cumplidas y ejecutadas de acuerdo a la planificación aprobada.

- Los Planes Operativos Anuales serán estructurados de acuerdo a las directrices y formatos establecidos por la Dirección de Planificación Institucional. Los cuales guardarán relación directa con el Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial, el Plan Estratégico Institucional y considerará los principios de participación ciudadana.
- En los Planes Operativos Anuales, establecen los programas, proyectos y actividades a ser ejecutadas por las Unidades Administrativas del GPM en el corto plazo, y guardan relación a las atribuciones, responsabilidades y productos de cada unidad.
- Este procedimiento se regirá a los plazos establecidos en el COOTAD de lo que respecta a los Planes Operativos Anuales y al proceso de programación, formulación, aprobación, ejecución y evaluación del presupuesto. La Dirección de Planificación Institucional y la Dirección Financiera Institucional, establecerán plazos internos para consolidar y estructurar la programación presupuestaria.
- Para la estructuración de los Planes Operativos Anuales, se coordinará con la contraparte de la Dirección de Planificación Institucional y la Dirección Financiera que asesoren en el desarrollo del POA de cada unidad.
- Los Planes Operativos Anuales del Gobierno Provincial de Manabí contendrán el presupuesto de gasto corriente e inversión a ser ejecutados durante el periodo fiscal.
- La programación presupuestaria de cada unidad deberá considerar en primera instancia los proyectos y/o actividades de arrastre, de los cuales existe una obligación contractual y deben continuar su ejecución en el siguiente periodo.
- La asignación presupuestaria que se realice a cada unidad será en función de la priorización establecida para el cumplimiento de metas del PDOT y el PEI; así como las necesidades levantadas en los espacios de participación ciudadana y los canales de recepción de requerimientos de la ciudadanía. De igual manera se consideran los niveles de ejecución históricas de cada unidad y la operativización de las mismas.
- El Plan Operativo Anual (POA) será consolidado por la Dirección de Planificación Institucional. Se entrega a la Dirección Financiera Institucional para la estructuración de la proforma presupuestaria. Y a la Dirección de Compras Públicas para la estructuración del Plan Anual de Contrataciones (PAC).
- Las autoridades de las unidades administrativas serán responsables de difundir los planes operativos de sus unidades con sus equipos de trabajo para su ejecución y cumplimiento.

5. DIAGRAMAS

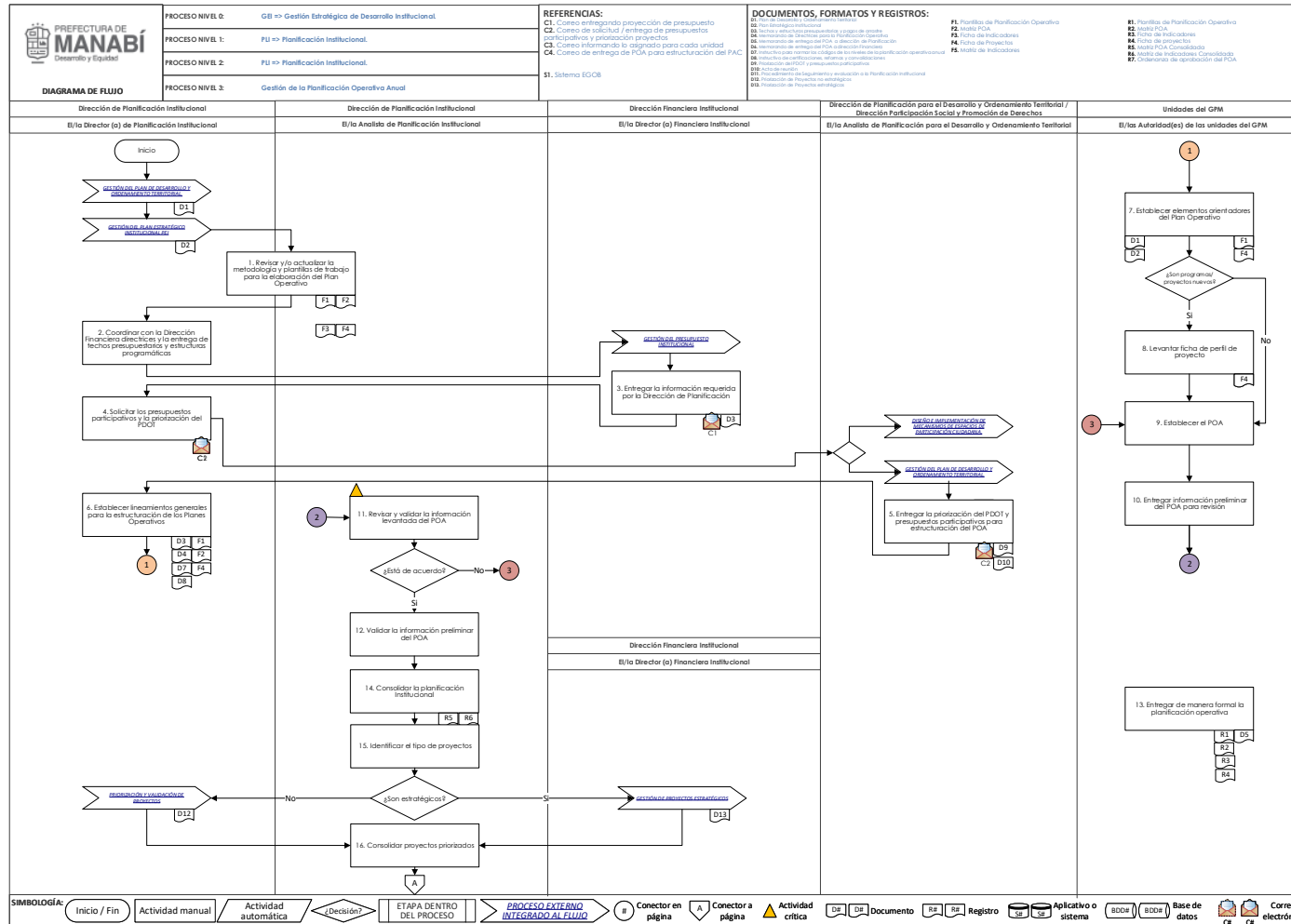
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

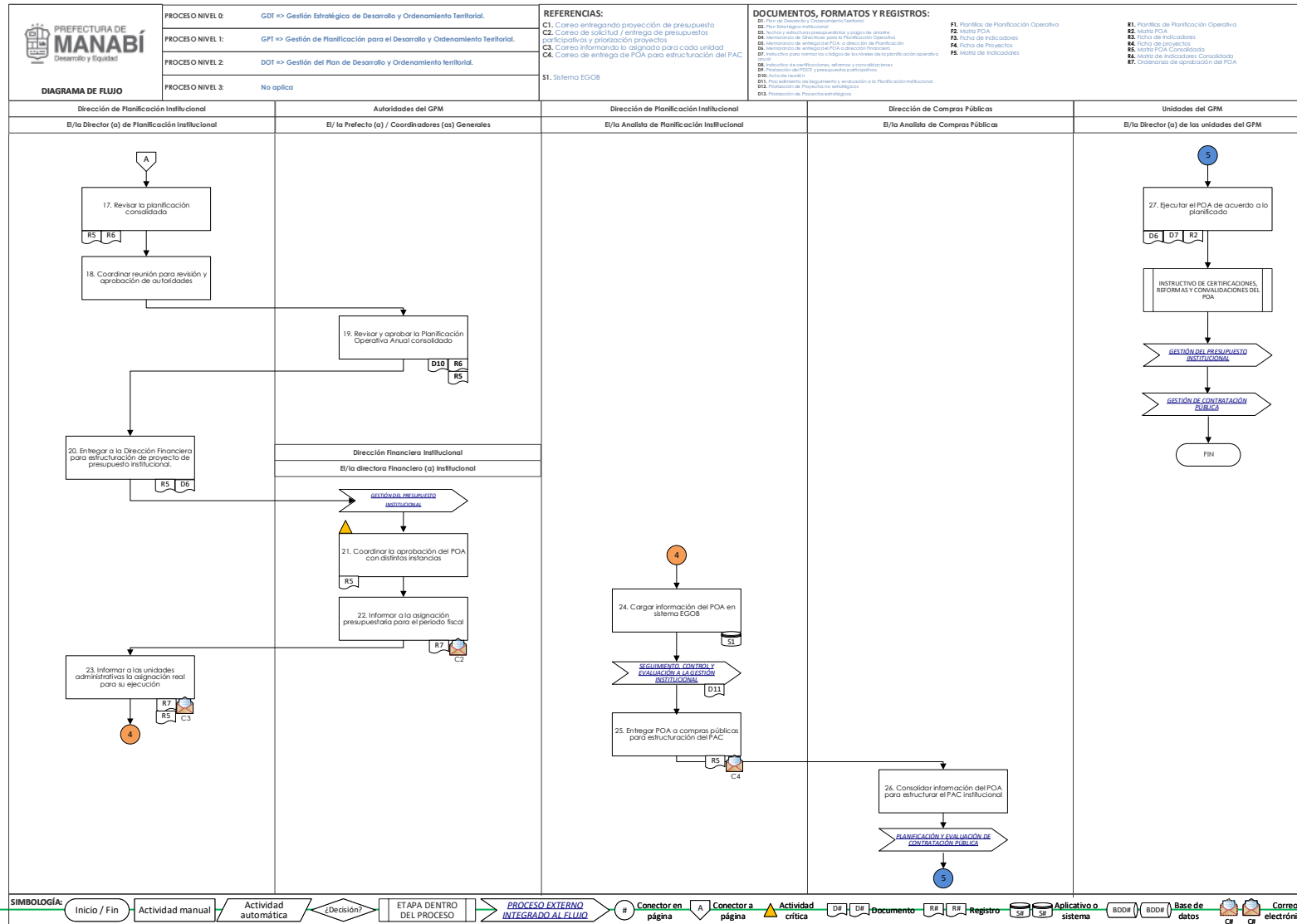
 1. NOMBRE DEL PROCESO: <i>Gestión de la Planificación Operativa Anual</i>		DIAGRAMA DE CARACTERIZACIÓN
CARACTERIZACIÓN		
3. OBJETIVO DEL PROCESO: Establecer los lineamientos generales y específicos para la estructuración de la planificación operativa anual, alineada al Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial y Plan Estratégico Institucional, para la consecución de los objetivos estratégicos e institucionales.		
RESPONSABLES DEL RESULTADO: El / la director (a) de Planificación Institucional. OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE CONTRIBUYE (PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL) Eje Institucional -> Promover el desarrollo sustentable de su circunscripción territorial provincial, para garantizar la realización del buen vivir a través de la implementación de políticas públicas provinciales		
12. CONTROLES: 1. ACTIVIDAD: 11. Revisar y validar la información levantada del POA a la Dirección de Planificación Institucional. CONTROL: El/la analista de planificación realiza una validación y control de la planificación operativa de cada unidad administrativa previa a que sea enviado de manera formal. RESPONSABLE: El/la Analista de Planificación Institucional 2. ACTIVIDAD: 21. Coordinar la aprobación del POA con distintas instancias. CONTROL: El/la Director (a) Financiera Institucional coordina la aprobación del POA con el Órgano Legislativo Local. RESPONSABLE: El/la Director (a) Financiera Institucional		
9. DOCUMENTACIÓN INTERNA: - Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (vigente). - Plan Estratégico Institucional (vigente). - Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos (vigente). - Instructivo para nombrar el código de los niveles de la planificación operativa anual (vigente). - Instructivo de Certificaciones, Reformas y Convalidaciones del POA (vigente). - Procedimiento de Seguimiento y Evaluación a la Planificación Anual Institucional.	8. DOCUMENTACIÓN EXTERNA: - Constitución de la República - Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas y su Reglamento. - Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización. - Ley Orgánica de Participación Ciudadana - Normas Técnicas de Control Interno.	10. REGISTROS: R1. Plantillas de Planificación Operativa R2. Matriz POA de Unidades Administrativas GPM R3. Ficha de indicadores R4. Ficha de proyectos R5. Matriz POA Consolidada R7. Ordenanza de aprobación del POA
7. PROVEEDORES: 1) Dirección de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial. 2) Dirección de Participación Ciudadana. 2) Dirección de Planificación Institucional. 3) Dirección Financiera Institucional. 4) Todas las unidades del GPM.	6. ENTRADAS: 1) Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial 2) Plan Estratégico Institucional 3) Reporte de ejecución presupuestaria (Presupuestos participativos (incluye solicitudes ciudadanas) 4) Priorización de proyectos PDOT	11. ACTIVIDADES: ACTIVIDAD INICIAL: 1. Revisar y/o actualizar la metodología y plantillas de trabajo para la elaboración del Plan Operativo ACTIVIDAD FINAL: 25. Ejecutar el POA de acuerdo a lo planificado
13. RECURSOS: SOFTWARE: - Utilitarios de Oficina - Sistema EGOB. HARDWARE: - Equipo de Cómputo INFRAESTRUCTURA: - Estaciones de trabajo. RECURSOS HUMANOS: - Autoridades de las Administrativas del GPM - El/ la director (a) de Planificación Institucional - El/ la analista de Planificación Institucional - El/ la director (a) Financiero Institucional	5. INDICADOR DE RESULTADO: 1. NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de cumplimiento a la ejecución presupuestaria del Plan Operativo Anual FÓRMULA DE CÁLCULO: Manto ejecutado del POA en un período / Manto total programado en un período 2. NOMBRE DEL INDICADOR: Porcentaje de cumplimiento de metas del Plan Operativo Anual FÓRMULA DE CÁLCULO: Metas ejecutadas del POA en un período / Metas programadas en un período	2. SALIDAS: 1) Planes Operativos Anuales 2) Matriz de indicadores 3) Reformas y Certificaciones del POA CARACTERÍSTICAS. Eficacia Cumplimiento de los objetivos e indicadores operativos de la institución.
		4. USUARIOS: 1,2,3 Dirección Financiera Institucional 1,2,3 Dirección de Compras Públicas 1,2 Autoridades de las Unidades del GPM 1,2 Instancias de aprobación del POA Institucional (Consejo Nacional de Planificación, Consejo Provincial)
		14. RIESGOS: La Gestión de riesgos del SGC, está contemplado en el proceso de Gestión de Riesgos.

5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO



5.3. DIAGRAMA DE FLUJO





6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

No.	Actividad	Cargo	Descripción												
1	Revisar y/o actualizar la metodología y plantillas de trabajo para la elaboración del Plan Operativo	El/la Director (a) de Planificación Institucional / El/la Analista de Planificación Institucional	<p>El proceso inicia con la revisión y/o actualización de la metodología para la elaboración del plan operativo que incluye: plantillas de planificación operativa que contiene la metodología a ser aplicada para el establecimiento de los objetivos operativos, establecimiento de iniciativas y metas.</p> <p>De igual manera la matriz con la que se levantará el plan operativo anual – POA y el formato de perfiles de proyecto, que será utilizado para el caso de los proyectos nuevos que se vayan a ejecutar.</p>												
2	Coordinar con la Dirección Financiera directrices y la entrega de techos presupuestarios y estructuras programáticas	El/la Director (a) de Planificación Institucional	<p>El/la Director (a) de Planificación Institucional, coordina con la Dirección Financiera el establecimiento de plazos internos para estructuración y consolidación del POA los cuales estarán alineados a los plazos del COOTAD:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Base Normativa</th> <th>Plazo</th> <th>Detalle</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Art. 235.- Plazo de la estimación provisional</td> <td>Antes del 30 de julio</td> <td>La Dirección Financiera entregará una estimación provisional de los ingresos para el próximo ejercicio financiero.</td> </tr> <tr> <td>Art. 237.- Plazo para el cálculo definitivo</td> <td>Hasta el 15 de agosto</td> <td>Establecerá el cálculo definitivo de los ingresos y señalará a cada dependencia o servicio y los límites del gasto a los cuales deberán ceñirse en la formulación de sus respectivos proyectos de presupuesto.</td> </tr> <tr> <td>Art. 233.- Plazos</td> <td>Antes del 10 de septiembre</td> <td>Plan operativo anual y el correspondiente presupuesto para el año siguiente, que contemple los ingresos y egresos conforme a las prioridades del</td> </tr> </tbody> </table>	Base Normativa	Plazo	Detalle	Art. 235.- Plazo de la estimación provisional	Antes del 30 de julio	La Dirección Financiera entregará una estimación provisional de los ingresos para el próximo ejercicio financiero.	Art. 237.- Plazo para el cálculo definitivo	Hasta el 15 de agosto	Establecerá el cálculo definitivo de los ingresos y señalará a cada dependencia o servicio y los límites del gasto a los cuales deberán ceñirse en la formulación de sus respectivos proyectos de presupuesto.	Art. 233.- Plazos	Antes del 10 de septiembre	Plan operativo anual y el correspondiente presupuesto para el año siguiente , que contemple los ingresos y egresos conforme a las prioridades del
Base Normativa	Plazo	Detalle													
Art. 235.- Plazo de la estimación provisional	Antes del 30 de julio	La Dirección Financiera entregará una estimación provisional de los ingresos para el próximo ejercicio financiero.													
Art. 237.- Plazo para el cálculo definitivo	Hasta el 15 de agosto	Establecerá el cálculo definitivo de los ingresos y señalará a cada dependencia o servicio y los límites del gasto a los cuales deberán ceñirse en la formulación de sus respectivos proyectos de presupuesto.													
Art. 233.- Plazos	Antes del 10 de septiembre	Plan operativo anual y el correspondiente presupuesto para el año siguiente , que contemple los ingresos y egresos conforme a las prioridades del													

No.	Actividad	Cargo	Descripción		
					PDOT.
			Art. 239.- Responsabilidad de la unidad financiera	Hasta el 30 de septiembre	Los programas, subprogramas y proyectos de presupuesto de las dependencias y servicios de los gobiernos autónomos descentralizados deberán ser presentados a la unidad financiera o a quien haga sus veces.
			Art. 240.- Anteproyecto de presupuesto	Hasta el 20 de octubre	Sobre la base del cálculo de ingresos y de las previsiones de gastos, la persona responsable de las finanzas o su equivalente prepararán el anteproyecto de presupuesto y lo presentará a consideración del Ejecutivo local.
			Art. 242.- Responsabilidad del ejecutivo del gobierno autónomo descentralizado	Hasta el 31 de octubre	La máxima autoridad , con la asesoría de los responsables financiero y de planificación, presentará al órgano legislativo local el proyecto definitivo del presupuesto. acompañado de los informes y documentos que deberá preparar la dirección financiera, entre los cuales figurarán los relativos a los aumentos o disminuciones en las estimaciones de ingresos y en las previsiones de gastos, así como la liquidación del presupuesto del ejercicio anterior y un estado de ingresos y gastos efectivos del primer semestre del año en curso.
			Art. 243.- Proyectos	N/A	El total de los gastos del proyecto de presupuesto no podrá exceder del total

No.	Actividad	Cargo	Descripción	
			complementarios de financiamiento	de sus ingresos. Si el costo de los programas, subprogramas, proyectos o actividades anuales de los gobiernos autónomos descentralizados fuere superior a los ingresos calculados, el ejecutivo local deberá presentar al órgano legislativo local un proyecto complementario de financiamiento
			Art. 244.- Informe de la comisión de presupuesto	Hasta el 20 de noviembre La comisión respectiva del legislativo local estudiará el proyecto de presupuesto y sus antecedentes y emitirá su informe. Podrá sugerir cambios que no impliquen la necesidad de nuevo financiamiento, así como la supresión o reducción de gastos.
			Art. 245.- Aprobación	Hasta el 10 de diciembre El legislativo del gobierno autónomo descentralizado estudiará el proyecto de presupuesto, por programas y subprogramas y lo aprobará en dos sesiones.
			Desarrollada la actividad; continua con el Proceso de "Gestión de Presupuesto Institucional"	
3	Entregar la información requerida por la Dirección de Planificación	El/la Director (a) Financiera Institucional	El/la Director (a) Financiera Institucional, realiza una proyección de ingresos y gastos, los cuales son informados a la Dirección de Planificación Institucional, así como también se informa las estructuras programáticas, techos presupuestarios, pagos de arrastre que se tienen previstos de contrataciones plurianuales para el siguiente periodo.	
4	Solicitar los presupuestos	El/la Director (a) de	Adicionalmente se solicita los presupuestos participativos a la Dirección de	

No.	Actividad	Cargo	Descripción
	participativos y la priorización del PDOT	Planificación Institucional	Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial, lo cual establecido de acuerdo al procedimiento de "Gestión del Plan de Desarrollo y Ordenamiento territorial" y al procedimiento de "Diseño e implementación de mecanismos de espacios de participación ciudadana".
5	Entregar la priorización del PDOT y presupuestos participativos para estructuración del POA	El/la Analista de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial	<p>El/la Analista de Planificación para el Desarrollo y Ordenamiento Territorial realiza la entrega de la priorización del PDOT.</p> <p>Las prioridades del gasto se establecerán conforme el PDOT y las necesidades recogidas en los espacios de participación ciudadana, conforme lo establece el artículo "Art. 238.- Participación ciudadana en la priorización del gasto".</p> <p>De igual manera las necesidades de la ciudadanía se pueden levantar mediante canales definidos por el Gobierno Provincial de Manabí, tal como el buzón de atención ciudadana de la institución.</p>
6	Establecer lineamientos generales para la estructuración de los Planes Operativos	El/la Director (a) de Planificación Institucional	<p>Los lineamientos entregados por parte de la Dirección de Planificación Institucional son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los plazos para la formulación, programación y aprobación del presupuesto. - Los pagos de arrastre de proyectos plurianuales. - Los techos presupuestarios por cada unidad y las estructuras presupuestarias. <p>Los techos asignados a cada unidad administrativa los cuales dependerán de:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Las prioridades del PDOT y PEI. *El histórico de ejecución presupuestaria de cada dirección. * Gastos operativos para funcionamiento y operación del GPM. <p>- El instructivo para normar los códigos de los niveles de la planificación</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			<p>operativa anual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adicionalmente se adjuntarán los siguientes formatos: <ul style="list-style-type: none"> o Plantillas de Planificación Operativa (FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-POA-001-001) o Matriz POA (FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-POA-001-002) o Ficha de Indicadores (FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-POA-001-003) o Ficha de Proyectos (FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-POA-001-004) <p>Adicionalmente, se establecen directrices de la programación presupuestaria, tal como las cuentas y gastos que se deben considerar en sus POA de cada unidad.</p> <p>Y se designa la contraparte técnica de la Dirección de Planificación y Presupuesto, que apoyará en el proceso de Planificación Operativa.</p>
7	Establecer elementos orientadores del Plan Operativo	El/la Director (a) de las unidades del GPM	Las autoridades de las Unidades Administrativas del GPM, establecen los elementos orientadores del Plan Operativo, para lo cual se utiliza el formato de plantillas de planificación operativa (FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-POA-001-001), que describe la metodología para la estructuración de los objetivos operativos e indicadores.
8	Levantar ficha de perfil de proyecto	El/la Director (a) de las unidades del GPM	<p>Para el caso de programas y/o proyectos nuevos se levantará una ficha de proyecto (FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-POA-001-004).</p> <p>Si no se tiene programas y/o proyectos nuevos continúa con la actividad No. 9</p>
9	Establecer el POA	El/la Director (a) de las unidades del GPM	Se estructura el POA de cada unidad, el cual deberá estar alineado al PDOT y PEI. Adicionalmente contendrá los objetivos que se desea alcanzar, las metas esperadas y los programas y/o proyectos o procesos de ser el caso. Para cada uno se establecen las actividades que serán ejecutados.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			<p>Se identifica si es una actividad nueva o de arrastre. Posteriormente se identifica la partida presupuestaria por cada actividad que requiera presupuesto. Se definen los recursos presupuestarios necesarios y se establece la programación presupuestaria mensual considerando de cuando serán ejecutados los valores.</p> <p>Para ello se utiliza el formato de "Matriz POA" (FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-POA-001-001) y el formato de "Ficha de Indicadores" (FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-POA-001-003).</p>
10	Entregar información preliminar del POA para revisión	El/la Director (a) de las unidades del GPM	Una vez que se tenga la información, se entrega a el/la Analista de Planificación Institucional para su revisión.
11	Revisar y validar la información levantada del POA	El/la Analista de Planificación Institucional	<p>Se realiza una revisión técnica de que la planificación operativa de cada unidad y sus elementos cumplan con los aspectos metodológicos establecidos. Se verifica lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cumplimiento metodológico para definición de objetivos e indicadores. 2. Alineación correcta a los objetivos, programas y/o proyectos. 3. Identificación de actividades de arrastre y nuevas. 4. Verificación que las partidas presupuestarias estén conforme al Instructivo para normar los códigos de los niveles de la planificación operativa anual. 5. Que los montos programados sean conforme a los techos asignados. 6. Programación presupuestaria guarde relación con la naturaleza de la actividad y el tipo de contratación. <p>Para el caso de las actividades que se relacionen al PAC, esta revisión preliminar también validará el/la Analista de Compras Públicas para que verifique que los tipos de contratación sean de acuerdo a la naturaleza de la actividad del POA y presupuesto previsto.</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			<p>CONTROL: El/la analista de planificación realiza una validación y control de la planificación operativa de cada unidad administrativa previo a que sea enviado de manera formal a la Dirección de Planificación Institucional.</p> <p>RESPONSABLE: El/la Analista de Planificación Institucional</p> <p>FRECUENCIA: Bajo demanda</p>
12	Validar la información preliminar del POA	El/la Analista de Planificación Institucional	De estar de acuerdo se valida la información preliminar de la Planificación Operativa para que se continúe con la entrega mediante memorando a la Dirección de Planificación Institucional. En caso de no estar de acuerdo se notifica mediante correo electrónico y regresa a la actividad No. 9
13	Entregar de manera formal la planificación operativa	El/la director (a) de las Unidades del GPM	Se entrega de manera formal la planificación operativa a la Dirección de Planificación Institucional para que se consolide el POA institucional.
14	Consolidar la planificación Institucional	El/la Analista de Planificación Institucional	El/la Analista de Planificación Institucional consolida el Plan Operativo Anual en una sola matriz que contiene los POA de todas las unidades administrativas de la institución.
15	Identificar el tipo de proyectos	El/la Analista de Planificación Institucional	<p>Con los perfiles de proyectos entregados por las Direcciones se identifica cuales son proyectos estratégicos de acuerdo a lo establecido en el Estatuto de Gestión Organizacional por procesos en el art. 5.- Proyectos Estratégicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Si el monto total del proyecto supera los \$ 2.000.000,00. b) Si el proyecto cuenta con un financiamiento externo, sin importar lo señalado en el inciso anterior. c) Si es un proyecto de obra de infraestructura que tenga como beneficiario a dos o más cantones, aunque no se cumpla lo estipulado en los literales a y b. d) Si el proyecto tiene una connotación de carácter interprovincial.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			<p>e) Sin perjuicio de los literales anteriores, la máxima autoridad podrá definir un proyecto como estratégico mediante el acto administrativo correspondiente.</p> <p>Si son proyectos estratégicos va al proceso de Gestión de Proyectos Estratégicos, para que de acuerdo a los perfiles levantados se identifiquen aquellos proyectos que serán aprobados y priorizados y sean informados a la Dirección de Planificación Institucional para la consolidación en el POA.</p> <p>Si no son proyectos estratégicos va a proceso de Priorización y Validación de Proyectos, para que se establezca la priorización para la consolidación en el POA.</p>
16	Consolidar proyectos priorizados	El/la Analista de Planificación Institucional	Con la priorización definida en el proceso de Gestión de Proyectos Estratégicos y el proceso de Priorización y Validación de Proyectos se consolidan y se los incluye en el POA institucional.
17	Revisar la planificación consolidada	El/la Director (a) de Planificación Institucional	El/la Director (a) de Planificación Institucional, revisa que la planificación consolidada cuente con el alineamiento al PDOT y al PEI, así como también se hayan considerado los proyectos que fueron priorizados por la Dirección de Desarrollo y Ordenamiento Territorial.
18	Coordinar reunión para revisión y aprobación de autoridades	El/la Director (a) de Planificación Institucional	<p>El/la Director (a) de Planificación Institucional coordinará una reunión para revisar y aprobar la Planificación Operativa Anual. La reunión contará con la participación de las autoridades del GPM.</p> <p>En este espacio se validarán los proyectos a ser ejecutados en el periodo, las metas y la distribución del presupuesto para cada unidad del GPM.</p>
19	Revisar y aprobar la Planificación Operativa Anual consolidado	Prefecto (a) / Coordinadores (as) Generales	El/la Prefecto (a) / Coordinadores (as) Generales, revisan la planificación operativa, para lo cual identifican que el presupuesto esté estructurado en función del PDOT, necesidades ciudadanas, el Plan Estratégico Institucional, pagos de arrastre, y los gastos de operación para funcionamiento del GPM.

No.	Actividad	Cargo	Descripción
20	Entregar a la Dirección Financiera para estructuración de proyecto de presupuesto institucional	El/la Director (a) de Planificación Institucional	<p>La información se entrega a la Dirección Financiera para que se estructure el proyecto de presupuesto institucional y se entregue a las instancias de aprobación.</p> <p>Realizada esta actividad; continúa con el Proceso de "Gestión de Presupuesto Institucional"</p>
21	Coordinar la aprobación del POA con distintas instancias	El/la Director (a) Financiero Institucional	<p>El/la Director (a) Financiero Institucional, preparará el anteproyecto de presupuesto para que el / la Prefecto (a), presenten al Consejo de Planificación y al Consejo Provincial para que se realice la respectiva aprobación.</p> <p>El proyecto de presupuesto debe contener todos los informes y documentos de respaldo que sustenten los incrementos y/o disminuciones de presupuesto.</p> <p>CONTROL: El/la Director (a) Financiera Institucional coordina la aprobación del POA con el Órgano Legislativo Local.</p> <p>RESPONSABLE: El/la Director (a) Financiera Institucional</p> <p>FRECUENCIA: Bajo demanda</p>
22	Informar a la asignación presupuestaria para el periodo fiscal	El/la Director (a) Financiero Institucional	El/la Director (a) Financiero Institucional, una vez que se tenga la Ordenanza de Aprobación del POA emitido por el Órgano Legislativo, informa a la Dirección de Planificación Institucional el presupuesto que haya sido aprobado para el siguiente periodo.
23	Informar a las unidades administrativas la asignación para su ejecución	El/la Director (a) de Planificación Institucional	<p>El/la Director (a) de Planificación Institucional, mediante correo electrónico, informa a las Unidades del GPM, la asignación de presupuesto, para su ejecución.</p> <p>De existir alguna variación se deberán realizar los respectivos ajustes y entregar el POA actualizado a la Dirección de Planificación Institucional.</p>

No.	Actividad	Cargo	Descripción
24	Cargar información del POA en sistema EGOB	El/la Analista de Planificación Institucional	El/la Analista de Planificación Institucional, realiza la carga en el sistema EGOB del POA que ha sido aprobado, en función del cual se ejecutará durante el ejercicio fiscal. Realizada esta actividad continúa con el proceso "Seguimiento, Control y Evaluación a la Gestión Institucional"
25	Entregar POA a compras públicas para estructuración del PAC	El/la Analista de Planificación Institucional	Adicionalmente se realiza la entrega mediante correo electrónico el POA aprobado y consolidado a la Dirección de Compras Públicas. Realizada esta actividad, continúa con el proceso "Planificación y Evaluación de Contratación Pública"
26	Consolidar información del POA para estructurar el PAC institucional	El/la Analista de Compras Públicas	El/la Analista de Compras Públicas, con la información del POA estructura el PAC institucional, y va al proceso de Planificación y Evaluación de Contratación Pública.
27	Ejecutar el POA de acuerdo a lo planificado	El/la Director (a) de las unidades del GPM	Las Unidades Administrativas del GPM, ejecutan las actividades del POA en función de lo planificado, y va al Instructivo de Certificaciones, Reformas y Convalidaciones del POA. Continúa con el proceso de Gestión de Presupuesto Institucional y Gestión de Contratación Pública.

7. INDICADORES DE GESTIÓN

Nº	Indicador	Definición	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Responsable de Medición	Fuente de la Medición	Frecuencia de Medición
1	Porcentaje de cumplimiento de la ejecución presupuestaria del Plan Operativo Anual	Este indicador mide el cumplimiento efectivo del presupuesto que ha sido ejecutado en el POA en relación a la programación real de presupuesto.	$\frac{\text{Monto ejecutado del POA en un período}}{\text{Monto total programado en un período}}$	Porcentaje	Analista de Planificación Institucional	Matriz POA	Mensual
2	Porcentaje de cumplimiento de metas del Plan Operativo Anual	Este indicador mide el cumplimiento efectivo en el avance de metas que ha sido ejecutado en el POA en relación a la programación real de metas.	$\frac{\text{Metas ejecutadas del POA en un período}}{\text{Metas programadas en un período}}$	Porcentaje	Analista de Planificación Institucional	Matriz de Indicadores	Trimestral

8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS

8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Instructivo	INS-PRO-GEI-PLI-PLI-POA-001-001	Instructivo de certificaciones, reformas y convalidaciones del POA	Delegado del director (a) de Planificación Institucional	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Planificación Institucional	Permanente Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-POA-001-001	Plantillas de Planificación Operativa	Delegado del director (a) de Planificación Institucional	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Planificación Institucional	Permanente Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-POA-001-002	Matriz POA	Delegado del director (a) de Planificación Institucional	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Planificación Institucional	Permanente Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-POA-001-003	Ficha de Indicadores	Delegado del director (a) de Planificación Institucional	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Planificación Institucional	Permanente Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-POA-001-004	Ficha de Proyectos	Delegado del director (a) de Planificación Institucional	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Planificación Institucional	Permanente Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GEI-PLI-PLI-POA-001-005	Matriz de Indicadores	Delegado del director (a) de Planificación Institucional	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Planificación Institucional	Permanente Conservación
Registro	No aplica	Ordenanza de aprobación del POA	Delegado del director (a) de Planificación Institucional	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Planificación Institucional	Permanente Conservación



Procedimiento

Gestión de Riesgos Institucionales PRO-GEI-TRI-GRN-001

Dirección de Transparencia en la Gestión

Enero - 2023

Versión 1.0

CÓDIGO: PRO-GEI-TRI-GRN-001		VERSIÓN 1.0	
<p>PROCEDIMIENTO:</p> <p>Gestión de Riesgos Institucionales</p>			
DESCRIPCIÓN	CARGO	FIRMA	FECHA
APROBADO POR	Eco. Grace Rivera Coordinadora General de Desarrollo Institucional		
REVISADO POR	Ing. Iván González Director de Innovación y Mejora Continua		
	Ing. Wagner Serrano Cedeño Director de Transparencia en la Gestión		
ELABORADO POR	Ing. Pamela Pilco Consultor		
	Ing. Mauricio Sarabia Consultor		

IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

Proceso Nivel 0:	Gestión Estratégica de Desarrollo Institucional		
Proceso Nivel 1:	Gestión de Transparencia y Riesgos Institucionales		
Proceso Nivel 2:	Gestión de Riesgos Institucionales		
Proceso Nivel 3:	No aplica		
Versión del documento:	1.0	Frecuencia de Ejecución:	Bajo demanda
Responsable:	Director/a de Transparencia en la Gestión		

REGISTRO DE VERSIONES

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Revisado / Aprobado por	Fecha de aprobación	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
1.0	Creación	<p>Revisado</p> <p>Ing. Wagner Serrano Cedeño Director de Transparencia en la Gestión</p> <p>Aprobado por</p> <p>Eco. Grace Rivera Coordinadora General de Desarrollo Institucional</p>	Enero - 2023	No aplica

CONTENIDO

1. OBJETIVO	5
2. ALCANCE	5
3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS	5
4. MARCO NORMATIVO	7
4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS	7
4.2. DOCUMENTOS INTERNOS	7
4.3. NORMAS GENERALES	8
5. DIAGRAMAS	22
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	22
5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO	23
5.3. DIAGRAMA DE FLUJO	24
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	25
7. INDICADORES DE GESTIÓN	29
8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS	30
8.1 CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS.....	30

1. OBJETIVO

Identificar, analizar, evaluar, tratar, controlar, seguir y comunicar los Riesgos Institucionales.

2. ALCANCE

El presente documento es aplicable a todos los procesos identificados por el Gobierno Provincial de Manabí desde la capacitación en la metodología de la administración de riesgos hasta el cierre de los riesgos.

3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

Actividad: El menor objeto de trabajo identificado en un proyecto. Dependiendo de la complejidad de la actividad, se puede desglosar en tareas.

Revisión por la dirección: Las máximas autoridades referentes al sistema de Gestión de Calidad, tales como la Prefectura Provincial y la Dirección de Innovación y Mejora Continua.

Análisis de los riesgos: Se identifican y evalúan los procesos y controles existentes que disminuyen los riesgos identificados. Así mismo se determina la severidad de los riesgos, definidos a partir del impacto y probabilidad de ocurrencia de cada riesgo.

Amenaza: Cualquier factor externo de riesgo con potencial para provocar daños (de imagen, sociales, ambientales, económicos, etc.) durante determinado periodo de tiempo. Las amenazas pueden ser: Naturales, antrópicas (generadas por la actividad humana) o mixtas.

Conceptualización del Proceso: Es la representación gráfica que presenta de manera simplificada y dinámica el alcance del proceso.

Consecuencia: Resultado de un evento que afecta a los objetivos.

Control: Medida que modifica al riesgo. Debe establecer un responsable de la ejecución, una frecuencia de ejecución, y entregable(s) o evidenciable(s) de la ejecución.

Criterios del riesgo: Términos de referencia frente a los cuales se evalúa la importancia de un riesgo.

Datos: Es cualquier registro electrónico, óptico, magnético, impreso o en otros medios, susceptible de ser capturado, almacenado, procesado y distribuido.

Diagrama de Caracterización: Los diagramas de caracterización parten principalmente de aplicar la metodología– entradas – Proceso – Salidas – Clientes, y como su nombre lo dice, muestra las características del mismo, es decir estos diagramas son complementados con la información de los elementos y los controles aplicados al proceso, el objetivo del mismo, los indicadores y los objetivos de la calidad asociados.

Diagrama de Flujo: Es la descripción de manera gráfica de las actividades para realizar un proceso y/o los pasos para realizar una actividad/tarea del mismo, si aplica.

Documentos Externos: Son aquellos documentos que no son elaborados por el personal de la organización. La información de estos documentos, impactan los procesos, actividades y operaciones del Sistema de Gestión de la Calidad y también forman parte de su estructura documental, por lo cual también son incluidos dentro del proceso de Control de Documentos. (Pudiendo ser, pero no limitando, leyes, decretos, resoluciones, manuales de usuario, especificaciones, requisitos reglamentarios, normas, códigos, manuales de mantenimiento, etc.).

Dueño o responsable del Proceso: Es el responsable de la gestión del proceso y de los resultados del mismo.

Efecto: Es una desviación respecto a lo previsto. Puede ser positivo, negativo o ambos, y puede abordar, crear o resultar en oportunidades y amenazas.

Evaluación del riesgo: Comparación de los resultados del análisis del riesgo con los criterios, para determinar el riesgo y su magnitud.

Evento: Ocurrencia o cambio de un conjunto particular de circunstancias.

Formato: Documento, en cualquier tipo de medio, utilizado para que en ellos se anote los datos y resultados de actividades o procesos realizados. Un formato se transforma en un registro cuando se le incorporan datos.

Fuente de riesgo: Elemento que, por sí solo o en combinación con otros, tiene el potencial de generar riesgo.

Gestión de riesgos: Es el proceso mediante el cual se identifica, mide, controla / disminuye y monitorea los riesgos inherentes a la Institución, con el objeto de definir el perfil de riesgo, el grado de exposición que la institución está dispuesta a asumir y los mecanismos de cobertura, para proteger los recursos propios y de terceros que se encuentran bajo su control y gestión.

Identificación de los riesgos: Es la actividad de analizar: ¿qué?, ¿dónde? ¿cuándo? y ¿por qué? se puede/n presentar uno o varios eventos con actividades irregulares los cuales pueden afectar a la institución.

Intranet: Plataforma interna de la Institución.

Impacto: Daño institucional que se puede generar a partir de la materialización de un riesgo.

El nivel de impacto debe ser considerado por cada evento de riesgo.

Instructivo: Es la forma coherente, secuencial, específica y detallada de llevar a cabo una actividad/tarea. Son documentos de proceso de nivel 4 con un de detalle específico que nos describen los pasos puntuales que deben ser realizados para cumplir con una actividad, regularmente ejecutados por un solo puesto en la Institución.

Mapa de Procesos: Es la representación gráfica de los procesos de nivel 0, 1, 2 y 3 de la institución y sus interrelaciones. Se actualiza cuando se identifique un cambio en los procesos de la Institución.

Monitoreo y Revisión: Se monitorean los riesgos y las medidas tomadas para minimizar el riesgo.

Nivel de riesgo: Magnitud de uno o más riesgos, el cual, es determinado por la combinación de probabilidad por impacto.

Probabilidad: Posibilidad de que un riesgo se materialice.
El nivel de probabilidad debe ser considerado por cada evento de riesgo.

Procedimiento: Forma especificada de llevar a cabo los procesos de nivel 1, 2 y 3; sirven de base para la Gestión del Sistema de Gestión de la Calidad.

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto.

Registros: Los registros son documentos que proporcionan evidencia objetiva de actividades realizadas o resultados obtenidos, dentro del SGC se los controla.

Riesgo: Es un evento o condición con incertidumbres que en el caso de que se materialicen genera un efecto negativo y amenaza al logro de los resultados de la institución.

SGC: Sistema de Gestión de Calidad.

Tratamiento del riesgo: Es el desarrollo de estrategias o acciones eficaces implementadas para la disminución de un riesgo.

Unidad: Entiéndase como unidad a todas las Coordinaciones Generales, Direcciones y otras unidades que forman parte de la estructura orgánica de la institución.

Vulnerabilidad: Es un factor interno de riesgo expuesto a una amenaza; existe en la medida en que se haga o deje de hacer algo.

4. MARCO NORMATIVO

4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS

- Norma Técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios (Vigente).
- Guía Metodológica para la aplicación de la norma técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios (vigente).
- Norma ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos (vigente)
- Normas de control interno de la contraloría general del estado (vigente)

4.2. DOCUMENTOS INTERNOS

- Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos (vigente).

4.3. NORMAS GENERALES

- a) Las normas de este documento son de aplicación obligatoria para todos los servidores del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, en tanto guarden conformidad con las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y resoluciones vigentes al momento de su ejecución.
- b) El servidor que incumpliere sus obligaciones o contraviniera las disposiciones de este documento, así como las leyes y normativa conexas, incurrirá en responsabilidad administrativa que será sancionada disciplinariamente, sin perjuicio de la acción civil o penal que pudiere originar el mismo hecho.
- c) Todo proceso o subproceso, deberá incorporar el concepto de mejora continua en su diagramación y generación de documentos, procurando la simplificación de trámites y tareas, eliminar duplicidad de tareas, y optimizando la transaccionalidad.
- d) La socialización y difusión de los riesgos identificados en la Matriz de Riesgos Institucionales los realizará el/la Directora/a de Transparencia en la Gestión directamente al Director o Dueño del proceso, a través de memorando y/o correo electrónico.
- e) El/La Directora/a de Transparencia en la Gestión definirá las columnas que deberán publicarse en la Intranet Institucional con el propósito de minimizar riesgos y asegurar la información.
- f) El/La Director/a de Transparencia en la Gestión consolidará las matrices aprobadas de las Unidades en la Matriz de Riesgo Institucional.
- g) Todos los documentos relacionados al Procedimiento Gestión de Riesgo Institucionales deben estar disponibles en la Intranet (plataforma interna) del Gobierno Provincial de Manabí.
- h) Se define que la administración del Riesgo Institucional del Gobierno Provincial de Manabí se basa en el análisis de riesgo al "producto y servicio" al cual se le denomina "objeto de riesgo". Se han determinado los siguientes:
 - 1) Personal
 - 2) Procesos
 - 3) Tecnología
 - 4) Seguridad de la información
 - 5) Eventos externos
- i) La Administración del Riesgo Institucional comprende dentro del Gobierno Provincial de Manabí los siguientes tipos de riesgos:
 - 1) Riesgos Estratégicos,
 - 2) Riesgos de la Gestión Institucional,
 - 3) Riesgos de la Gestión de Proyectos,

- 4) Riesgos Tecnológicos,
- 5) Riesgos de la Seguridad de la Información,
- 6) Riesgos de los Objetivos Institucionales, y
- 7) Riesgos de Soborno.

**TABLA N° 1
MATRIZ DE RESPONSABLES**

Tipo de riesgo	Descripción	Objeto del riesgo	Responsable de la identificación	Responsable de la implementación	Responsable de Análisis y presentación de resultados
Riesgos estratégicos	Probabilidad de ocurrencia de eventos adversos externos o internos que pudieren afectar el propósito y la dirección estratégica de la institución, considera la imagen de la Institución.	Procesos Gobernantes	Dirección de Transparencia en la Gestión	Coordinador/a Estratégico/a de Prefectura	Director de Transparencia en la Gestión.
Riesgos Institucionales	Probabilidad de ocurrencia de eventos adversos que pudieren afectar a los Procesos adjetivos institucionales.	Procesos Adjetivos o Habilitantes de Asesoría	Dirección de Transparencia en la Gestión	Director/a de Transparencia en la Gestión	Director de Transparencia en la Gestión.
Riesgos de gestión de proyectos	Probabilidad de ocurrencia de eventos adversos, que podrían afectar el cumplimiento de las fases de los proyectos, el logro de los objetivos institucionales y su impacto.	Procesos Sustantivos o Agregadores de Valor	Dirección de Transparencia en la Gestión	Director/a de Proyectos y/o Subdirector /a de Proyectos	Director de Transparencia en la Gestión.
Riesgos tecnológicos	Probabilidad de ocurrencia de eventos adversos que podrían afectar a los sistemas, información, comunicaciones, redes, bases de datos, e infraestructura tecnológica.	Procesos Adjetivos o Habilitantes de Asesoría	Dirección de Transparencia en la Gestión	Director/a de Tecnología	Director de Transparencia en la Gestión.
Riesgos de Seguridad de la información	Probabilidad de ocurrencia de eventos adversos que pudieren afectar a la confidencialidad, integridad, y disponibilidad de la información	Procesos Adjetivos o Habilitantes de Asesoría	Dirección de Transparencia en la Gestión	Director/a de Tecnología	Director de Transparencia en la Gestión.
Riesgos de los objetivos operativos	Probabilidad de ocurrencia de eventos adversos que pudieren afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.	Procesos Adjetivos o Habilitantes de Asesoría	Dirección de Transparencia en la Gestión	Director/a de Transparencia en la Gestión	Director de Transparencia en la Gestión.
Riesgos de Soborno	Probabilidad de ocurrencia de eventos adversos que pudieran afectar al cumplimiento idóneo de los objetivos estratégicos, políticas y los procesos de la Institución.	Procesos Adjetivos o Habilitantes de Asesoría	Dirección de Transparencia en la Gestión	Director/a de Transparencia en la Gestión	Director de Transparencia en la Gestión.

4.3.1 Etapas del Riesgo

**Imagen N° 1
Ciclo de Mejora Continua**



4.3.2 Elaboración de la Metodología de Riesgos.

Es el proceso mediante el cual las instituciones identifican, miden, controlan / mitigan y monitorean los riesgos inherentes a la Institución, con el objeto de definir el perfil de riesgo, el grado de exposición que la institución está dispuesta a asumir y los mecanismos de cobertura, para proteger los recursos propios y de terceros que se encuentran bajo su control y gestión.

Riesgo Asociado: es el efecto sobre un evento, acción, hecho o situación no deseada la cual impacta negativamente al proceso evaluado.

Efecto/Impacto: es una desviación respecto a lo previsto. Puede ser positivo, negativo o ambos, y puede abordar, crear o resultar en oportunidades y amenazas.

Los objetivos pueden tener diferentes aspectos y categorías, y se pueden aplicar a diferentes niveles.

Con frecuencia, el riesgo se expresa en términos de fuentes de riesgo, eventos potenciales, sus consecuencias y sus probabilidades.

Fuente de riesgo: Elemento que, por sí solo o en combinación con otros, tiene el potencial de generar riesgo.

Evento: Ocurrencia o cambio de un conjunto particular de circunstancias.

Un evento puede tener una o más ocurrencias y puede tener varias causas y varias consecuencias. Un evento también puede ser algo previsto que no llega a ocurrir, o algo no previsto que ocurre. Un evento puede ser una fuente de riesgo.

Consecuencia: Resultado de un evento que afecta a los objetivos.

Amenaza/ Vulnerabilidad (Causas): Por amenaza se debe detallar cualquier factor externo (véase tabla N°3), que se presente por medio de un evento, acción, hecho o situación no deseada, la cual podría causar pérdidas o daños potenciales.

Por vulnerabilidad se debe detallar cualquier factor interno (véase tabla N°2), que puede generarse por una debilidad de la Institución o raíz de una o varias amenazas generadas.

Probabilidad: Posibilidad de que algo suceda.

En la terminología de gestión del riesgo, la palabra "probabilidad" se utiliza para indicar la posibilidad de que algo suceda, esté definida, medida o determinada objetiva o subjetivamente, cualitativa o cuantitativamente, y descrita utilizando términos generales o matemáticos (como una probabilidad matemática o una frecuencia en un periodo de tiempo determinado).

Control: Medida que mantiene y/o modifica un riesgo. Los controles incluyen, pero no se limitan a cualquier proceso, política, dispositivo, práctica u otras condiciones y/o acciones que mantengan y/o modifiquen un riesgo. Los controles no siempre pueden producir el efecto de modificación previsto o asumido.

Para el establecimiento de la metodología se recomienda las siguientes directrices:

- **Compromiso de los mandos medios:** Para el éxito en la Implementación de la Gestión del riesgo, es indispensable el compromiso de las autoridades, para definir el levantamiento de riesgo de su área o proceso con el objeto de establecer los principios básicos y el marco general de actuación para el control y la gestión de los riesgos, así como para llevar a cabo el seguimiento periódico de dicho sistema.
- **Conformación de un equipo de trabajo:** Las Coordinaciones y/o Direcciones deben delegar servidores técnicos con experiencia en sus procesos para conformar un equipo de trabajo que se encargue de liderar el proceso de gestión del riesgo y que cuente con un canal directo de comunicación con las autoridades (Dirección de Transparencia en la Gestión).
- **Capacitación en la metodología:** Definido el equipo o equipos de trabajo, la Dirección de Transparencia en la Gestión brindará la asesoría requerida para la gestión del riesgo en sus respectivas Unidades y procesos.

j) Matriz de Riesgo

La Matriz de Riesgos Institucional (FOR-PRO-GEI-TRI-GRN-001-002) es una herramienta de gestión y control que es utilizada para identificar los riesgos de la Institución, el tipo y nivel inherentes al objeto del riesgo y los factores externos e internos que generan estos riesgos.

El/La Director/a de Transparencia en la Gestión y el Director/ Dueño de cada proceso deberán alimentar la Matriz de Riesgo Institucional.

El/Los expertos del producto/servicio del riesgo deben ser los servidores que conocen las características del proceso. Para el caso de proyectos institucionales se debe formar un equipo de trabajo.

El cuerpo de la Matriz de Riesgos Institucionales esta conformada por 5 secciones:

- 1) Generalidades,
- 2) identificación del Riesgo,
- 3) Valorización y priorización del Riesgo,
- 4) Administración del Riesgo y
- 5) Seguimiento del Riesgo.

Cada uno de los componentes son requeridos para la obtención de información y de esta forma se posibilite la toma de decisiones por parte de la Revisión por la Dirección.

Los Factores de Riesgo deben ser analizados dentro de la matriz para determinar la circunstancia o situación interna y/o externa que podría influir en la probabilidad de que un riesgo se materialice (véase tabla N°2 y tabla N°3).

TABLA N° 2
FACTORES DE RIESGOS INTERNOS

FACTOR	DETALLE	EJEMPLOS
Talento Humano	Acontecimientos negativos que provengan de los funcionarios de la Institución. Estos pueden ser por: -Conocimiento insuficiente para el cargo a cubrir, -Poca experiencia, -Sobrecarga laboral, -Rotación de personal u otros factores.	Baja competencia sobre la contratación de personal. filtros de selección, preselección y entrevistas insuficientes. Capacitación insuficiente al personal sobre Selección, Preselección, Entrevistas y Contratación. Inducción inadecuada para los cargos. Perfiles de cargo no definidos y estandarizados.
Canales de información y tecnología interna	Acontecimientos negativos por canales de comunicación insuficientes; así como, -Políticas, manuales, instructivos y normas para el correcto desarrollo de actividades y seguridades informáticas.	Política de la Institución, manuales y otros documentos referentes al proceso sin estandarizar, Controles inadecuados para el acceso a puertos y uso de dispositivos, Acceso a información sensible de la Institución sin restricciones a usuarios.
Infraestructura	Acontecimientos negativos en cuanto a: -Infraestructura y demás lo cual tiene relación directa con las condiciones laborales.	Inadecuada seguridad de la edificación para la realización de actividades de la Institución, insuficiencia de: equipos, materiales, mobiliarios, equipos de bioseguridad, ventilación e iluminación, etc.
Modelo de Operación/ Cultura Organizacional	Acontecimientos negativos por el Sistema de Gestión de la Institución, la cual, causa: Reprocesos en las actividades, Retrasos en los trámites, Inadecuada limitación de competencias, etc.	Distribución de funciones y responsabilidades y atribuciones inadecuadas, lo cual, repercute con la ejecución idónea de las actividades.

**TABLA N° 3
FACTORES DE RIESGOS EXTERNOS**

FACTOR	DETALLE	EJEMPLOS
Político	Evento causado por las resoluciones externas de las autoridades del país que afectan a la Institución.	Cambio de condiciones políticas en la legislación del país.
Social	Evento causado por problemas sociales que involucren la estabilidad de la Institución.	Delincuencia, atentados, terrorismo, corrupción, etc.
Tecnológico	Evento causado por la índole tecnológica que involucra el normal funcionamiento de la entidad.	Ciberataques a las plataformas institucionales, virus informáticos en el correo institucional, plataformas, intranet, etc.
Ambiental	Evento o catástrofe causado en el medio ambiente; bien sea, por un fenómeno propio de la naturaleza o por la acción del hombre que lo genere.	Sismos, terremotos, erupciones volcánicas, amenaza de pandemias, etc.
Económico	Evento o suceso externo no deseado, el cual, afecta de manera negativa a la disponibilidad de recursos económicos y por ende al desarrollo de las actividades de la Institución.	Retraso en el desembolso de recursos económicos por parte del nivel central, disminución del presupuesto asignado, etc.

Generalidades de la Matriz de Riesgo

De la primera sección "GENERALIDADES":

Tipos de procesos: De acuerdo al Mapa de Procesos detallado en el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos, los tipos de procesos son:

- 1) Gobernantes,
- 2) Adjetivos o Habilitantes de Asesoría,
- 3) Sustantivos o Agregadores de Valor y
- 4) Adjetivos o Habilitantes de apoyo.

Responsable de la Unidad: Se debe detallar los cargos de los responsables de cada Unidad.

Unidad responsable: De acuerdo al Mapa de Procesos detallado en el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos, las Unidades son:

- 1) Direccionamiento Estratégico,
- 2) Gestión Estratégica de Desarrollo Institucional,
- 3) Gestión Jurídica,
- 4) Auditoría Interna,
- 5) Gestión Estratégica de Desarrollo y Ordenamiento Territorial,
- 6) Gestión de Desarrollo Social, Económico y Ambiental,
- 7) Gestión de Infraestructura para el Desarrollo,

- 8) Gestión Administrativa Financiera y
- 9) Gestión de Secretaría General y Atención Ciudadana.

Proceso: Los procesos del Gobierno Provincial de Manabí se deben detallar de acuerdo al Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos.

4.3.3 Identificación de Riesgos.

De la segunda sección "IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO":

La identificación de los riesgos es parte del proceso de Direccionamiento Estratégico y debe ser permanente y participativo, verificando los aspectos que pueden afectar al cumplimiento de los objetivos institucionales en sus distintos niveles:


- Objetivos Gobernantes (estratégicos)
- Objetivos Sustantivos (clave)
- Objetivos Adjetivos (apoyo)
- Procesos
- Proyectos

Para la identificación de riesgos se recomienda realizar reuniones ejecutivas con los responsables de la información de cada nivel, pudiendo utilizar diferentes fuentes de información de la Institución, tales como:

- Datos históricos,
- Reporte/informes de incidentes ocurridos,
- Lluvia de ideas,
- Informes de años anteriores y/o
- Especialistas en identificación de riesgos.

Para la formulación de riesgos se utilizará la sintaxis que se propone:

Imagen N° 2
Sintaxis para la formulación del Riesgo

RIESGO/EVENTO	CAUSA	IMPACTO
Insuficiente información para atender disposiciones de la Prefectura		Incumplimiento de estos compromisos y de sus plazos establecidos

Para la identificación de riesgos se debe analizar los factores externos o internos para determinar la situación de riesgo o evento, causa y el impacto que tendría la Institución dependiendo del enfoque del proceso analizado.

4.3.4 Evaluación del Riesgo.

De la tercera sección "VALORIZACIÓN Y PRIORIZACIÓN DEL RIESGO":

Calificación de Probabilidad e Impacto por responsables: Se debe analizar y puntuar de acuerdo a la tabla N° 4 (VALORACIÓN DE PROBABILIDADES) y tabla N°5 (VALORACIÓN DE IMPACTO) cada uno de los riesgos asociados descritos en la Matriz de Riesgos Institucionales, por el Director/a Dueño/a del Proceso y El/La Director/a de Transparencia en la Gestión.

Probabilidad: es la posibilidad de ocurrencia del riesgo, y se valorará.

**TABLA N° 4
VALORACIÓN DE PROBABILIDADES**

Descripción	PROBABILIDAD				
	Improbable	Posible	Ocasional	Probable	Frecuente
Sucede una vez por año	Sucede una vez por semestre	Sucede una vez por trimestre	Sucede una vez por mes	Sucede varias veces en un mes	
Valoración	1	2	3	4	5

Impacto: grado de afectación del riesgo al cumplimiento de los objetivos. La escala que se utilizará es la siguiente:

**TABLA N° 5
VALORACIÓN DE IMPACTO**

Descripción	IMPACTO				
	Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
-Generaría impacto económico de 10.000 dólares o menos. -No genera ningún problema para la entidad y sus objetivos institucionales por lo que puede ser ignorado, a no ser que la frecuencia sea tan recurrente y cierta, que amerite tomar alguna acción. -En cuanto a la imagen institucional genera rumores de difusión limitada o nula cuya duración se prevé sea de menos de 1 semana.	-Generaría impacto económico entre 1.001 y 2.000 dólares. -Impacto casi imperceptible en los objetivos de la entidad, que pueden ser corregidos con facilidad. -Genera acusaciones puntuales de difusión en periódico local de duración de una semana a un mes.	-Generaría impacto económico entre 2.001 y 5.000 dólares. -Pérdida momentánea de operabilidad que puede ser corregida, pero que puede tener impacto en el medio o largo plazo. -Genera artículos y/o opiniones ocasionales con información negativa con difusión parcial medios de comunicación nacional con duración de 1 a 3 meses.	-Generaría pérdidas entre 5.001 y 10.000 dólares. -Compromete los resultados de la entidad ocasionando serios retrasos/Paralización parcial de la operación o insatisfacción de los usuarios externos e internos. -Artículos, opiniones y noticias con información muy negativa y creíble con difusión masiva en medios de comunicación nacional y duración de 3 a 6 meses.	-Generaría pérdidas de más de 10.001 dólares en adelante. -Puede paralizar la operación de la organización o tener consecuencias irreversibles. -Artículos creíbles, con información negativa y evidenciada en un alto porcentaje de medios de comunicación nacional e internacional, lo que repercute en la afectación de la reputación de la institución por más de 6 meses.	
Valoración	1	2	3	4	5

Promedio:

Se calculará el promedio de las 2 calificaciones de que la Probabilidad del riesgo suceda. Se calculará el promedio de las 2 calificaciones del Impacto del riesgo.

Calificación y Nivel del Riesgo:

- El Director/a o Dueño/a del proceso identificado procederá a valorizar la probabilidad y el impacto de la existencia del riesgo, escogiendo las opciones de calificación.
- El Director/a de la Dirección de Transparencia en la Gestión procederá a valorizar la probabilidad y el impacto de la existencia del riesgo, escogiendo las opciones de calificación.

Ejemplo de calificación del Riesgo:

**TABLA N° 6
CALIFICACIÓN DEL RIESGO**

N	Rubro	Probabilidad	Valoración	Impacto	Valoración
1	Director del Área o dueño (a) del proceso.	Frecuente	5	Menor	2
2	Director de Transparencia.	Probable	4	Insignificante	1
3	Cálculo de Promedios (□)	Probable	□ 4.5	Menor	□ 1.5
4	Resultado de matriz de niveles de riesgo (□)	□ Probabilidad	□ Impacto	Nivel de Riesgo	
		5	2	Medio	

Una vez obtenida estas valorizaciones:

El promedio obtenido por cada variable será analizado de acuerdo a los niveles de riesgo (véase imagen N°3) y de esta forma se determinará si el riesgo es bajo, medio o alto.

Para la correcta interpretación de la imagen "Niveles de Riesgo" se debe considerar los promedios de sus 2 variables: **Y** (probabilidad) y **X** (impacto), por lo cual la lectura correcta es de izquierda a derecha.

**Imagen N°3
NIVELES DE RIESGO**

Y ↑ CRITERIOS	Impacto				
	1.- Insignificante	2.- Menor	3.- Moderado	4.- Mayor	5.- Catastrófico
1.-Improbable	Bajo (1:1)	Bajo (1:2)	Bajo (1:3)	Medio (1:4)	Medio (1:5)
2.-Posible	Bajo (2:1)	Bajo (2:2)	Medio (2:3)	Medio (2:4)	Alto (2:5)
3.-Ocasional	Bajo (3:1)	Medio (3:2)	Medio (3:3)	Alto (3:4)	Alto (3:5)
4.-Probable	Bajo (4:1)	Medio (4:2)	Alto (4:3)	Alto (4:4)	Alto (4:5)
5.-Frecuente	Medio (5:1)	Medio (5:2)	Alto (5:3)	Alto (5:4)	Alto (5:5)

→ X

Para la identificación y evaluación de riesgos de cada Unidad los/las Directores/as o dueños/as de procesos utilizarán el Formato LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN DE RIESGOS (FOR-PRO-GEI-TRI-GRN-001-001) el cual se llenará a través de entrevistas con los servidores ejecutores del/los proceso/s objeto/s de análisis.

En el caso de que algún riesgo sea de nivel Medio o Alto se debe proceder con la respectiva Administración del Riesgo (véase el punto 4.3.5) caso contrario estos riesgos pueden ser ACEPTADOS O TRANSFERIDOS (véase tabla N°7)

Imagen N° 4
Levantamiento de información de riesgos

 <p>PREFECTURA DE MANABÍ Desarrollo y Equidad</p>	<p>GOBIERNO PROVINCIAL DE MANABÍ DIRECCIÓN DE TRANSPARENCIA EN LA GESTIÓN LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN DE RIESGOS</p>	CÓDIGO:	FOR-PRO-GEI-TRI-GRN-001-001 V01
		VERSIÓN:	##
		FECHA:	*
		PÁGINA:	1 DE 1

CRITERIOS PARA VALORIZAR EL RIESGO				
IMPACTO				
Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
1	2	3	4	5
Improbable	Posible	Ocasional	Probable	Frecuente
PROBABILIDAD				

Tipo de Proceso	
Unidad:	
Proceso/s de análisis:	

Generalidades	Identificación del Riesgo			Valorización y Priorización del Riesgo				
Proceso	Amenaza / vulnerabilidad (Causas)	Impacto (Efecto)	Riesgo Asociado	Calificación de la probabilidad	Calificación del impacto	Calificación del Riesgo	Nivel de Riesgo	Genera Plan de Acción
						:	Bajo	
						:	Bajo	
						:	Bajo	
						:	Bajo	
						:	Bajo	

OBSERVACIONES:		
RESPONSABILIDAD DE INTERVENIENTES		
Cargo:	Nombre y Apellido:	Firma

Respuesta al Riesgo: Los modelos de respuestas al riesgo pueden ser: aceptar, transferir, mitigar y evitar, como se detallan a continuación:

TABLA N° 7
RESPUESTAS AL RIESGO

EVITAR	MITIGAR	TRANSFERIR	ACEPTAR
Realizar un cambio sobre los riesgos que van surgiendo mediante estrategias.	Minimizar la probabilidad y/o impacto de que vaya surgiendo un riesgo al establecer acciones.	Reducir el efecto a través del traspaso total o parcial del riesgo a un tercero.	Asumir las consecuencias del riesgo identificado, debido a que su nivel es bajo o porque los recursos requeridos para la ejecución de acciones, medidas de mitigación o controles son costos muy elevados.

Con el propósito de gestionar los riesgos se deberán definir acciones factibles y efectivas y las fechas en las que se propone ejecutarlas.

Genera Plan de acción: Cuando un riesgo es valorizado como Medio o Alto este debe mantener su respectivo plan de acción mediante la Matriz de Riesgo Institucional.

Para el caso de un riesgo de nivel Bajo no se aplicará el plan de acción.

4.3.5 Administración del Riesgo.

De la cuarta sección "ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO":

Acciones a tomar: mecanismos puntuales que se implementan por una sola ocasión para reducir el impacto de los eventos no deseados.

Responsable de la implementación del Plan de Acción: Los servidores que están a cargo de los procesos detallados dentro de la Matriz.

Fechas de ejecución: se debe fijar de acuerdo a las acciones a tomar para la implementación del Plan de acción.

De la quinta sección "SEGUIMIENTO DEL RIESGO":

Fecha de validación de acciones: El período de validación de las acciones a realizarse detalladas en la Matriz de Riesgo Institucional debe tener un periodo mínimo de 30 días desde el levantamiento de la misma.

Estado de revisión de la validación: Los riesgos deberán cerrarse en las fechas previstas en la Matriz de Riesgos Institucionales, verificando el cumplimiento del plan de acción (en caso de aplicar)

Para ello el estado de revisión del riesgo debe encontrarse como finalizado.

**TABLA N° 8
ESTADO DE LOS RIESGOS**

ESTADO DE REVISIÓN	DESCRIPCIÓN
Finalizado	Cuando un riesgo es identificado como nivel medio-alto el cual mediante el plan de acción ha sido tratado y este ha sido minimizado o ha desaparecido.
En ejecución	Cuando un riesgo está implementando las acciones descritas en la matriz de riesgo y aun no se realiza la revisión de la eficacia de las acciones tomadas.
Planificado	Cuando un riesgo ha sido identificado como nivel medio-alto y se detalla las fechas de ejecución y revisión del plan de acción.
N/A	No aplica. Cuando un riesgo es identificado como nivel bajo y no se requiere un plan de acción.

Fecha próxima de revisión: Este se debe detallar en el caso de que el plan de acción no este ejecutado o no se haya realizado la validación del mismo y por ende su estado se encuentre Planificado / En Ejecución.

Para el caso de que el estado sea Finalizado o N/A este campo no debe ser llenado.

Estado de última revisión: De acuerdo a la ultima fecha de revisión se debe detallar el estado de Plan de acción.

Acciones pendientes: En el caso de que el estado de la última revisión sea En Ejecución se debe detallar cuales son las acciones pendientes por validar.

Observaciones (eficacia verificada): Se debe detallar el resultado de las acciones tomadas.

En el caso de que se determine dentro de la Matriz de Riesgo que se requiere una reunión con todos los responsables una vez realizada la validación, se debe mantener en el respectivo formato Acta de Reunión (LCC-GPM-012-2021-AP-001).

k) Mapa de Riesgo

El Mapa de Riesgo Institucional (FOR-PRO-GEI-TRI-GRN-001-003) es una representación gráfica, donde se contabilizan todos los riesgos asociados en la Matriz de Riesgos Institucionales. En cada cuadrante se indica la relación entre probabilidad por impacto.

Dependiendo del nivel de riesgo, en el Mapa de Riesgo Institucional de probabilidad e impacto constará con los siguientes colores:

BAJO-VERDE: Objeto del riesgo se encuentra sólido, es decir bajo control.

MEDIO-AMARILLO: Objeto del riesgo que se puede controlar medianamente con acciones menores.

ALTO-ROJO: Objeto del riesgo necesita medidas y acciones bien planificadas para administrarlo de manera prioritaria.

Imagen N°5

Mapa de Riesgos

PROBABILIDAD	5	Frecuente	0	0	0	0	0
	4	Probable	0	0	0	0	0
	3	Ocasional	0	1	28	0	0
	2	Posible	0	1	0	0	1
	1	Improbable	0	0	0	0	0
	Total Riesgos Identificados		31	Insignificante	Menor	Moderado	Mayor
			1	2	3	4	5
			IMPACTO				

I) Comunicación

La metodología será impartida por la Dirección de Transparencia en la Gestión del Gobierno Provincial de Manabí.

El personal delegado por cada Unidad debe realizar levantamientos de información y a su vez generar la Matriz y Mapa de Riesgos respectivos a su competencia.


El/La Director/a de Transparencia en la Gestión es el encargado de informar sobre los resultados de los riesgos y los planes de acción a la Revisión por la Dirección.

La socialización a cada Unidad sobre la Matriz de Riesgos Institucional se llevará a cabo mediante la Intranet, donde cada dueño/a de proceso podrá observar los riesgos correspondientes a su Unidad.

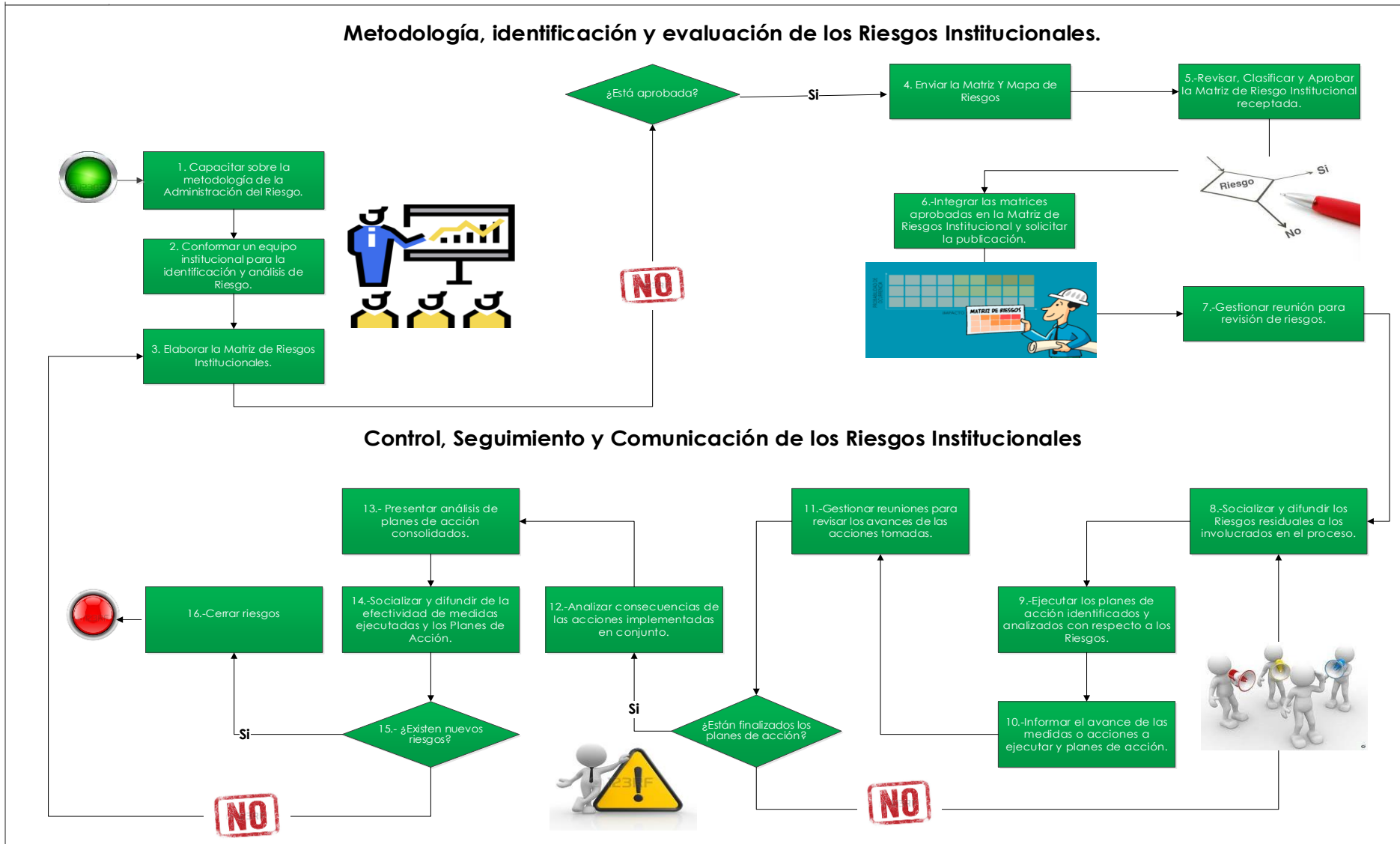
La socialización a cada Unidad sobre el Procedimiento de Gestión Riesgos Institucionales se llevará a cabo mediante la Intranet.

5. DIAGRAMAS

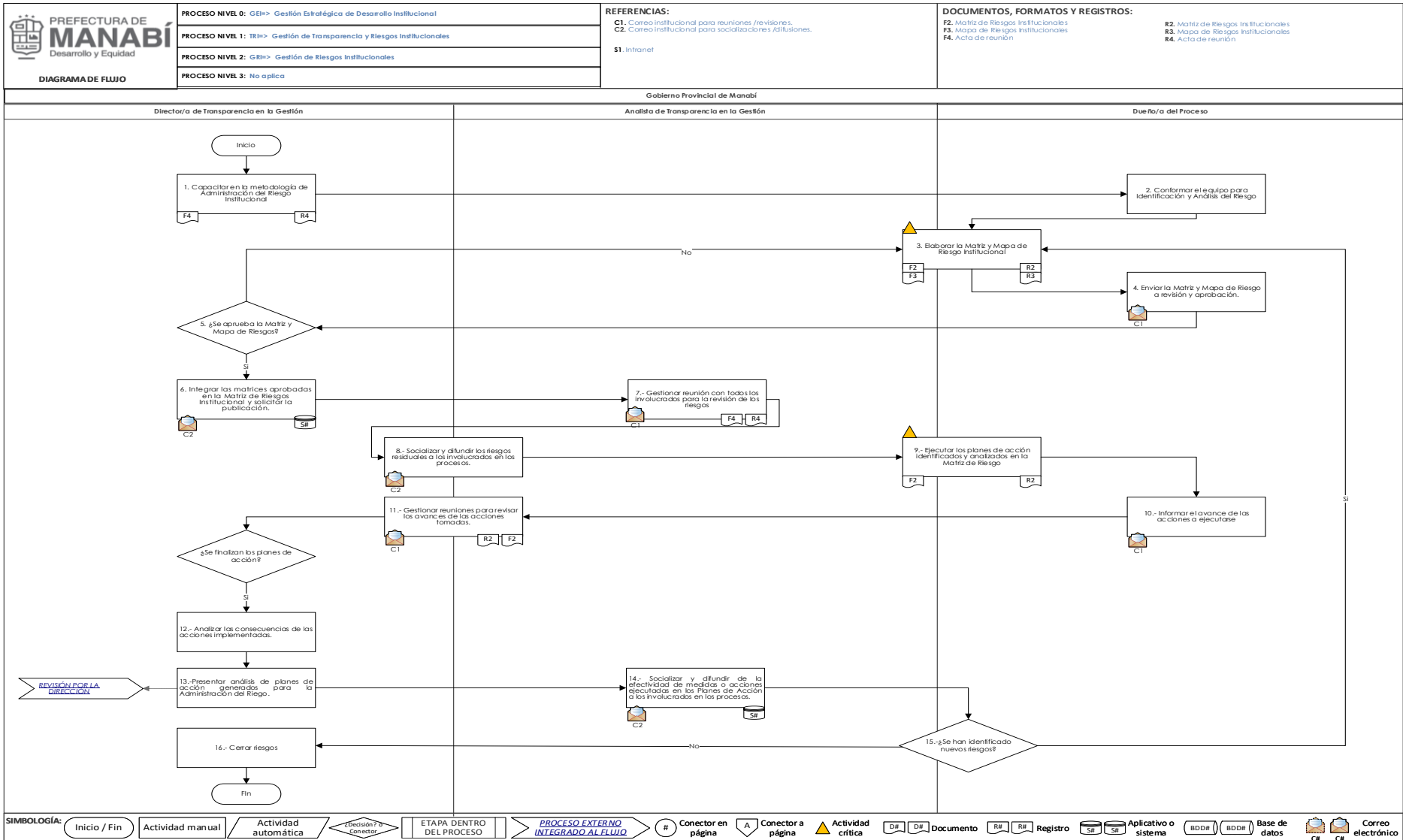
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

 CARACTERIZACIÓN	1. NOMBRE DEL PROCESO: Gestión de Riesgos Institucionales	DIAGRAMA DE CARACTERIZACIÓN
3. OBJETIVO DEL PROCESO: Identificar, analizar, evaluar, tratar, controlar y comunicar los riesgos institucionales. RESPONSABLES DEL RESULTADO: El/La Director/a de Transparencia en la gestión. OBJETIVO ESTRATÉGICO: Promover el desarrollo sustentable de su circunscripción territorial provincial, para garantizar la realización del buen vivir a través de la implementación de políticas públicas provinciales en el marco de sus competencias constitucionales y legales.		
12. CONTROLES: 1. ACTIVIDAD: Revisar y validar contenido de documento RESPONSABLE: El/La Directora/a de Transparencia en la Gestión. El/Los analista/s de Transparencia en la Gestión. El/La dueño/a del proceso CONTROL: Validación con los ejecutores del proceso sobre todos los caminos posibles del proceso en el diagrama de flujo. 2. ACTIVIDAD: Socializar el documento RESPONSABLE: El/La Directora/a de Transparencia en la Gestión. CONTROL: Correo electrónico /Intranet / Acta de Reunión.		
9. DOCUMENTACIÓN INTERNA: - Reforma integral al Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí.	8. DOCUMENTACIÓN EXTERNA: - Guía metodológica para la aplicación de la norma técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios. Agosto 2020. - Norma técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios. Acuerdo Ministerial Nro. MDT-2020-0111 / Mayo 2020 - Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos. NTE-INEN-ISO 9001:2016 - Normas de control interno de la contraloría general del estado	10. REGISTROS: -Descritos en el diagrama de flujo.
7. PROVEEDORES: 1) Contexto de la Institución. 2) Unidades del Gobierno Provincial de Manabí. 3) Servidores.	6. ENTRADAS: 1) Documentación del SGC (productos/ servicios de cada proceso de la Institución). 2) Proyectos Institucionales. 3) Influencia externa a la Institución. 4) Información general interna.	11. ACTIVIDADES: ACTIVIDAD INICIAL: Capacitar en la metodología de la Administración de Riesgos ACTIVIDAD FINAL: Cerrar los riesgos. 16
13. RECURSOS: SOFTWARE: -Intranet -Utilitarios de Oficina HARDWARE: - Equipo de Cómputo INFRAESTRUCTURA: - Estaciones de trabajo RECURSOS HUMANOS: -Dueño del Proceso -Director de Transparencia en la gestión -Director de Innovación y Mejora Continua - Director de Tecnología o delegado -Analista de Procesos -Analista Unidad Administrativa Dueño del Proceso -Responsable de Aprobación	5. INDICADOR DE RESULTADO: NOMBRE DEL INDICADOR: Nivel de Riesgo Residual Institucional Evaluaciones de riesgos FORMULA DE CÁLCULO: Cantidad Total de estados de planes de acción finalizadas / Cantidad total de Riesgos de niveles medio y alto. Cantidad total de riesgos / Cantidad total de evaluaciones.	4. USUARIOS: 1-2) Directores, coordinadores, delegados, dueños de procesos y servidores del Gobierno Provincial de Manabí. 2. SALIDAS: 1) Riesgos identificados, analizados, evaluados, tratados, controlados y comunicados. 2) Matriz de Riesgos Institucionales. CARACTERÍSTICAS: Eficacia de las medidas y acciones implementadas.
14. RIESGOS: La Gestión de riesgos del SGC, está contemplado en el proceso de Gestión de Riesgos, cuya codificación se encuentra en el catálogo de documentos.		

5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO



5.3. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

No.	Actividad	Cargo	Descripción
1	Capacitar sobre la Metodología de la Administración de los Riesgos Institucionales	Director de Transparencia en la Gestión.	El equipo de trabajo integrado por los Directores/as o Dueños/as de procesos deberán estar presentes en las capacitaciones sobre la Metodología o su vez podrán delegar a servidores que estén alineados al Proceso y a la Gestión de Riesgos. Se debe conservar la debido Acta de reunión (LCC-GPM-012-2021-AP-001).
2	Conformar un Equipo Institucional para la identificación y Análisis del Riesgo.	Dueño/a de proceso.	Las Coordinaciones y/o Direcciones deben delegar servidores técnicos con experiencia en sus procesos para conformar un equipo de trabajo que se encargue de liderar el proceso de Gestión del Riesgo y que cuente con un canal directo de comunicación con la Dirección de Transparencia en la Gestión.
3	Elaborar Matriz y Mapa de Riesgos Institucionales.	Dueño/a de proceso, Analista de Transparencia en la Gestión.	Cada Unidad será la encargada de elaborar su Matriz y Mapa de Riesgos de acuerdo a sus productos y/o servicios en base a la metodología de la Administración del Riesgo, véase formatos Matriz de Riesgo Institucionales (FOR-PRO-GEI-TRI-GRN-001-002) y Mapa de Riesgos Institucionales (FOR-PRO-GEI-TRI-GRN-001-003). Control: El analista de Transparencia en la Gestión definirá el tipo de control a utilizarse.

No.	Actividad	Cargo	Descripción						
			<p align="center">TABLA N° 9 TIPOS DE CONTROLES</p> <table border="1"> <tr> <td>FUERTE</td> <td>Control que se ejecuta sobre el riesgo y cumple con su diseño de mitigarlo, es efectivo.</td> </tr> <tr> <td>MODERADO</td> <td>Control que se ejecuta sobre el riesgo y cumple parcialmente con su diseño de mitigarlo.</td> </tr> <tr> <td>DÉBIL</td> <td>Control que se ejecuta sobre el riesgo y no cumple con su diseño de mitigarlo.</td> </tr> </table>	FUERTE	Control que se ejecuta sobre el riesgo y cumple con su diseño de mitigarlo, es efectivo.	MODERADO	Control que se ejecuta sobre el riesgo y cumple parcialmente con su diseño de mitigarlo.	DÉBIL	Control que se ejecuta sobre el riesgo y no cumple con su diseño de mitigarlo.
FUERTE	Control que se ejecuta sobre el riesgo y cumple con su diseño de mitigarlo, es efectivo.								
MODERADO	Control que se ejecuta sobre el riesgo y cumple parcialmente con su diseño de mitigarlo.								
DÉBIL	Control que se ejecuta sobre el riesgo y no cumple con su diseño de mitigarlo.								
4	Enviar la Matriz y Mapa de Riesgos para revisión y aprobación.	Dueño/a de proceso.	Cada Unidad debe enviar por correo institucional al Director/a de Transparencia en la Gestión su respectiva Matriz y Mapa de Riesgo levantados hasta Nivel de Riesgo.						
5	Revisar, Clasificar y Aprobar la Matriz de Riesgo Institucional receptada.	Director de Transparencia en la Gestión.	El/La Director/a de Transparencia en la Gestión revisará cada uno de los riesgos, causas y efectos definidos en cada Matriz de Riesgo recibida, catalogará el nivel de control al Plan de acción a ejecutarse en base a la metodología y su vez aprobará cada una de las matrices y mapas de Riesgos.						
6	Integrar las matrices aprobadas en la Matriz de Riesgos Institucional y solicitar la publicación.	Director de Transparencia en la Gestión.	El/La Director/a de Transparencia en la Gestión consolidará las matrices aprobados de las Unidades en la Matriz de Riesgo Institucional. El/La Directora/a de Transparencia en la Gestión definirá las columnas que deberán publicarse en la Intranet Institucional con el propósito de minimizar riesgos y asegurar la información.						
7	Gestionar reunión para revisión de riesgos.	Analista de Transparencia en la Gestión,	La Dirección de Transparencia en la Gestión organizará y agendará las reuniones que considere necesarias para la revisión de Riesgos						

No.	Actividad	Cargo	Descripción
		Director de Transparencia en la Gestión.	priorizados de la Unidad analizada, conclusiones y medidas o acciones a ejecutar en la Matriz de Riesgo Institucional. La Dirección de Transparencia en la Gestión presentará a la Revisión por la Dirección la Matriz consolidada.
8	Socializar y difundir los Riesgos residuales a los involucrados en el proceso.	Director de Transparencia en la Gestión, Analista de Transparencia en la Gestión.	La socialización y difusión de los riesgos residuales la realizará la Dirección de Transparencia en la Gestión conjuntamente con el Director/a o Dueño/a del proceso, luego de la aprobación de los mismos mediante la Intranet.
9	Ejecutar los planes de acción identificados y analizados con respecto a los Riesgos.	Dueño/a de proceso, Analista de Transparencia en la Gestión.	Cada Unidad ejecutará los planes de acción conforme al cronograma establecido en la Matriz del Riesgo (FOR-PRO-GEI-TRI-GRN-001-002). CONTROL: Inspección de evidencias de las acciones implementadas y planes de acción.
10	Informar el avance de las medidas o acciones a ejecutar y planes de acción con respecto a los Riesgos.	Dueño/a de proceso.	Las Unidades enviarán un correo a la Dirección de Transparencia en la Gestión de manera mensual describiendo las actividades ejecutadas con respecto al Plan de acción.
11	Gestionar reuniones para revisar los avances de las acciones tomadas.	Analista de Transparencia en la Gestión.	En caso de ser necesario la Dirección de Transparencia en la Gestión agendará una reunión con la Unidad responsable con el fin de evaluar el avance del Plan de acción.
12	Analizar consecuencias de las acciones implementadas en conjunto.	Director de Transparencia en la Gestión.	Los responsables de cada Unidad analizarán de manera conjunta con la Dirección de Transparencia en la Gestión los resultados de las acciones implementadas con el fin de documentar las lecciones aprendidas que permitan identificar mejoras a los controles realizados, en base al Plan de Acción de la

No.	Actividad	Cargo	Descripción
			Administración del Riesgo.
13	Presentar análisis de planes de acción consolidados generados para la Administración del Riego.	Director de Transparencia en la Gestión.	La Dirección de Transparencia en la Gestión enviará de forma digital a la Revisión por la Dirección los resultados y propuestas de los análisis efectuados sobre los planes de acción para la Administración del riesgo.
14	Socializar y difundir de la efectividad de medidas o acciones ejecutadas y los Planes de Acción a los involucrados en el proceso	Analista de Transparencia en la Gestión.	La Dirección de Transparencia en la Gestión coordinará con los Dueño/as de procesos la socialización y difusión de la efectividad de los planes de acción para la Administración del riesgo mediante correos institucionales y/o intranet.
15	Identificar nuevos riesgos	Dueño/a de proceso, Analista de Transparencia en la Gestión.	Los riesgos son dinámicos, y están en constante cambio, por lo tanto, algunos riesgos tienden a desaparecer, mientras que otros riesgos pueden aparecer, por lo cual se deberá realizar un análisis semestral con los responsables de Riesgos, para la identificación de nuevos riesgos, siguiendo la misma metodología de análisis descrita en el presente documento.
16	Cerrar riesgos	Director de Transparencia en la Gestión.	Se dará por cerrado un riesgo cuando se cumpla alguna de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> • Ha pasado la fecha estimada de ocurrencia, • El evento ocurrió y se han realizado las acciones planeadas, o • El riesgo no representa ya una amenaza para la consecución del plan. <p>Los riesgos deberán cerrarse en las fechas previstas en el plan de acción, verificando el cumplimiento del plan de acción.</p>

7. INDICADORES DE GESTIÓN

N°	Indicador	Definición	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Responsable de Medición	Fuente de la Medición	Frecuencia de Medición
1	Nivel de Riesgo Residual Institucional	Medición de los riesgos que aún permanecen luego de la respuesta al riesgo (mitigación)	$\frac{\text{Cantidad Total de estados de planes de acción finalizadas}}{\text{Cantidad total de Riesgos de niveles medio y alto.}}$	Nivel	Analista de Transparencia en la Gestión	Matriz de Riesgo Institucionales(R2)	Semestral
2	Evaluaciones de riesgos.	Medición de los riesgos identificados por procesos, los cuales cuentan con 3 niveles: bajo, medio y alto	$\frac{\text{Cantidad total de evaluaciones}}{\text{Cantidad total de riesgos.}}$	Nivel	Analista de Transparencia en la Gestión	Levantamiento de información de riesgos. (R1) Matriz de Riesgo Institucionales(R2)	Semestral

8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS

8.1 CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Formato y Registro	FOR-PRO-GEI-TRI-GRN-001-001	Levantamiento de información de riesgos. (R1)	Director(a) de Transparencia en la Gestión	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua. / Dirección de Transparencia en la Gestión	Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GEI-TRI-GRN-001-002	Matriz de Riesgo Institucionales. (R2)	Director(a) de Transparencia en la Gestión	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua. / Dirección de Transparencia en la Gestión	Conservación
Formato y Registro	FOR-PRO-GEI-TRI-GRN-001-003	Mapa de Riesgo Institucionales. (R3)	Director(a) de Transparencia en la Gestión	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua. / Dirección de Transparencia en la Gestión.	Conservación

GESTIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Formato y Registro	LCC-GPM-012-2021-AP-001	Acta de reunión. (R4)	Dirección de Innovación y Mejora Continua. / Dirección de Transparencia en la Gestión	Electrónico: Carpeta compartida	Cronológico	Dirección de Innovación y Mejora Continua. / Dirección de Transparencia en la Gestión	Conservación



PREFECTURA DE
MANABÍ
Desarrollo y Equidad

Procedimiento

**Gestión de Atención Ciudadana,
Comunidades y Colectivos**
PRO-GSG-ACC-GAC-001

Dirección de Secretaría General

Enero - 2023

Versión 1.0

CÓDIGO: PRO-GSG-ACC-GAC-001		VERSIÓN 1.0	
<p>PROCEDIMIENTO:</p> <p>Gestión de Atención Ciudadana, Comunidades y Colectivos.</p>			
DESCRIPCIÓN	CARGO	FIRMA	FECHA
APROBADO POR	Abg. Blamir Joel Alcívar Secretario General		
REVISADO POR	Ing. Iván González Director de Innovación y Mejora Continua		
	Eco. Rubén Darío Loor Subdirector de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos		
	Ing. César López Mendoza Ingeniero Industrial de Innovación y Mejora Continua		
ELABORADO POR	Ing. Korahima Cedeño Bazurto Gestor de Procesos 2 de Innovación y Mejora Continua		
	Ing. Mauricio Sarabia Consultor		

IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

Proceso Nivel 0:	Gestión de Secretaría General y Atención Ciudadana		
Proceso Nivel 1:	Gestión de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos		
Proceso Nivel 2:	Gestión de Atención Ciudadana, Comunidades y Colectivos		
Proceso Nivel 3:	No aplica		
Versión del documento:	1.0	Frecuencia	Bajo Demanda
Responsable:	Subdirector de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos		

REGISTRO DE VERSIONES

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de Aprobación	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
1.0	Creación	<p><i>Realizado</i></p> <p>Ing. Korahima Cedeño Bazurto</p> <p>Gestor de Procesos 2 de Innovación y Mejora Continua</p> <p>/</p> <p><i>Aprobado</i></p> <p>Abg. Blamir Joel Alcívar</p> <p>Secretario General</p>	Enero - 2023	No aplica

CONTENIDO

1. OBJETIVO	5
2. ALCANCE	5
3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS	5
4. MARCO NORMATIVO	7
4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS.....	7
4.2. DOCUMENTOS INTERNOS	7
4.3. NORMAS GENERALES.....	7
5. DIAGRAMAS.....	12
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	12
5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO.....	13
5.3. DIAGRAMA DE FLUJO	14
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	15
7. INDICADORES DE GESTIÓN	20
8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS.....	21
8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS.....	21
8.2. ANEXOS.....	21

1. OBJETIVO

Definir las directrices para validar los requisitos del usuario, direccionarlo correctamente para la ejecución del trámite o servicio solicitado, y realizar la atención del ciudadano, comunidad y/o colectivo en los módulos de atención respectivos.

2. ALCANCE

Este procedimiento comprende desde la solicitud y/o entrega de la información del trámite por parte del ciudadano; incluye la validación de requisitos, entrega de información complementaria, el direccionamiento del ciudadano, hasta la atención del ciudadano, comunidades y/o colectivos en las unidades administrativas.

3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

Calidad: Grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

Canales de Atención: Es el medio que destina una organización con el fin de establecer contacto e interactuar con sus clientes y/o usuarios.

Caso: en la Prefectura de Manabí se define como caso a las preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones ingresadas por los ciudadanos, comunidades o colectivos a través de los distintos canales de atención destinados para el efecto.

Ciudadano (Usuario): Es una persona que pertenece a un Estado al que se le reconoce una serie de derechos políticos y sociales. En la Prefectura de Manabí un ciudadano se refiere a la persona individual que si interactúa con la institución haciendo uso de sus servicios y/o productos se convierte en un usuario.

Comunidades y Colectivos (Usuarios): Se refiere al conjunto de personas, vinculadas por características o intereses comunes. Las comunidades y colectivo cuando interactúan con la institución haciendo uso de sus servicios y/o productos, se convierten en usuarios.

Datos: Representación simbólica (numérica, alfabética, etc.). Un dato no tiene valor semántico (sentido) en sí mismo, pero al ser procesado puede servir para realizar cálculos o tomar decisiones.

Felicitación: Son expresiones de reconocimiento (positivas, agradables, motivantes, etc.) de un ciudadano, comunidad o colectivo hacia servidores, procesos o unidades administrativas de la Prefectura de Manabí

Formulario de Preguntas, Quejas, Sugerencias, Pedidos de Información y/o Felicitaciones: es el formato físico ubicado en un costado del Buzón PQSIF en el cual un ciudadano, comunidad o colectivo puede llenar de forma presencial sus datos personales y el detalle de su caso, ya sea pregunta, queja, sugerencia, pedido de información y/o felicitación.

Grupo de Atención Prioritaria: Las personas que conforman los grupos de atención prioritaria son:

- a) Personas de la tercera edad (Art. 36 de la Constitución de la República del Ecuador),
- b) Personas con discapacidad (Art. 47 de la Constitución de la República del Ecuador)
- c) Personas vulnerables (mujeres embarazadas, personas con niños en brazos, niños y niñas, grupos étnicos minoritarios, etc.

A estas personas el Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, les dará atención preferencial.

Información: es un conjunto organizado de datos procesados, que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto o sistema que recibe dicho mensaje.

Módulo de Información: Es el espacio físico asignado para dar información previa a la atención personalizada y son el primer frente de atención al ciudadano.

Módulo de Atención Personalizada: Es el espacio físico asignado para dar atención personalizada al ciudadano, sobre los servicios que brinda el Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí.

Módulo de Recaudación:

Niveles de atención o SLA: Acuerdo donde se define el tiempo de atención y los compromisos de calidad que la Prefectura de Manabí entrega al ciudadano, comunidad o colectivo.

Pedido de información y/o pregunta: Es la solicitud de información que realiza un ciudadano, comunidad o colectivo en relación a un servicio, producto, trámite o proceso que debe realizar o ya lo realizó, relacionados con la Prefectura de Manabí.

Queja: Expresiones de descontento, disgusto, insatisfacción o disconformidad de los ciudadanos, comunidades o colectivos, por cualquier inconveniente que altere su relación con la Prefectura de Manabí tales como: mala atención, problemas para efectuar trámites o procedimientos internos. Puede ser expresada verbalmente (directa o indirectamente) o por escrito, utilizando los canales de atención establecidos en la institución sean físicos o virtuales.

Registros: Los registros son documentos que proporcionan evidencia objetiva de actividades realizadas o resultados obtenidos, dentro del SGC se los controla.

Satisfacción del ciudadano: Satisfacción que experimenta un ciudadano en relación a un producto o servicio que ha recibido, porque el mismo ha cubierto las expectativas, es decir, es la conformidad del cliente con el producto o servicio que recibió ya que el mismo cumplió satisfactoriamente con la promesa de calidad y oportunidad ofrecida.

Servicio: Conjunto de recursos y actividades que buscan responder a las necesidades de la sociedad, y que terminan en un producto o bien, tangible o intangible que recibe el ciudadano.

SGC: Sistema de Gestión de la Calidad.

Servicio Público: Es el resultado de uno o varios procesos realizados por la institución, para garantizar los derechos y facilitar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el marco jurídico.

Sugerencia: Es la proposición, idea o indicación que se ofrece o presenta con el propósito de incidir en el mejoramiento de un servicio, producto o proceso, cuyo objetivo general se encuentre relacionado con la prestación del servicio o el cumplimiento de una función pública, relacionados con la Prefectura de Manabí.

Trámite: Es el Conjunto de requisitos y acciones interrelacionadas para acceder a un servicio.

Unidad Administrativa: Entiéndase como unidad administrativa a todas las Coordinaciones Generales, Direcciones y otras unidades que forman parte de la estructura orgánica de la institución.

Usuarios Externos: Ciudadano, Comunidades y Colectivos.

Usuarios Internos: Servidores del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí.

Verificar: Comprobar la realidad o exactitud de algo. Examinar, reconocer, efectuar, cumplir, realizar, hacer, ejecutar y revisar.

4. MARCO NORMATIVO

4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS

- Constitución de la República del Ecuador
- Norma Técnica para la atención de preguntas, quejas, sugerencias, solicitudes de información y felicitaciones formuladas a las entidades de la función ejecutiva
- Norma ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos

4.2. DOCUMENTOS INTERNOS

- Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos
- Gestión de Documentos del Sistema de Gestión de la Calidad
- Lineamiento de Atención al Ciudadano, comunidades y colectivos

4.3. NORMAS GENERALES

- Las normas de este documento son de aplicación obligatoria para todos los servidores de la Prefectura de Manabí, en tanto guarden conformidad con las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y resoluciones vigentes al momento de su ejecución.
- El servidor que incumpliere sus obligaciones o contraviere las disposiciones de este documento, así como las leyes y normativa conexas, incurrirá en responsabilidad administrativa de acuerdo a las disposiciones reglamentarias institucionales.
- Todo proceso o subproceso, deberá incorporar el concepto de mejora continua en su diagramación y generación de documentos, procurando la simplificación de trámites y tareas, eliminar duplicidad de tareas, y optimizando la transaccionalidad.

- En la Prefectura de Manabí, las actividades efectuadas en la Atención al Ciudadano, Comunidades y/o Colectivos deben cumplir con los valores y principios institucionales.
- Los Coordinadores Generales, directores y/o sus delegados; son responsables de dar cumplimiento a todos los lineamientos emitidos para la atención al ciudadano, comunidades y colectivos; y la calidad de los servicios y/o productos que se entregan en la Prefectura de Manabí.
- Es responsabilidad del Subdirector de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos o su Delegado, realizar el seguimiento correspondiente a la atención al ciudadano.
- Un servicio de calidad debe cumplir con ciertos atributos relacionados con la expectativa del ciudadano; como mínimo, el servicio debe cumplir con los siguientes parámetros:
 - Respeto
 - Amabilidad
 - Confianza
 - Empatía
 - Inclusión
 - Oportunidad
 - Efectividad
 - Buen servicio
 - Escuchar activamente
- Los servidores del área de información y los designados para la atención al ciudadano deberán tener como línea base lo establecido en el **Lineamiento de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos**, el cual enfoca las directrices generales para consolidar los niveles de satisfacción al ciudadano en los servicios que presta la Prefectura de Manabí.
- Únicamente la Dirección de Innovación y Mejora Continua es la autorizada para consolidar, actualizar y oficializar el **Anexo 1: Catálogo de Servicios y Trámites de la Prefectura de Manabí**, para ello:
 - i. En el caso de; *Creación de una nueva categoría/servicio/caso*, esto deberá ser coordinado con la asesoría del analista asignado por la Dirección de Innovación y Mejora Continua, para que se establezca de acuerdo a los lineamientos de los organismos gubernamentales y al **procedimiento de Diseño y Desarrollo de productos y servicios**.
 - ii. El/la responsable o Director/a perteneciente a la Coordinación General, dueño/a de la categoría/servicio/caso/trámite a ser creado o actualizado, debe remitir la información a actualizar al Director/a de Innovación y Mejora Continua, a través de correo electrónico.

- iii. El Director/a de Innovación y Mejora Continua o su delegado, una vez actualizado el **Anexo 1: Catálogo de Servicios y Trámites de la Prefectura de Manabí**, lo remitirá a las direcciones correspondientes para difusión en la Intranet institucional, así como, a la Dirección de Comunicación Institucional para su actualización en la página web de la Prefectura de Manabí en los aspectos que se consideren pertinentes.
 - iv. El/La Director/a de Innovación y Mejora Continua generará los documentos informativos de requisitos de servicios definidos en el formato **F1 Check list de cumplimiento de verificación de requisitos FOR-PRO-GSG-ACC-GAC-001-001** y lo colocará en la intranet institucional para el posterior despliegue en los sitios de información de la Institución a nivel provincial.
 - v. El Catálogo de Servicios y Trámites de la Prefectura de Manabí oficial y vigente será únicamente el generado, socializado y disponible a través de los distintos canales de comunicación institucionales por la Dirección de Innovación y Mejora Continua.
 - vi. La Dirección de Innovación y Mejora Continua, se encargará de realizar el seguimiento de cambios en el Catálogo de Servicios y Trámites de la Prefectura de Manabí con el fin de obtener una estadística de los mismos.
 - vii. La Dirección de Innovación y Mejora Continua, se encargará de informar los cambios realizados en El Catálogo de Servicios y Trámites de la Prefectura de Manabí a nivel provincial para su respectiva socialización en todos los puntos de atención con los que cuenta la Prefectura de Manabí a través de pastilla comunicacional.
- Los puntos de atención que cuenten con área de información deberán realizar la verificación del cumplimiento de requisitos por parte de los usuarios previo a que realicen sus trámites, con la información que se encuentra en el **Catálogo de Servicios y Trámites de la Prefectura de Manabí**, para el caso de los sitios que no cuenten con punto de información, el analista o delegado que preste el servicio verificará este aspecto.
 - Los Analistas de la Dirección de Innovación y Mejora Continua realizarán una verificación mensual en los sitios que posean punto de información o recaudación a través del formato **F1 Check list de cumplimiento de verificación de requisitos FOR-PRO-GSG-ACC-GAC-001-001**. La muestra a considerar para la verificación mensual será establecida de la siguiente forma cantidad de usuarios que se acerquen a los a los puntos de atención en un lapso de 30 minutos dentro de la jornada laboral.
 - Los servidores de la Prefectura de Manabí que se encuentren relacionados con la atención al ciudadano, deben mantener la confidencialidad y reserva de la información entregada por el ciudadano; así como garantizar que la información entregada (por el ciudadano) para la ejecución de los servicios y/o trámites sea oportuna en base a lo establecido en el **Anexo 1: Catálogo de Servicios y Trámites de la Prefectura de Manabí**
 - En concordancia con los diferentes cuerpos normativos, tendrán un trato preferencial, cuando concurren a los sitios de atención las siguientes personas:
 - Tercera edad (Art. 36 de la Constitución de la República del Ecuador),

- Personas con discapacidad (Art. 47 de la Constitución de la República del Ecuador)
- Personas vulnerables (mujeres embarazadas, personas con niños en brazos, niños y niñas, grupos étnicos minoritarios, etc.


Por ello es preciso que el personal del área de información, en los casos que corresponda y el responsable de la atención al ciudadano monitoree constantemente que se brinde las facilidades para dar preferencia a las personas enmarcadas dentro de los tres grupos mencionados.

- Los Responsables de la atención ciudadana, comunidades y colectivos, atenderán a los ciudadanos de acuerdo al orden de llegada y priorizando a los grupos vulnerables citados en el párrafo anterior. En caso de requerirlo, por la cantidad de ciudadanos y con el fin de mantener el orden, podrán generar turnos de manera manual que les permita organizar la atención.
- En la Prefectura de Manabí se define como caso a las preguntas, quejas, sugerencias, pedidos de información y/o felicitaciones ingresadas por los ciudadanos, comunidades y colectivos a través de los distintos canales de atención destinados para el efecto, de acuerdo al Procedimiento Gestión de Preguntas, Quejas, Sugerencias, Pedidos de Información y Felicitaciones
- La Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos, a través del equipo designado para el efecto, dará atención al ciudadano a Primer Nivel de solución, en caso de no poder solventar directamente el caso, lo direccionará a la unidad administrativa competente para resolverlo dentro de los plazos o tiempos establecidos para cada servicio o trámite.
- La Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos, establecerá con los responsables de las unidades administrativas de la Prefectura de Manabí, los delegados o responsables de atender trámites a ciudadanos, comunidades y colectivos, estos delegados conformarán el Segundo nivel de solución. El listado de servidores asignados se deberá mantener actualizado, por lo que, en caso de salida o cambio de la persona responsable de la unidad administrativa, esto deberá ser comunicado al Técnico y/o Analista de la Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos de manera inmediata, a fin de no tener casos pendientes de gestión.
- Las unidades administrativas designadas para la atención al ciudadano, elaborarán la respuesta al ciudadano, comunidad o colectivo en caso de que haya dejado sus datos de contacto.
- La Subdirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos, de ser el caso, trabajará en conjunto con las unidades administrativas y realizará la atención al ciudadano, comunidad o colectivo.
- La Sub Dirección de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos establecerá Acuerdos de Niveles de Servicio con las distintas Coordinaciones Generales y/o Direcciones, para la emisión de soluciones o respuestas al ciudadano, con el propósito de buscar el cumplimiento de lo dispuesto en este documento, propender a la mejora de los procedimientos administrativos institucionales; y garantizar los derechos del usuario.

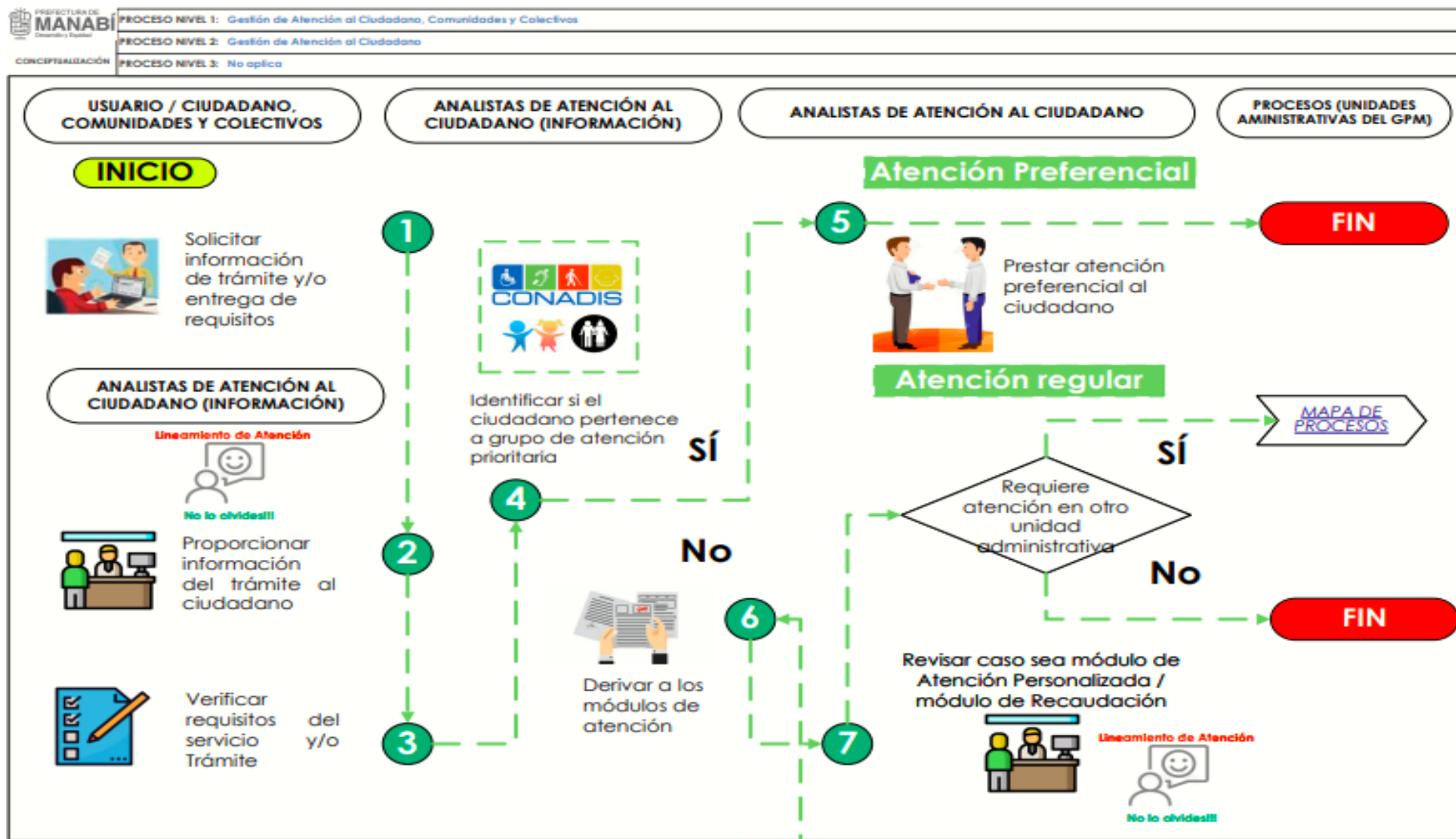
- Todos los aspectos que no se encuentren normados de forma expresa en este procedimiento deben ser complementados o suplidos por las disposiciones del marco normativo vigente.

5. DIAGRAMAS

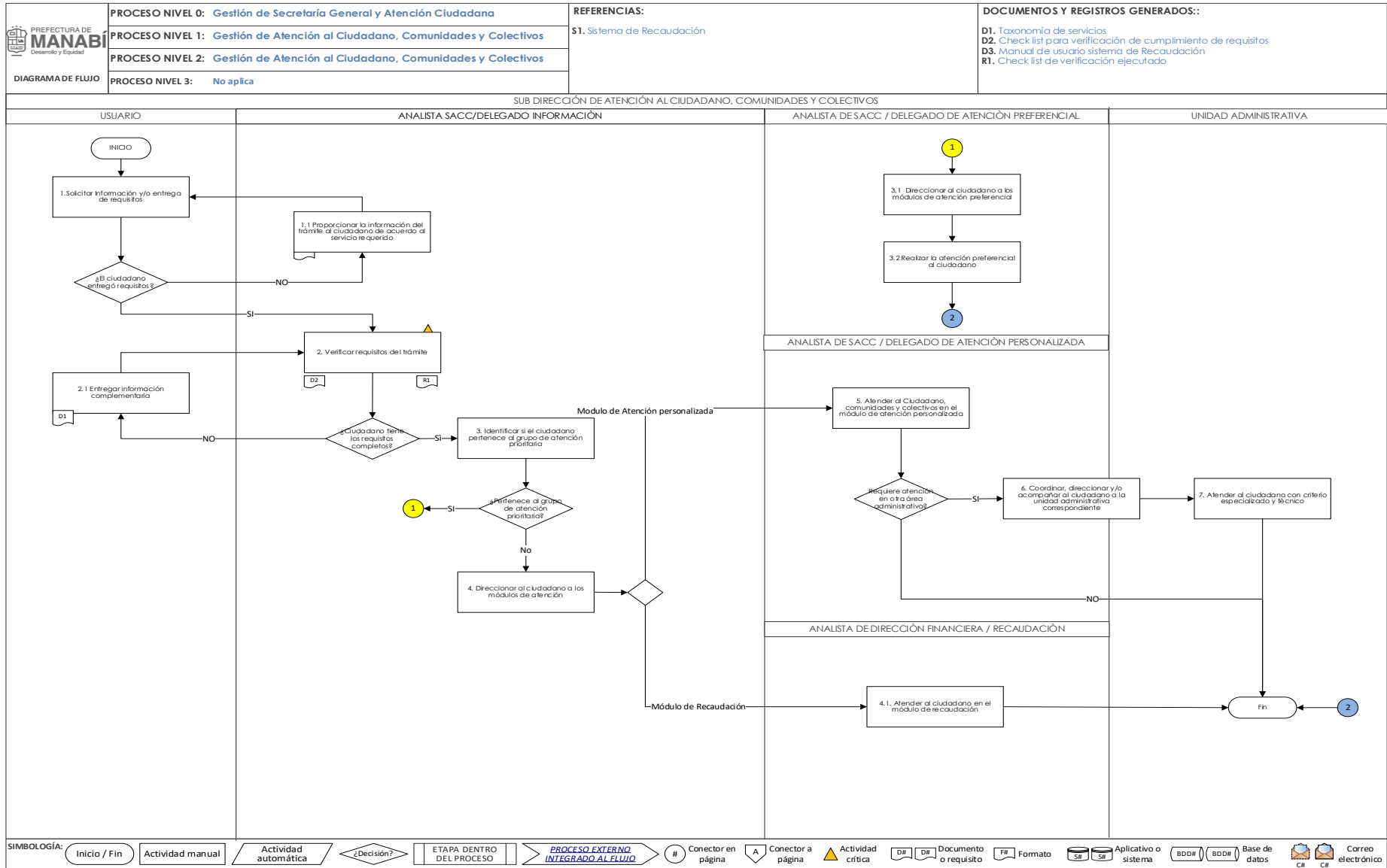
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

 PREFECTURA DE MANABÍ Desarrollo y Equidad CARACTERIZACIÓN	1. NOMBRE DEL PROCESO: <u>GESTIÓN DE ATENCIÓN CIUDADANA, COMUNIDADES Y COLECTIVOS</u>	DIAGRAMA DE CARACTERIZACIÓN
3. OBJETIVO DEL PROCESO: Validar los requisitos del usuario, direccionarlo correctamente para la ejecución del Trámite o servicio y realizar la atención solicitada. RESPONSABLES DEL RESULTADO: Subdirector de Atención Ciudadana, Comunidades y Colectivos OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE CONTRIBUYE: Incrementar la satisfacción de los usuarios internos y externos de la Prefectura de Manabí		
12. CONTROLES: ACTIVIDAD: 2. Verificar requisitos del servicio (Trámite) (Información) CONTROL: Check list de verificación de los requisitos establecidos RESPONSABLE: Analista de Atención al ciudadano, Comunidades y Colectivos / Delegado para información FRECUENCIA: Bajo Demanda		
9. DOCUMENTACIÓN INTERNA: - Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos - Diseño de Documentos del Sistema de Gestión de la Calidad - Lineamiento de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos	8. DOCUMENTACIÓN EXTERNA: - Constitución de la República del Ecuador - Norma Técnica para la atención de preguntas, quejas, sugerencias, solicitudes de información y felicitaciones formuladas a las entidades de la función ejecutiva - Norma ISO 9001:2015	10. REGISTROS: - Descritos en el diagrama de flujo.
7. PROVEEDORES: 1. Ciudadano	6. ENTRADAS: 1. Necesidad de servicio o trámite	11. ACTIVIDADES: ACTIVIDAD INICIAL: 1. Solicitar información de trámite y/o entrega de requisitos ACTIVIDAD FINAL: 2.1 Entregar información complementaria 3.2 Realizar atención preferencial al ciudadano 4. Direccionar al ciudadano a los módulos de atención. 7. Atender al ciudadano con criterio especializado y técnico
2. SALIDAS: 1. Ciudadano con requisitos validados y servicio o trámite finalizado Característica de calidad: Efectividad en el direccionamiento		4. USUARIOS: 1. Unidades administrativas responsables de servicios, casos y/o trámites al ciudadano
13. RECURSOS: SOFTWARE: - Utilitarios de Oficina HARDWARE: - Equipo de computo INFRAESTRUCTURA: - Mobiliario RECURSOS HUMANOS: - Personal que interviene en el proceso	5. INDICADOR DE RESULTADO: NOMBRE DEL INDICADOR: Nivel de errores en el direccionamiento de ciudadanos FÓRMULA DE CÁLCULO: $(\text{Número de ciudadanos mal direccionados} / \text{Total de ciudadanos atendidos}) * 100$	14. RIESGOS: - Descritos en el procedimiento Gestión de Riesgo Institucional

5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO



5.3. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

#	ACTIVIDAD	CARGO	DESCRIPCIÓN
1.	Solicitar información de trámite y/o entrega de requisitos	Usuario o Ciudadano	<p>El usuario o ciudadano solicita información del trámite y/o entrega los requisitos del servicio a realizar en el módulo o espacio asignado para información.</p> <p>Responde la siguiente pregunta ¿El Ciudadano entregó requisitos?</p> <p>Si la respuesta es NO, continua con la actividad 1.1.</p> <p>Si la respuesta es SI, continua con la actividad 2</p>
1.1	Proporcionar información del trámite al ciudadano de acuerdo al servicio requerido	Analista de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos / Delegado para información	<p>El Analista o delegado para Información: Inicia atención en el módulo o espacio asignado para información, aquí proporcionará al ciudadano la información sobre los requisitos de acuerdo al servicio requerido.</p> <p>En los lugares o infraestructura que se preste atención al ciudadano, que no cuentan con punto de información, esta actividad lo realizará el analista que da los servicios.</p> <p>Adicional, se deberá otorgar al ciudadano toda la información sobre la ejecución del servicio solicitado.</p>
2.	Verificar requisitos del trámite.	Analista de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivo/ Delegado para información	<p>El Analista o delegado para Información se encargará de verificar si está completa la documentación que presenta el ciudadano de acuerdo a los requisitos definidos en el Anexo 1: Catálogo de Servicios y Trámites de la Prefectura de Manabí.</p> <p>Para los casos, en que los puntos de atención no cuenten con área de información, el usuario responsable de la atención al momento de que</p>

			<p>el usuario se acerque a ejecutar el servicio se encargará de validar el cumplimiento de requisitos en función del Anexo 1: Catálogo de Servicios y Trámites de la Prefectura de Manabí.</p> <p>Una vez revisada la información de los requisitos, se procede con la siguiente pregunta. <i>¿El ciudadano tiene los requisitos completos?</i></p> <p>Si la respuesta es Sí, se continúa con la actividad 3.</p> <p>Si la respuesta es No, se continúa con la actividad 2.1.</p> <p>En el caso de que la información presentada por el ciudadano esté incompleta, se informará y solicitará al ciudadano entregar la información complementaria para acceder al servicio posteriormente.</p> <p>Para los casos o puntos de atención que no cuenten con área de información y el ciudadano no cumple con los requisitos o requiriera información adicional; se le dará información complementaria de acuerdo al servicio solicitado.</p> <p>CONTROL: Check list de verificación del analista de atención al ciudadano, comunidades y colectivos (información), sobre los requisitos establecidos (muestreo)</p> <p>RESPONSABLE: Analista de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos / Delegado / Analista de Innovación y Mejora Continua</p> <p>FRECUENCIA: Mensual</p>
2.1	Entregar Información Complementaria.	Usuario o Ciudadano	El usuario o ciudadano, prepara y entrega la información complementaria al Analista o delegado de información del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, para que la vuelva a validar.

3.	Identificar si el ciudadano pertenece a grupo de atención prioritaria	Analista de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivo/ Delegado para información	<p>El Analista o delegado para Información, identifica si el ciudadano pertenece al grupo de atención prioritaria.</p> <p>Responde la siguiente pregunta. <i>¿El ciudadano pertenece a grupos de atención prioritaria?</i></p> <p>Si la respuesta es SI continúa con la actividad 3.1.</p> <p>Si la respuesta en No continúa con la actividad 4.</p>
3.1	Direccionar al ciudadano para atención preferencial	Analista de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos / Delegado para información	<p>Si el ciudadano es identificado o pertenece a grupos de atención prioritaria se deberá otorgar atención preferencial por pertenecer a los grupos vulnerables, citados en las Normas Generales del presente documento.</p> <p>El Analista o delegado para información, derivará al ciudadano a los módulos de atención personalizada para la atención preferencial.</p>
3.2	Realizar atención preferencial al ciudadano	Analista de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos / Delegado en los módulos de atención personalizada	<p>EL Analista o delegado de atención, realiza la atención al ciudadano de forma preferencial y personalizada, en los módulos de atención personalizada.</p> <p>Si el trámite o servicio que requiere el ciudadano involucra información sobre valores a pagar, la emisión de un comprobante de pago o cualquier otra información referente a recaudación de contribuciones, tasas, tributos e impuestos, el Analista o delegado de atención se movilizará al módulo de recaudación y realizará el trámite, evitando el traslado del ciudadano y tratando de generar un resultado óptimo con el menor número de interacciones de este.</p> <p>Así mismo, cuando se requiera la atención en otra unidad administrativa, el Analista o delegado, coordinará la atención del trámite o servicio</p>

			<p>solicitado por el ciudadano con la unidad administrativa correspondiente.</p> <p>Fin del proceso.</p>
4.	Direccionar al ciudadano a los módulos de atención.	Analista de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivo/ Delgado de información	Una vez otorgada la información y/o validados los requisitos, el Analista o delegado de Información, direcciona al ciudadano a los módulos de atención personalizada o a los módulos de recaudación, de acuerdo al servicio requerido.
4.1	Atender al ciudadano en el módulo de recaudación	Analista de Recaudación o delegado	<p>El Analista de Recaudación o delegado del módulo de recaudación atiende al ciudadano, brindando los siguientes servicios: Información sobre valores a cancelar; emisión de comprobantes de pagos; e información de requisitos referente a recaudación de contribuciones, tasas, tributos e impuestos.</p> <p>De acuerdo al servicio el Analista de Recaudación o su delegado extrae la información requerida por el usuario del Sistema de Recaudación o aplicativo que disponga para el efecto la Prefectura de Manabí.</p> <p>S1. Aplicativo o Sistema de Recaudación</p> <p>D3. Manual de usuario sistema de Recaudación</p> <p>Fin del proceso.</p>

5.	Atender al ciudadano, comunidades y colectivos en el módulo de atención personalizada.	Analista de Atención a la Ciudadanía, Comunidades y Colectivos o Delegado del Módulo de Atención Personalizada.	<p>El Analista o delegado, atiende al ciudadano, comunidades y/o colectivos en el módulo de atención personalizada. Receptará las cuestiones que requieran de una atención más extensa y compleja, como: atención presencial de la ciudadanía, comunidades y colectivos en temas de conflictos y manifestaciones, atención y direccionamiento para audiencias, información profundizada sobre estados de trámites, información detallada sobre los trámites de los servicios y productos que brinda la institución, direccionamiento y acompañamiento para la atención presencial con otras unidades administrativas.</p> <p>Responde la siguiente pregunta: ¿Requiere atención en otra unidad administrativa?</p> <p>Si la respuesta es No, el flujo finaliza.</p> <p>Si la respuesta es Sí, se realiza la actividad 6.</p>
6.	Coordinar, direccionar y/o acompañar al ciudadano a la unidad administrativa correspondiente	Analista de Atención al Ciudadano / Delegado del Módulo de Atención Personalizada.	El Analista de atención del módulo de atención personalizada, coordinará, direccionará y/o acompañará al ciudadano a la unidad administrativa correspondiente para atención especializada y técnica del servicio/trámite requerido.
7.	Atender al ciudadano con criterio especializado y técnico	Unidad Administrativa.	<p>La Unidad Administrativa correspondiente atenderá al ciudadano con un criterio especializado y técnico de acuerdo a sus atribuciones y responsabilidades.</p> <p>Fin del proceso.</p>

7. INDICADORES DE GESTIÓN

N°	Indicador	Definición	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Responsable de Medición	Fuente de la Medición	Frecuencia de Medición
1	Porcentaje de errores en el direccionamiento de usuarios	Establece la cantidad de usuarios que han sido direccionados erradamente para la atención	$(\text{Número de usuarios mal direccionados} / \text{Total de usuarios atendidos}) * 100$	Porcentaje	Analista de la Sub Dirección de Atención Ciudadana, Comunidades y Colectivos	Matriz de registro de errores en el direccionamiento	Semestral

8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS

8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Formato 1 y Registro 1	FOR-PRO-GSG-ACC-GAC-001-001	Check List de cumplimiento o de verificación de requisitos	Director de Innovación y Mejora Continua	Director de Innovación y Mejora Continua	Cronológico	Director y Analistas de Innovación y Mejora Continua	Tiempo de Retención Físico: 1 mes para acceso activo. Disposición final destruir los archivos físicos después de cumplido el mes.
Registro 2	No aplica	Comprobante de pago	Dirección Financiera	Carpetas de gestión de contabilidad	Cronológico	Director y Analistas Financiero	Tiempo de retención: Digital: 7 años para acceso activo 7 años en histórico. Disposición: Respaldo digital

8.2. ANEXOS

Anexo 1: Catálogo de Servicios y Trámites de la Prefectura de Manabí



PREFECTURA DE
MANABÍ
Desarrollo y Equidad

Procedimiento

**Gestión de Medición y Evaluación de la
Calidad de los Servicios**
PRO-GSG-ACC-MEC-001

Dirección de Innovación y Mejora Continua

Abril - 2022

Versión 1.0

CÓDIGO: PRO-GSG-ACC-MEC-001		VERSIÓN 1.0	
<h2>PROCEDIMIENTO:</h2> <h3>Gestión de Medición y Evaluación de la Calidad de los Servicios</h3>			
DESCRIPCIÓN	CARGO	FIRMA	FECHA
APROBADO POR	Eco. Grace Rivera Coordinadora General de Desarrollo Institucional		
	Ing. Iván González Director de Innovación y Mejora Continua		
REVISADO POR	Abg. Blamir Joel Alcívar Director de Secretaria General		
	Eco. Rubén Darío Looor Subdirector de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos		
ELABORADO POR	Ing. César López Mendoza Ingeniero Industrial de Innovación y Mejora Continua		
	Ing. Mauricio Sarabia		

	Consultor		
--	------------------	--	--

IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO

Proceso Nivel 0:	Gestión de Secretaría General y Atención Ciudadana		
Proceso Nivel 1:	Gestión de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos		
Proceso Nivel 2:	Gestión de Medición y Evaluación de la Calidad de los Servicios		
Proceso Nivel 3:	No aplica		
Versión del documento:	1.0	Frecuencia	Bajo Demanda
Responsable:	Director de Innovación y Mejora Continua		

REGISTRO DE VERSIONES

Versión	Descripción de la versión (motivos y cambios)	Realizado / Aprobado por	Fecha de elaboración	Documentos que se dan de baja con la vigencia de este documento
1.0	Creación	<i>Realizado</i> Ing. César López Mendoza Ingeniero Industrial de Innovación y Mejora Continua / <i>Aprobado</i> Eco. Grace Rivera Coordinadora General de Desarrollo Institucional	Abril - 2022	No aplica

CONTENIDO

1. OBJETIVO	5
2. ALCANCE	5
3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS	5
4. MARCO NORMATIVO	6
4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS	6
4.2. DOCUMENTOS INTERNOS	6
4.3. NORMAS GENERALES	6
4.3.1. Medición de Satisfacción de la Atención al Ciudadano en el Canal Presencial	8
4.3.2. Evaluación de cumplimiento del Lineamiento de Atención al Ciudadano	11
4.3.2.1. Usuario Fantasma	11
4.3.2.2. Check list de verificación del Lineamiento de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos como control a los responsables de atención al ciudadano	14
5. DIAGRAMAS	16
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	16
5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO	17
5.3. DIAGRAMA DE FLUJO	18
6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	20
7. INDICADORES DE GESTIÓN	29
8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS	30
8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	30

1. OBJETIVO

Medir y evaluar la calidad de los servicios y/o productos que se entregan en la Prefectura de Manabí, mediante el diseño y aplicación de instrumentos de recolección de datos como encuestas de satisfacción y/o ejecución de la técnica "usuario fantasma", incluye el análisis de la información recopilada a nivel institucional, el monitoreo permanente a la aplicación del Lineamiento de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos; hasta la presentación los resultados obtenidos en un tablero de control, así como los informes y reportes direccionados a las unidades administrativas competentes para la toma oportuna de decisiones a través de acciones correctivas y de mejora en el Sistema de Gestión de la Calidad.

2. ALCANCE

El procedimiento comprende, desde la recolección de datos, incluye la medición de la calidad de la atención en el canal presencial, hasta el establecimiento de acciones correctivas y de mejora a los servicios y/o productos que se entregan en la Prefectura de Manabí.

3. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

Calidad: Grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

Capacidad de Atención: Se define como la cantidad de módulos de atención o personas disponibles para la ejecución de atención, basado en tiempos aceptable de espera.

Tablero de Control: Es una representación gráfica de los principales resultados de indicadores (KPI) que intervienen en la atención al ciudadano y en la consecución de los objetivos, con el propósito de aportar en la toma de decisiones.

Eficacia del Proceso: Capacidad para alcanzar los resultados deseados.

Eficiencia del Proceso: Resultado del proceso versus recursos utilizados.

Efectividad: Es la capacidad de lograr un efecto deseado, esperado o anhelado en función de una meta.

Monitoreo: Es un proceso fundamental que tiene como objetivo observar, medir, verificar y registrar el cumplimiento de los estándares de atención establecidos.

Plan de Acción: Herramienta para coordinar y comprometer a un conjunto de personas a involucrarse y trabajar juntas con la finalidad de conseguir determinado objetivo o realizar determinada acción para la mejora del proceso, servicio o producto de la Prefectura de Manabí

Ranking: Es una relación entre un conjunto de elementos tales que, para uno o varios criterios, el primero de ellos presenta un valor superior al segundo, este a su vez mayor que el tercero y así sucesivamente, permitiéndose que dos o más elementos diferentes puedan tener la misma posición. El orden se refleja asignando a cada elemento un valor ordinal,

generalmente números enteros positivos, que se los clasifica, preferentemente, de mayor a menor.

Satisfacción del ciudadano: Satisfacción que experimenta un ciudadano en relación a un producto o servicio que ha recibido, porque el mismo ha cubierto las expectativas, es decir, es la conformidad del cliente con el producto o servicio que recibió ya que el mismo cumplió satisfactoriamente con la promesa de calidad y oportunidad ofrecida.

Servicio: Conjunto de recursos y actividades que buscan responder a las necesidades de la sociedad, y que terminan en un producto o bien, tangible o intangible que recibe el ciudadano.

Servicio Público: Es el resultado de uno o varios procesos realizados por la institución, para garantizar los derechos y facilitar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el marco jurídico.

Usuario Fantasma: Es una técnica utilizada por las empresas para evaluar y medir la calidad en la atención al ciudadano. Consiste en la simulación del servicio, el usuario fantasma solicita o recibe el servicio para posteriormente evaluarlo.

Registros: Los registros son documentos que proporcionan evidencia objetiva de actividades realizadas o resultados obtenidos, dentro del SGC se los controla.

SGC: Sistema de Gestión de la Calidad.

Unidad Administrativa: Entiéndase como unidad administrativa a todas las Coordinaciones Generales, Direcciones y otras unidades que forman parte de la estructura orgánica de la institución.

4. MARCO NORMATIVO

4.1. DOCUMENTOS EXTERNOS

- Norma Técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios (Vigente).
- Guía Metodológica para la aplicación de la norma técnica para la mejora continua e innovación de procesos y servicios (Vigente).
- Norma ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos (vigente)

4.2. DOCUMENTOS INTERNOS

- Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos (vigente).

4.3. NORMAS GENERALES

- Las normas de este documento son de aplicación obligatoria para todos los servidores del Gobierno Autónomo Descentralizado Provincial de Manabí, en tanto guarden conformidad con las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias

y resoluciones vigentes al momento de su ejecución.

- El servidor que incumpliere sus obligaciones o contraviniere las disposiciones de este documento, así como las leyes y normativa conexas, incurrirá en responsabilidad administrativa que será sancionada disciplinariamente, sin perjuicio de la acción civil o penal que pudiere originar el mismo hecho.
- Todo proceso o subproceso, deberá incorporar el concepto de mejora continua en su diagramación y generación de documentos, procurando la simplificación de trámites y tareas, eliminar duplicidad de tareas, y optimizando la transaccionalidad.
- En la Prefectura de Manabí se establece que la Medición y Evaluación de la Calidad en los productos o servicios que se entregan al ciudadano se realizarán a través de:
 1. Encuesta para medir la satisfacción del ciudadano FOR-PRO-GSG-ACC-MEC-001-001.
 2. Evaluación de cumplimiento del lineamiento de atención al ciudadano, comunidades y colectivos atención PRESENCIAL FOR-PRO-GSG-ACC-MEC-001-002, a través de visitas de usuario fantasma.
- Los Coordinadores Generales, Directores y/o sus delegados; son responsables de dar cumplimiento a todos los lineamientos emitidos para la mejora de la atención al ciudadano y la calidad de los servicios y/o productos que se entregan en la Prefectura de Manabí.
- La meta para el nivel Satisfacción al ciudadano, tiempo promedio y aceptable de espera, así como el tiempo estándar de atención por servicio será establecida y actualizada por la Dirección de Innovación y Mejora Continua.
- Es potestad del Director de Innovación y Mejora Continua suspender la toma de encuestas, en los puntos de atención, que por diferentes motivos o causas de fuerza mayor no sea prudente realizarlo.
- La Dirección de Innovación y Mejora Continua consolidará y analizará los datos registrados en los archivos editables por cada punto de atención al ciudadano, para la obtención de resultados de satisfacción y cumplimiento del Lineamiento de Atención al Ciudadano Comunidades y Colectivos.
- La Dirección de Innovación y Mejora Continua generará los resultados del nivel de satisfacción del usuario externo de manera bimensual, mientras que los resultados referentes al cumplimiento del Lineamiento de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos serán de carácter trimestral.
- Los resultados obtenidos serán presentados a los Coordinadores Generales y sus Directores; y difundidos a nivel institucional, los Directores y/o delegados,

encargados de la atención, ejecutarán planes de acción en función del procedimiento Acciones Correctivas y de Mejora definido en el Sistema de Gestión de la Calidad.

4.3.1. *Medición de Satisfacción de la Atención al Ciudadano en el Canal Presencial*

1. Esta medición permite verificar el grado de satisfacción de los ciudadanos a nivel institucional, a través de la aplicación de la encuesta a los ciudadanos, una vez que han recibido el servicio, para el caso de atención realizada en los Puntos de Atención de la Prefectura de Manabí y posterior a la entrega de productos generados en los diferentes procesos de la institución, la herramienta utilizada para esta medición es la Encuesta para medir la satisfacción del ciudadano FOR-PRO-GSG-ACC-MEC-001-001.
 - La Dirección de Innovación y Mejora Continua, en coordinación con la Dirección de Secretaria General, es responsable del diseño del documento Encuesta para medir la satisfacción del ciudadano FOR-PRO-GSG-ACC-MEC-001-001, que será estructurado en forma clara y concisa de tal manera que el ciudadano pueda comprender las preguntas planteadas. La información que se genera con la ejecución del instrumento mencionado será la única fuente oficial para el análisis y obtención de resultados de la satisfacción del ciudadano de los servicios o productos que se generan en la Prefectura de Manabí.
 - Para el diseño del documento Encuesta para medir la satisfacción del ciudadano FOR-PRO-GSG-ACC-MEC-001-001 es necesario considerar los siguientes aspectos:
 - ✓ La medición de satisfacción se ejecuta sobre los atributos del servicio establecidos en la normativa gubernamental, es decir, los lineamientos oficiales que emitan los organismos competentes o los Lineamientos de Atención al Ciudadano de la Prefectura de Manabí.
 - ✓ Los atributos que se evaluarán, entre otros, son:
 - **Equipamiento y Materiales:** se refiere a la disposición de stock mínimo necesario, de insumos que se requieren para atender las solicitudes de los ciudadanos.
 - **Infraestructura:** se refiere a la accesibilidad y disposición de espacio físico necesario para brindar un servicio de calidad y atención personalizada a los ciudadanos.
 - **Tramitología:** guarda referencia a la ejecución del trámite o servicio, su entendimiento de acuerdo a los procedimientos institucionales, optimizando los trámites para la atención del ciudadano.
 - **Personal de Contacto:** considera la capacitación al personal en los procesos relacionados con los servicios que brinda la institución, y la atención con calidad y calidez de los servidores de la Prefectura de Manabí.

- **Tiempo de atención:** establece el tiempo de servicio comprometido para la entrega de los servicios y percepción del ciudadano frente al tiempo que le tomó el servicio recibido en la Prefectura de Manabí.
- En el formato Encuesta para medir la satisfacción del ciudadano FOR-PRO-GSG-ACC-MEC-001-001, constarán preguntas concretas referenciadas a los atributos del servicio mencionados anteriormente.
- La cantidad de preguntas podrá ser modificada en incremento o decremento de acuerdo a las necesidades institucionales, previo análisis de la Dirección de Innovación y Mejora Continua y otras variables que se presenten en la gestión institucional.
- Los responsables de atención o analistas delegados aplicarán la encuesta a los ciudadanos a través del documento Encuesta para medir la satisfacción del ciudadano FOR-PRO-GSG-ACC-MEC-001-001.
- La encuesta es de aplicación mensual. De ser necesario y para mejorar la calidad de la información obtenida con los ciudadanos, se podrán realizar toma de encuestas de manera cruzada, entre los puntos de atención de las diferentes Coordinaciones Generales, con responsables de atención o analistas delegados de las distintas Direcciones.
- El tamaño de la muestra para la toma de datos de la satisfacción del ciudadano, será definido por la Dirección de Innovación y Mejora Continua, en función de la transaccionalidad de los puntos de atención. Sin embargo, previa comunicación escrita, las Coordinaciones Generales o la Dirección de Innovación y Mejora Continua, podrán seleccionar una muestra adicional, a fin de asegurar la calidad del servicio en su punto de atención.
- La Dirección de Innovación y Mejora Continua en coordinación con la Dirección de Secretaría General, definirán el tamaño de la muestra que debe cumplir el 97% de confianza y el 5% de error admitido; y será calculada sobre la base de la transaccionalidad trimestral generada por el punto de atención. Se considerará una muestra base (generada a través de la experiencia) en puntos de atención con transaccionalidad significativamente baja.
- Los datos recopilados a través de las encuestas de satisfacción al ciudadano se registrarán en cada punto de atención siendo responsable de la conservación del registro el responsable de atención en el archivo Matriz registro encuesta de satisfacción de atención al ciudadano, comunidades y colectivos FOR-PRO-GSG-ACC-MEC-001-003. Esta información servirá de insumo para el establecimiento del Nivel de satisfacción al usuario externo - NSU.
- El registro antes mencionado será enviado al Analista de Innovación y Mejora Continua para su consolidación y colocación en la carpeta compartida de Atención al ciudadano o la dispuesta para el efecto por la Dirección de Innovación y Mejora Continua.
- La Dirección de Innovación y Mejora Continua consolidará los datos a nivel institucional en el archivo editable Matriz registro encuesta de satisfacción de

atención al ciudadano, comunidades y colectivos FOR-PRO-GSG-ACC-MEC-001-003 consolidada para su análisis y obtención de resultados.

- Con el análisis de la información generada se obtendrá como mínimo indicadores los siguientes indicadores:
 - i. **NIVEL DE SATISFACCIÓN AL CIUDADANO NSC (USUARIO EXTERNO):** es el porcentaje obtenido de la diferencia entre el porcentaje de satisfacción y el porcentaje de insatisfacción de los ciudadanos sobre el servicio, matemáticamente se expresa de la siguiente manera:

NIVEL DE SATISFACCIÓN AL CIUDADANO (NSC) = % DE SATISFACCIÓN - % DE INSATISFACCIÓN

Con los términos presentados en la Encuesta de Satisfacción al Ciudadano, donde la evaluación se ejecuta de manera cualitativa, de acuerdo a la siguiente equivalencia, utilizando la escala de Likert de 5 puntos para el cálculo del nivel de satisfacción al ciudadano:

VARIABLE CUALITATIVA	VARIABLE CUANTITATIVA
<ul style="list-style-type: none"> • Muy bueno - Bueno • Muy corto - Corto • Amplio - Suficiente • Muy satisfecho - Satisfecho 	5-4
<ul style="list-style-type: none"> • Regular • Indiferente • Normal 	3
<ul style="list-style-type: none"> • Malo - Muy Malo • Excesivo - Muy excesivo • Insuficiente – Muy insuficiente • Insatisfecho – Muy insatisfecho 	2-1

En donde;

$$\%SATISFACCIÓN = \frac{\sum_{e=4}^5 Encuestas (e)}{\sum_{e=0}^5 Encuestas (e)} * 100\%$$

$$\%INSATISFACCIÓN = \frac{\sum_{e=1}^2 Encuestas (e)}{\sum_{e=0}^{10} Encuestas (e)} * 100\%$$

- ii. **ÍNDICE NETO PROMOTOR (INP):** es el porcentaje obtenido del total de encuestas con valores resultantes entre 4 – 5 en relación al total de encuestas ejecutadas.
- iii. **ÍNDICE NETO DETRACTOR (IND):** es el porcentaje obtenido del total de encuestas con valores entre 1 – 2 en relación al total de encuestas ejecutadas.
- El análisis de la información generada y resultados obtenidos deberá socializarse utilizando los mecanismos descritos a continuación:

RESULTADO	CARÁCTER DE LA INFORMACIÓN	FRECUENCIA	DESTINATARIO
Informe de Nivel de Satisfacción al Ciudadano Externo	Información acumulada del semestre	Semestral	Prefecto Coordinaciones Generales Direcciones Nota: Publicada en la Intranet Institucional
Reporte de Nivel de Satisfacción al Ciudadano Externo	Información mensual referente a los puntos de atención de cada Coordinación General o Dirección	Mensual	Coordinaciones Generales Direcciones Nota: Publicada en la Intranet Institucional

4.3.2. Evaluación de cumplimiento del Lineamiento de Atención al Ciudadano

4.3.2.1. Usuario Fantasma

De acuerdo a los resultados de satisfacción mensual, la Dirección de Innovación y Mejora Continua dispondrá y definirá el o los Analistas que ejecutarán las visitas para aplicar la técnica de usuario fantasma considerando, al menos uno de los siguientes aspectos:

- i. Prioritariamente, módulos de atención cuya transaccionalidad represente un porcentaje superior al 10% de la atención total de ciudadanos.
- ii. Puntos de atención con el mayor índice de satisfacción
- iii. Puntos de atención con el menor índice de satisfacción

- iv. Puntos de atención con el mayor índice de preguntas y/o quejas
- v. Puntos de atención con el mayor índice de sugerencias y/o felicitaciones

Las visitas tienen por objetivo establecer el porcentaje de cumplimiento de los Lineamientos de Atención al Ciudadano.

- **ASPECTOS GENERALES**

- **Elementos descriptivos del punto de atención**

- ✓ Presentación del módulo de atención
- ✓ Ubicación de afiches y banners informativos
- ✓ Aspectos físicos del módulo de recepción o información (si hubiere)
- ✓ Pantallas del sistema de turnos o carteleras de información al ciudadano (si hubiere)
- ✓ Tiempo de duración del trámite

- **Factores complementarios**

- ✓ Recursos y medios didácticos utilizados
- ✓ Nivel de aplicabilidad de la información

- **ASPECTOS ESPECÍFICOS**

- **Atención e información otorgada por el módulo de recepción e información**

- ✓ Protocolo de atención
- ✓ El servidor mantuvo la calma y controló sus expresiones durante la atención
- ✓ Calidad y claridad de la información
- ✓ La imagen y presentación del servidor
- ✓ Otros aspectos relevantes del personal

- **Atención e información otorgada por el operador de servicios**

- ✓ Protocolo de atención
- ✓ El servidor mantuvo la calma y controló sus expresiones durante la atención
- ✓ Calidad y claridad de la información

- ✓ La imagen del servidor fue adecuada a los estándares.
- ✓ Otros aspectos relevantes del personal que presta el servicio.

Para aplicar la técnica de Usuario Fantasma se debe seguir los siguientes pasos:

- I. Ingresar en el punto de atención sin portar ninguna credencial que lo identifique.
- II. Interpretar "el papel de ciudadano en búsqueda de realizar un servicio o trámite.
- III. Investigar y verificar el cumplimiento de los estándares de calidad de los servicios.
- IV. Establecer cualitativamente un tiempo de espera y tiempo de atención en la ejecución del servicio o trámite.

Finalmente se recibirán las observaciones y recomendaciones que se puedan derivar de la verificación y prestación del servicio con la técnica de Usuario Fantasma.

Los datos recopilados a través del formato Evaluación de cumplimiento del lineamiento de atención al ciudadano, comunidades y colectivos atención PRESENCIAL FOR-PRO-GSG-ACC-MEC-001-002, se registrarán en la Matriz de registro sobre la aplicación del lineamiento de atención al ciudadano, comunidades y colectivos - canal presencial FOR-PRO-GSG-ACC-MEC-001-004.

La Dirección de Innovación y Mejora Continua consolidará los datos a nivel nacional en el archivo editable Matriz de registro sobre la aplicación del lineamiento de atención al ciudadano, comunidades y colectivos - canal presencial FOR-PRO-GSG-ACC-MEC-001-004, consolidada para su análisis y obtención de resultados.

El análisis de la información generada y resultados obtenidos deberá socializarse utilizando los mecanismos descritos a continuación:

RESULTADO	CARÁCTER DE LA INFORMACIÓN	FRECUENCIA	DESTINATARIO
Reporte de Nivel de cumplimiento del Lineamiento de atención al ciudadano, comunidades y colectivos - canal presencial	Información bimensual referente a los puntos de atención de cada Coordinación General o Dirección	Bimensual	- Coordinador General - Director - Analista de responsable de la Atención Nota: Publicada en la Intranet Institucional
Infografías de Resultado de Nivel de Satisfacción al Usuario Externo	Información acumulada del semestre en análisis	Semestral	Servidores de la Prefectura de Manabí Nota: Publicada en la Intranet Institucional

4.3.2.2. Check list de verificación del Lineamiento de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos como control a los responsables de atención al ciudadano

En este Check list se deberá verificar aspectos estandarizados que constan en el Lineamiento de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos. LIN-SGS-ACC-001, como son:

- Atención de grupos prioritarios
- Gestión con distintos tipos de ciudadanos
- Estandarización de módulo (imagen y orden)
- Guía de atención al ciudadano
- Aplica Protocolo de Atención al ciudadano (3 pasos)

La aplicación de este Check list tiene como objetivo verificar el cumplimiento de la aplicación del Lineamiento de Atención al Ciudadano, Comunidades y Colectivos, por cada servidor designado para la atención al ciudadano.

Los Analistas de la Dirección de Innovación y Mejora Continua, deberán coordinar la aplicación de este instrumento al menos una vez al mes en los módulos designados para atención al ciudadano o según las directrices que establezca el Director de Innovación y Mejora Continua para el efecto.

Si por otros factores o variables no establecidas, como baja afluencia de atención, o la distancia existente entre puntos de atención al ciudadano, se dificulta su evaluación en un período, deberá remitirse el listado de puntos de atención que no podrán ser evaluadas para constancia a la Dirección de Innovación y Mejora Continua

Este instrumento se ejecutará en brigadas móviles que se desarrollen como parte de los servicios que brinda la Prefectura de Manabí.

Los responsables de la ejecución de este instrumento deberán registrar las observaciones encontradas en la Matriz de registro sobre la aplicación del lineamiento de atención al ciudadano, comunidades y colectivos - canal presencial FOR-PRO-GSG-ACC-MEC-001-004

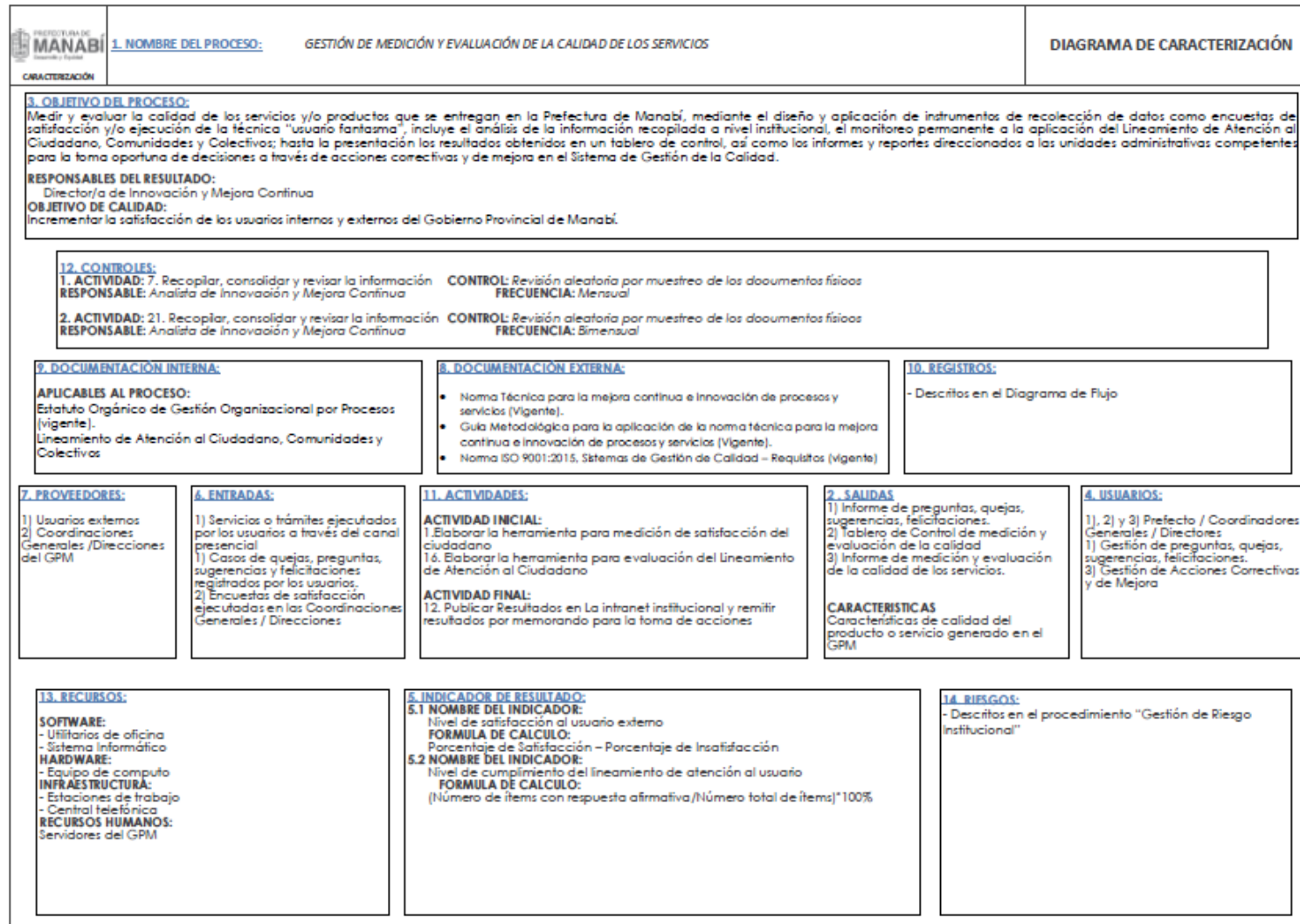
La Dirección de Innovación y Mejora Continua consolidará los datos registrados en la Matriz de registro sobre la aplicación del lineamiento de atención al ciudadano, comunidades y colectivos - canal presencial FOR-PRO-GSG-ACC-MEC-001-004 para su análisis y obtención de resultados.

El análisis de la información generada y resultados obtenidos deberá socializarse utilizando los mecanismos descritos a continuación:

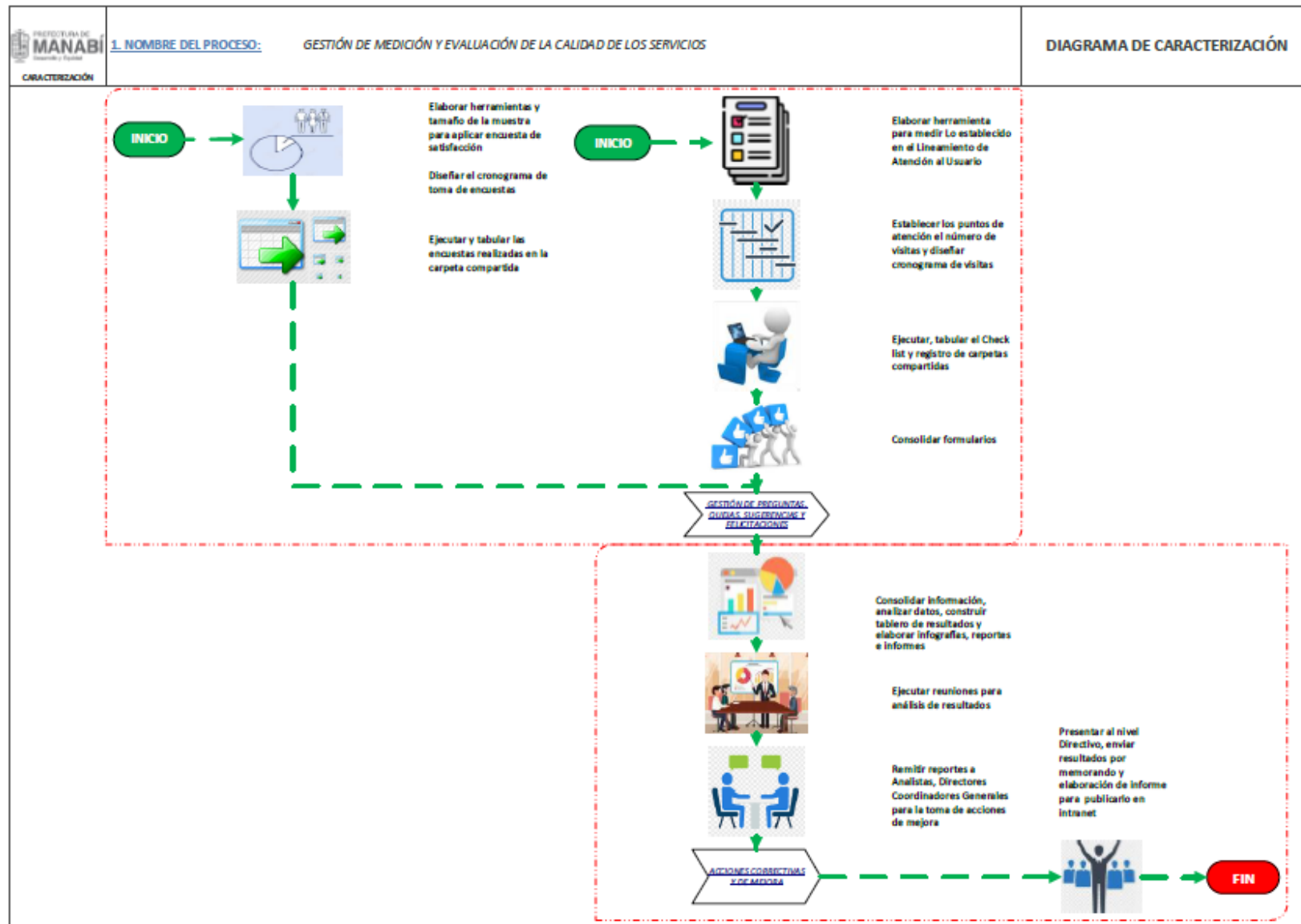
RESULTADO	CARÁCTER DE LA INFORMACIÓN	FRECUENCIA	DESTINATARIO
Reporte de Nivel de cumplimiento del Lineamiento de atención al ciudadano	Información bimensual referente a los puntos de atención	Bimensual	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinador General - Director - Analista de responsable de la Atención <p>Nota: Publicada en la Intranet Institucional</p>

5. DIAGRAMAS

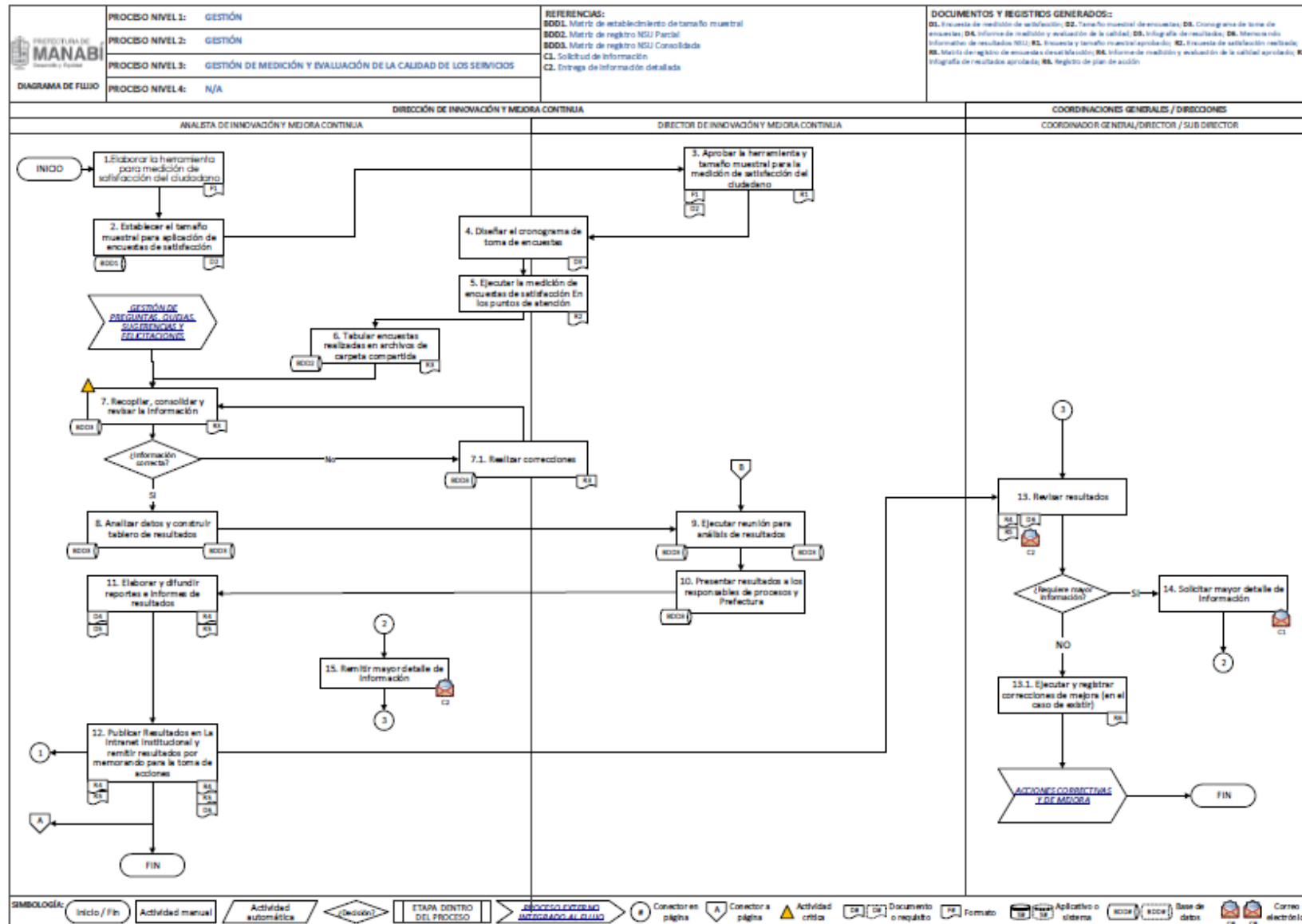
5.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

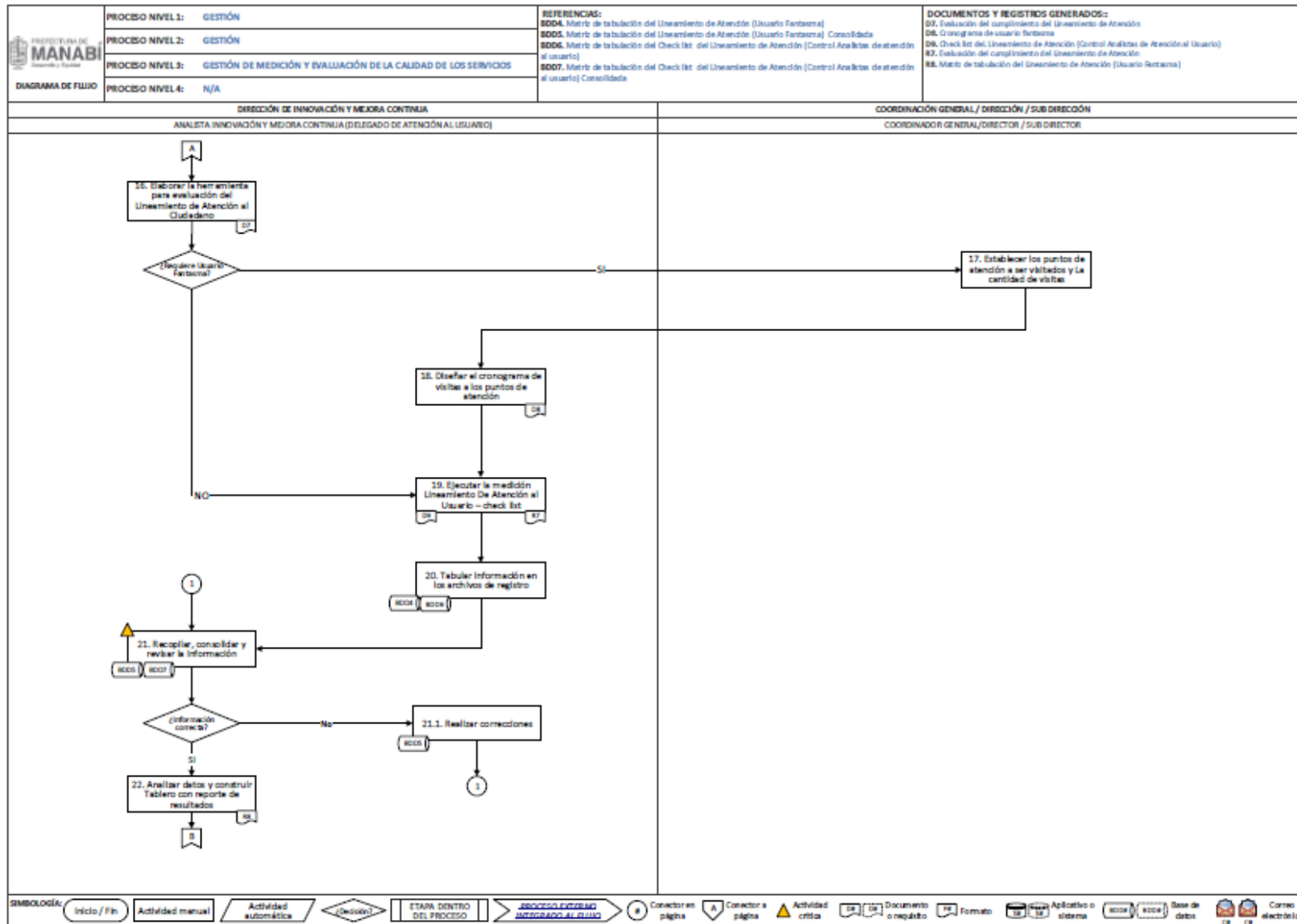


5.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO



5.3. DIAGRAMA DE FLUJO





6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

#	ACTIVIDAD	CARGO	DESCRIPCIÓN
1	Elaborar la herramienta para medición de satisfacción del ciudadano	Analista de Innovación y Mejora Continua	<p>El instrumento de levantamiento de información Encuesta para medir la satisfacción del ciudadano FOR-PRO-GSG-ACC-MEC-001-001 tomará como referencia los atributos del servicio establecidos por el organismo gubernamental competente y aspectos que la Prefectura de Manabí considere necesarios incluir en la medición.</p> <p>Una vez definida la encuesta, es necesario realizar una prueba piloto de la misma con el propósito de ejecutar correcciones en el caso que las hubiere.</p> <p>Todos los cambios en el instrumento de medición, ya sean para incrementar o eliminar preguntas, temporal o definitivamente, será comunicados por la Dirección de Innovación y Mejora Continua, previo el inicio de la toma de encuestas.</p> <p>La encuesta será dirigida a los ciudadanos y se ejecutará en los puntos de atención de acuerdo una vez que el ciudadano finalice la ejecución de su servicio.</p> <p>El instrumento de levantamiento de información (encuesta) deberá considerar los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La definición de cada ítem debe ser mutuamente excluyente. - La definición de cada ítem debe ser exhaustiva. - Utilizar preguntas breves y fáciles de comprender. - No emplear palabras que induzcan una reacción estereotipada. - No redactar preguntas en forma negativa - Evitar el uso de la interrogación «por qué».

			<ul style="list-style-type: none"> - No formular preguntas en las que una de las alternativas de respuesta sea tan deseable que, difícilmente, pueda rehusarse. - Evitar preguntas que obliguen a hacer cálculos o esfuerzos de memoria.
2	Establecer el tamaño muestral para aplicación de encuestas de satisfacción	Analista de Innovación y Mejora Continua	<p>La Dirección de Innovación y Mejora Continua determina el tamaño de las muestras considerando la transaccionalidad de los servicios. Las muestras son asignadas para cada Coordinación General / Dirección hasta el nivel de punto de atención.</p> <p>Para el cálculo de la muestra se utilizará muestreo aleatorio estratificado.</p> <p>Para cada una de las agencias o puntos de atención a nivel nacional, se considera el 97% de confianza y 5% de error muestral de encuestas a ejecutar mensualmente.</p> <p>Matemáticamente la expresión a utilizar es:</p> $n = \frac{Z^2 N p q}{i^2 (N - 1) + Z^2 p q}$ <p>Donde:</p> <p>Z: corresponde al nivel de confianza elegido p: proporción de una categoría de la variable q: proporción de una categoría de la variable i: error máximo N: tamaño de la población</p> <p>En los puntos de atención donde la transaccionalidad sea considerablemente baja y el cálculo de la muestra indique un número inferior a 10 encuestas es necesario por representatividad de la muestra hacer una toma mínima de 20 encuestas en el punto de atención.</p> <p>El resultado del cálculo muestral no necesita un formato específico.</p>

3	Aprobar la herramienta y tamaño muestral para la medición de satisfacción del ciudadano	Director de Innovación y Mejora Continua	El Director de Innovación y Mejora Continua, aprueba la herramienta y tamaño muestral propuesto por el Analista de Innovación y Mejora Continua, revisando la aplicación de las fórmulas establecidas en los numerales anteriores.
4	Diseñar el cronograma de toma de encuestas	Analista de Innovación y Mejora Continua	<p>De acuerdo al tamaño de muestra generado para cada punto de atención, se elabora el cronograma de encuestas considerando los aspectos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Día y horario. - Disponibilidad de recursos para la ejecución de la encuesta. <p>El cronograma de toma de encuestas es un formato libre, de preferencia se utilizará una hoja de cálculo.</p>
5	Ejecutar la medición de encuestas de satisfacción en los puntos de atención	Analista de Innovación y Mejora Continua	<p>De acuerdo al cronograma de toma de encuestas establecido en el numeral anterior, el Analista de Innovación y Mejora Continua junto al personal responsable de la atención y al servidor designado para la aplicación de la encuesta, deberán asistir o ingresar a cada punto de atención y abordar al ciudadano una vez entregado el servicio.</p> <p>El servidor responsable de aplicar la encuesta deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener un trato amable con el ciudadano • Abordar al ciudadano para que voluntariamente esté dispuesto a colaborar, evitar obligar al ciudadano a ejecutar la encuesta. • Mencionar las preguntas de la encuesta con absoluta claridad y registrar la calificación del ciudadano dentro de la escala Likert para cada pregunta.

			<ul style="list-style-type: none"> Deberá registrar información en todos los campos disponibles en la encuesta. <p>Es potestad del Director de Innovación y Mejora Continua suspender la toma de encuestas, en los puntos de atención que por diferentes motivos o causas de fuerza mayor no sea prudente realizarlo.</p>
6	Tabular encuestas realizadas en archivos de carpeta compartida	Analista de Innovación y Mejora Continua	La Dirección de Innovación y Mejora Continua dispondrá de una carpeta compartida de satisfacción al ciudadano donde colocará el archivo para el registro de la información levantada por los puntos de atención. Matriz registro encuesta de satisfacción de atención al ciudadano, comunidades y colectivos FOR-PRO-GSG-ACC-MEC-001-003.
7	Recopilar, consolidar y revisar la información	Analista de Innovación y Mejora Continua	<p>El Analista de Innovación y Mejora Continua, será responsable de consolidar la información de los puntos de atención correspondientes. Una vez registrada la información, se deberá enviar mediante correo electrónico al Director de Innovación y Mejora Continua los puntos de atención que no se realizaron las encuestas en el período del reporte.</p> <p>CONTROL: Revisión aleatoria por muestreo de los documentos físicos</p> <p>RESPONSABLE: Analista de Innovación y Mejora Continua</p> <p>FRECUENCIA: Mensual</p>
7.1	Realizar correcciones	Analista de Innovación y Mejora Continua	En caso de encontrar inconsistencias en los datos o falta de ellos en la Matriz registro encuesta de satisfacción de atención al ciudadano, comunidades y colectivos FOR-PRO-GSG-ACC-MEC-001-003. , el Analista de Innovación y Mejora Continua, solicitará la corrección de los datos correspondientes a los puntos de atención generadores de la información.

8	Analizar datos y construir tablero de resultados		<p>La Dirección de Innovación y Mejora Continua, con el uso de información registrada en la matriz de registro de encuesta de satisfacción (NSC "nivel de satisfacción al ciudadano") consolidada, generará los resultados de satisfacción en un tablero dinámico de manera mensual, utilizando una herramienta informática para el efecto. Al menos se generarán los resultados siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nivel de Satisfacción al Ciudadano (NSC) Institucional - Nivel de Satisfacción al Ciudadano (NSC) por Coordinación General/Dirección - Nivel de Satisfacción al Ciudadano (NSC) por punto de atención - Nivel de Satisfacción al Ciudadano (NSC) por Servicio - Nivel de Satisfacción al Ciudadano (NSC) por Atributo del Servicio - Nivel Neto Promotor (NNP) - Nivel Neto Detractor (NND) <p>No queda exenta la generación de otros resultados que a demanda sean solicitados por la Prefectura o las diferentes Coordinaciones Generales.</p>
9	Ejecutar reunión para análisis de resultados	Director de Innovación y Mejora Continua	Mensualmente se ejecutará una reunión con los Analistas involucrados en la medición, con el propósito de analizar los resultados obtenidos y emitir lineamientos generales para el establecimiento de correcciones iniciales sobre los resultados obtenidos y la gestión de atención al ciudadano, de ser necesario.
10	Presentar resultados a los responsables de procesos	Director de Innovación y	La Dirección de Innovación y Mejora Continua, presentará el tablero de resultados a la Prefectura y a las Coordinaciones Generales correspondientes; o a

	y Prefectura	Mejora Continua	su vez la información será revisada durante las reuniones de Revisión por la Dirección que se programen en el período.
11	Elaborar y difundir reportes o informes de resultados	Analista de Innovación y Mejora Continua	Los reportes o informes mostrarán resultados obtenidos en la medición de satisfacción al ciudadano, visitas de usuario fantasma, aplicación del Lineamiento de Atención al Ciudadano, Tiempos de servicio y la Gestión de preguntas, quejas, sugerencias y felicitaciones, a nivel institucional, por Coordinación General, Dirección y/o Punto de Atención.
12	Publicar Resultados en la intranet institucional y remitir resultados por memorando para la toma de acciones	Analista de Innovación y Mejora Continua	Una vez presentados los resultados del Nivel de Satisfacción al Ciudadano, la Dirección de Innovación y Mejora Continua emitirá un memorando a las diferentes Coordinaciones Generales, Directores y/o a los Analistas involucrados, con el resumen de los resultados obtenidos en la medición.
13	Revisar resultados	Coordinador General/Director/Sub Director	Una vez emitidos los resultados, los responsables de la Coordinaciones Generales, Direcciones y/o Sub Direcciones revisarán los resultados generados para su toma de decisiones y acciones de mejora a ejecutarse acorde a la metodología dispuesta en el Procedimiento Acciones Correctivas y de Mejora
13.1	Ejecutar y registrar correcciones de mejora (en el caso de existir)	Coordinador General/Director/Sub Director	Las correcciones iniciales sobre los resultados de medición y evaluación de la calidad de los servicios, deben ejecutarse acorde a la metodología dispuesta en el Procedimiento Acciones Correctivas y de Mejora
14	Solicitar mayor detalle de información	Coordinador General/Director/Sub Director	Una vez emitidos y analizados los resultados, los responsables de las unidades administrativas podrán solicitar información sobre la base del análisis de resultados o datos adicionales a la Dirección de Innovación y Mejora Continua.
15	Remitir mayor detalle de información	Analista de Innovación y	La Dirección de Innovación y Mejora Continua se ajustará al requerimiento de información del responsable de la unidad correspondiente, sobre la información

		Mejora Continua	de la evaluación de la calidad de los servicios y la entregará en un lapso no mayor a 3 días laborables a partir del requerimiento.
16	Elaborar la herramienta para evaluación del Lineamiento de Atención al Ciudadano	Analista de Innovación y Mejora Continua	<p>Se estructura el documento Evaluación de cumplimiento del lineamiento de atención al ciudadano, comunidades y colectivos atención PRESENCIAL FOR-PRO-GSG-ACC-MEC-001-002 (Usuario fantasma), mismo que contendrá los siguientes aspectos:</p> <p>-Aspectos Generales: Permite obtener la percepción sobre la situación general de la agencia, en cuanto a su aspecto físico, enfocándose en la impresión que otorga al ciudadano. La ponderación para el cálculo del valor final será del 30%</p> <p>-Aspectos Específicos: Se dirigen a la atención que brinda el servidor de módulo y el de información, así como la imagen y presentación de acuerdo a lo establecido en la Política de Atención al Ciudadano. La ponderación para el cálculo del valor final será del 70%</p>
17	Establecer los puntos de atención a ser visitados y la cantidad de visitas	Coordinador General/Director/Sub Director	<p>El Director de Innovación y Mejora Continua, en conjunto con cada Coordinación General, Director y/o Sub Director, solicitará sugerencias de los puntos de atención a ser visitados para la ejecución de la técnica usuario fantasma.</p> <p>Para el efecto serán considerados aspectos como: transaccionalidad, mayor o menor índice de satisfacción, quejas sugerencias y felicitaciones presentadas o disposiciones del nivel directivo.</p>
18	Diseñar el cronograma de visitas a los puntos de atención	Analista de Innovación y Mejora Continua	<p>De acuerdo a las agencias o puntos de atención definidos para ser visitados, se elabora el cronograma de visitas considerando los aspectos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Día y horario de mayor afluencia de ciudadanos. - Disponibilidad de recursos para la ejecución.

19	Ejecutar la medición del Lineamiento de Atención al Ciudadano	Analista de Innovación y Mejora Continua	<p>Para la ejecución de la verificación de cumplimiento del Lineamiento de Atención al Ciudadano, la persona responsable debe considerar los lineamientos establecidos en la sección normas generales, inciso 4.3.2.</p> <p>Es potestad del Director de Innovación y Mejora Continua suspender la toma de encuestas, en los puntos de atención que por diferentes motivos o causas de fuerza mayor no sea prudente realizarlo.</p>
20	Tabular información en los archivos de registro	Analista de Innovación y Mejora Continua	<p>La Dirección de Innovación y Mejora Continua dispondrá de una carpeta compartida de Atención al Ciudadano donde colocará los formatos y el archivo para el registro de la información levantada. Matriz de registro sobre la aplicación del lineamiento de atención al ciudadano, comunidades y colectivos - canal presencial FOR-PRO-GSG-ACC-MEC-001-004.</p>
21	Recopilar, consolidar y revisar la información	Analista de Innovación y Mejora Continua	<p>El Analista de Innovación y Mejora Continua, será responsable de consolidar la información de los puntos de atención correspondientes. Una vez registrada la información, se deberá enviar mediante correo electrónico al Director de Innovación y Mejora Continua los puntos de atención que no se realizaron las encuestas en el período del reporte.</p> <p>CONTROL: Revisión aleatoria por muestreo de los documentos físicos</p> <p>RESPONSABLE: Analista de Innovación y Mejora Continua</p> <p>FRECUENCIA: Mensual</p>

21.1	Realizar correcciones	Analista de Innovación y Mejora Continua	En el caso que se encuentre inconsistencias en los datos o falta de ellos en la Matriz de registro sobre la aplicación del lineamiento de atención al ciudadano, comunidades y colectivos - canal presencial FOR-PRO-GSG-ACC-MEC-001-004 , el Analista de Innovación y Mejora Continua o el Director de Innovación y Mejora Continua solicitará la corrección de los datos correspondientes a los puntos de atención generadoras de la información.
22	Analizar datos y construir tableros con reporte de resultados	Analista de Innovación y Mejora Continua	La Dirección de Innovación y Mejora Continua, generará los resultados de calidad del servicio en un tablero de resultados, que se presentarán posteriormente al nivel Directivo correspondiente.

7. INDICADORES DE GESTIÓN

N°	Indicador	Definición	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Responsable de Medición	Fuente de la Medición	Frecuencia de Medición
1	Nivel de Satisfacción del Usuario Externo	Establece el valor o cantidad obtenido en la satisfacción del usuario externo	$\frac{\text{Porcentaje de Satisfacción} - \text{Porcentaje de Insatisfacción}}{\text{de}}$	Porcentaje	Analista de Innovación y Mejora Continua	Matriz NSU	Semestral
2	Nivel de cumplimiento del lineamiento de atención al ciudadano	Define el valor o cantidad de cumplimiento de los requisitos establecidos en el lineamiento de atención al ciudadano	$\frac{\text{(Número de ítems con respuesta afirmativa/Número total de ítems)} * 100\%}{\text{de}}$	Porcentaje	Analista de Innovación y Mejora Continua	Matriz	Mensual



8. DOCUMENTOS, REGISTROS Y ANEXOS

8.1. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
Formato y Registro	FOR-PRO-GSG-ACC-MEC-001-001	Encuesta para medir la satisfacción del ciudadano	Director de Innovación y Mejora Continua	Física: Encuestas realizadas	Cronológico	Director y Analistas de Innovación y Mejora Continua Analistas responsables de la atención	Tiempo de retención: 30 días Disposición: Archivo
Documento y Registro	No aplica	Tamaño muestral de encuestas	Director de Innovación y Mejora Continua	Electrónico: Archivo en hoja de cálculo	Cronológico	Director y Analistas de Innovación y Mejora Continua	Tiempo de retención: 1 año Disposición: Archivo digital
Documento	No aplica	Cronograma de toma de encuestas	Director de Innovación y Mejora Continua	Electrónico: Archivo en hoja de cálculo	Cronológico	Director y Analistas de Innovación y Mejora Continua	Tiempo de retención: 1 año Disposición: Archivo digital
Documento	No aplica	Informe de	Director de Innovación	Físico: Informe enviado	Cronológico	Director y	Tiempo de retención:



Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
		medición y evaluación de la calidad;	y Mejora Continua			Analistas de Innovación y Mejora Continua Analistas responsables de la atención	1 año Disposición: Archivo
Documento	No aplica	Memorando informativo de resultados NSU	Director de Innovación y Mejora Continua	Físico: Informe enviado	Cronológico	Director y Analistas de Innovación y Mejora Continua Analistas responsables de la atención	Tiempo de retención: 1 año Disposición: Archivo
Formato y Registro	FOR-PRO-GSG-ACC-MEC-001-003	Matriz registro encuesta de satisfacción de atención al ciudadano, comunidades y colectivos	Director de Innovación y Mejora Continua	Electrónico: Archivo en hoja de cálculo	Cronológico	Director y Analistas de Innovación y Mejora Continua	Tiempo de retención: 1 año Disposición: Archivo digital
Documento y Registro	No aplica	Infografía de resultados	Director de Innovación y Mejora	Físico: Informe enviado	Cronológico	Director y Analistas	Tiempo de retención: 1 año



Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
		aprobada ;	Continua			de Innovación y Mejora Continua Analistas responsables de la atención	Disposición: Archivo
Documento y Registro	No aplica	Registro de plan de acción	Director de Innovación y Mejora Continua	Electrónico: Archivo en hoja de cálculo	Cronológico	Director y Analistas de Innovación y Mejora Continua	Tiempo de retención: 1 año Disposición: Archivo digital
Documento y Registro	FOR-PRO-GSG-ACC-MEC-001-002	Evaluación de cumplimiento del lineamiento de atención al ciudadano, comunidades y colectivos PRESENCIAL	Director de Innovación y Mejora Continua	Física: Encuestas realizadas	Cronológico	Director y Analistas de Innovación y Mejora Continua Analistas responsables de la atención	Tiempo de retención: 30 días Disposición: Archivo
Documento y Registro	No aplica	Cronograma de usuario fantasma	Director de Innovación y Mejora Continua	Electrónico: Archivo en hoja de cálculo	Cronológico	Director y Analistas de Innovación y	Tiempo de retención: 1 año Disposición: Archivo digital



Tipo de Documento	Código	Nombre del Registro	Responsable del resguardo	Almacenamiento	Indexación o Recuperación	Control de Acceso	Tiempo de retención y disposición final.
				Ubicación física y/o electrónica	Como se ordenan los registros	Quien tiene acceso al registro	
						Mejora Continua	
Documento y Registro	FOR-PRO-GSG-ACC-MEC-001-004	Matriz de registro sobre la aplicación del lineamiento de atención al ciudadano, comunidades y colectivos - canal presencial	Director de Innovación y Mejora Continua	Electrónico: Archivo en hoja de cálculo	Cronológico	Director y Analistas de Innovación y Mejora Continua	Tiempo de retención: 1 año Disposición: Archivo digital