

UNIVERSIDAD NACIONAL AGRARIA

LA MOLINA

FACULTAD DE ECONOMÍA Y PLANIFICACIÓN



**“SISTEMA DE GESTIÓN PARA EL PROCESO DE EMISIÓN DE
CONVENIOS A TERCEROS PARA ACTIVIDADES OFICIALES EN
UNA ENTIDAD PÚBLICA”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR TÍTULO DE
INGENIERO EN GESTIÓN EMPRESARIAL**

PEDRO ADOLFO QUISPE ZARATE

LIMA – PERÚ

2023

La UNALM es titular de los derechos patrimoniales del presente trabajo de investigación
(Art. 24 Reglamento de Propiedad Intelectual de la UNALM)

Document Information

Analyzed document	TRABAJO ACADEMICO 2022 FINAL PQZ 11.11.2022.pdf (D149758400)
Submitted	11/15/2022 2:20:00 PM
Submitted by	MARIA INES NUNEZ GORRITTI
Submitter email	ming@lamolina.edu.pe
Similarity	2%
Analysis address	ming.unalm@analysis.arkund.com

Sources included in the report

W	URL: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1278481/RJ-0064-2020-ANEXO-PEI-2021-2024.pdf Fetched: 11/15/2022 2:24:00 PM	 15
SA	Avance 3 - Cordova, P. Marchant, J..docx Document Avance 3 - Cordova, P. Marchant, J..docx (D141361987)	 3
SA	0.TRABAJO_SUFIC_PROF_K_FELIPA_FINAL.docx Document 0.TRABAJO_SUFIC_PROF_K_FELIPA_FINAL.docx (D140659446)	 2
SA	Pantoja Kimberly-Trabajo de Grado Final.docx Document Pantoja Kimberly-Trabajo de Grado Final.docx (D105639011)	 2
W	URL: http://www.eumed.net/libros-gratis/2010e/823/Formato%20de%20documentos%20de%20un%20sistema%20d... Fetched: 11/15/2022 2:22:00 PM	 1
SA	2893-Narcizo Susanibar, Miguel Ángel.pdf Document 2893-Narcizo Susanibar, Miguel Ángel.pdf (D33813061)	 3
W	URL: https://www.senasa.gob.pe/senasa/descargasarchivos/jer/COM_ANTICORRUP/ValoresyPrincipios.pdf Fetched: 11/15/2022 2:24:00 PM	 1
SA	SENASA WORD 27-01-2018.doc Document SENASA WORD 27-01-2018.doc (D35080165)	 4
SA	Pantoja Kimberly-Trabajo de Grado Documento Final.docx Document Pantoja Kimberly-Trabajo de Grado Documento Final.docx (D104882762)	 1
W	URL: https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-procedimiento-admi... Fetched: 11/15/2022 2:22:00 PM	 1
W	URL: https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/archive/pdf/en/04_concept_and_use_of_the_pro... Fetched: 11/15/2022 2:23:00 PM	 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AGRARIA LA MOLINA

FACULTAD DE ECONOMÍA Y PLANIFICACIÓN

**“SISTEMA DE GESTIÓN PARA EL PROCESO DE EMISIÓN DE
CONVENIOS A TERCEROS PARA ACTIVIDADES OFICIALES
EN UNA ENTIDAD PÚBLICA”**

Presentado por:

PEDRO ADOLFO QUISPE ZARATE

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE INGENIERO
EN GESTIÓN EMPRESARIAL**

Sustentado y aprobado ante el siguiente jurado:

Dr. Pedro Quiroz Quezada

PRESIDENTE

Dr. Jimmy Oscar Callohuanca Aceituno

MIEMBRO

Dr. Ampelio Ferrando Perea

MIEMBRO

M.Sc. María Inés Núñez Gorriti

ASESORA

Lima – Perú

2023

DEDICATORIA

A Dios, por darme la vida y guiar mis pasos.

A mis padres, Pedro y Paulina, por sus enseñanzas y consejos para lograr mis objetivos.

A mi hermana Angelica, por su apoyo incondicional y motivación, ejemplo de fuerza y perseverancia ante cualquier obstáculo.

A mi esposa Graciela por acompañarme en todo momento para este logro.

Y a mi hija Antonella por ser mi fortaleza.

AGRADECIMIENTO

- Al presidente del jurado, Dr. Pedro Quiroz Quezada, a los miembros del mismo, Dr. Jimmy Oscar Callohuanca Aceituno y Dr. Ampelio Ferrando Perea por sus observaciones y consejos los cuales fueron parte del desarrollo y enriquecimiento de este trabajo de investigación.
- A mi Asesora María Inés Núñez Gorriti por su direccionamiento, apoyo incondicional y disponibilidad para el desarrollo del trabajo.
- A mi jefe por su disposición ante las interrogantes que se suscitaban en el día a día

La concepción del presente trabajo no hubiera sido posible sin su atención y apoyo.

ÍNDICE GENERAL

I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. OBJETIVO PRINCIPAL	3
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
II. REVISIÓN DE LITERATURA	4
2.1. GLOSARIO DE TÉRMINOS	4
2.2. CALIDAD	6
2.3. SISTEMAS DE GESTIÓN Y SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	8
2.4. PROCESO	9
2.5. MEJORA CONTINUA	13
2.6. PRINCIPIOS DE LA GESTIÓN DE CALIDAD	15
2.7. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	16
2.8. DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	17
2.8.1. Manual de Calidad.....	17
2.8.2. Manual de procedimientos.....	18
2.9. PIRÁMIDE DE LA DOCUMENTACIÓN ISO 9001:2015	19
2.10. LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.....	20
2.11. REINGENIERÍA DE PROCESOS	22
2.12. REDISEÑO O REINGENIERÍA DE PROCESOS EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	23
2.13. CONVENIO	24
2.13.1. Tipo de convenios en SENASA	24
2.14. HERRAMIENTA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	26
III. METODOLOGÍA	27
3.1. LUGAR DE EJECUCIÓN	27
3.2. MATERIALES.....	27
3.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
3.4. HIPOTESIS	28
3.5. METODOLOGÍA	29
3.6. ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA DE MEJORA	37
3.7. PRESUPUESTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN ISO 9001 2015	38
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	39
4.1. ASPECTOS GENERALES.....	41
4.2. DIAGNÓSTICO DE LA GESTIÓN DEL SENASA BASADA EN LAS HERRAMIENTAS DE ANÁLISIS	52

4.3.	ANÁLISIS DE LA CADENA DE VALOR	56
4.4.	DETERMINACIÓN DE LOS PROCESOS PRINCIPALES	59
4.5.	DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROCESO DE EMISIÓN DE CONVENIOS	59
4.6.	ETAPAS DEL PROCESO DE EMISIÓN DE CONVENIOS PARA SERVICIOS OFICIALES Y ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO	60
4.6.1.	Análisis de los resultados de las listas de verificación en base a la norma ISO 9001:2015	77
4.6.2.	Determinación de los problemas principales e identificación de causa raíz.....	92
4.6.3.	Limitante y situación actual del proceso de emisión de convenios para realizar servicios oficiales.....	93
4.7.	MATRIZ DE SELECCIÓN DE PROBLEMAS	103
4.7.1.	Diagrama de Ishikawa	106
4.7.2.	Diagrama de relaciones (relaciones que pueden existir entre las causas y el efecto con otras causas)	108
4.8.	ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA DE MEJORA	110
4.8.1.	Identificación del objetivo primordial del rediseño o reingeniería.....	110
4.8.2.	Selección del proceso fundamental	111
4.8.3.	Análisis y evaluación del proceso.....	117
4.8.4.	Selección del líder y de los miembros del equipo	124
4.8.5.	Propuesta de rediseño del proceso de emisión de convenios	125
4.9.	PROPUESTA DEL MANUAL DE CALIDAD Y MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	148
4.10.	PRESUPUESTO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA PROPUESTA DE MEJORA ISO 9001 2015.....	157
V.	CONCLUSIONES	159
VI.	RECOMENDACIONES	161
VII.	BIBLIOGRAFÍA	163
VIII.	ANEXOS	169

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Herramientas de análisis.....	28
Tabla 2 Procedimientos relacionados al proceso de emisión de convenios y su influencia	31
Tabla 3 Escala de puntuación de la lista de verificación.....	36
Tabla 4 Cálculo de porcentajes de cumplimiento para la lista de verificación cuantitativa con base en la norma ISO 9001: 2015	37
Tabla 5 Calificación de resultados de la lista de verificación	37
Tabla 6 Resumen de Resultados y Discusión.....	41
Tabla 7 de Directores SENASA	45
Tabla 8 Factores internos y externos de la empresa	52
Tabla 9 Tiempos aproximados en cada etapa del proceso.....	68
Tabla 10 Normas relacionadas al proceso de autorización a terceros	69
Tabla 11 Programa presupuesta de enfermedades metaxenicas y zoonosis 2019.....	73
Tabla 12 Estimación de personas vulnerables y en riesgo a contraer la enfermedad.....	74
Tabla 13 Grado de cumplimiento por cada capítulo de la norma ISO 9001:2015	78
Tabla 14 Cuadro resumen de problemas detectados	92
Tabla 15 Distribución de servidores según régimen laboral	93
Tabla 16 Número de expedientes atendidos por año con demora de 10 días o más	96
Tabla 17 Porcentaje total de expedientes atendidos con demoras de 10 a 31 días.....	97
Tabla 18 Identificación de problemas por actividad del proceso de autorización a terceros.....	98
Tabla 19 Resultados de Tormenta de ideas para determinación de matriz de problemas del proceso de Autorización a terceros.....	103
Tabla 20 Fase de aclaración.....	104
Tabla 21 Criterios de evaluación.....	105
Tabla 22 Problemas seleccionados a partir de la matriz de selección de problemas.....	106
Tabla 23 Identificación de conductores y efectos clave	109
Tabla 24 Análisis de subprocesos vinculados al proceso de autorización: determinación de límites.....	112
Tabla 25 Análisis de impacto sobre el ciudadano y oportunidad de perfeccionamiento ..	115
Tabla 26 Relación de subprocesos con la misión y objetivos estratégicos institucionales	116
Tabla 27 Proveedores, salidas, entradas del proceso de emisión de convenios	121
Tabla 28 Rediseño del proceso de autorización a terceros	128

Tabla 29 Manuales propuestos para el proceso de Emisión de convenios del SENASA .	148
Tabla 30 Resumen de Manual de Calidad para el proceso de emisión de convenios resuelve	149
Tabla 31 Contenido del Manual de procedimientos	151
Tabla 32 Registros establecidos para el Sistema de Gestión de Calidad.....	153
Tabla 33 Presupuesto de implementación de propuesta de mejora	158

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Representación de un sistema de proceso	11
Figura 2 Representación esquemática de los elementos de un proceso	13
Figura 3 Pirámide de la documentación de un sistema de gestión	19
Figura 4 Flujo de la metodología para la ejecución del trabajo de investigación no experimental en SENASA	29
Figura 5 Organigrama del SENASA	44
Figura 6 Direcciones ejecutivas SENASA a nivel nacional	47
Figura 7 Unidades de la Oficina de Planificación y Desarrollo Institucional	48
Figura 8 Actores internos en el proceso de autorización a terceros	51
Figura 9 Cadena de valor del SENASA	58
Figura 10 Mapa de procesos general simplificado del SENASA.....	59
Figura 11 Ejecución del proceso de autorización a terceros	60
Figura 12 Flujo actual general del proceso de autorización a terceros.....	61
Figura 13 Flujo de ingreso de solicitudes.....	62
Figura 14 Flujograma de verificación, evaluación y remisión de convenio.....	63
Figura 15 Flujograma de ingreso de listas maestras en la Web SENASA	65
Figura 16 Flujograma Gestión para seguimiento de actividades del autorizado y comunicación de su condición.....	67
Figura 17 Mapa simplificado de los procesos vinculados al proceso de emisión de convenios en SENASA.....	71
Figura 18 Cadena de valor del proceso autorización a terceros	76
Figura 19 Porcentaje de cumplimiento general de la norma ISO 9001:2015.....	78
Figura 20 Cumplimiento de la norma por capítulo ISO 9001:2015	80
Figura 21 Total de expedientes terceros por año.....	94
Figura 22 Diagrama de Ishikawa del proceso autorización a terceros	107
Figura 23 Diagrama de relaciones de los temas principales identificados	108
Figura 24 Ubicación de cada subproceso en la matriz	114
Figura 25 Relación del proceso de emisión de convenios con otros procesos	120
Figura 26 Flujograma actual solicitud e ingreso de expedientes identificando pasos eliminados.....	135
Figura 27 Flujograma propuesto para Gestión solicitud e ingreso de expedientes	136

Figura 28 Flujograma actual para verificación, evaluación y emisión de documento resolutivo	139
Figura 29 Flujograma propuesto para gestión de verificación, evaluación y emisión de documento resolutivo	140
Figura 30 Flujograma actual para publicación de listas de autorizados en la página Web SENASA.....	143
Figura 31 Flujograma propuesto para publicación de listas de autorizados.....	159
Figura 32 Flujograma actual para seguimiento de actividades del autorizado y comunicación de su condición.....	146
Figura 33 Flujograma propuesto para seguimiento de actividades del autorizado y comunicación de su condición.....	147
Figura 34 Representación Gráfica del manual de calidad implementado para la emisión de convenios	150
Figura 35 Representación Gráfica del manual de procedimientos implementado para la emisión de convenios.....	156

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Tipos de convenios en SENASA	169
Anexo 2: Elaboración de la Matriz FODA	170
Anexo 3: Elaboración de la matriz EFE	172
Anexo 4: Elaboración de la matriz EFI	173
Anexo 5: Análisis de la matriz EFI	174
Anexo 6: Análisis de la matriz EFE	175
Anexo 7: Estrategias FODA	176
Anexo 8: Diagrama de Ishikawa	178
Anexo 9: Diagrama de relaciones.....	179
Anexo 10: Diagrama de flujo	181
Anexo 11: Rediseño o reingeniería de procesos.....	185
Anexo 12: Ubicación de direcciones ejecutivas a nivel nacional.....	187
Anexo 13: Laboratorios SENASA	189
Anexo 14: Dependencias y total de servicios ofrecidos	190
Anexo 15: Unidades de la Oficina de planificación y desarrollo institucional (OPDI)	191
Anexo 16: Tiempos aproximados de las actividades realizadas en cada etapa del proceso para emisión de convenios y personal directo involucrado	193
Anexo 17: Enfermedades comunes a varias especies.....	197
Anexo 18: Mapeo de procesos del SENASA	199
Anexo 19: Modelo de convenio de colaboración interinstitucional	200
Anexo 20: Matriz de consistencia para el trabajo de investigación no experimental.....	203
Anexo 21: Matriz de selección de problemas.....	204
Anexo 22: Lista de verificación ISO 9001:2015	205
Anexo 23: Manual de Calidad	218
Anexo 24: Manual de procedimientos.....	261

ABREVIATURAS Y SIGLAS

BPM:	Business Process Management (Gestión de Procesos de Negocios)
CMVP:	Colegio Médico Veterinario del Perú
CS y EM:	Carbunco Sintomático y Edema Maligno.
CTD:	Centro de Trámite Documentario.
D.E:	Dirección Ejecutiva.
DIAIA:	Dirección de Insumos Agropecuarios e Inocuidad Agroalimentaria
DL:	Decreto Legislativo.
DS:	Decreto Supremo.
INEI:	Instituto Nacional de Estadística e Informática.
MEF:	Ministerio de Economía y Finanzas
MIDAGRI:	Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego.
M.V.:	Médico Veterinario.
NTP:	Norma Técnica Peruana.
OPDI:	Oficina de Planificación y Desarrollo Institucional.
PCM:	Presidencia del Consejo de Ministros.
PRONASA:	Programa Nacional de Sanidad Avícola
POA:	Plan Operativo Anual.
P.P:	Promotor Pecuario.
POI :	Plan Operativo Institucional
RENIEC:	Registro Nacional de Identificación y estado Civil.
RJ:	Resolución Jefatural
SENASA:	Servicio Nacional de Sanidad Agraria
SIAG:	Subdirección de Inocuidad Agroalimentaria.
SCEE:	Subdirección de Control y Erradicación de Enfermedades.
SUNEDU:	Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria.
T:	Técnico.
TBC-BB:	Tuberculosis y Brucelosis Bovina.
TUPA:	Texto Único de Procedimientos Administrativos.
UGCA:	Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones.
UIE:	Unidad de Informática y Estadística.
UPP:	Unidad de Planeamiento y Presupuesto.
UEC:	Unidad de Estudios y Cooperación.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación no experimental se desarrolló durante el año 2019-2021 en el Servicio Nacional de Sanidad Agraria (SENASA), organismo técnico adscrito al Ministerio de Agricultura con autoridad oficial en materia de Sanidad Agraria, Calidad de Insumos, Producción Orgánica e Inocuidad agroalimentaria. El principal objetivo del presente trabajo, es rediseñar el proceso destinado a mejorar las actividades y los niveles de satisfacción del usuario final para el proceso de emisión de convenios a terceros para realizar actividades oficiales a nombre del SENASA de tal forma de mejorar la calidad y oportunidad con que se deben atender a los usuarios.

La metodología utilizada en la presente investigación consistió en recopilar la información necesaria para el análisis del proceso a mejorar a través de visitas a la institución para recolección de información, el uso de herramientas de calidad, análisis de acuerdo a la ISO 9001:2015, y reingeniería de procesos.

En cuanto a los resultados encontrados, la empresa presenta problemas internos en el diseño del proceso actual desde la atención por demoras, por temas de coordinación con otras áreas vinculadas al proceso, o actividades que no generan valor.

Palabras Clave: proceso, rediseñar, convenios, calidad, reingeniería.

ABSTRACT

This non-experimental research work was developed during the year 2019-2021 in the National Agricultural Health Service (SENASA), a technical body attached to the Ministry of Agriculture with official authority in matters of Agricultural Health, Input Quality, Organic Production and Food Safety. agrifood. The main objective of this work is to redesign the process aimed at improving the activities and satisfaction levels of the end user for the process of issuing agreements to third parties to carry out official activities on behalf of SENASA in such a way as to improve quality and timeliness. with which users should be served.

The methodology used in the present investigation consisted of collecting the necessary information for the analysis of the process to be improved through visits to the institution to collect information, the use of quality tools, analysis according to ISO 9001: 2015, and process reengineering.

Regarding the results found, the company presents internal problems in the design of the current process from attention to delays, coordination issues with other areas linked to the process, or activities that do not generate value.

Keywords: process, redesign, agreements, quality, reengineering.

I. INTRODUCCIÓN

En el contexto actual que vivimos en el Perú, las normativas establecidas a lo largo del tiempo relacionadas con la gestión por procesos, la modernización de la administración pública y las norma ISO, permiten obtener un mejor nivel de gestión y desarrollo para la atención de los servicios que se ofrecen a la ciudadanía.

Una buena atención a la ciudadanía comprende prestar servicios de calidad e interiorizar que todas las acciones o inacciones de la entidad, a lo largo del ciclo de gestión, impactan en el servicio final que se presta al ciudadano. Todo ciudadano, sea que actúe en nombre propio o en virtud de representación, tiene derecho a recibir servicios de calidad al momento de realizar algún trámite o requerir algún servicio del estado (PCM, 2015).

Por decreto supremo N° 048-2001-AG se aprobó el reglamento en los que se establece que el SENASA es la autoridad nacional en Sanidad Agraria en el país y tiene autoridad oficial en temas de calidad de insumos, producción Orgánica e Inocuidad Agroalimentaria, y dentro del contexto para una buena atención al ciudadano, se propone acciones relacionadas con la gestión para lograr una mejor optimización de los recursos para cumplir objetivos y metas de la organización, buscar la reducción reducir las repercusiones directas e indirectas de principales enfermedades presentes en la producción pecuaria, Proteger el patrimonio agro sanitario del ingreso o dispersión de plagas y enfermedades reglamentadas y del incremento de plagas y enfermedades que se consideran de importancia económica.

Dentro de la estructura de la organización se encuentra a la Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones, unidad de asesoramiento dentro de la Oficina de Planificación y Desarrollo Institucional cuyo objetivo es la gestión relacionada a procesos y procedimientos a fin de plantear acciones que permita la simplificación administrativa, y la optimización de los recursos. (SENASA, 2005, p. 13.)

Los servicios que ofrece el SENASA se encuentran algunos más desarrollados que otros en relación a la atención o manejo interno, en ese sentido, a fin de mejorar el proceso de emisión de convenios y mejorar la calidad del servicio que ofrece, se ve en la obligación de analizar cambios en ellos, ya que presentan problemas en su diseño, demoras en la atención al usuario, temas de coordinación del trabajo desarrollado internamente con otras áreas vinculadas al proceso, actividades que no generan valor o falta de sistematización de algunas actividades.

Como parte fundamental del presente trabajo se describen el objetivo general y los objetivos específicos. El análisis elaborado en el presente trabajo se da por la necesidad de realizar las mejoras en el proceso de emisión de convenios para realizar servicios oficiales a nombre del SENASA.

El desarrollo del trabajo de titulación ha sido dividido por capítulos, siendo el capítulo II el que corresponde la revisión de literatura en donde se expone de forma organizada los elementos teóricos y la explicación de los conceptos básicos relacionados a Procesos, enfoque a procesos, mejora continua, así como también lo relacionado a la reingeniería de procesos, y modernización de la gestión pública.

El capítulo III describe los materiales y metodología utilizados en el presente trabajo de investigación para la obtención de información y análisis de la organización, los cuales establecieron las bases para la propuesta de mejora en el proceso de emisión de convenios a terceros para actividades oficiales.

El capítulo IV detalla los resultados obtenidos fundamentados de entrevistas, de documentación y de normativa vinculada al proceso. El capítulo V enumera las conclusiones obtenidas con el trabajo realizado. Finalmente, en el capítulo VI se presentan las recomendaciones a seguir para la implementación de la propuesta de mejora para el proceso a investigar.

1.1. OBJETIVO PRINCIPAL

Desarrollar propuesta de mejora para el proceso de emisión de convenios a terceros para realizar actividades oficiales a nombre del SENASA, basada en la norma ISO 9001 2015 desde el inicio hasta la entrega del documento resolutivo y seguimiento.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Efectuar el análisis del SENASA en su situación inicial para el proceso de emisión de convenios para identificar puntos críticos.

- Determinar el grado en que el proceso de Emisión de convenios a terceros para realizar actividades oficiales cumple con los requisitos de la norma ISO 9001:2015

- Elaborar una propuesta de mejora para el proceso de emisión de convenios basada en la norma ISO 9001:2015

- Elaborar un presupuesto de la implementación de la propuesta de mejora para el proceso de emisión a convenios.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

En este capítulo se presenta elementos teóricos generales y particulares, así como conceptos fundamentales para la investigación, con el objetivo de dar a conocer un marco de referencia para la comprensión del proceso en análisis, seguido de conceptos de calidad, sistemas de gestión de calidad, procesos, herramientas de calidad.

2.1. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- a. **Administrado:** Es la persona natural o jurídica que solicita realizar un trámite ante el SENASA.
- b. **Actividades oficiales:** Según el PRO-UGCA-03 (2010), servicios esenciales para salvaguardar la vida, la salud de las personas y los animales y a la preservación de los vegetales, que tiene la naturaleza de bienes públicos que favorecen la competitividad del sector agrario nacional y respaldan el desarrollo sostenido de la agro exportación, siendo prioritarios para el desarrollo agrario nacional.
- c. **Dirección Ejecutiva:** Son aquellos órganos descentralizados del SENASA a nivel nacional y que mantienen contacto con el nivel central y en donde se puede tramitar los expedientes para solicitar y realizar servicios oficiales a nombre del SENASA.
- d. **Dispositivos específicos:** Normas de emisión de convenios que establecen los requisitos y procedimientos particulares para postular a la autorización ante el SENASA en una determinada actividad. Asimismo, define las condiciones y directrices que deben cumplir los terceros autorizados una vez que obtienen la autorización, los que pueden ser complementados mediante documentos normativos como procedimientos, instructivos, convenios.
- e. **Documento resolutivo:** También llamado convenio, es el documento final que se le entrega al administrado que ha solicitado acceder a realizar actividades de vacunación o pruebas diagnósticas a nombre del SENASA, previa evaluación de requisitos establecido en las normas del servicio que solicita.

- f. **Expediente:** Solicitud y documentos adjuntos presentados en la Direcciones ejecutivas a nivel nacional a fin de acceder a un servicio oficial.
- g. **Ficha técnica del proceso:** La ficha del procedimiento es el formato donde se describen el nombre del procedimiento, el objetivo del mismo, el alcance y los elementos que lo conforman (entradas, proveedores, actividades, salidas, destinatarios de los bienes y servicios). (PCM, 2013).
- h. **ISO 9001 2015:** Establece los requisitos que debe cumplir una organización enfocándose en el contexto de la organización, liderazgo, planificación, apoyo, operación, mejora etc. para la adopción de un sistema de gestión de calidad.
- i. **Mapa de procesos:** Representación gráfica que ayuda a visualizar los procesos existentes en una Organización y su interrelación entre ellos.
- j. **Órgano de línea competente:** Para el presente documento se les llama así a las otras unidades u oficinas que interactúan con la Unidad de gestión de Calidad y autorización a fin de coordinar actividades necesarias para la atención del servicio de autorización a terceros.
- k. **Personal de práctica privada autorizado:** Todo médico Veterinario, Técnico Agropecuario y promotor Agropecuario que no pertenezcan al servicio oficial y que esté autorizado por el Servicio nacional de Sanidad Agraria-SENASA para cumplir actividades de vacunación y otros expresamente indicados (D.S 002-2007-AG).
- l. **Promotor Agropecuario:** Persona capacitada adiestrada y reconocida por el SENASA, para la ejecución de actividades zoonosanitarias
- m. **Propietario:** Persona natural o jurídica que tiene la propiedad de algún predio, establo o animal.
- n. **Servicios oficiales fito y zoonosanitarios:** Servicios esenciales para salvaguardar la vida, la salud de las personas y los animales y preservación de los vegetales, que tienen la naturaleza de bienes públicos que favorecen la competitividad del sector agrario nacional y respaldan el desarrollo sostenido de la agroexportación, siendo prioritarios para el desarrollo agrario nacional (D.L. 1059)
- o. **Sistema de aprobación interna:** Conjunto de disposiciones mutuamente relacionadas, establecidas y organizadas por el SENASA para la autorización de personas naturales o jurídicas, externas e independientes de la institución, para la ejecución de servicios oficiales bajo su supervisión, mediante el cual el SENASA reconoce a una persona natural o jurídica, estatal o particular, como idónea, apta y técnicamente competente para ejecutar servicio oficial del SENASA bajo

condiciones definidas en los dispositivos específicos.

- p. Técnico agropecuario de actividad privada autorizado:** Todo Técnico Agropecuario, titulado, que no pertenezca al servicio oficial y que se encuentra autorizado por el Servicio nacional de Sanidad Agraria-SENASA (D.S 002-2007).
- **Formato de solicitud:** Es el formato utilizado a presentar para acceder al servicio solicitado el cual es ingresado por el administrado.
 - **Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones:** Es la unidad responsable de generar documento resolutivo (convenio).
- q. Vacuna:** Producto biológico, que, al ser inoculado en el organismo del animal, produce una respuesta inmunológica que protege al animal contra la enfermedad por un tiempo determinado (D.S 002-2007-AG).
- **Zoonosis:** Son un grupo de enfermedades transmisibles que tiene dos actores principales la persona que es la que sufre el problema y los animales como reservorios y vectores de este grupo de enfermedades, de ámbito nacional y que quizás más que ninguna otra enfermedad muestra la relación que existe entre la salud pública, el ambiente y el bienestar socioeconómico, determinado por la influencia de los factores socioculturales y económicos existentes en la realidad nacional y que requieren de actividades coordinadas y concertadas entre direcciones del Ministerio de Salud, con otros sectores y organismos internacionales, con participación de la comunidad (MINSA, 2013).

2.2. CALIDAD

Según Joseph M Juran (1990), La Palabra Calidad tiene múltiples significados. Dos de ellos son los más representativos.

1. La calidad consiste en aquellas características de producto que se basan en las necesidades del cliente y que por eso brindan satisfacción del producto.
2. Calidad consiste en libertad después de las deficiencias.

Según Deming (1989), Calidad es traducir las necesidades futuras de los usuarios en características medibles, solo así un producto puede ser diseñado y fabricado para dar satisfacción a un precio que el cliente pagará; la calidad puede estar definida solamente en términos del agente.

Según Crosby (1988), Calidad es conformidad con los requerimientos. Los requerimientos tienen que estar claramente establecidos para que no haya malentendidos; las mediciones deben ser tomadas continuamente para determinar conformidad con esos requerimientos; la no conformidad detectada es una ausencia de calidad.

Según Anda (1995), nos manifiesta que, en una organización encaminada hacia la calidad, se deben tomar en cuenta los siguientes requisitos para lograrla:

1. Se debe ser constante en el propósito de mejorar el servicio y el producto.
2. Al estar en una nueva era económica, estamos obligados a ser más competentes.
3. El servicio o producto desde su inicio debe hacerse con calidad.
4. El precio de los productos debe estar en relación con la calidad de los mismos.
5. Se debe mejorar constantemente el sistema de producción y de servicio, para mejorar la calidad y la productividad para abatir así los costos.
6. Hay que establecer métodos modernos de capacitación y entrenamiento.
7. Se debe procurar administrar con una gran dosis de liderazgo, a fin de ayudar al personal a mejorar su propio desempeño.
8. Se debe crear un ambiente que propicie la seguridad en el desempeño personal.
9. Deben eliminarse las barreras interdepartamentales.
10. A los trabajadores en lugar de metas numéricas se les debe trazar una ruta a seguir para mejorar la calidad y la productividad.
11. El trabajador debe sentirse orgulloso del trabajo que realiza.
12. Se debe impulsar la educación de todo el personal y su autodesarrollo.
13. Se deben establecer todas las acciones necesarias para transformar la empresa hacia un fin de calidad.

Según ISO 9000 (2015) es el grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos. Una organización orientada a la calidad promueve una cultura que da como resultado comportamientos, actitudes, actividades y procesos para proporcionar valor mediante el cumplimiento de las necesidades y expectativas de los clientes y otras partes interesadas pertinentes.

Se debe tomar en cuenta la Calidad en las organizaciones para los servicios que se ofrecen, esto sólo se puede alcanzar teniendo en cuenta los pasos antes mencionados, con el fin de

hacer de la calidad un compromiso para cada uno de los miembros de la institución.

En conclusión, la Calidad es una parte importante relacionada a cualquier servicio que se ofrece y que el usuario puede percibirlo como la satisfacción de su necesidad, es por esta razón que, al plantear mejoras en un proceso, actividad, o tarea se debe tener presente este requisito que buscará cumplir las expectativas de los clientes.

2.3. SISTEMAS DE GESTIÓN Y SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Según Martínez y Martín (2014), En muchas ocasiones utilizamos el término de gestión, se dice que debemos gestionar las organizaciones, y llamamos gestores a las personas responsables de realizar la gestión, pero, en definitiva, ¿qué entendemos por gestión?

Según las normas ISO 9000, gestión es el conjunto de actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización, y sistema es el conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan. Por lo tanto, un sistema de gestión es el conjunto de actividades encaminadas a dirigir y controlar los elementos que forman un sistema, capaz de establecer la política y los objetivos de una organización, y establecer la estrategia para poder lograr dichos objetivos (INDECOPI, 2001).

Según ISO 9001 (2015), sistema de gestión es el conjunto de elementos de una organización interrelacionados o que interactúan para establecer políticas, objetivos y procesos para lograr estos objetivos.

Según ISO 9001 (2015), un sistema de gestión de calidad parte de un sistema de gestión relacionada con la calidad. Un SGC comprende actividades mediante las que la organización identifica sus objetivos y determina los procesos y recursos requeridos para lograr los resultados deseados. Un SGC gestiona los procesos que interactúan y los recursos que se requieren para proporcionar valor y lograr los resultados para las partes interesadas pertinentes.

En conclusión, cuando referimos sistema de gestión de calidad, lo vinculamos con actividades que realizan las organizaciones de manera sistemática que coadyuvan a un

objetivo y que concentran diferentes etapas para su realización tales como planificación, controles, seguimiento relacionadas a la búsqueda de la calidad en donde se vinculan todos los recursos disponibles sean estos humanos, tecnológicos, equipos etc., cuyo fin es mejorar la calidad de un producto o servicio.

2.4. PROCESO

Según Davenport y Short (1990), define al proceso como un conjunto estructurado y medido de actividades que mantiene un orden específico a lo largo del tiempo y del espacio, con un comienzo y un final y unas entradas y salidas claramente identificadas: una estructura para la acción.

Según Harrington (1991), define proceso como cualquier actividad o grupo de actividades que toma una entrada, le agrega valor y provee una salida a un cliente interno o externo. Los procesos utilizan los recursos de la organización para proveer un resultado final.

Según Zairi (1997), define al proceso como un acercamiento para convertir elementos de entrada en elementos de salida, este es el camino en donde todos los recursos de la organización son utilizados de manera confiable, repetible y consistente (estadísticamente) para asegurar las metas de la empresa.

Organización Internacional para la estandarización ISO 9000.2005 define al proceso como un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Según Galloway (2002), define a un proceso como un conjunto de pasos, tareas o actividades que tienen un principio y un final y que utilizan inputs para producir un producto tangible o un servicio intangible como output. Se debe considerar como inputs a los materiales, equipos, información, recursos humanos, recursos monetarios o condiciones medio ambientales, los cuales son transformados para producir los outputs, es decir, un producto o servicio creado en el desarrollo del proceso para la entrega al cliente.

Según la ISO 9000 (2015), Sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y vocabulario nos dice que proceso es “conjunto de actividades mutuamente relacionadas que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto”, y el resultado previsto de un proceso se denomina salida el cual es el resultado de un proceso.

La salida de una organización sea un producto o un servicio depende de la preponderancia de las características involucradas, por ejemplo, una pintura que se vende en una galería es un producto mientras que el suministro de una pintura encargada es un servicio, una hamburguesa comprada en una tienda minorista es un producto mientras que una hamburguesa recibida, ordenada y servida en un restaurante es parte de un servicio.

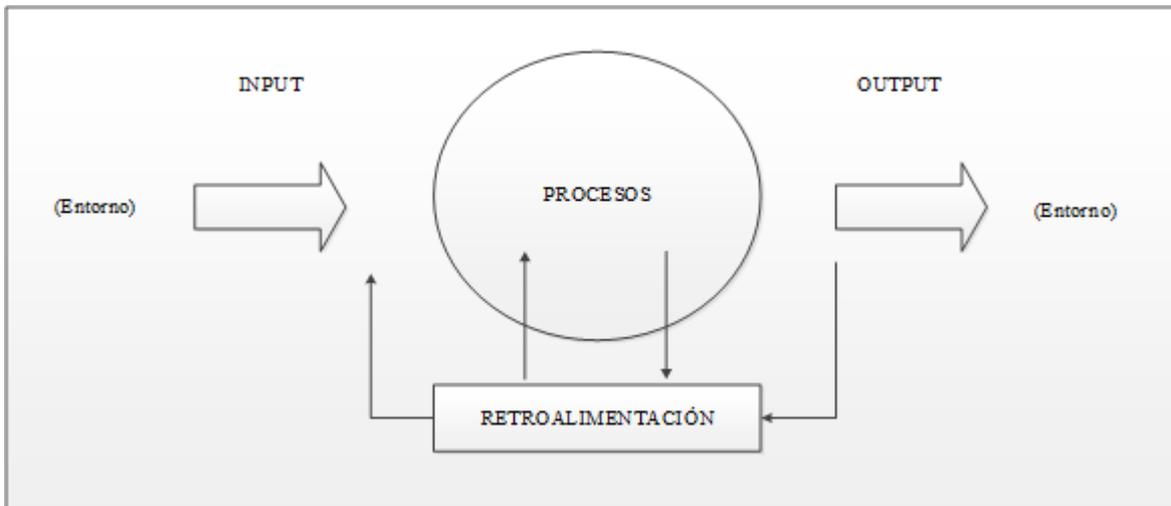
– **Tipos de proceso**

Según Tinnila (1995) clasifica los procesos en tres grandes grupos. En el primer grupo aparecen los procesos operativos, o aquellos relacionados con mejorar la eficiencia operativa de la relación transformadora, entrada (input) y salida (output); en este concepto, los procesos se comportan como elementos transformadores que consumen recursos en mínimos niveles para entregar resultados de acuerdo a las especificaciones. El segundo grupo hace referencia a los procesos que siguen el mismo principio anterior. Donde adicionalmente, el impacto que se debe alcanzar en el elemento transformador debe ser radical en la eficiencia operativa, de tal forma que se maximice el beneficio de los clientes. Y en el tercer grupo, se encuentran los procesos visualizados a nivel macro de la organización.

Según Chan y Speding (2003), otra forma de ver los procesos para su gestión es la denominada: cadena-proveedor-transformador-cliente (que sigue la lógica de la teoría de sistemas. Desde este enfoque, los procesos se visualizan desde el grupo de las entradas (inputs) suministradas por proveedores, en donde se encuentran bienes materiales, recursos financieros, información, personal, etc. Una vez que se cuenta con los recursos, se realizan una serie de actividades de transformación que culminan con una o varias salidas (outputs) en las que todos los elementos se interrelacionan y son interdependientes, pero a su vez todos siguen algunos patrones determinados.

Figura 1

Representación de un sistema de proceso



FUENTE: Millán (2005)

Desde la metodología para la implementación de la Gestión por procesos en las entidades de la administración pública en el marco del D.S. N°004-2013 Política de modernización de la gestión pública se pueden clasificar los tipos de procesos:

Generalmente, se trabaja con tres tipos de procesos dentro de las organizaciones, los que dan forma a la representación gráfica del Mapa de Procesos: los estratégicos, los operativos o misionales y los de apoyo o soporte.

a. Procesos estratégicos

Son los procesos relacionados a determinación de las políticas, estrategias, objetivos y metas de la entidad, así como asegurar su cumplimiento. En relación a los procesos estratégicos la Entidad debe crear los mecanismos y evaluar el desempeño de cada proceso de la entidad.

b. Procesos operativos o misionales

Son los procesos de producción de bienes y servicios de la cadena de valor, denominado también proceso de realización clave o Core business. Son los que incorporan los requisitos y necesidades de los ciudadanos o destinatario de los bienes y servicios, y son los encargados de la lograr la satisfacción del mismo, este proceso tiene que agregar

valor, concepto relacionado a la cadena de valor.

c. Procesos de apoyo o soporte

Se encargan de brindar apoyo o soporte a los procesos operativos o misionales, son los que realizan las actividades necesarias para el buen funcionamiento de los procesos operativos o misionales.

– **Enfoque a Procesos**

Según la Norma ISO 9001:2015 esta norma internacional promueve la adopción de un enfoque a procesos al desarrollar, implementar y mejorar la eficacia de un sistema de gestión de la calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de los requisitos del cliente.

La comprensión y gestión de los procesos interrelacionados como un sistema contribuye a la eficacia y eficiencia de la organización en el logro de sus resultados previstos. Este enfoque permite a la organización controlar las interrelaciones e interdependencias entre los procesos del sistema, de modo que se pueda mejorar el desempeño global de la organización.

El enfoque a procesos implica la definición y gestión sistemática de los procesos y sus interacciones, con el fin de alcanzar los resultados previstos de acuerdo con la política de la calidad y la dirección estratégica de la organización. La gestión de los procesos y el sistema en su conjunto puede alcanzarse utilizando el ciclo PHVA con un enfoque global de pensamiento basado en riesgos dirigido a aprovechar las oportunidades y prevenir resultados no deseados.

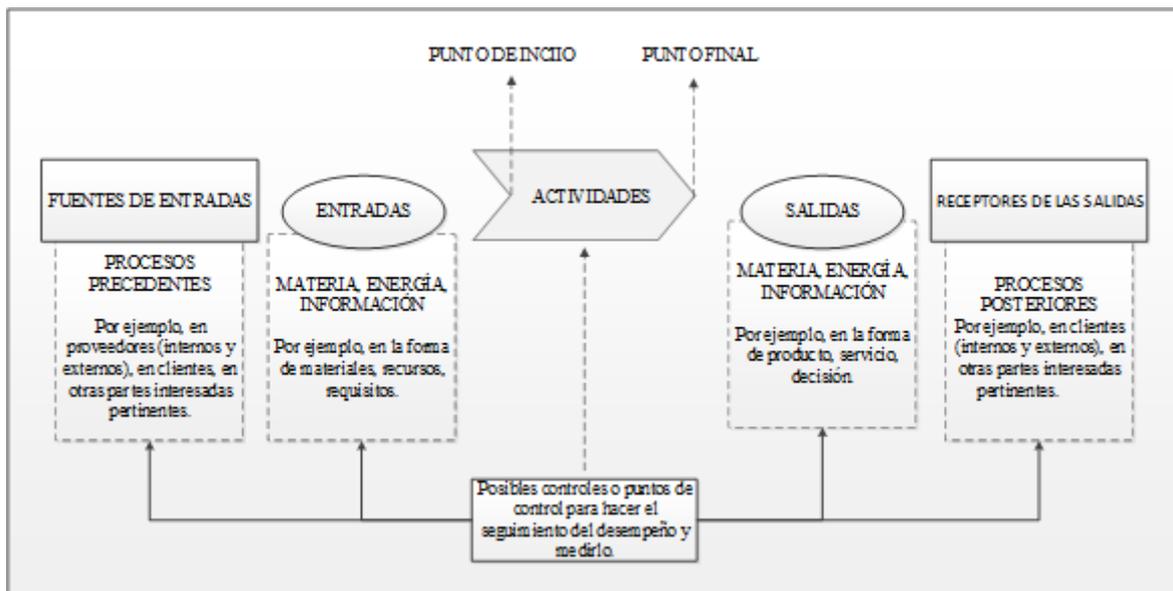
La aplicación del enfoque a procesos en un sistema de gestión de la calidad permite:

- La comprensión y la coherencia en el cumplimiento de los requisitos;
- La consideración de los procesos en términos de valor agregado;
- El logro del desempeño eficaz del proceso;
- La mejora de los procesos con base en la evaluación de los datos y la información.

La Figura 2 proporciona una representación esquemática de cualquier proceso y muestra la interacción de sus elementos. Los puntos de control del seguimiento y la medición, que son necesarios para el control, son específicos para cada proceso y variarán dependiendo de los riesgos relacionados.

Figura 2

Representación esquemática de los elementos de un proceso



En conclusión, los procesos permiten a la organización estructurar y aterrizar las actividades que realizan a fin se logre una estandarización de estos y permita seguir una línea de acciones para cumplir con objetivos y metas establecidos por la organización relacionados con las estrategias de la organización, de tal manera permitan ser mejorados en el tiempo siguiendo las etapas o pasos establecidos.

2.5. MEJORA CONTINUA

El Ciclo de Deming es una estrategia para la mejora continua basado en cuatro pasos: Planear, hacer, verificar y actuar también llamado ciclo PDCA, su implementación permite a las Empresas una mejora en los productos y servicios

Según la NTP-ISO 9000:2001, Mejora continua es una "actividad recurrente para aumentar

la capacidad para cumplir los requisitos" siendo los requisitos la "necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria".

- Análisis y evaluación de la situación existente.
- Objetivos para la mejora.
- Implementación de posible solución.
- Medición, verificación, análisis y evaluación de los resultados de la implementación.
- Formalización de los cambios.

Los resultados se revisan para detectar oportunidades de mejora. La mejora es una actividad continua, y parte de la información recibida del propio sistema y de los clientes.

Dentro del contexto de un sistema de gestión de la calidad, el ciclo PHVA es un ciclo que está en pleno movimiento. Que se puede desarrollar en cada uno de los procesos. Está ligado a la planificación, implementación, control y mejora continua, tanto para los productos como para los procesos del sistema de gestión de la calidad.

El ciclo PHVA se explica de la siguiente forma:

Planificar:

- Involucrar a la gente correcta.
- Recopilar los datos disponibles.
- Comprender las necesidades de los clientes.
- Estudiar exhaustivamente el/los procesos involucrados.
- ¿Es el proceso capaz de cumplir las necesidades?
- Desarrollar el plan/entrenar al personal.

Hacer:

- Implementar la mejora/verificar las causas de los problemas.
- Recopilar los datos apropiados.

Verificar:

- Analizar y desplegar los datos.
- ¿Se han alcanzado los resultados deseados?

- Comprender y documentar las diferencias.
- Revisar los problemas y errores.
- ¿Qué se aprendió?
- ¿Qué queda aún por resolver?

Actuar:

- Incorporar la mejora al proceso.
- Comunicar la mejora a todos los integrantes de la empresa.
- Identificar nuevos proyectos/problemas

En conclusión, la mejora continua nos permite incluir cambios que consideramos relevantes y que benefician a los procesos, actividades, tareas que se realizan a fin de optimizarlos continuamente. Se considera que no es estática en el tiempo, por lo que implementarla mejorará la calidad del servicio ofrecido.

2.6. PRINCIPIOS DE LA GESTIÓN DE CALIDAD

Según Equipo de tutores (2017), la ISO 9001:2015 ha sido desarrollada tomando como base los principios de gestión de la calidad introducida en su momento por la ISO 9000:2000. En su momento, eran ocho los principios de gestión de calidad, pero la nueva versión los dedujo a 7. Ha desaparecido el principio de “Enfoque de sistemas para la gestión”, aunque en realidad no, porque queda implícito en la redacción de los siete principios.

Los siete principios de la calidad que pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la organización hacia una mejora en el desempeño:

- 1. Enfoque al cliente:** Las organizaciones dependen de sus clientes y por tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.
- 2. Liderazgo:** Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.
- 3. Participación del personal:** El personal, a todos los niveles es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.

4. **Enfoque basado en procesos:** Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
5. **Mejora continua:** La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.
6. **Enfoque basado en hechos para la toma de decisión:** las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
7. **Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:** Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

2.7. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

La implementación de un sistema de gestión de calidad contribuye a la gestión más eficiente de los procesos de la organización y permitiendo mejorar la eficacia de la misma. Dentro de sus beneficios.

Según López (2016), podemos encontrar los siguientes beneficios de la implementación ISO 9001:

- a. **Mejora en la gestión y dirección de la organización:** La norma ISO 9001 exige la implicación total del equipo directivo en la implementación del sistema y su mejora continua, la revisión sistemática de los datos, el establecimiento de objetivos y la toma de acciones encaminadas a la consecución de los mismos.
- b. **Aumento de la productividad:** La implementación del sistema supone una revisión profunda de todos los procesos y, en muchos casos, su rediseño.
- c. **Clientes satisfechos:** Una de las claves del éxito del sistema de gestión es el enfoque a los clientes y grupos de interés de la compañía. Evaluar su grado de satisfacción, tratar de identificar sus expectativas, contar con su opinión en el desarrollo del producto o del servicio.
- d. **Personal motivado:** la norma exige que el personal de la organización conozca sus funciones y responsabilidades dentro de la misma, así como que tenga las competencias necesarias para desempeñarlas eficazmente, lo que supone que la organización se preocupa de la formación continua y el reciclaje de su personal lo que unido a un entorno de trabajo mejor gestionado refunda favorablemente en el nivel de

motivación del personal interno.

- e. **Mejora la imagen:** Una certificación ISO 9001 en sí misma es un distintivo de calidad y una excelente carta de presentación para la empresa.

2.8. DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Los documentos del sistema de gestión de calidad es la información documentada que se utiliza en la organización y sirve como medio de soporte y de ayudar a entender cómo funciona la organización desde adentro, esto permite que la organización pueda manejar sus actividades y consiga una mejor eficacia, eficiencia en las actividades que realiza.

Según Bustelo (2007), menciona que para poder implantar un sistema de gestión de documentos en una organización es imprescindible abarcar la gestión de documentos en toda su complejidad.

Esto requiere de una visión global de todos los aspectos involucrados en el proyecto de gestión documental para logran integrar los documentos en papel, electrónicos, bases de datos y las personas que intervienen en el mismo.

Según Abril et al. (2008), la documentación es el soporte del sistema de gestión de calidad, pues en ella residen las formas de operar de la organización, así como toda la información que permite el desarrollo de los procesos y la toma de decisiones. Menciona que los documentos más habituales de soporte a un Sistema de Gestión de Calidad: Manual de calidad, Mapa de procesos/funciones, y el Manual de procedimientos documentados y registros.

2.8.1. Manual de Calidad

Según Fontalvo y Vergara (2010), el manual de calidad es el documento que evidencia las diferentes actividades que desarrolla una empresa para cumplir los requisitos de la norma ISO 9001, en el cual se refleja la estrategia que establece la empresa de servicio para implantar el SGC, El manual de calidad refleja el compromiso de la empresa de servicios de garantizar la satisfacción del cliente.

Según Senlle, A. y Stoll, G (1994), sostienen que el manual de la Calidad es un documento básico dentro del sistema, ya que en él se menciona con claridad lo que hace la organización para alcanzar la calidad mediante la adopción de un sistema de calidad.

Según Abril *et al.* (2008), el manual de calidad define, por un lado, la estructura, responsabilidades, actividades, recursos y procedimientos genéricos que una organización establece para llevar a cabo la gestión de la calidad. En él se describen la política de la calidad de la empresa, la estructura organizacional, la misión de todo elemento involucrado en el logro de la calidad, etc.

2.8.2. Manual de procedimientos

Según Rusenas (1999), El manual de procedimientos es útil porque permite conocer el funcionamiento interno de las dependencias en lo que se refiere a la descripción de tareas, ubicación, requerimientos y a los puestos responsables de su ejecución.

Según Quiroga (1988), El Manual de procedimientos describe claramente las etapas o pasos que deben cumplirse para ejecutar una función, cuales son los soportes documentales y que autorización requiere.

Según Abril *et al.* (2008), el Manual de procedimientos define específicamente todos los procedimientos que aseguren la calidad del producto final. Sintetiza de forma clara y precisa los procedimientos operativos, donde, se refleja de modo detallado la forma de actuación y responsabilidad de todo miembro de la organización dentro del marco del sistema de calidad de la empresa.

Según Ugalde (2005), la estandarización de procesos mediante la confección de Manuales de procedimientos, tiene dos componentes. El primero, se refiere al proceso de elaboración y aprobación. El segundo componente se asocia con la fuerza que impulsa el cambio. Además, hace mención de las ventajas de tener procedimientos documentados:

- Estandarizar y uniformar el desempeño de las personas.
- Simplificar los procesos.
- Agilizar el funcionamiento de la Institución o Empresa. Al evitar pérdidas

innecesarias de tiempo.

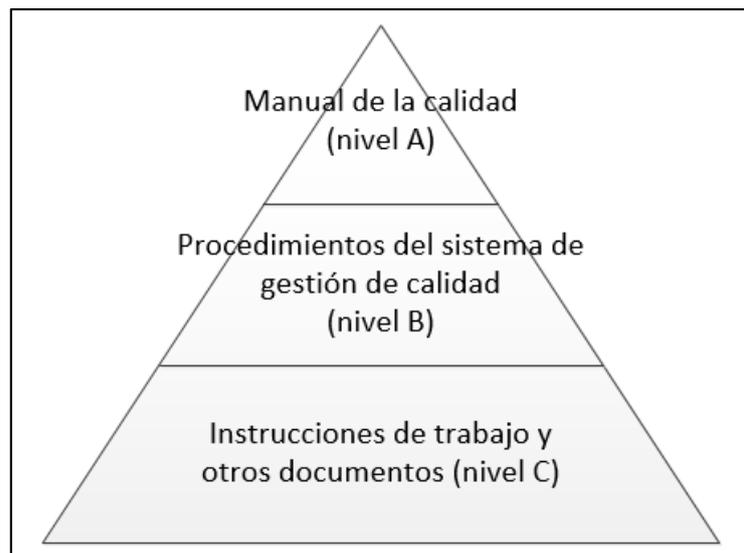
- Perdurar en el tiempo. Al documentar procedimientos, garantizamos su permanencia en el tiempo, evitando con ello que nuevos empleados por olvido, desconocimiento o mala intención dejen de hacer esa labor.

2.9. PIRÁMIDE DE LA DOCUMENTACIÓN ISO 9001:2015

Según López (2016), La estructura y organización de la documentación de un sistema de gestión tiende a seguir un orden jerárquico. La base representa los documentos que más frecuentemente se encuentran en el sistema documental del sistema de gestión y en la cúspide, se encuentra un documento que suele ser el que marca las líneas maestras o directrices generales del sistema de gestión.

Figura 3

Pirámide de la documentación de un sistema de gestión



Según la Figura 3 en la cúspide de la pirámide o nivel A, se encuentra el “Manual de la calidad”. Este documento describe, en líneas generales, cómo es el sistema de gestión de la calidad, incluyendo el alcance y las exclusiones del sistema de gestión y hasta la publicación de la ISO 9001:2015 constituía el documento “maestro” de todo el sistema (Qué debe hacerse). Algunas organizaciones colocan también en la cúspide la política y los objetivos de la calidad.

En la Parte intermedia, o nivel B, se encuentran los “Procedimientos del sistema de gestión de calidad”. Estos documentos describen la forma en que se llevan a cabo los procesos del sistema de gestión y pueden estar o no documentados (Cómo debe hacerse).

En la parte baja o base de la pirámide (nivel C) se encuentran los “Registros” del sistema de gestión y otros documentos que sirven para concretar y detallar actividades del sistema, como instrucciones de trabajo, especificaciones técnicas, planos... etc. (Cómo se hizo).

Cada organización debe definir su propia estructura jerárquica de documentación y diseñar su propia pirámide, que podrá tener más o menos niveles e incluir documentos específicos de la actividad y sector al que pertenezca la organización.

2.10. LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Según Rodríguez (2011), nos dice que la administración pública es el medio o instrumento para el ejercicio del poder, a través de ella se ejecuta con mayor o menor eficacia las decisiones del Gobierno. La Administración Pública cumple con su rol desarrollando acciones en los campos de:

1. **Redistribución:** cuando realiza transferencias de ingresos y recursos en general entre grupos de individuos, sectores productivos, y del Estado aprobados o viceversa.
2. **Producción:** de bienes y servicios. Cuando toma responsabilidades directas tanto en la producción de bienes y servicios como en el proceso de acumulación.
3. **Regulación:** cuando trata de inducir u obligar el comportamiento de los agentes sociales y económicos para adaptarlos o compatibilizarlos con las políticas de Gobierno.

– Excelencia en la Administración Pública

Martínez y Martín (2014), Excelencia operativa en la Administración Pública, cuando esta acomete sus acciones en base a los principios de la superior calidad, proporcionando la mayor utilidad posible y satisfacción para los usuarios, con la óptima utilización de los recursos disponibles.

La Administración Pública ha sufrido grandes cambios en las últimas décadas, y estos cambios también se han reflejado en su gestión. La cada vez más común permeabilidad a la aplicación de herramientas del sector privado ha implicado que se

haya pasado de la clásica administración burocratizada o Weberiana (Efectividad) a la administración de corte taylorista, para llegar finalmente a la administración gestionada (Eficiencia).

Sin embargo, a día de hoy, las herramientas que tradicionalmente han permitido disfrutar de una gestión pretendidamente efectiva y eficiente no son suficientes, y hay que tener en cuenta otros aspectos fundamentales, como la participación, la apertura, la responsabilidad, la eficacia y la coherencia, que constituyen los cinco pilares de la denominada gobernanza.

- a. Participación:** La calidad, la pertinencia y la eficacia de la gestión pública implica una amplia participación de los ciudadanos en todas y cada una de las distintas fase de los procesos, desde la concepción hasta la aplicación de los mismos, refiriéndose a la obligatoriedad de tener en cuenta la opinión de los beneficiarios o grupos-objeto de la administración, es decir , conocer las necesidades y expectativas de los grupos de interés, así como la satisfacción de estos en la prestación del servicio recibida.
- b. Apertura:** La Administración debe trabajar de una forma más abierta. Junto con los grupos de interés, deberían desarrollar una comunicación más activa sobre la labor que realizan y sobre las decisiones que esta adopta. Deberían, asimismo, utilizar un lenguaje que resultara accesible para el público en general. Este aspecto reviste una especial importancia si se quiere fomentar la confianza en unas instituciones de por sí complejas.
- c. Responsabilidad:** Cada unidad implicada en una materia concreta debe explicar su acción y asumir la responsabilidad que le incumba. Pero también se precisa una mayor claridad y una mayor responsabilidad de la Administración y de todos los agentes que participan en el desarrollo y aplicación de las políticas en los distintos niveles.
- d. Eficacia:** Las medidas deben ser eficaces y oportunas, y producir los resultados buscados sobre la base de unos objetivos claros, de una evaluación de su futuro impacto y, en su caso, de la experiencia acumulada. La eficacia requiere también que la aplicación de las políticas de la Unión Europea se proporcionada y que las decisiones se tomen al nivel más apropiado.
- e. Coherencia:** Las políticas desarrolladas y las acciones emprendidas deben ser coherentes y fácilmente comprensibles. La necesidad de aplicación de este principio a la administración es cada vez mayor, ya que sus tareas son cada vez

más complejas y diversas. La coherencia requiere un liderazgo político y un firme compromiso por parte de las Instituciones con vistas a garantizar un enfoque coherente dentro de un sistema complejo.

En conclusión, las organizaciones estatales forman parte de la administración pública con el fin de solucionar necesidades que solicita la ciudadanía para lo cual el estado tiene el poder de ejecutarlo, es por esta razón que la administración pública necesita instrumentos que permitan lograr cubrir las necesidades públicas por lo que los funcionarios inmersos en estas labores cumplen una función fundamental de brindar un servicio responsable, eficaz y coherente al ciudadano.

2.11. REINGENIERÍA DE PROCESOS

Según Halliburton (2006), en el contexto de la administración pública, la reingeniería de procesos estudia el flujo de las actividades de conversión que dan base a la transformación de los insumos en productos institucionales adecuados. El rediseño o reingeniería de procesos es un conjunto de tareas técnicas, de relevamiento, análisis y diagnóstico de los circuitos administrativos y de gestión de las organizaciones públicas, destinado a determinar el estado actual y proponer las medidas para procesar los requerimientos de los productos internos y la producción terminal- los productos finales- que justifica la existencia de la institución pública.

Según Hammer & Champy (1994) reingeniería es la revisión fundamental y el rediseño radical de procesos para alcanzar mejoras espectaculares en medidas críticas y contemporáneas de rendimiento, tales como costos, calidad, servicio y rapidez.

Según Alarcón (1998), La reingeniería de procesos se puede entender como: una comprensión fundamental y profunda de los procesos de cara al valor añadido que tienen para los clientes, para conseguir un rediseño en profundidad de los procesos e implantar un cambio esencial de los mismos para mejoras espectaculares en medidas críticas del rendimiento (costes, calidad, servicio, productividad, rapidez,...) modificando al mismo tiempo el propósito del trabajo y los fundamentos del negocio, de manera que permita establecer si es preciso unas nuevas estrategias corporativas.

Según Hammer y Staton (1997), la reingeniería trata sobre el diseño de cómo debe realizarse el trabajo. Con frecuencia pensamos que el concepto de diseño sólo se aplica a los productos tangibles. Sin embargo, la reingeniería se basa en la premisa de que el diseño de los procesos (cómo se hace el trabajo) es de fundamental importancia.

Según Sáez *et al.* (2003), “Reingeniería es la revisión fundamental y el rediseño radical de procesos para alcanzar mejoras espectaculares en medidas críticas y contemporáneas de rendimiento, tales como costos, calidad, servicio y rapidez”.

2.12. REDISEÑO O REINGENIERÍA DE PROCESOS EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Según Halliburton (2006), la administración pública es la organización encargada de implementar las políticas públicas y satisfacer las demandas de la ciudadanía.

El reconocimiento de esta misión de la Administración Pública, de prestación de servicios, implica una nueva concepción de la gestión estatal que, a su vez, conlleva cambios sustanciales tanto en su estructura organizativa, como en su cultura interna, esto es, en las relaciones que se establecen entre empleados, y entre estos y el público, y en la forma en que se entiende la actividad administrativa.

Esta nueva cultura debe poner el énfasis en los procesos, en los resultados y en la calidad de los servicios a los ciudadanos, más que en las tareas, las rutinas y las estructuras.

El rediseño o reingeniería de procesos es un conjunto de tareas técnicas, de relevamiento, análisis y diagnóstico de los circuitos administrativos y de gestión de la organización pública, destinado a determinar el estado actual y proponer las medidas para procesar los requerimientos de los productos internos y la producción terminal-los productos finales- que justifica la existencia de la institución pública.

En conclusión, la reingeniería o rediseño del proceso en la administración pública permite a las organizaciones establecer cambios sustanciales que a través de un análisis inicial propende cambios dentro de los flujos establecidos de entrada y salida del proceso, así como

también en los requerimientos que se solicitan para su cumplimiento, lo que en el tiempo se traducirá en mejoras y optimización de las actividades realizadas.

2.13. CONVENIO

Acuerdo entre partes: Profesional persona natural o jurídica (médico veterinario, Técnico agropecuario, promotor agropecuario, profesional a fin) - SENASA.

Donde se Establecen los términos, responsabilidades y obligaciones del SENASA y del AUTORIZADO para realizar actividades de servicios de vacunación y pruebas diagnósticas. Según Aguilar (2016), Pacto o convenio, oral o escrito, entre partes que se obligan sobre materia o cosa determinada, y a cuyo cumplimiento pueden ser obligadas o forzadas a cumplir.

Según El Gran diccionario de la Lengua Española (2016) se entiende por convenio:

1. Situación de conformidad o acuerdo entre dos o más personas sobre un asunto determinado.
2. Texto en que se contiene lo acordado.

Según la definición 1. Situación de conformidad o acuerdo, El Diccionario de Lengua de la Real Academia Española también ofrece la siguiente definición: “Acuerdo (De acordar). “.....3. m. Convenio entre dos o más partes ...” (RAE, 2001).

Según el diccionario Larousse acuerdo es “Resolución tomada por una o varias personas: lo hicieron de común acuerdo ...” (García y Gross, 1996, p. 17).

2.13.1. Tipo de convenios en SENASA

Dentro de los diferentes tipos de convenios vistos en SENASA (Anexo 1), éstos pueden ser de alcance nacional o internacional con entidades o personas naturales de la actividad privada y/o pública. Los convenios materia de análisis son aquellos realizados por la Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones (UGCA).

– Convenio de autorización a terceros

Convenio que se realiza entre el SENASA y personas naturales o jurídicas para realizar actividades oficiales cuya necesidad se establece en lineamientos definidos en normativas y según lo establecido en la R.J N° 031-2007-AG-SENASA.

– **Actores o partes interesadas del convenio de autorización a terceros**

Según el PRO-UGCA-03 (2013), Son todos aquellos que participan dentro del proceso autorización de terceros tanto internos como externos y que desarrollan actividades necesarias para la consecución del proceso, estos actores afectan o se ven afectados por los objetivos o resultados de una organización, en tanto poseen, por lo menos, uno de los atributos básicos: poder, legitimidad y urgencia.

Llamamos actores a los clientes internos y externos a los que participan en el proceso de emisión de convenios y colaboran en las etapas de la realización del proceso.

Según Tovar (2007), define como cliente a cualquiera que se ve afectado por el resultado de nuestras actividades. En las organizaciones, podemos distinguir básicamente a dos tipos de clientes, los clientes externos (aquellos fuera de la empresa) y los clientes internos (aquellos dentro de la empresa) y tanto unos como otros tienen necesidades que deben ser completamente entendidas.

Los clientes externos: Como cliente externo podemos referirnos ya sea a una organización completa, a un grupo de personas o a una persona solamente, en definitiva, es el beneficiario del resultado de lo que nuestro negocio hace. Podemos clasificar como clientes externos:

- **Usuario:** No necesariamente compra el producto, sin embargo, hace uso de él.
- **Proveedores:** Aquellos que utilizan nuestro producto como insumo para sus procesos.

Cientes internos: Para poder llegar a una conclusión de qué es realmente un cliente interno, debemos comenzar por reflexionar que, en cualquier empresa, cada individuo recibe algo de alguien, hace algo con esto y da algo a alguien. Es decir, todos jugamos tres roles básicos: somos proveedores, procesadores y clientes. De hecho, la efectividad en el cumplimiento de las necesidades de estos clientes internos es indispensable para cumplir con los requerimientos de los clientes externos.

2.14. HERRAMIENTA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

Son Aquellas herramientas utilizadas para la atención del servicio para autorizar a terceros entre las cuales tenemos:

- **BMP TUPA**

Es una herramienta de gestión documental para el registro de documentos relacionados al texto único de procedimientos administrativos de la organización, el cual permite registrar un expediente, realizar las consultas del expediente en trámite, gestionar el documento, anular expedientes entre otras actividades y derivar documentos resolutivos.

- **BPM STD**

Es una herramienta que permite mantener comunicación interna entre las diferentes oficinas unidades o subdirecciones del SENASA o con el administrado mediante memorándums, cartas.

- **SIGSA**

Sistema Integrado de Gestión de Sanidad Animal Módulo donde se registra a los productores agropecuarios, su predio, médicos veterinarios y las evaluaciones de las enfermedades realizadas.

III. METODOLOGÍA

En este capítulo se presenta donde se realizó y ejecutó el presente trabajo de investigación (NO EXPERIMENTAL) y los materiales utilizados para su desarrollo, dividido en equipos y herramientas de análisis: ISO 9001 2015, Reingeniería de procesos, así como las herramientas a utilizar para realizar la investigación y el flujo que se siguió para realizar la propuesta.

3.1. LUGAR DE EJECUCIÓN

El Trabajo de investigación no experimental se realizó en la Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones del Servicio Nacional de Sanidad Agraria (SENASA).

Dirección: Av. La Molina N° 1915

Distrito: La Molina

Provincia: Lima

Departamento: Lima

3.2. MATERIALES

a. Equipos

Para el desarrollo de la presente investigación se utilizaron como herramientas de trabajo, los siguientes materiales para la recolección y procesamiento de datos:

- Computadora Intel (R)™ i5-8600 CPU
- Impresora EPSON L4160
- Materiales de escritorio

b. Herramientas de Análisis

Para el análisis interno y externo de la organización, se utilizaron las herramientas descritas en la siguiente tabla:

Tabla 1*Herramientas de análisis*

	Herramientas	Fuente de Referencia
Herramientas generales	-Observación in situ -Revisión de documentos internos -Entrevista al Director de la UGCA	
Herramientas de análisis	Análisis FODA	David (2003)
	Análisis de la cadena de valor	Porter (2002),
	Reingeniería de procesos	Halliburton (2006):
	Diagrama de Ishikawa	López (2016)
Herramientas de Calidad	Tormenta de ideas	Kelly (1994).
	Diagrama de Flujo	Rodríguez (2005)
	Diagrama de Relaciones	López (2016)

FUENTE: Elaboración propia.

3.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación es un diseño NO EXPERIMENTAL mediante la observación y análisis de información se observó el comportamiento del proceso y como están presentadas.

3.4. HIPOTESIS

a. Hipótesis general

Si se realiza la propuesta para el proceso de Emisión de Convenios en SENASA, basada en la norma ISO 9001:2015, permitirá acciones de mejora de las actividades del proceso.

b. Hipótesis específica

1. Si se realiza un análisis de las condiciones iniciales se podrá visualizar el estado real de la entidad, el proceso atención, puntos críticos, a fin de identificar deficiencias y aquellas actividades que generen retrasos o cuellos de botella en el proceso.
2. Si se determina el grado de cumplimiento del proceso de emisión de convenios con los requisitos de la norma ISO 9001 2015, se podrá identificar aquellos requisitos que no cumplen con la norma para su evaluación y desarrollo.
3. Si se implementa una propuesta de mejora basada en la norma ISO 9001:2015 para el proceso de emisión de convenios en SENASA mejorará las actividades del proceso.

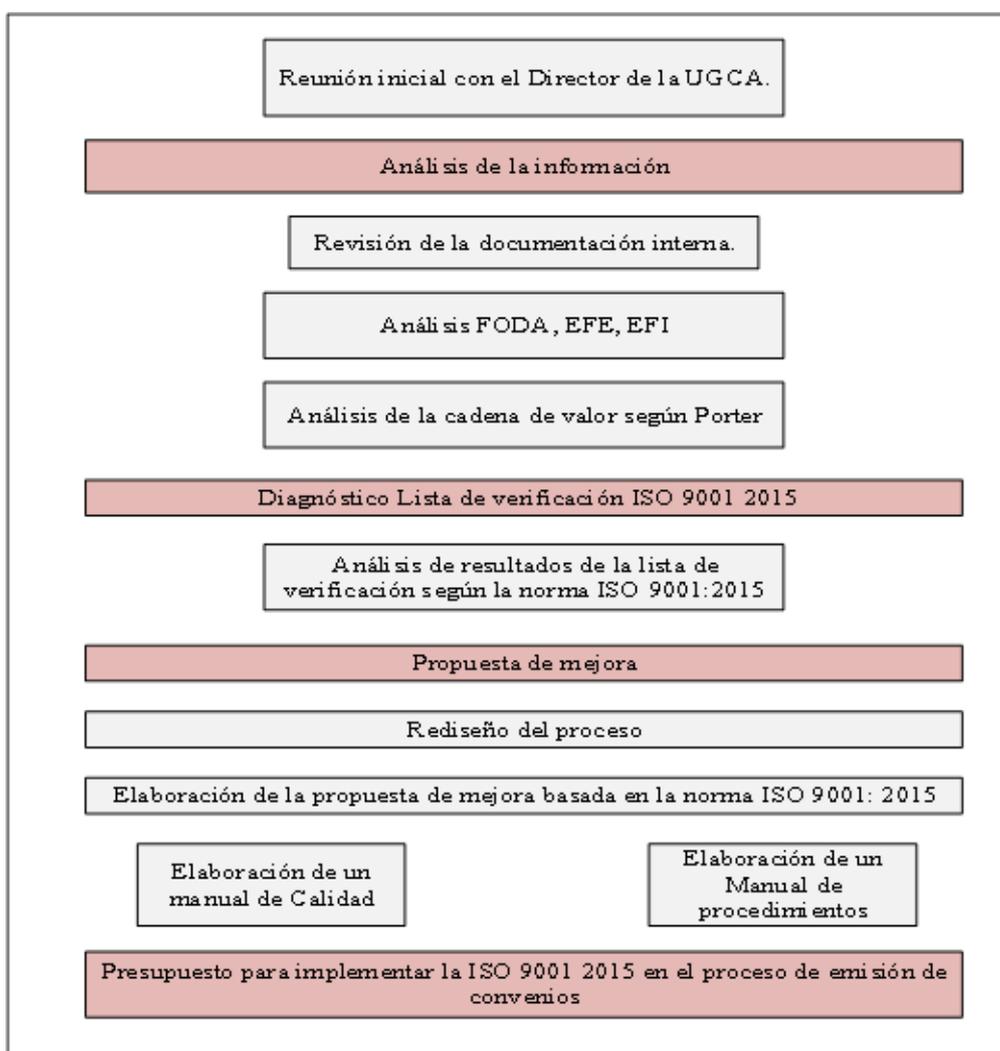
4. Si se elabora un presupuesto de la implementación de la propuesta de mejora para el proceso de emisión de convenios, se podrá obtener la viabilidad para su realización.

3.5. METODOLOGÍA

En este capítulo se describe la metodología utilizada para el desarrollo del diagnóstico para la emisión de convenios para servicios oficiales.

Figura 4

Flujo de la metodología para la ejecución del trabajo de investigación no experimental en SENASA



FUENTE: Elaboración propia.

a. Análisis de la información

El alcance del trabajo de investigación abarca a la Unidad de Gestión de Calidad y

Autorizaciones de la entidad, enfocándose en el proceso de Emisión de convenios a terceros para realizar servicios oficiales. En primera instancia se realizó una entrevista con el Director de la Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones el cual otorgó el permiso para realizar la investigación brindando su apoyo y cooperación durante el proceso.

Para efectuar el análisis tanto interno como externo se utilizaron las siguientes herramientas de análisis: un análisis FODA, Cadena de valor, Diagrama de Ishikawa, Diagrama de relaciones, herramientas de diseño estratégico: Matriz EFE y EFI, lista de verificación ISO 9001 2015, a fin de conocer la situación actual de la entidad y posteriormente realizar la evaluación del proceso a rediseñar.

b. Entrevista con el director de la Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones

Se concretó la reunión con director de la Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones y se le explicó acerca del trabajo de investigación a realizar, indicándole el alcance, los objetivos, la metodología de trabajo y el plan de actividades a seguir para su realización. El director de la UGCA evaluó el escrito presentado y otorgó la conformidad para la ejecución de la investigación.

c. Recolección de Información

Se concertó una cita con el director del área de Calidad del SENASA a fin de recopilar información asociada al proceso de Emisión de convenios a terceros para realizar servicios oficiales, a través de la revisión de la documentación interna, la observación in situ, el análisis de la situación actual interna y externa y la aplicación de la lista de verificación ISO 9011:2015.

d. Análisis del entorno Interno y externo

Se realizó la revisión de la documentación interna, así como observaciones in situ, y la entrevista al director de la Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones. De acuerdo a la información obtenida se procedió a investigar la situación actual del SENASA para posteriormente realizar el análisis con el apoyo de las herramientas de análisis según lo detallado:

- **Revisión de documentación interna**
Revisión de documentos, instructivos

Tabla 2

Procedimientos relacionados al proceso de emisión de convenios y su influencia

PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS AL PROCESO DE AUTORIZACIÓN TERCEROS Y SU INFLUENCIA				
Documentos	Influencia en el proceso	Influencia (D)directa / (I)indirecta al proceso.	Etapa del proceso	Condición del documento
PRO-UGCA-03 Aprobación interna para autorizar terceros	Aplica a la autorización de servicios oficiales del SENASA a nivel de todas las Direcciones Ejecutivas que se encuentren reguladas en los respectivos dispositivos específicos.	D	Todo el proceso	Documento aprobado en el 2010.(se debe actualizar)
PRO-JN-12 Gestión para la atención de solicitudes entre las DE y el nivel Central	Comunicación escrita vía BPM STD o correo oficial del SENASA donde se presentan requerimientos.	I	Posterior al proceso para evaluación y seguimiento de las actividades realizadas por los autorizados a fin de aplicar sanciones o mantener su autorización.	Documento aprobado en el 2016.(se debe actualizar)
PRO-UEC-03 Formulación, suscripción y evaluación de los convenios de cooperación en SENASA.	Establecer lineamientos generales para la elaboración, suscripción, seguimiento y evaluación de convenios nacionales e internacionales marco, específicos, de cooperación, de autorización a terceros y/o de la práctica privada y para la gestión de activos y/o materiales con el sector público y privado.	D	Establece que recursos del SENASA o la contraparte se deben cumplir y quien lo gestiona.	Documento aprobado en el 2016.(desactualizado) ya no aplica para el tema de autorización a terceros ya que en convenios de cooperación no existe retribución pecuniaria.
ITR-OPDI-: Instructivo para el registro de una solicitud genérica para procedimientos TUPA	Explicar el proceso de registro de la solicitud genérica para procedimientos TUPA a través del sistema BMP - TUPA.	D	Aplica para el registro de la solicitud	<ul style="list-style-type: none"> - Documentos no aprobados en el sistema ISO del SENASA. (desactualizado). - Los documentos no aplican al proceso de autorización a terceros ya que según la RM 0025-2019-MINAGRI el proceso de autorización terceros ya no es considerado un procedimiento administrativo TUPA sino un servicio que brinda el SENASA.
Registro y atención procedimientos TUPA del SENASA(BPM-TUPA)	Describir las funciones y pasos para generar un documento resolutorio a través del BPM-TUPA.	D	Aplica a la generación del documento resolutorio (convenio). En el BPM TUPA	
PRO-ST-05 Comunicación institucional del SENASA	Establece y armoniza los lineamientos para la gestión de la comunicación institucional del SENASA.	D	Aplica para la comunicación de inclusión de las listas maestras de terceros autorizados en la Web del SENASA.	Es general para todo el SENASA no se especifica como realizar la comunicación relacionada al proceso de autorización a terceros. Aprobada en el año 2013 (desactualizada)

«continuación»

PRO-SARVE-02	Vigilancia epidemiológica de las enfermedades de los animales.	I	Se realiza previamente a la emisión del convenio del autorizado.: Sirve de insumo para las D.E a fin de establecer zonas donde se realizará las vacunaciones	aprobada en el 2012 (se debe actualizar)
ITR-SCEE-O1	Registro de información en el SIGSA Y SAU de los procesos de autorización sanitaria de establecimientos avícolas.	I	Se realiza posterior a la emisión del convenio del autorizado: Registro y actualización del padrón de predio, productor y medico veterinario.	No existe comunicación o sistema vinculado al área de UGCA responsable del proceso de autorización a terceros. aprobada en el 2012 (desactualizado)
PRO-SCEE-18	Procedimiento para la vacunación contra la rabia en los herbívoros	I	Se realiza previamente a la emisión del convenio del autorizado como capacitación.: Procedimiento que facilitará la adecuada ejecución de la campaña de vacunación contra la rabia en los herbívoros.	aprobado el 2016 (se debe actualizar)
PRO-SCEE-19	procedimiento para la capacitación en prevención y control de la rabia en los herbívoros	I	Se realiza previamente a la emisión del convenio del autorizado.: Establecer el procedimiento que facilitará la adecuada realización de la capacitación en prevención y control de la rabia de los herbívoros.	aprobado el 2016 (se debe actualizar)

«continuación»

PRO-SCEE/TB/BB-01	Plan de capacitación para el control y erradicación de tuberculosis y brucelosis bovina	I	Se realiza previamente a la emisión del convenio del autorizado.: Plan para la capacitación de médicos veterinarios del SENASA y personal de la actividad privada que realiza actividades de control y erradicación de la tuberculosis bovina.	aprobado el 2011 (se debe actualizar)
PRO-SCEE-/POR-01	Procedimiento para el control, prevención y erradicación de peste porcina Clásica.	I	Se realiza previamente a la emisión del convenio del autorizado.: Unificar los criterios técnico-metodológicos para asegurar la aplicación de las medidas de prevención, control y erradicación de Peste Porcina Clásica comprendidas en el Reglamento del Sistema Sanitario Porcino, aprobado por D.S. N° 02-2010-AG.	aprobado el 2010 (se debe actualizar)

FUENTE: Elaboración propia

Aspectos negativos encontrados:

No se encuentra establecido un control para la actualización de documentos los cuales se mantienen por largos periodos sin actualizarse ya que existen documentos que no están aprobados para el control de documentos del SENASA, pero se utilizan.

No se han establecido en forma documentada un proceso de validación del alcance ni como las direcciones ejecutivas deben hacer para validar las zonas solicitadas por los usuarios donde se realizarán los servicios solicitados.

No se tiene especificado un manual de ingreso de solicitudes o manual de descarga de documentos resolutivos ni llenado de formato para el servicio de autorización a terceros.

En los documentos se especifica el BPM TUPA como ingreso de los expedientes, pero estas ya no pueden ser usadas en dicho canal ya que no corresponden como procedimientos administrativos.

- **Herramientas de gestión**

- **Análisis de la matriz FODA:** Con el análisis de la situación de institución se realizó el análisis FODA según David (2003), con lo cual se construyó una matriz identificando las amenazas, oportunidades, debilidades y fortalezas del SENASA para posteriormente proponer estrategias a aplicar en la institución. Este análisis se realizó según el Anexo 2.
- **Matriz EFI:** Posterior al análisis FODA se realizó el análisis de la matriz EFI, según David (2003), Esta herramienta para la formulación de la estrategia resume y evalúa las fortalezas y debilidades principales en las áreas funcionales de una empresa. Este análisis se realizó según el Anexo 4.
- **Matriz EFE:** Se realizó la matriz de evaluación del factor externo EFE, según David (2003), permite a los estrategas resumir y evaluar la información económica, social, cultural, demográfica, ambiental, política, gubernamental, legal, tecnológica y competitiva. Este análisis se realizó según el anexo 3.

- **Análisis de la cadena de valor:** Se realizó el análisis de la cadena de valor según Porter (2002), con el cual se identificó las actividades primarias, así como las actividades de apoyo del SENASA.

e. Determinación de puntos críticos

Para identificar los aspectos críticos de SENASA que afectan la calidad de la emisión de convenios para realizar actividades oficiales se utilizaron las siguientes herramientas:

- **Tormenta de ideas:** Se realizó una lista de los principales problemas y las posibles causas a través de tres fases: generación, aclaración con la utilización del uso de la matriz de selección y calificación (Kelly, 1994).
- **Diagrama Causa Efecto o diagrama de Ishikawa:** Se elaboró el diagrama de Ishikawa a fin de identificar y clasificar las ideas a las causas del problema principal identificado (Lopez, 2016) (Ver Anexo 8).
- **Diagrama de relaciones:** Se elaboró el diagrama de relaciones con los temas identificados en el diagrama de Ishikawa para explorar las relaciones causales entre conceptos o ideas e identificar cuáles son conductores clave y efectos clave los cuales se tomarán en cuenta para la propuesta de mejora (Vilar, 1997) (Ver Anexo 9).
- **Diagrama de Flujo:** Se elaboró el diagrama de flujo según Ugalde (1979) a través del cual se realizó la representación gráfica de las operaciones para el proceso de emisión de convenios según las operaciones realizadas por el SENASA a fin de identificar los problemas en las etapas del proceso (Ver Anexo 10).

f. Aplicación de la Lista de Verificación en base a la NTP ISO 9001:2015

A través de las herramientas de sistemas de gestión de calidad según lo indicado a continuación:

Se aplicó la lista de verificación basado en la norma ISO 9001:2015, se revisó la documentación de la empresa, se procedió con la observación de las actividades. Como parte integrante del trabajo se tiene adjunto la lista de verificación que no se encuentra

incluido en el trabajo para mayor facilidad de lectura del presente proyecto.

El uso de la lista verificación y su aplicación permitió conocer si la organización cumple con los requisitos de calidad para el proceso de autorización a terceros, de manera que pudimos detectar su grado de madurez, y determinar la medida de cumplimiento con los requisitos de la norma en cuanto al sistema de gestión de calidad.

La calificación en cada pregunta se realizó en función al grado de cumplimiento de la lista de verificación para lo cual se utilizó la puntuación establecida por Palom y Pola (1997).

Tabla 3

Escala de puntuación de la lista de verificación

Puntuación	Observación	Significado
0.00	No existe	No se encontró nada
0.25	Existe algo	Enfoque evidente en algunas partes de la organización.
0.50	Existe en grado mínimo aceptable	Existen pautas definidas pero no documentadas
0.75	Existe en grado bueno	Documentado (Manuales, procedimientos, reglamentos)
1.00	Existe en grado excelente	Implementado, responde completamente todos los requerimientos del sistema de calidad

FUENTE: Palom y Pola (1997).

Cabe resaltar que para el uso de la lista de verificación no se tomaron en cuenta aquellos requisitos que no son aplicables al proceso en análisis, anotándose “No aplica” para estos casos no fueron contabilizados para hallar el porcentaje de cumplimiento.

Posteriormente, se realizó la suma de todos los valores obtenidos en la lista de verificación a fin de obtener el puntaje total. Para la muestra de los resultados obtenidos se aplica el uso de un diagrama de barras lo cual fue mostrado en porcentajes de lo obtenido en la evaluación de cada capítulo y subcapítulo de la norma. Para el

cálculo del valor final se tomó lo indicado en la Tabla 4.

Tabla 4

Cálculo de porcentajes de cumplimiento para la lista de verificación cuantitativa con base en la norma ISO 9001: 2015

$$\text{Valoración} = \frac{\text{Puntaje Obtenido}}{\text{Numero de preguntas evaluadas}} \times 100$$

FUENTE: Pola y Palom (1997)

El puntaje obtenido = Sumatoria de resultados obtenidos por requisito.

El Puntaje máximo = Sumatoria de resultados obtenidos de todas las preguntas.

Posterior al análisis de los resultados de la lista de verificación para el puntaje obtenido se obtuvo la calificación actual en relación al grado de cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 900:2015 (ver Tabla 5).

Tabla 5

Calificación de resultados de la lista de verificación

Rango	Significado
[0 – 5.0]	Deficiente.
< 5.0 – 7.0]	Regular
< 7.0 – 9.0]	Bueno
< 9.0 – 10.0]	Muy bueno

FUENTE: Pola y Palom (1997)

3.6. ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA DE MEJORA

- a. Rediseño del proceso de emisión de convenios para realizar servicios oficiales, Se elaboró un diseño del proceso en base a la reingeniería de procesos, a fin de establecer correcciones en las deficiencias del proceso, así como la búsqueda de mejora de actividades en la estructuración del proceso (Ver Anexo 11).

- b.** Basándonos en los resultados encontrados, con el análisis de la situación actual de la organización, la evaluación y análisis del proceso según la ISO 9001:2015, el uso de las herramientas de calidad para la determinación de los puntos críticos, y la reingeniería de procesos, se realizó la propuesta de mejora para el proceso.

La presente propuesta consiste en establecer mejoras en el proceso analizado para ser más oportuno en la atención y más eficiente internamente, apoyado en el rediseño del proceso y en la elaboración del manual de calidad y el manual de procedimientos acordes con la norma ISO 9001:2015 y cumplir con los requisitos aplicables para su implementación. Si bien la norma ISO 9001 2015 no exige el uso de un manual de calidad o de procedimientos no impide su elaboración por la organización.

3.7. PRESUPUESTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN ISO 9001 2015

En base a una secuencia de actividades secuenciales se planteó un presupuesto para la implementación de la norma ISO 9001 2015 a fin de obtener la viabilidad de su ejecución.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el presente capítulo se evidencian los hallazgos encontrados en la realización de la investigación divididos en la descripción del SENASA y los diagnósticos relacionados a las herramientas de análisis y herramientas de calidad. La Tabla 6 muestra el resumen de los resultados encontrados en la realización de la investigación.

En general El SENASA es un organismo que posee reconocimiento nacional e internacional ya que al ser un organismo estatal mantiene relaciones con otros países de la región con organismo afines a él. Cuenta con personal técnicamente calificado para las funciones que realizan para el cumplimiento de los objetivos distribuidos en Unidades, Oficinas y subdirecciones cada una consideradas como un órgano de línea competente en las labores propias a sus funciones.

En relación al grado de cumplimiento del proceso de emisión a terceros con los requisitos ISO 9001 2015 contrastado con la calificación de resultados de la lista de verificación obtenido, se tiene como resultado que el proceso de emisión a convenios no cuenta con un manual de calidad y manual de procedimientos y cumple de manera deficiente los requisitos de la norma ya que el servicio carece de lineamientos estándares, actividades que retrasan el proceso de emisión del convenio, lo cual que repercute en el servicio que se ofrece al usuario.

En relación a la aplicación de la norma ISO 9001 2015 en el proceso de emisión de convenio tiene como resultado la implementación del sistema de gestión de calidad basada en la norma con mejoras en las actividades realizadas para la ejecución de sus actividades y documentación necesaria y obligatoria por la norma para la mejora del proceso.

En relación al presupuesto para la implementación de la norma ISO 9001 2015 se tiene como resultado que se cuenta con personal interno capacitado en la norma considerados

como facilitadores metodológicos que coadyuvarán en la implementación, disminuyendo el presupuesto necesario a fin de generar su viabilidad.

En relación a las herramientas de análisis se determinó que el SENASA cuenta con una unidad de informática y Estadística dentro de la institución que le proporciona soporte informático integrado, permitiendo establecer mejoras en los procesos del punto de vista tecnológicos para hacer frente a los cambios o necesidades del contexto globalizado en el que está inmerso el SENASA.

La cadena valor que opera le permite aplicar las acciones necesarias para la atención de los servicios que ofrece tanto tecnológico, logístico, normativo, humano y publicitario este último realizado por la Secretaría Técnica de la institución.

La reingeniería de procesos logro determinar los límites del proceso e identificar los problemas que se presentan en las actividades realizadas, lo cual es analizado a través del diagrama de Ishikawa, diagrama de relaciones, a fin de determinar los principales problemas del proceso, dentro de un enfoque a procesos alineados a la estrategia y al cumplimiento de objetivos.

Si bien el SENASA cuenta con implementación de la ISO 9001 2008 en algunos de sus procesos ésta no se encuentra certificada, por lo que al realizar el análisis de la lista de verificación ISO 9001 2015 se presentó falencias en el proceso.

Es de importancia establecer dentro del SENASA una cultura basada en calidad que permitan establecer la implementación ISO 9001 2015 a sus procesos de tal manera que se cumplan sus requisitos, con la información documentada adecuada, así como su mejora, lo cual va a requerir esfuerzos conjuntos de la alta dirección a través del liderazgo y en la forma que se involucre para lograr los objetivos deseados.

Tabla 6*Resumen de Resultados y Discusión*

Descripción del Organismo (SENASA)	<ul style="list-style-type: none"> – El SENASA es una organización adscrita al Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego (MIDAGRI) con potestad en temas de sanidad agraria de calidad de insumos, producción orgánica e inocuidad agroalimentaria. – Dentro de su alcance se establece 24 Direcciones ejecutivas llamados órganos desconcentrados que permiten alcanzar los objetivos y metas de la institución, así como Centros de trámite documentario en el puerto marítimo del Callao y en el aeropuerto Jorge Chávez. Su ubicación y sede central se encuentra en Av. La Molina 1915 La Molina, Lima, Lima - Lima 12 Perú, con horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
Diagnóstico del Organismo basado en las herramientas de gestión	<ul style="list-style-type: none"> – Dentro del análisis FODA una de sus fortalezas principales es su reconocimiento internacional, contar con personal altamente especializado en materia de sanidad agraria y poseer internamente soporte informático integrado en la institución que le permite manejar cambios internos que coadyuven a la mejora de sus procesos del punto de vista tecnológico. – Dentro de su cadena de valor el SENASA aplica las acciones necesarias para obtener resultados satisfactorios en los servicios que provee. – El diagrama de Ishikawa permitió identificar por categorías los problemas identificados dentro del proceso de emisión de convenios. – El diagrama de relaciones se identificaron los conductores clave que coadyuvaron a la propuesta de mejora. – Mediante el análisis de reingeniería de procesos logro determinar los límites del proceso e identificar los problemas que se presentan en las actividades realizadas, lo cual es analizado a través del diagrama de Ishikawa, diagrama de relaciones, a fin de determinar los principales problemas del proceso, dentro de un enfoque a procesos alineados a la estrategia y al cumplimiento de objetivos.
Diagnóstico de Gestión de calidad	<ul style="list-style-type: none"> – A pesar que la organización cuenta con un sistema de gestión calidad ISO 9001 2008 no certificado que permite estandarizar sus procesos, la lista de verificación ISO 9001 2015 permitió determinar las falencias en el grado de cumplimiento de requisitos con la norma actualizada vinculada al proceso a mejorar obteniendo un cumplimiento del 32 % siendo considerado bajo. – La organización no cuenta con un manual, procedimiento o instructivos aprobados necesarios y actualizados que permitan implementar en el proceso de convenios un sistema de gestión de calidad basada en la ISO 9001 2015

4.1. ASPECTOS GENERALES

En éste acápite se presenta las principales características del SENASA.

a. Organización

El Servicio de Sanidad Agraria SENASA que por Ley N° 27322 se aprobó la ley marco de sanidad agraria y por decreto supremo N° 048-2001-AG se aprobó su reglamento en los que se establece que el SENASA es la autoridad nacional en Sanidad Agraria.

El SENASA organismo público técnico y especializado el cual está adscrito al MIDAGRI como Autoridad Nacional en la materia; Protege al país del plagas o enfermedades que puedan ingresar al Perú. Desarrolla diferentes programas como Mosca de la Fruta, Control Biológico y Fiebre aftosa.

Dentro de los servicios que ofrece se encuentran los servicios de inspección, verificación y certificación fitosanitaria y zoonosanitaria, así como también ofrece capacitación a profesionales y técnicos a fin de que ofrezcan un mejor servicio y ampliar una mayor conciencia de la sanidad agraria en el país.

El SENASA suscribe convenios, alianzas estratégicas con Organismos públicos, privados, gobiernos locales a fin de vincularlos en la protección y mejoramiento de la Sanidad Agraria.

b. Misión, visión y valores del SENASA

El SENASA tiene como misión y visión:

Misión: Gestionar el Sistema de Sanidad Agraria e Inocuidad Agroalimentaria a productores agrarios, actores de la cadena agroalimentaria, consumidores y gobiernos sub-nacionales, de manera confiable, efectiva, eficiente, transparente y accesible.

Visión: Al 2021, Perú tiene un agro próspero, competitivo e insertado al mercado nacional e internacional, a través de la productividad y calidad de sus productos agroalimentarios.

Valores y principios: Los siguientes valores y principios inspiran y caracterizan el accionar cotidiano del SENASA y de cada uno de sus integrantes, bajo la convicción de que la institución es la expresión de su gente.

- **Probidad.**- entendida como la combinación de la eficiencia y la honestidad en cada uno de los integrantes de la institución.
- **Confianza.**- basada en la credibilidad a las acciones del SENASA por parte de

sus usuarios y beneficiarios.

- **Integridad.**- que implica pensar y actuar con principios.
- **Trabajo en equipo.**- que se expresa mediante la coordinación y ayuda mutua.
- **Competencias.**- cada función es realizada por personal preparado y capaz, seleccionado y designado para tal fin.
- **Proactividad.**- entendido como la capacidad de previsión, la iniciativa y acción positivas permanentes del personal.
- **Empoderamiento.**- corresponde al conocimiento y fortalecimiento de las capacidades de los usuarios, en particular de los productores agropecuarios.
- **Vocación de Servicio.**- que implica esfuerzo y dedicación permanentes por la satisfacción del usuario, al cual nos debemos.
- **Innovación.**- dedicación y esfuerzo por la mejora constante en cada una de las acciones que desempeña la institución.
- **Mística.**- el personal del SENASA tiene compromiso y capacidad para entregarse más allá del compromiso de trabajo.

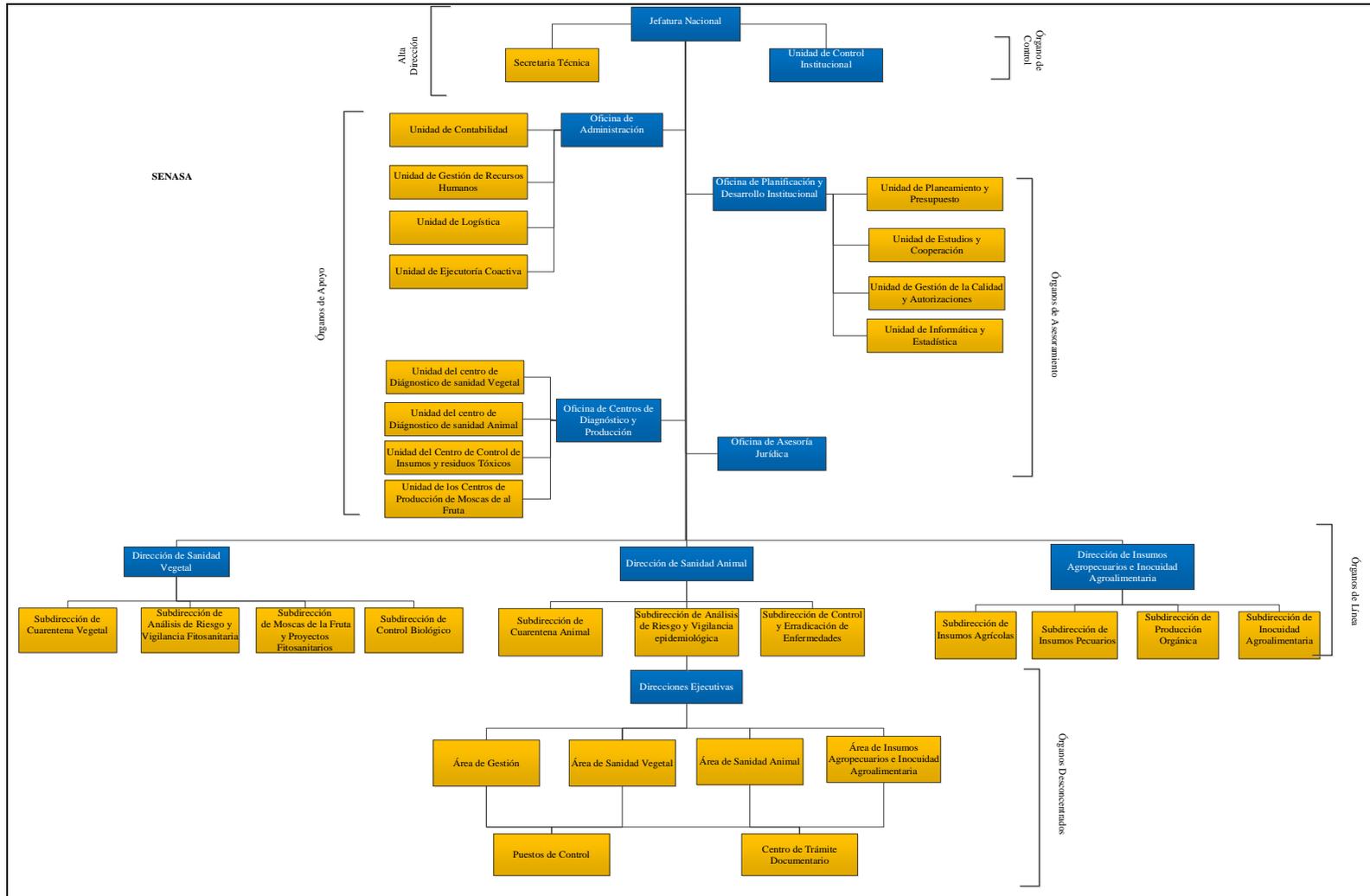
c. Clima y cultura organizacional

El clima y la cultura organizacional del SENASA se ve reflejada en las actividades realizadas internamente como celebración de cumpleaños en cada área con desayunos organizados mensualmente, actividades por el aniversario de la institución, día del trabajo, y fiesta de fin de año para los hijos de los trabajadores, lo cual permite afianzar los lazos de amistad entre sus colaboradores.

d. Estructura Organizacional

En la Figura 5 podemos visualizar la estructura organizacional del SENASA.

Figura 5
Organigrama del SENASA



El organigrama nos permite visualizar en forma gráfica la estructura de la organización, Podemos identificar la alta dirección y los órganos de apoyo al lado izquierdo, el órgano de control y asesoramiento al lado derecho y por debajo los órganos de línea y órganos desconcentrados, podemos visualizar que estamos en un tipo organigrama estructural ya que nos muestra tanto los niveles jerárquicos y los canales formales de comunicación existentes.

Tabla 7

Directores SENASA

JEFATURA NACIONAL	Jefe Nacional	MV. Miguel Quevedo Valle
SECRETARIA TÉCNICA	Secretario Técnico	Blgo. Gabriel A. Vizcarra Castillo
ÓRGANO DE CONTROL	Unidad de Control Institucional	Perpetua Mercedes Aranguri Castro
ORGANOS DE ASESORAMIENTO	Oficina de Planificación institucional	Luis Escurra Briones Econ. Waldir Arbildo Ramirez Ing. Claudia M. Berrospi Lamas Ing. Marcos Olaguibel Murga
	Oficina de Asesoría Jurídica	Abog. César A. Revoredo Castañeda
ÓRGANOS DE APOYO	Oficina de Administración	Lic. Sara Yabar Farfan CPC. Durman Rojas Leonardo Mag. CPC. Jaime Suasnabar Mayandia Lic. Eddie Cordova Diaz
	Oficinas de Centros de Producción	Blgo. Edmundo Guillen Encinas Ing. Jorge Tanaka Nakamacho MV. César A. Caro Magni Mg. Lic. Adm. Eriberto Huaman Pillco Q.F. Orlando Lucas Aguirre
ÓRGANOS DE LINEA	Dirección de Sanidad Vegetal	Ing. César A. De La Cruz Lezcano Ing. Orlando Dolores Salas Ing. Johny Naccha Oyola Ing. Josue Carrasco Valiente Ing. Hilda Gomez Ramirez
	Dirección de Sanidad Animal	MV. Eva Martinez Bermudez MV. Ruth Angeles Lobaton MV. Ubaldo Flores Barrueta MV. Rodolfo A. Miranda Obando
	Dirección de Insumos Agropecuarios e Inocuidad Agroalimentaria	Blgo. Oscar Pineda Coronel Ing. Gerard Blair Arze M.V. Martín Ortiz Morera Ing. Felix Oswaldo Maquera Cuayla Ing. Pedro Molina Salcedo

Elaboración propia

e. Tipo de organización

SENASA fue creado por el Artículo 17° del Decreto Ley N.° 25902, el 27 de noviembre de 1992. Considerado como un organismo público descentralizado del Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego (MIDAGRI), con personería jurídica de derecho público interno, autonomía técnica, administrativa, económica y financiera, con un pliego presupuestal.

f. Ubicación y sedes

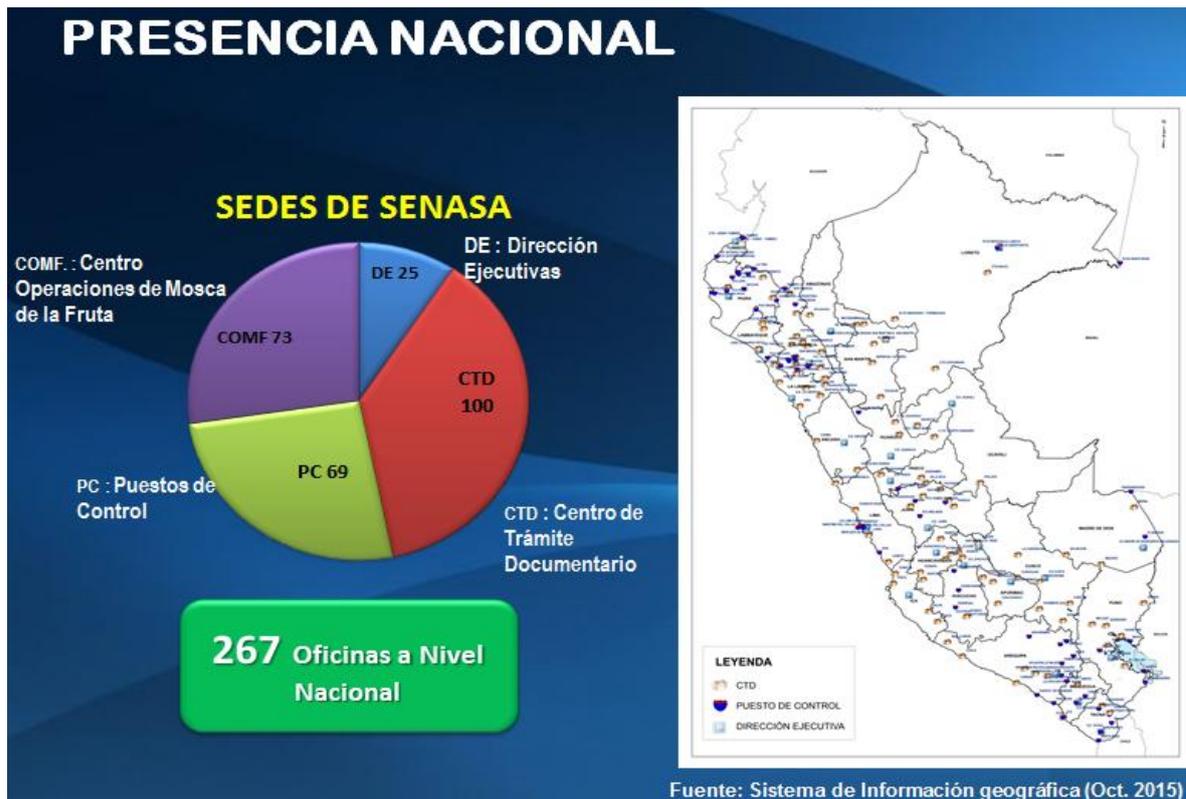
El SENASA cuenta con 24 direcciones Ejecutivas llamados órganos desconcentrados que coadyuvan al logro de los objetivos de la institución. Tienen la responsabilidad de asumir las competencias en su ámbito geográfico, está a cargo de un director ejecutivo quien es la máxima autoridad. Cuentan con áreas de Gestión, Sanidad Vegetal, Sanidad Animal e Insumos Agropecuarios e Inocuidad Agroalimentaria en el ámbito de su jurisdicción, entre sus funciones mencionamos algunas de ellas:

- Representan legalmente al SENASA en su jurisdicción según sus competencias
- Realizan convenios, contratos y acuerdos que requieran cumplimiento de objetivos institucionales.
- Realizan con la participación de la actividad privada acciones de prevención, control y erradicación de plagas.

La Sede principal de SENASA se encuentra ubicada en Av. La Molina 1915, Distrito de La Molina, en la ciudad de Lima. Cuentan con todos los servicios básicos áreas para oficinas, laboratorios con el equipamiento necesario para realizar sus actividades principales. En el Anexo 12 se describe la ubicación de las D.E y en el Anexo 13 los laboratorios del SENASA.

Figura 6

Direcciones ejecutivas SENASA a nivel nacional



g. Procedimientos TUPA (Texto Único de Procedimientos Administrativos) y Servicios

El SENASA cuenta con 88 procedimientos administrativos y ofrece a los ciudadanos 395 servicios como parte de la Gestión institucional. La Unidad que ofrece más servicios es la Unidad de Centro de Diagnóstico de Sanidad Animal con 162 servicios, lo que indicaría que esta es una de las más importantes Unidades en SENASA. Las dependencias y el número de servicios que se brindan están detallados en el Anexo 14.

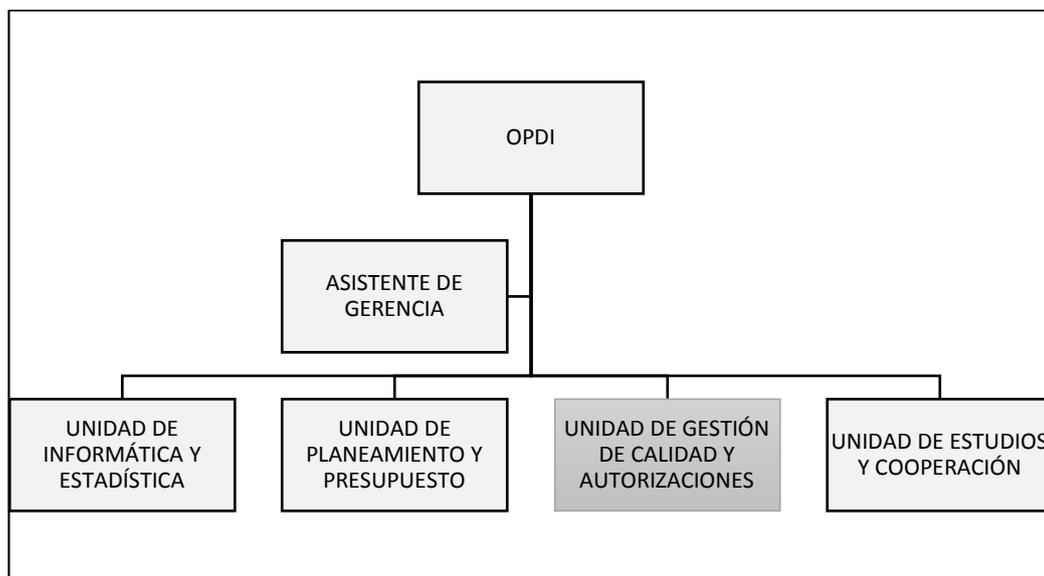
h. Oficina de Planificación y Desarrollo Institucional

El presente trabajo se desarrolla en la Oficina de Planificación y Desarrollo Institucional, se encuentra ubicada en el tercer piso, específicamente la responsable del proceso a investigar es la Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones, por lo que se detallaran los aspectos generales a esta unidad. Existen 3 unidades más las cuales están detalladas en el Anexo 15.

La Oficina de Planificación y Desarrollo Institucional no cuenta con un organigrama definido, la Figura 7 nos muestra cuales son las unidades que forman parte de esta, y es en la Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones donde se realiza el proceso a autorización a terceros, materia de investigación.

Figura 7

Unidades de la Oficina de Planificación y Desarrollo Institucional



Elaboración propia.

i. Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones (UGCA)

La Unidad de gestión de calidad y autorizaciones es la encargada y responsable del proceso de autorización a terceros. La cual está representada por el Director de la unidad, y entre sus funciones están las de mantener actualizado los documentos de gestión como procedimientos, con fines de proponer acciones de racionalización, además de conducir el proceso para autorizar a terceros para emisión de convenios.

Podemos observar que el proceso de autorizar a terceros se realiza todo el año debido a la demanda de facilitar y cumplir los planes operativos de la institución relacionados a las estrategias de mejora de la sanidad agraria a fin de reducir impactos directos o indirectos de plagas y enfermedades presentes en la producción agropecuaria, así como la protección del patrimonio agro sanitario del ingreso o dispersión de plagas y enfermedades, establecidas según el artículo 4° literal a y b del reglamento de

organización y funciones del SENASA.

- **Tercero autorizado:** Es la persona natural o jurídica que ha solicitado ante el SENASA ser considerado un accesitario para ejecutar una o más actividades oficiales a nombre del SENASA, bajo las condiciones y obligaciones definidas en normas, dispositivos específicos, procedimientos o instrucciones.

Para optar la condición, debe tramitar su solicitud ante la institución, si cumple los requisitos solicitados establecidos en la normativa según el servicio solicitado, puede realizar servicios de vacunación o pruebas diagnósticas a nombre del SENASA; se le otorga mediante un convenio la condición de tercero autorizado. Estas personas pueden ser principalmente médicos veterinarios, técnicos Agropecuarios o promotores Agropecuarios en Sanidad Animal los cuales no deben tener vínculo laboral con el SENASA.

- **Zonas de trabajo de tercero autorizado:** Son aquellas zonas donde el accesitario ha solicitado realizar el servicio de vacunación o pruebas diagnósticas previamente aprobadas por parte del SENASA, y que se encuentran establecidas en el convenio. Cada dirección ejecutiva a nivel nacional es responsable de validar dichas zonas según la necesidad del servicio solicitado en su jurisdicción.

- **Solicitantes del servicio tercero autorizado**

Personas naturales o jurídicas (médicos veterinarios, técnicos Agropecuarios o promotores Agropecuarios) que a través de expedientes remitidos en mesa de partes en las direcciones ejecutivas del SENASA a nivel nacional acceden a realizar un servicio como accesitario tercero para ejecutar actividades según lo solicitado.

- **Servicios que puede solicitar un tercero autorizado**

- Servicios oficiales para realizar actividades oficiales en el sistema sanitario avícola.
- Servicios oficiales para realizar actividades oficiales en el sistema sanitario porcino.

- Servicios oficiales para realizar actividades oficiales de servicio de prevención de rabia.
 - Servicios oficiales para realizar actividades oficiales de servicio de prevención de Antrax.
 - Servicios oficiales para realizar actividades oficiales de servicio de prevención de Carbunco y Edema Maligno.
 - Servicios oficiales para realizar actividades oficiales de servicio de pruebas diagnósticas de brucelosis y tuberculosis bovina.
- **Beneficiarios**
- Directos**
- **Usuarios autorizados;** por estar acreditados por el SENASA pueden realizar las actividades en predios o establecimiento agropecuarios por lo cual reciben un beneficio monetario.
 - **Los productores agrarios;** a través del servicio recibido por los terceros autorizados mantienen libre de enfermedades a sus ganados.
- **Indirectos:**
- **Sociedad** Permitiendo tener alimentos inocuos y saludables para consumo humano y con el propósito salvaguardando la propiedad agropecuaria del país afín de prevenir la propagación de estas enfermedades.

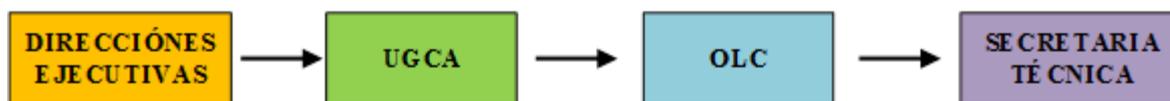
En la Figura 8 se identificaron los actores internos que intervienen en el proceso de autorización a terceros:

Líneas abajo se muestra el proceso de autorización terceros en forma resumida a fin de entender las etapas y las áreas que intervienen en el proceso.

En el gráfico se puede observar las 4 áreas que están relacionadas o vinculadas al proceso y las acciones que realizan cada una a fin de obtener el producto final que es el documento resolutorio y su comunicación posterior a las Direcciones ejecutivas.

Figura 8

Actores internos en el proceso de autorización a terceros



Elaboración propia

Dentro de las etapas establecidas podemos identificar la actividad principal de cada área involucrada en el proceso:

Cliente interno

Unidades internas: Son las Unidades involucradas en las diferentes etapas del proceso de autorización a terceros, siendo clientes internos y/o proveedores según en la etapa del proceso en la que se encuentren, (Direcciones ejecutivas, Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones, Órganos de línea competentes, Secretaría Técnica).

- **Direcciones ejecutivas:** Las encargadas de ingresar la solicitud del usuario para el servicio solicitado.
- **Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones:** Encargada de la verificación de requisitos, emisión de convenios.
- **Órganos de Línea competentes:** Encargado de realizar las evaluaciones de conocimiento según corresponda para la solicitud de servicio.
- **Secretaría Técnica:** Encargada de la publicación de las listas de autorizados.

Personal del SENASA: Personal, directivos, involucrados que realizan las actividades y cumplen sus funciones para ejecutar el servicio, según lo establecido en el MOF, dicho personal según su función coadyuva al objetivo del proceso.

Cliente externo

MIDAGRI (Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego siendo el organismo público rector en materia agraria a través de él se desarrollan las estrategias a la cual es dependiente el SENASA al ser organismo adscrito, al seguir lineamientos de cumplimiento normativo legal.

Usuarios: Son los usuarios a quienes el SENASA proporciona el servicio y que esperan sea de calidad durante todo el proceso de gestión de su solicitud. Son los que solicitan acceder al servicio de autorización para realizar actividades oficiales como tercero autorizado.

Productores agropecuarios: Beneficiarios finales del proceso de emisión a terceros quienes reciben el servicio realizado por los autorizados.

4.2. DIAGNÓSTICO DE LA GESTIÓN DEL SENASA BASADA EN LAS HERRAMIENTAS DE ANÁLISIS

a. Análisis FODA para SENASA

Posteriormente se realizó el análisis interno y externo según la información recopilada en documentación, así como entrevistas a fin de identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. Una de sus fortalezas es que posee un reconocimiento nacional e internacional de ser la autoridad en Sanidad agraria, así como de contar con personal altamente especializado y capacitado en las actividades que realiza en bien de la mejora de la sanidad agraria del país.

Las amenazas más resaltantes son aquellas relacionadas a la fuga de capital humano con temas relacionado a remuneraciones lo que dificulta a la institución mantener el conocimiento adquirido o gestionarlo adecuadamente, así como también riesgo de presentarse plagas y enfermedades de importancia económica los cuales puedan afectar a la población y no pueda ser cubierta por la Institución.

Tabla 8

Factores internos y externos de la empresa

FACTORES INTERNOS		FACTORES EXTERNOS	
DEBILIDADES		AMENAZAS	
D1	Falta de personal, Fuga de capital humano: que no permite cumplir los objetivos establecidos por la institución, remuneraciones bajas	A1	Riesgo de presentarse en el país plagas y enfermedades por causas naturales.
D2	Procedimientos operativos desactualizados	A2	Falta de presupuesto para las actividades de la institución, por políticas de austeridad
D3	Normas legales desactualizadas	A3	Cambios Políticos creando inestabilidad institucional
D4	Poco soporte y difusión de la imagen institucional	A4	Falta de apoyo de otras instituciones para la actividades realizadas por el SENASA.
D5	Problemas y/o casuísticas de soporte informático		

«continuación»

FORTALEZAS		OPORTUNIDADES	
F1	Reconocido como autoridad en Sanidad Agraria	O1	Propender mayor cobertura y participación a nivel internacional, nacional.(convenios)
F2	Recurso humano altamente capacitado y especializado	O2	Propender a la participación privada para el desarrollo de actividades propias de la institución.
F3	Soporte informático propio integrado a la institución.	O3	Propender mayor incremento de financiamiento y recursos para proyectos relacionados a la Sanidad Agraria.
F4	Bases y marcos legales para establecer medidas de control y erradicación de enfermedades	O4	Compartir información con entidades internacionales del mismo rubro a fin de generar mayor sinergia.
F5	Sistema de gestión ISO 9001 2018 implementada.	O5	Apertura de nuevos mercados
F6	Infraestructura adecuada para las actividades realizadas.		

Elaboración propia

1. Fortalezas

- Reconocido como autoridad en sanidad agraria por su compromiso en el mejoramiento de la sanidad agraria del país ya que es la autoridad con competencia exclusiva para dictar medidas en temas fitosanitarios y zoonosológicos lo que cumplen obligatoriamente. Este reconocimiento es tanto nacional como internacional.
- El SENASA cuenta con personal especializado en temas de sanidad agraria, fortalecido por las acciones de capacitación personal y desarrollo de sus trabajadores a través de un plan de desarrollo de personas donde se consolida las actividades de capacitación anuales con los presupuestos asignados.
- Soporte informático integrado a la institución que permite cubrir la demanda exclusiva y específica de las áreas internas a fin de sistematizar y mejorar la calidad del servicio tanto interno como externo.
- Bases y marcos legales para realizar sus actividades ya que como autoridad en temas de sanidad agraria es SENASA con competencia exclusiva para establecer medidas que son de cumplimiento obligatorio para la prevención y control o la erradicación de plagas y enfermedades.
- Sistema de gestión ISO 9001 2008 lo cual permite mejorar la satisfacción de sus usuarios y mejorar el control de sus procesos.
- Infraestructura adecuada que permite incrementar la productividad en las actividades de sus empleados, zonas de trabajo amplio y adecuado, así como

disponibilidad de ambientes necesarios en cada área de trabajo (sala de reuniones, cocina, servicios higiénicos).

2. Debilidades

- Falta de personal, ya que no cuenta con el personal suficiente para realizar sus actividades.
- Procedimientos operativos desactualizados que tienen más de 6 años sin actualizarse y que deberían ser mejorados por los cambios en las actividades realizadas.
- Normas legales desactualizadas para actividades operativas.
- Poco soporte y difusión de la imagen institucional, al no existir una comunicación masiva (Radio, Tv) de las actividades que realiza a fin de darlo a conocer a toda la sociedad en su conjunto.
- Problemas de soporte informático, que no puede cubrir todas las necesidades necesarias para el desarrollo de actividades operativas, por esta razón se priorizan unos requerimientos más que otros, agregado a las casuísticas que se presentan comúnmente.

3. Oportunidades

- Mayor participación de la institución a través de convenios nacionales e internacionales lo que refuerza su capacidad de generar sinergias y cumplir objetivos generales para desarrollar acciones de cooperación en favor de sanidad agraria del país.
- Propender a la participación privada para el desarrollo de actividades propias de la institución a fin de asegurar el cumplimiento de sus objetivos y lo establecido a responsabilidad por ley, reglamentos y disposiciones complementarias.
- Propender mayor incremento de financiamiento y recursos para proyectos relacionados a la mejora de la Sanidad Agraria, necesidades de bienes y servicios requeridos por las áreas, a fin realizar las acciones y cumplir las metas de los productos programados anualmente.
- Compartir información con entidades internacionales del mismo rubro a fin de generar mayor sinergia, competencia y oportunidades de crecimiento institucional.

- Apertura de nuevos mercados con el fin de incrementar tanto las importaciones como las exportaciones del país.

4. Amenazas

- Riesgo de presentarse plagas y enfermedades en el país de importación económica y afectación a la población por causas naturales ya que el SENASA no se da abasto con el personal contratado para cubrir a nivel nacional los problemas que se puedan presentar.
- Falta de presupuesto para las actividades de la institución, por políticas de austeridad y no permitir programar nuevos proyectos o mejoras en los sistemas sanitarios agrarios que sean más articulados y que requieran mayores presupuestos.
- Cambios Políticos creando inestabilidad institucional, cambios y rotación de puestos relevantes como del Jefe nacional, directores de línea lo cual no permite seguir un trabajo a largo plazo por diferentes perspectivas inducido por el Ministerio de agricultura.
- Falta de apoyo de otras instituciones para las actividades realizadas por el SENASA, falta de trabajo articulado con otras instituciones como SUNAT.

Análisis de la matriz EFI y EFE

Análisis de la matriz EFI

El anexo 5 nos muestra la matriz trabajada EFI, la cual nos muestra un puntaje de 2.64, lo cual indica que el SENASA tiene un buen manejo de sus factores internos lo cual muestra que maneja sus fortalezas de una forma positiva para la institución.

Análisis de la matriz EFE

El anexo 6 nos muestra la matriz trabajada EFE, el cual tiene como resultado un puntaje de 2.30, relativamente más bajo al promedio 2.5 lo cual indica que el SENASA está posicionando las mejoras en las oportunidades que se presentan, pero no es lo suficiente, es decir las estrategias de la empresa no aprovechan las oportunidades de la mejor manera a fin de reducir sus amenazas.

Matriz FODA

Posterior a la elaboración y evaluación realizada de los factores internos y externos del SENASA se plantearon catorce estrategias para la institución Anexo 7 y se considera como las principales:

- **Estrategia FO:** Analizar la viabilidad para la certificación o acreditación en toda la institución para otras ISO a través de la capacitación del personal de la institución de (acreditación como 9001:2015, ISO 17025 en laboratorios, etc.).
- **Estrategia DO:** Capacitar personal tercero a través de la educación sanitaria dirigidos a profesionales técnicos, para realizar actividades para el mejoramiento de la sanidad Agraria a fin de ampliar la cobertura para cumplimiento de objetivos estratégicos de la institución.
- **Estrategia FA:** Según cumplimiento de normativas legales realizar un análisis de riesgos de la situación actual del país en temas de Sanidad Agraria y establecer proyectos de mejora con plazo intermedio programado a fin de solicitar mayor incremento del presupuesto asignado.
- **Estrategia DA:** Establecer estrategias de reconocimiento de personal, incentivos, escalas remunerativas, flexibilidad laboral y alternativas de teletrabajo y establecer necesidades para nuevas incorporaciones de personal.

4.3. ANÁLISIS DE LA CADENA DE VALOR

Se realizó el análisis de la cadena de valor de la institución, a fin de identificar las actividades que son primarias, así como las actividades consideradas de apoyo.

Actividades primarias

- **Operaciones:** El SENASA como organismo adscrito al MINAGRI se encarga en su parte operativa de la gestión de vigilancia, protección y mejora sanitaria y fitosanitaria, a fin de cumplir con la misión de la entidad siendo el componente y parte medular de la institución.
- **Imagen Institucional:** Comprende la comunicación con los usuarios y público en general a través de su página web, entrevistas en radios de alcance masivo, redes sociales y boletines para conocer las actividades que realiza la institución.
- **Servicio Post venta:** El servicio postventa en SENASA se considera a los procedimientos establecidos para la atención de quejas de los usuarios posterior a la

realización de un servicio solicitado a la institución a fin de mejorar la calidad y oportunidad de la atención realizada.

Actividades de Apoyo

- **Infraestructura de la empresa:** Encontramos actividades relacionadas a la implementación y seguimiento de las actividades de planeamiento, presupuesto, inversión pública, gestión de la calidad y racionalización, así también desarrollo de conocimiento y prácticas que agregan valor a los procesos a través de la gestión del conocimiento, objetivos estratégicos con el fin de contribuir con la calidad sanitaria e inocuidad agroalimentaria y manejo de presupuesto a fin de garantizar la sostenibilidad económica y financiera del SENASA.
- **Administración de recursos humanos:** Dentro de las actividades que realiza podemos encontrar selección e incorporación del personal a través de concursos de méritos, inducción y capacitación del personal con la finalidad de que se identifiquen, integren y se adapten a la institución, así como también la evaluación del desempeño en las actividades que realizan.
- **Tecnología:** Relacionado al desarrollo de tecnologías podemos encontrar sistemas utilizados para facilitar los procesos operacionales, así como el SIGSA, BPM TUPA, además cuenta con una unidad de informática quienes realizan mantenimiento y seguimiento de los sistemas informáticos del SENASA.
- **Abastecimiento:** Este punto comprende la provisión de bienes y servicios de forma oportuna en la institución (útiles de oficina, vestimenta, mobiliario, etc.), a través de un control patrimonial garantizando sea de forma eficiente y oportuna para el desarrollo de las actividades realizadas en cada unidad u oficina del SENASA.

Elaborada la cadena de valor podemos determinar que la actividad principal de la institución es la de operaciones donde se incluyen las actividades de vigilancia protección y mejora sanitaria y fitosanitaria. El desarrollo del presente trabajo de investigación está basado en el proceso de mejora sanitaria considerándose parte importante de las actividades primarias. La figura 9 nos muestra el desarrollo de la Cadena de Valor para el SENASA.

Figura 9

Cadena de valor del SENASA

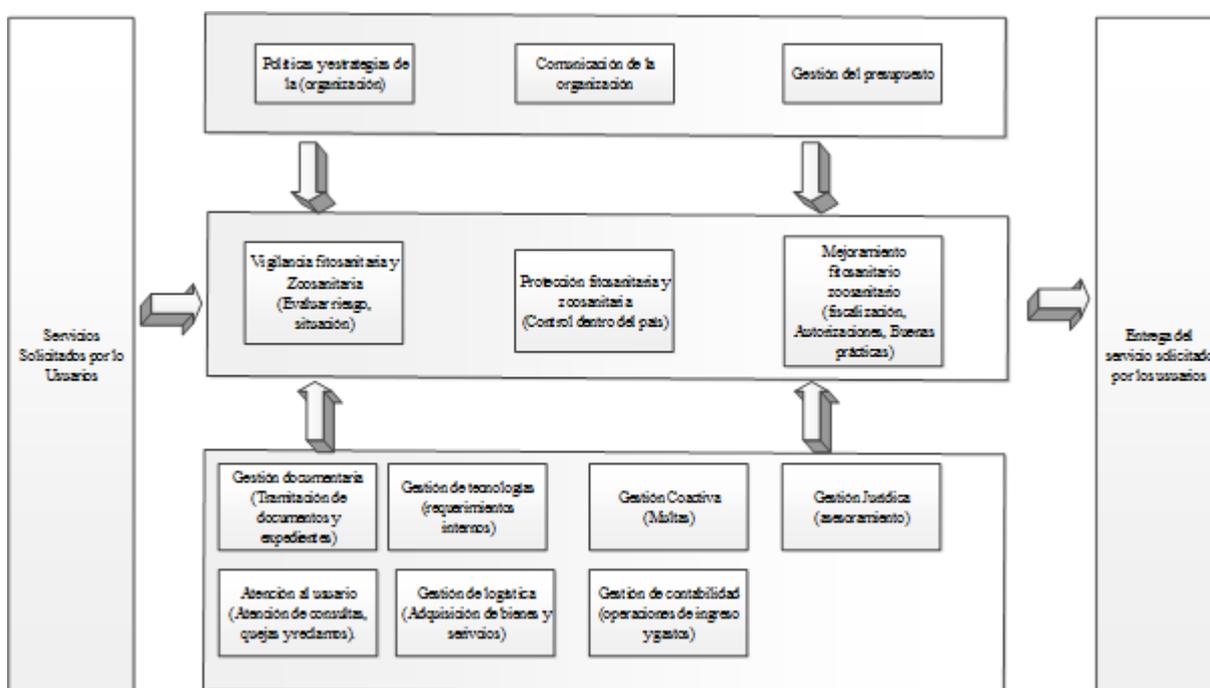


4.4. DETERMINACIÓN DE LOS PROCESOS PRINCIPALES

Según lo analizado en la cadena de valor se identificó los procesos generales involucrados en la atención del servicio al usuario del SENASA. Para lo cual se elaboró un mapa de procesos general en el cual se muestra los procesos de la organización y la interacción que existe entre ellos. Se determinó los procesos tanto estratégicos, misionales y de soporte los cuales trabajan en sinergia constante a fin de obtener los resultados conformes relacionados al servicio demandado. En la Figura 10 muestra los procesos identificados relacionados al servicio o solicitud de un usuario.

Figura 10

Mapa de procesos general simplificado del SENASA



Elaboración propia

4.5. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROCESO DE EMISIÓN DE CONVENIOS

Responsable del proceso:

El proceso de emisión de convenios es gestionado por la Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones (UGCA).

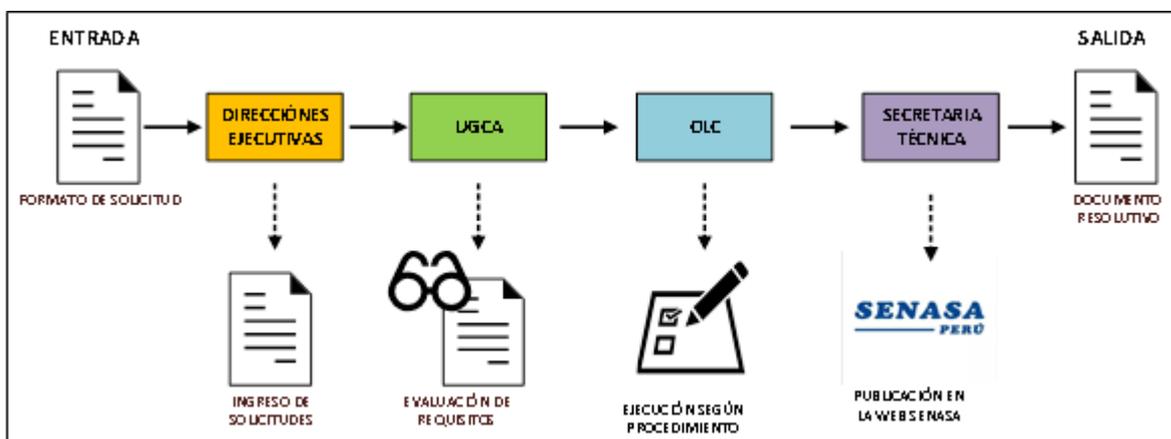
Esta unidad depende jerárquicamente de la Oficina de Planificación y Desarrollo Institucional (OPDI).

Alcance del proceso:

Aplica a nivel nacional para la autorización de emisión de convenios para realizar servicios oficiales en SENASA. En la Figura 11 se puede observar el proceso simplificado:

Figura 11

Ejecución del proceso de autorización a terceros



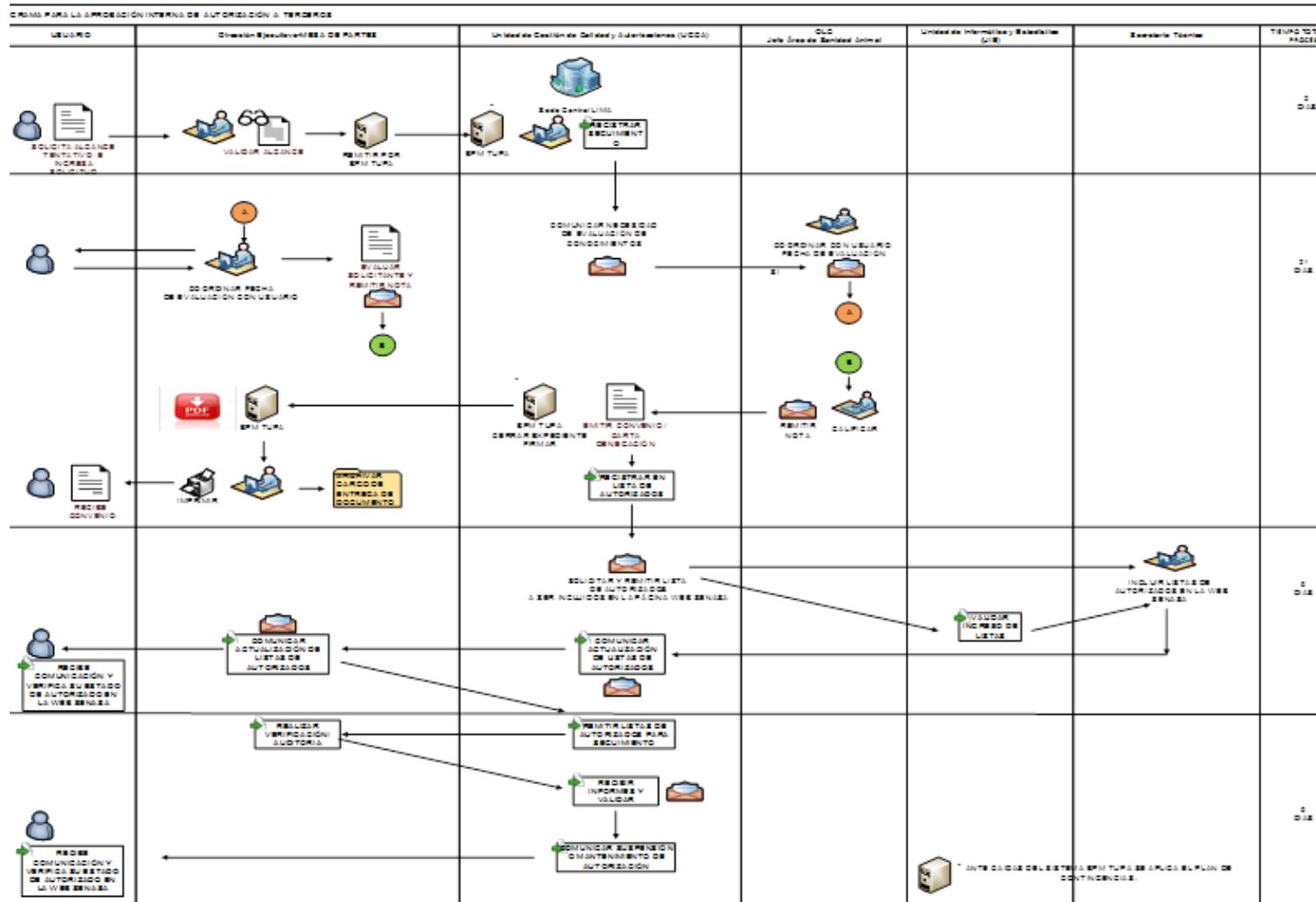
El proceso interno de emisión de convenios es aplicable en todas las áreas usuarias (Direcciones Ejecutivas) a nivel nacional donde se requieran realizar servicios oficiales a nombre del SENASA. Dentro de las actividades se mantiene coordinación con las Órganos de línea competente (OLC), Secretaría Técnica (ST), Unidad de informática y Estadística (UIE) y Direcciones Ejecutivas (D.E) al ser áreas o direcciones ajenas a la UGCA no son consideradas en el trabajo de investigación.

4.6. ETAPAS DEL PROCESO DE EMISIÓN DE CONVENIOS PARA SERVICIOS OFICIALES Y ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO

En la Figura 12 podemos observar el proceso general del servicio actualmente en el cual se puede visualizar las actividades realizadas dentro del proceso.

Figura 12

Flujo actual general resumido del proceso de autorización a terceros



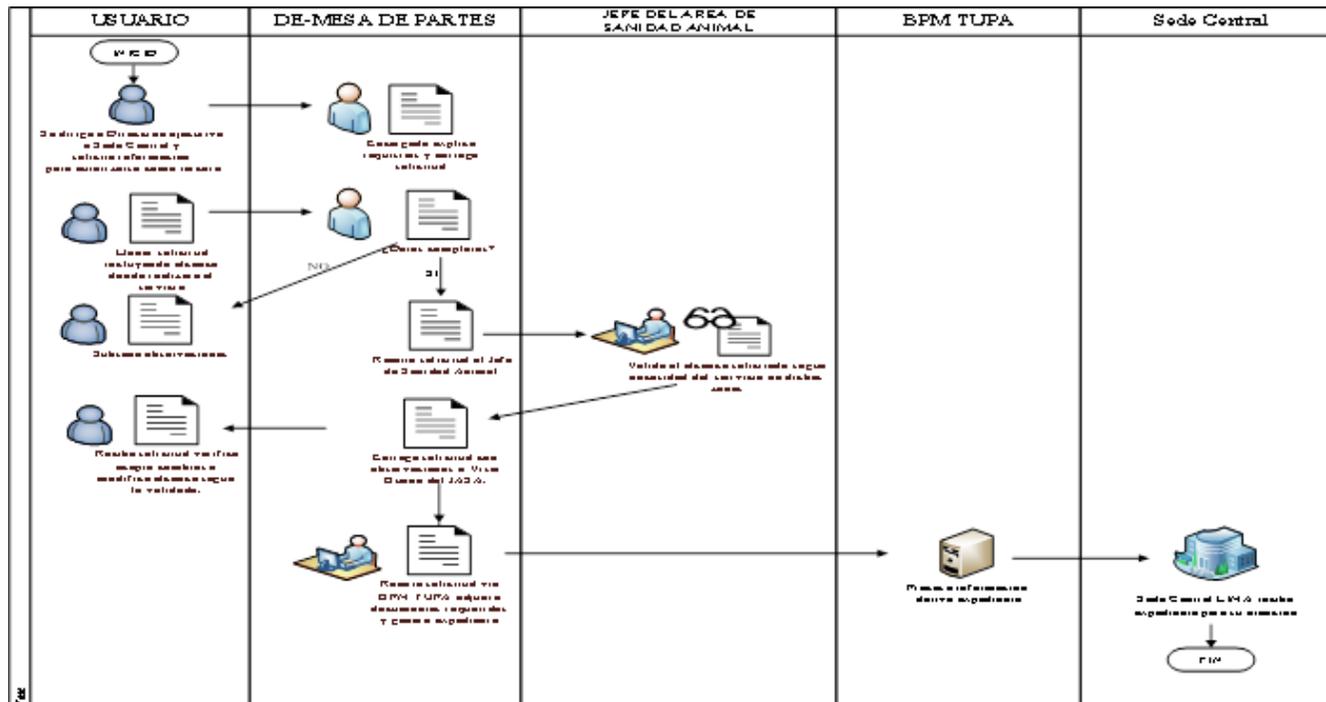
Se identificaron 4 subprocesos de atención para el proceso de autorización a terceros:

- **Flujo de ingreso de solicitudes**

En la Figura 13 se puede visualizar el flujo de ingreso de solicitudes y las áreas que intervienen en dicho proceso. Este proceso tiene como objetivo que el usuario pueda acceder al servicio a través de ingreso de su solicitud para ser evaluado posteriormente por el SENASA.

Figura 13

Flujo de ingreso de solicitudes



Aspectos negativos generales encontrados

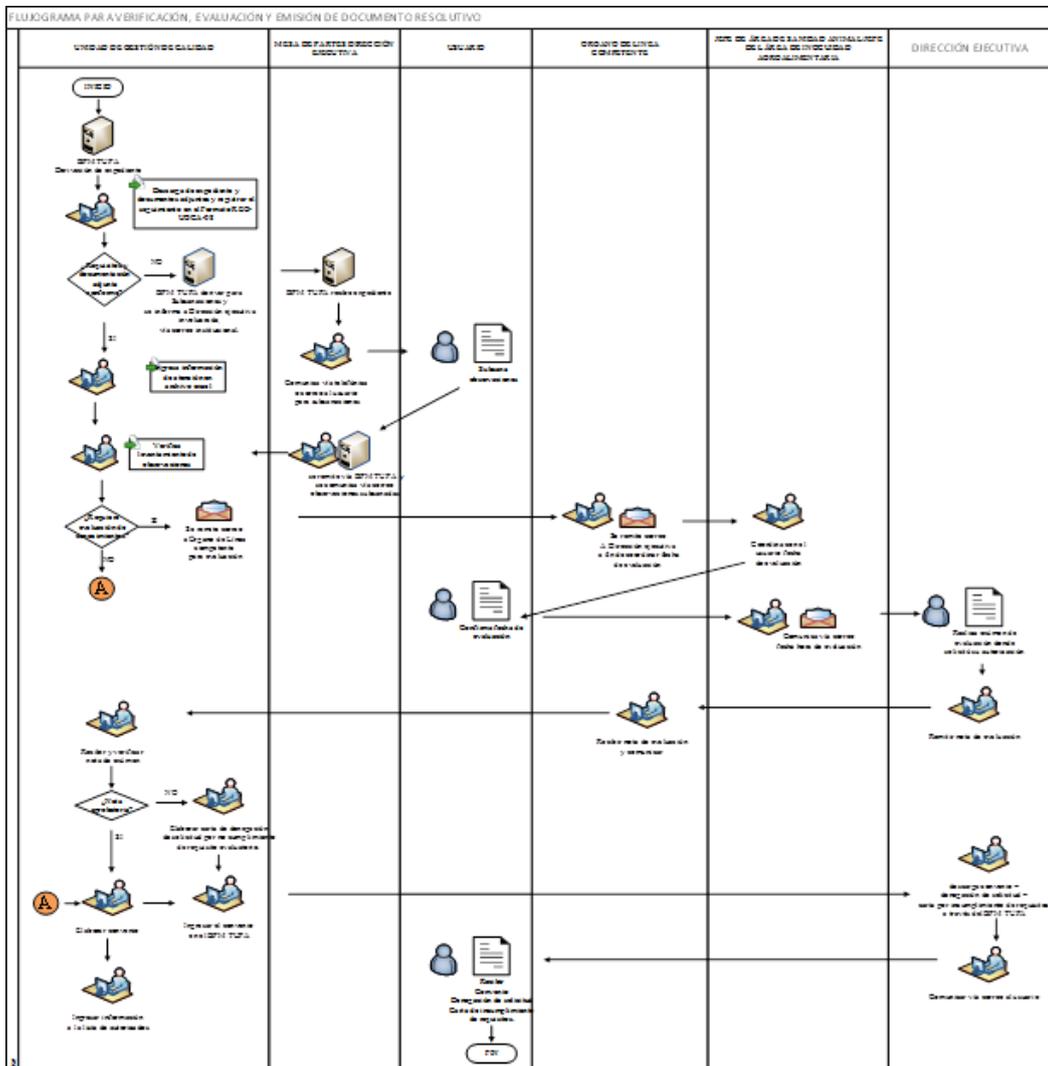
- a. Con el fin de asegurar que se realice un correcto ingreso de la solicitud, así como la validación de datos y adjuntos al expediente solicitado, se puede observar que existe demasiada interacción con el usuario y la organización, lo que causa malestar y pérdida de tiempo en el usuario.
- b. No existen pasos estandarizadas de cómo se debe realizar el proceso, o actividades.

• Verificación, evaluación y remisión de convenio

En la Figura 14 se puede observar los actores del proceso, así como el flujo de la verificación de los adjuntos ingresados, así como la evaluación a los solicitantes de requerirse esta condición y las actividades para la posterior emisión del convenio.

Figura 14

Flujograma de verificación, evaluación y remisión de convenio

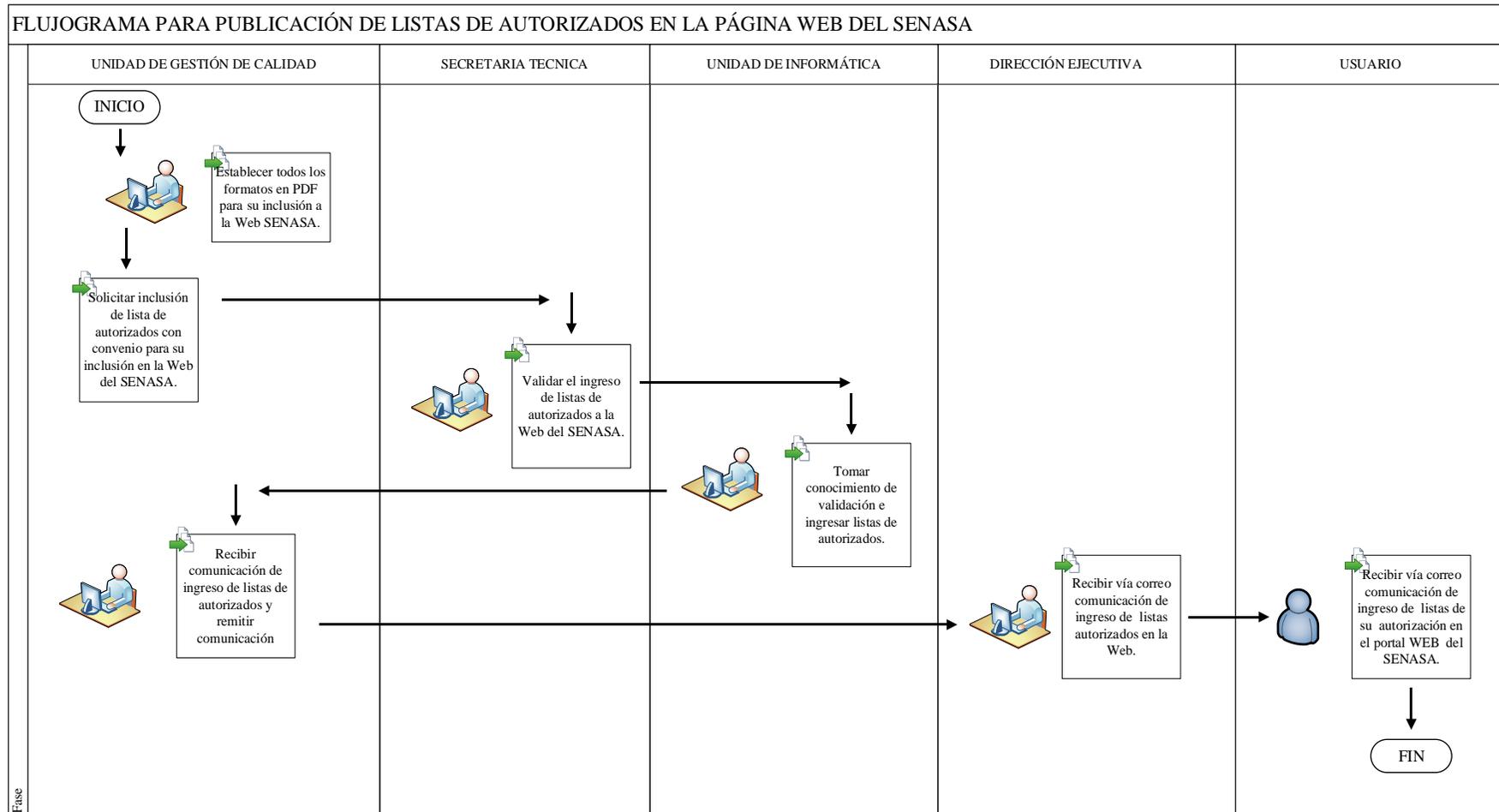


Aspectos negativos generales encontrados

- Se puede observar que es la etapa más larga del proceso debido a que interaccionan más unidades y personas.
 - En esta etapa se vuelve a realizar una verificación de los requisitos solicitados que se deberían haber revisado en el ingreso de la solicitud lo que causa demoras y más subsanaciones que debe realizar el usuario.
 - Además, el seguimiento a la atención de expedientes se realiza manualmente en Excel lo que demora en incluir datos de cada expediente, así como la condición de atendido u observado.
 - No existe una buena comunicación entre las áreas para agilizar el proceso de atención, debido a que no se tiene identificadas claramente a las personas con quien se debe coordinar.
 - No se tiene estandarizado las actividades realizadas lo que repercute en demoras.
-
- **Flujo gestión de Ingreso de listas maestras en la web SENASA**
Posteriormente en la figura 15 se puede visualizar el proceso de ingreso de listas de autorizados incluidos en la web del SENASA. Así como los actores del proceso.

Figura 15

Flujograma de ingreso de listas maestras en la Web SENASA



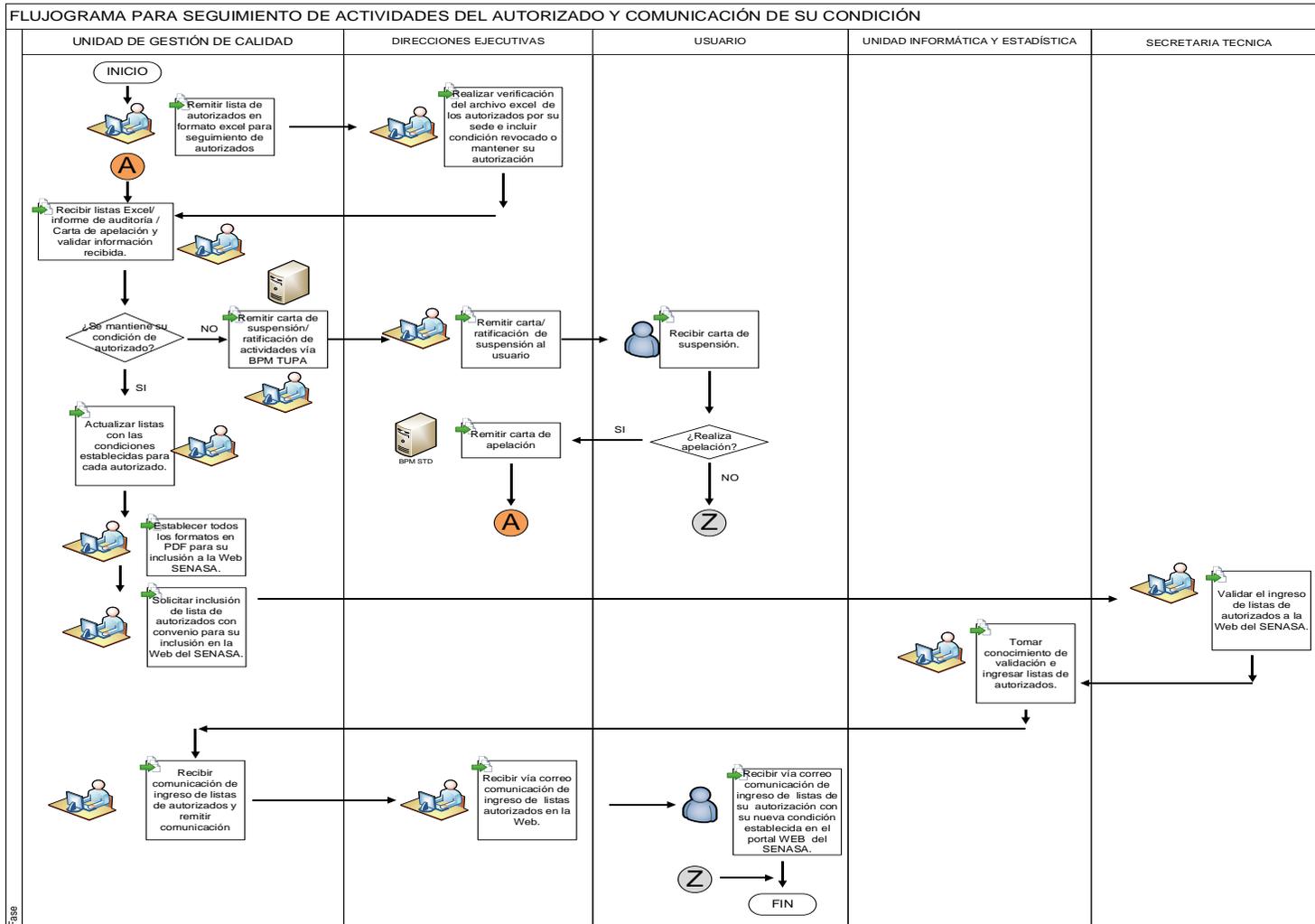
Aspectos negativos generales encontrados

- a. Las listas de personas autorizadas se elaboran manualmente en Excel causando demoras para su ingreso en la Web institucional.
 - b. Al depender de otras áreas como Informática para el ingreso en la página Web del SENASA y secretaria técnica para su validación, causa demoras lo cual crea problemas en el usuario al no poder visualizar su autorización vía Web.
 - c. No está documentado la realización de la actividad.
- **Seguimiento posterior de actividades del autorizado y comunicación de su condición**

En la Figura 16 se puede observar el seguimiento al autorizado, el cual es realizado por la Direcciones ejecutivas posterior a la emisión del convenio a un plazo no menor de 6 meses de trabajo efectivo realizado, a fin de verificar si cumple con las obligaciones establecidas en el convenio, con este análisis el convenio puede ser revocado o continuar con su labor como tercero autorizado para posteriormente actualizar las listas maestras e incluirlas en el portal del SENASA.

Figura 16

Flujograma Gestión para seguimiento de actividades del autorizado y comunicación de su condición



Aspectos negativos generales encontrados

- a. El formato utilizado para este proceso se realiza en forma manual, lo que repercute en demoras para su elaboración.
- b. No se tiene establecido los pasos o actividades a realizar para cumplir con el seguimiento ni quien, que o como se debe comunicar las indicaciones para este proceso.
- c. Al depender de otras áreas como Informática para el ingreso en la página Web del SENASA y secretaria técnica para su validación, causa demoras lo cual crea problemas en el usuario al no poder visualizar su autorización vía Web.

Tiempos aproximados de las actividades realizadas en cada etapa del proceso para autorizar a terceros

En la Tabla 9 se puede observar los tiempos aproximados que toma la realización de cada etapa del proceso en donde podemos observar que el mayor tiempo empleado es en la verificación, evaluación y remisión de convenio, debido a que en esta etapa se involucran diferentes áreas y personal lo que hace que el proceso sea más lento.

En el Anexo 16 se puede observar los tiempos aproximados en minutos de cada actividad realizada por etapa del proceso, así como los actores involucrados en el mismo, con dicha información se elaboró la Tabla 9.

Tabla 9

Tiempos aproximados en cada etapa del proceso

Etapas del proceso de autorización a terceros	Tiempos aproximados
Ingreso de solicitudes	2 días
Verificación, evaluación y remisión de convenio	21 días
Ingreso de listas maestras en la web SENASA	5 días
Seguimiento posterior de actividades del autorizado y comunicación de su condición	15 días

Elaboración propia

Revisión in situ normas y documentación relacionada al proceso de autorización a terceros, su influencia y condición

Tabla 10

Normas relacionadas al proceso de autorización a terceros

NORMAS RELACIONADAS AL PROCESO DE AUTORIZACIÓN TERCEROS				
Norma	Influencia en el proceso	Influencia (D)directa / (I)indirecta al proceso.	Etapas del proceso	Condición del documento
Decreto Legislativo N° 1059 Ley de sanidad agraria	Enmarca los objetivos de prevención y erradicación de enfermedades en vegetales y animales.	D		Vigente
ROF: Reglamento de Organización y Funciones aprobado por Decreto Supremo N° 008-2005-AG	<p>Artículo 5°: Como función del SENASA el de promover la suscripción y asegurar el cumplimiento de convenios con instituciones nacionales o extranjeras de los sectores público y privados destinados a la promoción de la sanidad agraria.</p> <p>Según el Artículo 4°, literal a y b del Reglamento de Organización y Funciones del SENASA aprobado por Decreto Supremo N° 008-2005-AG son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reducir los impactos directos e indirectos de las principales plagas y enfermedades presentes en la producción agropecuaria. - Proteger el patrimonio agro sanitario del ingreso o dispersión de plagas y enfermedades reglamentadas y del incremento de plagas y enfermedades de importancia económica. 	D	Enmarca todo el proceso como finalidad de realizarla.	Vigente
DS-002-2007-AG: Reglamento para la Prevención y Control de Carbunco Sintomático y Edema Maligno (vacunación)	Requisitos o condiciones que deben cumplir los administrados para aplicar al servicio solicitado.	D	Inicio del proceso de autorización a terceros verificación documental.	Vigente. Debe ser modificado por temas de simplificación administrativa ley 27444 requisitos solicitados a personal de la práctica privada que participe en la vacunación.
DS-003-2007-AG Reglamento para la Prevención y control del Antrax (prueba diagnóstica)		D		Vigente. Debe ser modificado por temas de simplificación administrativa ley 27444.requisitos solicitados a personal de la práctica privada que participe en las pruebas diagnósticas.
DS-033-2000-AG Reglamento para el Control y Erradicación de la Brucelosis Bovina (prueba diagnóstica)		D		Vigente. Se debe actualizar lo relacionado a la vigencia según lo establecido en el convenio.
DS-031-2000-AG Reglamento para el Control y Erradicación de la Tuberculosis Bovina (prueba diagnóstica)		D		Vigente. Se debe actualizar lo relacionado a la vigencia según lo establecido en el convenio.
Decreto Supremo N° 029-2007-AG que aprueba el Reglamento del Sistema Sanitario Avícola RJ-093-2010-AG-SENASA Anexo R.J. 093-2010-AG-SENASA		D		Vigente. En el anexo RJ-093-2010-AG-SENASA El flujograma de autorización esta desactualizado, así como los requisitos solicitados.
RJ-031-AG-SENASA Norma el sistema Nacional de aprobación interna del Servicio Nacional de Sanidad Agraria		D		Enmarca todo el proceso como finalidad de realizarla.
Rabia	Para la atención de solicitudes requeridas para este servicio.	D	Inicio del proceso de autorización a terceros	No se tiene un reglamento aprobado para este servicio

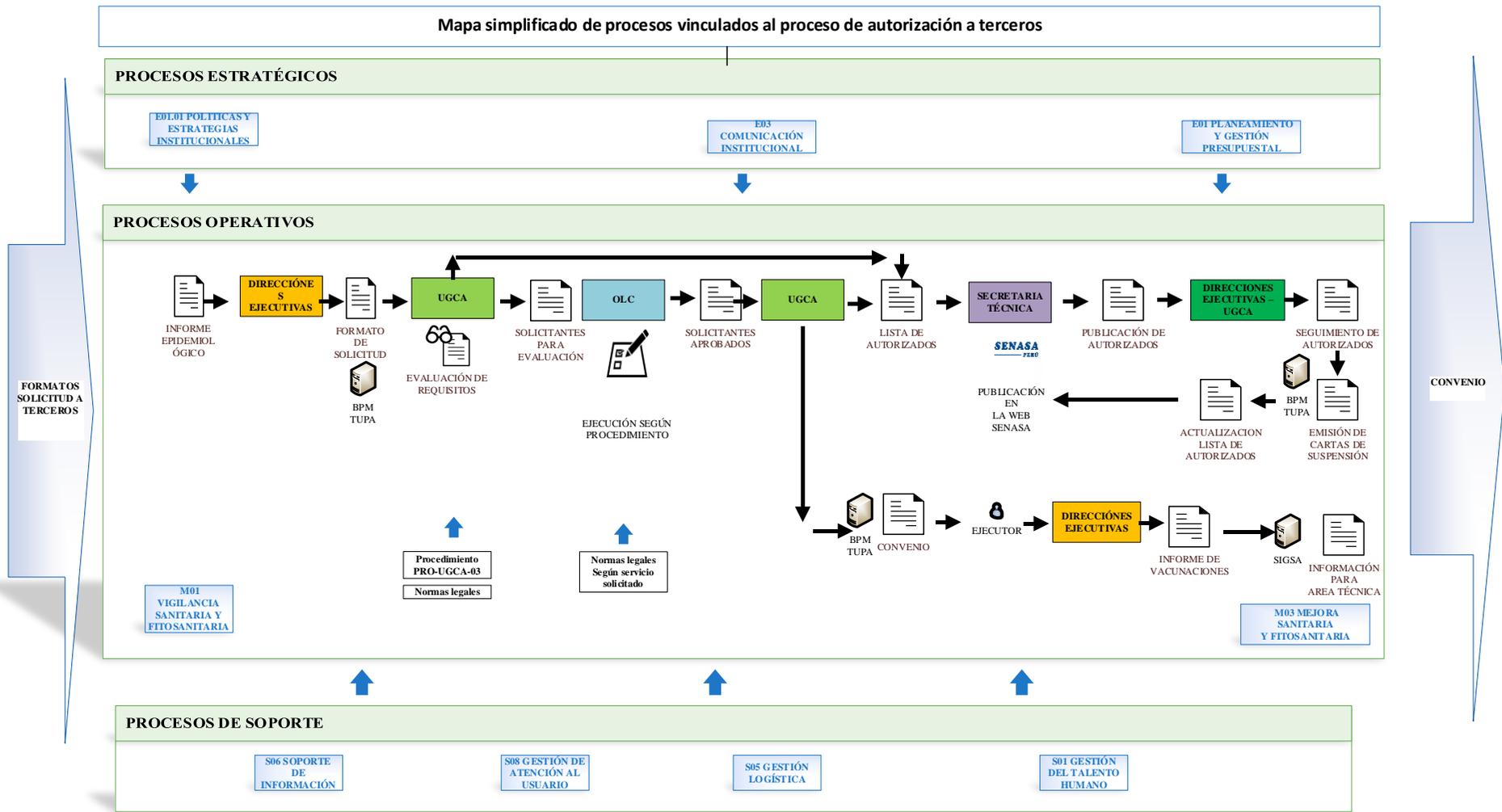
Algunas normas están desactualizadas ya que según la RM 0025-2019-MINAGRI el proceso de autorización terceros ya no es considerado un procedimiento administrativo TUPA sino un servicio que brinda el SENASA y se puede optar mediante trámite.

Mapa simplificado de los procesos vinculados al proceso de emisión de convenios en SENASA

En la Figura 17 se puede observar los procesos directamente vinculados al proceso de autorización a terceros, los procesos estratégicos, operativos y de soporte en el cual se puede observar que existen comunicación con otras unidades como la Unidad de informática relacionado a los sistemas utilizados para soportar el servicio, la Unidad de logística para la adquisición de bienes y servicios, la Oficina de Planificación y Desarrollo institucional para el establecimiento de objetivos estratégicos, así también las áreas técnicas a fin de establecer los procedimientos para realizar las actividades de ejecución del tercero.

Figura 17

Mapa simplificado de los procesos vinculados al proceso de emisión de convenios en SENASA



Elaboración propia

Periodicidad del proceso

El proceso de emisión de convenios se realiza todo el año y depende de la necesidad que tenga las direcciones ejecutivas y las campañas que se presentan en el año que pueden ser variables según la necesidad. los expedientes recibidos, solo se atienden según como se reciben no existiendo un orden en su atención, y son atendidos con un máximo de 30 días.

Tecnología utilizada en el proceso

Los sistemas informáticos que apoyan el adecuado manejo del proceso de emisión de convenios en SENASA es el BPM TUPA, SIGSA.

El BPM TUPA sistema interno del SENASA donde se recibe las solicitudes para evaluación de la UGCA, trazabilidad y remisión.

El SIGSA Sistema de gestión de Sanidad Animal donde se incluye las metas establecidas por los órganos competentes tales como: SCEE: Subdirección de Control y Erradicación de enfermedades.

Aspectos negativos

Los sistemas no se encuentran integrados o vinculados (BPM TUPA, SIGSA) para compartir información.

el SIGSA es relevante para las áreas técnicas del SENASA, de ahí obtienen información necesaria para sus procesos.

Importancia de la emisión de convenios para realizar servicios oficiales

En el Perú según el MINSA (Ministerio de Salud) en su “Programa presupuestal enfermedades metaxenicas y zoonosis” 2019, en su anexo 2 nos muestra datos cuantitativos de las enfermedades zoonóticas presentadas en los años 2012 al 2016, el cual se visualiza en la siguiente tabla:

Tabla 11

Programa presupuesta de enfermedades metaxenicas y zoonosis 2019

Enfermedad Zoonótica	2012	2013	2014	2015	2016
Rabia silvestre	10	05	0	03	15
Brucelosis humana	383	412	321	462	534
Carbunco (Ántrax)	3	1	5	57	6

FUENTE: CDC/MINSA Semana Epidemiología 52.

Rabia

Entre algunas de estas enfermedades dentro de los años 1975 al 2013 se notificaron 316 personas fallecidas por rabia transmitida por murciélagos hematófagos, comprometiendo a 18 provincias distribuidas en 12 departamentos, el 51% de los casos se presentaron en comunidades indígenas de la región del Amazonas siendo el grupo más afectados los menos de 15 años de edad. Durante los años 2015 – 2016 se registraron 18 casos afectando a los departamentos de Loreto, Pasco, San Martín y Cusco.

Carbunco o ántrax

...”Tiene importancia por su potencial epidémico especialmente en el grupo vinculado con la producción ganadera y el faenamiento de animales, manipulación de carne infectada o por consumo de subproductos contaminados con la bacteria *Bacillus anthracis*. El Carbunco es una enfermedad que se presenta principalmente en la costa del Perú”...” los departamentos donde se han reportado casos de carbunco son Piura y Cajamarca”.

La Brucelosis

Es una zoonosis que tiene importancia por su repercusión en la salud humana, debido a los altos costos que presenta el tratamiento de los enfermos. Está circunscrito principalmente en Lima y Callao, donde se registran en el 2016 el 51% de los casos notificados (MINSA, 2019).

Población potencial

Residentes en las zonas consideradas endémicas y que están proclives a contraer la enfermedad.

Tabla 12

Estimación de personas vulnerables y en riesgo a contraer la enfermedad

Enfermedad	Valor y unidad de medida
Rabia silvestre	Se estiman 16,688,165 personas vulnerables y en riesgo
Carbunco y Brucelosis	Se estiman 17,115,253 personas vulnerables y en riesgo

FUENTE: INEI (2016)

En conclusión, el SENASA como autoridad en temas de vigilancia, protección y mejora de la sanidad agraria en el país cumple en relación a sus objetivos estratégicos y a su plan operativo anual POA, acciones para evitar la diseminación de enfermedades por zoonosis, ya que son consideradas de notificación obligatoria establecido en el Artículo 9 del Decreto Legislativo N° 1059 “Ley General de Sanidad Agraria”, y al no poder cubrir la capacidad necesaria para atenderlo a nivel nacional aunado a falta de recursos presupuestales y de personal, se realiza el proceso de emisión de convenios para realizar servicios oficiales con personas externas al SENASA con el fin de cubrir esta necesidad.

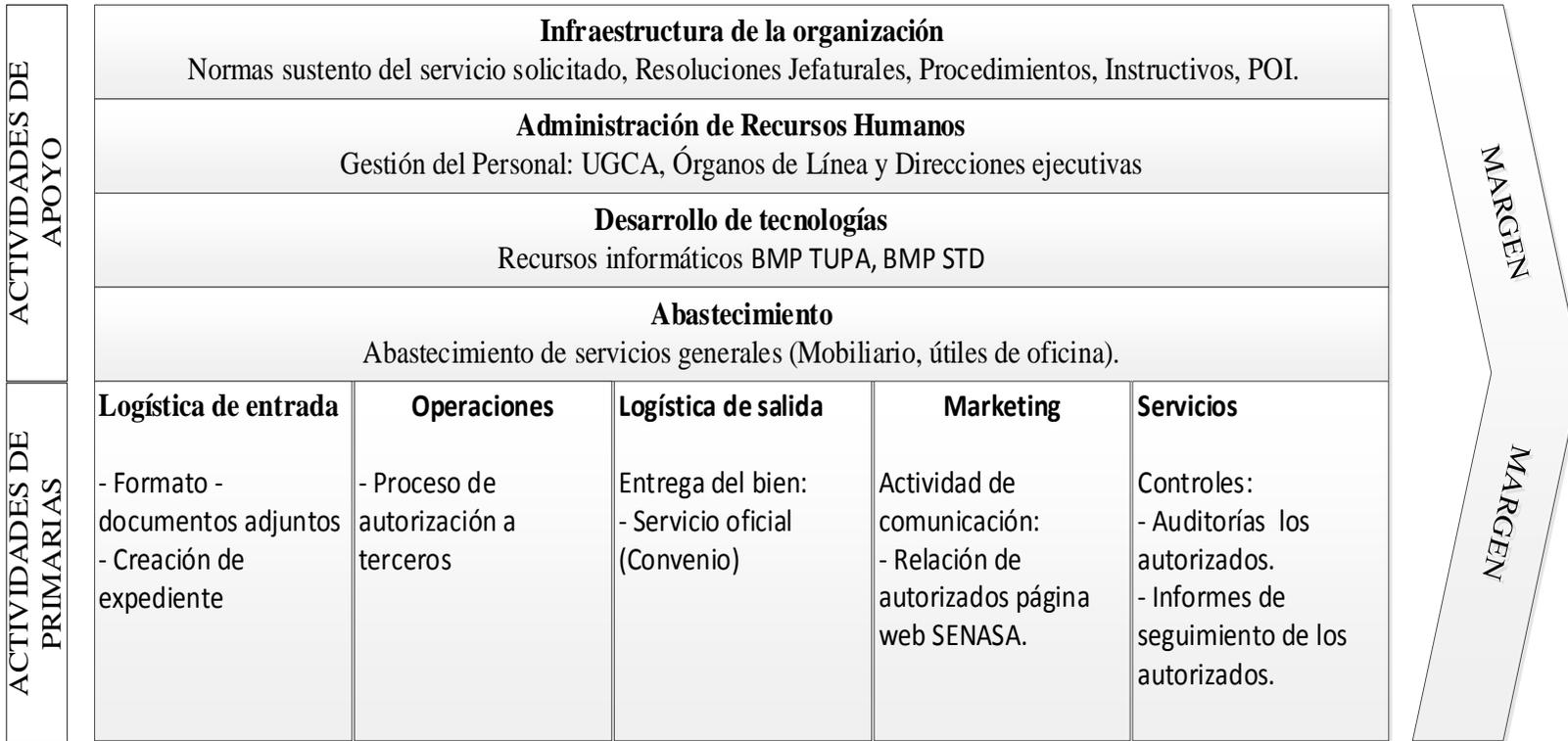
Cabe resaltar que el SENASA a partir del 2016 empezó a realizar este proceso a fin de salvaguardar la salud humana y por ende la mejora en la sanidad agraria del país. Para mayor información sobre las enfermedades puede ser vista en el Anexo 17.

Análisis de la cadena de valor del proceso de autorización a terceros

Se identificó las actividades primarias y de apoyo, tenemos para el proceso de emisión de convenios se cumple de manera igual que cuenta con las actividades de apoyo y abastecimiento según la Figura 18.

Figura 18

Cadena de valor del proceso autorización a terceros



Elaboración propia

En relación a las actividades primarias son aquellas que influyen directamente en la creación del producto o servicio que para nuestro estudio es el documento resolutivo o convenio emitido al usuario que ha cumplido con los requisitos para realizar actividades oficiales a nombre del SENASA.

Logística de entrada: Se considera el ingreso de la solicitud (formato, documentos adjuntos), para acceder al servicio, para su elaboración intervienen las Direcciones ejecutivas a nivel nacional, la unidad responsable de su atención (la Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones), con esta entrada se inicia el proceso.

Operaciones: Es donde intervienen las etapas del proceso de verificación y evaluación del proceso de emisión de convenios a fin de cumplir con los requisitos solicitados según normas legales establecidas.

Logística de salida: Es el otorgamiento del documento resolutivo o convenio mediante el cual el SENASA reconoce al administrado como apto para desempeñar servicios oficiales.

Marketing: Es la comunicación realizada en la página web del SENASA a fin de que el autorizado para realizar servicios oficiales, sea reconocido como tal ante la sociedad.

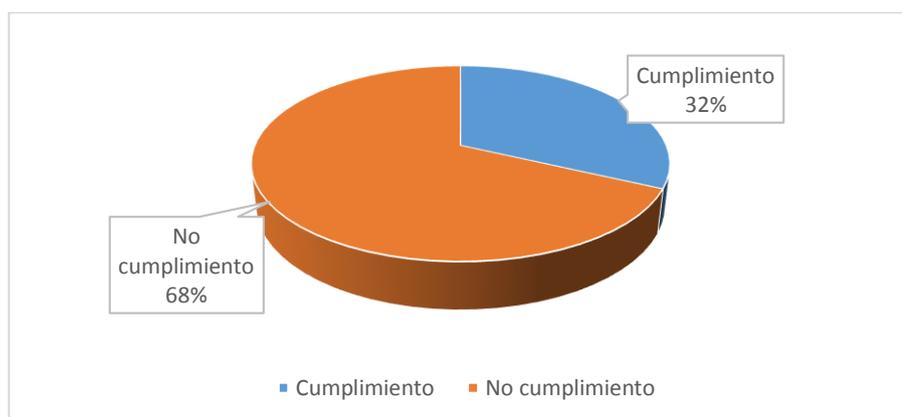
Servicio: Considerado el servicio brindado posteriormente, como informes de seguimiento, o controles de auditorías de los autorizados.

4.6.1. Análisis de los resultados de las listas de verificación en base a la norma ISO 9001:2015

Posterior a la realización de la evaluación del sistema de gestión de calidad en el SENASA para el proceso de emisión de convenios a través de la lista de verificación de la norma ISO 9001:2015, se puede concluir que la organización cumple de manera deficiente o regular con los requisitos de la norma, lo cual repercute en demoras en las actividades de emisión de convenios para el usuario y por ende en el servicio ofrecido (Ver Figura 19).

Figura 19

Porcentaje de cumplimiento general de la norma ISO 9001:2015



Elaboración propia

Posteriormente se elaboró un consolidado a fin de determinar el grado de cumplimiento por cada capítulo de la norma ISO 9001:2015 (Ver Tabla 13).

Tabla 13

Grado de cumplimiento por cada capítulo de la norma ISO 9001:2015

NUMERAL DE LA NORMA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE OPTIMO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	CONDICIÓN
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	7.25	11	66%	Regular
5. LIDERAZGO	4	6	67%	Regular
6. PLANIFICACION	2	5	40%	Deficiente
7. APOYO	6.25	10	63%	Regular
8. OPERACIÓN	16	48	44%	Deficiente
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	2.75	30	9%	Deficiente
10. MEJORA	0	11	0%	Deficiente
TOTALES	38.25	121	32%	

Elaboración propia

De la tabla anterior mostrada podemos concluir que el requisito con mayor puntuación es el 5. Liderazgo esto se debe a que el SENASA establece a través de la alta dirección la dirección estratégica, el rumbo y los recursos a utilizar (conocimientos), dirigen la organización y tienen claro los propósitos y objetivos a seguir.

Seguido se encuentra el punto 4. Contexto de la organización relacionado al proceso de investigación de emisión de convenios en el cual el SENASA conoce sus cuestiones internas y externas, de tal manera que opera alcanzando los objetivos deseados, aunque no son revisados periódicamente las necesidades y expectativas de las partes interesadas.

Posteriormente el punto 7. Apoyo pone a disposición los recursos necesarios (personas, recursos tecnológicos y materiales para la implementación del servicio ofrecido), pero estos no son analizados si son los adecuados o están siendo bien utilizados debido a cambios del proceso en el tiempo, que se puedan presentar en el corto, y mediano plazo.

El bajo cumplimiento del punto 6. Planificación relacionada a los procesos, debido a que no se tienen acciones para abordar los riesgos y oportunidades en el proceso de emisión de convenios que afectan los resultados deseados, este análisis puede contribuir al proceso para una mejora continua en el corto y mediano plazo.

El bajo cumplimiento del punto 8. Operación, el SENASA nos muestra bajo interés en el control del proceso, lo que no permite asegurar que el servicio ofrecido tenga la conformidad deseable, si bien se tiene planificado las operaciones a seguir para el proceso, se debe ajustar y determinar aquella información que se necesita documentar o registrar y que se considere necesaria a fin de verificar que el proceso se realice según lo planificado. Ante una situación no prevista para estos casos se deben realizar análisis o evaluaciones para proponer acciones.

El bajo cumplimiento del punto 9. Evaluación del desempeño se debe a que no se tiene en SENASA una evaluación del proceso, si se está cumpliendo objetivos o no, ya que no se tiene indicadores que permitan realizar su análisis, o auditorías internas realizadas y sean revisadas por la alta dirección.

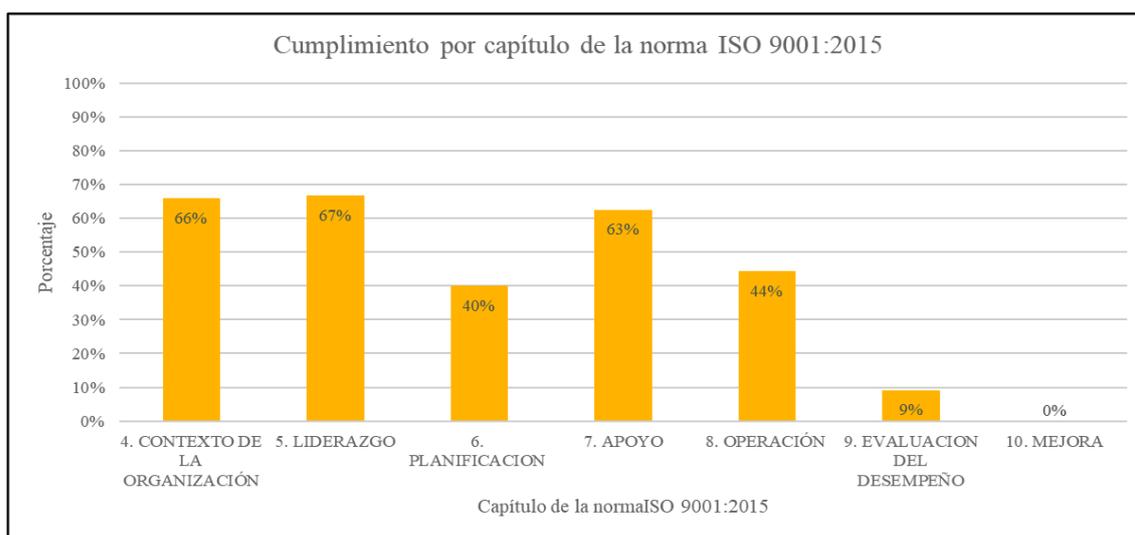
El bajo cumplimiento del punto 10. Mejora, por ende, el no cumplimiento de los puntos anteriores no se puede establecer mejoras en el proceso.

Se identificaron requisitos no aplicables de la norma ISO 9001 2015 relacionados al diseño y desarrollo ya que el proceso de emisión de convenios es realizado y suministrado según lo establecido en normas definidas previamente a fin seguir dichos lineamientos.

Se elaboró posteriormente el Figura 20 siguiente se indica el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001 2015 según su numeral.

Figura 20

Cumplimiento de la norma por capítulo ISO 9001:2015



Elaboración propia

Se realiza el análisis de las secciones 4 al 10 de la ISO 9001:2015 ya que es pertinente que la organización demuestre conformidad en el proceso de investigación sujeto a análisis.

– **Análisis de la revisión por capítulos de la norma ISO 9001 2015**

– **Revisión del capítulo cuatro (4), contexto de la organización**

Compresión del a organización y su Contexto

- La organización tiene una cultura y valores implícitos (un ambiente de trabajo adecuado, contribuir a con nuestros servicios a la comunidad, motivación, etc..) pero no se ha establecido lineamientos: no existe una forma establecida del cómo promover o contribuir en estos temas.

Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas

- EL SENASA depende del MIDAGRI y de lo establecido en las reglamentaciones y cambios que establece la PCM.
- Si bien se tiene establecido cuales son las partes interesadas para el servicio a ofrecer, No se revisa ni monitorea a nivel de D.E ejecutivas la necesidad o requisitos que tienen las partes interesadas a fin conocer con más claridad dichas necesidades y/o expectativas.
- No se establece un análisis sobre necesidades a futuro de partes interesadas del proceso de emisión de convenios a fin de cumplir con dichas expectativas. además de no conocer o investigar si existen otros clientes para el servicio que se provee.

Determinación del alcance del Sistema de gestión de Calidad.

- No cuenta con un Manual de Calidad ISO 9001 2015 relacionado al proceso en análisis a fin de establecer los lineamientos y acciones a realizar orientado a la satisfacción de sus clientes. Se mantiene un manual de calidad desactualizado y de versión 9001: 2008, aunque la norma no lo exige, en él se establece las actividades que desarrolla la organización y para cumplimiento de la norma ISO.
- No se tiene fundamentado que requisitos no aplican para el proceso justificando las razones de su no aplicabilidad.
- No se establecido el alcance el alcance de sistema de gestión de calidad referido al proceso que se suministra y sus límites.

Sistema de Gestión de Calidad y de sus procesos

- El alcance SGC ha sido definido según el procedimiento establecido PRO-UGCA-03 pero no se encuentra actualizado y no se detalla de forma clara las entradas y salidas del proceso, determinación de sus interacciones, el flujograma establece etapas que no generan valor, así como indicadores que no permiten medir su eficacia, y controles (no integra un enfoque basado en riesgos).
- No se han documentado procedimientos necesarios para la atención del servicio a terceros; Ingreso de solicitudes al sistema/ como llenar el formato de solicitud/proceso de atención interno/ /inclusión de documento resolutivo en el sistema/descarga del documento del sistema.
- No se ha establecido un enfoque de procesos a fin de identificar que procesos

interactúan con el proceso de emisión de convenios, a fin que sus interrelaciones funcionen como un sistema coherente.

– **Revisión del capítulo cinco (5) Liderazgo**

Liderazgo y Compromiso Gerencial

- Se realizó la entrevista al Director de la UGCA y no se encontró información documentada que acredite que la información generada en el proceso de emisión de convenios (casuísticas) es llevada a la alta dirección para su revisión, evaluación y toma de decisiones para gestionar decisiones estratégicas o como insumo para un enfoque basado en riesgos.

Enfoque al cliente

- En algunos servicios de emisión de convenios no están determinados dispositivos más específicos (requisitos para acceder al servicio) y solo se condicionan a través de una norma general.

Roles, responsabilidades y autoridades en la organización

- No se tiene establecido con claridad las actividades (roles) a realizar para el proceso de emisión de convenios tanto para el JASA (jefe del área de sanidad animal, JAIAIA (jefe del área de inocuidad agroalimentaria e insumos agrarios) y coordinador operativo (para verificación del alcance del servicio solicitado). quien evalúa el alcance del servicio, quien da el VB del alcance solicitado, que debe revisar en relación a los requisitos solicitados, o lo debe hacer el encargado en mesa de partes.

– **Revisión del capítulo seis (6), Planificación**

- No se tiene establecido la elaboración de acciones para los riesgos y oportunidades para el proceso de emisión a convenios identificándolos.

Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos

- Hay evidencia de Los objetivos de calidad, pero no se encuentran actualizados desde el 2011, Los cuales son consistentes con la política de Calidad contribuyendo para su realización y consistentes con el contexto y la dirección estratégica.

Planificación de los cambios

- No se evidencia análisis para cambios que puedan debilitar mantener la integración del sistema de calidad.
- No se ha planificado como por ejemplo bajo un enfoque basado en riesgos, o a través análisis de no conformidades las necesidades de cambios que se puedan presentar para el proceso de emisión de convenios, a fin de que se puedan facilitar estos cambios. Como, por ejemplo:
 - a. Cambios de personal (por desconocimiento del proceso).
 - b. Cambios en el proceso (a fin de minimizar las consecuencias o efectos de estos cambios).
 - c. Nuevos servicios de terceros a ofrecer por el SENASA (por la necesidad de nuevas coberturas a ofrecer).

– Revisión del capítulo siete (7) Apoyo

Personas

- En la Sede Central se cuenta internamente con personal para realizar la atención de expedientes de emisión de convenios y su seguimiento.

Infraestructura

- Dentro del Sistema BPM TUPA ocurren fallas internas en el ingreso de expedientes, en algunos servicios no se observa en el sistema la solicitud adjunta al cual ha sido ingresada correctamente, lo que causa demoras en coordinación en la atención de la observación y en la atención de las solicitudes recibidas.
- No existe un control informático para asegurar que los documentos no sean adulterados.
- No se tiene sistematizado todo el proceso desde el ingreso del expediente hasta la

emisión del convenio, lo que conlleva a fallas de entrada y observaciones posteriores retrasando la atención.

- Falta de mantenimiento de equipos (Pc) en la Sede Central y Direcciones ejecutivas y lentitud del ancho de banda por trabajo remoto genera demoras en la atención de expedientes.

Recursos de seguimiento y medición

- No se existe información documentada que se realizan encuestas o cuestionarios en periodos mensuales, semestrales o anuales a los administrados a quienes se les ofrece el servicio de emisión de convenios lo que no permite realizar un seguimiento o monitorear el servicio ofrecido.

Conocimientos de la organización

- Aun no se tiene claramente gestionado y se encuentra en un estadio inicial el tema de la Gestión del conocimiento, no se aplica un método para la identificación de los conocimientos que se tienen en la organización y que se deben compartir.

Competencia

- Si bien las Direcciones ejecutivas poseen un área de gestión para el trámite documentario, Centro de trámite documentario (CTD) y las competencias están establecidas en el MOF, al no tenerse documentado y actualizado el proceso y por ende su falta de capacitación al personal para realizar las actividades relacionadas al proceso dilatan su cumplimiento.

Toma de conciencia

- Si bien existe una política esta no es sensibilizada o comunicada al personal a nivel nacional, así como tampoco los objetivos de calidad que se esperan obtener, metas alcanzadas en el proceso de autorización a terceros, lo que conlleva a falta de compromiso con el sistema de gestión de calidad.

Comunicación

- No se ha establecido o documentado la forma de cómo se deben comunicar las

áreas integrantes (comunicaciones internas) a fin de cumplir con las actividades requeridas para la atención del servicio, además de no comunicarse las necesidades de los clientes (comunicaciones externas), los tiempos de atención, cambios en los formatos. La comunicación interna no definida en las diferentes áreas o unidades no coadyuvan a de cumplir de forma eficaz con el proceso.

Información documentada

Información documentada, no establecida, desactualizada

- Se debe poseer la información documentada necesaria para el proceso:
- Manual de Calidad es el 9001:2008 en él se encuentra lo relacionado al alcance del sistema de gestión de calidad lo cual es exigido la ISO 9001:2015 4.4 sea documentado para el proceso. Desactualizado y no establecido para el proceso de estudio.
- No se tiene el diagrama de flujo actualizado del proceso de emisión de convenios.
- El procedimiento para autorizar a terceros PRO-UGCA-03 se encuentra desactualizado.
- No se tiene (instructivos para ingreso de solicitudes, llenado de formato, descarga del documento resolutivo).
- No se ha establecido registros de cambios en la prestación del servicio o autorizaciones (Cambios en el formato). Requisito 8.5.6 de la norma ISO 9001:2015
- No se ha establecido registro de liberación del servicio para el cliente. Requisito 8.6 de la norma ISO 9001:2015
- No se ha establecido registros de no conformidades establecidas en el proceso. Requisito 8.7 de la norma ISO 9001:2015
- No se tiene evidencias de análisis de causas o correcciones implantadas para levantar las no conformidades para el proceso de emisión de convenios Requisito 10.2.2 de la norma ISO 9001:2015
- No se tiene evidencias de toma de decisiones de la revisión por la dirección. Requisito 9.3.3 de la norma ISO 9001:2015
- No se tiene documentado matriz de riesgos para el proceso de emisión de convenios.

Creación y actualización y control de información documentada

- Si bien el procedimiento para creación, actualización y control de la información documentada de documentos existe (PRO-UGCA-06), este debe ser mejorado ya que es muy extenso para su entendimiento.

Revisión del capítulo ocho (8), Operación

Planificación y control operacional

- En las actividades del proceso de emisión de convenios no se han implementado acciones para determinar y tratar riesgos y oportunidades, no se encuentran redactados, además de no haber evidencias de acciones para reducir el efecto de cambios que se pueden presentar de manera no prevista para cumplir con los requisitos del proceso.
- Si bien se tiene documentado el proceso de Emisión de convenios PRO-UGCA-03 es necesario documentos complementarios a fin de que el proceso sea conducido según lo establecido y planificado. Requisito 7.5 de la norma ISO 9001:2015.

Requisitos para los productos y servicios

Comunicación con el cliente

- La información sobre los requisitos solicitados para el servicio no es completa y clara, y los soportes y canales utilizados no son claramente difundidos para el caso del BPM TUPA (relacionado a instrucciones de ingreso de expedientes), así como descarga del convenio.
- No se dan respuestas de manera general para todas la Direcciones Ejecutivas, tanto en cambios de formato de ingreso, o problemas presentados en el sistema BPM TUPA.
- No se toman como insumo reclamos o recomendaciones de los usuarios para la mejora del proceso de emisión de convenios.

Determinación de los requisitos relacionados con productos y servicios

- En su normativa RJ 031-2007-AG-SENASA Sistema de aprobación interna para autorizar terceros, se establece elaborar dispositivos específicos para cada actividad, lo cual no se cumple para todos los servicios suministrados, ya que los requisitos están establecidos según su norma (requisitos legales) a la cual aplican, pero para algunos servicios a terceros no están considerados tales dispositivos, lo que conlleva a solo considerar una declaración jurada al momento de solicitar el servicio.

Revisión de los requisitos para los productos y servicios

- No se revisan aquellos requisitos señalados o especificados por el cliente antes de la entrega de los documentos resolutivos, como por ejemplo el “tiempo de entrega del convenio y credencial”, para lo cual la atención está planificada por 30 días, pero es solicitado por las D.E. (Direcciones Ejecutivas) con un tiempo menor por la premura de realizar la actividad oficial a fin de cumplir las metas establecidas en cada región a nivel nacional.
- No se tiene informados de cambios en requisitos para servicios eliminados como procedimiento administrativo por RM 0025-2019-MINAGRI, y tratarse como un simple servicio y no como procedimiento administrativo.
- No hay evidencia documentada de revisión de requisitos del cliente para retroalimentación.

Cambios en los requisitos para productos y servicios

- Cambios de requisitos no claros en algunos servicios, según la RM 0025-2019-MINAGRI que modifica el texto único de procedimientos administrativos del SENASA, donde se habla de procedimientos administrativos declarados improcedentes para algunos servicios de emisión de convenios ahora tratados como un simple trámite, lo que causa confusión en el usuario y en el personal interno de la organización.

Diseño y desarrollo de los productos y servicios

- No es aplicable para la Organización ya que el proceso es realizado y suministrado según lo establecido en normas del estado y definido previamente.

Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente

- No se realiza control de proveedores de servicios relacionado a capacitaciones que puedan afectar al proceso o al sistema de gestión de calidad. No se tiene documentado criterios de evaluación del desempeño de proveedores para consultorías, auditorías internas para el proceso de emisión a terceros la contratación lo realiza el área de logística, pero no existe un filtro definido para identificar aquellos proveedores que proveerían un mejor en el desempeño operacional.

Análisis de la provisión del servicio

Control de la producción y de la producción y de la provisión del servicio

- No se tienen información documentada (instructivos) en donde se puedan definir los controles necesarios que se necesitan aplicar en las etapas del proceso.
- No hay evidencia de realizar controles para evitar errores humanos dentro de las actividades del proceso.
- No existe evidencia de control de que las salidas del proceso (convenio) cumple lo planificado y sea conforme a los requisitos establecidos y cumplimiento legal.
- No se tiene evidencia o alguna forma de verificación o control de la entrega del convenio al usuario.

Propiedad perteneciente a los clientes y proveedores externos

- Los requisitos de esta sección aplican a lo relacionado a datos personales, números telefónicos, domicilio de los usuarios, propiedad de los usuarios en el proceso, los cuales no se aseguran, ya que no existe un criterio protección de tal información como datos de teléfono o domicilio en la inclusión de las listas de autorizados incluidas en la página web del SENASA, a fin de establecer que información puede ser mostrada y cuales otras no deben serlo por ser confidencial o necesidad de consentimiento del titular de los datos.

Además, se debe considerar según la normativa Reglamento de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales DECRETO SUPREMO N° 003-2013-JUS que deben ser aplicados principios rectores tales como principio de

seguridad y principio de consentimiento.

Actividades posteriores a la entrega

- No hay evidencia que exista un control posterior a la entrega del convenio si bien se hace no hay evidencia de verificación o control de dicha entrega.

Control de Cambios

- No existe evidencia documentada de un control de cambios a fin de asegurar la conformidad del servicio prestado, cambios establecidos en los formatos de ingreso de expedientes, se manejan diferentes formatos puede afectar al proceso los cuales deben ser y comunicadas.
- No existe evidencia documentada de control de cambios en el ingreso de expedientes, no debería ingresarse por el BPM TUPA al no ser un procedimiento administrativo, en algunos casos se ingresan por el BPM STD (sistema de trámite documentario), debería definirse la vía de ingreso de expedientes y esos cambios comunicarlos a las partes interesadas (direcciones ejecutivas, administrados, y personal de la organización).

Liberación de productos y servicios

- Ingreso de expediente, momento crítico: verificación de datos control: no documentado
Detección: demora en la atención
- Evaluación: momento crítico: cumplimiento de requisitos control: no documentado
Detección: demora en la atención y demora en la evaluación de conocimientos.
- Liberación final, momento crítico: descarga del convenio en D.E.
Control: no definido,
Detección: incertidumbre en la entrega de convenio al solicitante.
- No se tiene evidencia de información documentada para verificar que el servicio es conforme en cada etapa del proceso de su atención, puntos críticos o controles según los requisitos establecidos, solo la trazabilidad del BPM TUPA demuestra el proceso interno de atención y la persona que autorizó la liberación del documento solicitado.

Control de salidas no conformes

- No se tiene evidencia documentada para el tratamiento de las salidas no conformes (correcciones) en la entrega del documento final (convenio) y que acciones realizar ante la gravedad de la situación o riesgo relacionado a:
 - a. No cumplimiento de requisitos.
 - b. Correcciones posteriores al cierre del expediente en el BPM TUPA por deficientes actividades realizadas.

– Revisión del capítulo nueve (9), Evaluación del desempeño

Satisfacción del cliente

- La organización posee un procedimiento de medición de satisfacción del usuario que solo es aplicable a Puestos de Control, Centros de diagnóstico y clientes de laboratorio, pero no existe evidencia que se realicen para el proceso de emisión de convenios ;encuestas o atención de reclamos a fin de conocer necesidades o expectativas de los usuarios a ser utilizados como retroalimentación, que la información permita a la organización tomar acciones y establecer la mejora continua del proceso de emisión de convenios.

Análisis y evaluación

- No se aplica la evaluación de los datos a través de análisis de indicadores o tendencias que permitan evaluar si se cumple la conformidad del servicio ofrecido, y que permitan cumplir objetivos establecidos en la organización y en la eficacia del sistema de gestión de calidad.

Auditorías internas

- La organización posee un procedimiento para auditorías internas las cuales son aplicadas a otros procesos, no existe evidencia que se hayan realizado auditorías internas al proceso de emisión de convenios a fin de ser evaluadas según lo establecido en la norma ISO 9001:2015.

Revisión por la dirección

- No se tiene información documentada de la revisión por la dirección a fin de realizar los análisis de cómo se está desplegando el sistema de gestión de calidad para el proceso de emisión de convenios para asegurar su adecuación, eficiencia, eficacia y cumplimiento de objetivos, análisis del proceso y posterior toma de decisiones para su mejora continua.

Entradas de la revisión por la dirección

- Si bien se tiene un procedimiento PRO-JN-03 para la revisión por la dirección este se encuentra desactualizado y es transversal a todo el SENASA, no hay evidencia relacionada que se haya realizado la revisión por la dirección vinculado al proceso de emisión de convenios.

Salidas de la revisión por la dirección

- En resumen, no se tienen salidas como resultado o decisiones tomadas en base a la revisión por la dirección.

– Revisión del capítulo diez (10), Mejora

No se evidencia planes de mejora en el proceso de emisión de convenios, o acciones tomadas enfocados a la mejora usuarios internos como externos.

No conformidad y acción correctiva

- Si bien en la norma ISO 9001:2015 no es obligatoria definir un procedimiento para acciones correctivas, la organización mantiene un procedimiento, el cual no se aplica para la evaluación de emisión de convenios.

Mejora continua

- No existe evidencia de que se tome como insumo el proceso emisión de convenios para su mejora continua y se logre adecuar el sistema de gestión de calidad de la organización con el objetivo de mejorar su desempeño a través de su análisis y seguimiento o utilizando información como por ejemplo de revisión por la dirección.

4.6.2. Determinación de los problemas principales e identificación de causa raíz

Posterior a los resultados obtenidos de la lista de verificación, se pudo obtener la información y evidencias del funcionamiento del proceso de investigación en relación a su estado actual, así como también los problemas que se presentan y las deficiencias presentes.

En la Tabla 14 se logró determinar los problemas detectados para posteriormente determinar los problemas principales y detectar las causas que lo conllevan a través del uso de herramientas como la tormenta de ideas y diagrama de causa efecto.

Tabla 14

Cuadro resumen de problemas detectados

Requisito de la norma ISO 9001:2015	Problema detectado
4. Contexto de la organización	No se establece un análisis sobre necesidades actuales y futuras de partes interesadas del proceso de emisión de convenios a fin de cumplir con dichas expectativas No se establecido el alcance el alcance de sistema de gestión de calidad referido al proceso que se suministra y sus límites.
5. Liderazgo	No se tiene establecido responsabilidades con claridad las actividades (roles) a realizar para el proceso de emisión de convenios.
6. Planificación	No se evidencia la elaboración de acciones para riesgos y oportunidades para el proceso de emisión de convenios.
7. Apoyo	Existe carencia de información documentada necesaria, actualizada y controlada para el proceso.
8. Operación	La información sobre los requisitos solicitados para el servicio no es completa y clara. los soportes y canales utilizados no son claramente difundidos para el caso del BPM TUPA
9. Evaluación Del Desempeño	No existe evidencia que se hayan realizado auditorías internas al proceso. No hay evidencia relacionada que se haya realizado la revisión por la dirección vinculado al proceso de emisión de convenios.
10. Mejora	No se evidencia planes de mejora del proceso que generen cambios y mejora del proceso.

Elaboración propia

4.6.3. Limitante y situación actual del proceso de emisión de convenios para realizar servicios oficiales

Limitante de personal del SENASA

Según el plan de desarrollo personas 2022 el SENASA cuenta a nivel nacional con 2193 trabajadores entre ellos, siendo el 20% trabajadores del D.L 728 y el 80% trabajadores del D.L 1057 (CAS) sean administrativos y personal de campo para atención de los requerimientos internos y externos a nivel nacional, con dicho personal el SENASA no puede cubrir todas las necesidades de atención en las diferentes zonas del país para temas de vacunación y/o pruebas diagnósticas, por lo que realiza convenios con terceros solicitantes, los que no tienen dependencia con SENASA para realizar dichas actividades y con el fin cumplir metas relacionadas a su POI.

El SENASA no puede contratar personal para labores específicas ya que depende de un presupuesto publicado asignado por el MEF, con la previsión de sus ingresos y gastos que garantizan el logro de objetivos y metas durante un ejercicio determinado. De presentarse la necesidad visualizados en informes de vigilancia de algún brote de enfermedad, realiza convenios con terceros para la atención de dichos requerimientos y cubrir zonas desatendidas por la necesidad presentada. SENASA no cuenta con suficiente personal de campo en todo el país, y no puede contratar a profesionales como CAS o Locadores por falta de recursos económicos (sueldos), ubicación de trabajo, recursos materiales. (vestimenta, vacunas, pruebas diagnósticas, y materiales necesarios para realizar el servicio).

Tabla 15

Distribución de servidores según régimen laboral

Régimen laboral	Cantidad de servidores	% de servidores
D.L. 1057 (CAS)	1740	80%
D.L. 728	453	20%
Total general	2193	100%

FUENTE: PDP 2022 SENASA

Demoras en atenciones realizadas para el proceso de autorización a terceros:

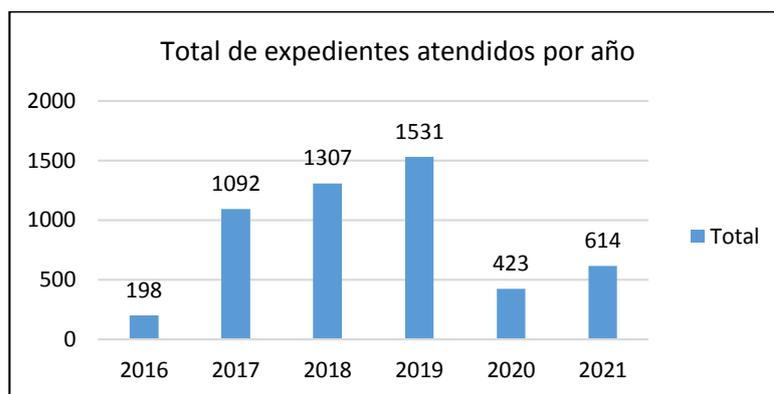
Atenciones por año

a. Total, de expedientes atendidos por año

Desde el año 2016 a enero 2021 se tienen una suma de 5165 solicitudes atendidas

Figura 21

Total de expedientes terceros por año



Elaboración propia

Según la Figura 21 podemos ver que la cantidad de solicitudes atendidas fueron en aumento año tras año. Cabe indicar que a partir del 5 de marzo del 2020 se inició la pandemia del COVID 19, en el Perú, y debido a las restricciones establecidas en el decreto supremo N° 046-2020-PCM que son precisadas en el decreto supremo N°044-2020-PCM en su artículo 4 al establecer limitaciones al ejercicio del derecho al libertad de tránsito por el estado de emergencia, repercutió en la accesibilidad del servicio limitándolo, viéndose una disminución en la cantidad de solicitudes recibidas en el año 2020 ya que son solicitadas y recibidas de manera presencial en las diferentes direcciones ejecutivas a nivel nacional y que las actividades son realizadas en el campo por lo que dichas personas priorizaron su salud por temor a contraer el virus.

En febrero del año 2021 comenzó el inicio de la vacunación y mayor acceso y conocimiento tecnologías y accesibilidad remota, pero con el poco conocimiento en las mismas, la reasignación de puestos con distintas modalidades de trabajo con el objeto

de contar con personal mínimo para realizar las actividades, la limitación en la interoperabilidad entre áreas técnicas, dificultó y sumo demoras en la atención.

Limitaciones coyunturales

De carácter coyuntural por la existencia de muchas limitaciones para realizar las actividades de vacunación en las direcciones ejecutivas, lo que dificultó cumplir las metas y ejecución por parte de los autorizados debido al estado de emergencia del COVID 19.

“Debido a la pandemia por COVID-19 existe renuencia de algunos productores a recibir a los vacunadores o ejecutores de pruebas diagnósticas de las campañas oficiales en sus predios, asimismo se tuvo dificultad para poder realizar las capacitaciones de productores pecuarios. Así mismo, la disponibilidad económica de los productores se ha visto afectada para cubrir el costo de los servicios de las campañas oficiales de vacunación y pruebas diagnósticas por las restricciones de movimiento que les impidió seguir laborando normalmente. Los precios elevados, escasez de insumos o demora en la compra de bienes. Además, de la disminución de importaciones y exportaciones de mercancías pecuarias por la pandemia y con ello los servicios que brinda Sanidad Animal” (SENASA, 2021).

En la coyuntura actual y la baja de casos COVID 19 se prevé una tendencia al alza positiva para el 2022 y sobrepase los requerimientos recibidos del año anterior.

Análisis de las demoras establecidas para atención del proceso de autorización a terceros:

Se realizó el análisis del tiempo de atención en días, desde la llegada de la solicitud hasta el cierre de la misma (término de la atención). En el Tabla 16 podemos visualizar en el gráfico que del total de expedientes atendidos por año con una demora de 10 días hasta 31 días.

Tabla 16*Número de expedientes atendidos por año con demora de 10 días o más*

Días de demora	Número de expedientes atendidos por año con demora de 10 o más días					
	Nº expedientes atendidos 2016	Nº de expedientes atendidos 2017	Nº de expedientes atendidos 2018	Nº de expedientes atendidos 2019	Nº de expedientes atendidos 2020	Nº de expedientes atendidos 2021
10	8	53	17	116	16	23
11	2	28	24	49	8	19
12	1	35	32	36	10	17
13	3	44	27	35	10	24
14	4	29	20	35	14	21
15	5	31	29	38	17	15
16	5	27	66	34	6	17
17	4	28	29	28	10	17
18	11	19	50	42	17	17
19	5	18	86	42	16	19
20	9	26	54	40	16	15
21	6	15	29	38	19	17
22	5	26	25	43	15	25
23	3	35	39	38	12	17
24	34	28	65	47	17	26
25	3	23	67	49	15	27
26	8	16	53	42	12	12
27	3	38	24	41	10	21
28	5	49	20	30	10	21
29	2	14	32	36	12	15
30	3	4	30	33	21	17
31	8	31	30	35	7	25
Total general	137	617	848	927	290	427

Elaboración propia

En la Tabla 17 se puede observar que más del 50% de los expedientes atendidos en cada año tienen demoras de atención de más de 10 a 31 días.

Tabla 17*Porcentaje total de expedientes atendidos con demoras de 10 a 31 días*

AÑO	Total de expedientes atendidos por año	Total de expedientes atendidos con demoras de 10 a 31 días	% anual de atención de expedientes con 10 a 31 días de demora
2016	198	136	69%
2017	1092	616	56%
2018	1307	851	65%
2019	1531	917	60%
2020	423	290	69%
2021	614	427	70%
TOTAL	5165	3237	63%

Elaboración propia

Como se puede observar en la Tabla 16 y en la Tabla 17 el proceso de emisión de convenios genera impacto en la satisfacción del cliente tanto interno como externo en su tratamiento en relación al tiempo para su atención o tiempos muertos entre cada etapa o actividad generados por priorización de otras actividades, controles, verificaciones o problemas de sistemas tecnológicos, por lo que es importante evaluar el proceso e implementar mejoras.

a. Análisis del proceso de emisión de convenios por actividad

Se identificaron problemas por actividad para el proceso de autorización a terceros para comprensión a más a detalle y para análisis posterior.

Tabla 18

Identificación de problemas por actividad del proceso de autorización a terceros

Orden	Responsable	Actividad	Área	Duración (en minutos)	Responsable	Problema
1	MESA DE PARTES DIRECCIÓN EJECUTIVA	El usuario prepara solicitud	MESA DE PARTES DIRECCIÓN EJECUTIVA	5	TECNICO D.E. MESA DE PARTES	Formulario con muchos campos por llenar Falta de vinculación con sistemas de base de datos nacionales para información de departamento provincia distrito Formulario no sistematizado
2	JEFE DE AREA DE D.E.	Verificar alcance (Ámbito de aplicación), visar documento.	DIRECCIÓN EJECUTIVA	3	JASA D.E	Personal no realiza verificación de documentos recibidos No se tiene establecidos actividades de verificación No se establece un control o base de datos de la necesidad del servicio (cantidad de solicitantes)
3	USUARIO	Presentar solicitud de autorización con los requisitos solicitados. (Formato visado)	MESA DE PARTES DIRECCIÓN EJECUTIVA	4	TECNICO D.E. MESA DE PARTES	Personal no realiza verificación de documentos entregados
4	JEFE DE AREA DE D.E.	Visar solicitud(por el jefe de área)	DIRECCIÓN EJECUTIVA	1	JASA D.E	La forma de como se hace la visación de la solicitud genera esperas al usuario
5	ENCARGADA MESA DE PARTES	Recibir y revisar solicitud y/o documentos presentados	DIRECCIÓN EJECUTIVA	3	TECNICO D.E. MESA DE PARTES	Los formularios presentan demasiada complejidad No establecido como debe realizarse el control de documentos El personal no ha sido capacitado para realizar la actividad remisión de solicitudes La revisión genera carga de trabajo a mesa de partes

«continuación»

6	ENCARGADA MESA DE PARTES	Remitir solicitud y/o documentación presentada vía BPM TUPA	DIRECCIÓN EJECUTIVA	2	TECNICO D.E. MESA DE PARTES	El Sistema BPM TUPA presenta fallas que no permiten la visualización de documentos adjuntos Demora en solucionar los problemas presentados en el sistema BPM TUPA El procedimiento PRO-UGCA-03 que dirige las acciones del proceso se encuentra desactualizado
7	ANALISTA DE CALIDAD	Registrar seguimiento de solicitudes REG-UGCA-31	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	5	ESPECIALISTA UGCA	No existe actividades establecidas para revisión Errores en el registro de seguimiento de solicitudes al realizarlo manualmente No se establece en que sistema se ingresa la solicitud al ser solo un servicio y no un procedimiento administrativo causando confusión
8	ANALISTA DE CALIDAD	Verificar datos y/o requisitos documentarios según norma y visado jefe de área D.E	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	20	ESPECIALISTA UGCA	No existe actividades establecidas para revisión Errores del personal al realizar la revisión de requisitos del formato de solicitud Demoras en la solución de las observaciones remitidas para subsanación a las Direcciones ejecutivas No se tiene definido como y en qué sistema se remite la actividad de subsanación No se establece una medición o control de subsanaciones a fin de identificar los problemas o casuísticas Caída del sistema BPM TUPA que retrasa la atención de subsanaciones
9	ANALISTA DE CALIDAD	Solicitar al OLC la evaluación de conocimientos del solicitante	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	5	ESPECIALISTA UGCA	No está establecido la actividad de comunicación al solicitante y Direcciones ejecutivas para la evaluación de conocimientos Retrasos por demoras de atención para evaluación de solicitantes No se tiene establecidos responsables para realizar la actividad de evaluación de conocimientos

«continuación»

10	ANALISTA DE CALIDAD	8.2 Derivar vía BPM-TUPA a la D.E correspondiente para subsanaciones	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	5	ESPECIALISTA UGCA	Demora de las direcciones ejecutivas en la comunicación de subsanaciones al usuario, remisión de subsanaciones a la sede central No se tiene establecido las actividades(instructivos) para subsanaciones por parte del usuario No se tiene actividades de control o medición de subsanaciones a fin de establecer mejoras en sus actividades
11	ENCARGADA MESA DE PARTES	8.3 Comunicar al usuario para subsanaciones	DIRECCIÓN EJECUTIVA	3	TECNICO D.E. MESA DE PARTES	No se ha establecido la actividad de comunicación de subsanaciones al usuario para su atención
12	ENCARGADA MESA DE PARTES	8.4 Regularizar observaciones	MESA DE PARTES DIRECCIÓN EJECUTIVA	5	TECNICO D.E. MESA DE PARTES	Demanda de recurso de personal y tiempo para atender la regularización de observaciones No se ha establecido seguimiento de las subsanaciones realizadas por el usuario.
13	ESPECIALISTA	Remitir examen de conocimientos a Dirección Ejecutiva	ORGANO DE LINEA COMPETENTE	3	ESPECIALISTA ÓRGANO LINEA NIVEL CENTRAL	No se tiene establecido la forma de comunicación para la remisión de exámenes a las direcciones ejecutivas No se tiene establecido responsables para la comunicación y/o coordinación con la dirección ejecutiva para la remisión del examen de evaluación. Demora de evaluaciones por no establecer acciones a tomar por carga de solicitudes no atendidos en el sistema BPM TUPA No está establecido seguimiento y control de condición de evaluaciones pendientes de los solicitantes.
14	JEFE DE AREA DE D.E.	Tomar examen al solicitante	DIRECCIÓN EJECUTIVA	10	JASA D.E	Uso de más recursos de papel y lapiceros para la toma de evaluación al solicitante No está establecido seguimiento de condición de evaluaciones de los solicitantes. El sistema BPM TUPA u otro no permite facilidades para que el solicitante realice el examen en forma virtual desde cualquier punto del país
15	ESPECIALISTA	Corregir examen al solicitante	ORGANO DE LINEA COMPETENTE	5	ESPECIALISTA ÓRGANO LINEA NIVEL CENTRAL	No se encuentra establecido el responsable de corrección de la evaluación realizada al solicitante. No se tiene establecida la actividad de cómo realizar la corrección de exámenes realizadas a los solicitantes. No se tiene establecida la actividad para evitar que el solicitante realice fraude o colaboración no apropiada al momento de realizar la evaluación para acceder al servicio

«continuación»

16	ESPECIALISTA	Remitir lista actualizada de evaluados y capacitados	ORGANO DE LINEA COMPETENTE	5	ESPECIALISTA ÓRGANO LINEA NIVEL CENTRAL	No está establecido la forma de comunicación de resultados de evaluaciones a la Unidad de Gestión de calidad.
17	ANALISTA DE CALIDAD	Verificar lista de evaluados	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	10	ESPECIALISTA UGCA	Carga de trabajo y tiempo de los especialistas para la verificación de lista de evaluados. No se tiene establecido actividades de como analizar las calificaciones según los rangos de nota recibida.
18	ANALISTA DE CALIDAD	Elaborar autorización /carta de denegación	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	5	ESPECIALISTA UGCA	Falta de un sistema o pestaña en el BPM TUPA que permita la generación del convenio o carta de denegación del servicio solicitado al ser realizado manualmente y no de forma sistemática causa demoras No existe seguimiento de las cartas de denegación para su evaluación posterior a fin de establecer mejoras para el proceso
19	ANALISTA DE CALIDAD	Remitir autorización vía BPM TUPA	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	5	ESPECIALISTA UGCA	Implementación de un nuevo sistema diferente al BPM TUPA para la atención del servicio ya que no es un procedimiento administrativo y no puede ser tratado como tal
20	DIRECTOR UGCA	Firmar autorización/carta de denegación BPM TUPA	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	3	DIRECTOR UGCA	Demora en la atención de la elaboración de autorizaciones o carta de denegación por atención de actividades más prioritarias
21	ENCARGADA MESA DE PARTES	Descargar autorización vía BPM TUPA	DIRECCIÓN EJECUTIVA	3	TECNICO D.E. MESA DE PARTES	No se tiene un instructivo de descarga de documentos resolutivos del BPM TUPA El personal no está capacitado para realizar la actividad de descarga de documentos resolutivos del BPM TUPA generando demoras en la descarga de la autorización
22	ENCARGADA MESA DE PARTES	Comunicar al Tercero Autorizado para la entrega de sus documentos de Autorización / Carta de denegación	DIRECCIÓN EJECUTIVA	3	TECNICO D.E. MESA DE PARTES	Demora en la entrega del documento al autorizado ya que no puede ser descargado de manera virtual No se tiene establecido la forma de comunicación de entrega de documentos resolutivos

«continuación»

23	USUARIO	Firmar e incluir huella digital en copias de autorización	MESA DE PARTES DIRECCIÓN EJECUTIVA	2	TECNICO D.E. MESA DE PARTES	Falta de recursos de plantillas para impresión de convenios
24	USUARIO	Recibir una copia de la autorización	MESA DE PARTES DIRECCIÓN EJECUTIVA	3	TECNICO D.E. MESA DE PARTES	Gastos de recursos como papel bond para impresiones de documentos resolutivos
25	ENCARGADA MESA DE PARTES	Remitir autorización firmado al Jefe de área para Archivo	DIRECCIÓN EJECUTIVA	3	TECNICO D.E. MESA DE PARTES	No se tiene establecido el control de documentos resolutivos en las direcciones ejecutivas
26	JEFE DE AREA DE D.E.	Archivar autorización firmada	DIRECCIÓN EJECUTIVA	3	JASA D.E	No se tiene establecido la forma de archivar documentos resolutivos en las direcciones ejecutivas
27	ANALISTA DE CALIDAD	Solicitar inclusión de lista de autorizados en la Web	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	3	ESPECIALISTA UGCA	Errores en listas de autorizados por fallas del especialista generando demoras para la solicitud de inclusión de las listas en la Web del SENASA Al no ser de forma sistematizada la elaboración de listas de autorizados a ser incluidos en la web SENASA, genera demoras para realizar esta actividad de manera manual
20	RESPONSABLE	Incluir lista de autorizados en la Página Web del SENASA	SECRETARIA TÉCNICA	5	ESPECIALISTA ÓRGANO LINEA NIVEL CENTRAL	Demoras cuando se solicita hacer cambios ya que no es competencia de la Unidad de gestión de calidad y autorizaciones
21	DIRECCIÓN EJECUTIVA	Seguimiento de los autorizados	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	Tiempo no calculado	ESPECIALISTA UGCA	No se tiene establecido las actividades de seguimiento y control posterior de los autorizados
			UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES			No se tiene establecido responsabilidades para realizar auditorías a los autorizados
			UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES			No se tiene establecido un seguimiento de las actividades realizadas por los terceros autorizados

Elaboración propia

4.7. MATRIZ DE SELECCIÓN DE PROBLEMAS

Para ésta información se desarrolló la matriz de selección a fin de determinar el problema principal para su tratamiento. La metodología se basó en tres etapas:

- **Tormenta de ideas**

Fase de Generación

Según la evaluación establecida para el proceso de emisión de convenios elaborado en base a la norma ISO 9001:2015, se utilizó la herramienta tormenta de ideas a fin de identificar los problemas principales para el proceso de investigación los cuales son mostrados en la Tabla 19.

Tabla 19

Resultados de Tormenta de ideas para determinación de matriz de problemas del proceso de Autorización a terceros

Requisito de la norma ISO 9001:2015	Tormenta de ideas
4. Contexto de la organización	1. No se establece un análisis sobre necesidades actuales y futuras de partes interesadas del proceso de emisión de convenios a fin de cumplir con dichas expectativas 2. No se establecido el alcance el alcance de sistema de gestión de calidad referido al proceso que se suministra y sus límites.
5. Liderazgo	3. No se tiene establecido responsabilidades con claridad las actividades (roles) a realizar para el proceso de emisión de convenios. 4. No se encontró información documentada que acredite que la información generada en el proceso de emisión de convenios (casuísticas) es llevada a la alta dirección para su revisión
6. Planificación	5. No se evidencia la elaboración de acciones para riesgos y oportunidades para el proceso de emisión de convenios. 6. No se tiene evidencias de retroalimentación para la evaluación de riesgos y oportunidades para el servicio de autorización a terceros.
7. Apoyo	7. Existe carencia de información documentada necesaria, actualizada y controlada para el proceso. 8. Los procedimientos relacionados al proceso se encuentran desactualizados. 9. La política de calidad no es sensibilizada o comunicada al personal a nivel nacional, así como tampoco los objetivos de calidad.

«continuación»

8. Operación	10. La información sobre los requisitos solicitados para el servicio no es completa y clara. 11. Deficiencias en la atención del proceso y baja satisfacción del usuario en el servicio ofrecido. 12. Los soportes y canales utilizados no son claramente difundidos para el caso del BPM TUPA
9. Evaluación Del Desempeño	13. No existe evidencia que se hayan realizado auditorías internas al proceso. 14. El personal no tiene establecido formalmente actividades de cómo realizar seguimiento a los terceros autorizados. 15. No hay evidencia relacionada que se haya realizado la revisión por la dirección vinculado al proceso de emisión de convenios.
10. Mejora	16. No se evidencia planes de mejora del proceso que generen cambios y mejora.

Elaboración propia

Fase de aclaración

En esta fase se establecen los criterios para evaluar el problema. Para esta fase se asignó un factor de ponderación relacionado al criterio y la importancia para el SENASA. En una escala del uno al tres, indicado en la Tabla 20.

Tabla 20

Fase de aclaración

Factor de ponderación	Categoría
1	Regularmente importante
2	Importante
3	Muy importante

Elaboración propia

Luego, a cada criterio de evaluación se le asignó un nivel otorgado según la importancia que representa cada criterio para el SENASA, indicado en la Tabla 21.

Tabla 21*Criterios de evaluación*

Criterios	Nivel	Definición	Interpretación
Inversión estimada	A = 1	Alto	La inversión estimada es alta
	M= 2	Medio	La inversión estimada es media
	B = 3	Bajo	La inversión estimada es baja
Tiempo estimado	L = 1	Largo plazo	Requiere un tiempo largo estimado para su realización
	M= 2	Mediano Plazo	Requiere un tiempo medio estimado para su realización
	C = 3	Corto Plazo	Requiere un tiempo corto estimado para su realización
Recursos necesarios para su cumplimiento	A = 1	Alto	Requiere muchos recursos para su cumplimiento
	M= 2	Medio	Requiere medianamente recursos para su cumplimiento
	B = 3	Bajo	Requiere bajos recursos para su cumplimiento
Incidencia en los usuarios	A = 3	Alto	Incide altamente en el usuario
	M= 2	Medio	Incide medianamente en el usuario
	B = 1	Bajo	Poca incidencia en el usuario
Reacción al cambio	+ = 3	Positivo	Reacción positiva ante el cambio
	0 = 2	Neutro	Neutralidad ante el cambio
	- = 1	Negativo	Reacción negativa ante el cambio

Elaboración propia

Fase de selección

Posteriormente a los dieciséis problemas seleccionados de la tormenta de ideas, los mismos fueron sometidos a la matriz de selección de problemas (Anexo 21), a fin de identificar el problema principal para el proceso de emisión de convenios en base a los criterios y factores de ponderación establecidos.

Según la evaluación realizada en la matriz de problemas el principal problema encontrado es: Deficiencias en la atención del proceso y baja satisfacción del usuario en el servicio ofrecido, para posteriormente analizar sus causas.

Tabla 22

Problemas seleccionados a partir de la matriz de selección de problemas

Problemas	Puntaje obtenido
11. Deficiencias en la atención del proceso y baja satisfacción del usuario en el servicio ofrecido.	59
14. El personal no tiene establecido formalmente actividades de cómo realizar seguimiento a los terceros autorizados.	58
7. Existe carencia de información documentada necesaria, actualizada y controlada para el proceso.	51
16. No se evidencia planes de mejora del proceso que generen cambios y mejora.	49

Elaboración propia

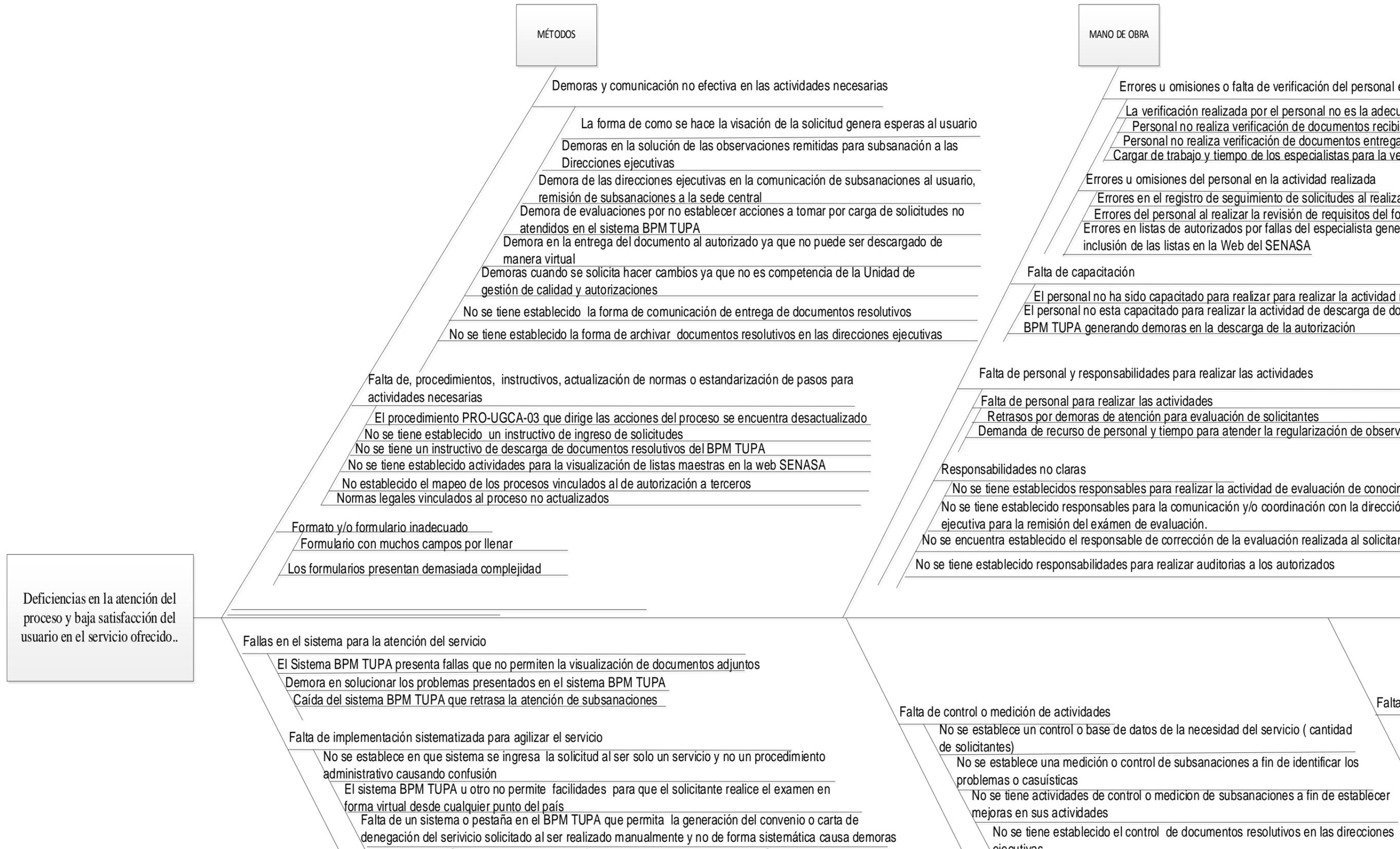
4.7.1. Diagrama de Ishikawa

Se elaboró el diagrama de Ishikawa a fin de identificar las causas del problema principal identificado en la matriz de selección de problemas de la Tabla 22.

La Figura 22 muestra las causas más probables, en el cual se encontraron problemas relacionados al personal que realiza las actividades, así como los métodos utilizados, los sistemas vinculados, el control de dichas actividades y los recursos para su ejecución.

Figura 22

Diagrama de Ishikawa del proceso autorización a terceros

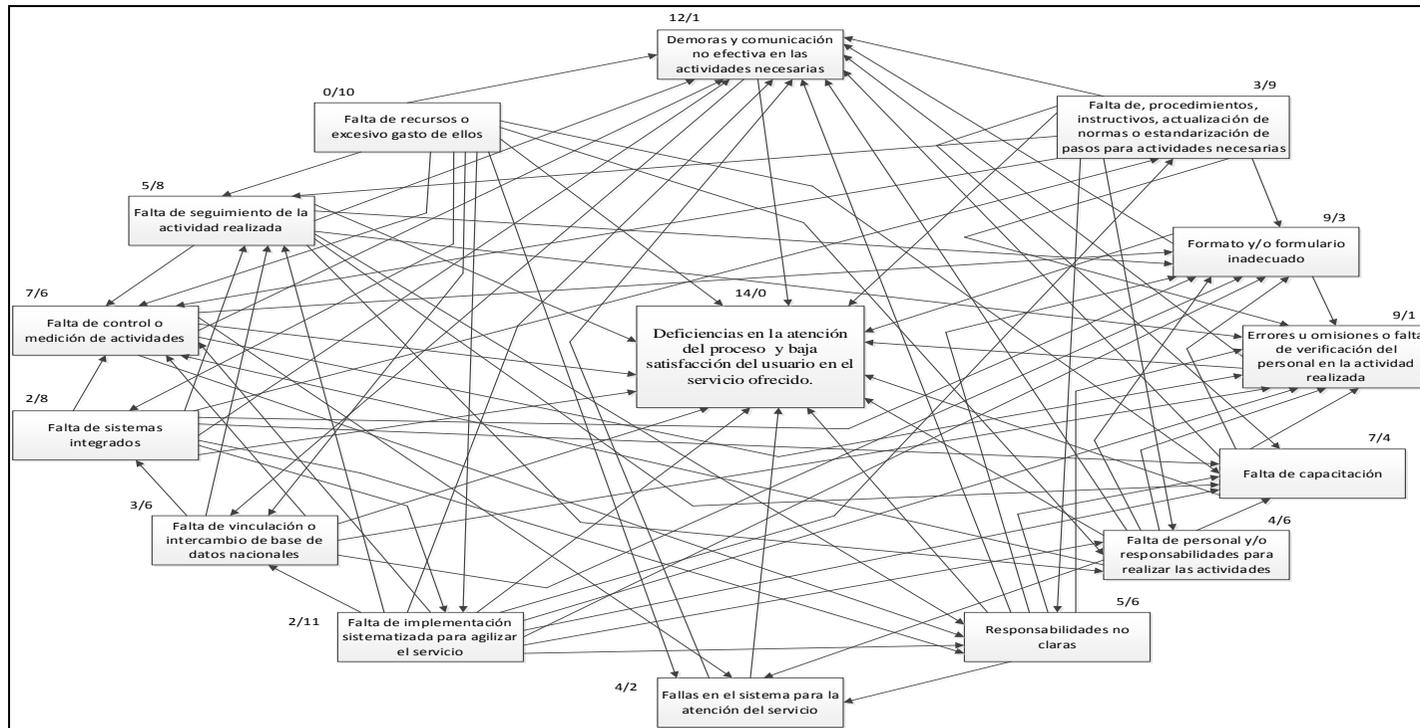


4.7.2. Diagrama de relaciones (relaciones que pueden existir entre las causas y el efecto con otras causas)

En la Figura 23 se muestra la elaboración y realización del análisis del diagrama de relaciones de los temas principales identificados en el diagrama de Ishikawa a fin de identificar los conductores clave y efectos clave los cuales se tomarán en cuenta para la propuesta de mejora. Se utilizó el tipo de diagrama de ordenación convergente en el centro (Vilar, 1997).

Figura 23

Diagrama de relaciones de los temas principales identificados



Elaboración propia

La Figura 23 muestra el análisis del diagrama que permitió identificar los conductores claves y efectos claves para el proyecto de mejora del proceso, según la Tabla 23.

Tabla 23

Identificación de conductores y efectos clave

Factores claves más relevantes	Factores que son influidos o influyen un gran número de ideas o temas = 13	<ul style="list-style-type: none"> - Demoras y comunicación no efectiva en las actividades necesarias 12/1. Total 13 - Falta de seguimiento de la actividad realizada 5/8 total 13 - Falta de control o medición de actividades 7/6 total 13 - Falta de implementación sistematizada para agilizar el servicio 2/11 total 13
Efectos clave	Tarjeta que tengan muchas más flechas entrantes que salientes	<ul style="list-style-type: none"> - Deficiencias en la atención del proceso y baja satisfacción del usuario en el servicio ofrecido. 14/0 - Demoras y comunicación no efectiva en las actividades necesarias. 12/1 - Errores u omisiones o falta de verificación del personal en la actividad realizada. 9/1 - Formato y/o formulario inadecuado. 9/3
Conductores clave	Tarjetas tiene más flechas salientes que entrantes. Ideas centrales del tema u objetivo del proyecto (ideas centrales que se deben atacar para solucionar los problemas).	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de implementación sistematizada para agilizar el servicio. 2/11 - Falta de, procedimientos, instructivos, actualización de normas o estandarización de pasos para actividades necesarias. 3/9 - Falta de seguimiento de la actividad realizada. 5/8
Hitos Clave	Tarjeta que tienen el mismo número de flechas entrantes que salientes: necesidades intermedias del proyecto	-No se encontraron hitos clave.

Nos centramos en los conductores claves que son los temas centrales de nuestro problema y objetivo de la investigación para la mejora del proceso, los cuales son:

- Falta de implementación sistematizada para agilizar el servicio.
- Falta de procedimientos, instructivos, actualización de normas o estandarización de pasos para actividades necesarias.
- Falta de seguimiento de la actividad realizada.

4.8. ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA DE MEJORA

A través del rediseño del proceso se identificó cambios para la mejora del proceso de emisión de convenios.

Según la metodología implican el desarrollo de los siguientes pasos:

1. Identificación del objetivo primordial de rediseño o reingeniería
2. Selección de los procesos fundamentales
3. Selección del líder y de los miembros del equipo.
4. Formación y entrenamiento del equipo.
5. Elaboración del mapa de proceso (diagrama).
6. Identificación de los problemas.
7. Análisis de los problemas.
8. Propuesta de rediseño o reingeniería.
9. Elaboración del diagrama del nuevo proceso.
10. Definición de las formas de medición
11. Presentación de las propuestas de rediseño o reingeniería, recomendaciones y planificación de los cambios propuestos.
12. Implementación de los cambios propuestos.

4.8.1. Identificación del objetivo primordial del rediseño o reingeniería

Objetivo: Establecer cambios sustanciales en el proceso de Emisión de convenios a través de la sistematización y control del proceso medibles en un plazo de 1 año, para la mejora en la calidad de las actividades desarrolladas y la satisfacción del usuario del servicio.

El cual deriva o se sostiene del plan estratégico institucional PEI 2021-2024 (SENASA, 2020):

Siendo el **objetivo estratégico del SENASA:**

Mejorar las condiciones sanitarias en la producción animal y vegetal y procesamiento primario de alimentos agropecuarios y piensos de los productores agrarios y actores de la cadena agroalimentaria

Siendo la **acción estratégica del SENASA:**

Control sanitario de enfermedades presentes en animales implementado en beneficio de los productores pecuarios.

Intervención sanitaria para la protección de la introducción y diseminación de enfermedades reglamentadas de manera oportuna en beneficio de los productores pecuarios

Gestión sanitaria de accesos a mercados para la exportación oportuna de mercancías pecuarias en beneficio de los productores pecuarios.

4.8.2. Selección del proceso fundamental

4.8.2.1. Selección de los procesos

Según el **capítulo 4: Metodología para el análisis y evaluación de los procesos**, se estableció los criterios para la evaluación del proceso. Para el presente trabajo se eligió el proceso de emisión de convenios materia de análisis. Se realizaron las siguientes actividades:

a. Enumerar los procesos principales

Identificación del proceso principal: Para el caso del presente trabajo se eligió el Proceso de emisión de convenios para realizar actividades oficiales a nombre del SENASA, en el cual se tiene identificado los procesos operativos, de apoyo y estratégicos vinculados al proceso de Emisión de convenios según la Figura 17 a fin de conocer los procesos que lo componen. Apoyados en su misión y visión establecidos en el contexto de la organización en sus objetivos estratégicos establecidos en el punto anterior. Adicionalmente se tiene establecido diagramado el flujo actual del proceso actual según la Figura 12 en el cual se puede observar las personas o departamentos que interactúan en él.

Objetivo del proceso de autorización a terceros: Autorizar a personas naturales o jurídicas externas e independientes a la institución para la ejecución de servicios oficiales, ampliando la cobertura y optimizando el uso de los recursos, con la finalidad de proteger y mejorar la sanidad agraria y promover y controlar la inocuidad agroalimentaria del país.

Subprocesos:

- Ingreso de solicitudes para la atención del servicio.
- Verificación, evaluación y remisión de convenios.
- Ingreso de listas maestras de autorizados en la web SENASA.
- Seguimiento de actividades realizadas por los autorizados.

En los cuales se ha identificado sus flujogramas con los responsables del proceso.

b. Determinación de los límites del proceso

En la Tabla 24 se puede observar el análisis de sub procesos vinculados al proceso de autorización a terceros.

Tabla 24

Análisis de subprocesos vinculados al proceso de autorización: determinación de límites

Tipo	Nombre del proceso o subproceso	Inicio del proceso	Fin del proceso	Beneficios de combinar el proceso o subproceso con otros procesos o subprocesos
Subproceso	Ingreso de solicitudes	Necesidad del usuario de acceder al servicio	Recepción de expedientes	Coadyuva: Proceso de atención al usuario
Subproceso	Verificación evaluación y remisión de convenios	Derivación de expedientes	Emisión del documento resolutivo	Coadyuva: Proceso de soporte de la información
Subproceso	Ingreso virtual de listas maestras en la web SENASA	Solicitud de ingreso virtual	Comunicación al usuario	Coadyuva: Proceso de comunicación institucional y Metas físicas
Subproceso	Seguimiento de actividades realizadas por los autorizados	Comunicación de realización de seguimiento	Listas actualizadas de autorizados	Coadyuva: Proceso de protección sanitaria y fitosanitaria Proceso de mejora sanitaria y fitosanitaria

c. Evaluación de la importancia estratégica del proceso

Para el análisis se estableció 3 criterios:

- Nivel de disfunción:** Para el proceso objetivo de estudio y según los problemas detectados en su análisis a fin de satisfacer necesidades internas y requerimientos del usuario serán evaluadas como prioridades los subprocesos:

- Ingreso de solicitudes.
- Verificación, evaluación y remisión de convenios.
- Ingreso virtual de listas maestras en la web SENASA.
- Seguimiento de actividades realizadas por los autorizados.

ii. Nivel de impacto sobre el usuario:

Se utilizó una matriz en la cual se analizó el impacto sobre el ciudadano y oportunidad de perfeccionamiento de cada subproceso.

Impacto sobre el ciudadano: Subproceso con el que se obtiene mayor beneficio en el ciudadano.

Oportunidad de perfeccionamiento: Establecido y correlacionado para su realización con temas presupuestarios y humanos.

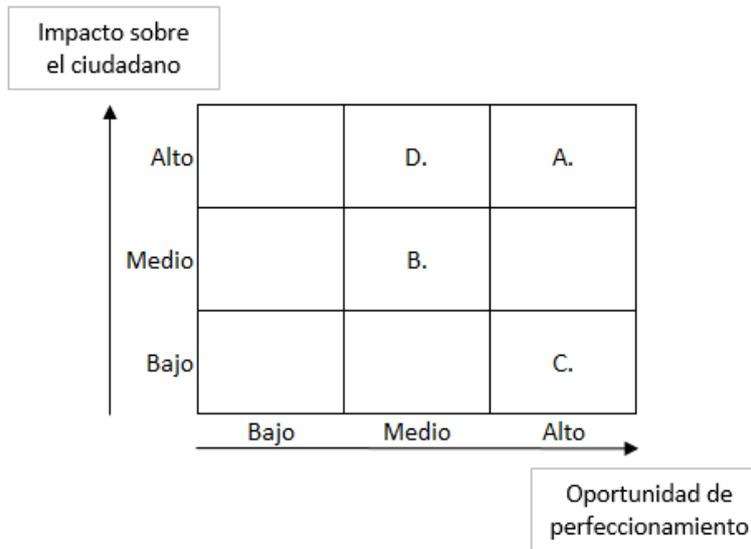
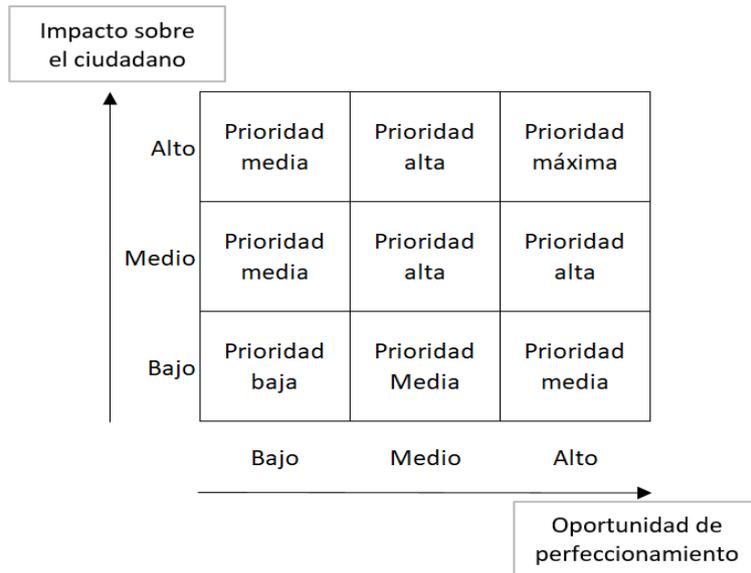


Figura 24

Ubicación de cada subproceso en la matriz

Tabla 25*Análisis de impacto sobre el ciudadano y oportunidad de perfeccionamiento*

Subproceso	Impacto sobre el ciudadano	Oportunidad de perfeccionamiento	Tipo de prioridad
A. Ingreso de solicitudes	Impacto alto La mejora del subproceso beneficia directamente al usuario	Oportunidad alta El presupuesto asignado es mínimo ya que puede ser mejorado con implementación de sistemas virtuales realizado por personal interno de la institución.	Máxima
B. Verificación, evaluación y remisión de convenios	Impacto medio La mejora del subproceso beneficia a la entidad y al usuario	Oportunidad media Puede requerir presupuesto adicional asignado dependiendo de la implementación sistematizada a realizar para su mejora.	Alta
C. Ingreso virtual de listas maestras en la web SENASA.	Impacto bajo La mejora del subproceso beneficia al manejo y comunicación de actividades internas, así como información dada al usuario.	Oportunidad alta No requiere de presupuesto adicional para su implementación y es realizado por el personal del SENASA.	Media
D. Seguimiento de actividades realizadas por los autorizados.	Impacto alto Beneficia al usuario en su reconocimiento por SENASA como autorizados para realizar las actividades oficiales y al ciudadano que recibe el servicio tercerizado.	Oportunidad media Requiere de personal para realizar la actividad.	Alta

iii. Línea clave del organismo

Es este punto se determinó el nivel de impacto que tiene cada subproceso en el logro de los fines institucionales en relación directa con la misión y objetivos estratégicos.

Misión SENASA: Gestionar el sistema de sanidad agraria e inocuidad agroalimentaria a productores agrarios, actores de la cadena agroalimentaria, consumidores y gobiernos sub-nacionales, de manera confiable, efectiva, eficiente, transparente y accesible.

Objetivo estratégico del SENASA (PEI 2021-2024):

- Mejorar las condiciones sanitarias en la producción animal y vegetal y procesamiento primario de alimentos agropecuarios y piensos de los productores agrarios y actores de la cadena agroalimentaria

Siendo la acción estratégica del SENASA:

- Control sanitario de enfermedades presentes en animales implementado en beneficio de los productores pecuarios
- Intervención sanitaria para la protección de la introducción y diseminación de enfermedades reglamentadas de manera oportuna en beneficio de los productores pecuarios
- Gestión sanitaria de accesos a mercados para la exportación oportuna de mercancías pecuarias en beneficio de los productores pecuarios.

Tabla 26

Relación de subprocesos con la misión y objetivos estratégicos institucionales

Tipo	Nombre del proceso o subproceso	Relación con la misión y objetivos estratégicos institucionales	Incidencia en logros institucionales
Subproceso	Ingreso de solicitudes	Relacionado con la misión en la gestión del sistema de sanidad agraria y con el objetivo estratégico en la mejora de la calidad de los servicios del sector agrario.	Alta
Subproceso	Verificación evaluación y remisión de convenios	Relacionado con la misión en la gestión del sistema de sanidad agraria y con el objetivo estratégico en el desarrollo de un sistema integrado de información sectorial agraria.	Alta

«continuación»

Subproceso	Ingreso virtual de listas maestras en la web SENASA	Relacionado con la misión en la gestión del sistema de sanidad agraria, a fin de ser confiable, efectiva, eficiente y accesible.	Alta
Subproceso	Seguimiento de actividades realizadas por los autorizados	Con el objetivo estratégico en la mejora de la calidad de los servicios del sector agrario dirigido a los productores a nivel nacional.	Alta

Elaboración propia

d. Obtención de opiniones de la alta dirección

Según las metas fijadas por alta dirección, la mejora de rediseño del proceso coadyuvara al cumplimiento de las metas físicas que es el insumo registrado en el SIP (Sistema integrado de planificación), según lo establecido en el POI (Plan Operativo Institucional).

e. Calificación de la cultura política del proceso o sub proceso

Este punto es tener el apoyo y aceptación del nivel jerárquico que corresponde para el proceso de autorización a terceros, en reunión sostenida con el director de la Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones nos manifestó el apoyo para realizar el proyecto de rediseño para el proceso de autorización a terceros.

Según los resultados obtenidos podemos decir que se prioriza el proceso materia de estudio ya que su nivel de impacto en el ciudadano es de medio a alto y los requerimientos para realizar los cambios sustancialmente no requieren de alto presupuesto tanto en tecnología o personal, y además esta correlacionado con el impacto que puede tener en la misión y los objetivos estratégicos de la organización.

4.8.3. Análisis y evaluación del proceso

Implica el desarrollo de los siguientes pasos:

a. Descripción y análisis del proceso

- Nombrar al proceso.
- Determinar el propietario del proceso.

- Establecer el objetivo y/o finalidad del proceso.
 - Diagrama el proceso actual.
 - Realizar el macro diagrama del proceso.
 - Determinar los factores críticos del suceso
 - Determinar los puntos clave del proceso.
 - Definir la visión del ciudadano.
- b. Diagnóstico y evaluación del proceso
- Identificación de problemas
 - Medición del proceso
 - Calificación del proceso

DESARROLLO

c. Descripción y análisis del proceso

- **Nombrar al proceso**

Proceso: Proceso de emisión de convenios para realizar actividades oficiales a nombre del SENASA. Establecido en el artículo 12° de la ley marco de sanidad agraria, y en la Resolución Jefatural 031-2007-AG-SENASA.

El proceso cuenta con los siguientes subprocesos:

- Ingreso de solicitudes para la atención del servicio.
- Verificación, evaluación y remisión de convenios.
- Ingreso de listas maestras de autorizados en la web SENASA.
- Seguimiento de actividades realizadas por los autorizados.

- **Determinar el propietario del proceso**

El propietario del proceso es la Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones (UGCA), cuya responsabilidad está establecida en el MOF (Manual de Organización y funciones) del SENASA.

- **Establecer el objetivo y/o finalidad del proceso**

Finalidad del proceso: Autorizar a personas naturales o jurídicas externas e independientes a la institución para la ejecución de servicios oficiales a nombre del SENASA.

Su cumplimiento permite:

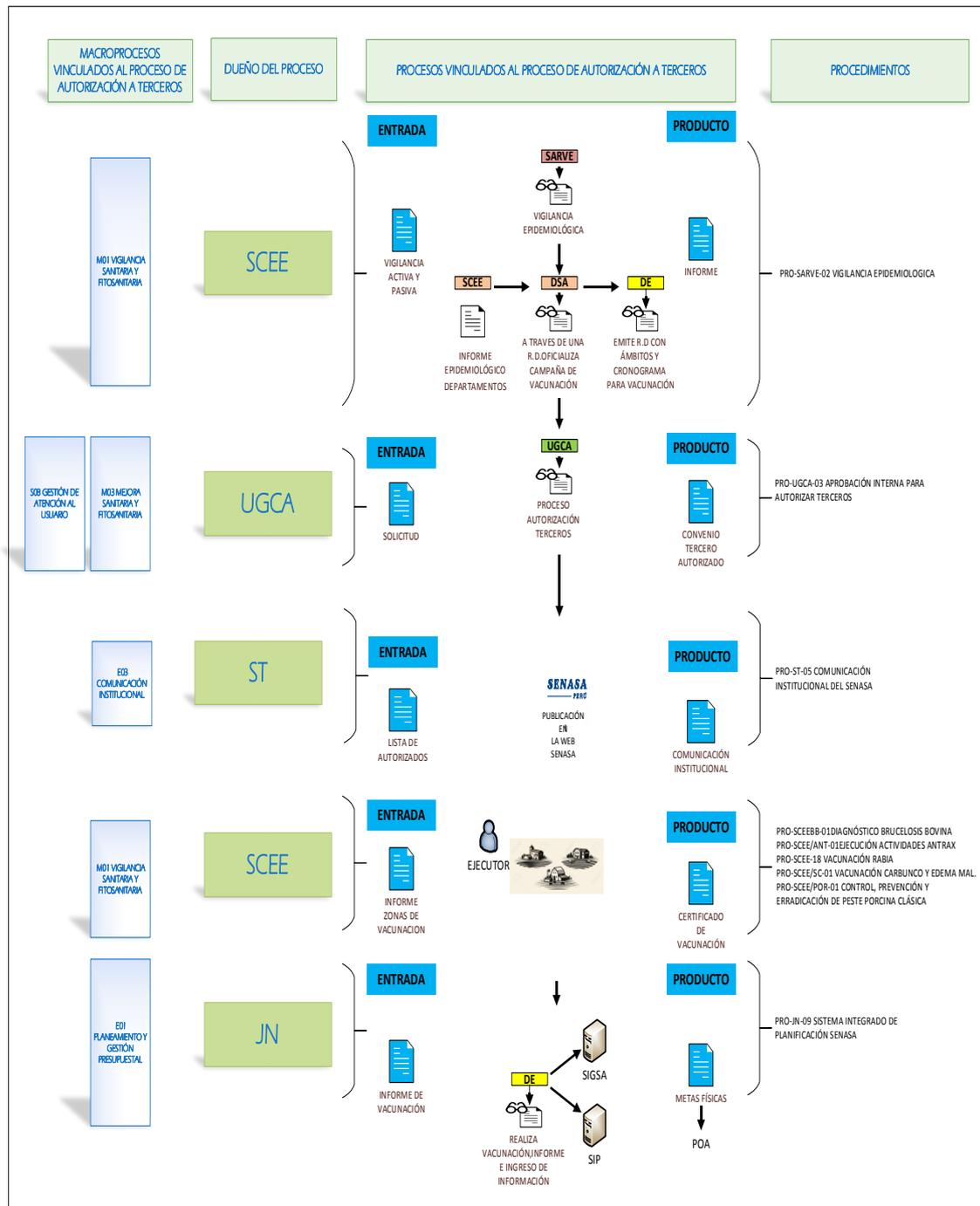
- Ampliar la cobertura y optimizar el uso de los recursos de la institución.
- Proteger y mejorar la sanidad agraria del país.
- Promover y controlar la inocuidad agroalimentaria del país.

- **Diagrama el proceso actual**

Según la Figura 17 podemos visualizar el diagrama del proceso, para la forma más macro se elaboró un mapeo de aquellos procesos que se encuentran relacionados al proceso de emisión de convenios a fin de tener una comprensión más integral del proceso y direccionar y atacar los problemas que se identifican sin afectar al resto de la organización. Para su elaboración se tomó información del mapeo de procesos del SENASA, en relación a los principales procesos mapeados en la institución. Según el Anexo 18 mapeo de procesos del SENASA.

Figura 25

Relación del proceso de emisión de convenios con otros procesos



Con la información analizada podemos visualizar que el proceso de emisión de convenios actúa como proveedor y además como receptor de insumos para realizar su proceso. Por ejemplo, la UGCA recibe insumos de la SCEE (subdirección de Cuarentena y Erradicación de enfermedades) para realizar su proceso, pero esta información no está claramente compartida ya que solo parte de la información

generada es remitida a la UGCA, la UGCA procesa esa información, pero no tiene las actividades documentadas ampliamente ni estandarizados los subprocesos. Secretaría Técnica incluye la lista de actualizados en la Web SENASA, pero las comunicaciones no son efectivas causando demoras en su ejecución. La autorización permite a los terceros autorizados a realizar las pruebas diagnósticas y posterior emisión de certificados de vacunación o prueba diagnóstica los cuales sirven de insumo para el cumplimiento de metas físicas del POA (Plan Operativo Anual), pero la información no se encuentra integrada generando doble llenado de data, por tal razón hacemos notar que el proceso de reingeniería a realizarse puede coadyuvar de forma positiva a la búsqueda de equilibrio relacionado a la eficiencia en otras áreas relacionadas.

- **Realizar el macro diagrama del proceso**

A través de este análisis permite identificar en cada subproceso tanto los proveedores, así como los destinatarios, salidas y entradas, apoyados con las fichas de proceso, a fin de comprender claramente los límites de los subprocesos y la importancia que tiene cada uno de ellos.

Tabla 27

Proveedores, salidas, entradas del proceso de emisión de convenios

Proveedores	Entradas/Insumos	Subprocesos	Productos/Salidas	Ciudadanos
- Direcciones Ejecutivas del SENASA. - Usuarios externos	- Ingreso de solicitudes para la atención del servicio. - Documentación solicitada adjunta	Inicio del proceso	- Ingreso de solicitudes para la atención del servicio. - Correo electrónico - Registro UGCA de la información recibida. - Lista de seguimiento de expedientes atendidos - Errores en expedientes comunicados y subsanados vía BPM TUPA	Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones
- Órganos de Línea competente - Direcciones Ejecutivas a nivel nacional	- Expedientes conformes para atención - Documentación adjunta de requisitos técnicos solicitados para realizar el servicio	- Verificación, evaluación y remisión de convenios.	- Correo para subsanaciones - Derivación vía BPM TUPA expediente para subsanación - Correo de comunicación para evaluación de solicitantes. - Documento resolutivo (convenio) o carta de denegación	Direcciones Ejecutivas a nivel nacional
- Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones	- listas de autorizados aprobados	- Ingreso de listas maestras de autorizados en la web SENASA.	Publicación en portal web listas de autorizados - Comunicación vía correo a usuarios	- Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones - Usuarios

«continuación»

- Órganos de Línea competente - Direcciones Ejecutivas	- Listas consolidadas de terceros autorizados aprobados	- Seguimiento de actividades realizadas por los autorizados.	- Cartas de revocación de convenio - Listas de terceros actualizadas	Fin del proceso	- Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones - Usuarios
---	---	--	---	------------------------	---

- **Determinar los factores críticos del suceso**

Se estableció en base al cuadro anterior los puntos que deben ser favorables para cumplir los objetivos del proceso de autorización a terceros. Es decir, aquellas actividades, subprocesos o tareas que deben realizarse de forma eficiente y eficaz a fin de cumplir con el proceso en su totalidad.

El factor crítico más importante del proceso de emisión de convenios está relacionado con los subprocesos:

- Ingreso de solicitudes
- Verificación, evaluación y remisión de convenios
- Ingreso de listas maestras de autorizados en la web SENASA.
- Seguimiento de actividades realizadas por los autorizados.

- **Determinar los puntos clave del proceso**

Se identificó los nodos donde la toma de decisiones es importante ya que ellos afectan al proceso en su conjunto.

- Aprobar o no el cumplimiento de requisitos del solicitante.
- Aprobar o no al solicitante para ejercer como tercero autorizado y emitir el convenio respectivo.
- Aprobar o no la continuidad del ejecutante con la evaluación de sus actividades realizadas como tercero autorizado a través de auditorías.

- **Definir la visión del ciudadano**

En este punto se analizó la visión del destinatario final relacionado a fin de dar respuesta a sus necesidades esperadas. Para el proceso analizado el destinatario final es tanto interno (oficinas dependientes) como externo (usuario).

INTERNO:

Dirección ejecutiva:

- Cantidad de autorizados
- Zonas donde se autorizaron personal tercero.
- Ingreso de información al SIGSA

Secretaría Técnica: Comunicación en la web de usuarios autorizados.

Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones: Control del proceso.

Expectativa: Disponibilidad de información.

EXTERNO:

Usuarios:

- Tiempo de entrega del convenio.
- Atención de consultas y reclamos.
- Disponibilidad de información de requisitos y normativa.

Expectativa: Rapidez en la atención

d. Diagnóstico y evaluación del proceso

• Identificación de problemas

A través del flujograma se identificaron los problemas y las actividades que no generan valor agregado para alternativas de mejoramiento.

(duplicaciones, falta de control, actividades innecesarias, destinatarios inadvertidos).

Se utilizó el diagrama de Ishikawa según la Figura 22.

Se utilizó el diagrama de relaciones según la Figura 23.

• Medición del proceso

Es desarrollado según la tabla 28 con lo cual se establece según la propuesta establecida para el rediseño el proceso: el objetivo al cual se quiere llegar, responsables y la meta deseada a alcanzar. Fue realizado según las necesidades de los usuarios, necesidades internas, para cada subproceso para realizar las actividades. Los indicadores establecidos permitirán evidenciar la eficacia de los resultados en la evaluación del proceso.

- **Calificación del proceso**

La calificación del proceso según lo analizado se dio en base a:

- La satisfacción del cliente interno como externo.
- El grado de efectividad y eficiencia del servicio.

Según lo analizado en el diagrama de Ishikawa Figura 22 Podemos confirmar que el proceso es crítico ya que no es eficaz y/o eficiente, ya que se encontraron problemas en la deficiencia en las actividades del trabajo por demoras, falta de sistemas integrados, y falta de controles del proceso.

4.8.4. Selección del líder y de los miembros del equipo

Líder del equipo:

Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones (UGCA) ya que es la unidad donde se desarrolla el proceso y tiene el conocimiento de forma detallada de las etapas del proceso, conoce las interrelaciones con otras áreas de la organización.

Involucrados en el proceso:

Las direcciones ejecutivas: con las cuales se realizan el proceso.

Órganos de línea, encargados en una etapa del proceso (evaluación de conocimientos de los solicitantes).

Unidad de informática y estadística vinculada con el soporte de la información.

Secretaría técnica, vinculado con la transmisión de la información a los usuarios a través de la página Web del SENASA.

a. Formación y entrenamiento del equipo

Para el presente trabajo debe ser realizado por la Unidad de gestión de calidad y Autorizaciones relacionado a Capacitación de herramientas de análisis (las utilizadas para el presente trabajo fueron el diagrama de Ishikawa y diagrama de relaciones), para el diagnóstico y evaluación del mismo.

b. Elaboración del mapa de proceso (diagrama)

Elaboración del mapa del proceso, el cual fue elaborado en la Figura 17.

c. Identificación de los problemas

Identificación de problemas lo evidenciado en la ISO 9001 2015 y actividades del proceso.

d. Análisis de los problemas

Según análisis realizado con el diagrama de Ishikawa Figura 22 y el diagrama de relaciones Figura 23.

Se encontraron las causas centrales que generan las deficiencias para cumplir los objetivos del proceso:

- Falta de implementación sistematizada para agilizar el servicio.
- Falta de procedimientos, instructivos, actualización de normas o estandarización de pasos para actividades necesarias.
- Falta de seguimiento de la actividad realizada.

4.8.5. Propuesta de rediseño del proceso de emisión de convenios

Dos puntos clave a tomarse en cuenta para propuesta de mejora es realizar la verificación del análisis normativo, así como las tecnologías de la información que se propone utilizar.

Análisis normativo: Para la propuesta de diseño se realizó el análisis normativo a fin de verificar si las propuestas de mejora o cambios propuestos no se contraponen a las normativas legales vigentes tales como leyes, decretos, reglamentos o Resoluciones Jefaturales, así como aquellas que puedan sustentar la realización de tales cambios, de tal forma garantizar que las propuestas de mejora puedan ser realizadas de forma total.

LISTA DE REQUISITOS LEGALES APLICABLES Y OTROS REQUISITOS										
N° NORMATIVO ARTÍCULO	NOMBRE	FECHA DE PROMULGACIÓN	VIGENTE				DESCRIPCIÓN	DEROGADO		
Ley N° 27322 y por Decreto Supremo N° 048-20001-AG se aprobó su reglamento	Ley Marco de Sanidad Agraria	23 de Julio 2000	SI	x	NO		Que son funciones y atribuciones del SENASA el propone, establecer y ejecutar según sea el caso, la normatividad jurídica, técnica y administrativa necesaria para la aplicación de la mencionada ley sus reglamentos y disposiciones complementarias a efecto de prevenir la introducción, establecimiento y siembra de plagas y enfermedades controladas y erradicarlas.	SI	NO	x
Decreto Supremo N° 008-2005-AG	ROF Reglamento de organización y funciones del SENASA	12 de Febrero 2005	SI	x	NO		Es función de la entidad promover la mejora continua del desempeño institucional y alcanzar niveles de excelencia en calidad y oportunidad con se atienden a los usuarios beneficiarios y clientes.	SI	NO	x
Resolución Jefatural N° 031-2007-AG-SENASA	Sistema nacional de Aprobación Interna del Sistema nacional de Sanidad Agraria, para autorizar a terceros la ejecución de servicios oficiales a fin de proteger y mejorar la sanidad agraria del país.	22 de Enero 2007	SI	x	NO		Constitúyase por la presente norma el sistema Nacional de Aprobación Interna del Servicio Nacional de Sanidad Agraria - SENASA para la autorización de personas naturales o jurídicas, externas e independientes a la institución, para la ejecución de servicios oficiales, con el objetivo de optimizar el uso de los recursos y de ampliar la cobertura, capacidad y eficiencia en el desarrollo de sus funciones dirigidas a proteger y mejorar la sanidad agraria del país	SI	NO	x
DS-002-2007-AG	Reglamento para la Prevención y Control de Carbunco Sintomático y Edema Maligno	19 de enero 2007	SI	x	NO		Convenios con otras entidades del Estado, Universidades, empresas privadas, asociaciones de productores, profesionales, técnicos agropecuarios y promotores agropecuarios asociados o individuales para el cumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente reglamento.	SI	NO	x
DS-003-2007-AG	Reglamento para la Prevención y control del Antrax	19 de enero 2007	SI	x	NO		El SENASA podrá suscribir convenios con otras entidades del Estado, Universidades, empresas privadas, asociaciones de productores, profesionales, técnicos agropecuarios y promotores agropecuarios asociados o individuales para el cumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente reglamento.	SI	NO	x
DS-033-2000-AG	Reglamento para el Control y Erradicación de la Brucelosis Bovina	8 de julio 2000	SI	x	NO		El SENASA queda autorizada para concertar convenios con otras entidades del Estado, Universidades, Empresas Privadas y asociaciones de productores, para el mejor cumplimiento del programa de Control y Erradicación de la Brucelosis Bovina de conformidad con el presente reglamento.	SI	NO	
DS-031-2000-AG	Reglamento para el Control y Erradicación de la Tuberculosis Bovina	8 de julio 2000	SI	x	NO		Artículo N° 5 Los Médicos veterinarios colegiados hábiles de la práctica privada podrán participar a título personal o en forma asociada en el Programa de Control y Erradicación, previo registro ante el SENASA de su jurisdicción.	SI	NO	x
RJ-093-2010-AG-SENASA ANEXO R.J. 093-2010-AG-SENASA	Normas específicas para la autorización de veterinarios en salud avícola, para el desarrollo de actividades oficiales en el marco de implementación de procedimientos del reglamento del Sistema Sanitario avícola Nacional.	8 de Abril 2010	SI	x	NO		DS-031-2000-AG Artículo 2°, aplicación a toda persona natural o jurídica, sociedades de hecho, patrimonios autónomos, o cualquier otra entidad, de derecho público o privado con o sin fines de lucro, que directa o indirectamente participe en el sistema sanitario avícola, en el territorio nacional.	SI	NO	x
DS N° 002-2010-AG	Reglamento del Sistema Sanitario Porcino	7 de Abril 2010	SI	x	NO		Requisitos para la participación de la actividad privada o pública en las campañas oficiales de vacunación.	SI	NO	
Oficio N° 665-2006-AG-PCM-SGP con informe N° 142-2006-PCM-SGP-RCC	Procedimientos destinados a autorizar la delegación de algunas de sus funciones a terceros, actividades o servicios	PCM	SI	x	NO		Los procedimientos destinados a autorizar la delegación de algunas de sus funciones a terceros, actividades o servicios propios del SENASA se autorizan a través de actos de administración	SI	NO	x

En el análisis no existe contraposición con la normativa legal aplicable ya que los cambios no se contraponen a las normas vigentes, tanto también en el cumplimiento del MOF (Manual de Organización y Funciones) se mantienen constantes con los cambios propuestos a realizar, así como con los niveles de autorización con cargos verticales dependientes a un mayor nivel.

Análisis de la tecnología de la información: El cual nos permitirá administrar las actividades, por lo que es importante conocer cómo influye en el proceso a mejorar, en las personas y en la forma de su administración. Se pretende cambiar actividades u omitir

actividades que se consideran innecesarios y que permitan resumir el flujo actual del proceso.

La utilización de la tecnología aplicada al proceso es facilitar el acceso para el usuario y la interacción con la organización sea más asequible y lograr una mejor satisfacción del usuario. La transformación digital y el uso de internet permite innovar los procesos, así como las redes comunicacionales, mejorar la eficiencia del proceso y que la experiencia del usuario con la organización sea mejor.

Cabe resaltar que una debilidad del uso de tecnologías es el rechazo por parte del personal de la organización por lo cual se tendrá que poner énfasis e involucrarlo en su diseño, y para el usuario el punto fuerte de la tecnología aplicada es su facilidad de uso.

En la Tabla 28 se especifica las propuestas, objetivos, responsables, metas a alcanzar, e indicadores de gestión para el rediseño del proceso.

Tabla 28

Rediseño del proceso de autorización a terceros

SUBPROCESO	Propuesta	Objetivo	Responsable	Meta	Sustento legal - Normativa	Indicador
- Ingreso de solicitudes para la atención del servicio.	Creación de un Sistema de trámite para el proceso de atención de los servicios de emisión de convenios vinculado al BPM TUPA a través de la página web del SENASA.	Establecer el medio, forma, condiciones y plazos para agilizar los trámites relacionados a las autorizaciones de terceros mediante el beneficio de los medios tecnológicos elaborados en SENASA para la optimización del proceso. Viabilizar la facilidad de acceso al servicio al usuario través del ingreso virtual de cualquier punto a nivel nacional para recepcionar la solicitud del servicio e integrarlo al sistema BPM TUPA para la trazabilidad del mismo.	- Unidad de Gestión de Calidad y autorizaciones -Apoyo: Unidad de informática y Estadística	Agilizar el proceso de atención de los formatos recibidos haciendo uso de un sistema de trámite para el ingreso de solicitudes para asegurar su correcto llenado en un plazo de desarrollo de 3 meses.	RJ-031-2007-AG-SENASA la OPDI (Oficina de planificación y desarrollo institucional), a través de la Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones, es responsable de conducir el proceso de aprobación interna, emitir y entregar credenciales, supervisar el cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos y administrar la base de datos Art. 19 la OPDI a través de la UIE (Unidad de informática y estadística), tiene como objetivo conducir el desarrollo, implementación, operación, mantenimiento y seguimiento del sistemas informáticos y de brindar soporte técnico. A través de la Norma NTP-ISO/IEC 20000-1:2012 Tecnología de la Información. Gestión del servicio. Parte 1: Requisitos del sistema de gestión del servicio. 2da Edición. se estableció en el procedimiento interno PRO-UIE-07 Gestión de cambios tecnológicos, a solicitud por el usuario de cambios tecnológicos.	% (Cumplimiento de actividades del proyecto/ total de actividades culminadas del proyecto).
Mejorar el formato integrado	Simplificar el formato de solicitud utilizando criterios generales basados en las normativas de los servicios ofrecidos para garantizar su correcto uso.		- Unidad de Gestión de Calidad y autorizaciones -Apoyo: Unidad de informática y Estadística	Reducir observaciones realizadas por mal llenado de formatos de solicitud haciendo uso de criterios de simplificación basadas en las normativas de los servicios ofrecidos para garantizar su buen uso durante el año.	RJ-031-2007-AG-SENASA Sistema Nacional de aprobación interna para autorizar a terceros en la ejecución de servicios oficiales. la OPDI (Oficina de planificación y desarrollo institucional), a través de la Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones, es responsable de conducir el proceso de aprobación interna, emitir y entregar credenciales, supervisar el cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos y administrar la base de datos	%(observaciones realizadas /solicitudes recibidas)

«continuación»

Redes de intercambio de información con SUNEDU, RENIEC, INEI, CMVP	Mejorar la calidad del ingreso de información realizada por el usuario incorporado a un sistema de trámite para la atención del servicio a través de la información recopilada por dichas instituciones.	- Unidad de Gestión de Calidad y autorizaciones - Apoyo: Unidad de informática y Estadística	Mejorar la información recopilada en SENASA haciendo uso de intercambio de información con SUNEDU, RENIEC, INEI y CMVP para reducir el % anual observaciones en el ingreso de solicitudes.	D.S. N° 008-2005-AG Art. 18 la OPDI Es la unidad orgánica responsable de formular, implementar y efectuar el seguimiento de las actividades de planeamiento, presupuesto, inversión pública, gestión de la calidad, racionalización, informática, estadística y cooperación nacional e internacional, que el SENASA desarrolle. Art. 19 la OPDI a través de la UEC (Unidad de estudios y cooperación), Promueve desarrolla, organiza y coordina la participación de los agentes de sanidad agraria para contribuir al logro de los objetivos institucionales, tales como convenio y la cooperación técnica y financiera nacional e internacional.	% (solicitudes observadas/Total de solicitudes recibidas por año)
Aplicación de Multimedia	Mejorar la información suministrada al usuario mediante el uso de videos, textos, trípticos relacionados a las exigencias y requisitos normativos solicitados para acceder al convenio.	- Unidad de Gestión de Calidad Apoyo: - Secretaría Técnica - Órganos de línea	Mejorar la información de servicios otorgados por SENASA, a través de aplicaciones multimedia (videos, textos, trípticos relacionados a las exigencias y requisitos normativos) suministradas en forma trimestral.	D.S. N° 008-2005-AG Art. 13 a través de la Secretaría Técnica responsable de coordinar con los órganos de la institución en la conducción y supervisión de las actividades de comunicación.	% de visitas a las aplicaciones multimedia.

«continuación»

Elaboración de procedimientos e instructivos	Mejorar la gestión interna del proceso a través de la elaboración de documentación validada y relacionada a las actividades realizadas a fin de establecer claramente las directrices del proceso, e implementación de documentación necesaria para evidencia de cumplimiento de requisitos ISO 9001 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Unidad de Gestión de Calidad y autorizaciones - Unidad de informática y Estadística -Unidad de Logística 	Elaborar documentación necesaria (procedimientos e instructivos), necesario para el proceso de emisión de convenios estandarizando su proceso en un horizonte anual.	ISO 9001:2015 D.S. N° 008-2005- AG Art. 19 Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones es responsable de la implementación de sistemas de gestión de calidad, mantener actualizados los documentos de gestión relacionado a los procesos, metodologías y procedimientos con el fin de promover su optimización.	% (# documentos elaborados/ total de documentos necesarios en la Unidad de Gestión de Calidad y autorizaciones).	
Verificación evaluación y remisión de convenios	Evaluaciones virtuales	Agilizar el proceso de evaluación y calificación de solicitantes a través de la evaluación virtual para reducir tiempos de atención de personal SENASA.	<ul style="list-style-type: none"> - Unidad de Gestión de Calidad - Apoyo: Órganos de línea 	Facilitar el acceso a los usuarios a evaluaciones y emisión de convenios en forma virtual haciendo uso de la página web del SENASA a fin garantizar la agilidad de la atención.	Apoyo.: Órgano de línea. D.S. 029-2007-AG Reglamento del sistema sanitario avícola art. 62 El SENASA establecerá mediante resolución del órgano de línea el procedimiento para la autorización de médicos veterinarios en sanidad avícola, cumpliendo la normatividad vigente al respecto.	% tiempo desde la recepción hasta la finalización del servicio.

«continuación»

<p>Integración de red interna SENASA entre el Sistema de trámite, BPM TUPA, SIGSA, para intercambio de información relevante.</p>	<p>Integrar información a través del intercambio de datos para mejorar control y comunicación entre áreas técnicas del SENASA, Direcciones ejecutivas a nivel nacional y la Unidad de Gestión de Calidad.</p>	<p>- Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones - Apoyo: Órganos de línea</p>	<p>Integrar información necesaria a través del Sistema de trámite, con el BPM TUPA y SIGSA del SENASA para garantizar la comunicación entre las áreas involucradas en forma diaria.</p>	<p>Órganos de línea involucrados: Decreto Supremo N° 008-2005-AG que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del SENASA.</p> <p>A través de la Dirección de Sanidad Animal DSA: Subdirección de Control y Erradicación de enfermedades SCEE: garantizar la eficiente y eficaz implementación de acciones de prevención, control y erradicación de enfermedades priorizadas por el SENASA.</p> <p>A través de la Dirección de Insumos Agropecuarios e Inocuidad Agroalimentaria: subdirección de Inocuidad Agroalimentaria: contribuir a la protección de la salud de los consumidores y a la competitividad del sector agropecuario, mejorando la inocuidad de la producción agropecuaria.</p> <p>A través de las Direcciones Ejecutivas: tiene la función de implementar en el ámbito geográfico de su competencia las funciones, directrices y demás instrumentos emanados por la Dirección de Sanidad Animal.</p>	<p>% de descarga de información solicitada.</p>
<p>Establecer la vinculación de la información de autorizados con ArcGIS y Data del INEI.</p>	<p>Visualizar Mapeo del personal autorizado en las diferentes zonas a nivel nacional e identificar zonas desatendidas (latitud y altitud) por región.</p>	<p>- Unidad de Gestión de Calidad - Apoyo: Subdirección de Control y Erradicación de Enfermedades -Unidad de informática y Estadística</p>	<p>Identificar personal autorizado haciendo uso del ARGIS y Data del INEI para obtener información de zonas desatendidas mensualmente.</p>	<p>Órganos de línea involucrados: Decreto Supremo N° 008-2005-AG que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del SENASA.</p> <p>A través de la Dirección de Sanidad Animal DSA: Subdirección de Control y Erradicación de enfermedades SCEE: garantizar la eficiente y eficaz implementación de acciones de prevención, control y erradicación de enfermedades priorizadas por el SENASA.</p>	<p>% (zonas desatendidas por SENASA. /zonas atendidas por SENASA)</p>

«continuación»

Descarga automática virtual de documentos vía Web en formato PDF.	Agilizar el tiempo de atención al usuario mediante el uso del sistema de trámite en la página Web del SENASA incluido en su base de datos para descarga de documentos resolutivos (convenios y ampliación de zonas atendidas).	- Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones - Apoyo: Unidad de informática y Estadística	Agilizar la entrega de documentos resolutivos haciendo uso del sistema de trámite para descarga de documentos resolutivos diariamente.	RJ-031-2007-AG-SENASA Sistema Nacional de aprobación interna para autorizar a terceros en la ejecución de servicios oficiales. la OPDI (Oficina de planificación y desarrollo institucional), a través de la Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones, es responsable de conducir el proceso de aprobación interna, emitir y entregar credenciales , supervisar el cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos y administrar la base de datos D.S. N° 008-2005-AG Art. 19 la OPDI a través de la UIE (Unidad de informática y estadística), tiene como objetivo conducir el desarrollo, implementación, operación, mantenimiento y seguimiento del sistemas informáticos y de brindar soporte técnico.	% (documentos descargados / total de solicitudes recibidas).
Establecer codificación QR para evitar adulteración de convenios	Asegurar la validez del convenio emitido mediante descarga virtual mediante un código QR para no ser adulterado.	Unidad de informática y Estadística	Evitar falsificación de documentos resolutivos haciendo uso de la codificación QR para garantizar su conformidad y vigencia durante el año.	D.S. N° 008-2005-AG Art. 19 la OPDI a través de la UIE (Unidad de informática y estadística), tiene como objetivo conducir el desarrollo, implementación, operación, mantenimiento y seguimiento de los sistemas informáticos y de brindar soporte técnico.	% (Documentos falsificados/documentos originales)

«continuación»

Ingreso de listas maestras en la web SENASA	Ingreso de listas maestras de autorizados virtual	Asignar un solo responsable del manejo de comunicación de autorizados, y Reducir el tiempo de ingreso de listas a la web SENASA mediante la asignación como responsable a la Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones para comunicar del autorizado su reconocimiento como tercero del SENASA.	Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones	Dirigir la inclusión de listas maestras de autorizados en el portal web del SENASA, mediante un único responsable para garantizar su actualización oportuna quincenalmente.	RJ-031-2007-AG-SENASA Sistema Nacional de aprobación interna para autorizar a terceros en la ejecución de servicios oficiales. la OPDI (Oficina de planificación y desarrollo institucional), a través de la Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones, es responsable de conducir el proceso de aprobación interna, emitir y entregar credenciales, supervisar el cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos y administrar la base de datos El artículo 12° del Reglamento de Organización y Funciones del SENASA, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2005-AG, y modificatoria, establece que el Jefe del SENASA es la máxima autoridad ejecutiva de la Institución, ejerciendo funciones ejecutivas y administrativas en su calidad de funcionario de mayor jerarquía en la Entidad, teniendo entre sus funciones dirigir y supervisar el cumplimiento de los objetivos y actividades del SENASA, delegar las facultades que considere pertinente para el mejor desempeño institucional , salvo aquellas que se encuentran restringidas al Titular del Pliego y a la máxima autoridad administrativa; y, emitir Resoluciones Jefaturales en asuntos de su competencia;	%(total de publicaciones realizadas / total de publicaciones anual)
---	---	---	---	---	--	--

«continuación»

Seguimiento de actividades realizadas por los autorizados	Seguimiento y validación de la vigencia del convenio de los ejecutores autorizados	Mantener actualizadas listas de personal tercero a nivel nacional a través validación en el sistema de trámite de cada autorizado en base a la ejecución del trabajo realizado a fin depurar personal no activo en el servicio.	Direcciones ejecutivas a nivel nacional	Evitar carga de información en la Unidad de Gestión de Calidad haciendo uso del sistema de trámite para depurar al personal que no realiza la actividad activamente de forma semestral.	El artículo 12° del Reglamento de Organización y Funciones del SENASA, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2005-AG, y modificatoria, establece que el Jefe del SENASA es la máxima autoridad ejecutiva de la Institución, ejerciendo funciones ejecutivas y administrativas en su calidad de funcionario de mayor jerarquía en la Entidad, teniendo entre sus funciones dirigir y supervisar el cumplimiento de los objetivos y actividades del SENASA, delegar las facultades que considere pertinente para el mejor desempeño institucional, salvo aquellas que se encuentran restringidas al Titular del Pliego y a la máxima autoridad administrativa; y, emitir Resoluciones Jefaturales en asuntos de su competencia;	% (Total de ejecutores depurados / total de ejecutores en el sistema)
	Elaboración de un manual de calidad y Manual de procedimientos según los requerimientos ISO 9001 2015	Mantener la información general del proceso mediante la elaboración del manual de calidad y manual de procedimientos para garantizar su cumplimiento.	Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones	Mejorar el sistema de gestión de calidad del proceso de emisión de convenios mediante el uso de la norma ISO 9001:2015 para garantizar la mejora de la calidad del servicio para el año 2021.	Norma ISO 9001:2015	%(total documentos elaborados /total de documentos solicitados)

Elaboración propia

Posteriormente para cada subproceso de autorización a terceros, en el flujograma actual se realizó la comparación de los pasos eliminados, tiempos de actividad, pasos totales y puntos de control comparada con la mejora establecida, para posteriormente realizar la presentación de su flujo propuesto.

Figura 26

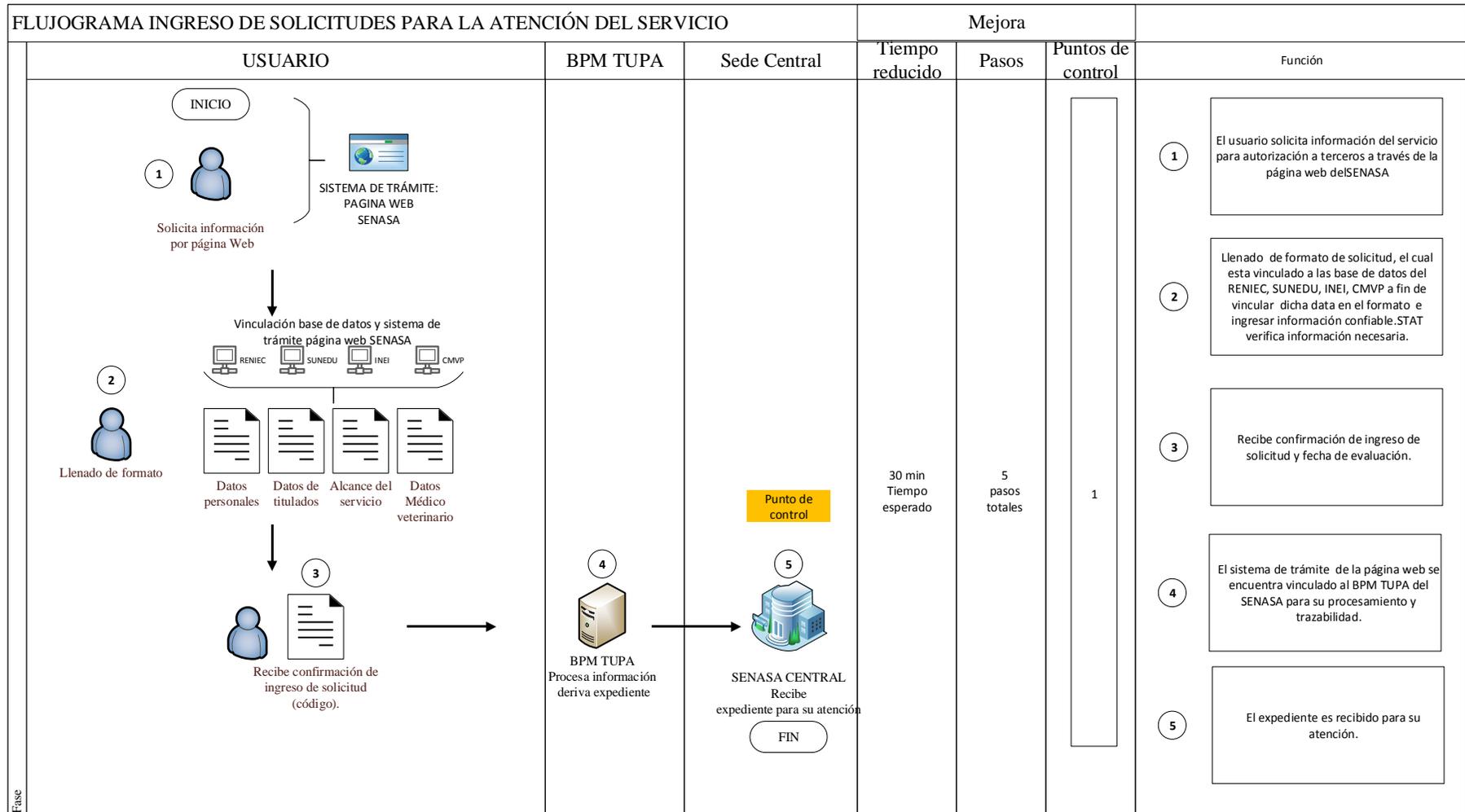
Flujograma actual solicitud e ingreso de expedientes identificando pasos eliminados

FLUJOGRAMA INGRESO DE SOLICITUDES PARA LA ATENCIÓN DEL SERVICIO					Proceso actual			Mejora esperada		
USUARIO	DE-MESA DE PARTES	JEFE DEL AREA DE SANIDAD ANIMAL	BPM TUPA	Sede Central	Tiempo de actividad	Pasos	Puntos de control	Tiempo	Pasos	Puntos de control
<p>INICIO</p> <p>PASO ELIMINADO 1</p> <p>Se dirige a Dirección ejecutiva o Sede Central y solicita información para autorizarse como tercero</p>	<p>Punto de control</p> <p>PASO ELIMINADO 2</p> <p>Encargada explica requisitos y entrega solicitud</p>				30 min	2	1			Punto de control eliminado
<p>3</p> <p>Llenar solicitud incluyendo alcance donde realizará el servicio</p>	<p>Punto de control</p> <p>PASO ELIMINADO 4</p> <p>Verificar: ¿Datos completos?</p>				30 min	2	1			Punto de control eliminado
<p>NO</p> <p>PASO ELIMINADO 5</p> <p>Subsana observaciones</p>	<p>SI</p> <p>PASO ELIMINADO 6</p> <p>Remite solicitud al Jefe de Sanidad Animal</p>	<p>Punto de control</p> <p>PASO ELIMINADO 7</p> <p>Valida el alcance solicitado según necesidad del servicio en dichas zonas.</p>			60 min	3	1	30 min Tiempo esperado	5 pasos totales	Punto de control eliminado
<p>8</p> <p>Recibe solicitud verifica acepta cambios o modifica alcance según lo validado.</p>	<p>PASO ELIMINADO 9</p> <p>Entrega solicitud con observaciones o Visto Bueno del JASA.</p>				20 min	2	0			
	<p>PASO ELIMINADO 10</p> <p>Remite solicitud vía BPM TUPA adjunta documentos requeridos y genera expediente</p>		<p>11</p> <p>Procesa información deriva expediente</p>	<p>12</p> <p>Sede Central LIMA recibe expediente para su atención</p> <p>FIN</p>	15 min	3	0			PUNTO DE CONTROL
					<p>ACTUAL:</p> <p>- PASOS :12</p> <p>- TIEMPO DE ATENCIÓN: 145 min</p> <p>- PUNTOS DE CONTROL: 3</p>			<p>MEJORA:</p> <p>- PASOS: 4</p> <p>- TIEMPO DE ATENCIÓN : 20 min</p> <p>- PASOS ELIMINADOS: 8</p> <p>- PUNTOS DE CONTROL: 1</p>		

Elaboración propia

Figura 27

Flujograma propuesto para Gestión solicitud e ingreso de expedientes



Elaboración propia

Creación de un Sistema de trámite para el proceso de atención de los servicios de emisión de convenios vinculado al BPM TUPA a través de la página web del SENASA

A través de la creación de un sistema STAT (Sistema de trámite Terceros) Facilitar el acceso al usuario para agilizar los trámites relacionados a la emisión de convenios mediante el uso de medios tecnológicos (página web del SENASA) para la optimización y agilización del proceso de aplicación a nivel nacional para las D.E ejecutivas para las solicitudes de emisión de convenios que desean aplicar al servicio.

La implementación será coordinada con la Unidad de Informática y Estadística a través de un requerimiento de implementación de sistema, el detalle de su funcionalidad se encuentra establecido en el ITR-UGCA/TERC-01 Ingreso de solicitudes de usuarios para el proceso emisión de convenios vía web-SENASA-STAT.

Mejora del formato

A través de la validación de datos realizado por el sistema STAT con la aplicación de redes de intercambio de información con SUNEDU, RENIEC, INEI, CMVP se automatizará el formato, lo cual permitirá una autocarga de información y su validación, por ende, menos engorroso y disminuir la carga manual (datos personales, títulos, certificados) en los casos que particulares el sistema permitirá a los usuarios cargar documentos adjuntos. El detalle del formato se encuentra en el ITR-UGCA/TERC-01 Ingreso de solicitudes de usuarios para el proceso emisión de convenios vía web-SENASA-STAT.

Redes de intercambio de información con SUNEDU, RENIEC, INEI, CMVP

En el marco del Decreto Legislativo 1412 que aprueba la ley de gobierno digital, en su artículo 7 teniendo como uno de sus objetivos “coordinar, integrar y promover la colaboración entre las entidades de la administración pública” permitirá la colaboración entre instituciones para mejorar al acceso de información que ofrece las diferentes entidades, aunado a la gestión interna propia del SENASA establecido en el PRO-UEC-03 para la elaboración, suscripción y seguimiento de convenios de cooperación con SENASA para establecer convenios nacionales de cooperación con otras instituciones, que permitirá una realizar autocarga de información para su automatización respetando el ámbito de competencia de cada entidad, facultades inherentes y/o responsabilidades.

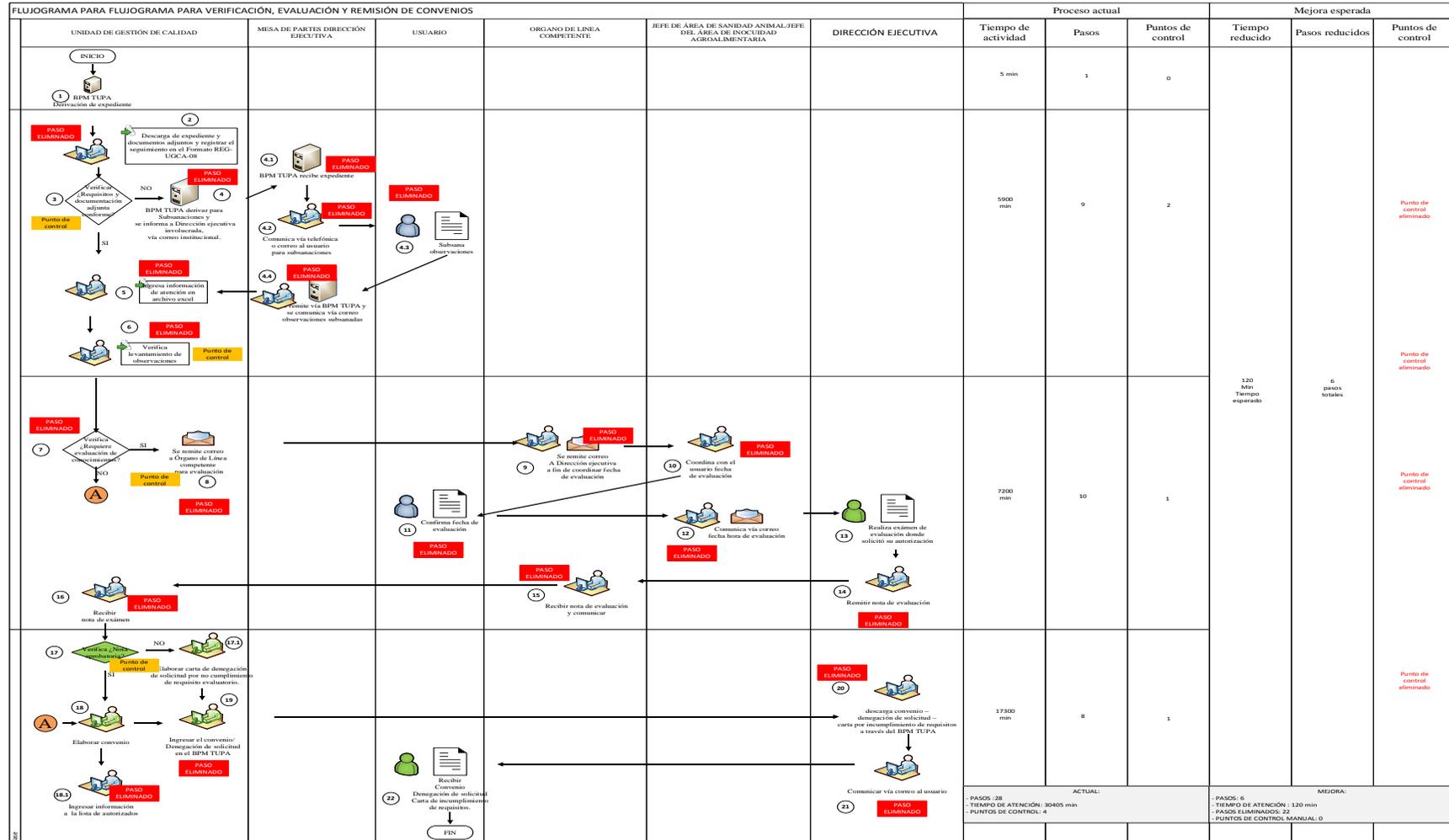
En dicho convenio de cooperación se establecerá el compromiso de las partes, financiamiento de requerirse, la vigencia del convenio, establecer responsabilidad de coordinadores entre las instituciones, así como la solución de conflictos o controversias presentadas. Como modelo de convenio se presenta en el anexo 19 para lo cual se tomó como base el convenio suscrito entre el MINCETUR y el SENASA del año 2016.

Aplicación de Multimedia

Para que el usuario cuente con la información necesaria acceder a los servicios, se mejorará la información suministrada al usuario mediante el uso de videos, textos, trípticos relacionadas a las exigencias y requisitos normativos solicitados para acceder al convenio los cuales estarán disponibles en el sistema para consulta y aclaración de los servicios ofrecidos acceder como tercero autorizado, las coordinaciones serán realizadas con la secretaría Técnica para el ingreso de dicha información a la página web del SENASA, con los órganos de línea competente a fin suministren información normativa en el ámbito de aplicación para el servicio y evaluaciones virtuales.

Figura 28

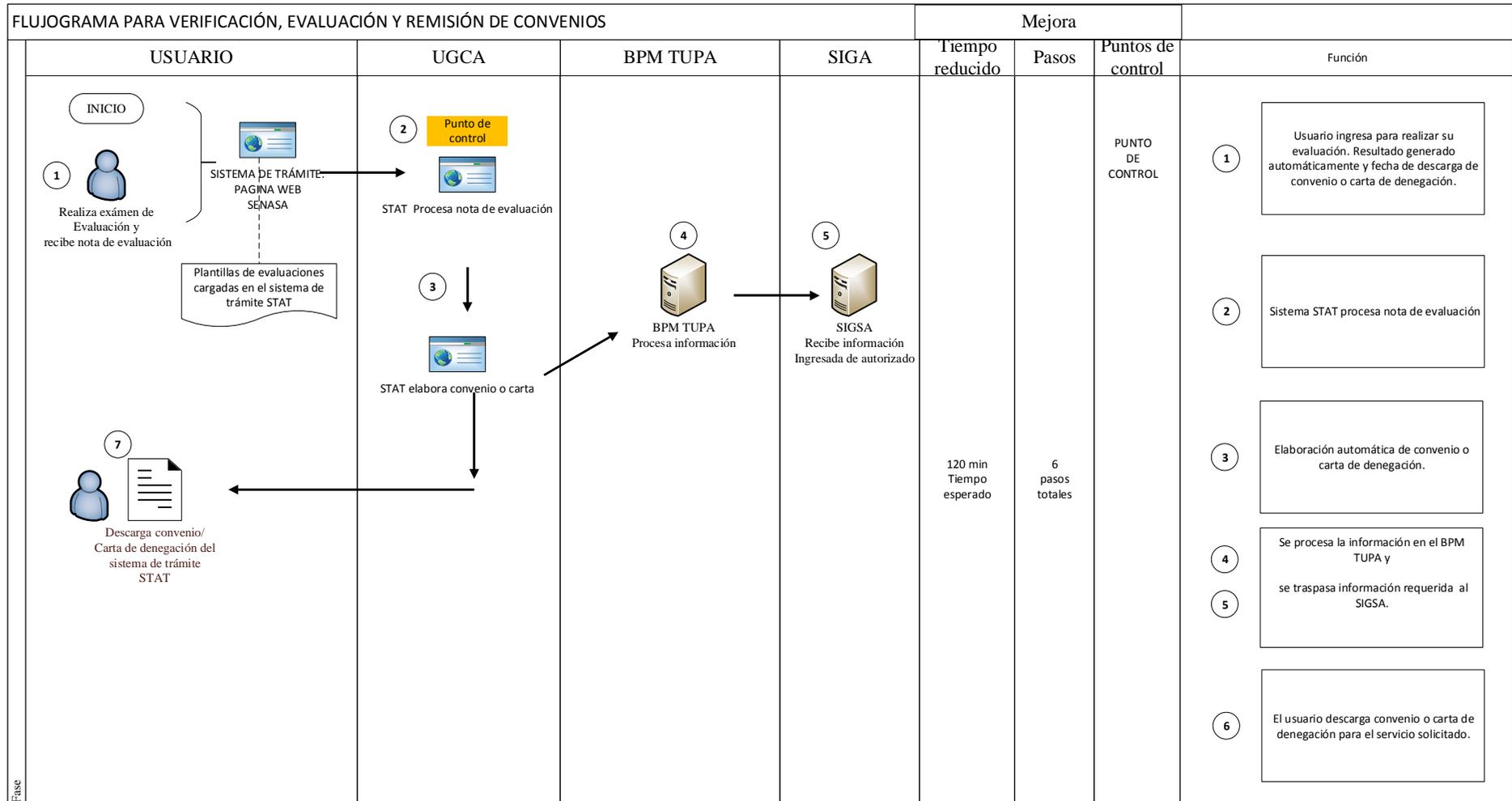
Flujograma actual para verificación, evaluación y remisión de convenio



Elaboración propia

Figura 29

Flujograma propuesto para gestión de verificación, evaluación y emisión de documento resolutivo



Elaboración propia

Evaluaciones virtuales

Posterior al ingreso de la solicitud para el desarrollo de exámenes el usuario ingresará con su clave de acceso a través del sistema STAT para realizar su evaluación virtual, esto permitirá eliminar las coordinaciones previas existentes que deben realizarse entre el usuario, la dirección ejecutiva y el órgano de línea (llamadas, correos electrónicos comunicación con los órganos de línea competente con la UGCA para informarse sobre el avance de la comunicación para las evaluaciones), disminuyendo el tiempo de gestión en la atención del servicio. Los lineamientos para las evaluaciones virtuales se encuentran en el ITR-UGCA/TERC-01 Ingreso de solicitudes de usuarios del proceso emisión de convenios vía web SENASA- STAT.

Integración de red interna SENASA entre el Sistema de trámite STAT, BPM TUPA, SIGSA, para intercambio de información relevante

Para el desarrollo de otras actividades o procesos internos propios del SENASA se requiere que los accesitarios del servicio se encuentren registrados en el SIGSA, información como datos personales, habilitación, estado de vigencia de convenio, zonas asignadas, etc., en servicios como en pruebas diagnósticas, en el sistema sanitario porcino y avícola, esta ingreso de información debe ser realizada por el Jefe del área de Sanidad animal de cada dirección ejecutiva posterior a la emisión del documento resolutivo (convenio), ya que estos profesionales pueden formar parte de un establecimiento que lo requiere como requisito para certificación de establecimientos, lo que genera gasto de tiempo de horas hombre o mal ingreso de dichos datos, correcciones posteriores, actualizaciones posteriores etc.

Para que esta interoperabilidad genere sinergias y facilitación de información necesaria para otros procesos del SENASA los sistemas tanto como el STAT, BPM TUPA, SIGSA deben estar interconectados para suministrarse información relevante.

Establecer la vinculación de la información de autorizados con ArcGIS y Data del INEI

A través de la implementación del uso del ArcGIS y con la Data del INEI (Sistema de información Geográfica, sistema de consulta de centros poblados), se plantea optimizar el trabajo de distribución y ubicación geográfica de los autorizados a nivel nacional con convenio emitido en cada región del Perú, lo que permitirá organizar y administrar dicha información a tiempo real.

Permitirá explorar zonas en las que se necesita personal tercero y en que zonas no, a fin de maximizar las actividades y cubrir zonas desatendidas y resolver problemas de falta de personal, planificar de forma adecuada la necesidad de terceros en las diferentes regiones del país.

Se utilizará la data de autorizados a nivel nacional que servirá como repositorio lo cual será importado a la aplicación.

Información base necesaria para su aplicación:

- Data Generada como repositorio en la unidad de Gestión de Calidad personal autorizado con convenio emitido.
- Data de: Cantidad de personal autorizado por poblado, distrito, provincia y departamento
- Valores de longitud latitud (información obtenida en el INEI (Sistema de información Geográfica).

Descarga automática virtual de documentos vía Web en formato PDF y codificación QR para evitar adulteración de convenios

Permitirá al usuario obtener el documento resolutivo (Convenio) a través del sistema STAT (Sistema de Trámite a Terceros).

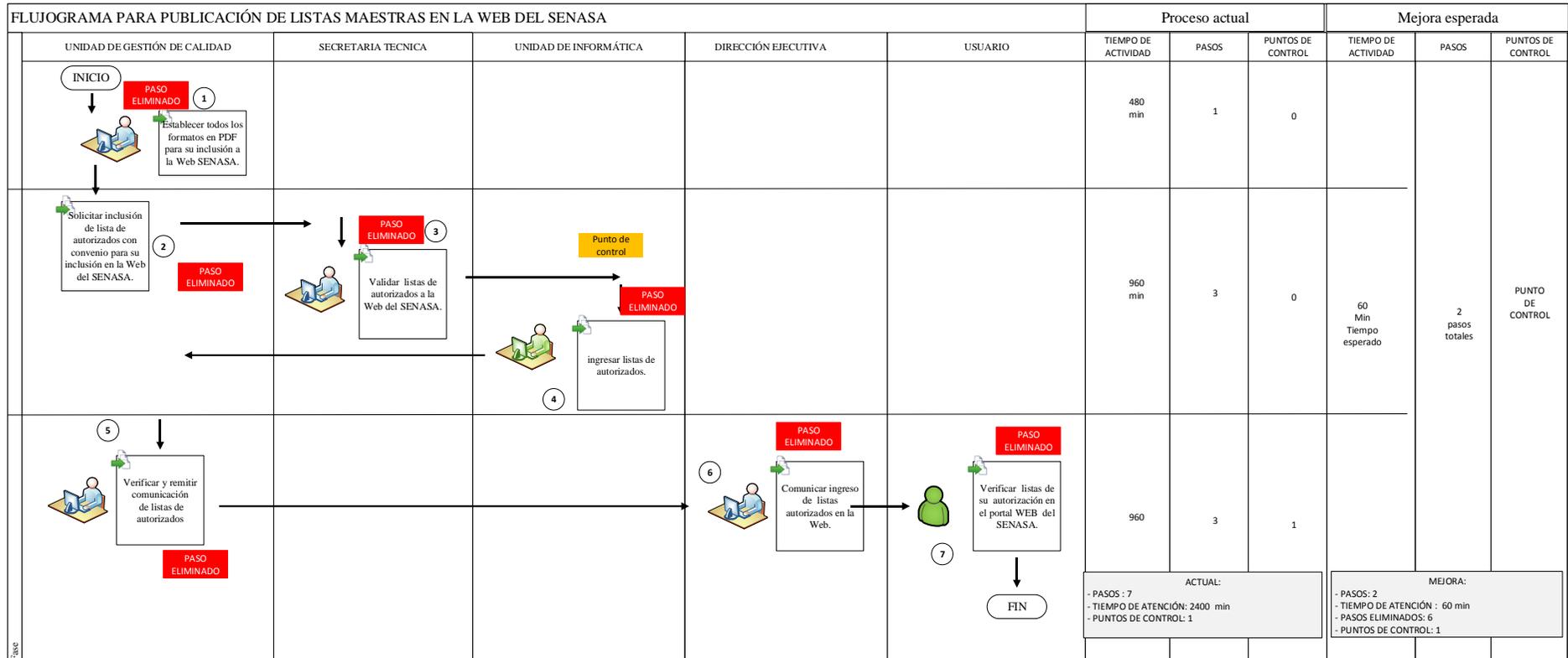
Al estar los datos validados sistemáticamente se generará los convenios para lo cual se establece reglas en el Sistema para su emisión

- 0 a 10 el sistema elaborará carta de denegación
- 11 a 20 el sistema elaborará documento resolutivo (Convenio).

Establecer código QR permitirá validar los convenios emitidos a fin puedan vincularse a un sitio web URL para evitar su adulteración, la solicitud será realizada al Unidad de informática y Estadística para su ejecución esta acción es realizada para minimizar la probabilidad de riesgo de su ocurrencia.

Figura 30

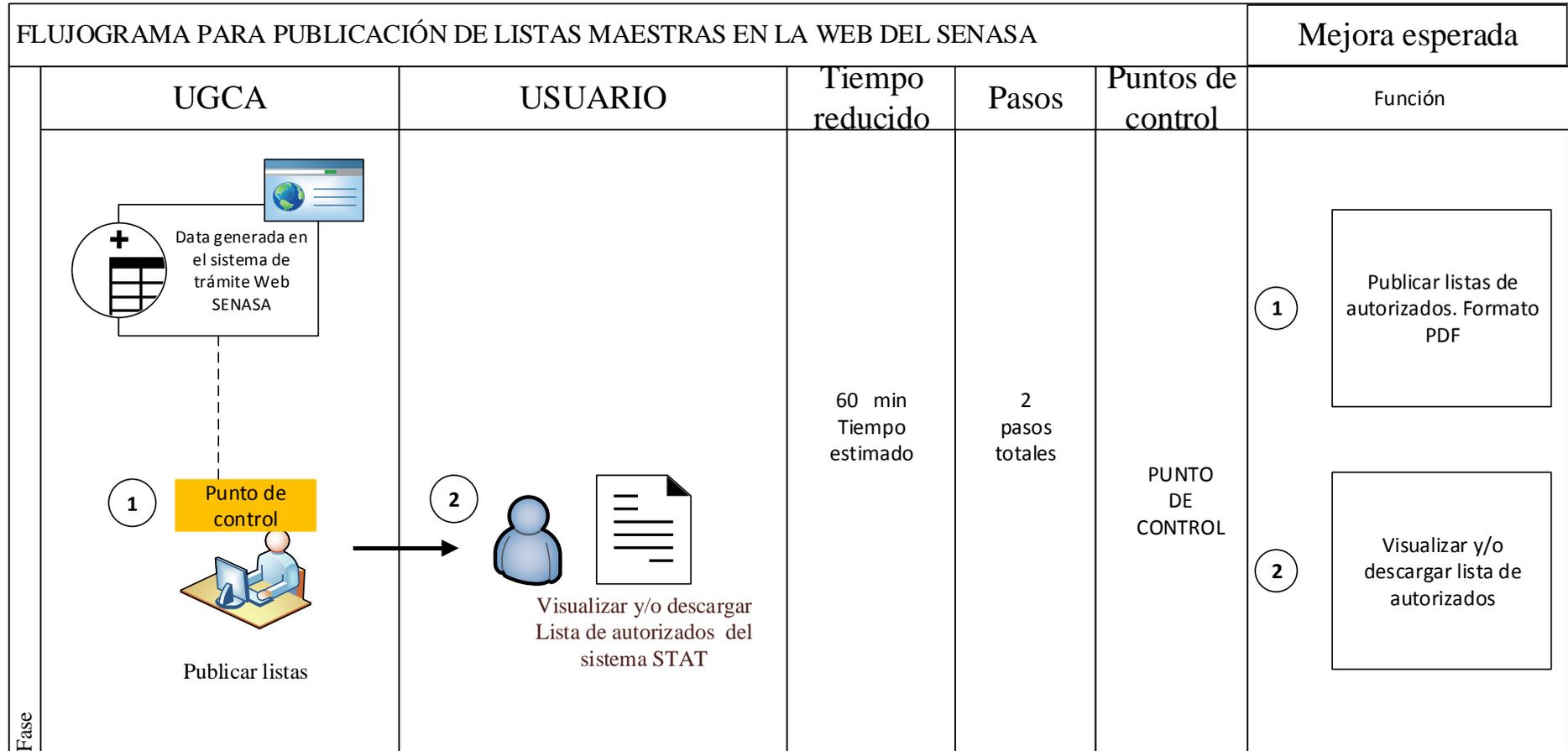
Flujograma actual para publicación de listas de autorizados en la página Web SENASA



Elaboración propia

Figura 31

Flujograma propuesto para publicación de listas de autorizados en la página Web SENASA



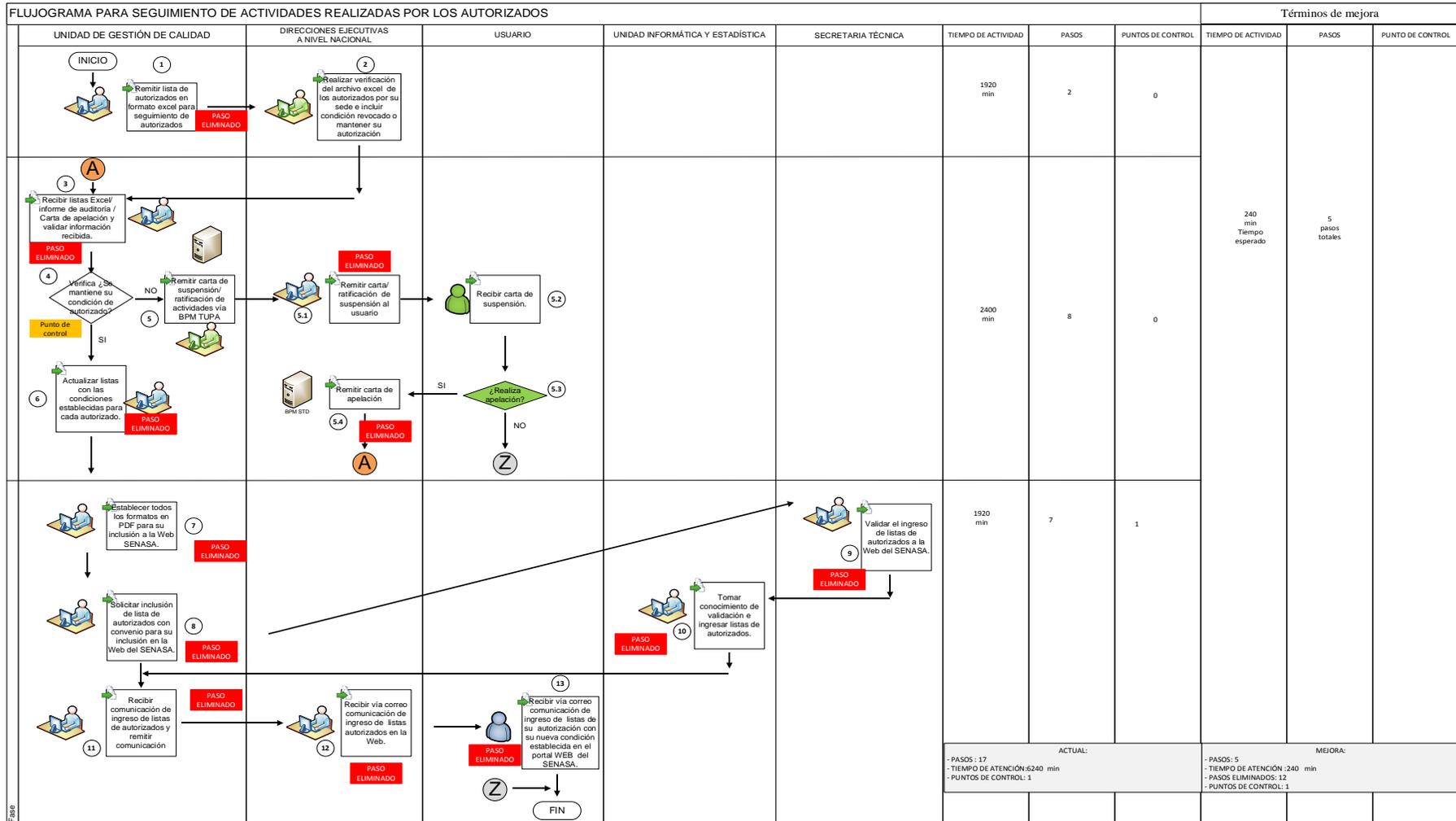
Elaboración propia

Asignación de un solo responsable del manejo de comunicación de autorizados

Asignar como responsable a la Unidad de Gestión de Calidad para ingreso de listas autorizados en la web del SENASA. Permitirá reducir el tiempo de comunicación al autorizado para verificar su inclusión como terceros en la data del SENASA a fin sirva de apoyo para la credibilidad de su autorización a la sociedad y a los interesados que avale que es apto y técnicamente competente para realizar actividades oficiales del SENASA bajo condiciones establecidas, acción es realizada con el insumo obtenido en el sistema STAT (listas de terceros autorizados).

Figura 32

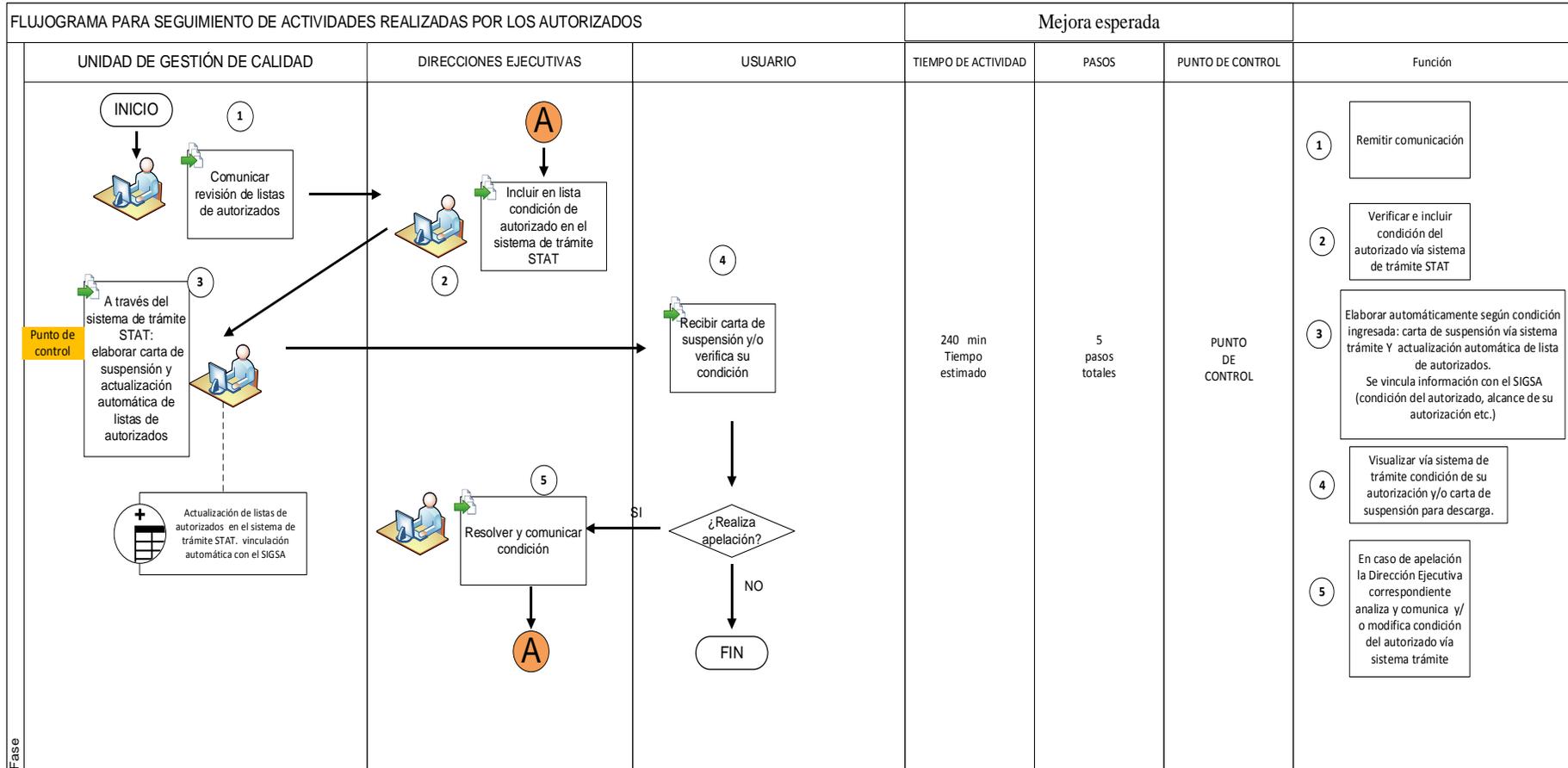
Flujograma actual para seguimiento de actividades de actividades realizadas por los autorizados



Elaboración propia

Figura 33

Flujograma propuesto para seguimiento de actividades realizadas por los autorizados



Nota: A través de esta forma de trabajo se implementa el ArcGIS (es un completo sistema que permite recopilar, organizar, administrar, analizar, compartir información geográfica), donde se visualizará las zonas con personal autorizado o zonas donde no se cuenta con autorizados.

Elaboración propia

Seguimiento y validación de la vigencia del convenio de los ejecutores autorizados

Depuración de listas maestras de autorizados y actualizadas según análisis y validación de los ejecutores en cada Dirección Ejecutiva. Realizadas a través del sistema STAT a fin de reducir comunicaciones, tiempos y horas hombre en dicha actividad.

El sistema STAT dentro de su sistema permitirá a cada Dirección Ejecutiva realizar los cambios en relación a los ejecutores en el ámbito de su jurisdicción y en función a los resultados del ejercicio de su autorización a fin de mantener o revocar dichas autorizaciones, tales acciones permitirán depurar personal no activo en cada servicio para posteriormente actualizar la información a servir como insumo en la publicación de listas matrices para publicación en la web SENASA.

4.9. PROPUESTA DEL MANUAL DE CALIDAD Y MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Tabla 29

Manuales propuestos para el proceso de Emisión de convenios del SENASA

Manual de Calidad	Guía para la implementación del sistema de calidad para el proceso de emisión de convenios del SENASA para el cumplimiento de sus subprocesos así como para la mejora interna de las actividades realizadas a fin de ser más efectivas.
Manual de procedimientos	Define los procedimientos que son necesarios para la implementación del sistema de Gestión de Calidad para el proceso de emisión de convenios del SENASA.

Elaboración propia

Manual de calidad

La propuesta se basa en la elaboración de un Manual de Calidad que cumpla con los requisitos exigidos por la norma ISO 9001:2015. Se realizó un resumen del manual de calidad, ya que se tiene el manual de calidad desarrollado, y la lista de verificación como parte integrante del trabajo.

La elaboración del Manual de calidad se realizó por los siguientes motivos:

A través de manual de calidad se desarrollan las actividades para el proceso general y su alcance establecido, para cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001 2015, su planteamiento estratégico para mantener un sistema de gestión de calidad basados en los procesos necesarios, necesidades del cliente y propender la mejora continua.

Indicar que para la norma 9001 2015 no es un documento obligatorio, por tal razón el manual es un documento elaborado para servir de guía para una mayor orientación de todos los procesos establecidos.

El manual de calidad permitirá tener una guía para la implementación del sistema de gestión de calidad e ir mejorando el proceso de autorización a terceros.

El uso del manual de calidad permitirá al área competente estandarizar sus procesos, un mejor entendimiento de las actividades realizadas, así como una guía para entender la interacción de los procesos involucrados.

Tabla 30

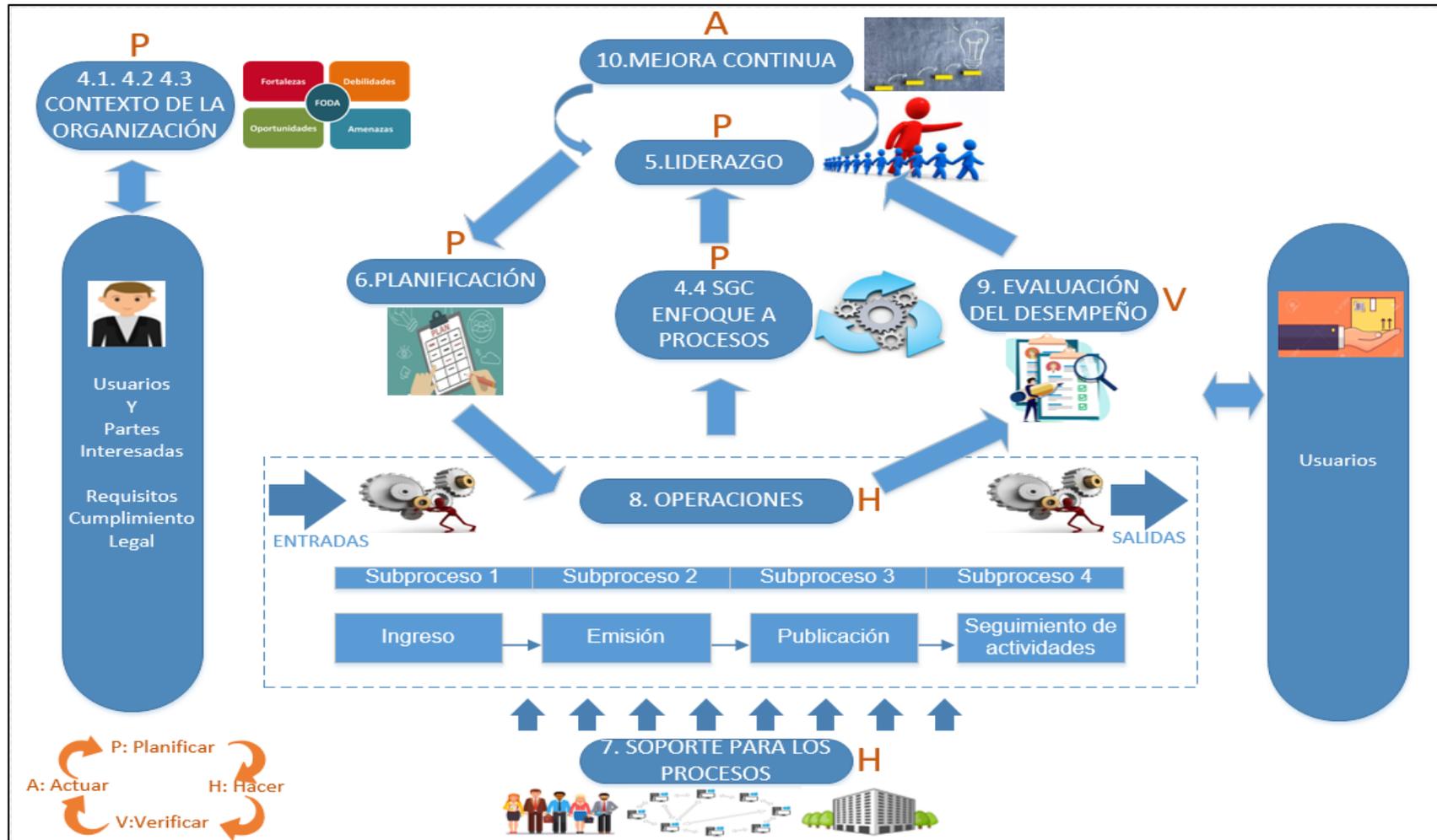
Resumen de Manual de Calidad para el proceso de emisión de convenios resuelve

	Contenido	¿Qué solución para el proceso de emisión de convenios?
Manual de Calidad ISO 9001:2015	Información General	Identificación y presentación de la organización y de sus actividades.
	Alcance y exclusiones	El alcance del sistema de gestión de Calidad delimita el proceso y establece las exclusiones justificando los requisitos de la norma que no aplican.
	Objetivos y políticas	Lograr el cumplimiento de los resultados para el proceso.
	Referencia de procedimientos documentados	Conservar información documentada obligatoria y necesaria para asegurar la implementación del proceso en base a la norma ISO 9001 2015.
	Mapa de procesos	Representación gráfica de los procesos e interrelación entre los mismos
	Formatos	Evidenciar datos en la ejecución de las actividades que requieren trazabilidad.

Elaboración propia

Figura 34

Representación Gráfica del manual de calidad implementado para la emisión de convenios



Elaboración propia

El manual de procedimientos establece los documentos para el proceso de emisión de convenios en el SENASA, mediante el cual se establece los documentos necesarios para implementar un sistema de gestión de calidad y estandarizar la ejecución de las actividades necesarias.

Se realizó un resumen del manual de procedimientos, ya que se tiene el manual desarrollado, como parte integrante al trabajo.

Los procedimientos han sido elaborados en base a los requisitos exigidos por la norma 9001 2015 y los necesarios para cumplimiento del proceso autorización a terceros, identificándose los objetivos en cada uno de ellos:

Tabla 31

Contenido del Manual de procedimientos

Código de documento	Título	Requisito de la norma ISO 9001 2015	Que soluciona
PRO-UGCA/TERC-01	Contexto y partes interesadas	4.1, 4.2	Establecer el procedimiento para la identificación del contexto y de las partes interesadas que están relacionados a los procesos y a la implementación del sistema de Gestión de Calidad en el SENASA
PRO-UGCA/TERC-02	Objetivos de calidad y planificación para lograrlos	6.2	Establecer los objetivos de la calidad y la planificación para lograrlos los cuales son establecidos en funciones, procesos o niveles importantes para el proceso de emisión de convenios a fin de asegurar la eficacia de la política de calidad del SENASA.
PRO-UGCA/TERC-03	Determinación, revisión y cambios de requisitos legales u otros aplicables.	8.2.2	Describir las actividades de determinación, revisión y cambios en los requisitos legales y otros aplicables, así como EL seguimiento para su cumplimiento según lo establecido en el sistema de gestión de calidad del SENASA.
PRO-UGCA/TERC-04	Encuestas y satisfacción del cliente	9.1.2	Establecer la metodología para medir el grado de satisfacción de los usuarios del servicio de emisión de convenios a fin sirva de insumo para la toma de decisiones y mejora continua del servicio ofrecido y si se han cumplido sus necesidades y expectativas.
PRO-UGCA/TERC-05	No conformidad y acciones correctivas	10.2	Establecer el procedimiento a fin de reaccionar ante una no conformidad para tomar acciones evaluar implementar revisar su eficacia de tal manera que sean apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.
PRO-UGCA/TERC-06	Riesgos y oportunidades	6.1.2	Establecer la forma para determinar y manejar los riesgos y oportunidades que se presenten y mantener los objetivos establecidos para el sistema de gestión de calidad.

«continuación»

PRO-UGCA/TERC-07	Competencia técnica del personal de la UGCA	7.2	Asegurar la competencia del personal de la UGCA a fin sean competentes para realizar sus actividades y tomar acciones para adquirir mayor competencia en sus actividades cuando se requiera a través de capacitaciones internas adicionales
PRO-UGCA/TERC-08	Plan de comunicación y toma de conciencia	7.3	Establecer las comunicaciones tanto internas como externas que son pertinentes para el sistema de gestión de calidad, así como también sean conscientes de la política de la calidad, de los objetivos de la calidad y de su contribución a la eficacia del sistema de gestión de calidad
PRO-UGCA/TERC-09	Control documentario	7.5	Establecer a través de una metodología y estructura el control de documentos del SENASA que se encuentran dentro del sistema de gestión de calidad a fin de garantizar su Identificación, Emisión, Aprobación, Distribución, Revisión Actualización, y Archivo.
PRO-UGCA/TERC-10	Control de registros	7.5.2	Realizar el control para la protección, almacenamiento, recuperación, retención y disposición de los registros de emisión de convenios del SENASA a fin de prevenir la adulteración de los mismos.
PRO-UGCA/TERC-11	Atención de quejas, sugerencias y reclamos	8.2	Establecer y agilizar las atenciones relacionadas a reclamos, quejas, sugerencias o consultas derivadas por el proceso de autorizaciones a terceros a fin de mantener una comunicación directa entre la UGCA y los responsables de los procesos vinculados al servicio los cuales son de interés de los usuarios, alienados a la normatividad legal vigente.
PRO-UGCA/TERC-12	Control de los servicios suministrados externamente	8.4	Asegurar que la UGCA adquiera bienes idóneos para el correcto desempeño del servicio ofrecido mediante la descripción detallada y comunicada a los proveedores externos, así como la evaluación, selección, seguimiento y reevaluación de dichos proveedores relacionados a los productos a adquirir.
PRO-UGCA/TERC-13	Propiedad del cliente	8.5.3	Asegurar la protección de la propiedad del usuario que no pertenece al SENASA pero está bajo control y que se incorpora en la provisión del servicio.
PRO-UGCA/TERC-14	Autorización a terceros	4.4	Establecer el proceso para la emisión de convenios de personas externas al SENASA mediante la secuencia de actividades a seguir, a fin de ampliar la cobertura, optimizar los recursos utilizados para la mejora y protección de la sanidad agraria del país.
ITR-UGCA/TERC-01	Ingreso de solicitudes de usuarios del proceso emisión de convenios vía WEB SENASA- STAT	4.4	Facilitar el acceso al usuario para agilizar los trámites relacionados a la emisión de convenios mediante el uso de medios tecnológicos (página web del SENASA) para la optimización y agilización del proceso
ITR-UGCA/TERC-02	Acceso a documento resolutorio vía BPM TUPA	4.4	Establecer la ruta mediante la secuencia de pasos en el BPM TUPA para acceder al documento resolutorio y gestionar el archivo para la entrega del convenio suscrito.
PRO-UGCA/TERC-15	Control de salidas no conformes	8.7	Prevenir la entrega involuntaria o el uso de salidas no conformes en la prestación del servicio terceros, a fin de determinar las acciones para lograr la conformidad.

«continuación»

PRO-UGCA/TERC-16	Seguimiento, medición, análisis, y evaluación del desempeño.	9.1.3	Asegurar que el SENASA realiza el seguimiento, medición, análisis y evaluación para determinar si se están logrando los resultados que se han previsto.
PRO-UGCA/TERC-17	Auditorías internas	9.2	Realizar auditorías internas a intervalos planificados para obtener información y conformidad con los requisitos de la norma ISO 9001 2015 a fin de mantener la eficacia del sistema de gestión de calidad implementado e identificación de oportunidades de mejora.
PRO-UGCA/TERC-18	Revisión por la dirección	9.3	Establecer la revisión por parte de la dirección en temas internos y externos importantes para el Sistema de Gestión de la Calidad, así como establecer acciones para riesgos y oportunidades presentados a fin de tomar las acciones y decisiones oportunas para mejorar el SGC, ello alineado a la dirección estratégica del SENASA.

Elaboración propia

Se establecen los registros necesarios para para el cumplimiento de las actividades establecidas en los procedimientos, para su control o trazabilidad que sirve como evidencia de las acciones realizadas.

Tabla 32

Registros establecidos para el Sistema de Gestión de Calidad

Código de registro	Título	Requisito de la norma ISO 9001 2015	Documento relacionado
REG-UGCA/TERC-01	Formato Partes interesadas	4.1, 4.2	PRO-UGCA/TERC-01
REG-UGCA/TERC-02	Registro objetivos de calidad.	6.2	PRO-UGCA/TERC-02
REG-UGCA/TERC-03	Lista de requisitos legales aplicables y otros requisitos	8.2.2	PRO-UGCA/TERC-03
REG-UGCA/TERC-04	revisión de requisitos aplicables u otros requisitos		
REG-UGCA/TERC-05	Encuesta de satisfacción del cliente	9.1.2	PRO-UGCA/TERC-04
REG-UGCA/TERC-06	Solicitud de no conformidad		
REG-UGCA/TERC-07	Seguimiento a la no conformidad	10.2	PRO-UGCA/TERC-05
REG-UGCA/TERC-08	Cumplimiento de no conformidades		

«continuación»

REG-UGCA/TERC-09	Estadística avance de No conformidades		
REG-UGCA/TERC-10	Identificación de riesgos y oportunidades.		
REG-UGCA/TERC-11	Seguimiento de los riesgos del proceso autorización a terceros	6.1.2	PRO-UGCA/TERC-06
REG-UGCA/TERC-12	Planificación de los cambios	6.3	Manual de Calidad
REG-UGCA/TERC-13	Encuesta de satisfacción de su trabajo	7.1.4	Manual de Calidad
REG-UGCA/TERC-14	Programación de capacitaciones internas del personal de la UGCA		
REG-UGCA/TERC-15	Registro de asistencia de capacitación interna-UGCA	7.2	PRO-UGCA/TERC-07
REG-UGCA/TERC-16	Evaluación de la eficacia de las capacitaciones recibidas		
REG-UGCA/TERC-17	Matriz de comunicación para el proceso de emisión de convenios	7.3	PRO-UGCA/TERC-08
REG-UGCA/TERC-18	Listado maestro de documentos		
REG-UGCA/TERC-19	Listado maestro de registros	7.5	PRO-UGCA/TERC-09
REG-UGCA/TERC-20	Listado maestro de documentos externos		
REG-UGCA/TERC-21	Formato de atención de solicitudes de autorización a terceros		
REG-UGCA/TERC-22	Formato de Autorizados terceros	7.5.2, 7.5.3	PRO-UGCA/TERC-10
REG-UGCA/TERC-23	Formato web de terceros autorizados		
REG-UGCA/TERC-24	Control para la operación del servicio	8.1	Manual de Calidad
REG-UGCA/TERC-25	Atención de quejas y reclamos	8.2	PRO-UGCA/TERC-11
REG-UGCA/TERC-26	registros de quejas vinculados al servicio autorización a terceros		
REG-UGCA/TERC-27	Control de cambios	8.2.4	Manual de Calidad
REG-UGCA/TERC-28	Evaluación de proveedores de servicios	8.4	PRO-UGCA/TERC-12
REG-UGCA/TERC-29	Lista de proveedores aprobados.		
REG-UGCA/TERC-30	Requisitos solicitados por los clientes	8.5	Manual de Calidad
REG-UGCA/TERC-31	Formato propiedad del usuario	8.5.3	PRO-UGCA/TERC-13
REG-UGCA/TERC-32	Liberación del servicio	8.6	Manual de Calidad
REG-UGCA/TERC-33	Control para la operación del servicio.		PRO-UGCA/TERC-14
REG-UGCA/TERC-34	Formato de emisión de convenios para realizar actividad oficial con el SENASA	4.4	ITR -UGCA/TERC-01
REG-UGCA/TERC-35	Oportunidad de mejora continua		PRO-UGCA/TERC-15

«continuación»

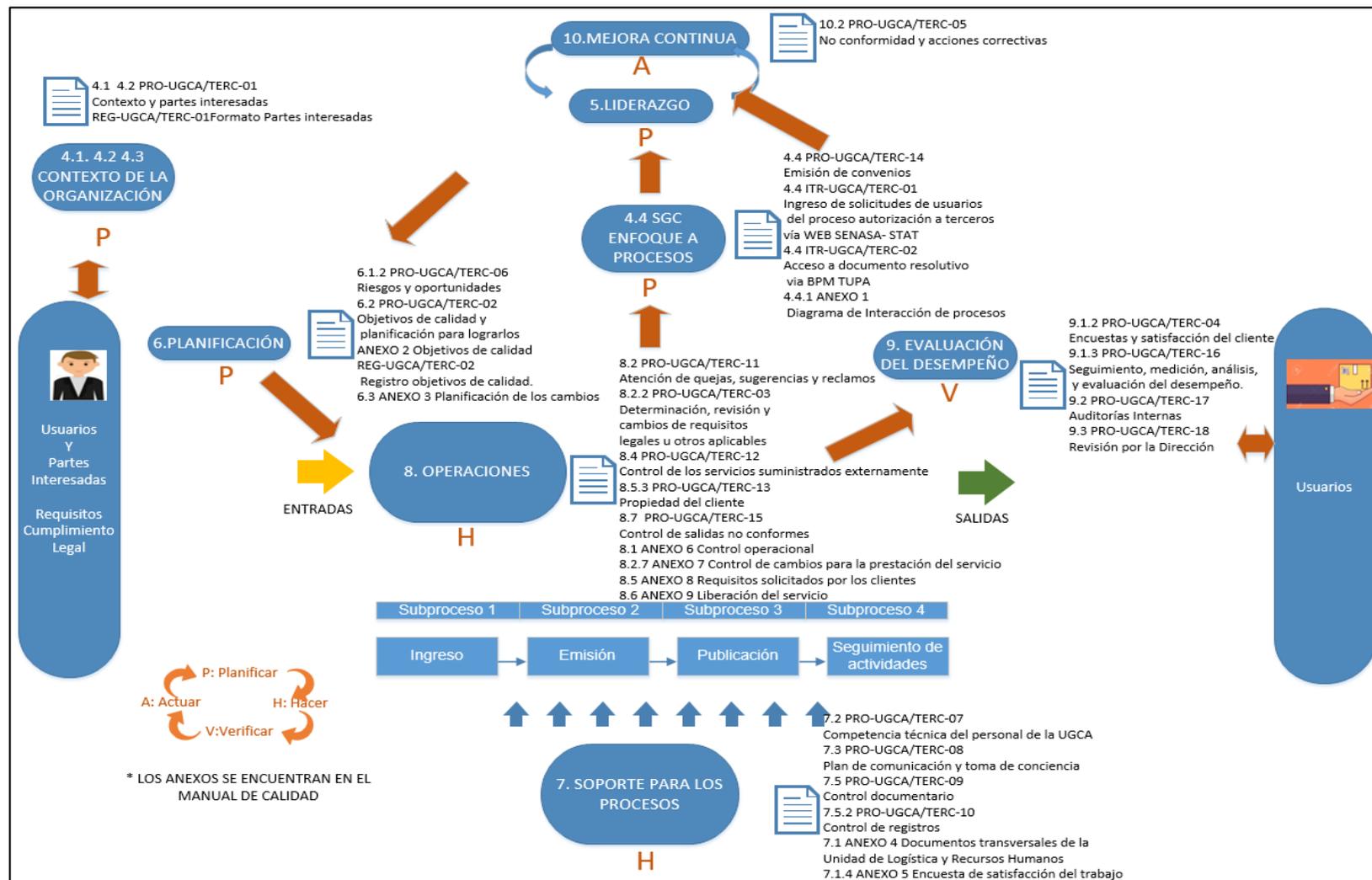
REG-UGCA/TERC-36	Determinación de indicadores, metodología y metas.	9.1.3	PRO-UGCA/TERC-16
REG-UGCA/TERC-37	Análisis de datos	9.1.4	PRO-UGCA/TERC-16
REG-UGCA/TERC-38	Programa anual de auditorías		
REG-UGCA/TERC-39	Plan de auditoría		
REG-UGCA/TERC-40	Lista de verificación		
REG-UGCA/TERC-41	Evaluación de la auditoría y auditores.	9.2	PRO-UGCA/TERC-17
REG-UGCA/TERC-42	Registro de apertura y cierre de auditoría interna		
REG-UGCA/TERC-43	Informe final de auditoría.		
REG-UGCA/TERC-44	Formato de acciones correctivas		
REG-UGCA/TERC-45	Resultados de revisión por la dirección	9.3	PRO-UGCA/TERC-18

Elaboración propia

En la Figura 35 se observa dentro del ciclo PHVA como los procedimientos coadyuvarán a la implementación del sistema de gestión de Calidad basada en la ISO 9001 2015

Figura 35

Representación Gráfica del manual de procedimientos implementado para la emisión de convenios



4.10. PRESUPUESTO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA PROPUESTA DE MEJORA ISO 9001 2015

Al implementar un sistema de gestión de calidad, éste genera costos que deben ser cubiertos por la organización, sean recursos de presentación del proyecto, sensibilización, implementación y certificación, se presenta un costo aproximado para el alcance: “Sistema de gestión para el proceso de emisión de convenios a terceros para actividades oficiales en una entidad pública”.

La certificación se pretende realizar con un requerimiento no programado mediante el cual se formulan las necesidades que no han sido consideradas en la programación presupuestal, ya que el proyecto depende del trabajo interno realizado previamente con las unidades involucradas para cumplimiento previo de presentación del proyecto, requisitos e implementación basado en la norma ISO 9001 2015 cubriéndolo con el presupuesto analítico de personal en donde se consideran las plazas y presupuesto del personal permanente o eventual necesarios para realizar las actividades previstas, los cuales se encuentran dentro del presupuesto institucional que permite el cumplimiento de los objetivos institucionales para el año fiscal en que se encuentre.

Al contar con personal con conocimientos en la ISO 9001 2015 dentro del presupuesto de personal, éstos serán considerados como personal de formación, facilitadores metodológicos, auditores internos, y participantes para el comité de implementación, por lo cual no se están considerando parte de los costos adicionales para la propuesta de mejora.

Para la etapa de certificación se realizó la consulta a AENOR a fin de conocer la oferta para certificación inicial conforme a la ISO 9001 2015, dicho presupuesto ha sido elaborado según los datos remitidos por el SENASA para la oferta según el alcance solicitado, lo cual incluye 1 certificado AENOR acreditado por ENAC, disposición de un equipo auditor que incluye una auditoría “in situ” con la elaboración de un informe. Durante el periodo de vigencia del certificado otorgado, AENOR otorga una licencia de uso de marca según el reglamento general de certificación de sistema de gestión.

V. CONCLUSIONES

- A través de las mejoras en base a la norma ISO 9001 2015 se estandariza las actividades para el proceso y subprocesos de autorización a terceros, lo que permitirá seguir lineamientos internos para cumplimiento de objetivos, metas, controles, responsabilidades y mejora del proceso utilizando el ciclo planificar, hacer, verificar y actuar implementado para la mejora del servicio y propiciando en consecuencia una mayor satisfacción del usuario.
- El establecimiento de objetivos de calidad para el proceso de autorización terceros al ser concretos, medibles y relacionados con la política de calidad y teniendo como objetivos; la mejora en la percepción del usuario, promover una cultura interna de calidad, la mejora continua de la organización y al ser estos revisados periódicamente por la alta dirección permitirá tomar mejores decisiones para mejorar el proceso interno continuamente.
- Una visión de enfoque a procesos permite identificar las actividades realizadas para el servicio, estandarizarlas, y realizarlas según lo establecido para lograr mayor eficiencia en su ejecución, y en un mediano plazo establecer cambios o mejoras en el servicio ofrecido, En tanto Las fichas de caracterización permite identificar entradas, salidas, recursos, controles, así como responsables de las actividades establecidas en cada una de ellas y sus interrelaciones existentes.
- La reingeniería del proceso a través del rediseño del proceso de emisión de convenios permite identificar y eliminar actividades que no generan valor, realizar cambios sustanciales correlacionados con la normativa legal de la organización a fin de no generar contraposición con ellas, ni con los cargos verticales a un mayor nivel, ni con las tecnologías a aplicar.

- El uso del manual de calidad permite garantizar el cumplimiento de la norma ISO 9001 2015 y sus requisitos, lo cual sirve como guía o ruta para su implantación en el proceso, además de visualizar de una manera general como está implementada la norma, los límites del proceso y la documentación establecida como necesaria generada para el sistema de gestión de calidad.
- La implementación del manual de procedimientos con el manejo de documentación detallada como apoyo para la organización, permite visualizar la secuencia de las actividades de una manera más específica así también los objetivos, alcances, definiciones, referencias normativas, responsabilidades, descripción de actividades y registros para uso del personal y mejor entendimiento de las funciones a desempeñar durante el proceso de emisión de convenios y para cumplimiento de la norma ISO 9001 2015.

VI. RECOMENDACIONES

- Realizar reuniones en el mediano plazo con la alta dirección, los órganos de línea, Direcciones ejecutivas y personal involucrado en el proceso emisión de convenios a fin de analizar si los cambios del rediseño del proceso, interoperabilidad con otras instituciones, eliminación de actividades, implantación de un sistema nuevo, y vinculaciones de sistemas internos como el BPM TUPA, SIGSA proporciona las mejoras y beneficios proyectados en su implementación.
- Comprometer a Alta dirección para el desarrollo e implementación de la norma ISO 9001 2015 que garantice su liderazgo, responsabilidad y posterior rendición de cuentas de los resultados obtenidos con el fin de transparentar su gestión dentro del desempeño del sistema de gestión de calidad.
- Sensibilizar al personal sobre los beneficios de implementar un sistema de gestión de calidad en la organización para afianzar su compromiso al proyecto vinculándolo a sus necesidades y motivaciones.
- Realizar un estudio si el rediseño del proceso utilizado puede ser replicado en los procesos de otras Unidades, Oficinas o Subdirecciones del SENASA.
- Se debe considerar y analizar que otros servicios pueden incluirse en el proceso de emisión de convenios según la necesidad que tenga el SENASA de cubrir zonas desatendidas a través de informes de vigilancia zoonosanitaria para ejecución de actividades oficiales de terceros.

- Ejecutar el tratamiento de no conformidades establecidas por hallazgo de personal, auditorías internas en la implementación de la ISO 9001 2015 para toma de decisiones en el menor tiempo posible y para mejora del proceso.
- Capacitar al personal del SENASA para propender la comprensión de una cultura de calidad dentro de la organización a fin de generar mayor satisfacción en los servicios brindados a los usuarios finales.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Abril, C.; Enriquez, A.; Sánchez, J. (2008). Integración de Sistemas de Gestión. Madrid, España: Fundación Confemetal. 293 pp.
- Aguilar, H.A. (2016). Contabilidad de sociedades, teoría y práctica. México. p. 45
- Alarcón, J.A. (1998). Concepto de la reingeniería de procesos empresariales, teoría y práctica de la reingeniería de la empresa a través de su estrategia, sus procesos y sus valores corporativos. Editores Madrid, Fundación Confemetal.
https://books.google.com.pe/books?id=TeveToI-e5MC&printsec=frontcover&dq=la+reingenieria&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiZqPWBpf_nAhWZGbkGHbO9CmUQ6AEIMTAB#v=onepage&q=la%20reingenieria&f=false
- Anda, C. (1995). Administración y calidad. México: LIMUSA Noriega editores.
- Bustelo, C. (2007). Gestión de documentos: enfoque en las organizaciones. *En*: Anuario Think EPI 1, 141-145.
- Chan, K.K.; Spedding, T.A. (2003). Una metodología integrada de mejora de procesos multidimensionales para sistemas de fabricación. *Informática e Ingeniería Industria*. pp. 44, 673-693.
- Crosby, P.B. (1988). La organización permanece exitosa. México: Editorial McGraw-Hill.
- Cuatrecasas, L. (2012). Gestión de la Calidad Total. Madrid, España: Ed. Díaz de Santos. ISBN: 9788499693538
- D.L. 1059. Reglamento ley General de Sanidad Agraria para la aplicación y cumplimiento.
<https://www.senasa.gob.pe/senasa/descargasarchivos/jer/GESTION/DL%201059.pdf>
- D.S. N° 002-2007-AG Reglamento para la prevención y control de Carunco Sintomático y Edema Maligno.
- D.S. N° 029-2007-AG Reglamento para el Control y Erradicación de la Tuberculosis Bovina
- D.S. N° 031-2000-AG Reglamento del Sistema Sanitario Avícola.
- D.S. N° 033-2000-AG Reglamento para el control y Erradicación de la Brucelosis Bovina

- D.S. N°004-2013. Política de modernización de la gestión pública: Tipos de procesos dentro de las organizaciones. p. 6.
- D.S N° 164-2020-PCM aprueba el Procedimiento Administrativo Estandarizado de Acceso a la información Pública creada u obtenida por la entidad, que se encuentre en su posesión o bajo su control. Artículo 4.
<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-procedimiento-administrativo-decreto-supremo-n-164-2020-pcm-1890266-8/>
- Davenport, T.; Short, J. (1990). La nueva ingeniería industrial: tecnología de la información y rediseño de procesos de negocio. Sloan Management Review. p. 6.
- David, F.R. (2003). Conceptos de Administración Estratégica. Pearson educación, México. pp. 110, 149, 200:203.
- Decreto Legislativo N°1059 Ley General de Sanidad Agraria.
- Deming, W.E. (1989). Calidad, productividad y competitividad a la salida de la crisis. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Eduardo Halliburton (2006) Manual para el análisis, evaluación y reingeniería de procesos en la administración pública
- Equipo de tutores, Gestión de la calidad ISO 9001/2015 en comercio. Editorial Elearning, año edición 2017 isbn978-84-16557-93-6. p 23.
<https://books.google.com.pe/books?id=izZWDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=libro+principios+gesti%C3%B3n+de+calidad&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwiTmaz8gv3qAhWHIbkGHRZNAkkQ6AEwAnoECAEQAg#v=onepage&q&f=false>
- Feigenbaum, A.V. (1994). Control Total de la Calidad (3° ed.). México: Compañía Editorial Continental, S. A de C.V.
- Fontalvo, T. y Vergara, J. (2010). La gestión de la Calidad en los Servicios ISO 9001:2008. Edición electrónica gratuita. <http://www.eumed.net/libros-gratis/2010e/823/Formato%20de%20documentos%20de%20un%20sistema%20de%20gestion%20de%20la%20calidad.htm>
- Galloway, D. (2002). Mejora continua de procesos. (2° ed.). Ediciones Gestión 2000. 146 p.
- García, P. y Gross, R. (1996). Definición de convenio: Gran Diccionario de la Lengua Española © 2016 Larousse Editorial, S.L. p. 17. ISBN 10: 9706070095
- Halliburton, E. (2006). Manual para el análisis, evaluación y reingeniería de procesos en la administración pública. pp. 13-14.
- Hammer, M. & Champy, J. (1994). Reingeniería. Bogotá, Colombia: Editorial Norma. p. 34.

- Hammer, M. & Staton, S. (1997). La revolución de la ingeniería un manual de trabajo, Ediciones Díaz de Santos, S.A. <https://books.google.com.pe/books?id=3avmscaHSSkC&lpg=PA55&dq=la+reingenieria+del+futuro&hl=es&pg=PP1#v=onepage&q=la%20reingenieria%20del%20futuro&f=false>
- Hansen, D.R. y Mowen, M. (2007). Administración de costos. Contabilidad y control. (5^{ta}. ed.). México: Cengage Learning. p. 624.
- Harrington, J. (1991). Mejoramiento de los procesos de la empresa. p. 9. <https://books.google.com.pe/books?id=YJwwBMfr23wC&printsec=frontcover&dq=un+modelo+de+administraci%C3%B3n+por+procesos&hl=es&sa=X&ved=0ahUKewiB5ujj49ToAhUSUK0KHR4Bn0Q6AEIJjAA#v=onepage&q=un%20modelo%20de%20administraci%C3%B3n%20por%20procesos&f=false>
- INDECOPI. (2001). NTP-ISO 9000:2001 Sistemas de Gestión de la Calidad. Principios y Vocabulario.
- ISO 9000-2015: Sistemas de gestión de la calidad -Fundamentos y vocabulario (4^{ta}. ed.). Ginebra, Suiza. 60 pp.
- ISO 9001-2015: Sistemas de gestión de la calidad -Requisitos (5^{ta}. ed.). Ginebra, Suiza. p. 8.
- Juran, J.M. (1990). Juran y la planificación de la calidad. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Kelly, M. (1994). Manual de Solución de Problemas. México D.F.: Editorial Panamá S.A. 180 pp.
- López, L. (2016). Novedades ISO 9001:2015: beneficios de la implementación ISO 9001, Fundación Confemetal, ISBN: 978-84-16671-00-7, impreso en España. pp. 31-33. https://books.google.com.pe/books?id=9-MmDQAAQBAJ&pg=PT18&hl=es&source=gbs_toc_r&cad=3#v=onepage&q&f=false
- López, L. (2016), Como documentar un sistema de Gestión de Calidad: Pirámide de la documentación. Fundación Confemetal, ISBN: 978-84-16671-00-7, impreso en España. p. 28 punto 1.3.2, https://books.google.com.pe/books?id=eMKUDQAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=paloma+lopez+como+documentar+un+sistema+de+g&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjuxfatr_3qAhUtGLkGHsFNABoQ6AEwAHoECAUQA#v=onepage&q=paloma%20lopez%20como%20documentar%20un%20sistema%20de%20g&f=false

- López, P. (2016). Herramientas para la mejora de la Calidad, Métodos para le mejora continua y la solución de problemas. FC Editorial. Fundación Confemetal. Madrid, España. 247 p.
https://books.google.com.pe/books?id=92K0DQAAQBAJ&printsec=frontcover&q=herramientas+para+la+mejora+de+la+calidad&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiekYS8ls_oAhW6HLkGHUvyDngQ6AEIJjAA#v=onepage&q=herramientas%20para%20la%20mejora%20de%20la%20calidad&f=false
- Martín, R.J. (2011). Reformas a los mecanismos de colaboración administrativa a propósito de los 10 años de vigencia de la ley 27444. Revista de la facultad de derecho N° 67. pp. 309-327.
- Martínez, S. y Martín, P. (2014). La excelencia operativa en la administración pública. Creando valor público. Guía de implantación de la gestión basada en procesos en la administración pública. INAP.
- Metodología para la implementación de la Gestión por Procesos en las entidades de la administración pública en el marco del D.S. N° 004-2013-pcm – política nacional de modernización de la gestión pública
- Millán, T.A. (2005). Teoría de sistemas y sociedad. <http://www.lapaginadelprofe.cl/sociologia/sistemas/sist.html>
- MINSA. (2013). Módulo de promoción de la salud bucal. https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=15
- MINSA. (2019). Programa presupuestal enfermedades metaxenicas y zoonosis 2019. (Anexo 2: Contenidos mínimos del Programa Presupuestal). https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2019/pp/anexo/ANEXO2_4.pdf
- Organización Internacional para la Estandarización. (2008). ISO/TC 176/SC 2/N544R3 Guidance on the concept and use of the process approach for management systems. https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/archive/pdf/en/04_concept_and_use_of_the_process_approach_for_management_systems.pdf
- Pola, A. y Palom, S. (1997). ISO 9000 y las Auditorías de Calidad. Madrid, España: Editorial Gestión y Planificación integral S.A. p. 26.
- Presidencia del Consejo de Ministros (PCM). (2012). Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021. [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/2B58575817FAAC8705257B6E00749ED8/\\$FILE/POLITICANACIONALDEMODERNIZCIONDELAGESTIONPUBLICAAL2021.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/2B58575817FAAC8705257B6E00749ED8/$FILE/POLITICANACIONALDEMODERNIZCIONDELAGESTIONPUBLICAAL2021.pdf)

- Presidencia del Consejo de Ministros (PCM). (2015). Manual para mejorar la atención a la ciudadanía en las Entidades de la Administración Pública. <http://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2016/10/manual-atencion-ciudadana.pdf>
- PRO-UGCA-04 Identificación, caracterización y análisis de procesos CAP (Cuadro de asignación de puestos) del SENASA.
- PRO-UGCA-04. (2013). Identificación, caracterización y análisis de procesos. (Procedimiento aprobado SENASA). p. 3.
- PRO-UGCA-06 Estructura y control de documentos del SENASA
- Quiroga, G. (1988). Organización y métodos en la administración pública. (2^{da}. ed.). México: Edit. Trillas. ISBN: 968-24-2827
- Real Academia Española (2001). Definición de Convenio. <https://www.rae.es/drae2001/convenio>
- Rodríguez, J. (2011). Gestión Pública y enfoque de calidad de los servicios de administración de justicia. Diplomado en Gestión Pública Universidad de San Martín de Porres.
- Rodríguez, T. (2005). Guía de Calidad y mejora en las administraciones públicas p. 59.
- Rusenias, R.O. (1999). Manual de Control Interno. Argentina: Editorial Machi.
- Sáez, F.; García, O.; Palao, J.; Rojo, P. (2003). Innovación tecnológica en las empresas. Temas Básicos. Universidad politécnica de Madrid. Capítulo 5.
- SENASA. (2005). ROF: Reglamento De Organización y funciones. p. 13.
- SENASA. (2016). PRO-UEC-03 Formulación suscripción, evaluación de los convenios de cooperación.
- SENASA. (2020). Plan Estratégico Institucional (PEI) 2021-2024. Informe mapeo de procesos. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1278481/RJ-0064-2020-ANEXO-PEI-2021-2024.pdf>
- SENASA. (2021). Informe rendición de cuentas de titulares por término de gestión. <https://www.gob.pe/institucion/senasa/informes-publicaciones/2886652-informe-de-rendicion-de-cuentas-del-periodo-anual-2021>
- SENASA. (s.f.). Misión y visión del SENASA. Portal web de la institución. <https://www.senasa.gob.pe/senasa/mision/>
- SENASA. (s.f.). Valores y principios del SENASA. Portal web de la institución. https://www.senasa.gob.pe/senasa/descargasarchivos/jer/COM_ANTICORRUP/ValoresyPrincipios.pdf

- Senlle, A. y Stoll, G. (1994). *Calidad Total y Normalización*. Barcelona, España: Ediciones Gestión 2000 S.A. p.59
- Texto Único de procedimiento administrativo TUO ley 27444, art. 87 colaboración entre entidades. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/320709/DS_004-2019-JUS.pdf
- Tinnila, M. (1995). Perspectiva estratégica para rediseñar procesos de negocio. *Revista de reingeniería y gestión de procesos de negocio*. pp. 44-59.
- Tovar, A. (2007). CPIMC “Un modelo de administración por procesos, de las estrategias del negocio a la operación de los procesos”. *Panorama editorial*. pp. 28-29.
- Ugalde, V. (1979). *Programación de operaciones*. Editorial universidad estatal a distancia, San José, Costa Rica. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=0FwCP3WMUM4C&pg=PA4&lpg=PA4&dq=V%C3%8DQUEZ+UGALDE+Programaci%C3%B3n+de+Operaciones+edici%C3%B3n+EUNED&source=bl&ots=ixqrqj1ufQ&sig=ACfU3U0sXHHYAWv2vpaShIhwIsvyI7K5wQ&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjx4fD9jtToAhUpc98KHVxkAiQQ6AEwC3oECAsQKg#v=onepage&q=V%C3%8DQUEZ%20UGALDE%20Programaci%C3%B3n%20de%20Operaciones%20edici%C3%B3n%20EUNED&f=false>
- Verdoy, M. (2006). *Manual de Control Estadístico de Procesos: Teoría y aplicaciones*. Madrid, España: Edit. Univesitat Jaume. 341 pp.
- Vilar, J. (1997). *Cómo implantar y gestionar la calidad total*. Madrid, España: Editorial Fundación Confemetal. pp. 103-110
- Vilar, J. (1997). *Las siete nuevas herramientas para la mejora de la calidad*. Segunda edición. Fundación Condemetal. pp. 43-53.
https://books.google.com.pe/books?id=qnLTl0HUb4cC&pg=PA56&dq=diagrama+de+relaciones+paso+a+paso&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj_Yz02tHoAhWqT98KH5SDkIQ6AEIJjAA#v=onepage&q=diagrama%20de%20relaciones%20paso%20a%20paso&f=false
- Zairi, M. (1997). *Gestión de procesos de negocio: un enfoque sin límites para la competitividad moderna*. *Revista de Gestión de Procesos de Negocio*. p. 203.

VIII. ANEXOS

Anexo 1: Tipos de convenios en SENASA

Convenios Marco.- Establece entre las partes, objetivos generales y las actividades propuestas permiten la participación de la institución para desarrollar acciones de cooperación en diversas áreas de interés común a través de convenios específicos.

Convenio Específico. - Establece entre las partes, objetivos, compromisos específicos, plan de actividades, fuentes de financiamiento, entre otros. No es requisito la suscripción de un Convenio Marco para la suscripción de un Convenio Específico.

Convenio de Cooperación. - Establece entre las partes, dos o más instituciones, su interés en desarrollar de mutuo acuerdo, diversas actividades de interés común, compromisos y obligaciones específicas, sin que exista un convenio marco suscrito. Se tiene como principio básico la solidaridad, la complementariedad, entre otros, y sus actividades no tienen fines de lucro. Puede ser de alcance nacional o internacional.

Convenio para la Gestión de Activos fijos y/o Materiales. - Documento (Acta u otro) suscrito entre las partes con la finalidad de fortalecer actividades específicas del SENASA, no se ejecuta mediante un plan de actividades previamente definidos, aplica en casos de custodia y conservación de activos fijos y/o materiales de propiedad del SENASA, en ambientes de terceros u otros que representa un beneficio directo. No es requisito la suscripción de un Convenio Marco para la suscripción de un Convenio para la Gestión de Activos Fijos y/o Materiales. Establecido en el procedimiento PRO-UEC-03 Formulación suscripción, evaluación de los convenios de cooperación (SENASA, 2016).

Anexo 2: Elaboración de la Matriz FODA

Según David (2003), la matriz de las amenazas, oportunidades, debilidades y fortalezas (FODA) es una herramienta de ajuste importante que ayuda a los gerentes a crear cuatro tipos de estrategias: estrategias de fortalezas y oportunidades (FO), estrategias de debilidades y oportunidades (DO), estrategias de fortalezas y amenazas (FA) y estrategias de debilidades y amenazas (DA).

Observe que una matriz FODA está compuesta de nueve cuadrantes; según se muestra, existen cuatro cuadrantes con factores clave, cuatro cuadrantes de estrategias y un cuadrante que permanece siempre en blanco (el cuadrante superior izquierdo). Estos cuatro cuadrantes de estrategias, denominados FO, DO, FA y DA, se desarrollan después de que éstos se completan con factores clave, llamados F,D,O,A. la construcción de una matriz FODA consiste en ocho pasos:

1. Elabore una lista de las oportunidades externas clave de la empresa.
2. Elabore una lista de las amenazas externas clave de la empresa.
3. Elabore una lista de las fortalezas internas clave de la empresa.
4. Elabore una lista de las debilidades internas clave de la empresa.
5. Establezca la relación entre las fortalezas internas con las oportunidades externas y registre las estrategias FO resultantes en el cuadrante correspondiente.
6. Establezca la relación entre las debilidades internas con las oportunidades externas y anote las estrategias DO resultantes.
7. Establezca la relación entre las fortalezas internas con las amenazas externas y registre las estrategias FA resultantes.

Matriz FODA

<p>Dejar siempre en blanco</p>	<p>FORTALEZAS: F</p> <p>1. 2. 3. 4. 5. 6. Lista de fortalezas. 7. 8. 9. 10.</p>	<p>DEBILIDADES : D</p> <p>1. 2. 3. 4. 5. 6. Lista de debilidades. 7. 8. 9. 10.</p>
<p>OPORTUNIDADES: O</p> <p>1. 2. 3. 4. 5. 6. Lista de oportunidades. 7. 8. 9. 10.</p>	<p>ESTRATEGIAS FO</p> <p>1. 2. 3. 4. 5. 6. Utilizar las fortalezas para aprovechar las oportunidades. 7. 8. 9. 10.</p>	<p>ESTRATEGIAS DO</p> <p>1. 2. 3. 4. 5. 6. Superar las debilidades al aprovechar las oportunidades 7. 8. 9. 10.</p>
<p>AMENAZAS: A</p> <p>1. 2. 3. 4. 5. 6. Lista de amenazas. 7. 8. 9. 10.</p>	<p>ESTRATEGIAS FA</p> <p>1. 2. 3. 4. 5. 6. Utilizar fortalezas para evitar las amenazas 7. 8. 9. 10.</p>	<p>ESTRATEGIAS DA</p> <p>1. 2. 3. 4. 5. 6. Reducir al mínimo las debilidades y evitar las amenazas 7. 8. 9. 10.</p>

Anexo 3: Elaboración de la matriz EFE

La matriz EFE se desarrolla en cinco pasos:

1. Elabore una lista de los factores externos que se identificaron en el proceso de auditoría externa. Incluya un total de diez a 10 a 20 factores, tanto oportunidades como amenazas, que afecten a la empresa y a su sector. Haga primero una lista de las oportunidades y después de las amenazas. Sea lo más específico posible, usando porcentajes, índices y cifras comparativas.
2. Asigne a cada factor un valor que varíe de 0.0 (sin importancia) a 1.0 (muy importante). El valor indica la importancia relativa de dicho factor para tener éxito en el sector de la empresa. Las oportunidades reciben valores más altos que las amenazas, pero éstas pueden recibir también valores altos si son demasiado adversas o severas. Los valores adecuados se determinan comparando a los competidores exitoso con los no exitosos, o bien analizando el factor y logrando un consenso de grupo. La suma de todos los valores asignados a los factores debe ser igual a 1.0.
3. Asigne una clasificación de uno a cuatro a cada factor externo clave para indicar con cuánta eficacia responden las estrategias actuales de la empresa a dicho factor, donde de cuatro corresponde a la respuesta es excelente, tres a la respuesta está por arriba del promedio, dos a la respuesta es de nivel promedio y uno a la respuesta es deficiente. Las clasificaciones se basan en la eficacia de las estrategias de la empresa, mientras que los valores del paso dos se basan en el sector. Es importante observar que tanto las amenazas como las oportunidades pueden clasificarse como uno, dos tres o cuatro.
4. Multiplique el valor de cada factor por su clasificación para determinar un valor ponderado.
5. Sume los valores ponderados de cada variable para determinar el valor ponderado total de la empresa.

Sin importar el número de oportunidad y amenazas clave incluidas en una matriz EFE, el valor ponderado más alto posible para su empresa es de 4.0 y el más bajo posible es de 1.0. El valor ponderado total promedio es de 2.5. Un puntaje de valor ponderado total de 4.0 indica que una empresa responde de manera sorprendente a las oportunidades y amanezcas presentes en su sector; en otras palabras, las estrategias de la empresa aprovechan en forma eficaz las oportunidades existentes y reducen al mínimo los efectos adversos potenciales de las amenazas externas. Un puntaje total de 1.0 significa que las estrategias de la empresa no aprovechan las oportunidades ni evitan las amenazas externas.

Anexo 4: Elaboración de la matriz EFI

Una matriz EFI se elabora en cinco pasos:

1. Enumere los factores internos clave identificados en el proceso de auditoría interna. Utiliza un total de diez a 20 factores internos, incluyendo tanto fortalezas como debilidades. Elabore primero una lista de las fortalezas y después de las debilidades. Sea lo más específico posible, usando porcentajes, índices y cifras comparativas.
2. Asigne un valor que vaya de 0.0 (sin importancia) a 1.0 (muy importante) a cada factor. El valor asignado a determinado factor indica la importancia relativa del factor para que sea exitoso en la industria de la empresa. Sin importar si un factor clave es una fortaleza o una debilidad interna, los factores considerados como aquellos que producen los mayores efectos en el rendimiento de la empresa deben recibir los valores más altos. La sumatoria de todos los valores debe ser igual a 1.0.
3. Asigne una clasificación de uno a cuatro a cada factor para indicar si dicho factor representa una debilidad mayor (clasificación de uno), una debilidad menor (clasificación de dos), una fortaleza menor (clasificación de tres) o una fortaleza mayor (clasificación de cuatro). Observe que las fortalezas deben recibir una clasificación de cuatro o tres y las debilidades deben recibir una clasificación de uno o dos. De este modo, las clasificaciones se basan en la empresa, mientras que los valores del paso dos se basan en la industria.
4. Multiplique el valor de cada factor por su clasificación para determinar un valor ponderado para cada variable.
5. Sume los valores ponderados de cada variable para determinar el valor ponderado total de la empresa.

Sin importar cuántos factores estén incluidos en una matriz EFI, el puntaje de valor total varía de 1.0 a 4.0, siendo el promedio de 2.5. Los puntajes de valor muy por debajo de 2.5 caracterizan a las empresas que son débiles internamente, mientras que los puntajes muy por arriba de 2.5 indican una posición interna sólida. Al igual que la matriz EFE, una matriz EFI debe incluir de diez a 20 factores clave. El número de factores no produce ningún efecto en el total de los puntajes de valor porque los valores suman siempre 1.0.

Cuando un factor interno clave es tanto una fortaleza como una debilidad, dicho factor debe ser incluido dos veces en la matriz EFI y asignar un valor y una clasificación a las dos modalidades.

Anexo 5: Análisis de la matriz EFI

N°	FORTALEZAS	PESO	CALIFICACIÓN	TOTAL PONDERADO
1	Reconocido como autoridad en Sanidad Agraria	0.09	3	0.27
2	Recurso humano altamente capacitado y especializado	0.14	4	0.56
3	Soporte informático propio integrado a la institución.	0.08	4	0.32
4	Bases y marcos legales para establecer medidas de control y erradicación de enfermedades	0.12	3	0.36
5	Sistema de gestión iso 9001 2018 implementada.	0.09	3	0.27
6	Infraestructura adecuada para las actividades realizadas.	0.08	4	0.32
	DEBILIDADES			
1	Falta de personal, Fuga de capital humano: que no permite cumplir los objetivos establecidos por la institución, remuneraciones bajas	0.1	2	0.2
2	Procedimientos operativos desactualizados	0.09	1	0.09
3	Normas legales desactualizadas	0.10	1	0.1
4	Poco soporte y difusión de la imagen institucional	0.04	2	0.08
5	Problemas y casuísticas de soporte informático	0.07	1	0.07
		1.00		2.64

Anexo 6: Análisis de la matriz EFE

N°	OPORTUNIDADES	PESO	CALIFICACIÓN	TOTAL PONDERADO
1	Propender mayor cobertura y participación a nivel internacional, nacional. (Convenio internacionales).	0.10	3	0.3
2	Propender a la participación privada para el desarrollo de actividades propias de la institución.	0.11	2	0.22
3	Propender mayor incremento de financiamiento y recursos para proyectos relacionados a la Sanidad Agraria.	0.12	3	0.36
4	Apertura de nuevos mercados	0.11	3	0.33
5	Compartir información con entidades internacionales del mismo rubro a fin de generar mayor sinergia, competencia y oportunidades de crecimiento institucional.	0.11	3	0.33
	AMENAZAS			0
2	Riesgo de presentarse plagas y enfermedades: de importación económica y afectación a la población.	0.10	3	0.3
3	Falta de presupuesto para las actividades de la institución, por políticas de austeridad	0.11	2	0.22
4	Cambios Políticos creando inestabilidad institucional: (Cambios de jefe nacional, directores de línea, n permite seguir un trabajo a largo plazo).	0.12	1	0.12
5	Falta de apoyo de otras instituciones para la actividades realizadas por el SENASA.	0.12	1	0.12
		1.00		2.30

Anexo 7: Estrategias FODA

ESTRATEGIAS FO	ESTRATEGIAS DO
F1,01,O4 Ampliación de nuevos mercados, sinergias con otros países.	D1,O1 Capacitar personal tercero a través de la educación sanitaria dirigidos a profesionales técnicos, para realizar actividades para el mejoramiento de la sanidad Agraria a fin de ampliar la cobertura para cumplimiento de objetivos estratégicos de la institución.
F2,F3,O4 Ampliar redes de Gestión del conocimiento entre entidades similares en otros países a base de implementación de tecnologías.	D3,O4, Establecer canales de comunicación con otros países para establecer directrices y normativa integradas actualizadas ante nuevos cambios de escenarios local.
F5,O3 Analizar la viabilidad para la certificación o acreditación en toda la institución para otras ISOS a través de la capacitación del personal de la institución de (acreditación como 9001:2015, ISO 17025 en laboratorios, etc.).	D4, O3 Establecer convenios cooperación con otras entidades privadas televisivas a fin de dar a conocer a la población las metas y objetivos realizados por la institución, ampliando el rango de difusión de las actividades de la institución.
F2,O2,F5,F6 Crear centros de capacitación a nivel nacional en temas de Sanidad Agraria Sanitaria y Fitosanitaria a fin de mejorar participación privada para actividades y temas de calidad de servicio realizadas por SENASA.	D2,D5, O5 Generar sinergias y colaboración con otros organismos similares a fin de mejorar y/o actualizar sus procesos .
ESTRATEGIAS FA	ESTRATEGIAS DA
F4, A3. Adecuación de normas relacionadas a su competencia, según coyuntura y cambios políticos	D1,A2 Establecer estrategias de reconocimiento de personal, incentivos, escalas remunerativas, flexibilidad laboral y alternativas de teletrabajo y establecer necesidades para nuevas incorporaciones de personal.
F2,F4,A2 Según cumplimiento de normativas legales realizar un análisis de riesgos de la situación actual del país en temas de Sanidad Agraria y establecer proyectos de mejora con plazo intermedio programado a fin de solicitar mayor incremento del presupuesto asignado.	D2,A4 Reuniones con entidades de apoyo(SUNAT, PNP,MINAGRI, etc.), exportadores, a fin de analizar y establecer procedimientos para implementar sistemas de control integrado según responsabilidades.
F4,,A1, A4 Revisar y adaptar las normativas en conjunto con otras instituciones según la exigencias del mercado actual ante hechos de importancia económica fitosanitarios y zoonosanitarios negativos y que requieran la actuación inmediata de distintas instituciones.	D5,A2, Analizar y planificar de servicios virtuales amigables de debajo costo para atender demandas futuras para una mejor cobertura en el servicio ofrecido a sus administrados.

Elaboración propia

ESTRATEGIAS FO	ESTRATEGIAS DO
F1,01,O4 Ampliación de nuevos mercados, sinergias con otros países.	D1,O1 Capacitar personal tercero a través de la educación sanitaria dirigidos a profesionales técnicos, para realizar actividades para el mejoramiento de la sanidad Agraria a fin de ampliar la cobertura para cumplimiento de objetivos estratégicos de la institución.
F2,F3,O4 Ampliar redes de Gestión del conocimiento entre entidades similares en otros países a base de implementación de tecnologías.	D3, O4, Establecer canales de comunicación con otros países para establecer directrices y normativa integradas actualizadas ante nuevos cambios de escenarios local.
F5,O3 Analizar la viabilidad para la certificación o acreditación en toda la institución para otras ISOS a través de la capacitación del personal de la institución de (acreditación como 9001:2015, ISO 17025 en laboratorios, etc.).	D4, O3 Establecer convenios cooperación con otras entidades privadas televisivas a fin de dar a conocer a la población las metas y objetivos realizados por la institución, ampliando el rango de difusión de las actividades de la institución.
F2,O2,F5,F6 Crear centros de capacitación a nivel nacional en temas de Sanidad Agraria Sanitaria y Fitosanitaria a fin de mejorar participación privada para actividades y temas de calidad de servicio realizadas por SENASA.	D2,D5, O5 Generar sinergias y colaboración con otros organismos similares a fin de mejorar y/o actualizar sus procesos .
ESTRATEGIAS FA	ESTRATEGIAS DA
F4, A3. Adecuación de normas relacionadas a su competencia, según coyuntura y cambios políticos	D1,A2 Establecer estrategias de reconocimiento de personal, incentivos, escalas remunerativas, flexibilidad laboral y alternativas de teletrabajo y establecer necesidades para nuevas incorporaciones de personal.
F2,F4,A2 Según cumplimiento de normativas legales realizar un análisis de riesgos de la situación actual del país en temas de Sanidad Agraria y establecer proyectos de mejora con plazo intermedio programado a fin de solicitar mayor incremento del presupuesto asignado.	D2,A4 Reuniones con entidades de apoyo(SUNAT, PNP,MINAGRI, etc.), exportadores, a fin de analizar y establecer procedimientos para implementar sistemas de control integrado según responsabilidades.
F4,,A1, A4 Revisar y adaptar las normativas en conjunto con otras instituciones según la exigencias del mercado actual ante hechos de importancia económica fitosanitarios y zoonosanitarios negativos y que requieran la actuación inmediata de distintas instituciones.	D5,A2, Analizar y planificar de servicios virtuales amigables de debajo costo para atender demandas futuras para una mejor cobertura en el servicio ofrecido a sus administrados.

Elaboración propia.

Anexo 8: Diagrama de Ishikawa

Para López (2016) es una técnica que permite la identificación y clasificación de ideas e información relativas a las causas de los problemas. De todas ellas, es la única que fue realmente creada por Kaoru Ishikawa.

En este diagrama, se van identificando las posibles causas que pueden haber generado un problema, empezando por cuatro o cinco categorías principales, aunque pueden ser más o menos, según el equipo de trabajo decida. Estas categorías suelen ser las siguientes:

- Materiales
- Personas
- Máquinas
- Procesos
- Entorno

A partir de ahí, se van identificando causas secundarias que se reflejan gráficamente en el diagrama como ramas de las categorías principales. Finalmente, el diagrama va adquiriendo forma de espina de pescado y de ahí uno de sus nombres más populares (Espina de Ishikawa).

Según Cuatrecasas (2012), este diagrama también conocido como diagrama de Ishikawa o diagrama de espina de pez, analiza de forma organizada y sistemática, las causas de las causas, que inciden en la generación de un problema detectado a partir de sus efectos. Esta herramienta es aconsejable que sea elaborada por un grupo de trabajo que facilite la aportación de ideas y datos de forma abundante y contrastada.

Anexo 9: Diagrama de relaciones

Según Vilar (1997), el diagrama de relaciones (DR) es una herramienta también utilizada, igual que el diagrama de afinidad, en la fase de planificación general del ciclo de mejora de la calidad. Esta herramienta ayuda a desarrollar un contacto lógico para datos en forma de ideas, opiniones, temas, aspectos a considerar, etc. Explorando e identificando las relaciones causales existentes entre estos elementos.

Construcción del DR:

1. Formar el equipo correcto.
2. Realizar una descripción clara del tema clave bajo discusión.
3. Recogida de ideas.
4. Organizar los temas clave.
5. Establecimiento de las relaciones causales.
6. Análisis del DR.

Para el análisis del DR, se inicia contabilizando el número de flechas que “entran” y el que “salen” de cada tarjeta. Esta información debe ser registrada en la esquina superior de cada tarjeta o en el papel soporte de éstas, lo más cercano a las tarjetas. Por convenio se suele registrar en el orden ENTRADA/SALIDA (p.e 5/2 significa que entran cinco flechas en la tarjeta y salen 2 flechas de la tarjeta). Después de esta contabilización, es el momento de analizar la existencia de pautas.

Factores Claves: Se denominan factores relevantes a aquéllos que presentan un mayor número de flechas, tanto entrantes como salientes, significando que son factores que influyen o son influidos en /por gran número de ideas o temas.

Efectos Clave: Se denomina efectos clave a aquellos cuyas tarjetas tengan muchas más flechas entrantes que salientes.

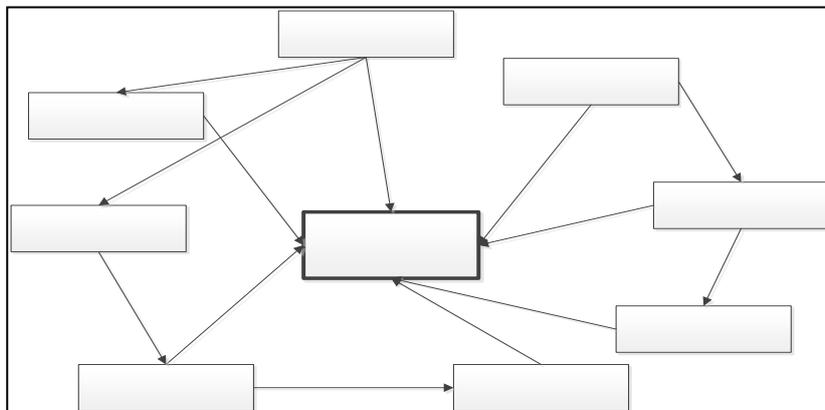
Hitos Clave: Se denominan hitos clave a aquéllos cuyas tarjetas tienen el mismo número de flechas entrantes que salientes. Suelen corresponder a necesidades intermedias del proyecto.

Conductores Clave: Se denominan conductores clave a aquellas ideas/temas cuyas tarjetas tienen muchas más flechas salientes que entrantes. Corresponderán por lo general a las ideas centrales del tema u objetivo del proyecto.

Ordenación convergente en el centro

Es la ordenación utilizada cuando se tiene un asunto principal (por ejemplo, un problema a resolver) en el que se centra la atención y el número de tarjetas (ideas, temas, etc.) es del orden de 15 o menos. Se colocarán las tarjetas representativas de los temas clave de una forma aleatoria en el centro de una gran hoja de papel (suele utilizarse una o más unidas de las de un flipchart), utilizando una disposición aproximadamente circular, situando en el centro el asunto principal. De esta forma se dispondrá de sitio para trazar con posterioridad las flechas representativas de las relaciones causales.

Ordenación convergente



Anexo 10: Diagrama de flujo

Según Ugalde (1979), Los diagramas de flujo, también llamados organigramas, flujogramas o fluxogramas constituyen un instrumento importante en el trabajo en las ciencias de la computación ya que señalan los pasos necesarios que deben efectuarse para llegar a la solución de un problema. Tenemos así que un instrumento, aparentemente sencillo, tiene una de las aplicaciones más notorias en la administración moderna de operaciones programadas.

Elaboración:

En este tipo de procedimiento se recomienda aplicar las sugerencias siguientes:

- Emplear líneas rectas verticales y horizontales solamente. Las líneas diagonales y curvas deben evitarse.
- Las líneas no deben cruzarse, para esto se emplean líneas de conexión- conectores- debidamente identificados con el número de su aparición: 1,2, 3,... n.
- Cada línea conduce a un símbolo solamente y a cada símbolo llega solo una línea. Si así no fuera el caso se hace uso de los conectores.
- Toda línea tiene su principio y su fin, es decir, que todas las líneas terminan en algún tipo de símbolo sin quedar líneas sin conexión.
- La dirección que se aplica para hacer los diagramas de flujo es siempre de arriba hacia abajo o de izquierda a derecha.
- Las leyendas o explicaciones que se escriben dentro de los símbolos deben ser cortas, claras y precisas.
- Cuando se hace un diagrama de flujo deben tomarse en cuenta todas las posibilidades y situaciones existentes.
- El diagrama debe ser completo y representar una solución clara y precisa del problema.
- Los códigos que se empleen al hacer un diagrama de flujo deben ser universales, esto es, que permitan la lectura por cualquier tipo de computadora y su aplicación por cualquier programador.
- Se usan diagrama de flujo generales para representar el proceso en su conjunto y detallados o específicos para representar las partes en que se compone el proceso. Así se recomienda para cuando estamos ante situaciones sumamente complejas cuya comprensión se dificulta.
- Los programas detallados incluyen todas las especificaciones por lo tanto cuando se hace

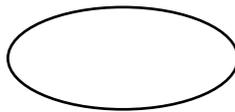
un diagrama de flujo específico no es necesario incluir has el último detalle.

Simbología

¿Cuáles son los símbolos básicos que se emplean para elaborar los diagramas de flujo?

En el “lenguaje” de las computadoras, podríamos decir que existe toda una gama de símbolos a emplear los cuales resumimos en la figura N°6. De esos símbolos nos permitimos destacar a cinco por ser los más comunes en la elaboración de este tipo de diagramas, dadas las actividades a las que se refieren. Estos cinco símbolos son los siguientes:

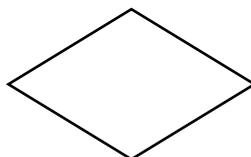
- Un óvalo representa las actividades iniciales y finales así:



- Un paralelogramo: representa a la transferencia o lectura de datos, sean tomados de la memoria o que pasen de la unidad de entrada a la memoria misma, así:



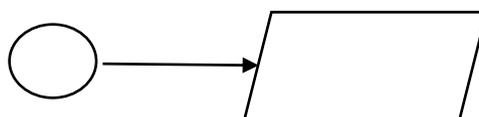
- Un rombo representa las actividades de decisión, las que pueden significar cortes, bifurcaciones y transferencias, en el proceso, en la siguiente forma:

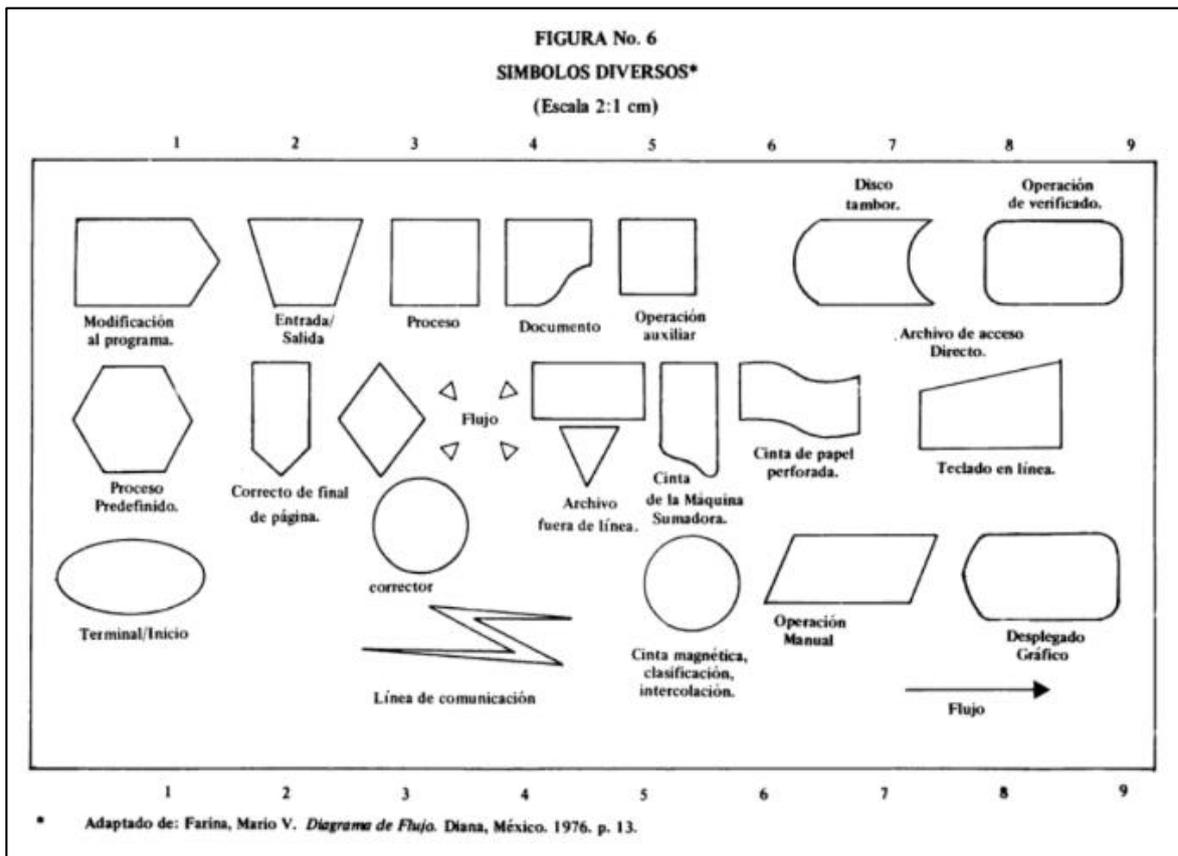


- Un rectángulo representa a todo proceso real del programa, que podría ser un cálculo, una transferencia de datos, una información de utilidad, etc. Y se hace así:



- Una flecha: indica la dirección del flujo lógico durante el proceso que se diagrama y se emplea interconectando a las casillas, en la forma siguiente:





Según Rodríguez (2005) es la representación gráfica de la secuencia de pasos o actividades que se realizan en un proceso o tarea, mediante símbolos.

Se emplea básicamente para:

- Describir gráficamente las actividades de los procesos y tener una visión global y detallada.
- Reconocer las causas potenciales de un problema.
- Determinar el itinerario que sigue un producto o servicio.
- Identificar clientes internos y externos.
- Identificar cuando y donde establecer indicadores
- Ayudar en el diseño de un nuevo proceso o tarea.

Los pasos a seguir son:

- Determinar los objetivos que se pretenden alcanzar con el diagrama.
- Delimitar los puntos de comienzo y final del proceso (límites).
- Establecer las fases o actividades que constituyen el proceso.

- Realizar la representación gráfica a través de los símbolos adecuados.
- Proporcionar un lenguaje común para todas las personas involucradas en el proceso.

Según Verdoy (2006), el diagrama de flujo es una representación gráfica de la secuencia de etapas, operaciones, movimientos, decisiones y otros eventos que ocurren en un proceso. Esta representación se efectúa a través de formas y símbolos gráficos utilizados usualmente. Los símbolos gráficos para dibujar un diagrama de flujo están más o menos normalizados.

Según Vilar (1997), el diagrama de flujo es la representación gráfica de las distintas etapas de un proceso, en orden secuencial. Puede mostrar una secuencia de acciones, materiales o servicios, entradas o salidas del proceso, decisiones a tomar y personas implicadas. Puede describirse cualquier proceso, de fabricación o de gestión, administrativo o de servicios.

Anexo 11: Rediseño o reingeniería de procesos

Según Halliburton (2006), en general la tarea de rediseño o reingeniería de procesos comprende, particularmente en cambios significativos, las tres etapas siguientes:

- a. **Plan estratégico:** La definición de un plan estratégico debe considerarse como un requisito previo para la selección y rediseño o reingeniería de los procesos. En tal sentido, un aspecto clave de esta primera es, sin duda, la verificación de la estrategia de la organización, analizando las probables ventajas y consecuencias que se pueden obtener como resultado del rediseño o reingeniería.
- b. **Análisis de los procesos y propuestas de rediseño o reingeniería:** el rediseño o reingeniería del proceso sólo tiene sentido si es coherente con la estrategia de la organización. Particularmente en grandes organizaciones, la vinculación del rediseño o reingeniería con el plan es un permanente desafío al relacionar en términos prácticos de ejecución el “qué” con el “como”. En tal sentido, puede decirse que el rediseño o reingeniería de procesos es imposible si no se enfoca el esfuerzo teniendo en cuenta los objetivos específicos previamente establecidos.
- c. **Implementación:** La implementación exitosa del rediseño o reingeniería de los procesos está relacionada en gran medida con las actitudes de los directivos y/o responsables, la situación estructural y cultural de la organización y la predisposición del personal para comprometerse con los cambios y brindar un decidido apoyo para obtener los resultados buscados.

Pasos para el rediseño o reingeniería

Operativamente las tres etapas señaladas implican el desarrollo de los siguientes pasos:

1. Identificación del objetivo primordial de rediseño o reingeniería.
2. Selección de los procesos fundamentales.
3. Selección del líder y de los miembros del equipo.
4. Formación y entrenamiento del equipo.

5. Elaboración del mapa de procesos (diagrama).
6. Identificación de los problemas.
7. Propuesta de rediseño o reingeniería.
8. Elaboración del diagrama del nuevo proceso.
9. Definición de las formas de medición.
10. Presentación de las propuestas de rediseño o reingeniería, recomendaciones y planificación de los cambios propuestos.

Implementación de los cambios propuestos

Anexo 12: Ubicación de direcciones ejecutivas a nivel nacional

N°	DIRECCION EJECUTIVA	CENTRO DE TRAMITE DOCUMENTARIO TIPO I	UBICACIÓN			N° Resolución Directoral APROBACIÓN DE ÁMBITO
			Distrito	Provincia	Departamento	
1	Amazonas	Bagua grande	Bagua grande	Uctubamba	Amazonas	RD 013-2017-MINAGRI-SENASA-DEAMA
		Chachapoyas	Chachapoyas	Chachapoyas	Amazonas	
2	Ancash	Casma	Casma	Casma	Ancash	RD 007-2017-MINAGRI-SENASA-DEANC
		Huaraz	Huaraz	Huaraz	Ancash	
3	Apurímac	Abancay	Abancay	Abancay	Apurímac	RD 006-2017-MINAGRI-SENASA-DEAPR
		Andahuaylas	Andahuaylas	Andahuaylas	Apurímac	
4	Arequipa	Arequipa	Cerro colorado	Arequipa	Arequipa	RD 014-2017-MINAGRI-SENASA-DEARQ
		Majes	Majes	Caylloma	Arequipa	
		Chala	Chala	Caraveli	Arequipa	
5	Ayacucho	Ayacucho	San juan bautista	Huamanga	Ayacucho	RD 005-2017-MINAGRI-SENASA-DEAYA
		Puquio	Puquio	Lucanas	Ayacucho	
6	Cajamarca	Cajamarca	Cajamarca	Cajamarca	Cajamarca	RD 013-2017-MINAGRI-SENASA-DECAJ
		Jaén	Jaén	Jaén	Cajamarca	
7	Cusco	Cusco	Cusco	Cusco	Cusco	RD 005-2017-MINAGRI-SENASA-DECUS
		La Convención	Santa Ana	La convención	Cusco	
8	Huancavelica	Huancavelica	Huancavelica	Huancavelica	Huancavelica	RD 003-2017-MINAGRI-SENASA-DEHVL
9	Huánuco	Huánuco	Amarilis	Huánuco	Huánuco	RD 005-2017-MINAGRI-SENASA-DEHCO
		Tingo María	Rupa Rupa	Leoncio Prado	Huánuco	
10	Ica	Chincha	Chincha alta	Chincha	Ica	RD 025-2017-MINAGRI-SENASA-DEICA
		Ica	Ica	Ica	Ica	
		Nasca	Vista alegre	Nazca	Ica	
11	Junín	Chanchamayo	San Ramón	Chanchamayo	Junín	

		Huancayo	El tambo	Huancayo	Junín	RD 007-2017-MINAGRI- SENASA-DEJUN
«continuación»						
12	La libertad	Huamachuco Alto Salaverry	Huamachuco Salaverry	Sánchez Carrión Trujillo	La libertad La libertad	RD 008-2017-MINAGRI- SENASA-DELLB
13	Lambayeque	Chiclayo	Chiclayo	Chiclayo	Lambayeque	RD 022-2017-MINAGRI- SENASA-DELAM
14	Lima Callao	Barranca Cañete Ate Aéreo Marítimo Huaral	Barranca Nuevo imperial Ate vitarte Callao Callao Chancay	Barranca Cañete Lima Callao Callao Huaral	Lima Lima Lima Lima Lima Lima	RD 047-2017-MINAGRI- SENASA-DELYC
15	Loreto	Loreto	Belén	Maynas	Loreto	RD 002-2017-MINAGRI- SENASA-DELOR
16	Madre de Dios	Puerto Maldonado	Tambopata	Tambopata	Madre de dios	RD 011-2017-MINAGRI- SENASA-DEMDD
17	Moquegua	Ilo Moquegua	Ilo Moquegua	Ilo Mariscal nieta	Moquegua Moquegua	RD 049-2017-MINAGRI- SENASA-DEMOQ
18	Pasco	Oxapampa Pasco	Oxapampa Yanacancha	Oxapampa Pasco	Pasco Pasco	RD N° 003-2017-MINAGRI- SENASA-DEPASCO
19	Piura	Piura Cruceta	Piura Tambogrande	Piura Piura	Piura Piura	RD N° 018-2017-MINAGRI- SENASA-DEPIU
20	Puno	Puno Sandia Desaguadero	Puno San juan del oro Desaguadero	Puno Sandia Chucuito	Puno Puno Puno	RD N° 019-2017-MINAGRI- SENASA-DEPUN
21	San Martin	Tocache Tarapoto	Tocache Tarapoto	Tocache San Martin	San Martin San Martin	RD N° 004-2017-MINAGRI- SENASA-DESMA
22	Tacna	Santa rosa Tacna	Yarada los palos Gregorio Albarracín Lanchipa	Tacna Tacna	Tacna Tacna	RD N° 006-2017-MINAGRI- SENASA-DESTAC
23	Tumbes	Tumbes Aguas verdes (CEBAF)	Tumbes Aguas verdes	Tumbes Zamurilla	Tumbes Tumbes	RD N° 007-2017-MINAGRI- SENASA-DESTUM
24	Ucayali	Alcance	Calleria	Coronel portillo	Ucayali	RD N° 007-2017-MINAGRI- SENASA-DESUCA
25	VRAEM	VRAEM	Kimbiri	La Convención	Cusco	RD N° 003-2017-MINAGRI- SENASA-DEVRAE

FUENTE: <https://www.senasa.gob.pe/senasa/nuestras-sedes/>

Anexo 13: Laboratorios SENASA

UNIDAD	LABORATORIO / OFICINA
UNIDAD DE CENTRO DE DIAGNÓSTICO DE SANIDAD VEGETAL	Laboratorio de Bacteriología
	Laboratorio de Entomología
	Laboratorio de Malezas
	Laboratorio de Micología
	Laboratorio de Nematología
	Laboratorio de Semillas
	Laboratorio de Virología
UNIDAD DE CENTRO DE DIAGNÓSTICO DE SANIDAD ANIMAL	Laboratorio de Biología molecular
	Laboratorio de Bacteriología
	Laboratorio de Virología
	Laboratorio de Parasitología
	Laboratorio de Patología Aviar
	Laboratorio de Control de Calidad
UNIDAD DEL CENTRO DE CONTROL DE INSUMOS Y RESIDUOS TÓXICOS	Laboratorio de Enfermedades Vesiculares
	Laboratorio de Patología Animal
	Laboratorio de Biología Molecular
	Laboratorio de Control de Calidad de Insumos Agropecuarios
	Laboratorio de Análisis de Residuos Tóxicos
	Laboratorio de Microbiología de Alimentos

Elaboración propia

Anexo 14: Dependencias y total de servicios ofrecidos

Dependencia	N° de servicios ofrecidos
Unidad del Centro de Diagnóstico de Sanidad Vegetal	56
Unidad del Centro de Diagnóstico de Sanidad Animal	162
Unidad del Centro de Control de Insumos y Residuos Tóxicos	109
Laboratorio de Microbiología de Alimentos	9
Unidad del Centro de Producción de Moscas de la Fruta	1
Subdirección de Control Biológico	33
Sede Central o Dirección Ejecutiva	25
Total de servicios	395
Elaboración propia	

Anexo 15: Unidades de la Oficina de planificación y desarrollo institucional (OPDI)

El responsable de esta Oficina es el director, el cual depende jerárquicamente de la Jefatura Nacional. Aparte de la Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones (UGCA) cuenta con tres unidades más como son:

Unidad de Planeamiento y Presupuesto: Tiene como objetivo conducir el sistema de planificación a través de la formulación y evaluación de los planes estratégicos, programáticos y operativos. Asimismo, propone las políticas y estrategias que garanticen la sostenibilidad económica - financiera del SENASA, en virtud a la normativa vigente sobre la gestión presupuestaria del Estado.

- **Unidad de Estudios y Cooperación:** Tiene como objetivo conducir la formulación y evaluación de proyectos sobre los asuntos de competencia institucional; así como la evaluación de impactos de los proyectos y actividades que se ejecuten. Promover, desarrollar, organizar y coordinar la participación de los agentes de sanidad agraria para contribuir al logro de los objetivos institucionales, tales como los convenios y la cooperación técnica y financiera, nacional e internacional. Efectuando la evaluación correspondiente sobre la participación del SENASA en los distintos organismos internacionales, regionales y subregionales.

- **Unidad de Gestión de la Calidad y Autorizaciones:** Tiene como objetivo propender a la implementación de sistemas de gestión de la calidad y a la obtención del reconocimiento internacional de los principales servicios del SENASA; mantener actualizado los documentos de gestión en lo relacionado a los procesos, metodologías y procedimientos con fines de proponer acciones de racionalización administrativa y optimización de los recursos; establecer y conducir el sistema de costeo de los servicios que brinda el SENASA, sea en los de cumplimiento obligatorio y de aquellos en competencia; y, conducir el proceso de autorización de aquellos servicios identificados por el SENASA que puedan ser sujetos a este proceso.

- **Unidad de Informática y Estadística.** Tiene como objetivo conducir el desarrollo, implementación, operación, mantenimiento y seguimiento de los sistemas informáticos y de brindar soporte técnico a los usuarios de los equipos informáticos. Asimismo, proporcionará información relevante a las distintas áreas sobre datos consignados en la base de datos y otras fuentes de información.

FUENTE: SENASA (2005).

Anexo 16: Tiempos aproximados de las actividades realizadas en cada etapa del proceso para emisión de convenios y personal directo involucrado

Tabla ASME

- Flujo ingreso de solicitudes

Orden	Actividad	Área	Duración (en minutos)	PERSONAL DIRECTO				
				DIRECTOR UGCA	JASA D.E	ESPECIALISTA UGCA	ESPECIALISTA ÓRGANO LINEA NIVEL CENTRAL	TECNICO D.E. MESA DE PARTES
1	El usuario prepara solicitud	MESA DE PARTES DIRECCIÓN EJECUTIVA	5					1
	TIEMPO DE ESPERA - TIEMPOS MUERTOS	MESA DE PARTES DIRECCIÓN EJECUTIVA	180					
2	Verificar alcance (Ámbito de aplicación), visar documento.	DIRECCIÓN EJECUTIVA	3		1			
	TIEMPO DE ESPERA - TIEMPOS MUERTOS	DIRECCIÓN EJECUTIVA	180					
3	Presentar solicitud de autorización con los requisitos solicitados. (Formato visado)	MESA DE PARTES DIRECCIÓN EJECUTIVA	4					1
4	Visar solicitud(por el jefe de área)	DIRECCIÓN EJECUTIVA	1		1			
	TIEMPO DE ESPERA - TIEMPOS MUERTOS	DIRECCIÓN EJECUTIVA	2,880					
	Recibir y revisar solicitud y/o documentos presentados	DIRECCIÓN EJECUTIVA	3					1
5	Remitir solicitud y/o documentación presentada vía BPM TUPA	DIRECCIÓN EJECUTIVA	2					1
		TOTAL	3,258	2 días				

- Verificación, evaluación y remisión de convenio

Orden	Actividad	Área	Duración (en minutos)	PERSONAL DIRECTO				
				DIRECTOR UGCA	JASA D.E	ESPECIALISTA UGCA	ESPECIALISTA ÓRGANO LINEA NIVEL CENTRAL	TECNICO D.E. MESA DE PARTES
6	Registrar seguimiento de solicitudes REG-UGCA-31	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	5			1		
	Verificar datos y/o requisitos documentarios según norma y visado jefe de área D.E	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	20			1		
7	Solicitar al OLC la evaluación de conocimientos del solicitante	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	5			1		
	TIEMPO DE ESPERA - TIEMPOS MUERTOS	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	2,880					
8	8.2 Derivar vía BPM-TUPA a la D.E correspondiente para subsanaciones	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	5			1		
	TIEMPO DE ESPERA - TIEMPOS MUERTOS	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	120					
9	8.3 Comunicar al usuario para subsanaciones	DIRECCIÓN EJECUTIVA	3					1
10	8.4 Regularizar observaciones	MESA DE PARTES DIRECCIÓN EJECUTIVA	5					1
	TIEMPO DE ESPERA - TIEMPOS MUERTOS	MESA DE PARTES DIRECCIÓN EJECUTIVA	2,880					
	Remitir examen de conocimientos a Dirección Ejecutiva	ORGANO DE LINEA COMPETENTE	3				1	
11	Tomar examen al solicitante	DIRECCIÓN EJECUTIVA	10		1			
	Corregir examen al solicitante	ORGANO DE LINEA COMPETENTE	5				1	
	TIEMPO DE ESPERA - TIEMPOS MUERTOS	ORGANO DE LINEA COMPETENTE	7,200					
12	Remitir lista actualizada de evaluados y capacitados	ORGANO DE LINEA COMPETENTE	5				1	
13	Verificar lista de evaluados	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	10			1		
	Elaborar autorización /carta de denegación	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	5			1		
	TIEMPO DE ESPERA - TIEMPOS MUERTOS	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	7,200					

«continuación»

14	Remitir autorización vía BPM TUPA	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	5			1	
	Firmar autorización/carta de denegación BPM TUPA	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	3	1			
15	Descargar autorización vía BPM TUPA	DIRECCIÓN EJECUTIVA	3				1
16	Comunicar al Tercero Autorizado para la entrega de sus documentos de Autorización / Carta de denegación	DIRECCIÓN EJECUTIVA	3				1
	TIEMPO DE ESPERA - TIEMPOS MUERTOS	DIRECCIÓN EJECUTIVA	2,880				
	Firmar e incluir huella digital en copias de autorización	MESA DE PARTES DIRECCIÓN EJECUTIVA	2				1
17	Recibir una copia de la autorización	MESA DE PARTES DIRECCIÓN EJECUTIVA	3				1
18	Remitir autorización firmado al Jefe de área para Archivo	DIRECCIÓN EJECUTIVA	3				1
19	Archivar autorización firmada	DIRECCIÓN EJECUTIVA	3		1		
	TIEMPO DE ESPERA - TIEMPOS MUERTOS	DIRECCIÓN EJECUTIVA	7,200				
TOTAL			30,466	21 días			

- Ingreso de listas maestras en la web SENASA

Orden	Actividad	Área	Duración (en minutos)	PERSONAL DIRECTO				
				DIRECTOR UGCA	JASA D.E	ESPECIALISTA UGCA	ESPECIALISTA ÓRGANO LINEA NIVEL CENTRAL	TECNICO D.E. MESA DE PARTES
	Solicitar inclusión de lista de autorizados en la Web	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	3			1		
20	Incluir lista de autorizados en la Página Web del SENASA	SECRETARIA TÉCNICA	5				1	
	TIEMPO DE ESPERA - TIEMPOS MUERTOS	SECRETARIA TÉCNICA	7,200					
TOTAL			7,208	5 días				

- Seguimiento posterior de actividades del autorizado y comunicación de su condición

Orden	Actividad	Área	Duración (en minutos)	DIRECTOR UGCA	JASA D.E	ESPECIALISTA UGCA	ESPECIALISTA ÓRGANO LINEA NIVEL CENTRAL
1	Remitir lista de autorizados en formato excel para seguimiento de autorizados	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	60			1	
	TIEMPO DE ESPERA - TIEMPOS MUERTOS	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	180				
2	Realizar verificación del archivo excel de los autorizados por su sede e incluir condición revocado o mantener su autorización	DIRECCIÓN EJECUTIVA	120		1		
	TIEMPO DE ESPERA - TIEMPOS MUERTOS	DIRECCIÓN EJECUTIVA	1,440				
3	Recibir listas excel y validar información recibida.	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	60			1	
4	Remitir carta de suspensión de actividades vía BPM TUPA	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	60			1	
	TIEMPO DE ESPERA - TIEMPOS MUERTOS	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	1,440				
5	Actualizar listas con las condiciones establecidas para cada autorizado.	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	60			1	
6	Remitir carta de suspensión al usuario	DIRECCIÓN EJECUTIVA	60		1		
	TIEMPO DE ESPERA - TIEMPOS MUERTOS	DIRECCIÓN EJECUTIVA	1,440				
7	Establecer todos los formatos en PDF para su inclusión a la Web SENASA.	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	120			1	
8	Solicitar inclusión de lista de autorizados con convenio para su inclusión en la Web del SENASA.	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	5			1	
9	Validar el ingreso de listas de autorizados a la Web del SENASA.	SECRETARIA TÉCNICA	30				1
	TIEMPO DE ESPERA - TIEMPOS MUERTOS	SECRETARIA TÉCNICA	1,440				
10	Tomar conocimiento de validación e ingresar listas de autorizados.	UNIDAD DE INFORMÁTICA Y ESTADÍSTICA	5				1
	TIEMPO DE ESPERA - TIEMPOS MUERTOS	UNIDAD DE INFORMÁTICA Y ESTADÍSTICA	120				
11	Recibir comunicación de ingreso de listas de autorizados y remitir comunicación	UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUTORIZACIONES	5			1	
12	Recibir vía correo comunicación de ingreso de listas autorizados en la Web al usuario.	DIRECCIÓN EJECUTIVA	10		1		
TOTAL			6,655	15 días			

Anexo 17: Enfermedades comunes a varias especies

- Carbunco sintomático: Enfermedad altamente infecciosa y mortal causada por el *Clostridium chauvoei*, es conocida también como *pierna negra*.

Debido a la dificultad para la toma de muestras y envío para el diagnóstico de laboratorio, no solo por las distancias, sino por el tiempo transcurrido entre la muerte del animal y la notificación de ocurrencia, las notificaciones de Carbunco Sintomático y Edema Maligno se basa también en el diagnóstico clínico, además del diagnóstico de laboratorio. Fuente: <https://www.senasa.gob.pe/senasa/situacion-zoosanitaria-3/>

- Brucelosis: Es una enfermedad muy contagiosa que afecta principalmente a cabras, también afecta a vacas, ovejas y al hombre lo que se conoce como “Fiebre malta”. Se realizan acciones de prevención y control de la enfermedad a través de la vacunación en los departamentos de Lima y Ancash. Paralela a la actividad de vacunación se realiza el monitoreo serológico de los rebaños a fin de identificar rebaños y animales positivos para su seguimiento y saneamiento.

- Rabia silvestre: La Rabia es una enfermedad viral también rabia parálitica, Esta enfermedad es considerada una de las zoonosis de mayor importancia en Salud Pública.

Departamentos en los cuales esta enfermedad se presenta casi anualmente desde el año 2005, como es el caso de Apurímac, en las provincias de Andahuaylas (distritos de Pacucha, Pacobamba, Huancarama, Kishuara), Chincheros (distritos de Ongoy y Huaccana) y Abancay (distrito de Abancay); Ayacucho en las provincias de La Mar (distritos de San Miguel y Tambo), Vilcashuaman (distrito de Concepción); Madre de Dios en la provincia de Tambopata (distrito de Las Piedras).

La Rabia es una enfermedad viral altamente mortal, es llamada también rabia parálitica (llamada así por los síntomas que produce) que se presenta en los herbívoros, principalmente bovinos. Esta enfermedad es considerada una de las zoonosis de mayor importancia en Salud Pública, tanto por su evolución drástica y

letal, como también por su elevado costo social y económico. Fuente: <https://www.senasa.gob.pe/senasa/prevencion-y-control-de-rabia-de-los-herbivoros/>

- **Ántrax:** Enfermedad infecciosa de carácter zoonótico causada por el *Bacillus anthracis*. La enfermedad es también conocida como Carbunco Bacteridiano, Fiebre Carbonosa o simplemente Carbunco

Enfermedad infecciosa, en el año 2005, se presentaron 16 notificaciones positivas al diagnóstico del laboratorio, correspondiendo dos al distrito de Sullana, provincia de Sullana, departamento de Piura; seis al distrito de Sama, provincia de Tacna, departamento de Tacna; dos al distrito de Pachacamac, provincia de Lima, departamento de Lima; y seis al distrito de Lurín, provincia de Lima, departamento de Lima.

En el año 2006, se tuvieron dos notificaciones positivas al diagnóstico del laboratorio, provenientes del distrito de Monsefú, provincia de Chiclayo, departamentos de Lambayeque. Fuente: <https://www.senasa.gob.pe/senasa/situacion-zoosanitaria-2/>

Anexo 18: Mapeo de procesos del SENASA



FUENTE: Informe mapeo de procesos del SENASA elaborado el 07/08/2017

Anexo 19: Modelo de convenio de colaboración interinstitucional

MODELO DE CONVENIO DE COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL ENTRE.....

Y EL SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD AGRARIA

Conste por el presente documento el convenio de colaboración Interinstitucional que celebran:

- ✓ El..... con domicilio.....
Debidamente representado por.....
Nombrado mediante Resolución.....
- ✓ El Servicio Nacional de Sanidad Agraria, en adelante el SENASA, con domicilio en la Avenida La Molina N° 1915, distrito de la Molina, provincia y departamento de Lima con RUC N° 20131373075, debidamente representado por el Jefe Nacional, Sr., nombrado mediante Resolución Suprema N°.....

En los siguientes términos y condiciones:

CLAUSULA PRIMERA: PARTES

El con ámbito de competencia..... se rige por la Ley.....

El SENASA es un organismo público técnico especializado adscrito al Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego, con autoridad oficial en materia de Sanidad Agraria, Calidad de Insumos, Producción Orgánica e Inocuidad Agroalimentaria, conforme a el Decreto legislativo N° 997, ley de Organización y Funciones del Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 008-2008-AG, Decreto Legislativo N° 1062, Ley de Inocuidad de los Alimentos y Su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 034-2008-AG.

El SENASA y el podrán ser denominadas indistintamente como la Parte o las Partes en el presente convenio, conforme se haga referencia a ellas en forma individual o colectiva.

CLÁUSULA SEGUNDA: BASE LEGAL

- Constitución política del Perú de 1993
- Ley N° 29158, Ley orgánica del Poder Ejecutivo.
- Reglamento de organización y Funciones del Ministerio de Agricultura y Riego aprobado con Decreto Supremo N° 008-2014-MINAGRI
-

CLÁUSULA TERCERA: OBJETO DEL CONVENIO

El presente Convenio tiene como objeto facilitar y promover la colaboración mutua entre las Partes para permitir a SENASA, el uso de las funcionalidad que brinda la plataforma informática de gestión electrónica desarrollada por:.....

Señalados en el anexo I que forma parte del presente convenio.

La ejecución del presente Convenio, respeta el ámbito de competencia de las Partes, en consecuencia, cada entidad mantiene sus competencias, facultades y responsabilidades respecto a sus funciones y actos de administración interna, de acuerdo a la legislación vigente.

CLÁUSULA CUARTA: COMPROMISO DE LAS PARTES

COMPROMISOS DE.....

- a)
- b)
- c)

COMPROSMISOS DE SENASA

- a)
- b)
- c)

CLÁUSULA QUINTA: FINANCIAMIENTO

Las partes asumen el financiamiento para el cumplimiento de los compromisos asumidos en el presente Convenio siendo que el financiamiento se otorga conforme a los presupuestos institucionales asignados por las leyes anuales de presupuesto público aprobado por Decreto:.....

CLÁUSULA SEXTA: VIGENCIA DEL CONVENIO

El presente Convenio tendrá una vigencia de años, contados a partir de la fecha de su suscripción, el mismo que podrá ser renovado, para tal efecto, se cursará comunicación escrita con (30) días hábiles antes de su vencimiento, de aprobarse la prórroga se suscribirá un Adenda cuyo procedimiento de aprobación será el mismo que el del presente Convenio.

CLÁUSULA SÉPTIMA. RESPONSABILIDAD POR INCUMPLIMIENTO

Las Partes expresan su firme voluntad de dar estricto cumplimiento a los compromisos que asumen, a fin de lograr el éxito del objeto del presente Convenio; la parte que incumple sus compromisos asumirá la responsabilidad por los daños y perjuicios que ocasiona a la otra parte y/o a terceros.

CLÁUSULA OCTAVA: COORDINACION INTERINSTITUCIONAL

Las partes designan como coordinadores interinstitucionales, para las coordinaciones técnicas, operativa para ejecución y seguimiento del presente convenio a:

Por SENASA:

Por

Cualquier cambio en la designación de los coordinadores institucionales, deberá ser comunicado a la parte, en el plazo de tres (3) días hábiles, por escrito, en los domicilios señalados en la parte introductoria del presente Convenio.

CLÁUSULA NOVENA: SOLUCION DE CONFLICTOS

Cualquier discrepancia y/o controversia derivada de la interpretación o cumplimiento del presente Convenio será solucionada mediante el trato directo entre las Partes, siguiendo las reglas de la buena fe y común intención, comprometiéndose ambas Partes a brindar sus mayores esfuerzos para lograr una solución armoniosa, en atención al espíritu de colaboración mutua que anima a la celebración del presente Convenio.

CLÁUSULA DÉCIMA: LIBRE ADHESIÓN Y SEPARACIÓN

De conformidad a lo establecido en el numeral 77.3 del artículo 77 de la Ley N° 72444 ley del procedimiento administrativo General, las Partes suscriben el presente Convenio de manera libre y voluntaria, asimismo, conviene que par efecto de formalizar la libre adhesión y dar por concluido el presente Convenio, sin expresión de causas, mediante comunicación escrita simple, remitirá a las otras partes con una anticipación no menor de sesenta (60) días calendario.

De producirse la conclusión del Convenio, las Partes se obligan a continuar desarrollando las actividades que a esa fecha se encuentren pendientes de ejecución o respecto de las cuales ya hubieren contraído obligaciones, de lo contrario la(s) Parte(s) que incumplan el compromiso asumirá(n) la responsabilidad por el perjuicio ocasionado a la otra Parte y/o terceros.

CLAÚSULA DÉCIMA PRIMERA: CONCLUSIÓN

De considerarlo conveniente, cualquiera de las Partes podrá dar por concluido el presente convenio, mediante una comunicación escrita con no menos de treinta (30) días calendario de anticipación a la fecha prevista para que opere la resolución del mismo, por las siguientes causales:

- a) Por incumplimiento de las obligaciones pactadas en el presente Convenio.
- b) Por mutuo acuerdo.
- c) La conclusión del Convenio no afectará a la culminación de los compromisos que se encuentren en ejecución.

CLAÚSULA DÉCIMA SEGUNDA: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Toda comunicación o notificación entre las Partes con motivo del presente Convenio, deberá efectuarse por escrito y se entenderá válidamente realizada en los domicilios consignados en la introducción del presente convenio.

Ambas Partes expresan su acuerdo con los términos de las cláusulas que anteceden, en fe de lo cual proceden a suscribir el presente documento en dos(02) ejemplares a los.....días del mes de del año.....

Firma

Firma Jefe Nacional SENASA

Anexo 20: Matriz de consistencia para el trabajo de investigación no experimental

“SISTEMA DE GESTIÓN PARA EL PROCESO DE EMISIÓN DE CONVENIO A TERCEROS PARA ACTIVIDADES OFICIALES EN UNA ENTIDAD PÚBLICA”					
Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Metodología	Herramientas
<p>Problema General ¿Cómo desarrollar una propuesta de mejora para el proceso de emisión de convenios para mejorarlo?</p> <p>Problema Específicos ¿Cómo efectuar el análisis del SENASA en su situación inicial para el proceso de emisión de convenios a terceros para identificar puntos críticos?</p> <p>¿Cómo Analizar el grado en el proceso de emisión de convenios a terceros para cumplir con los requisitos de la norma ISO 9001 2015?</p> <p>¿Cómo elaborar la propuesta de mejora para el proceso de emisión a terceros basada en la norma ISO 9001 2015</p> <p>¿Cómo elaborar un presupuesto de la implementación de la propuesta de mejora del proceso de emisión de convenios?</p>	<p>Objetivo General Desarrollar propuesta de mejora para el proceso de emisión de convenios a terceros para realizar actividades oficiales a nombre del SENASA, basada en la norma ISO 9001 2015 desde el inicio hasta la entrega del documento resolutivo y seguimiento.</p> <p>Objetivos específicos: Efectuar el análisis del SENASA en su situación inicial para el proceso de emisión de convenios para identificar puntos críticos.</p> <p>- Determinar el grado en que el proceso de Emisión de convenios a terceros para realizar actividades oficiales cumple con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 - Elaborar una propuesta de mejora para el proceso de emisión de convenios basada en la norma ISO 9001:2015 - Elaborar un presupuesto de la implementación de la propuesta de mejora para el proceso de emisión a convenios.</p>	<p>Hipótesis General Si se realiza la propuesta para el proceso de Emisión de Convenios en SENASA, basada en la norma ISO 9001:2015, permitirá acciones de mejora de las actividades del proceso.</p> <p>Hipótesis específica</p> <p>1. Si se realiza un análisis de las condiciones iniciales se podrá visualizar el estado real de la entidad, el proceso atención, puntos críticos, a fin de identificar deficiencias y aquellas actividades que generen retrasos o cuellos de botella en el proceso. 2. Si se determina el grado de cumplimiento del proceso de emisión de convenios con los requisitos de la norma ISO 9001 2015, se podrá identificar aquellos requisitos que no cumplen con la norma para su evaluación y desarrollo. 3. Si se implementa una propuesta de mejora basada en la norma ISO 9001:2015 para el proceso de emisión de convenios en SENASA mejorará las actividades del proceso. 4. Si se elabora un presupuesto de la implementación de la propuesta de mejora para el proceso de emisión de convenios, se podrá obtener la viabilidad para su realización.</p>	<p>V1 Variable independiente= Diseño del sistema de gestión de Calidad basado en la norma (ISO 9001 2015) Dimensiones: Requisitos de la norma (ISO 9001 2015) V1 Variable dependiente= Proceso de emisión de convenios Dimensiones: Determinación del grado de cumplimiento con la norma ISO 9001 2015</p> <p>Propuesta de implementación del proceso de emisión de convenios en base a la ISO 9001 2015</p> <p>Presupuesto para implementar la ISO 9001 2015 en el proceso de emisión de convenios.</p>	<p>Diseño metodológico de la investigación: No experimental</p>	<p>1. -Observación in situ del proceso. -Uso de herramientas generales (revisión de documentos internos). -Análisis FODA -Análisis de la cadena de valor del SENASA y del proceso en investigación</p> <p>2. -Mapeo de procesos -Fichas de procesos -Lista de verificación ISO 9001 2015 -Documentación relacionada al proceso -Normativa de cumplimiento legal</p> <p>3. -Rediseño del proceso -Diagrama de Ishikawa -Diagrama de relaciones -Norma ISO 9001 2015 -Matriz de selección de problemas</p> <p>4. Presupuesto de Implementación de mejora.</p>

Elaboración propia

Anexo 22: Lista de verificación ISO 9001:2015

DIAGNÓSTICO DE EVALUACION SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD SEGÚN NTC ISO 9001-2015						
CRITERIOS DE CALIFICACION:						
A. Cumple completamente con el criterio enunciado (10 puntos: Se establece, se implementa y se mantiene; Corresponde a las fase de Verificar y Actuar para la Mejora del sistema);						
B. cumple parcialmente con el criterio enunciado (5 puntos: Se establece, se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase del Hacer del sistema);						
C. Cumple con el mínimo del criterio enunciado (3 puntos: Se establece, no se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase de identificación y Planeación del sistema);						
D. No cumple con el criterio enunciado (0 puntos: no se establece, no se implementa, no se mantiene N/S).						
No.	NUMERALES	CRITERIO INICIAL DE CALIFICACION				
		Existe en grado excelente	Existe en grado bueno	Existe en grado mínimo aceptable	Existe Algo	No existe
		A	B	C	D	E
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN		100	75	50	25	0
4.1 COMPRESION DE LA ORGANIZACIÓN Y SU CONTEXTO						
1	Se determinan las cuestiones externas e internas que son pertinentes para el propósito y dirección estratégica de la organización.		75			
2	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas.				25	
4.2 COMPRESIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS						
3	Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas para el sistema de gestión de Calidad.		75			
4	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos.				25	
4.3 DETERMINACION DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD						
5	El alcance del SGC, se ha determinado según: Procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica	100				
6	¿El alcance del SGC se ha determinado teniendo en cuenta los problemas externos e internos, las partes interesadas y sus productos y servicios?		75			

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

«continuación»

7	Se tiene disponible y documentado el alcance del Sistema de Gestión.			50		
8	Se tiene justificado y/o documentado los requisitos (exclusiones) que no son aplicables para el Sistema de Gestión?		75			
4.4 SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS						
9	Se tienen identificados los procesos necesarios para el sistema de gestión de la organización	100				
10	Se tienen establecidos los criterios para la gestión de los procesos teniendo en cuenta las responsabilidades, procedimientos, medidas de control e indicadores de desempeño necesarios que permitan la efectiva operación y control de los mismos.			50		
11	Se mantiene y conserva información documentada que permita apoyar la operación de estos procesos.		75			
SUBTOTAL		200	375	100	50	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C+D+E)*100/N° de preguntas evaluadas)		66%				
5. LIDERAZGO						
5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO GERENCIAL						
1	Se demuestra responsabilidad por parte de la alta dirección para la eficacia del SGC.			50		
5.1.2 Enfoque al cliente						
2	La gerencia garantiza que los requisitos de los clientes de determinan y se cumplen.		75			
3	Se determinan y consideran los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente.				25	
5.2 POLITICA						
5.2.1 ESTABLECIMIENTO DE LA POLITICA						
4	La política de calidad con la que cuenta actualmente la organización está acorde con los propósitos establecidos.	100				
5.2.2 Comunicación de la política de calidad						
5	Se tiene disponible a las partes interesadas, se ha comunicado dentro de la organización.	100				
5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN						
6	Se han establecido y comunicado las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes en toda la organización.			50		

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

«continuación»

		SUBTOTAL	200	75	100	25	0
		Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)	67%				
6. PLANIFICACION							
6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES							
1	Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SGC logre los resultados esperados.						0
2	La organización ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema.						0
6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACION PARA LOGRARLOS							
3	Que acciones se han planificado para el logro de los objetivos del SIG-HSQ, programas de gestion?			75			
4	Se mantiene información documentada sobre estos objetivos	100					
6.3 PLANIFICACION DE LOS CAMBIOS							
5	Existe un proceso definido para determinar la necesidad de cambios en el SGC y la gestión de su implementación?					25	
		SUBTOTAL	100	75	0	25	0
		Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)	40%				
7. APOYO							
7.1 RECURSOS							
7.1.1 Generalidades							
1	La organización ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC (incluidos los requisitos de las personas, medioambientales y de infraestructura)			75			
7.1.5 Recursos de seguimiento y medición							
7.1.5.1 Generalidades							
2	En caso de que el monitoreo o medición se utilice para pruebas de conformidad de productos y servicios a los requisitos especificados, ¿se han determinado los recursos necesarios para garantizar un seguimiento válido y fiable, así como la medición de los resultados?					50	

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

«continuación»

7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones						
3	Dispone de métodos eficaces para garantizar la trazabilidad durante el proceso operacional.					
7.1.6 Conocimientos de la organización						
4	Ha determinado la organización los conocimientos necesarios para el funcionamiento de sus procesos y el logro de la conformidad de los productos y servicios y, ha implementado un proceso de experiencias adquiridas.		75			
7.2 COMPETENCIA						
5	La organización se ha asegurado de que las personas que puedan afectar al rendimiento del SGC son competentes en cuestión de una adecuada educación, formación y experiencia, ha adoptado las medidas necesarias para asegurar que puedan adquirir la competencia necesaria		75			
7.3 TOMA DE CONCIENCIA						
6	Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas.			50		
7.4 COMUNICACIÓN						
7	Se tiene definido un procedimiento para las comunicaciones internas y externas del SIG dentro de la organización.			50		
7.5 INFORMACION DOCUMENTADA						
7.5.1 Generalidades						
8	Se ha establecido la información documentada requerida por la norma y necesaria para la implementación y funcionamiento eficaces del SGC.			50		
7.5.2 Creación y actualización						
9	Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos.	100				
7.5.3 Control de la información documentada						
10	Se tiene un procedimiento para el control de la información documentada requerida por el SGC.	100				
SUBTOTAL		200	225	200	0	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		63%				
8. OPERACIÓN 8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL						

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

«continuación»

1	Se planifican, implementan y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de servicios.		50		
2	La salida de esta planificación es adecuada para las operaciones de la organización.		50		
3	Se asegura que los procesos contratados externamente estén controlados.				0
4	Se revisan las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso.		50		
8.2 REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS					
8.2.1 Comunicación con el cliente					
5	La comunicación con los clientes incluye información relativa a los productos y servicios.		50		
6	Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas.				0
7	Se establecen los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.				0
8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios					
8	Se determinan los requisitos legales y reglamentarios para los productos y servicios que se ofrecen y aquellos considerados necesarios para la organización.		50		
8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios					
9	La organización se asegura que tiene la capacidad de cumplir los requisitos de los productos y servicios ofrecidos.			25	
10	La organización revisa los requisitos del cliente antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a este.		50		
11	Se confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación por parte de estos, cuando no se ha proporcionado información documentada al respecto.		50		
12	Se asegura que se resuelvan las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.		50		
13	Se conserva la información documentada, sobre cualquier requisito nuevo para los servicios.		50		
8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios					
14	Las personas son conscientes de los cambios en los requisitos de los productos y servicios, se modifica la información documentada pertinente a estos cambios.		50		

«continuación»

8.3 DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS						
8.3.1 Generalidades						
15	Se establece, implementa y mantiene un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurar la posterior provisión de los servicios.	no aplica				
8.3.2 Planificación del diseño y desarrollo						
16	La organización determina todas las etapas y controles necesarios para el diseño y desarrollo de productos y servicios.	no aplica				
8.3.3 Entradas para el diseño y desarrollo						
17	Al determinar los requisitos esenciales para los tipos específicos de productos y servicios a desarrollar, se consideran los requisitos funcionales y de desempeño, los requisitos legales y reglamentarios.	no aplica				
18	Se resuelven las entradas del diseño y desarrollo que son contradictorias.	no aplica				
19	Se conserva información documentada sobre las entradas del diseño y desarrollo.	no aplica				
8.3.4 Controles del diseño y desarrollo						
20	Se aplican los controles al proceso de diseño y desarrollo, se definen los resultados a lograr.	no aplica				
21	Se realizan las revisiones para evaluar la capacidad de los resultados del diseño y desarrollo para cumplir los requisitos.	no aplica				
22	Se realizan actividades de verificación para asegurar que las salidas del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de las entradas.	no aplica				
23	Se aplican controles al proceso de diseño y desarrollo para asegurar que: se toma cualquier acción necesaria sobre los problemas determinados durante las revisiones, o las actividades de verificación y validación	no aplica				
24	Se conserva información documentada sobre las acciones tomadas.	no aplica				
8.3.5 Salidas del diseño y desarrollo						
25	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: cumplen los requisitos de las entradas	no aplica				

«continuación»

26	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: son adecuadas para los procesos posteriores para la provisión de productos y servicios	no aplica				
27	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: incluyen o hacen referencia a los requisitos de seguimiento y medición, cuando sea apropiado, y a los criterios de aceptación	no aplica				
28	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: especifican las características de los productos y servicios, que son esenciales para su propósito previsto y su provisión segura y correcta.	no aplica				
29	Se conserva información documentada sobre las salidas del diseño y desarrollo.	no aplica				
8.3.6 Cambios del diseño y desarrollo						
30	Se identifican, revisan y controlan los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios	no aplica				
31	Se conserva la información documentada sobre los cambios del diseño y desarrollo, los resultados de las revisiones, la autorización de los cambios, las acciones tomadas para prevenir los impactos adversos.	no aplica				
8.4 CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE						
8.4.1 Generalidades						
32	La organización asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conforme a los requisitos.	100				
33	Se determina los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente.				25	
34	Se determina y aplica criterios para la evaluación, selección, seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos.			50		
35	Se conserva información documentada de estas actividades			50		
8.4.2 Tipo y alcance del control						
36	La organización se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios, conformes de manera coherente a sus clientes.			50		
37	Se definen los controles a aplicar a un proveedor externo y las salidas resultantes.			50		
38	Considera el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.			50		

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

«continuación»

39	Se asegura que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad.				50		
40	Se determina la verificación o actividades necesarias para asegurar que los procesos, productos y servicios cumplen con los requisitos.				50		
8.4.3 Información para los proveedores externos					50		
41	La organización comunica a los proveedores externos sus requisitos para los procesos, productos y servicios.						0
42	Se comunica la aprobación de productos y servicios, métodos, procesos y equipos, la liberación de productos y servicios.						0
43	Se comunica la competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas.						0
44	Se comunica las interacciones del proveedor externo con la organización.						0
45	Se comunica el control y seguimiento del desempeño del proveedor externo aplicado por la organización.						0
8.5 PRODUCCION Y PROVISION DEL SERVICIO							
8.5.1 Control de la producción y de la provision del servicio							
46	Se implementa la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas.				50		
47	Dispone de información documentada que defina las características de los productos a producir, servicios a prestar, o las actividades a desempeñar.				50		
48	Dispone de información documentada que defina los resultados a alcanzar.				50		
49	Se controla la disponibilidad y el uso de recursos de seguimiento y medición adecuados					25	
50	Se controla la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas.					25	
51	Se controla el uso de la infraestructura y el entorno adecuado para la operación de los procesos.				50		
52	Se controla la designación de personas competentes.				50		
53	Se controla la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados.					25	
54	Se controla la implementación de acciones para prevenir los errores humanos.						0
55	Se controla la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.						0
8.5.2 Identificación y trazabilidad							
56	La organización utiliza medios apropiados para identificar las salidas de los productos y servicios.				50		

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

«continuación»

57	Identifica el estado de las salidas con respecto a los requisitos.			50		
58	Se conserva información documentada para permitir la trazabilidad.			50		
8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos						
59	La organización cuida la propiedad de los clientes o proveedores externos mientras esta bajo el control de la organización o siendo utilizada por la misma.			50		
60	Se Identifica, verifica, protege y salvaguarda la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación en los productos y servicios.			50		
61	Se informa al cliente o proveedor externo, cuando su propiedad se pierda, deteriora o de algun otro modo se considere inadecuada para el uso y se conserva la información documentada sobre lo ocurrido.					0
8.5.4 Preservacion						
62	La organización preserva las salidas en la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurar la conformidad con los requisitos.					0
8.5.5 Actividades posteriores a la entrega						
63	Se cumplen los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios.					0
64	Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega la organización considero los requisitos legales y reglamentarios.					0
65	Se consideran las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y servicios.					0
66	Se considera la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios.					0
67	Considera los requisitos del cliente.					0
68	Considera la retroalimentación del cliente.					0
8.5.6 Control de cambios						
69	La organización revisa y controla los cambios en la producción o la prestación del servicio para asegurar la conformidad con los requisitos.			50		
70	Se conserva información documentada que describa la revisión de los cambios, las personas que autorizan o cualquier acción que surja de la revisión.			50		
8.6 LIBERACION DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS						

«continuación»

71	La organización implementa las disposiciones planificadas para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios.			50		
72	Se conserva la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios.			50		
73	Existe evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación.					0
74	Existe trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.	100				
8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES						
75	La organización se asegura que las salidas no conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega.				25	
76	La organización toma las acciones adecuadas de acuerdo a la naturaleza de la no conformidad y su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios.				25	
77	Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.			50		
78	La organización trata las salidas no conformes de una o más maneras			50		
79	La organización conserva información documentada que describa la no conformidad, las acciones tomadas, las concesiones obtenidas e identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.			50		
SUBTOTAL		200	0	1750	175	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		44%				
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO						
9.1 SEGUIMIENTO, MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION						
9.1.1 Generalidades						
1	La organización determina que necesita seguimiento y medición.			50		
2	Determina los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación para asegurar resultados validos.				25	
3	Determina cuando se lleva a cabo el seguimiento y la medición.				25	
4	Determina cuando analizar y evaluar los resultados del seguimiento y medición.					0
5	Evalúa el desempeño y la eficacia del SGC.					0
6	Conserva información documentada como evidencia de los resultados.				25	
9.1.2 Satisfacción del cliente						

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

«continuación»

7	La organización realiza seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas.					0
8	Determina los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar la información.					0
9.1.3 Análisis y evaluación						
9	La organización analiza y evalúa los datos y la información que surgen del seguimiento y la medición.					0
9.2 AUDITORIA INTERNA						
10	La organización lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados.					0
11	Las auditorías proporcionan información sobre el SGC conforme con los requisitos propios de la organización y los requisitos de la NTC ISO 9001:2015.					0
12	La organización planifica, establece, implementa y mantiene uno o varios programas de auditoría.			50		
13	Define los criterios de auditoría y el alcance para cada una.			50		
14	Selecciona los auditores y lleva a cabo auditorías para asegurar la objetividad y la imparcialidad del proceso.			50		
15	Asegura que los resultados de las auditorías se informan a la dirección.					0
16	Realiza las correcciones y toma las acciones correctivas adecuadas.					0
17	Conserva información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados.					0
9.3 REVISION POR LA DIRECCION						
9.3.1 Generalidades						
18	La alta dirección revisa el SGC a intervalos planificados, para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continua con la estrategia de la organización.					0
9.3.2 Entradas de la revision por la direccion						
19	La alta dirección planifica y lleva a cabo la revisión incluyendo consideraciones sobre el estado de las acciones de las revisiones previas.					0
20	Considera los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC.					0
21	Considera la información sobre el desempeño y la eficiencia del SGC.					0

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

«continuación»

22	Considera los resultados de las auditorías.					0
23	Considera el desempeño de los proveedores externos.					0
24	Considera la adecuación de los recursos.					0
25	Considera la eficiencia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades.					0
26	Se considera las oportunidades de mejora.					0
9.3.3 Salidas de la revision por la direccion						
27	Las salidas de la revisión incluyen decisiones y acciones relacionadas con oportunidades de mejora.					0
28	Incluyen cualquier necesidad de cambio en el SGC.					0
29	Incluye las necesidades de recursos.					0
30	Se conserva información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones.					0
SUBTOTAL		0	0	200	75	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		9%				
10. MEJORA						
10.1 Generalidades						
1	La organización ha determinado y seleccionado las oportunidades de mejora e implementado las acciones necesarias para cumplir con los requisitos del cliente y mejorar su satisfacción.					0
10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCION CORRECTIVA						
2	La organización reacciona ante la no conformidad, toma acciones para controlarla y corregirla.					0
3	Evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad.					0
4	Implementa cualquier acción necesaria, ante una no conformidad.					0
5	Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.					0
6	Actualiza los riesgos y oportunidades de ser necesario.					0
7	Hace cambios al SGC si fuera necesario.					0

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

«continuación»

8	Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.					0
9	Se conserva información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades, cualquier acción tomada y los resultados de la acción correctiva.					0
10.3 MEJORA CONTINUA						
10	La organización mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC.					0
11	Considera los resultados del análisis y evaluación, las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades de mejora.					
SUBTOTAL		0	0	0	0	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		0%				

Anexo 23: Manual de Calidad

A través de manual de calidad se desarrollan las actividades para el proceso general y su alcance establecido, para cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001 2015, su planteamiento estratégico para mantener un sistema de gestión de calidad basados en los procesos necesarios, necesidades del cliente y propender la mejora continua.

Indicar que para la norma 9001 2015 no es un documento obligatorio, por tal razón el manual es un documento elaborado para servir de guía para una mayor orientación de todos los procesos establecidos.



MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD ISO 9001 2015

N° DE REVISIÓN: 00

SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD AGRARIA

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma	Especialista Analista de Calidad UGCA	Director UGCA	Director General OPDI
Fecha			

1. Introducción
 - 1.1. Generalidades
2. Normas de referencia
3. Términos y definiciones
4. Contexto de la organización
 - 4.1. Comprensión de la organización y de su contexto
 - 4.2. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas
 - 4.3. Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad
 - 4.4. Sistema de gestión de la calidad y sus procesos
5. Liderazgo
 - 5.1. Liderazgo y compromiso
 - 5.1.1. Generalidades
 - 5.1.2. Enfoque al cliente
 - 5.2. Política
 - 5.2.1. Establecimiento de la política de la calidad
 - 5.2.2. Comunicación de la política de la calidad
 - 5.3. Roles, responsabilidades y autoridades en la organización
6. Planificación
 - 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades
 - 6.2. Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos
 - 6.3. Planificación de los cambios
7. Apoyo
 - 7.1. Recursos
 - 7.1.1. Generalidades
 - 7.1.2. Personas
 - 7.1.3. Infraestructura
 - 7.1.4. Ambiente para la operación de los procesos
 - 7.1.5. Recursos de seguimiento y medición
 - 7.1.6. Conocimientos de la organización
 - 7.2. Competencia
 - 7.3. Toma de conciencia
 - 7.4. Comunicación
 - 7.5. Información documentada
 - 7.5.1. Generalidades
 - 7.5.2. Creación y actualización
 - 7.5.3. Control de la información documentada
8. Operación

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

- 8.1. Planificación y control operacional
- 8.2. Requisitos para los productos y servicios
 - 8.2.1. Comunicación con el cliente
 - 8.2.2. Determinación de los requisitos para los productos y servicios
 - 8.2.3. Cambios en los requisitos para los productos y servicios
- 8.3. Diseño y desarrollo de los productos y servicios
 - 8.3.1. Generalidades
 - 8.3.2. Planificación del diseño y desarrollo
 - 8.3.3. Entradas para el diseño y desarrollo
 - 8.3.4. Controles del diseño y desarrollo
 - 8.3.5. Salidas del diseño y desarrollo
 - 8.3.6. Cambios del diseño y desarrollo
- 8.4. Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente
 - 8.4.1. Generalidades
 - 8.4.2. Tipo y alcance del control
 - 8.4.3. Información para los proveedores externos
- 8.5. Producción y provisión del servicio
 - 8.5.1. Control de la producción y de la provisión del servicio
 - 8.5.2. Identificación y trazabilidad
 - 8.5.3. Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos
 - 8.5.4. Preservación
 - 8.5.5. Actividades posteriores a la entrega
 - 8.5.6. Control de los cambios
- 8.6. Liberación de los productos y servicios
- 8.7. Control de las salidas no conformes
- 9. Evaluación del desempeño
 - 9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación
 - 9.1.1. Generalidades
 - 9.1.2. Satisfacción del cliente
 - 9.1.3. Análisis y evaluación
 - 9.2. Auditoría interna
 - 9.3. Revisión por la dirección
 - 9.3.1. Generalidades
 - 9.3.2. Entradas de la revisión por la dirección
 - 9.3.3. Salidas de la revisión por la dirección
- 10. Mejora
 - 10.1. Generalidades
 - 10.2. No conformidad y acción correctiva

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

10.3. Mejora continua

1. Introducción

El Servicio Nacional de Sanidad Agraria en adelante SENASA que por Ley N° 27322 se aprobó la ley marco de sanidad agraria y por decreto supremo N° 048-2001-AG se aprobó su reglamento en los que se establece que el SENASA es la autoridad nacional en Sanidad Agraria.

El SENASA organismo público técnico y especializado el cual está adscrito al MIDAGRI como Autoridad Nacional en la materia; Protege al país del plagas o enfermedades que puedan ingresar al Perú. Desarrolla diferentes programas como Mosca de la Fruta, Control Biológico y Fiebre aftosa.

Dentro de los servicios que ofrece se encuentran los servicios de inspección, verificación y certificación fitosanitaria y zoonosanitaria, así como también ofrece capacitación a profesionales y técnicos a fin de que ofrezcan un mejor servicio y ampliar una mayor conciencia de la sanidad agraria en el país.

El SENASA suscribe convenios, alianzas estratégicas con Organismos públicos, privados, gobiernos locales a fin de vincularlos en la protección y mejoramiento de la Sanidad Agraria. El objetivo principal es la satisfacción de nuestros clientes y en base a esa búsqueda se realizan todos los esfuerzos.

El SENASA se encuentra ubicado en:

Además, se cuenta con un correo electrónico senasacontigo@senasa.gob.pe para brindar un mejor servicio y una mejor atención donde todos los usuarios pueden realizar sus consultas sobre los servicios ofrecidos. También se dispone de una página Web: www.senasa.gob.pe.

La Sede principal de SENASA se encuentra ubicada en Av. La Molina N° 1915, La Molina Lima 12, Perú Tel: (511) 313-3300., Distrito de La Molina, en la ciudad de Lima y cuenta con 24 direcciones ejecutivas a nivel nacional.

Av. La Molina N° 1915, La Molina Lima 12, Perú Tel: (511) 313-3300.

1.1. Generalidades

Con el objetivo primordial del SENASA de proteger la sanidad agraria del país se ha establecido el sistema de gestión de calidad a fin de asegurar que sus actividades sean conformes a lo estipulado en sus procedimientos, normas legales y requerimientos señalados.

El sistema de gestión de calidad está basado en la gestión por procesos permitiendo su desarrollo, implementación, seguimiento y mejora de sus procesos para satisfacer las necesidades de los usuarios. Esto se logra a través del cumplimiento de sus objetivos y control realizados a los mismos.

2. Normas de referencia

ISO 9001:2015 Sistema de gestión de la calidad. Requisitos

3. Términos y definiciones

MOF: Manual de organización y funciones.

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto.

Partes interesadas: persona u organización que puede afectar, verse afectada o percibirse como afectada por una decisión o actividad.

4. Contexto de la organización

4.1. Comprensión de la organización y de su contexto

El SENASA basándose en sus partes interesadas, cuestiones internas y externas, responsabilidades de su personal roles y responsabilidades recogidos en el MOF analizados mediante la herramienta FODA.

FACTORES INTERNOS DE LA EMPRESA		FACTORES EXTERNOS A LA EMPRESA	
DEBILIDADES		AMENAZAS	
D1	Falta de personal, Fuga de capital humano: que no permite cumplir los objetivos establecidos por la institución, remuneraciones bajas	A1	Riesgo de presentarse en el país plagas y enfermedades por causas naturales.
D2	Procedimientos operativos desactualizados	A2	Falta de presupuesto para las actividades de la institución, por políticas de austeridad
D3	Normas legales desactualizadas	A3	Cambios Políticos creando inestabilidad institucional
D4	Poco soporte y difusión de la imagen institucional	A4	Falta de apoyo de otras instituciones para la actividades realizadas por el SENASA.
D5	Problemas y/o casuísticas de soporte informático		
FORTALEZAS		OPORTUNIDADES	
F1	Reconocido como autoridad en Sanidad Agraria	O1	Propender mayor cobertura y participación a nivel internacional, nacional.(convenios)
F2	Recurso humano altamente capacitado y especializado	O2	Propender a la participación privada para el desarrollo de actividades propias de la institución.
F3	Soporte informático propio integrado a la institución.	O3	Propender mayor incremento de financiamiento y recursos para proyectos relacionados a la Sanidad Agraria.
F4	Bases y marcos legales para establecer medidas de control y erradicación de enfermedades	O4	Compartir información con entidades internacionales del mismo rubro a fin de generar mayor sinergia.
F5	Sistema de gestión ISO 9001 2018 implementada.	O5	Apertura de nuevos mercados
F6	Infraestructura adecuada para las actividades realizadas.		

Elaboración propia

Se establece realizar un seguimiento de manera sistemática para evaluación y efectos de diagnóstico posteriores.

El SENASA establece su misión, visión y valores de la siguiente manera:

Misión: Gestionar el Sistema de Sanidad Agraria e Inocuidad Agroalimentaria a productores agrarios, actores de la cadena agroalimentaria, consumidores y gobiernos sub-nacionales, de manera confiable, efectiva, eficiente, transparente y accesible.

Visión: al 2021, Perú tiene un agro próspero, competitivo e insertado al mercado nacional e internacional, a través de la productividad y calidad de sus productos agroalimentarios.

Valores y principios:

Los siguientes valores y principios inspiran y caracterizan el accionar cotidiano del SENASA y de cada uno de sus integrantes, bajo la convicción de que la institución es la expresión de su gente.

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

- **Probidad.** - Entendida como la combinación de la eficiencia y la honestidad en cada uno de los integrantes de la institución.
- **Confianza.** - Basada en la credibilidad a las acciones del SENASA por parte de sus usuarios y beneficiarios.
- **Integridad.** - Que implica pensar y actuar con principios.
- **Trabajo en equipo.** - Que se expresa mediante la coordinación y ayuda mutua.
- **Competencias.** - Cada función es realizada por personal preparado y capaz, seleccionado y designado para tal fin.
- **Proactividad.** - Entendido como la capacidad de previsión, la iniciativa y acción positivas permanentes del personal.
- **Empoderamiento.** - Corresponde al conocimiento y fortalecimiento de las capacidades de los usuarios, en particular de los productores agropecuarios.
- **Vocación de Servicio.** - Que implica esfuerzo y dedicación permanentes por la satisfacción del usuario, al cual nos debemos.
- **Innovación.** - Dedicación y esfuerzo por la mejora constante en cada una de las acciones que desempeña la institución.
- **Mística.** - El personal del SENASA tiene compromiso y capacidad para entregarse más allá del compromiso de trabajo.

Clima y cultura organizacional

El clima y la cultura organizacional del SENASA se ve reflejada en las actividades realizadas internamente como celebración de cumpleaños en cada área con desayunos organizados mensualmente, actividades por el aniversario de la institución, día del trabajo, y fiesta de fin de año para los hijos de los trabajadores, lo cual permite afianzar los lazos de amistad entre sus colaboradores.

4.2. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas

El SENASA en relación a su función relacionada al proceso de autorización a terceros las partes interesadas que son pertinentes con el sistema de gestión de calidad:

INTERNAS	EXTERNAS
<ul style="list-style-type: none"> - Personal - Directivos - Alta Dirección 	<ul style="list-style-type: none"> - Sociedad (usuarios) - Productores - Dependencias Gubernamentales (MIDAGRI)

Internas	Que esperan del SENASA	Seguimiento	Responsable
- Personal	<ul style="list-style-type: none"> - Estabilidad Laboral - Seguridad laboral - Recursos para desarrollar su trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de los empleados - Encuestas relacionadas a clima laboral 	- RR.HH
- Directivos	<ul style="list-style-type: none"> - Eficiencia en el trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión por la dirección - Informes semestrales - Reportes de avance 	- Jefe del área competente

Externas	Que esperan del SENASA	Seguimiento	Responsable
- Sociedad	<ul style="list-style-type: none"> - Buena imagen 	<ul style="list-style-type: none"> - Página Web 	- Secretaría Técnica
<ul style="list-style-type: none"> - Usuarios - Productores 	<ul style="list-style-type: none"> - Buena calidad de servicio recibido - Convenios 	<ul style="list-style-type: none"> - Encuestas de satisfacción del cliente 	- Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones
- Dependencias Gubernamentales (MIDAGRI)	<ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento normativo legal 	<ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento de la implementación de normas relacionadas a la autorización a terceros 	- Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones

Los requisitos para las partes interesadas son relacionados con los objetivos y políticas de la organización.

Para el establecimiento de los puntos 4.1 y 4.2 se realizan según el procedimiento PRO-UGCA/TERC-01 Contexto y partes interesadas

4.3. Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad

El SENASA a determinado como alcance del sistema de gestión de calidad en:

“Emisión de convenios para realizar servicios oficiales desde el ingreso de la solicitud, evaluación del expediente, publicación de listas maestras y seguimiento del tercero autorizado en el Servicio Nacional de Sanidad Agraria - SENASA”.

para lo cual considero el apartado 4.1 y 4.2 cuestiones internas y externas y los requisitos de las partes interesadas.

El presente manual de calidad permite conocer el sistema de gestión de calidad adoptado por SENASA siendo de uso obligatorio para las operaciones relacionadas a los servicios de autorización a terceros a fin de asegurar los requisitos de sus usuarios.

El sistema de gestión de Calidad del SENASA se ajusta a la norma 9001:2015 según lo establecido en el punto 2 de este manual, quedando excluidos los siguientes puntos:

Requisito 8.3 Diseño y Desarrollo justificación: se excluye de este requisito ya que no se realiza diseño y desarrollo para el servicio de autorización a terceros ya que el servicio es aplicable según normativa establecida.

4.4. Sistema de gestión de la calidad y sus procesos

4.4.1. El sistema de gestión de calidad adoptado se relaciona con las especificaciones de la ISO 9001 2015 descrito en el presente manual de calidad.

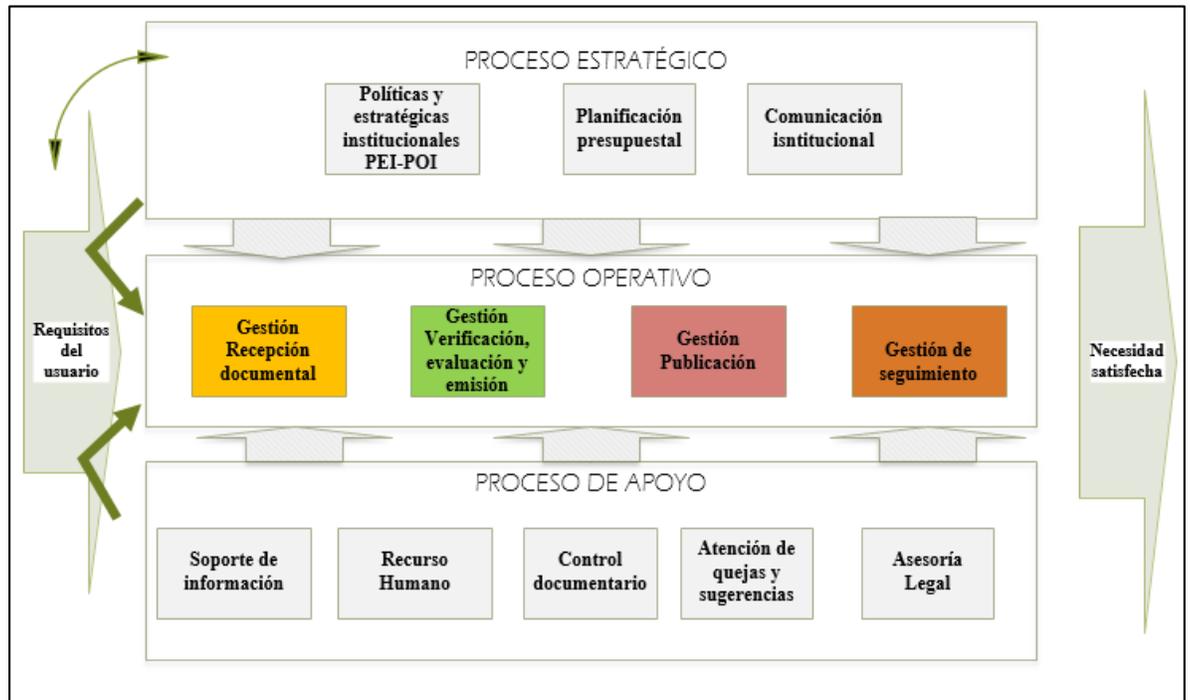
El SENASA aplica los procesos necesarios para implementar el sistema de gestión de calidad en la organización determinando:

- En sus procesos entradas y salidas, así como la interacción de las mismas. ver anexo 1 y diagrama de interacción de procesos

- Establecimiento de los recursos necesarios para sus procesos.
- Establecimiento de responsables de sus procesos
- Identificación de riesgos y oportunidades.
- La mejora continua de sus procesos.

Los procesos establecidos y necesarios para la implementación del sistema de gestión de calidad.

Diagrama de interacción de procesos



Elaboración propia.

4.4.2. El SENASA para el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001 2015 y para evidencia de la implementación establecida:

La información documentada se mantiene para las operaciones de sus procesos, así como la conservación de información documentada según lo establecido en el Diagrama de interacción de procesos.

5. Liderazgo

5.1. Liderazgo y compromiso

5.1.1. Generalidades

El SENASA adopta la postura de liderazgo y compromiso a fin de dar a conocer la importancia de los requisitos de sus usuarios tanto legales como reglamentarios.

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

La Alta dirección muestra liderazgo y compromiso con respecto del sistema de gestión de calidad:

- a) Asumiendo la responsabilidad y obligación de rendir cuentas con relación a la eficacia del sistema de gestión de calidad a través de las reuniones con la dirección.
- b) Se asegura que se establece la política de la calidad, recogida en el punto 5.2 de este manual y los objetivos de calidad ver anexo 2 Los objetivos de calidad se establecen según el PRO-UGCA/TERC-02 Objetivos de calidad y planificación para lograrlos
- c) Asegura la integración de los requisitos del sistema de gestión de calidad en sus procesos establecidos en el Anexo 1 de este manual,
- d) promoviendo el uso del enfoque a procesos y el pensamiento basado en riesgos analizándolos en sus procesos.
- e) asegurándose de que los recursos necesarios para el sistema de gestión de la calidad se encuentren disponibles.
- f) Comunicando la importancia de una gestión de la calidad eficaz y conforme con los requisitos del sistema de gestión de la calidad mediante reuniones, página web y/o correos electrónicos.
- g) Asegurándose de que el sistema de gestión de la calidad logre los resultados previstos a través de la gestión eficaz de ellos.
- h) Comprometiendo, dirigiendo y apoyando a las personas para contribuir a la eficacia del sistema de gestión de calidad.
- i) Promoviendo la mejora a través a través de acciones de 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 cliente

El SENASA tiene como uno de sus principales objetivos lograr la satisfacción de sus usuarios. la identificación de sus requisitos, comprenderlos e incorporarlos en el servicio ofrecido forma parte de los objetivos de la organización, lo cual es encuentra definido en los puntos 8.2.2 y 9.1.2

La alta dirección demuestra su liderazgo y compromiso relacionado al enfoque al cliente asegurando que:

- a) Se determinan, se comprenden y se cumplen regularmente los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.
- b) Se determinan y se consideran los riesgos y oportunidades que pueden afectar a la conformidad de los servicios en los procesos identificados tomando en cuenta las expectativas de los usuarios a fin de ser útil para la análisis y planificación de los procesos y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente.
- c) Se mantiene el enfoque en el aumento de la satisfacción del cliente.

Para el cumplimiento de los requisitos legales del cliente y otros requisitos legales se ha establecido el procedimiento PRO-UGCA/TERC-03 Determinación, revisión y cambios de requisitos legales u otros aplicables y resultado de este se tiene el anexo 10 Lista de requisitos legales aplicables y otros.

5.2. Política

5.2.1. Establecimiento de la política de la calidad

La política de la calidad del SENASA permite lograr el cumplimiento de los resultados que se desean obtener acorde con su normativa vigente y los lineamientos de la gestión de riesgos, la cual está enfocada en todas las partes interesadas en relación a sus necesidades y expectativas.

La política del SENASA se enmarca en los siguientes objetivos:

- ✓ Emitir disposiciones oportunas para proteger y mejorar la sanidad agraria, fiscalizar la producción orgánica y la inocuidad de los alimentos de producción y procesamiento primario para el desarrollo y competitividad del sector.
- ✓ Brindar servicios de manera oportuna, eficaz y confiable, cumpliendo con los dispositivos legales a fin de garantizar la satisfacción de los usuarios y la sostenibilidad institucional.
- ✓ Fortalecer las competencias profesionales del personal y la calidad del entorno laboral a fin de contar con personal competente y comprometido con la calidad.
- ✓ Gestionar los recursos necesarios para apoyar la ejecución, seguimiento y mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad.

- ✓ Asegurar la continuidad de nuestras operaciones, mediante la evaluación preventiva y control proactivo de los peligros y riesgos inherentes a nuestras operaciones, de manera que los escenarios que impliquen un nivel de riesgo inaceptable sean tratados prioritariamente y se materialicen en oportunidades.

Para ello, nos apoyamos en un Sistema Integrado de Gestión, basado en los principios de gestión de la calidad, gestión por procesos, seguridad de la información y control interno; el mismo que evaluamos permanentemente para promover su mejora continua y cumplimiento de los objetivos institucionales.

5.2.2. Comunicación de la política de la calidad

La Dirección del SENASA se asegura que la política de calidad:

- a) Está disponible y se mantiene como información documentada el cual se encuentra en la página web www.senasa.gob.pe
- b) Comunicarse, entenderse y aplicarse dentro del SENASA
- c) Estar disponible para las partes interesadas pertinentes, según corresponda a través de la página web de la organización.

5.3. Roles, responsabilidades y autoridades en la organización

Las responsabilidades establecidas y las autoridades se encuentran definidas en el MOF del SENASA y en los documentos aprobados en el Sistema de gestión de calidad necesarios para ejecución de las actividades.

La alta dirección de SENASA tiene asignadas las responsabilidades y autoridades 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 dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y sobre las oportunidades de mejora a las cuales se hacen referencia en el punto 10.1
- d) Asegurarse de que se promueve el enfoque al cliente en todo el SENASA.

- 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 abordar riesgos y oportunidades

6.1.1. Al planificar el sistema de gestión de la calidad, la organización debe considerar las cuestiones referidas en el apartado 4.1 y los requisitos referidos en el apartado 4.2 y determinar los riesgos y oportunidades que se necesitan abordar con el fin de:

- a) Asegurar que el sistema de gestión de 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. El SENASA planifica la forma para abordar los riesgos y oportunidades de la forma que:

- a) Permitan ser implementados en sus procesos establecidos en el punto 4.4
- b) Sean evaluadas las acciones establecidas.

La acción tomada por SENASA para abordar los riesgos y oportunidades considera el contexto de la organización, y las necesidades y expectativas de las partes interesadas para la conformidad de sus servicios se pueden establecer como acciones para lograr mejoras en los procesos o como parte de los objetivos de calidad los cuales están establecidas en el PRO-UGCA/TERC-06 Procedimiento riesgos y oportunidades

6.2. Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos

6.2.1. La dirección del SENASA establece sus objetivos de calidad para el proceso de autorización a terceros **necesarios para el sistema de gestión de calidad** y para **incrementar la satisfacción de las partes interesadas**, ellos son revisados periódicamente a fin de lograr su cumplimiento y/o adecuación buscando la mejora continua.

Dichos objetivos:

- a) Son coherentes con la política de la calidad
- b) Son medibles
- c) Tiene en cuenta los requisitos aplicables
- d) Son pertinentes para la conformidad de los productos y servicios y para el aumento de la satisfacción del cliente
- e) Objeto de seguimiento
- f) Comunicarse mediante medios que se consideren más convenientes como la página web del SENASA o publicaciones internas.
- g) Actualizarse según corresponda.

6.2.2. Al planificar cómo lograr sus objetivos de la calidad, SENASA determina:

- a) Qué se va a hacer
- b) Qué recursos se requerirán
- c) Quién será responsable
- d) Cuando se finalizará
- e) Cómo se evaluarán los resultados

SENASA para el cumplimiento de estos 2 puntos mantiene información documentada sobre los objetivos de la calidad, se encuentran en el anexo 2

6.3. Planificación de los cambios

En el SENASA cuando se presentan cambios en el Sistema de Gestión de Calidad, La alta dirección lleva de forma planificada según las directrices establecidas en la norma ISO 9001: 2015. Para cumplimiento y planificación de los cambios ver anexo 3

La alta dirección tiene en consideración:

- 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

7. Apoyo

7.1. Recursos

7.1.1. Generalidades

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

El SENASA proporciona los recursos que son necesarios para mantener la eficacia del sistema de gestión de calidad a fin de implementar y establecer su mejora continua teniendo en cuenta sus limitaciones internas realizado a través de los documentos transversales establecidos de la Unidad de logística del SENASA para la adquisición de bienes. Ver anexo 4

7.1.2. Personas

El SENASA determina las personas necesarias ya que es importante mantener un personal formado técnicamente para realizar su trabajo y permita sea eficaz para su sistema de Gestión de Calidad, realizado mediante la documentación transversal de la Oficina de administración por el área de recursos humanos para la contratación del personal. Ver anexo 4

El SENASA dispone más de 2000 empleados en la actualidad, permitiendo de manera eficaz las operaciones y sus procesos y para la implementación de su sistema de gestión de calidad.

7.1.3. Infraestructura

El SENASA determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos, facilitar sus actividades y lograr la conformidad de los servicios ofrecidos, equipos, software, instalaciones etc, para cumplimiento de sus actividades.

7.1.4. Ambiente para la operación de los procesos

El ambiente de trabajo en donde se realizan las actividades del SENASA es el adecuado en seguridad, salubridad y factores humanos tales como:

- a. Sociales
- b. Psicológicos
- c. Físicos

A fin de permita lograr realizar sus actividades y coadyuve a la conformidad del servicio ofrecido.

Para su cumplimiento revisar el anexo 5 encuesta de satisfacción donde realiza sus labores.

7.1.5. Recursos de seguimiento y medición

El SENASA a través de una verificación cualitativa del estado de entrega del documento resolutivo (convenio) en el sistema STAT verifica su estado, en la condición que se encuentra (verificación cualitativa: No entregado, Entregado) realizada semanalmente.

7.1.6. Conocimientos de la organización

Se ha determinado para la aplicación de sus actividades en el SENASA relacionada al proceso para obtener la conformidad del servicio ofrecido a través de la caracterización de sus procesos. Ver anexo 1.

7.2. Competencia

El SENASA cuenta con personal idóneo con la educación, formación y la experiencia solicitada para realizar las actividades encomendadas con la responsabilidad necesaria, las cuales se encuentran definidas en su ROF.

El SENASA a través de la Unidad de Recursos Humanos realizan las gestiones para la incorporación e inducción de personal nuevo a través de sus documentos transversales.

Además, como complementariedad se identifica las necesidades de capacitación para la Unidad de gestión de calidad y Autorizaciones y se establece el procedimiento PRO-UGCA/TERC-07 Competencia.

7.3. Toma de conciencia

El SENASA se asegura que todo el personal y sea **consciente** de lo establecido en la **política de la calidad, y objetivos de calidad** y su contribución en los objetivos del sistema de gestión de calidad, para entendimiento de la norma se realiza una sensibilización anual acerca del sistema de gestión establecida en la entidad, se informa de los beneficios del uso de la norma ISO 9001:2015. Para cumplimiento se establece el procedimiento **PRO-UGCA/TERC-08** plan de comunicación y toma de conciencia.

7.4. Comunicación

El SENASA determina según corresponda las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de calidad, incluyendo:

- a) Qué comunicar
- b) Cuando comunicar
- c) A quién comunicar
- d) Cómo comunicar

e) Quien comunica

La comunicación interna que realiza la organización es desde la alta dirección a mandos medios y estos a su personal y establecer lo que se va a comunicar.

Para la comunicación eficaz externamente se realiza a través del portal web del SENASA www.senasa.gob.pe , revistas informativas o eventos que permita la difusión y permitan un acercamiento con los usuarios del servicio.

Se ha establecido el proceso de comunicación interna como difundir la política, objetivos de calidad, requisitos de los grupos de interés que contribuyen a la mejora continua del sistema de gestión de calidad, Para cumplimiento se establece el procedimiento PRO-UGCA/TERC-08 plan de comunicación y toma de conciencia

7.5. Información documentada

7.5.1. Generalidades

El SENASA a través del sistema de gestión de calidad incluye:

- a) La información documentada requerida por esta Norma Internacional.
- b) La información documentada que SENASA determina como necesaria para la eficacia del sistema de gestión de calidad.

La gestión de la documentación que realiza el SENASA Para cumplimiento se establece el procedimiento PRO-UGCA/TERC-09 Control documentario.

7.5.2. Creación y actualización

Para la creación y actualización de la información documentada se asegura:

- a) La identificación y descripción (por ejemplo, título, fecha o número de referencia),
- b) El formato y medios de soporte
- c) La revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación.

Para cumplimiento se establece el procedimiento PRO-UGCA/TERC-09 Control documentario y PRO-UGCA/TERC-10 control de registros

7.5.3. Control de la información documentada

El SENASA a través de la información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma internacional Para cumplimiento se establece el procedimiento

PRO-UGCA/TERC-09 Control documentario y PRO-UGCA/TERC-10 control de registros y se controla que:

- a) Esté disponible y se idónea para su uso, donde y cuando se necesite.
- b) Almacenamiento, preservación y control de cambios.
- c) Esté protegida adecuadamente y de uso inadecuado.

Así como también el control de documentación externa necesaria para el desarrollo de sus actividades la cual está protegida contra modificaciones.

8. Operación

8.1. Planificación y control operacional

El SENASA planifica, implementa y controla los procesos necesarios para cumplir con los requisitos para la provisión de servicios y para implementar las acciones determinadas en el punto 6 del presente manual, mediante:

- a) La determinación de los requisitos para el servicio.
- b) El establecimiento de criterios para:
 - 1. Los procesos
 - 2. La aceptación del servicio
- c) La determinación de los recursos necesarios para lograr la conformidad con los requisitos del servicio.
- 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:
 - 1. Tener confianza en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado
 - 2. Demostrar la conformidad de los productos y servicios con sus requisitos.

La salida de esta planificación son adecuadas para las operaciones del SENASA.

El SENASA controla los cambios planificados y revisa las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso, según sea necesario. Para cumplimiento de este requisito ver anexo 6 Control operacional del servicio donde se incluye requisitos legales y aquellos que se consideran necesarios a ser revisados según responsabilidad antes de la firma del convenio y cumplir los requisitos y requerimientos del usuario.

8.2. Requisitos para los servicios

8.2.1. Comunicación con el cliente

El SENASA establece la comunicación con sus clientes a fin de manejar información que permita en el corto plazo la mejora del servicio ofrecido a través de:

- a. Proporcionar la información relativa al servicio que ofrece.
- b. Tratar las consultas, los contratos incluyendo los cambios.
- c. Obtener la retroalimentación de los clientes relativa al servicio, incluyendo las quejas de los clientes.
- d. Establecer los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.

Para cumplimiento la comunicación del servicio que se ofrece se realiza desde la página web del SENASA, a través del sistema de trámite para terceros STAT, en donde son publicados la información necesaria para acceder al servicio. Para la retroalimentación de los clientes incluyendo las quejas se utiliza el procedimiento PRO-UGCA/TERC-11 Atención de quejas, sugerencias y reclamos

8.2.2. Determinación de los requisitos para el servicio

El SENASA para la satisfacción de sus clientes identifica los requisitos del servicio a fin de determinar requisitos de cumplimiento y necesidades y/o expectativas que los usuarios esperan.

Identificar necesidades e identificar que más esperan del servicio, para asegurar que:

- a. Los requisitos para el servicio se definen, Incluyendo:
 1. Cualquier requisito legal y reglamentario aplicable
 2. Aquellos considerados necesarios por SENASA
- b. SENASA puede cumplir con las declaraciones acerca del servicio que ofrece.

Para cumplimiento de este requisito se establece el procedimiento PRO-UGCA/TERC-03 Determinación, revisión y cambios de requisitos legales u otros aplicables.

8.2.3. Revisión de los requisitos para los servicios

El SENASA establece la revisión de los requisitos a fin de poder cumplir con ellos incluyendo:

- a. Los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega.

- b. Los requisitos no establecidos por el cliente, pero necesarios para el uso especificado o previsto, cuando sea conocido.
- c. Los requisitos especificados por la organización
- d. Los requisitos legales y reglamentarios aplicables al servicio.
- e. Las diferencias existentes entre los requisitos del convenio y los expresados previamente.

El SENASA se asegura de que se resuelve las diferencias existentes entre los requisitos del contrato y los expresados previamente para cada etapa del proceso, y para cumplimiento se mantiene y se establece el procedimiento PRO-UGCA/TERC-03 Determinación, revisión y cambios de requisitos legales u otros aplicables. anexo 6.

8.2.4. Cambios en los requisitos para el servicio

El SENASA se asegura de que, cuando se cambien los requisitos para el servicio ofrecido, la información documentada pertinente sea modificada, y de que las personas pertinentes sean conscientes de los requisitos modificados.

Para cumplimiento se planifica, se revisa y se realiza el control de los cambios según el anexo 7 control de cambios para la prestación del servicio y lo indicado en el PRO-UGCA/TERC-03 Determinación, revisión y cambios de requisitos legales u otros aplicables.

8.3. Diseño y desarrollo de los productos y servicios

No aplica para el proceso en la organización. Ver el punto 4.3

8.4. Control de los servicios suministrados externamente

La UGCA en complementación con el área de logística, mediante el procedimiento PRO-UGCA/TERC-12 Control de servicios suministrados externamente, mantiene un control de los proveedores cuando adquiera servicios para el desempeño del proceso e implementación del sistema de gestión de calidad mediante la descripción detallada y comunicada a los proveedores externos de sus necesidades, así como realizar la evaluación, selección, seguimiento de dichos proveedores de los servicios a adquirir.

El SENASA se asegura que los servicios suministrados externamente permanecen dentro del control de sistema de gestión de calidad y define los controles que aplica, así como también asegura la información para los proveedores externos asegurando la adecuación

de los requisitos antes de su comunicación al proveedor externo siendo estos a través de cartas o vía correo según el grado de formalidad requerido.

8.5. Producción y provisión del servicio

8.5.1. Control de la producción y de la provisión del servicio

De acuerdo a lo establecido para el proceso de autorización a terceros, se provee de los recursos necesarios para la elaboración de dichos documentos resolutivos y dispone como medio de consulta la página web www.senasa.gob.pe a través del STAT.

Frente al proceso se mejora la capacidad de su manejo con la necesidad de los procedimientos, instructivos necesarios documentados a fin de determinar las actividades de los mismos y buscar más altos estándares de calidad.

Se describe los procedimientos y actividades para el servicio de autorización a terceros para permitir su comprensión y dar a conocer las responsabilidades en las actividades involucradas, esto permitirá mejorar la eficacia y eficiencia del proceso.

A fin de complementar e identificar características de calidad del servicio se establece el anexo 8 (Usuario, servicio ofrecido, requisitos, características de calidad y requisitos solicitados por clientes internos relacionados al servicio).

8.5.2. Identificación y trazabilidad

La trazabilidad del proceso se da a través del sistema STAT y BPM TUPA en donde se establece el ingreso de la documentación, y/o entrega del documento resolutivo generándose una identificación (código QR), N° de identificación del convenio y el nombre del servicio al cual ha sido autorizado) El sistema de trámite STAT permite al usuario acceder a dicho documento, al cual se puede acceder a través de informes y/o descarga de base de datos del sistema BPM TUPA, además de permitir visualizar los tiempos de ingreso de solicitud del servicio, así como el proceso de atención y responsables de envío de la documentación.

8.5.3. Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos

El SENASA ha implementa el PRO-UGCA/TERC-13 Propiedad del cliente para asegurar la protección de la propiedad del usuario que no pertenece al SENASA, pero está bajo su

control y que se incorpora en la provisión del servicio con el fin de identificar, verificar, proteger y salvaguardar la propiedad de los clientes.

Cuando se pierda la información del cliente, esto es registrado según el procedimiento PRO-UGCA/TERC-05 No conformidad y acciones correctivas.

8.5.4. Preservación

El SENASA preserva las salidas durante la prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurarse de la conformidad con los requisitos. La integridad de los datos se asegura a través de un programa backup y uso de antivirus, las acciones son establecidas a través de los documentos implementados por la unidad de informática y estadística del SENASA.

8.5.5. Actividades posteriores a la entrega

El SENASA determina las actividades que son posteriores a la entrega y considera:

- ✓ Aplica aquellos requisitos legales y reglamentarios identificados.
- ✓ Requisitos establecidos del usuario.
- ✓ Retroalimentación o feedback del usuario.

8.5.6. Control de los cambios

El SENASA revisa y controla los cambios para la prestación del servicio en la extensión necesaria para asegurarse de la continuidad en la conformidad con los requisitos así como también de los canales donde se realiza el servicio sea este sistema de trámite documentario, STAT, y/o BPM TUPA. Para cumplimiento de este punto ver el anexo 7 Control de cambios para la prestación del servicio.

8.6. Liberación del servicio

El SENASA tiene implementadas disposiciones planificadas en las etapas adecuadas para verificar el cumplimiento de los requisitos del servicio.

La liberación del servicio se realiza cuando se ha completado lo planificado.

El SENASA conserva la información documentada sobre la liberación del servicio dicha información incluye:

- a. Evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación
- b. Trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.

La liberación del servicio se realiza vía el sistema STAT y es derivado al responsable o dueño del proceso usando según el anexo 9.

El SENASA establece dichas actividades a través del procedimiento PRO-UGCA-14 Autorización a terceros para el cumplimiento de los requisitos solicitados

El SENASA realiza seguimiento del servicio prestado a fin de cumplir con los estándares de calidad que se han establecido, en el caso no fuera así y se tengan que manejar desviaciones, esto se hace con el procedimiento PRO-UGCA/TERC-15 Control de salidas no conformes.

8.7. Control de las salidas no conformes

El SENASA se asegura de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada. Dándoles el tratamiento a aquellas salidas que no están cumpliendo con los requisitos, expectativas para el servicio.

El SENASA trata las salidas no conformes de una o más de las siguientes maneras:

- a. Corrección
- b. Información al cliente
- c. Obtención de autorización para su aceptación bajo concesión
- d. Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.

El SENASA conserva información documentada que:

- a. Describa la no conformidad
- b. Describa las acciones tomadas
- c. Describa todas las concesiones obtenidas
- d. Identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.

Para cumplimiento de este punto se ha implementado el procedimiento PRO-UGCA/TERC-15 Control de salidas no conformes

9. Evaluación del desempeño

9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación

9.1.1. Generalidades

El SENASA determina para el proceso de autorización a terceros:

- a) Qué necesita seguimiento y medición;

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

El SENASA para cumplimiento de este requisito aplica el procedimiento PRO-UGCA/TERC-16 Seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño.

9.1.2.Satisfacción del cliente

El SENASA realiza el seguimiento a la satisfacción de sus clientes a través de encuestas a fin determinar el grado de satisfacción. Para establecer su cumplimiento se realiza a través del procedimiento PRO-UGCA/TERC-04 Encuesta de satisfacción del cliente

9.1.3.Análisis y evaluación

El SENASA analiza y evalúa los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición según lo establecido en el procedimiento PRO-UGCA/TERC-16 Seguimiento, medición, análisis, y evaluación del desempeño.

Lo resultados del análisis se utilizan para evaluar:

- a) La conformidad del servicio
- b) El grado de satisfacción del cliente
- c) El desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad
- d) Si lo planificado se ha implantado de forma eficaz
- e) La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades
- f) La necesidad de mejoras en el sistema de gestión de la calidad.

9.2. Auditoría interna

El SENASA realiza auditorías internas a intervalos planificados para proporcionar información de si el sistema de gestión de la calidad:

- a) Es conforme con:
 - 1. Los requisitos de la organización para su sistema de gestión de la calidad.
 - 2. Los requisitos de esta Norma Internacional
- b) Se implementa y mantiene eficazmente.

El procedimiento para llevar a cabo auditorías internas se describe en el PRO-UGCA/TERC-17 Auditorías internas a fin de asegurar que se establezcan todos los requisitos de la presente norma y se mantenga la objetividad e imparcialidad del proceso.

9.3. Revisión por la dirección

9.3.1.Generalidades

En el SENASA la alta dirección revisa el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados, para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continua con la dirección estratégica de la organización. Estas revisiones se realizan usando el procedimiento PRO-UGCA/TERC-18 Revisión por la dirección permiten asegurar sea adecuado y esta retroalimentación permita realizar mejoras en el sistema de gestión de la calidad.

9.3.2.Entradas de la revisión por la dirección

La Alta dirección del SENASA planifica y lleva a cabo la revisión por la dirección incluyendo:

- a) El estado de las acciones de las revisiones por la dirección previa;
- 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:
 - 1. La satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes
 - 2. El grado en que se ha logrado los objetivos de la calidad
 - 3. El desempeño de los procesos y conformidad del servicio
 - 4. Las no conformidades y acciones correctivas
 - 5. Los resultados de seguimiento y medición
 - 6. Los resultados de las auditorías.
- d) La eficacia de las acciones tomadas para abordar riesgos y las oportunidades
- e) Las oportunidades de mejora.

9.3.3.Salidas de la revisión por la dirección

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

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

- a) Las oportunidades de mejora
- b) Cualquier necesidad de cambio en el sistema de gestión de la calidad.

El SENASA conserva información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones por la dirección.

10. Mejora

10.1.Generalidades

El SENASA determina y selecciona las oportunidades de mejora e implementa cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del mismo incluyendo:

- a) Mejorar el servicio 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 calidad.

10.2.No conformidad y acción correctiva

Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, el SENASA debe:

- a) Reaccionar ante la no conformidad y, cuando se aplicable:
 - 1. Tomar acciones para controlarla y corregirla:
 - 2. Hacer frente a las consecuencias
- b) Evaluar 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:
 - 1. La revisión y el análisis de la no conformidad
 - 2. La determinación de las causas de la no conformidad
 - 3. La determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente puedan ocurrir,
- c) Implementar cualquier acción necesaria:
- d) Revisar 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 tomadas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas y son realizadas en base al PRO- UGCA/TERC-05 No conformidad y acciones correctivas

10.3.Mejora continua

El SENASA mejora continuamente la conveniencia, ajustes y eficacia del sistema de gestión de la calidad.

El SENASA toma en cuenta resultados del análisis y la evaluación, así como lo evaluado como salida en la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades que deben considerarse como parte de la mejora continua.

ANEXOS

ANEXO 1 PROCESOS ENTRADAS Y SALIDAS

SENASA	FORMATO			
CÓDIGO:	FICHA DE CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE INGRESO DE SOLICITUDES PARA LA ATENCIÓN DEL SERVICIO			
VIGENCIA:				
NOMBRE:	INGRESO DE SOLICITUDES PARA LA ATENCIÓN DEL SERVICIO			
OBJETIVO:	Recepcionar las solicitudes que aplican para atención de servicios oficiales por terceros solicitantes			
PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES	CONTROLES	SALIDAS
- D.E :Necesidad de campañas de pruebas diagnósticas ☐	Ingreso de solicitudes para la atención del servicio. documentacion solicitada adjunta	a través del STAT: 1.usuario solicita información via pagina web a través del sistema STAT 2.Ingreso de formato de solicitud 3.proceso de informacion mediante STAT y vinculación BPM TUPA 4. Recibe expediente para atención En contingencia BPM TUPA: 1. mesa de partes recibe solciitue informa requisitos 2. Verificar llenado de formato de solicitud 3. Visto bueno del jefe de área 4.validar alcance de solicitud 5. remitir via BPM TUPA 6.Sede central recibe via BPM TUPA	a través del STAT: Sistema STAT En contingencia BPM TUPA: 1. verificación de datos 2. validar alcance del servicio 3. servicio	- Correo electrónico - Registro UGCA de la información recibida. - Lista de seguimiento de de expedientes atendidos - Errores en expedientes comunicados y subsanados vía BPM TUPA
REGISTRO CONTROLABLES	INDICADOR		RECURSOS	
formato de solicitud Formato de seguimiento de solicitudes atendidas	(Total solicitudes atendidas / total de solicitudes recibidas)X100		Personal Equipos de computo Software Sistema de trámite STAT, BPM TUPA Internet Energía eléctrica telefonía Utiles de escritorio	

Elaboración propia

SENASA	FORMATO			
CÓDIGO:	FICHA DE CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE VERIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y REMISIÓN DE CONVENIOS			
VIGENCIA:				
NOMBRE:	Verificación , Evaluación y remisión de convenios			
OBJETIVO:	Realizar el análisis, verificación de data y posterior emisión de convenio con terceros			
PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES	CONTROLES	SALIDAS
INGRESO DE SOLICITUDES PARA LA ATENCIÓN DEL SERVICIO	<ul style="list-style-type: none"> - Expedientes conformes para atención - Documentación adjunta de requisitos técnicos solicitados para realizar el servicio 	<p>a través del STAT:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usuario realiza examen virtual de evaluación 2. Se verifica nota de evaluación 3. se elabora automáticamente convenio o carta de denegación. 4. El sistema STAT y BPM TUPA procesan información y derivan expediente 5. descarga convenio /carta denegación <p>En contingencia BPM TUPA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Descarga de expedientes via BPM TUPA 2. revisión técnica de los expedientes y Subsanaciones por las direcciones ejecutivas 3. Comunicación con solicitantes y Derivación a Sede Central via BPM TUPA de documentos subsanados. 4. Incluir información de seguimiento de atención de expedientes 5. Realizar a través de los Organos de línea la evaluación a los solicitantes para acceder al servicio 6. Coordinación con el usuario y Direcciones ejecutivas para ejecutar evaluación. 7. Realizar por parte de las Direcciones ejecutivas evaluación y remitir a los organos de línea correspondientes nota de evaluación 8. Elaborar y remitir carta de denegación de servicio o emisión de convenio al solicitante 	<ul style="list-style-type: none"> - Verificación de levantamiento de observaciones - Verificación de requisitos técnicos para acceder al servicio (documentación adjunta). - Verificar requerimiento de evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> - Correo para subsanaciones - Derivación via BPM TUPA expediente para subsanación - Correo de comunicación para evaluación de solicitantes. - Documento resolutivo (convenio) o carta de denegación
REGISTRO CONTROLABLES		INDICADOR		RECURSOS
Formato de seguimiento de solicitudes atendidas Listas de autorizados aprobados para realizar el servicio		(total de expedientes denegados /total de expedientes autorizados) x100		Personal Equipos de computo Software Sistema de trámite BPM TUPA, BPM STD Internet Energía eléctrica telefonía Utiles de escritorio

Elaboración propia

SENASA	FORMATO			
CÓDIGO:	FICHA DE CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE INGRESO DE LISTAS MAESTRAS A LA WEB SENASA			
VIGENCIA:	WEB SENASA			
NOMBRE:	Publicación listas maestras a la web SENASA			
OBJETIVO:	Realizar la comunicación de listas de autorizados para conocimiento de solicitantes y transparentar accesibilidad de información			
PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES	CONTROLES	SALIDAS
PROCESO DE VERIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y REMISIÓN DE CONVENIOS)	listas de autorizados aprobados	<p>a través del STAT:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la data se genera a través del sistema STAT en formato pdf 2. se realiza la publicación de listas de autorizados en la pagina web SENASA 3. Visualizar condicion de autorizados en la pagina web SENASA <p>En contingencia BPM TUPA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adecuar formato para presentación de listas PDF 2. Solicitar a Informática y Secretaría Técnica inclusion de listas en el portal web SENASA 3. Validar listas 4. Ingresar listas al portal web SENASA 5. Verificar y dar conoformidad listas actualizadas en la web 6. Comunicar a los terceros para conocimiento 	validación de listas y verificación en portal web SENASA	Publicación en portal web listas de autorizados -- Comunicación vía correo a usuarios
REGISTRO CONTROLABLES		INDICADOR	RECURSOS	
Trazabilidad de comunicación mediante correo electrónicos		(Total listas publicadas/Total listas aprobadas)x100	Personal Equipos de computo Software Sistema de trámite BPM TUPA, Correo Outlook Internet Web SENASA Energía eléctrica telefonía Utiles de escritorio	

Elaboración propia

SENASA		FORMATO		
CÓDIGO:	FICHA DE CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE VIGENCIA DE AUTORIZACIONES SEGUIMIENTO A AUTORIZADOS			
VIGENCIA:				
NOMBRE:	Seguimiento a vigencia de autorizaciones			
OBJETIVO:	Mantener o de revocar la autorizaciones emitidas está sujeta a su desempeño y a la necesidad del servicio en la zona asignada a efectos de realizar las acciones correspondientes.			
PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES	CONTROLES	SALIDAS
PROCESO DE INGRESO DE LISTAS MAESTRAS A LA WEB SENASA	Listas consolidadas de terceros autorizados aprobados	<p>a través del STAT:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.comunicar remisión de listas via correo 2.Las DE incluyen condición de autorizados 3.Revisar y remitir carta de suspensión cuando corresponda 4.recibir carta y realizar apelación de corresponder 5. atender apelación y comunicar condición. <p>En contingencia BPM TUPA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Remisión de listas para evaluación de direccion ejecutivas 2.Realizar verificación de listas y evaluación de seguimiento realizado por Direcciones ejecutivas 3. Evaluar descargos 4.. verificar información recibida 5. Actualizar listas/elaborar cartas de revocación 6. Remisión de documentos via BPM TUPA. 7. Actualizar listas 8.solicitar inclusión listas actualizadas en la web SENASA. 	<p>Sistema STAT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisis de revocación o mantención de convenios - Verificación de listas actualizadas 	<p>a traves del STAT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cartas de revocación de convenio - Listas de terceros actualizadas
REGISTRO CONTROLABLES		INDICADOR	RECURSOS	
Listas de autorizados aprobados para realizar el servicio		(Total autorizados revocados/total de autorizados aprobados)X100	<p>Personal</p> <p>Equipos de computo</p> <p>Software</p> <p>Sistema de trámite BPM TUPA, BPM STD, Correo Outlook</p> <p>Internet</p> <p>Energía electrica</p> <p>telefonía</p> <p>Utiles de escritorio</p>	

Elaboración propia

ANEXO 2 OBJETIVOS DE CALIDAD Y SUS METAS

Objetivo de calidad	nombre del Indicador de referencia	Formulación	Meta esperada	Periodicidad de monitoreo	Actividades realizadas	Responsables	Recursos
Mejora en la Percepción del cliente	Cantidad de reclamos solucionados a los usuarios	Cantidad de reclamos solucionados X 100 Cantidad de reclamos atendidos	> 90%	Mensual	Establecida con el procedimiento atención de reclamos	Unidad de Calidad y Autorizaciones Secretaría Técnica	Equipos de computo, Software, Internet, Energía eléctrica, telefonía, Utiles de escritorio
	Agilizar la atención de solicitudes en los plazos para el servicio	Cantidad de solicitudes atendidas en el plazo x100 Cantidad de solicitudes recibidas para atención	= 100%	Mensual	Realizar el seguimiento a la trazabilidad de solicitudes atendidas	Unidad de Calidad y Autorizaciones	Equipos de computo, Software, Internet, Energía eléctrica, telefonía, Utiles de escritorio
	Asignación de recursos necesarios para el cumplimiento del proceso de autorizados	Gasto realizado X100 Gasto programado	< 100%	Anual	Seguimiento a los recursos necesarios personas y/o equipos,software, para el cumplimiento del proceso	Unidad de Calidad y Autorizaciones Unidad de Logística	Equipos de computo, Software, Internet, Energía eléctrica, telefonía, Utiles de escritorio
	Reducción de observaciones registradas durante la atención del servicio	Observaciones registradas X 100 total de solicitudes recibidas	< 10%	Mensual	Hacer seguimiento de observaciones identificadas en el proceso de atención de solicitudes.	Unidad de Calidad y Autorizaciones Organos involucrados	Equipos de computo, Software, Internet, Energía eléctrica, telefonía, Utiles de escritorio
Inculcar cultura de calidad en el personal del SENASA	Personal del SENASA capacitado en temas de calidad.	Total de capacitados dentro del SGC X 100 total personal dentro del SGC.	> 80%	Anual	Seguimiento a la programación de capacitaciones en temas de calidad del personal del SENASA	Unidad de Calidad y Autorizaciones Unidad de Recursos Humanos, Organos involucrados	Equipos de computo, Software, Internet, Energía eléctrica, telefonía, Utiles de escritorio
Promover la mejora continua en el SENASA	Atención y cierre de No conformidades (NC) y acciones correctivas (AC) presentadas en el SGC	NC o AC cerradas X 100 NC o AC correctivas abiertas	= 100%	Semestral	Realizar el seguimiento a las acciones correctivas por auditorías internas, auditorías externas, por hallazgo de personal o por percepción de los clientes y derivadas en acciones de mejora por analisis de la revisión por la dirección.	Unidad de Calidad y Autorizaciones Organos de linea competentes, Organos involucrados	Equipos de computo, Software, Internet, Energía eléctrica, telefonía, Utiles de escritorio
	Mejoras implementadas por la Alta Dirección dentro del SGC	Total de acciones de mejora implementadas X 100 Total acciones de mejora identificadas por la AD	= 100%	Anual			

Elaboración propia

ANEXO 3 PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS

REG-UGCA/TER-12 Planificación de los cambios

N°	SENASA	FORMATO PLANIFICACIÓN DE CAMBIOS DENTRO DEL SGC					
	CAMBIOS PROYECTADOS Y/O PROPUESTOS	OBJETIVO DEL CAMBIO	REPERCUSION EN EL SGC	RECURSOS OBLIGATORIOS PARA EL CAMBIO PROPUESTO	RESPONSABLE	CAMBIO APROBADO POR:	
1							
2							
3							
4							
5							
ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL CAMBIO PROPUESTO APROBADO					Fecha de Inicio	fecha de Finalización	
1							
2							
3							

Elaboración propia

Ejemplo:

N°	SENASA	FORMATO PLANIFICACIÓN DE CAMBIOS DENTRO DEL SGC					
	CAMBIOS PROYECTADOS Y/O PROPUESTOS	OBJETIVO DEL CAMBIO	REPERCUSION EN EL SGC	RECURSOS OBLIGATORIOS PARA EL CAMBIO PROPUESTO	RESPONSABLE	CAMBIO APROBADO POR:	
1	Asignación de responsabilidades a nivel provincial para atención de solicitudes y manejo de datos de autorizados.	Asignar responsabilidad a cada Dirección ejecutiva de la data generada en su jurisdicción para su control.	La actividad descentralizada genera mas complejidad de manejo de la data de autorizados a nivel central. Y requerirá de mayor infraestructura para su implementación y el control de esta.	Equipos PC, software, nuevo personal capacitado, energia electrica, Internet.	Asignación de responsabilidad en cada Dirección ejecutiva.	Director de la UGCA.	
ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL CAMBIO PROPUESTO APROBADO					Fecha de Inicio	fecha de Finalización	
1	Asignación de responsable por dirección ejecutiva				Ene-23	Feb-23	
	Transferencia de responsabilidades en el sistema bpm tupa para trazabilidad				Feb-23	Mar-23	
	Responsabilidad de data generada e ingreso al sistema STAT				Mar-23	Abr-23	
2	Implementar piloto de acciones a realizar				Abr-23	May-23	
	Implementar mejoras				May-23	Jun-23	
	Desarrollar actividades establecidas				Jun-23	Jul-23	

ANEXO 4 APOYO

Documentos transversales

- PRO-ULO-02** Adquisición de bienes
- PRO-ULO-08** Mantenimiento de equipos
- PRO-URH-03:** Proceso de incorporación e inducción de personal.
- PRO-URH-04:** Capacitación de personal.
- PRO-URH-12:** Selección para contratación administrativa de servicios.
- PRO-URH-14:** Proceso de selección de personal régimen laboral 728

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

ANEXO 5 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE SU TRABAJO
REG-UGCA/TERC-13 Encuesta de satisfacción de su trabajo

SENASA	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE SU TRABAJO					
SEDE O DIRECCIÓN EJECUTIVA DONDE REALIZA SUS LABORES:						
<p>Se presenta una lista de preguntas las cuales estan relacionadas a las labores que realiza a fin de obtener su grado de satisfacción relacionadas con ellas.</p> <p>Incluir una X dentro de recuadro para la opción que elija teniendo en cuenta: Bastante satisfecho= B Satisfecho=S Poco satisfecho= P Nada satisfecho=N</p>						
		B S P N				
1 Salario percibido		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
2 Crecimiento Laboral		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
3 Apoyo de Directores generales o de linea		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
4 Comunicación y relaciones con compañeros de trabajo		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
5 Personal dependiente a su cargo		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
6 Organización o Forma de trabajo		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
Satisfacción en la con la organización SENASA		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
Comentario o sugerencia						
1	_____					
2	_____					
3	_____					

Elaboración propia

ANEXO 6
REG-UGCA/TER-24 Control para la operación del servicio

N°	SENASA	CONTROL PARA LA OPERACIÓN DEL SERVICIO								
	PROCESO	REQUISITOS DEL CLIENTE	CRITERIO DE ACEPTACIÓN	RECURSOS NECESARIOS	CONTROLES ESTABLECIDOS	RESPONSABLE	COMENTARIOS	REQUISITOS LEGALES DE CUMPLIMIENTO	REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA ORGANIZACIÓN	
1	Recepción documental									
2	Verificación, evaluación y emisión de documentos resolutivos									
3	Publicación									
4	Seguimiento de vigencia de autorizados									

REG-UGCA/TER-04 revisión de requisitos aplicables u otros requisitos

REVISIÓN DE REQUISITOS LEGALES APLICABLES Y OTROS REQUISITOS											
N° NORMATIVO / ARTICULO	NOMBRE	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO				OBSERVACIONES	EMISIÓN DE SAC				
		CUMPLIMIENTO LEGAL									
		SI		N				SI		N	
		SI		N				SI		N	
		SI		N				SI		N	
		SI		N				SI		N	
		SI		N				SI		N	
		SI		N				SI		N	

REVISADO POR: _____

CARGO: _____

Elaboración propia

ANEXO 7 CONTROL DE CAMBIOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO
REG-UGCA/TERC-27 Control de cambios

SENASA	CONTROL DE CAMBIOS					
NOMBRAR PROCESO O ACTIVIDAD RELACIONADA:						
FECHA PROPUESTA DE CAMBIO:						
CAMBIOS REQUISITOS	PROPÓSITO DEL CAMBIO	RESPONSABLE DEL CAMBIO	REVISADO POR:	¿APLICA CAMBIO? SI / NO	APROBADO POR:	DIFUSIÓN REALIZADA EN FECHA:
1						
2						
3						
4						

Elaboración propia

Ejemplo:

SENASA	CONTROL DE CAMBIOS					
NOMBRAR PROCESO O ACTIVIDAD RELACIONADA:						
FECHA PROPUESTA DE CAMBIO:						
CAMBIOS REQUISITOS	PROPÓSITO DEL CAMBIO	RESPONSABLE DEL CAMBIO	REVISADO POR:	¿APLICA CAMBIO? SI / NO	APROBADO POR:	DIFUSIÓN REALIZADA EN FECHA:
1 Cambio en experiencia en vacunaciones de 6 a 1 mes	Mas usuarios puedan acceder al servicio para coadyuvar con los logros de la institución	Organos de linea responsable de cambios en normativas	Director UGCA OAJ Director organo de linea	SI	Director UGCA OAJ Director organo de linea	Siguiente día posterior a la aprobación
2						
3						
4						

ANEXO 8

SENASA	USUARIOS, SERVICIO OFRECIDO, REQUISITOS, CARACTERISTICAS DDE CALIDAD DEL SERVICIO		
USUARIO	SERVICIO	REQUISITOS DEL SERVICIO	CARACTERISTICAS DE CALIDAD
USUARIOS, PRODUCTORES	INGRESO, EVALUACIÓN, EMISIÓN, PUBLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE TERCEROS AUTORIZADOS	Normativo legal	Verificación de requisitos solicitados
			Validación alcance del servicio
		confiabilidad del servicio	Cumplimiento de etapas del servicio
			Competencia personal de puesto asignado
			Supervisión, trazabilidad del servicio sistema STAT, BPM TUPA
		Personal capacitado	Plan de contingencia
Cumplimiento de objetivos de calidad			
		Personal capacitado	Evaluación de actividades realizadas por el personal

Elaboración propia

REG-UGCA/TER-30 Requisitos solicitados por los clientes

SENASA	REQUISITOS SOLICITADOS POR CLIENTES INTERNOS RELACIONADOS AL SERVICIO TERCEROS				
QUE PROCESO PROVEE	CLIENTE INTERNO QUE RECIBE (UNIDAD, OFICINA, AREA etc.	REQUISITOS SOLICITADOS DEL CLIENTE INTERNO	QUE ENTREGA CLIENTE INTERNO	REVISADO POR	COMENTARIO / OBSERVACIONES

Elaboración propia

ANEXO 9
REG-UGCA/TER-32 Liberación del servicio

SERVICIO	REQUISITOS	CONFORME SI / NO	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN	LIBERADO SI/NO	NO LIBERADO DERIVADO A:	OBSERVACIONES
Emisión de convenio	Legales aplicables					
	Tiempo de entrega					
	Información completa					
	Normas aplicables					
	Controles por proceso					
	Cumplimiento de actividades planificadas en el SGC					

Elaboración propia

ANEXO 10

LISTA DE REQUISITOS LEGALES APLICABLES Y OTROS REQUISITOS									
N° NORMATIVO ARTICULO	NOMBRE	FECHA DE PROMULGACIÓN	VIGENTE			DESCRIPCIÓN	DEROGADO		
			SI	X	NO		SI	NO	X
Ley N° 27322 y por Decreto Supremo N° 048-20001-AG se aprobó su reglamento	Ley Marco de Sanidad Agraria	23 de Julio 2000	SI	X	NO	Que son funciones y atribuciones del SENASA el propones, establecer y ejecutar según sea el caso, la normatividad jurídica, técnica y administrativa necesaria para la aplicación de la mencionada ley sus reglamentos y disposiciones complementarias a efecto de prevenir la introducción, establecimiento y eliminación de plagas y enfermedades controladas y erradicarlas.	SI	NO	X
Decreto Supremo N° 008-2005-AG	ROF Reglamento de organización y funciones del SENASA	12 de Febrero 2005	SI	X	NO	Es función de la entidad promover la mejora continua del desempeño institucional y alcanzar niveles de excelencia en calidad y oportunidad con se atienden a los usuarios beneficiarios y clientes.	SI	NO	X
Resolución Jefatural N° 031-2007-AG-SENASA	Sistema nacional de Aprobación Interna del Sistema nacional de Sanidad Agraria, para autorizar a terceros la ejecución de servicios oficiales a fin de proteger y mejorar la sanidad agraria del país.	22 de Enero 2007	SI	X	NO	Constitúyase por la presente norma el sistema Nacional de Aprobación Interna del Servicio Nacional de Sanidad Agraria - SENASA para la autorización de personas naturales o jurídicas, externas e independientes a la institución, para la ejecución de servicios oficiales, con el objetivo de optimizar el uso de los recursos y de ampliar la cobertura, capacidad y eficiencia en el desarrollo de sus funciones dirigidas a proteger y mejorar la sanidad agraria del país	SI	NO	X
DS-002-2007-AG	Reglamento para la Prevención y Control de Carbunco Sintomático y Edema Maligno	19 de enero 2007	SI	X	NO	Convenios con otras entidades del Estado, Universidades, empresas privadas, asociaciones de productores, profesionales, técnicos agropecuarios y promotores agropecuarios asociados o individuales para el cumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente reglamento.	SI	NO	X
DS-003-2007-AG	Reglamento para la Prevención y control del Antrax	19 de enero 2007	SI	X	NO	El SENASA podrá suscribir convenios con otras entidades del Estado, Universidades, empresas privadas, asociaciones de productores, profesionales, técnicos agropecuarios y promotores agropecuarios asociados o individuales para el cumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente reglamento.	SI	NO	X
DS-033-2000-AG	Reglamento para el Control y Erradicación de la Brucelosis Bovina	8 de julio 2000	SI	X	NO	El SENASA queda autorizada para concertar convenios con otras entidades del Estado, Universidades, Empresas Privadas y asociaciones de productores, para el mejor cumplimiento del programa de Control y Erradicación de la Brucelosis Bovina de conformidad con el presente reglamento.	SI	NO	X
DS-031-2000-AG	Reglamento para el Control y Erradicación de la Tuberculosis Bovina	8 de julio 2000	SI	X	NO	Artículo N° 5 Los Médicos veterinarios colegiados hábiles de la práctica privada podrán participar a título personal o en forma asociada en el Programa de Control y Erradicación, previo registro ante el SENASA de su jurisdicción.	SI	NO	X
RJ-093-2010-AG-SENASA ANEXO R.J. 093-2010-AG-SENASA	Normas específicas para la autorización de veterinarios en salud avícola, para el desarrollo de actividades oficiales en el marco de implementación de procedimientos del reglamento del Sistema Sanitario avícola Nacional.	8 de Abril 2010	SI	X	NO	DS-031-2000-AG Artículo 2°, aplicación a toda persona natural o jurídica, sociedades de hecho, patrimonios autónomos, o cualquiera otra entidad, de derecho público o privado con o sin fines de lucro, que directa o indirectamente participe en el sistema sanitario avícola, en el territorio nacional.	SI	NO	X
DS N° 002-2010-AG	Reglamento del Sistema Sanitario Porcino	7 de Abril 2010	SI	X	NO	Requisitos para la participación de la actividad privada o pública en las campañas oficiales de vacunación.	SI	NO	X
Oficio N° 665-2006-AG-PCM-SGP con informe N° 142-2006-PCM-SGP-RCC	Procedimientos destinados a autorizar la delegación de algunas de sus funciones a terceros, actividades o servicios	PCM	SI	X	NO	Los procedimientos destinados a autorizar la delegación de algunas de sus funciones a terceros, actividades o servicios propios del SENASA se autorizan a través de actos de administración	SI	NO	X

Elaboración propia

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

NORMA	TIPO DE SERVICIO	REQUISITOS
DS-002-2007-AG: Reglamento para la Prevención y Control de Carbunco Sintomático y Edema Maligno	Autorización de personas para realizar servicios de prevención en carbunco sintomático	<p>Presentación formato de solicitud: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A TERCEROS (PERSONA NATURAL O JURÍDICA) PARA REALIZAR ACTIVIDAD OFICIAL DEL SENASA</p> <p>REQUISITOS: Médico Veterinario: Solicitud de autorización adjuntando: a) Constancia de habilidad expedida por el Colegio Médico Veterinario. b) Copia simple del documento de identidad.</p> <p>Profesionales afines, Técnicos Agropecuarios y Promotores Agropecuarios: Solicitud de autorización adjuntando: a) Copia legalizada del Título profesional (No se exige por medida de simplificación administrativa: art.5 DL N° 1246) o título de Técnico agropecuario o constancia de promotor agropecuario. b) Copia simple del documento de identidad. c) Constancias o certificados que acrediten experiencia en las labores de vacunación en bovinos, ovinos, caprinos u otras especies susceptibles, por un periodo mínimo de seis (6) meses.</p>
DL 1059: Ley de sanidad agraria art 10 procedimiento PRO-SCEE-19 capacitación en prevención y control de la rabia en los herbívoros pro-scee-18 vacunación contra la rabia en los herbívoros	Autorización de personas para realizar servicios de prevención de rabia	<p>Presentación formato de solicitud: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A TERCEROS (PERSONA NATURAL O JURÍDICA) PARA REALIZAR ACTIVIDAD OFICIAL DEL SENASA</p> <p>REQUISITOS: Solicitud de autorización y: Médicos Veterinarios, Bachilleres, Técnicos Agropecuarios o Promotores Agropecuarios en Sanidad Animal o Líderes comunales que no tienen vínculo laboral con el SENASA, quienes para realizar actividades zoonositarias, suscriben un convenio con el SENASA.</p>

<p>DS-003-2007-AG: Reglamento para la Prevención y control del Antrax</p>	<p>Autorización de personas para realizar servicios de prevención en Antrax</p>	<p>Presentación formato de solicitud: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A TERCEROS (PERSONA NATURAL O JURÍDICA) PARA REALIZAR ACTIVIDAD OFICIAL DEL SENASA</p> <p>REQUISITOS: Médico Veterinario: Solicitud de autorización adjuntando: a) Constancia de habilidad expedida por el Colegio Médico Veterinario. b) Copia simple del documento de identidad.</p> <p>Profesionales afines, Técnicos Agropecuarios y Promotores Agropecuarios: Solicitud de autorización adjuntando: a) Copia legalizada del Título profesional o título de Técnico agropecuario o constancia de promotor agropecuario. b)Copia simple del documento de identidad. c) Cosntancias o certificados que acrediten experiencia en las labores de vacunación en bovinos, ovinos, caprinos u otras especies susceptibles, por un periodo mínimo de seis (6) meses.</p>
<p>DS-033-2000-AG: Reglamento para el Control y Erradicación de la Brucelosis Bovina</p>	<p>Autorización de personas para realizar servicios de prevención en brucelosis</p>	<p>Presentación formato de solicitud: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A TERCEROS (PERSONA NATURAL O JURÍDICA) PARA REALIZAR ACTIVIDAD OFICIAL DEL SENASA</p> <p>REQUISITOS: Médico Veterinario hábiles y Colegiado según artículo 16, las vacunaciones serán realizadas exclusivamente por médicos veterinarios oficiales o de práctica privada autorizados por el SENASA.</p>
<p>DS-031-2000-AG: Reglamento para el Control y Erradicación de la Tuberculosis Bovina</p>	<p>Autorización de personas para realizar servicios de prevención en tuberculosis</p>	<p>Presentación formato de solicitud: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A TERCEROS (PERSONA NATURAL O JURÍDICA) PARA REALIZAR ACTIVIDAD OFICIAL DEL SENASA</p> <p>REQUISITOS: Médico Veterinario hábiles y Colegiado según artículo 5°, serán realizadas por médicos veterinarios oficiales o de práctica privada autorizados por el SENASA.</p>

<p>DS-031-2000-AG RJ-093-2010-AG- SENASA ANEXO R.J. 093- 2010-AG-SENASA: Normas específicas para la autorización de veterinarios en salud avícola, para el desarrollo de actividades oficiales en el marco de implementación de procedimientos del reglamento del Sistema Sanitario avícola Nacional.</p>	<p>Autorización de profesionales de la práctica privada para realizar actividades oficiales del sistema sanitario avícola</p>	<p>Presentación formato de solicitud: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A TERCEROS (PERSONA NATURAL O JURÍDICA) PARA REALIZAR ACTIVIDAD OFICIAL DEL SENASA</p> <p>REQUISITOS: Para poder ejercer como veterinario autorizado en sanidad avícola se requiere:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ser médico veterinario colegiado y habilitado. b. Asistir y aprobar el curso anual que dicta el SENASA o la institución que el SENASA designe. c. Haber realizado actividades en el sector avícola al menos por 6 meses, el tiempo de experiencia en la actividad se acreditará con constancias de prácticas pre-profesionales, profesionales o contratos sujetos a cualquier régimen laboral y/o contractual. d. No ser director, funcionario o empleado del SENASA, así como tampoco estar contratado por la entidad bajo cualquier modalidad. e. No ser Cónyuges o parientes de los mencionados en el numeral (d) del presente ítem hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad. f. No estar inhabilitado para contratar con el Estado. g. No estar penalizado con la suspensión (durante el período de suspensión) o revocación de la autorización. <p>6. Documentos que acompañan la solicitud.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Copia del certificado de habilidad vigente expedido por el Colegio Médico Veterinario. b. Documento que acredite la experiencia en las actividades realizadas.
<p>Decreto Supremo N° 02-2010-AG: Aprueba el Reglamento del Sistema Sanitario Porcino (RSSP). Anexo 4</p>	<p>Autorización de profesionales de actividad privada, técnicos o promotores agropecuarios y entidades públicas para realizar servicios de prevención oficial contra las enfermedades comprendidas en el sistema sanitario porcino</p>	<p>Presentación formato de solicitud: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A TERCEROS (PERSONA NATURAL O JURÍDICA) PARA REALIZAR ACTIVIDAD OFICIAL DEL SENASA</p> <p>REQUISITOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Para el caso del médico veterinario: <ol style="list-style-type: none"> a. Constancia de habilidad expedida por el colegio médico veterinario. b. Certificados o constancias que acrediten experiencia en labores de vacunación en porcinos, por un periodo mínimo de tres (3) meses c. Declaración jurada de contar con equipos y materiales para la adecuada ejecución de las vacunaciones. <p>La autorización será focalizada mediante la suscripción del convenio con el SENASA.</p> 2. Para el caso de profesionales afines, técnicos agropecuarios y promotores agropecuarios: <ol style="list-style-type: none"> a. Copia del título profesional o título de técnico agropecuario o constancia de promotor agropecuario b. Certificados y constancias que acrediten experiencia en labores de vacunación en porcinos, por un periodo mínimo de un (1) año. d. Declaración jurada de contar con equipos y materiales para la adecuada ejecución de las vacunaciones. <p>La autorización será focalizada mediante la suscripción del convenio con el SENASA.</p>

Elaboración propia

Anexo 24: Manual de procedimientos

El manual de procedimientos establece los documentos para el proceso de autorización a terceros en el SENASA, mediante el cual se establece los documentos necesarios para implementar un sistema de gestión de calidad y estandarizar la ejecución de las actividades necesarias.

Los procedimientos han sido elaborados en base a los requisitos exigidos por la norma 9001 2015, identificándose los siguientes:

Código de documento	Título
PRO-UGCA/TERC-01	Contexto y partes interesadas
PRO-UGCA/TERC-02	Objetivos de calidad y planificación para lograrlos
PRO-UGCA/TERC-03	Determinación, revisión y cambios de requisitos legales u otros aplicables.
PRO-UGCA/TERC-04	Encuestas y satisfacción del cliente
PRO-UGCA/TERC-05	No conformidad y acciones correctivas
PRO-UGCA/TERC-06	Riesgos y oportunidades
PRO-UGCA/TERC-07	Competencia técnica del personal de la UGCA
PRO-UGCA/TERC-08	Plan de comunicación y toma de conciencia
PRO-UGCA/TERC-09	Control documental
PRO-UGCA/TERC-10	Control de registros
PRO-UGCA/TERC-11	Atención de quejas, sugerencias y reclamos
PRO-UGCA/TERC-12	Control de los servicios suministrados externamente
PRO-UGCA/TERC-13	Propiedad del cliente
PRO-UGCA/TERC-14	Autorización a terceros
ITR-UGCA/TERC-01	Ingreso de solicitudes de usuarios del proceso autorización a terceros vía WEB SENASA- STAT
ITR-UGCA/TERC-02	Acceso a documento resolutivo via BPM TUPA
PRO-UGCA/TERC-15	Control de salidas no conformes
PRO-UGCA/TERC-16	Seguimiento, medición, análisis, y evaluación del desempeño.
PRO-UGCA/TERC-17	Auditorías internas
PRO-UGCA/TERC-18	Revisión por la dirección

	OFICINA DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones	
		PRO-UGCA/TERC-01	
	PROCEDIMIENTO: CONTEXTO Y PARTES INTERESADAS	Revisión: 00	Página: 262 de 8

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
	XXXXXXXXXX Especialista	XXXXXXXXXXXXX Director(a) / (e)	XXXXXXXXXXXXX Director General
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			

TABLA DE CONTENIDO

1. Objetivo.
2. Alcance.
3. Referencias.
4. Definiciones.
5. Descripción.
6. Registros.
7. Anexos.

1. OBJETIVO.

Establecer el procedimiento para la identificación de la comprensión del contexto y de las partes interesadas para la implementación del sistema de Gestión de Calidad en el SENASA

2. ALCANCE.

Aplica para realizar la identificación de partes interesadas que están vinculadas a los procesos de autorización a terceros que permitan toma de decisiones y ejecutar acciones para la mejora del proceso.

3. REFERENCIAS.

ISO 9001 2015 Sistema de Gestión de Calidad

David Sanchez Huerta Análisis FODA o DAFO. Octubre 2020

https://books.google.com.pe/books?id=6h0JEAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=MATRIZ+FODA&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=MATRIZ%20FODA&f=false

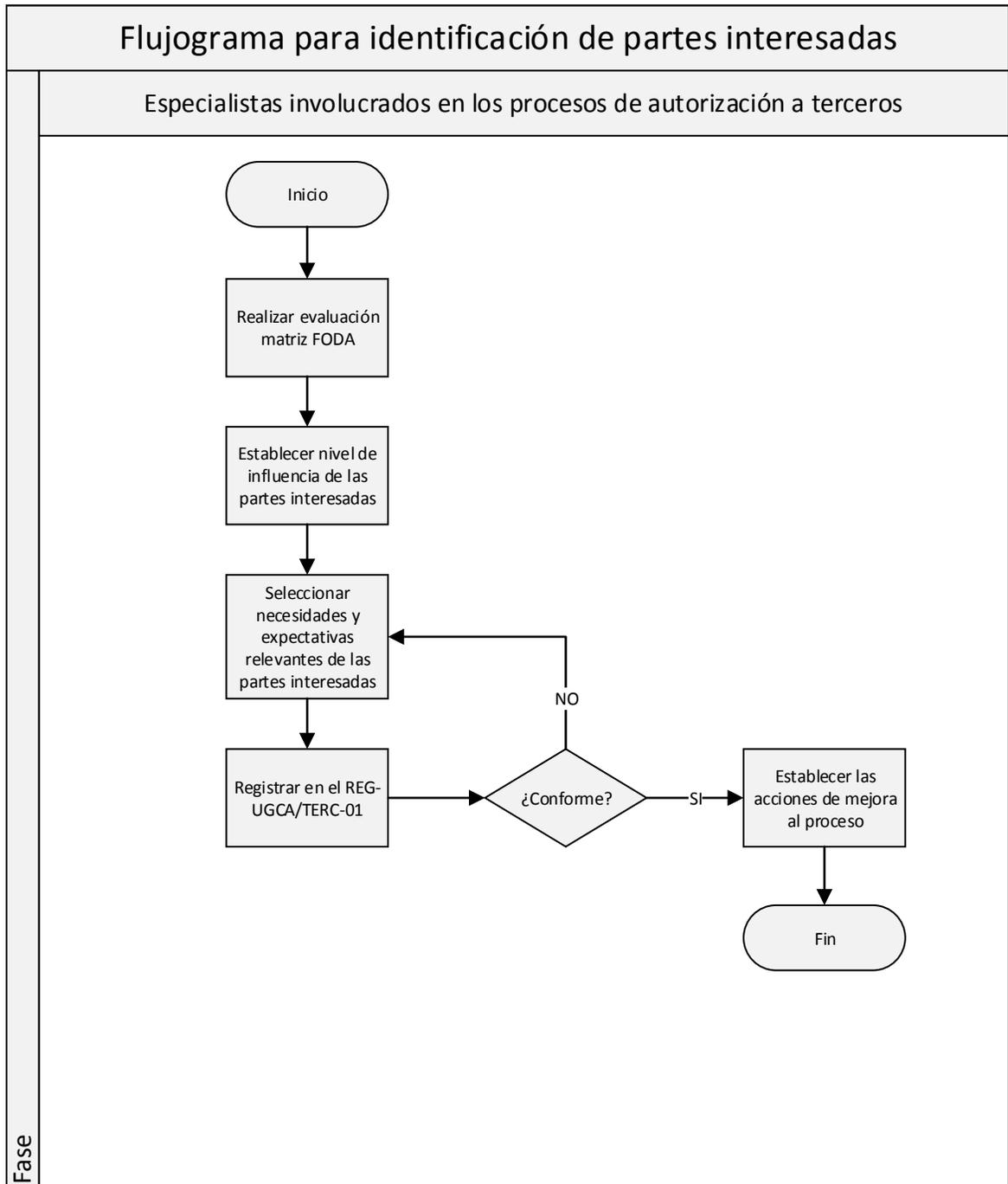
4. DEFINICIONES.

Partes interesadas: Son aquellas que pueden generar riesgo significativo para la sostenibilidad de la organización si sus necesidades y expectativas no se cumplen.

5. DESCRIPCIÓN.

5.1. De la aplicación del procedimiento:

- ✓ El director de la UGCA es responsable de la aprobación del presente procedimiento
- ✓ El personal de la UGCA y especialistas relacionados al proceso de autorización a terceros son responsables de la actualización del presente procedimiento cuando corresponda.
- ✓ La UGCA es responsable de implementar y ejecutar lo establecido en el presente procedimiento.



5.2. Identificación del contexto

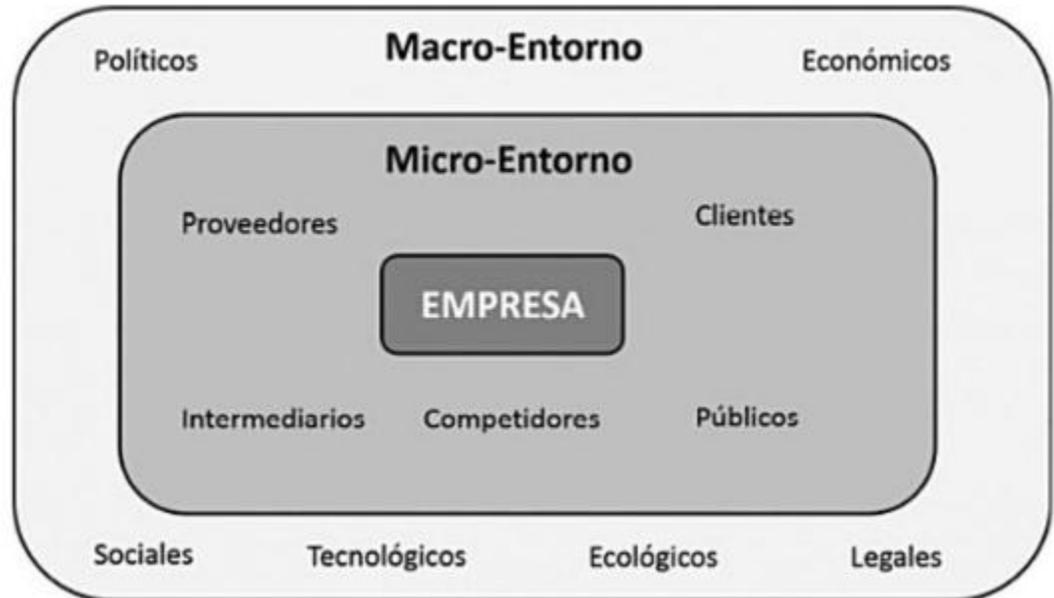
5.2.1. Elaboración de un análisis FODA

Detectar fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas

a. Oportunidades y amenazas (análisis externo)

El análisis externo engloba tanto el análisis de microentorno como el macroentorno en búsqueda de oportunidad y amenazas

Descripción visual análisis externo



Análisis externo macroentorno (PESTEL)

El análisis del macroentorno se encarga de estudiar aquellas variables políticas, económicas, sociales, tecnológicas, ecológicas y legales que afectan a la empresa desde su entorno más lejano y que nos puede ayudar a identificar oportunidades y amenazas.

Es lo que se conoce como análisis PESTEL cada sigla de esta herramienta coincide con cada una de las variables descritas anteriormente:

P: Políticas

E: Económicas

S. Sociales

T: Tecnológicas

E. Ecológicas

L: Legales

Algunos ejemplos de factores que se puede convertir en amenazas u oportunidades vinculadas al macroentorno son:

- Factores políticos:
- Las diferentes políticas de los gobiernos nacionales locales,
- Las subvenciones públicas dependientes de los gobiernos.

- La política fiscal de los diferentes países
- Las modificaciones de los tratados comerciales
- Posibles cambios de partidos políticos

Factores económicos

- Ciclos económicos
- La política económica del gobierno
- La inflación
- Los niveles de renta
- La tasa de desempleo

Factores sociales

- Estructura de edades de la población
- Cambios geográficos de la población
- Estructura familiar en permanente cambio(solteros, parejas sin hijos.)

Factores tecnológicos

- Realidad virtual
- Realizada aumentada
- Impresiones en 3D
- Vehículos autónomos

Factores legales

- Leyes sobre el empleo
- Derechos de propiedad intelectual
- Leyes de salud y seguridad laboral
- Privacidad de los usuarios

Análisis externo del microentorno

El microentorno está formado por las fuerzas del entorno más cercano a la empresa para que se realiza el análisis FAFO o FODA, estamos hablando de proveedores, clientes, públicos intermediarios y competidores. La mejor herramienta para determinar las amenazas y oportunidades del microentorno son las 5 fuerzas de Porter.

- Las amenazas de nuevos competidores entrantes.
- El poder negociador de los clientes
- La amenaza de nuevos productos o servicios sustitutivos
- El poder negociador de los proveedores

Descripción visual 5 fuerzas de Porter



Algunos ejemplos de oportunidades y amenazas vinculados a estas fuerzas del microentorno son:

Amenazas de nuevos competidores entrantes

- Existencia de barreras de entrada.
- Economías de escala
- Valor de la marca
- Coste de cambio
- Requerimiento de capital
- Acceso a la distribución
- Ventajas en la curva de aprendizaje
- Mejoras en la tecnología

Poder negociador de los clientes

- Concentración de compradores respecto a la concentración de compañías
- Posibilidad de negociación, especialmente en industrias con altos costes fijos
- Volumen comprador
- Coste o facilidades del cliente de cambiar de empresa

- Disponibilidad de información para el comprador
- Capacidad de integrarse hacia atrás.

Amenazas de productos sustitutivos

- Sensibilidad del comprador al precio
- Ventaja diferencial
- Propensión del comprador a sustituir
- Precios relativos de los productos sustitutos
- Coste o facilidad de cambio de comprador
- Nivel percibido de diferenciación de producto.

Poder negociador con los proveedores

- Facilidades o costes para el cambio de proveedor
- Grado de diferenciación de los productos del proveedor
- Presencia de productos sustitutivos
- Concentración de los proveedores
- Amenaza de integración vertical hacia adelante de los proveedores.
- Amenaza de integración vertical hacia atrás de los competidores
- Coste de los productos del proveedor en relación con el coste del producto final

Debilidad y fortalezas (Análisis interno)

En la elección y listado de debilidades y fortalezas de una empresa que generen ventajas o desventajas competitivas y que atañan a aspectos organizativos, de recursos, activos, calidad y/o percepción de los consumidores, lo ideal es que este proceso se lleve a cabo internamente y que no sea una única persona la que llega a las conclusiones, sino que se rodee y pida opinión a otras personas involucradas en la situación, como puede ser los miembros del comité de dirección, compañeros, empleados, proveedores, clientes etc.

Tipos de fortalezas

Se trata de aquellos puntos donde estamos bien o incluso mejor que nuestros competidores:

- Propiedad de la tecnología principal
- Capacidad de fabricación
- Capacidad de financiación
- Habilidades y recursos superiores
- Instalaciones modernas
- Coste unitarios bajos
- Buenas rentabilidad

Tipos de Debilidades

Aspectos que limitan o reducen la capacidad de desarrollo efectivo de las estrategias de la empresa y que no por tanto constituyen un serio problema para la organización que debe ser superado.

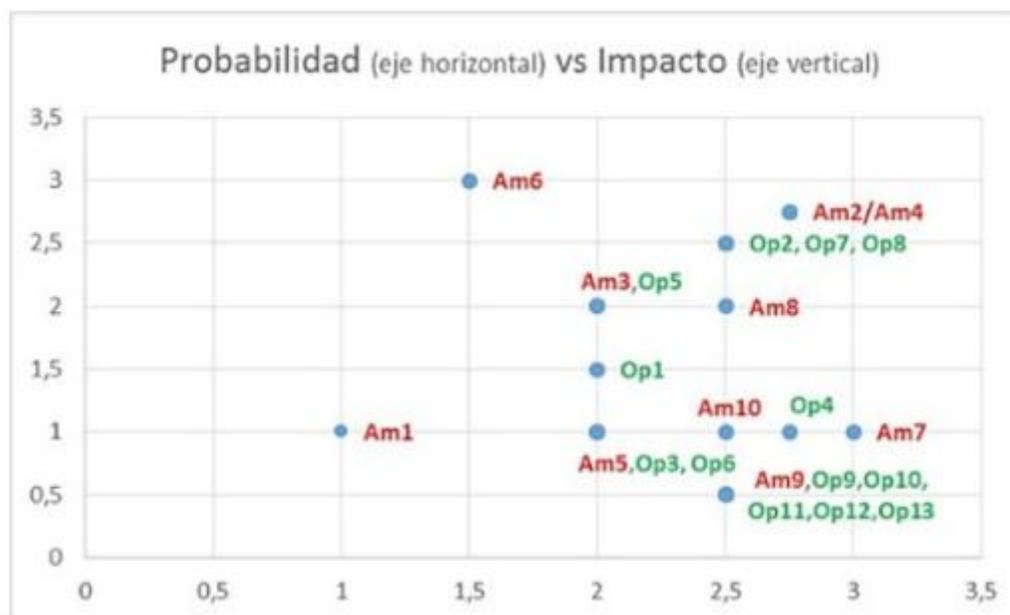
- No hay dirección estratégica clara
- Incapacidad de financiación
- Falta habilidad o capacidades clave
- Atraso I+D
- Exceso problemas operativos internos
- Instalaciones obsoletas
- Costes unitarios elevados
- Rentabilidad insuficiente

Seleccionar las debilidad, fortalezas, oportunidades y amenazas más relevantes

Tras el análisis de microentorno y el macro entrono, una vez tenemos todas las oportunidades y amenazas listadas, el siguen paso es asignas a cada una una puntuación del 0 al 3 en cuanto a la probabilidad que se materialicen en un futuro cercano, y que hagamos lo mismo según el impacto que causaría (positivo en el caso de las oportunidades y negativo en el caso de las amenazas). Así podernos eliminar aquellas menos importantes y quedarnos solo con las más relevantes.

Mostramos a continuación y a modo de ejemplo un gráfico donde se pueden ver todas las amenazas y oportunidades representadas en función de su grado de probabilidad e impacto.

Ejemplo matriz amenazas y oportunidades



Nos quedamos solo con las 4 oportunidades y con las 4 amenazas mas importantes, ya que sino corremos el riesgo de perder foco.

Filtrar las debilidades y las fortalezas, se debe hacer por el grado de impacto, tanto positivo como negativo, que esas fortalezas y debilidades suponen para la consecución del objetivo planteado.

Completar la matriz FODA

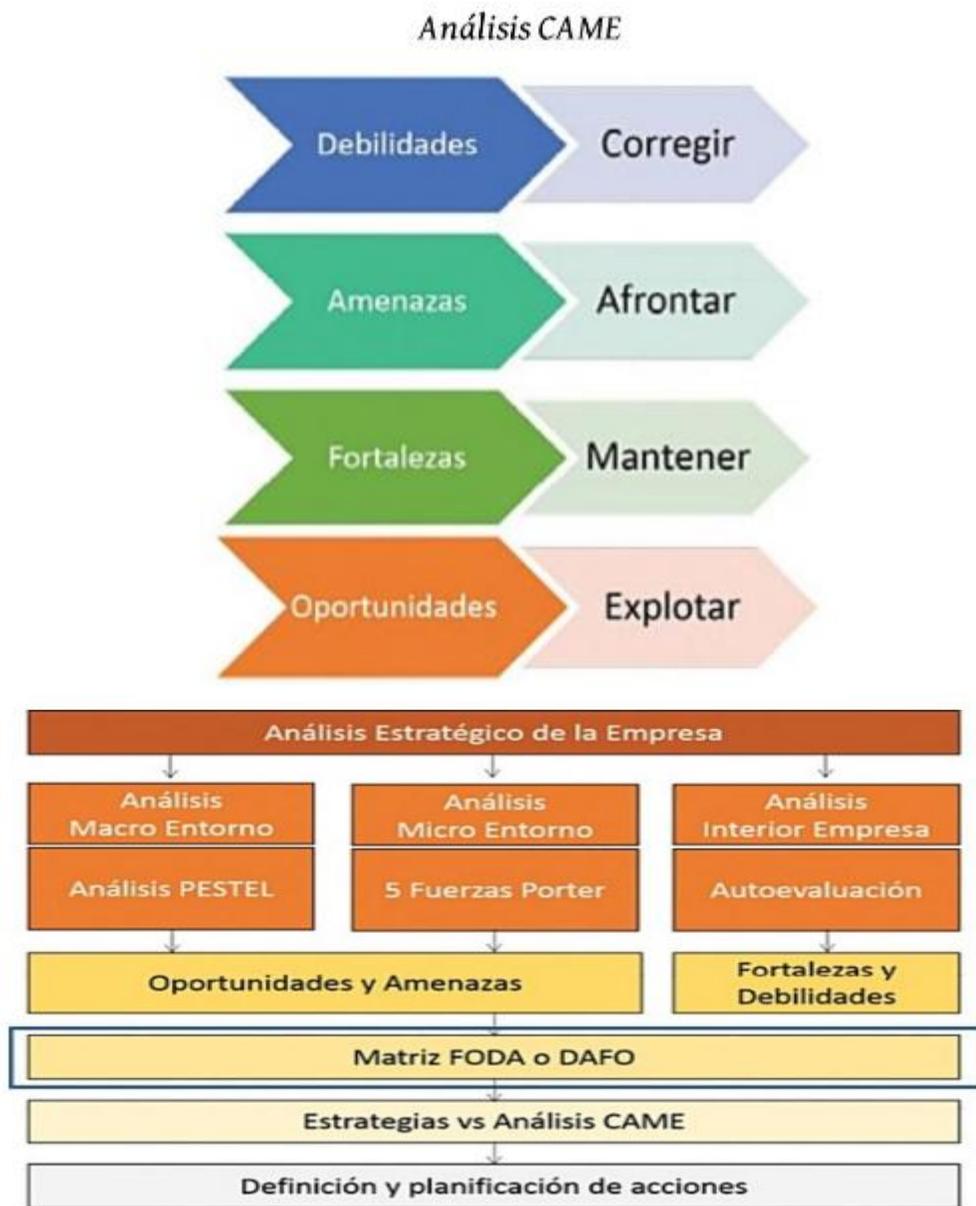
Una vez que tenemos todas las debilidades, fortalezas, oportunidades y amenaza seleccionadas, cumplimentamos.

Análisis CAME

Esta fase consiste en realizar el análisis CAME. Este análisis es fundamental para saber cómo actuar ante las debilidades, fortalezas y amenazas identificadas

Lo que dice el análisis CAME es que las debilidades hay que corregirlas (C) las amenazas hay que afrontarlas (A), las fortalezas

Hay que mantenerlas(M) y las oportunidades hay que explotarlo (E).



Antes de definir y priorizar que acciones implementar es fundamental que se entienda cuál es la estrategia de la empresa que en función de la misma puede ser que prioricemos corregir debilidades, afrontar amenazas, mantener fortalezas o explotar oportunidades. Ejemplos:

Estrategias defensivas

Buscan evitar que empeore nuestra situación actual en este tipo de estrategias predominarán las acciones enfocadas en afrontar amenazas y mantener fortalezas.

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

Estrategia ofensiva

Buscan mejora nuestra situación actual en este tipo de estrategia predominarán las acciones enfocadas a explotar las oportunidades y mantener las fortalezas

Estrategia de reorientación

Buscan transformar la situación haciendo cambios que eliminen las debilidades y creen nuevas fortalezas predominan las acciones enfocadas a corregir debilidades y explotar oportunidades.

Estrategia de supervivencia

Busca eliminar los aspectos negativos que nos perjudican predominar las acciones enfocadas a corregir las debilidades y afrontar amenazas.

Estrategias de una empresa y correlación con análisis CAME



Definir e implementar acciones

Una vez realizado los pasos anteriores tenemos que definir un listado de acciones en detalle para cada fortaleza, debilidad, oportunidad y amenaza listada que priorizaremos en función de la estrategia de la compañía.

5.3. Identificación de las partes interesadas

El proceso de identificación y actualización de las partes interesadas se debe realizar cada año relacionado al punto 4.2 del manual de calidad.

Realizar un **Brainstorming** a fin de identificar las partes interesadas a través del cual los especialistas (responsables de los procesos) lancen ideas relacionadas a los procesos de autorización a terceros para luego ser valoradas.

Se puede considerar:

Externas: Sociedad, usuarios, productores, dependencias, Municipalidad,

Internas: personal, sindicatos, auditores, clientes

También se puede tomar en cuenta:

- ✓ Usuarios finales
- ✓ Proveedores externos
- ✓ Organizaciones no gubernamentales
- ✓ Revisión del servicio ofrecido
- ✓ Elaboración de encuestas a los usuarios
- ✓ Necesidad y expectativas de los usuarios.
- ✓ Requisitos de los clientes
- ✓ Requisitos legales
- ✓ Obligaciones que surgen de los convenios

5.4. Buscar información y datos de las partes interesadas elegidas a fin de evaluar el impacto que puedan tener el proceso de autorización a terceros en el SENASA.

5.5. Establecer cuál es el nivel de influencia que tiene dicha parte interesada para el proceso de autorización a terceros según:

GRADO	NIVEL DE INFLUENCIA
A	ALTO
B	INTERMEDIO
C	BAJO

Donde:

Alto: Alta relevancia con el proceso para lo cual se debe: coordinar reuniones o encuestas a fin de atender requisitos necesarios para la satisfacción del usuario interno o externo.

Intermedio: Relevancia intermedia con el proceso: brindar apoyo con información relevante a fin de mantenerlos satisfechos.

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

Bajo: Relevancia baja con el proceso: realizar comunicaciones sobre el proceso.

5.6. Establecimiento de necesidades y expectativas de partes interesadas

- Realizar brainstorming a fin de determinar necesidades y expectativas de dichas partes interesadas
- Los especialistas dueños de proceso autorización terceros o vinculados seleccionan las necesidades y expectativas relevantes.

Se registra den el formato partes interesadas. REG-UGCA/TER-01 Partes interesadas

5.7. Acciones a tomar

Establecido el nivel de influencia y las necesidades de las partes interesadas identificadas se debe tomar acciones que permitan la mejora continua del proceso.

6. REGISTROS.

REG-UGCA/TER-01 Partes interesadas

7. ANEXOS.

No aplica.

REG-UGCA/TER-01 Partes interesadas

IDENTIFICACIÓN DE PARTE INTERESADA	INTERACCIONES CON EL PROCESO	TIPO DE CLIENTE	NIVEL DE INFLUENCIA	REQUISITOS SOLICITADOS		ACCIONES DE MEJORA CONTINUA		OBSERVACIONES Y SEGUIMIENTO DE LA MEJORA CONTINUA
				NECESIDADES	EXPECTATIVAS	PLAN DE ACCION	RESPONSABLES	
MUNICIPALIDAD		INTERNO				Incluir en normativa		
USUARIO		EXTERNO				Como requisito necesario		
PERSONAL						Realizar comunicación a la Parte interesada		

	OFICINA DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones
		PRO-UGCA/TERC-02

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
	XXXXXXXXXX Especialista	XXXXXXXXXXXX Director(a) / (e)	XXXXXXXXXXXX Director General
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			

TABLA DE CONTENIDO

1. Objetivo.
2. Alcance.
3. Referencias.
4. Definiciones.
5. Descripción.
6. Registros.
7. Anexos.

1. OBJETIVO.

Establecer los objetivos de la calidad y la planificación para lograrlos los cuales son establecidos en funciones, procesos o niveles importantes para el proceso de autorización a terceros a fin de asegurar la eficacia de la política de calidad del SENASA.

2. ALCANCE.

Aplicable a nivel del proceso de autorización a terceros en el SENASA.

3. REFERENCIAS.

ISO 9001 2015 Sistema de Gestión de la calidad – Requisitos.

4. DEFINICIONES.

Política de Calidad: Política relativa a la calidad la cual es coherente con la política global de la organización, puede alinearse con la visión y la misión de la organización y proporciona un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos de la calidad.

Objetivos de calidad: Se basan en la política de calidad y se especifican para las funciones, niveles y proceso pertinentes de la organización

5. DESCRIPCIÓN.

5.1. Responsabilidades

- ❖ El director de la UGCA es responsable de la aprobación del presente procedimiento.
- ❖ El personal de la UGCA es responsable de la implementación del presente procedimiento, así como de su actualización cuando corresponda.
- ❖ El personal del SENASA es responsable de ejecutar lo establecido en el presente procedimiento.

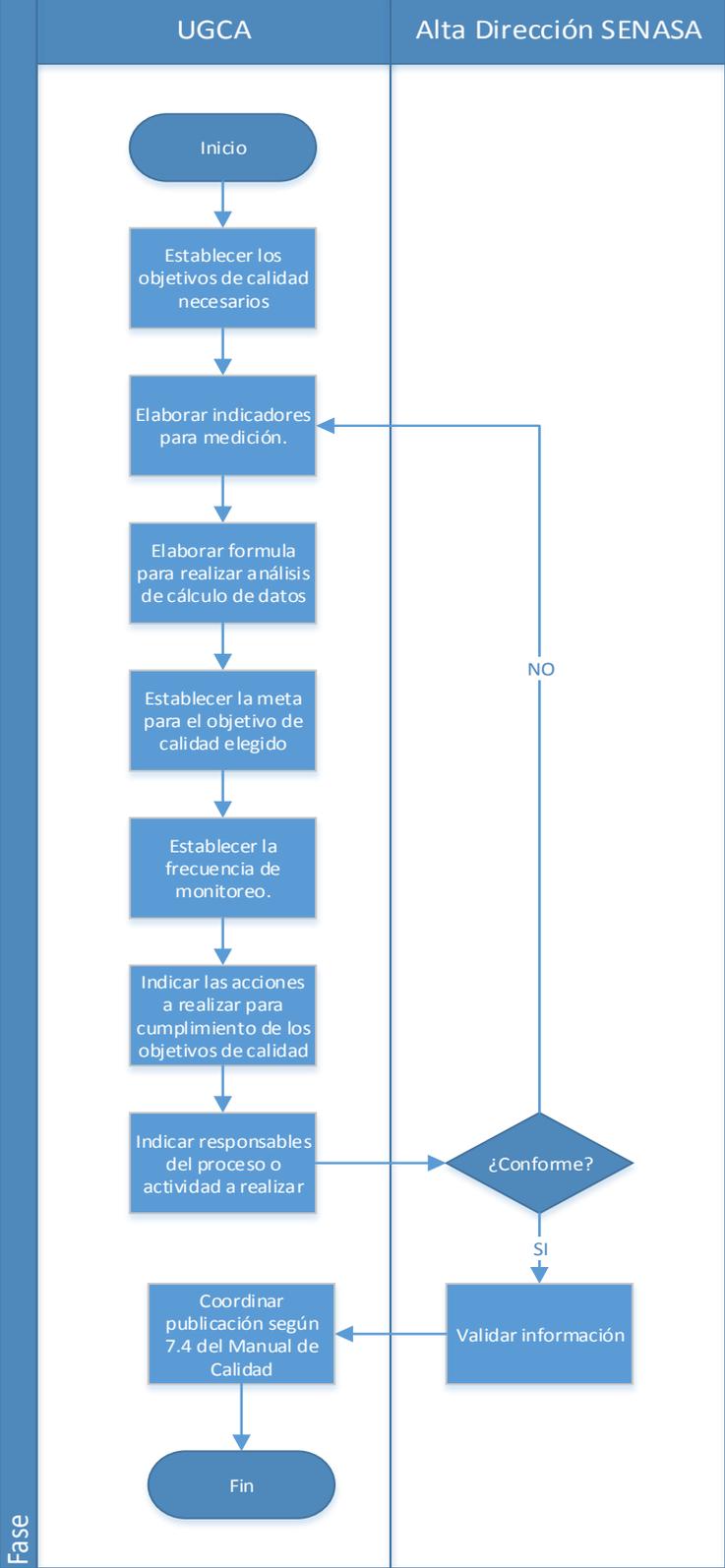
5.2. Generalidades

- ✓ Los objetivos de calidad son coherentes con la política de calidad establecidas en el punto 5.2.1 del manual de calidad.
- ✓ Para lograr resultados deseables estos son medibles en un periodo de tiempo con el fin de mejorar la satisfacción de los usuarios del servicio a través de la entrega a tiempo del documento resolutivo(convenio).
- ✓ Se realiza el seguimiento para identificar progreso o resultados deseados lo cual se logra a través de la retroalimentación del usuario o revisiones por la dirección.
- ✓ La comunicación de los objetivos de calidad se realiza según lo indicado en el punto 7.4 del manual de calidad.
- ✓ La actualización de los objetivos de calidad y los resultados serán realizados por la alta dirección anualmente.

5.3. Para establecer los objetivos de calidad y la planificación para lograrlos el SENASA para el proceso de Autorización a terceros se aplica el formato REG-UGCA/TERC-02 Registro objetivos de calidad donde se establece los siguientes campos:

- 1. Objetivo:** Los objetivos incluidos deben ser coherentes con la política de calidad del SENASA y establecer evidencias medibles.
- 2. Indicador:** Permite medir los objetivos a fin de realizar la interpretación la situación en un momento determinado, lo cual servirá para la toma de decisiones posteriores.

Flujograma para objetivos de calidad y planificación para lograrlos



Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

3. **Formula:** La expresión breve que permite expresar la relación de una o mas variables para realizar un cálculo de datos.
4. **Meta:** Representa a donde se quiere llegar y hacia donde dirigimos nuestras acciones y a donde se quiere llegar con un indicador.
5. **Frecuencia de monitoreo:** Aquí se establece la cantidad de veces que se realiza como seguimiento el análisis y recolección de data la cual puede ser semestral o anual.
6. **Acciones a realizar:** Son las acciones que se deben tomar en cuenta para cumplimiento de lo establecido para la atención de los objetivos de calidad.
7. **Responsable:** Donde se considera a los responsables del proceso o actividad.
8. **Recursos necesarios:** Donde se indican que recursos se requieren para el cumplimiento de los objetivos.
9. Posteriormente de incluir los objetivos de calidad elegidos deben ser validados por la alta dirección
10. Si es conforme serán publicados en la web del SENASA para conocimiento del personal según lo indicado en el punto 7.4 del manual de calidad.

6. REGISTROS.

REG-UGCA/TERC-02 Registro objetivos de calidad.

7. ANEXOS.

Objetivos de calidad para el proceso autorización a terceros.

REG-UGCA/TERC-02 Registro objetivos de calidad.

N°	Objetivo de calidad	Indicador	Fórmula	Meta	Frecuencia de monitoreo	Actividad/función, proceso	Responsable	Recursos requeridos

Objetivos de calidad para el proceso autorización a terceros.

Objetivo de calidad	nombre del Indicador de referencia	Formulación	Meta esperada	Periodicidad de moniterio	Actividades realizadas	Responsables	Recursos
Mejora en la Percepción del cliente	Cantidad de reclamos solucionados a los usuarios	Cantidad de reclamos solucionados X 100 Cantidad de reclamos atendidos	> 90%	Mensual	Establecida con el procedimiento atención de reclamos	Unidad de Calidad y Autorizaciones Secretaría Técnica	Equipos de computo, Software, Internet, Energía eléctrica, telefonía, Utiles de escritorio
	Agilizar la atención de solicitudes en los plazos para el servicio	Cantidad de solicitudes atendidas en el plazo x100 Cantidad de solicitudes recibidas para atención	= 100%	Mensual	Realizar el seguimiento a la trazabilidad de solicitudes atendidas	Unidad de Calidad y Autorizaciones	Equipos de computo, Software, Internet, Energía eléctrica, telefonía, Utiles de escritorio
	Asignación de recursos necesarios para el cumplimiento del proceso de autorizados	Gasto realizado X100 Gasto programado	< 100%	Anual	Seguimiento a los recursos necesarios personas y/o equipos,software, para el cumplimiento del proceso	Unidad de Calidad y Autorizaciones Unidad de Logística	Equipos de computo, Software, Internet, Energía eléctrica, telefonía, Utiles de escritorio
	Reducción de observaciones registradas durante la atención del servicio	Observaciones registradas X 100 total de solicitudes recibidas	< 10%	Mensual	Hacer seguimiento de observaciones identificadas en el proceso de atención de solicitudes.	Unidad de Calidad y Autorizaciones Organos involucrados	Equipos de computo, Software, Internet, Energía eléctrica, telefonía, Utiles de escritorio
Inculcar cultura de calidad en el personal del SENASA	Personal del SENASA capacitado en temas de calidad.	Total de capacitados dentro del SGC X 100 total personal dentro del SGC.	> 80%	Anual	Seguimiento a la programación de capacitaciones en temas de calidad del personal del SENASA	Unidad de Calidad y Autorizaciones Unidad de Recursos Humanos, Organos involucrados	Equipos de computo, Software, Internet, Energía eléctrica, telefonía, Utiles de escritorio
Promover la mejora continua en el SENASA	Atención y cierre de No conformidades (NC) y acciones correctivas (AC) presentadas en el SGC	NC o AC cerradas X 100 NC o AC correctivas abiertas	= 100%	Semestral	Realizar el seguimiento a las acciones correctivas por auditorias internas, auditorias externas, por hallazgo de personal o por percepción de los clientes y derivadas en acciones de mejora por analisis de la revisión por la dirección.	Unidad de Calidad y Autorizaciones Organos de linea competentes, Organos involucrados	Equipos de computo, Software, Internet, Energía eléctrica, telefonía, Utiles de escritorio
	Mejoras implementadas por la Alta Dirección dentro del SGC	Total de acciones de mejora implementadas X 100 Total acciones de mejora identificadas por la AD	= 100%	Anual			

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

	OFICINA DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones	
		PRO-UGCA/TERC-03	
	PROCEDIMIENTO: DETERMINACIÓN, REVISIÓN Y CAMBIOS DE REQUISITOS LEGALES U OTROS APLICABLES	Revisión: 00	Página: 281 de 7

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
	XXXXXXXXXX Especialista	XXXXXXXXXXXX Director(a) / (e)	XXXXXXXXXXXX Director General
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			

TABLA DE CONTENIDO

1. Objetivo.
2. Alcance.
3. Referencias.
4. Definiciones.
5. Descripción.
6. Registros.
7. Anexos.

1. OBJETIVO.

Describir las actividades de determinación, revisión y cambios en los requisitos legales y otros aplicables, así como el seguimiento para su cumplimiento según lo establecido en el sistema de gestión de calidad del SENASA.

2. ALCANCE.

Se aplica al proceso de autorización terceros y los procesos vinculados a este.

3. REFERENCIAS.

ISO 9001 2015 Sistema de gestión de calidad - Requisitos

4. DEFINICIONES.

Requisitos legales: Leyes, reglamento, decretos, etc, aplicables, que son promulgadas por el estado, gobiernos regionales o locales o ministerios.

Requisitos de partes interesadas: Requisitos de Individuos o grupos que se ven afectados por el sistema de gestión de calidad del SENASA vinculados al proceso de autorización a terceros y aquellos procesos vinculados a este.

Otros requisitos: Normas que están vinculadas al servicio consideradas importantes para mejorar el sistema de gestión de calidad del SENASA, (Normas internacionales, normas reguladoras de otros sectores aplicables o acuerdos con las partes interesadas).

OAJ: Oficina de asesoría jurídica del SENASA.

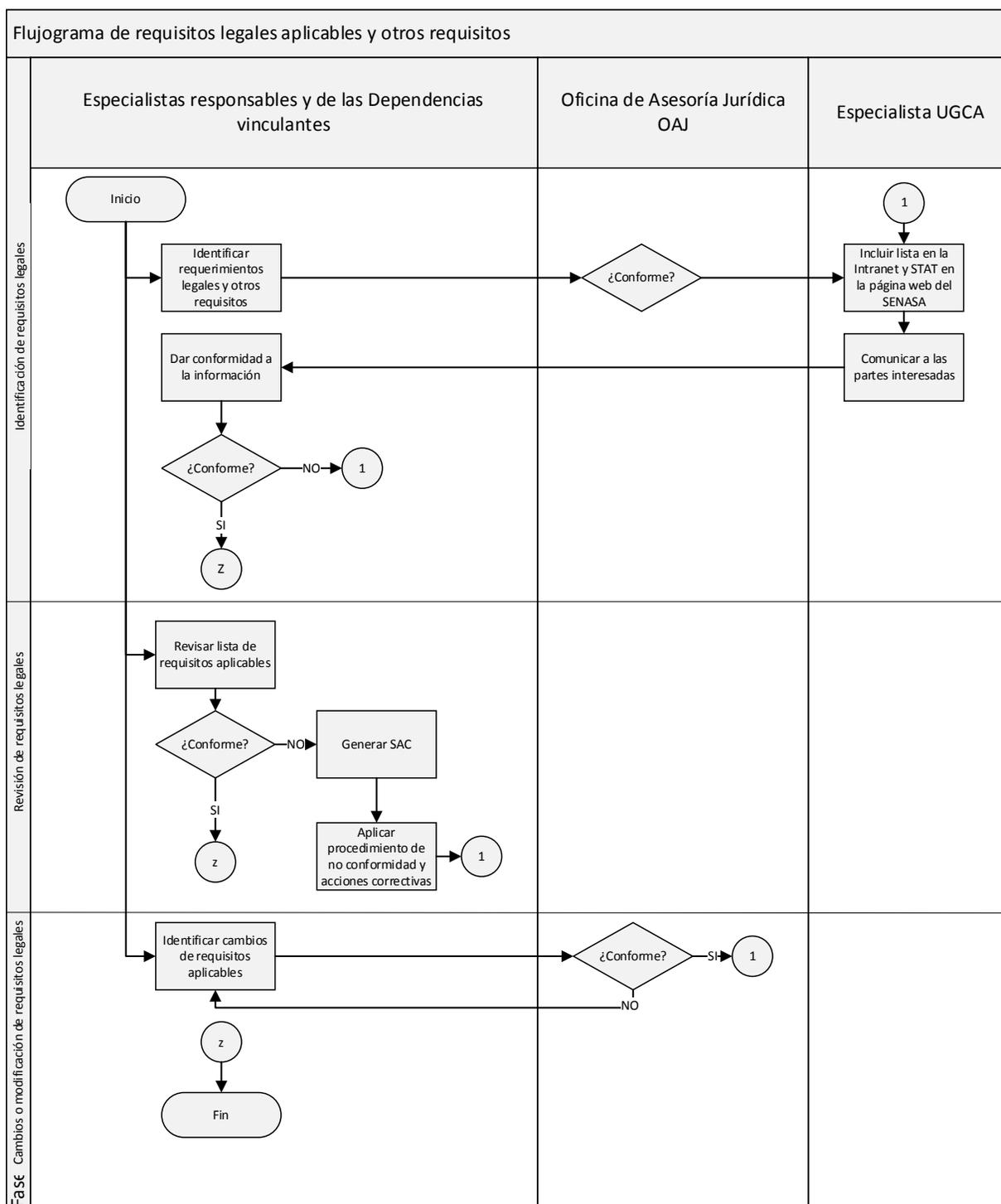
BPM STD: Sistema de trámite documentario.

5. DESCRIPCIÓN.

5.1. Responsabilidades:

- ✓ El director de la UGCA es responsable de la aprobación del presente procedimiento
- ✓ El personal de la UGCA es responsable de la implementación del presente procedimiento, así como de su actualización cuando corresponda.

- ✓ El personal del SENASA es responsable, así como responsables de los procesos vinculados al proceso deben ejecutar lo establecido en el presente procedimiento.
- ✓ LA OAJ es responsable de brindar orientación en términos legales a las áreas vinculantes según sus funciones.



Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

5.2. Procedimientos de actividades

5.2.1. Determinación de requisitos aplicables

- ✓ El/los especialista/s responsable/s registran los requerimientos legales vinculantes al proceso terceros, para realizar dicha identificación puede apoyarse en el diario oficial “El Peruano”, documentación elaborada por autoridades competentes relacionadas con el SENASA y las normas de los servicios ofrecidos para autorizarse como tercero, con la orientación de la Oficina de Asesoría Jurídica (OAJ) a fin de compilar la información requerida.
- ✓ La identificación es realizada con el N° normativo, nombre y fecha de promulgación, vigencia, derogación, así como la descripción resumida de dicha norma.
- ✓ Los requisitos de las partes interesadas son identificados por el Director de la UGCA o el especialista asignado a través de medios pertinentes para recibir dicha información. (correos, memos, etc.)
- ✓ La información establecida es comunicada a las partes interesadas mediante el STAT (Sistema de trámite de autorización a terceros) en la página web del SENASA o es comunicado cuando sea pertinente, los requisitos son registrados en el REG-UGCA/TERC-03 Lista de requisitos legales aplicables y otros requisitos.
- ✓ Los requisitos legales aplicables son aprobados por la UGCA, Unidades responsables vinculantes al proceso de autorización a terceros y la Oficina de Asesoría Jurídica quien da su conformidad final.
- ✓ La aplicabilidad de los requisitos legales y su cumplimiento se dan a través de normas, procedimientos y/o instructivos aprobados en el Intranet en la página web del SENASA, los cuales se encuentran vinculados al STAT para conocimiento.

Otros requisitos legales no obligatorios

Son denominados a aquellos requisitos adoptados por propia iniciativa del SENASA o por acuerdos con las partes interesadas, los cuales deben ser evaluados por los responsables de los procesos vinculantes y la Oficina de asesoría jurídica para su conformidad.

5.2.2. Revisión de requisitos legales aplicables

Los especialistas de la UGCA o especialistas vinculados al proceso de autorización a terceros realizan la revisión de los requisitos legales aplicables anualmente a fin de verificar su cumplimiento tanto en las actividades como en los resultados esperados.

De no cumplirse los requisitos legales aplicables revisados con el registro REG-UGCA/TER-04 revisión de requisitos aplicables u otros requisitos se genera una solicitud de acciones correctiva con el REG-UGCA/TERC-06 Solicitud de no conformidad aplicando el PRO-UGCA/TERC-05 No conformidad y acciones correctivas. Los resultados son incluidos en un informe a fin sirva como retroalimentación para la revisión por la dirección.

5.2.3. Cambios de requisitos legales aplicables

El especialista responsable de la UGCA en coordinaciones con los especialistas involucrados en el proceso o por comunicación y asesoría de la Oficina de asesoría Jurídica OAJ (sobre Leyes derogadas o modificadas) mantienen actualizada los datos de normatividad vigente, de identificarse cambios o nuevos requisitos aplicables, se registran en el REG-UGCA/TERC-27 Control de cambios estos deben ser finalmente incluidos en el REG-UGCA/TERC-03 Lista de

requisitos legales aplicables y otros requisitos, posteriormente son comunicadas a las partes interesadas a través de correo electrónico, capacitaciones o reuniones de trabajo o través de la pagina web del SENASA.

La lista REG-UGCA/TERC-03 Lista de requisitos legales aplicables y otros requisitos obtenida por la realización de las actividades previas son incluidas en el sistema de trámite STAT en la página web del SENASA como información abierta a las partes interesadas

6. REGISTROS.

REG-UGCA/TERC-03 Lista de requisitos legales aplicables y otros requisitos.

REG-UGCA/TER-04 revisión de requisitos aplicables u otros requisitos

REG-UGCA/TER-24 Control para la operación del servicio

REG-UGCA/TERC-27 Control de cambios

7. ANEXOS.

No aplica.

REG-UGCA/TERC-03 Lista de requisitos legales aplicables y otros requisitos.

LISTA DE REQUISITOS LEGALES APLICABLES Y OTROS REQUISITOS											
N° NORMATIVO ARTICULO	NOMBRE	FECHA DE PROMULGACIÓN	VIGENTE				DESCRIPCIÓN	DEROGADO			
			SI		NO			SI		NO	
			SI		NO			SI		NO	
			SI		NO			SI		NO	
			SI		NO			SI		NO	
			SI		NO			SI		NO	
			SI		NO			SI		NO	
			SI		NO			SI		NO	
			SI		NO			SI		NO	
			SI		NO			SI		NO	

REVISADO POR:

OFICNA DE ASESORÍA
JURÍDICA:

NOMBRE CARGO FECHA FIRMA

UNIDAD DE GESTIÓN DE
CALIDAD:

NOMBRE CARGO FECHA FIRMA

UNIDADES
INVOLUCRADAS:

NOMBRE CARGO FECHA FIRMA

NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA

REG-UGCA/TER-04 revisión de requisitos aplicables u otros requisitos

REVISIÓN DE REQUISITOS LEGALES APLICABLES Y OTROS REQUISITOS													
N° NORMATIVO / ARTICULO	NOMBRE	EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO						EMISIÓN DE SAC					
		CUMPLIMIENTO LEGAL			OBSERVACIONES								
		SI		N O					SI		N O		
		SI		N O					SI		N O		
		SI		N O					SI		N O		
		SI		N O					SI		N O		
		SI		N O					SI		N O		
		SI		N O					SI		N O		

REVISADO POR: _____

CARGO: _____

REG-UGCA/TER-24 Control para la operación del servicio

N°	SENASA	CONTROL PARA LA OPERACIÓN DEL SERVICIO							
	PROCESO	REQUISITOS DEL CLIENTE	CRITERIO DE ACEPTACIÓN	RECURSOS NECESARIOS	CONTROLES ESTABLECIDOS	RESPONSABLE	COMENTARIOS	REQUISITOS LEGALES DE CUMPLIMIENTO	REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA ORGANIZACIÓN
1	Recepción documental								
2	Verificación, evaluación y emisión de documentos resolutivos								
3	Publicación								
4	Seguimiento de vigencia de autorizados								

REG-UGCA/TERC-27 Control de cambios

SENASA	CONTROL DE CAMBIOS						
NOMBRAR PROCESO O ACTIVIDAD RELACIONADA:							
FECHA PROPUESTA DE CAMBIO:							
CAMBIOS PROPUESTOS	PROPÓSITO DEL CAMBIO	RESPONSABLE DEL CAMBIO	REVISADO POR:	¿APLICA CAMBIO? SI / NO	APROBADO POR:	DIFUSIÓN REALIZADA EN FECHA:	
1							
2							
3							
4							

	OFICINA DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones	
	PROCEDIMIENTO ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL CLIENTE	PRO-UGCA/TERC-04	
		Revisión: 00	Página: 288 de 439

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
	XXXXXXXXXX Especialista	XXXXXXXXXXXXX Director(a) / (e)	XXXXXXXXXXXXX Director General
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			

TABLA DE CONTENIDO

1. Objetivo.
2. Alcance.
3. Referencias.
4. Definiciones.
5. Descripción.
6. Registros.
7. Anexos.

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

1. OBJETIVO.

Establecer la metodología para medir el grado de satisfacción de los usuarios del servicio de autorización a terceros a fin sirva de insumo para la toma de decisiones y mejora continua del servicio ofrecido y si se han cumplido sus necesidades y expectativas.

2. ALCANCE.

Aplica al proceso de autorización a terceros y aquellos procesos vinculados a este.

3. REFERENCIAS.

ISO 9001 2015 Sistema de Gestión de Calidad – Requisitos

4. DEFINICIONES.

Usuario: Solicitante del servicio al cual desea aplicar como tercero autorizado así como clientes internos vinculados a los procesos o servicio.

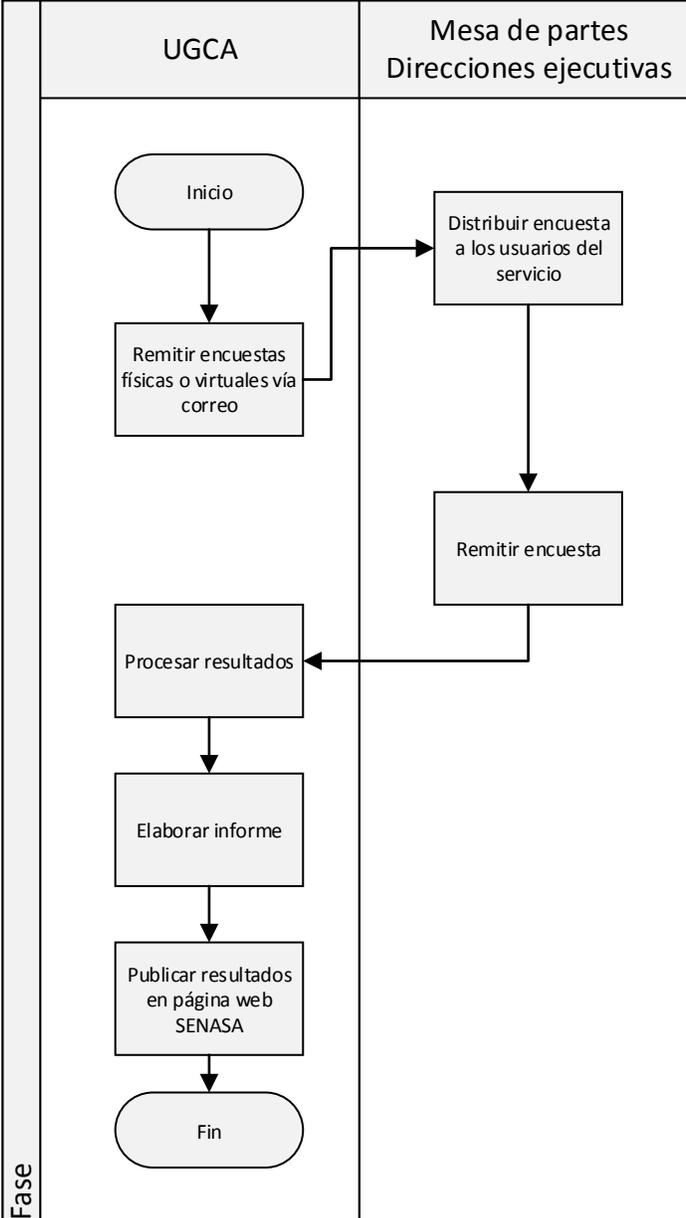
Solicitud de acción correctiva: para el presente procedimiento para el tratamiento de no conformidades y oportunidades en el servicio ofrecido que puedan derivarse del análisis de las encuestas.

5. DESCRIPCIÓN.

5.1. Responsabilidades:

- ❖ El director de la UGCA es responsable de la aprobación del presente procedimiento
- ❖ El personal de la UGCA encargado es responsable de la implementación del presente procedimiento, así como de su actualización cuando corresponda.
- ❖ El personal de la UGCA de cumplir lo establecido en el presente procedimiento.

Flujograma para Encuesta de satisfacción el cliente



5.2. Para la atención de información del cliente, se ha tomado en cuenta distintos métodos los cuales permiten obtener data para su posterior análisis:

- ✓ Atención de quejas sugerencias
- ✓ Comunicación vía correo con el cliente
- ✓ Quejas
- ✓ consultas

5.3. Las encuestas son realizadas una vez al año tanto a los clientes dentro del Sistema de Gestión de Calidad y vinculados a los procesos de autorización a terceros.

5.4. Las encuestas pueden ser virtuales o físicas procesadas de la misma manera.

5.5. A través del REG-UGCA/TERC-05 Encuesta de satisfacción del cliente

5.6. Las encuestas son remitidas vía correo a los clientes.

5.7. Posterior a recibida la información se procesa en una hoja Excel a fin de evaluar los resultados.

5.8. Las encuestas tanto física como virtuales se identifican con un número correlativo según sean recibidas.

Nota: Las encuestas físicas se realizan en mesa de partes de cada Dirección ejecutiva o en la Sede Central cuando reciben su convenio o realizan su trámite para acceder al servicio de autorización a terceros.

5.9. Los resultados son tratados de la siguiente manera:

-  Si el resultado está del 8 al 10 se considera aceptable el servicio relacionado a la pregunta realizada.
-  Si el resultado está del 5 al 7 se considera que el servicio es aceptable, pero se considera que el servicio cumple con un límite de aceptación. Para lo cual se analiza las preguntas vinculadas a fin de establecer correcciones.
-  Si el resultado está del 2 al 4 se considera que se están incumpliendo algunos requisitos solicitados por el cliente para lo cual se establece una solicitud e acción correctiva.
-  Si el resultado es 1 se considera que no se cumple los requisitos solicitados por el usuario, lo cual genera una no conformidad en el servicio, debe ser tratado a través de una solicitud de acción correctiva u oportunidad de mejora.

En relación a las preguntas o recomendaciones del 11 al 13 permiten medir en que aspectos se puede ir mejorando tanto el SENASA como el proceso lo cual sirve como entrada para la revisión por la dirección a fin de establecer mejoras de corresponder.

- 5.10.** Posteriormente se realiza un informe sobre los resultados obtenidos a fin sirva de insumo para la revisión por la dirección de corresponder.
- 5.11.** En el caso se genere no conformidades con el servicio se documenta a través del REG-UGCA/TERC-06 solicitud de no conformidad y acciones correctivas, para su tratamiento, análisis, seguimiento y cierre.
- 5.12.** Los resultados son publicados en la página web del SENASA a fin el usuario tome conocimiento de los cambios o mejoras realizados al proceso.

6. REGISTROS.

REG-UGCA/TERC-05 Encuesta de satisfacción del cliente

7. ANEXOS.

No aplica.

REG-UGCA/TERC-05 Encuesta de satisfacción al cliente

la encuesta tiene por objetivo medir la satisfacción del cliente bajo el sistema de gestión de calidad marcar con una X del 1 al 10 según las preguntas expuestas. Tomar solo una opción para su respuesta por cada pregunta. Dígito alto para muy satisfecho, dígito bajo si no estuvo satisfecho, en el caso de no tener ninguna opinión deje el espacio vacío.

Preguntas	Muy satisfecho					Insatisfecho				
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
CALIDAD EN EL SERVICIO OFRECIDO										
1.- ¿El convenio fue emitido cumpliendo los requisitos técnicos?										
2.- ¿El documento resolutivo es claro a su entendimiento?										
3.- ¿El documento resolutivo le fue entregado en el plazo previsto?										
4.- ¿Se cumplió con el tiempo para la gestión de su trámite?										
COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE										
5.- ¿Le resultó sencillo comunicarse con los especialistas que intervienen en el trámite del servicio?										
6.- ¿Los especialistas encargados del servicio ha solucionado telefónicamente o vía correo sus consultas?										
7.- ¿Se cumplió con la atención de sus reclamos?										

8.- ¿Se cumplió con el trámite y se siente atendido?										
INFORMACIÓN GENERAL										
9.- ¿Conoce todos los servicios ofrecidos relacionado a autorizaciones a terceros?										
10.- ¿Qué opinión posee con la información brindada en la página web del SENASA en relación al servicio de terceros autorizados?										
11. ¿En qué aspectos cree que debe mejorar SENASA? - -										
12 ¿En qué aspectos cree que debe mejorar al servicio de autorización a terceros? - -										
13. Incluir comentarios que considere pertinentes: - -										
Nombre del usuario:										
Correo electrónico:										
Fecha de encuesta:										

	OFICINA DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones	
		PRO-UGCA/TERC-05	
	PROCEDIMIENTO: NO CONFORMIDAD Y ACCIONES CORRECTIVAS	Revisión: 00	Página: 295 de 9

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
	XXXXXXXXXX Especialista	XXXXXXXXXXXXX Director(a) / (e)	XXXXXXXXXXXXX Director General
Firma			
Fecha			

TABLA DE CONTENIDO

1. Objetivo.
2. Alcance.
3. Referencias.
4. Definiciones.
5. Descripción.
6. Registros.
7. Anexos.

1. OBJETIVO.

Establecer el procedimiento a fin de reaccionar ante una no conformidad para tomar acciones evaluar implementar revisar su eficacia de tal manera que sean apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.

2. ALCANCE.

Aplicable a las no conformidades encontradas para el proceso de autorización a terceros, auditorías, retroalimentación de los clientes.

3. REFERENCIAS.

Norma ISO 9001 2015 Sistema de Gestión de la calidad – Requisitos.

4. DEFINICIONES.

Corrección: Establecimiento de acciones inmediatas para eliminar el problema de manera inmediata.

Acción correctiva: Acciones tomadas para eliminar las causas de una no conformidad.

No conformidad: Incumplimiento de un requisito

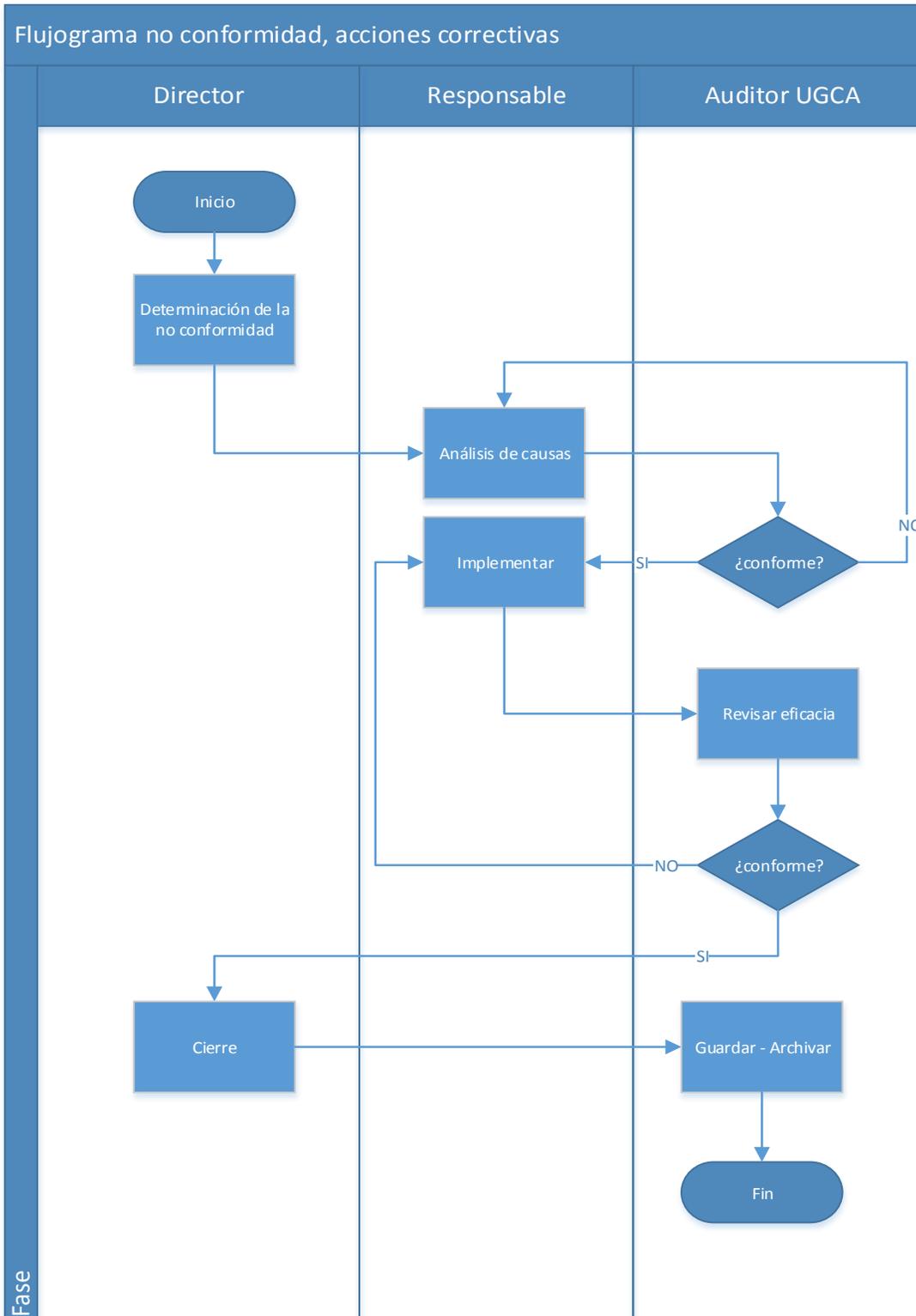
Observación: Hallazgo puntual durante una auditoría o seguimiento del sistema sin contar con la suficiente evidencia para declararla una No conformidad.

Oportunidad de mejora: Hallazgo donde existe no conformidad, pero se puede encontrar una mejora para optimizar una actividad o proceso.

5. DESCRIPCIÓN.

5.1. Responsabilidades:

- ❖ El director de la UGCA es responsable de la aprobación del presente procedimiento
- ❖ El personal de la UGCA es responsable de la implementación del presente procedimiento, así como de su actualización cuando corresponda.
- ❖ El personal del SENASA es responsable de ejecutar lo establecido en el presente procedimiento.



5.2. Determinación de No conformidad u oportunidades de mejora

El director de la UGCA identifica la no conformidad según:

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

- ❖ Auditorías internas
- ❖ Producto de servicio no conforme
- ❖ Supervisión y seguimiento del proceso
- ❖ Revisión por la dirección
- ❖ Retroalimentación del usuario
- ❖ Satisfacción de los clientes
- ❖ Quejas de clientes
- ❖ Incumplimiento de requisitos legales

5.3. Análisis de Causas

El especialista o personal encargado, con la identificación de la no conformidad según el punto 5.2 se genera una solicitud de no conformidad REG-UGCA/TERC-06, y realiza el análisis, para cual se puede apoyar con lluvia de ideas, Diagramas causa efecto.

5.4. Implementar

Se determinan las correcciones y/o acciones correctivas para posteriormente, de estar conforme el personal involucrado implementa y ejecuta las acciones propuestas. Para lo cual se ha establecido el **REG-UGCA/TERC-07** registro de seguimiento para no conformidades, observación y oportunidades de mejora.

De no estar conforme realiza los cambios pertinentes a fin de cumplir con la corrección y acción correctiva propuesta.

Nota: Previamente se debería determinar si dichas acciones puedan causar efectos adversos en otras áreas del SENASA, para lo cual debe realizar una planificación a fin de minimizarlo previa a su implementación.

5.5. Revisar la eficacia (seguimiento)

El especialista UGCA posterior a la implementación realiza seguimiento posterior a las acciones tomadas fin de verificar su eficacia

Si fue eficaz se establece el cierre de la solicitud de no serlo se evaluar replantear la actividad propuesta.

La UGCA toma en cuenta si los riesgos y oportunidades determinadas previamente deberían actualizarse.

Para cumplimiento y seguimiento de las no conformidades en fechas programadas se utiliza el registro REG-UGCA/TERC-08, Cumplimiento de no conformidades y para estadística del avance se utiliza el registro REG-UGCA/TERC-09, Estadística avance de No conformidades

5.6. Cierre de la No conformidad

La solicitud se cierra con la firma del auditado y el Director de la UGCA, se archiva en la carpeta: Acciones Correctivas. Con lo cual se mantiene evidencia de las acciones establecidas e implementadas.

6. REGISTROS.

REG-UGCA/TERC-06, Solicitud de no conformidad

REG-UGCA/TERC-07, Seguimiento a la no conformidad

REG-UGCA/TERC-08, Cumplimiento de no conformidades

REG-UGCA/TERC-09, Estadística avance de No conformidades

7. ANEXOS.

No aplica.

REG-UGCA/TERC-06, Solicitud de no conformidad y acciones correctivas

REG-UGCA-23: SOLICITUD DE NO CONFORMIDAD N°		1	
No Conformidad – Acción Correctiva	<input type="checkbox"/>	Oportunidad de mejora	<input type="checkbox"/>
Tipo:		Observación	<input type="checkbox"/>
Tipo de auditoría - Interna	<input type="checkbox"/>	Queja (Q) / P	<input type="checkbox"/>
Externa	<input type="checkbox"/>	Hallazgo del Personal	<input type="checkbox"/>
Área / D.Ejecutiva:			
1. No Conformidad			
Norma / Requisito afectado: /	-	Documento de Referencia: Los citados en descripción	
Descripción:		CLAUSULA	DEFINICIÓN EN LA ISO 9001 2015
-		-	-
Auditor emisor:	Sección/Área:		
-	-		
Firma:	Responsable:	-	
	Firma:		
2. Determinación de Causas:			
No conformidad similar a otras ya existentes			
	SI	NO	
Fecha:	Responsable:		
3. Acciones Correctivas			
Corrección/Acción inmediata:			
Acción correctiva		ESTADO	OBSERVACIONES
a)		Implantado /no implantado	
Responsable de implementar:	-	Plazo:	-
Fecha de ejecución:	Firma Auditado / Responsable:	V°B° Auditor/Emisor	
4. Plan de acciones tomadas			
-		ESTADO	OBSERVACIONES
		Efectivo / No efectivo	
Cierre:	Firma Auditado / Responsable:	Firma Emisor/Auditor	

REG-UGCA/TERC-07, Seguimiento a la no conformidad

N° SACP	Descripción de la No Conformidad	Req. no cumple	Investigación de las causas	TIPO (SACP)	Respon. (SACP)	Tipo de acción tomada para levantar la SACP	Descripción de la acción Correctiva/Preventiva	Respons. corrección o acción correctiva	Estado	Ubicación de la SACP	OBSERVACIONES

REG-UGCA/TERC-08, Cumplimiento de no conformidades

N°	N° SACP	Meta esperada	Acciones realizadas	Responsable	Estado	Observaciones	Próxima fecha de Seguimiento	Días hábiles por vencer	condición

REG-UGCA/TERC-09, Estadística avance de No conformidades

Cumplimiento acciones correctivas Y/O preventivas			Cumplimiento seguimiento de las acciones correctivas Y/O preventivas			TOTAL
Responsable	N° SACP	% Avance	Responsable	N° SACP	% Avance	Avance total SACP
-	SACP 1	0%	-	SACP 1	0%	0%
-	SACP 2	0%	-	SACP 2	0%	0%
-	SACP 3	0%	-	SACP 3	0%	0%
-	SACP 4	0%	-	SACP 4	0%	0%
-	SACP 5	0%	-	SACP 5	0%	0%
-	SACP 6	0%	-	SACP 6	0%	0%
-	SACP 7	0%	-	SACP 7	0%	0%
-	SACP 8	0%	-	SACP 8	0%	0%
-	SACP 9	0%	-	SACP 9	0%	0%
-	SACP 10	0%	-	SACP 10	0%	0%
-	SACP 11	0%	-	SACP 11	0%	0%
-	SACP 1a	0%	-	SACP 1a	0%	0%
-	SACP 2a	0%	-	SACP 2a	0%	0%
-	SACP 3a	0%	-	SACP 3a	0%	0%
-	SACP 4a	0%	-	SACP 4a	0%	0%
-	SACP 5a	0%	-	SACP 5a	0%	0%
-	SACP 6a	0%	-	SACP 6a	0%	0%
-	SACP 7a	0%	-	SACP 7a	0%	0%
-	SACP 8a	0%	-	SACP 8a	0%	0%
-	SACP 9a	0%	-	SACP 9a	0%	0%
-	SACP 10a	0%	-	SACP 10a	0%	0%
-	SACP 11a	0%	-	SACP 11a	0%	0%
-	SACP 12a	0%	-	SACP 12a	0%	0%
-	SACP 13a	0%	-	SACP 13a	0%	0%
-	SACP 14a	0%	-	SACP 14a	0%	0%
-	SACP 15a	0%	-	SACP 15a	0%	0%
-	SACP 16a	0%	-	SACP 16a	0%	0%
-	SACP 17a	0%	-	SACP 17a	0%	0%

Avance total SACP

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

	DIRECCIÓN / OFICINA DE	Unidad / subdirección	
	PROCEDIMIENTO RIESGOS Y OPORTUNIDADES	PRO-UGCA/TERC-06	
		Revisión: 00	Página: 303 de 9

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
	XXXXXXXXXX Especialista	XXXXXXXXXXXX Director(a) / (e)	XXXXXXXXXXXX Director General
Firma			
Fecha			

TABLA DE CONTENIDO

1. Objetivo.
2. Alcance.
3. Referencias.
4. Definiciones.
5. Descripción.
6. Registros.
7. Anexos.

1. OBJETIVO.

Establecer la forma para determinar y manejar los riesgos y oportunidades que se presenten y mantener los objetivos establecidos para el sistema de gestión de calidad.

2. ALCANCE.

Aplicable al proceso de autorización a terceros y personal vinculado al proceso.

3. REFERENCIAS.

ISO 31010:2009 Norma internacional management- Risk assessment

PRO-UGCA/TERC-09 Control de documentos

PRO-UGCA-02 Control de registros

4. DEFINICIONES.

Interesados: Persona, grupo o empresa por pueda afectar o ser afectado por el riesgo.

Identificación del riesgo: actividad por la cual se logra identificar los elementos de riesgo.

Intercambio y comunicación del riesgo: Intercambio de propuestas acerca del riesgo entre el responsable y los interesados.

Análisis del riesgo: A través del cual se evalúa como tratar y aceptar los riesgos identificados

Valoración del riesgo: A través del cual se analiza y evalúa los riesgos estableciendo una valoración de los mismos.

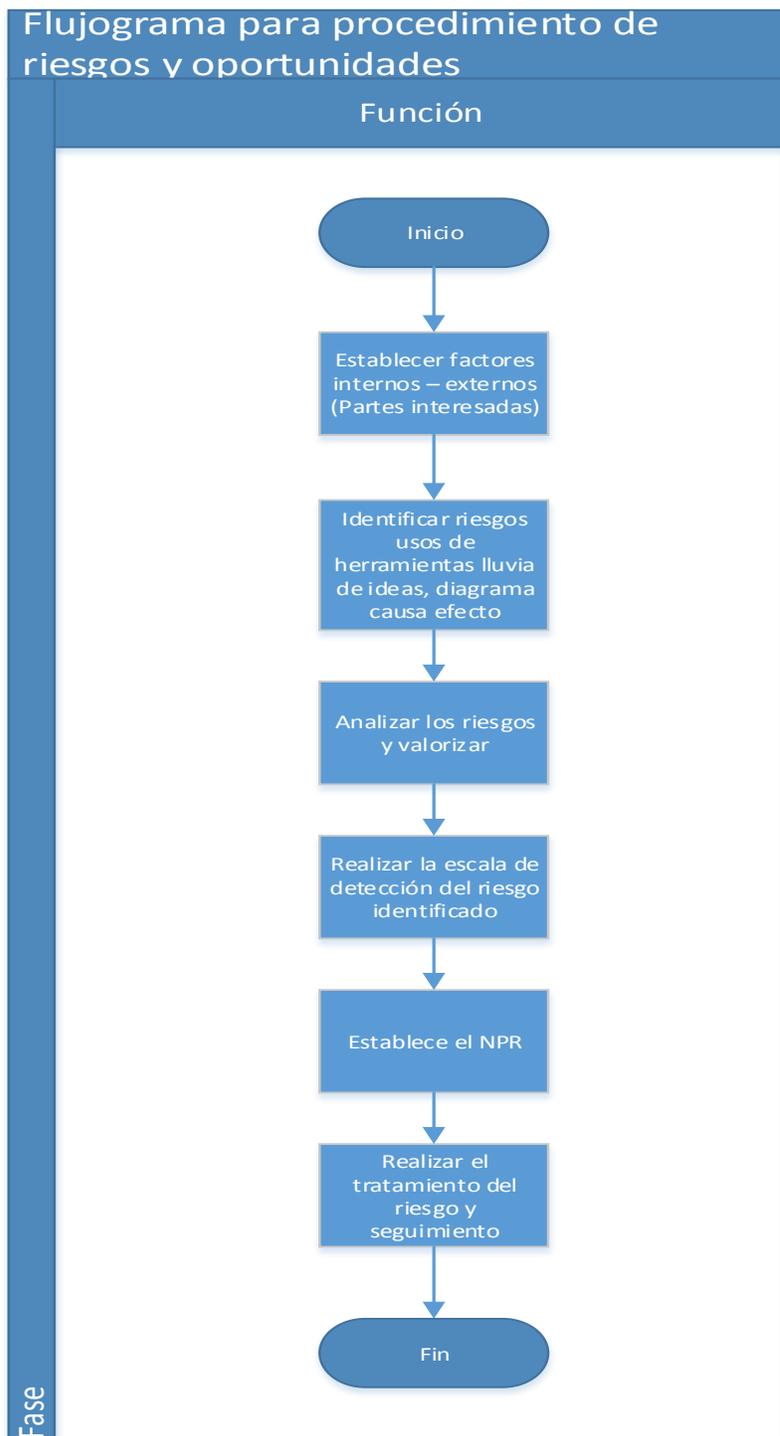
Estimar riesgos: Lo que permite establecer los valores a la probabilidad y consecuencias del riesgo.

Evaluar riesgos: Permite realizar una comparación del riesgo calculado con otros criterios afin de determinar su grado de importancia.

Tratamiento de riesgos: Seleccionar los riesgos a fin de modificarlos.

Seguimiento y control de los riesgos: Puesto en aplicación las decisiones de gestión de los riesgos, se logra supervisar y reevaluar las decisiones tomadas para cada riesgo establecido a fin de lograr su optimización teniendo en cuenta costos o normativas legales que no se contrapongan con tales decisiones.

5. DESCRIPCIÓN.



5.1. Responsabilidades

Todo el personal de la UGCA responsable de cumplir con lo establecido en el presente procedimiento.

El responsable del proceso de autorización a terceros actualiza, implementa y supervisa lo establecido en el presente procedimiento.

5.2. La Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones identifica y evalúa los riesgos y oportunidades asociadas al proceso de autorización a terceros a fin de:

- Que el sistema de gestión de calidad mantenga los objetivos previstos.
- Identificar oportunidades para optimizar y lograr los propósitos establecidos en los objetivos del proceso.
- Reducir y controlar impactos negativos para el proceso de autorización a terceros.
- La identificación de los riesgos se establece con el uso de herramientas como lluvia de ideas o diagrama causa efecto.

5.3. La planificación se realiza según lo establecido en la Fig 1 lo cual permite establecer el orden de identificación, análisis, valoración y tratamiento del riesgo.

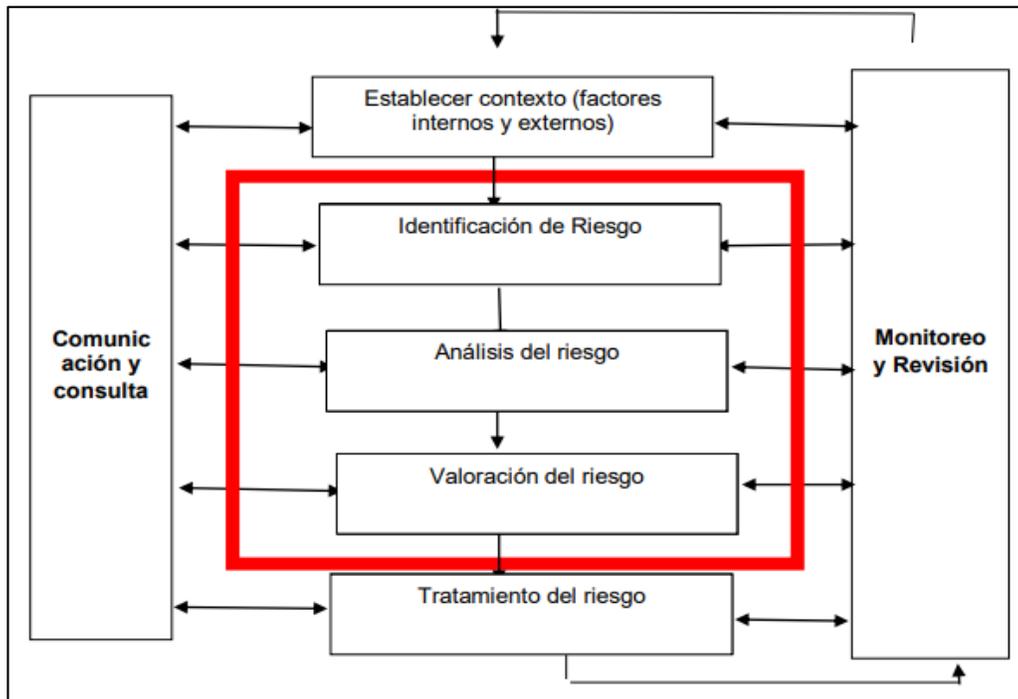


Fig. 1

5.4. Establecimiento de factores internos y externos

FACTOR	CONSIDERACIONES
INTERNO	Cambios en la política del SENASA
	Conocimiento técnico del personal
	Desempeño del personal
EXTERNO	Normas legales
	Aspectos en cambios de tecnología
	Partes interesadas (requisitos, normativa legal, necesidades y expectativas actuales y futuras).
	Temas de coyuntura, económico o sociales

5.5. Identificar los riesgos

La identificación se realiza a través de herramientas como **lluvia de ideas o diagramas causa efecto** y se registra en el REG-UGCA/TERC-10 Identificación de riesgos y oportunidades.

5.6. Análisis de los riesgos

Realizado en base a la norma ISO 31010 para lo cual se utilizar el REG-UGCA/TERC-11 Seguimiento de los riesgos del proceso autorización a terceros para ello se utiliza al figura 2 y 3.

RIESGO = PROBABILIDAD x SEVERIDAD	
Probabilidad /Severidad	Valor
Insignificante (incluido Ninguna)	1
Baja	2
Mediana	3
Alta	4
Muy Alta	5

Fig.2

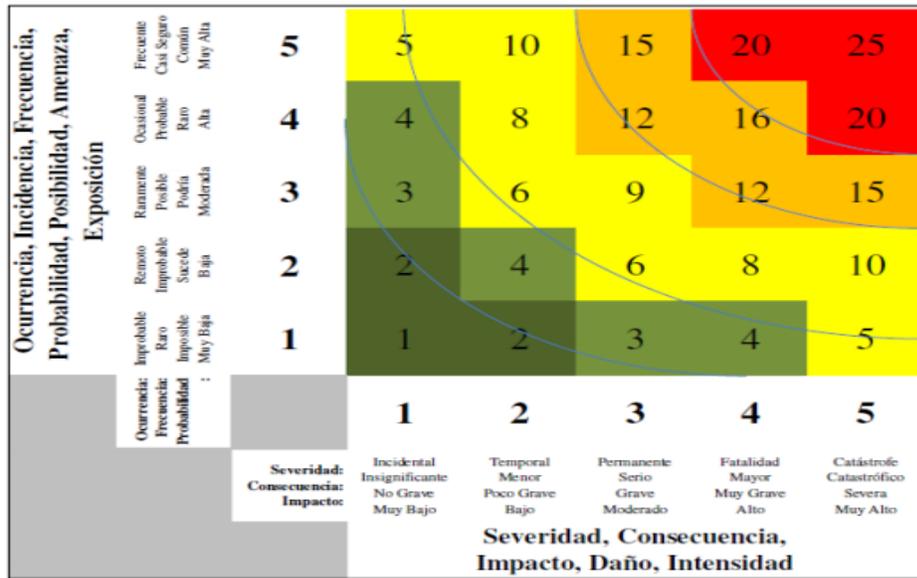


Fig.3

5.7. Valoración de los riesgos

La valoración del riesgo se realiza tomando en cuenta la figura 4.



Fig.4

5.8. Escala para la detección del riesgo (Probabilidad de detección)

Nos describe la clase de seguimiento que se puede realizar

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

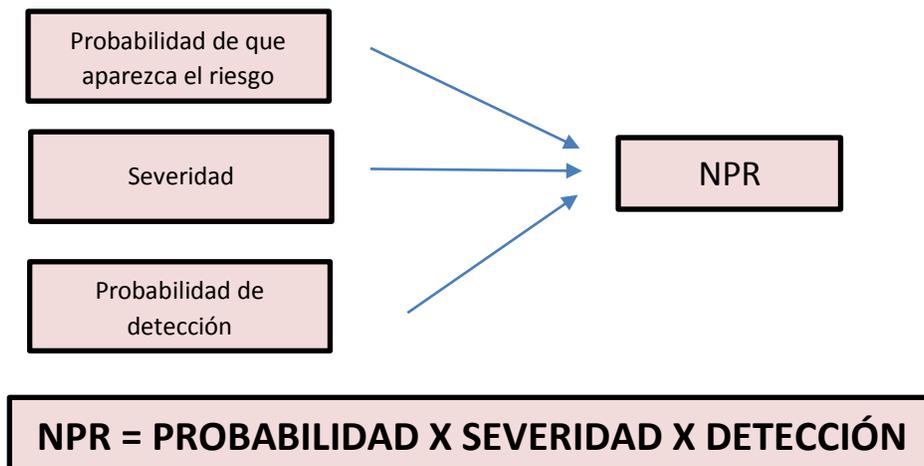
La probabilidad aplicada según la siguiente escala de detección de la figura 5.

Escala de Detección	Descripción de seguimiento
1	Seguimiento del servicio
2	Seguimiento de subprocesos críticos
3	Seguimiento de factores interno - externo
4	Seguimiento esporádico con procedimiento interno

Fig.5

5.9. Numero de prioridad del riesgo (NPR)

A fin de identificar los riesgos más importantes a ser tratados para reducir las causas que las generan, utilizamos un índice llamado número de prioridad de riesgo (NPR).



Número de prioridad de riesgo	Descripción	Acción
65-100	INACEPTABLE	Máxima prioridad se requiere acción inmediata debe comunicarse con UGCA
28-64	ALTO	Se requiere acción a corto plazo debe ponerse en conocimiento.
6-27	TOLERABLE	Prioridad moderada se requiere acciones a mediano plazo
1-5	ACEPTABLE	Baja prioridad no son necesarias acciones inmediatas.

5.10. Tratamiento del riesgo

Realizar acciones a fin de mitigar el riesgo identificado según lo establecido en el REG-UGCA/TERC-11 Seguimiento de los riesgos del proceso autorización a terceros

Las acciones tomadas pueden ser:

1. **Eliminar:** Evitar el riesgo.
2. **Asumir:** Tomar los riesgos a fin de identificar una oportunidad
3. **Reducir:** Tratamiento para eliminar el riesgo.
4. **Transferir:** Compartir el riesgo.

6. REGISTROS.

REG-UGCA/TERC-10 Identificación de riesgos y oportunidades.

REG-UGCA/TERC-11 Seguimiento de los riesgos del proceso autorización a terceros.

7. ANEXOS.

No aplica.

REG-UGCA/TERC-10 Identificación de riesgos y oportunidades.

Proceso /subproceso	Descripción del problema	Causas	Riesgo	Consecuencias / Efecto

REG-UGCA/TERC-11 Seguimiento de los riesgos del proceso autorización a terceros.

Probabilidad /Severidad	Valor
Insignificante (incluido Ninguna)	1
Baja	2
Mediana	3
Alta	4
Muy Alta	5

Escala de Detección	Descripción de seguimiento
1	Seguimiento del servicio
2	Seguimiento de subprocesos críticos
3	Seguimiento de factores interno - externo
4	Seguimiento esporádico con procedimiento interno

Número de prioridad de riesgo	Descripción	Acción
65-100	INACEPTABLE	Máxima prioridad se requiere acción inmediata debe comunicarse con UGCA
28-64	ALTO	Se requiere acción a corto plazo debe ponerse en conocimiento.
6-27	TOLERABLE	Prioridad moderada se requiere acciones a mediano plazo.
1-5	ACEPTABLE	Baja prioridad no son necesarias acciones inmediatas.

Niveles de riesgo					
18	>= 18	20...25	Intolerable	Muy Alto	Intolerable / Muy Alto
18	< 18	12...16	Importante	Alto	Importante / Alto
11	< 11	5...10	Moderado	Medio	Moderado / Medio
4,5	< 4,5	3...4	Tolerable	Bajo	Tolerable / Bajo
2,5	< 2,5	1...2	Trivial	Insignificante	Trivial / Insignificante

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN							TRATAMIENTO	
PROCESO/ SUBPROCESO	RIESGO	SEVERIDAD	PROBABILIDAD	NIVEL DE RIESGO	DETECCIÓN	NPR	ACCION PARA MITIGAR RIESGO	RESPONSABLE
						total		

	OFICINA DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	Unidad de Gestión de Calidad de Autorizaciones	
		PRO-UGCA/TERC-07	
	PROCEDIMIENTO: COMPETENCIA TÉCNICA DEL PERSONAL DE LA UGCA	Revisión: 00	Página: 312 de 7

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
	XXXXXXXXXX Especialista	XXXXXXXXXXXX Director(a) / (e)	XXXXXXXXXXXX Director General
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			

TABLA DE CONTENIDO

1. Objetivo.
2. Alcance.
3. Referencias.
4. Definiciones.
5. Descripción.
6. Registros.
7. Anexos.

1. OBJETIVO.

Asegurar la competencia del personal de la UGCA a fin sean competentes para realizar sus actividades dentro del área y tomar acciones para adquirir mayor competencia cuando se requiera a través de capacitaciones internas o externas adicionales.

2. ALCANCE.

Aplica para el proceso de autorización a terceros desarrollada en la Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones (UGCA).

3. REFERENCIAS.

ISO 9001 2015 Sistemas de gestión de calidad – Requisitos
PRO-UPP-01: Gestión del requerimiento de colaboradores
PRO-URH-03: Proceso de incorporación e inducción de personal.
PRO-URH-04: Capacitación de personal.
PRO-URH-12: Selección para contratación administrativa de servicios.
PRO-URH-14: Proceso de selección de personal régimen laboral 728.

4. DEFINICIONES.

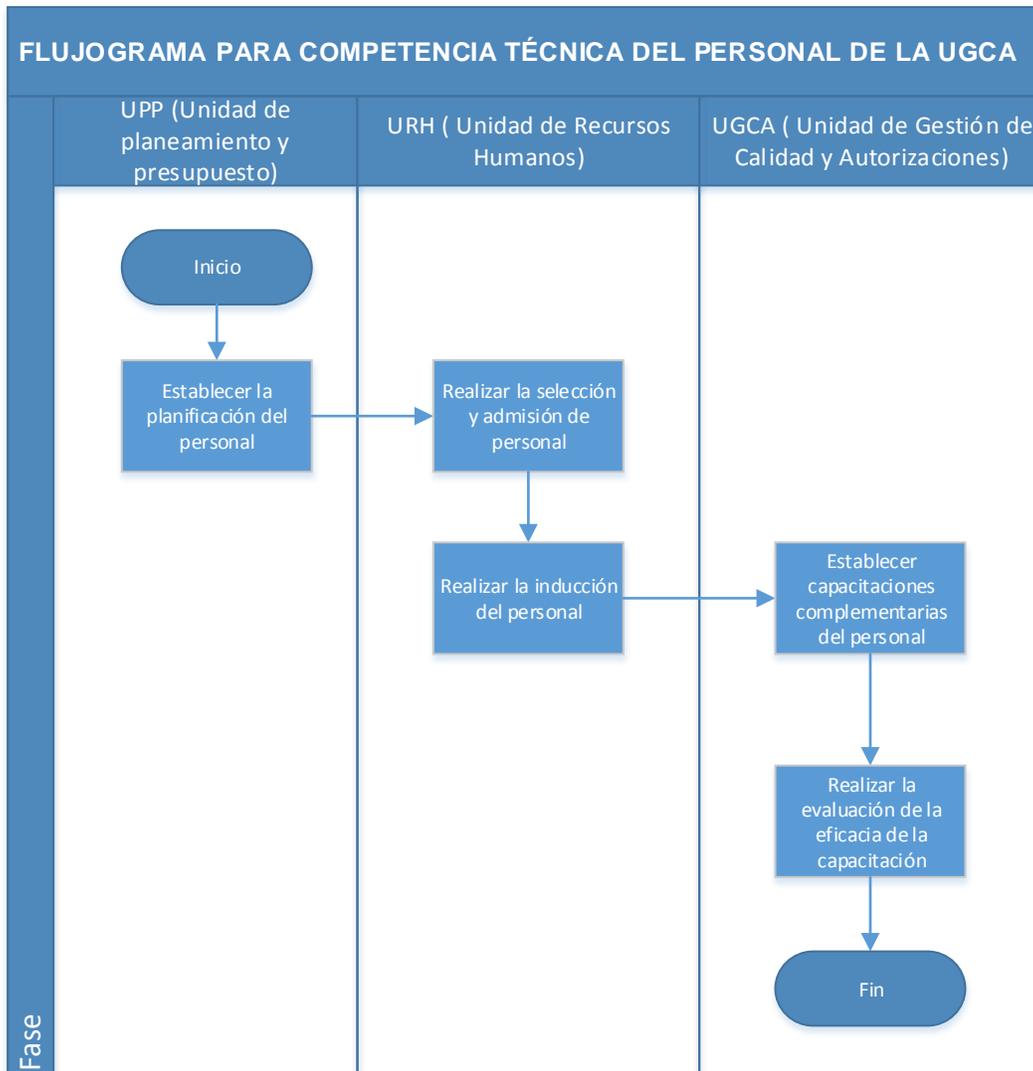
SSC UGCA: Supervisor del sistema de Calidad de la UGCA.
RR. HH: Recursos Humanos.
UGCA: Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones

5. DESCRIPCIÓN.

5.1. Responsabilidades

- ❖ El director de la UGCA es responsable de la aprobación del presente procedimiento
- ❖ El personal de la UGCA encargado es responsable de la implementación del presente procedimiento, así como de su actualización cuando corresponda.

- ❖ El personal de la UGCA debe cumplir lo establecido en el presente procedimiento. Para determinar la competencia necesaria del personal de la UGCA que realiza las actividades para el proceso de autorización a terceros



**Los registros utilizados por la UGCA son complementarios a los utilizados por la URH (Unidad de Recursos Humanos).*

5.2. Planificación de personal

Permite establecer la planificación personal necesario para realizar las actividades en las unidades orgánicas del SENASA, lo cual está dado según PRO-UPP-01 Gestión del requerimiento de colaboradores

5.3. Selección y admisión de personal

Permite establecer la selección de personal idóneo para realizar la contratación para el SENASA según lo establecido en el PRO-URH-12 Selección para contratación administrativa de servicios y PRO-URH-14: Proceso de selección de personal régimen laboral 728 y para personal locador a través de los TDR (Términos de Referencia).

5.4. Inducción del personal

Proceso por el cual se establece la inducción de los servidores que ingresen a trabajar al SENASA a fin puedan adaptarse de la forma más adecuada, establecido según el PRO-URH-03: Proceso de incorporación e inducción de personal.

5.5. Capacitación del personal

5.5.1. Establecer capacitaciones complementarias

Actividades realizadas por SENASA para incrementar el conocimiento del personal a fin pueda desarrollar mayores competencias y capacidades en el desempeño laboral, lo cual se encuentra establecido en forma general en el PRO-URH-04: Capacitación de personal y establecido en el PDP (Plan de desarrollo del Personal).

La UGCA asegura que el personal a su cargo sea competente según los requerimientos y perfiles establecidos en el Manual de Organización y Funciones (MOF) y basados en la educación y experiencia desarrolladas para la ejecución de su trabajo.

La UGCA realiza capacitaciones internas adicionales organizadas por la misma unidad con el objetivo de fortalecer la competencia de su personal en temas más específicos necesarios para el desarrollo e implementación del sistema de gestión de calidad, para lo cual se establecen cursos:

- ✓ **Implementación del sistema de gestión de calidad**
- ✓ **Auditoria internas**
- ✓ **Evaluación y análisis de no conformidades y acciones correctivas**
- ✓ **Metodología de mejora de procesos**
- ✓ **Gestión por procesos**
- ✓ **Mejora continua**
- ✓ Otros temas relacionados con el Sistema de Gestión de Calidad

Dichas capacitaciones internas se realizan según lo establecido en los registros:
REG-UGCA/TERC-14 Programación de capacitaciones internas del personal de la UGCA

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

REG-UGCA/TERC-15 Registro de asistencia de capacitación interna-UGCA

5.6. Evaluación de la eficacia de la capacitación

La UGCA se asegura que el personal que ha recibido los conocimientos realice una evaluación aplicando pruebas escritas u orales a fin de evidenciar la adquisición de los conocimientos impartidos. Dicha información se incluye en el registro REG-UGCA/TERC-16 Evaluación de la eficacia de las capacitaciones recibidas

6. REGISTROS.

REG-UGCA/TERC-14 Programación de capacitaciones internas del personal de la UGCA

REG-UGCA/TERC-15 Registro de asistencia de capacitación interna-UGCA

REG-UGCA/TERC-16 Evaluación de la eficacia de las capacitaciones recibidas

7. ANEXOS.

No aplica.

REG-UGCA/TERC-14 Programación de capacitaciones internas del personal de la UGCA

 REG-UGCA/TERC-XX Programación de capacitaciones internas del personal de la UGCA														
Nombre de Capacitación programada	Mes programado de capacitación												Responsable de la capacitación	Nombre de personal participante
	En	Feb	Marz	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic		

REG-UGCA/TERC-15 Registro de asistencia de capacitación interna – UGCA

	REG-UGCA/TERC-XX Registro de asistencia de capacitación interna - UGCA
NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: _____	
PONENTE: _____	
FECHA DE REALIZACIÓN: _____	
HORAS DE CAPACITACIÓN: _____	
APELLIDOS Y NOMBRES	FIRMA

REG-UGCA/TERC-16 Evaluación de la eficacia de las capacitaciones recibidas

	REG-UGCA/TERC-XX Evaluación de la eficacia de las capacitaciones recibidas
Nombre de la capacitación evaluada: Nombre del evaluador: Fecha: Nombres y apellidos:	
Calificación: Excelente=5, Muy bueno=4, Bueno=3 Malo=2, Muy Malo=1	NOTA
1. El evaluado aplica los conocimientos adquiridos en las actividades que realiza	
2. El evaluado ha mejorado su desempeño	
3. El evaluado tiene dominio del contenido impartido en la capacitación	
4. El evaluado tiene argumentación en el desarrollo expuesto de los ítems recibidos en la capacitación	
TOTAL	

	OFICINA DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones	
		PRO-UGCA/TERC-08	
	PROCEDIMIENTO: PLAN DE COMUNICACIÓN Y TOMA DE CONCIENCIA	Revisión: 00	Página: 319 de 439

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
	XXXXXXXXXX Especialista	XXXXXXXXXXXX Director(a) / (e)	XXXXXXXXXXXX Director General
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			

TABLA DE CONTENIDO

1. Objetivo.
2. Alcance.
3. Referencias.
4. Definiciones.
5. Descripción.
6. Registros.
7. Anexos.

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

1. OBJETIVO.

Establecer las comunicaciones tanto internas como externas que son pertinentes para el sistema de gestión de calidad, así como también sean conscientes de la política de la calidad, de los objetivos de la calidad y de su contribución a la eficacia del sistema de gestión de calidad

2. ALCANCE.

Aplica para el proceso de autorización a terceros en el SENASA.

3. REFERENCIAS.

ISO 9001 2015 Sistema de Gestión de la calidad – Requisitos

4. DEFINICIONES.

Comunicación: Tanto la comunicación interna como externa siendo esta eficaz para aumentar la comprensión del contexto de la organización, las necesidades y expectativas de los consumidores, otras partes interesadas y el sistema de gestión de calidad.

Comunicación Interna: la comunicación realizada al personal del SENASA.

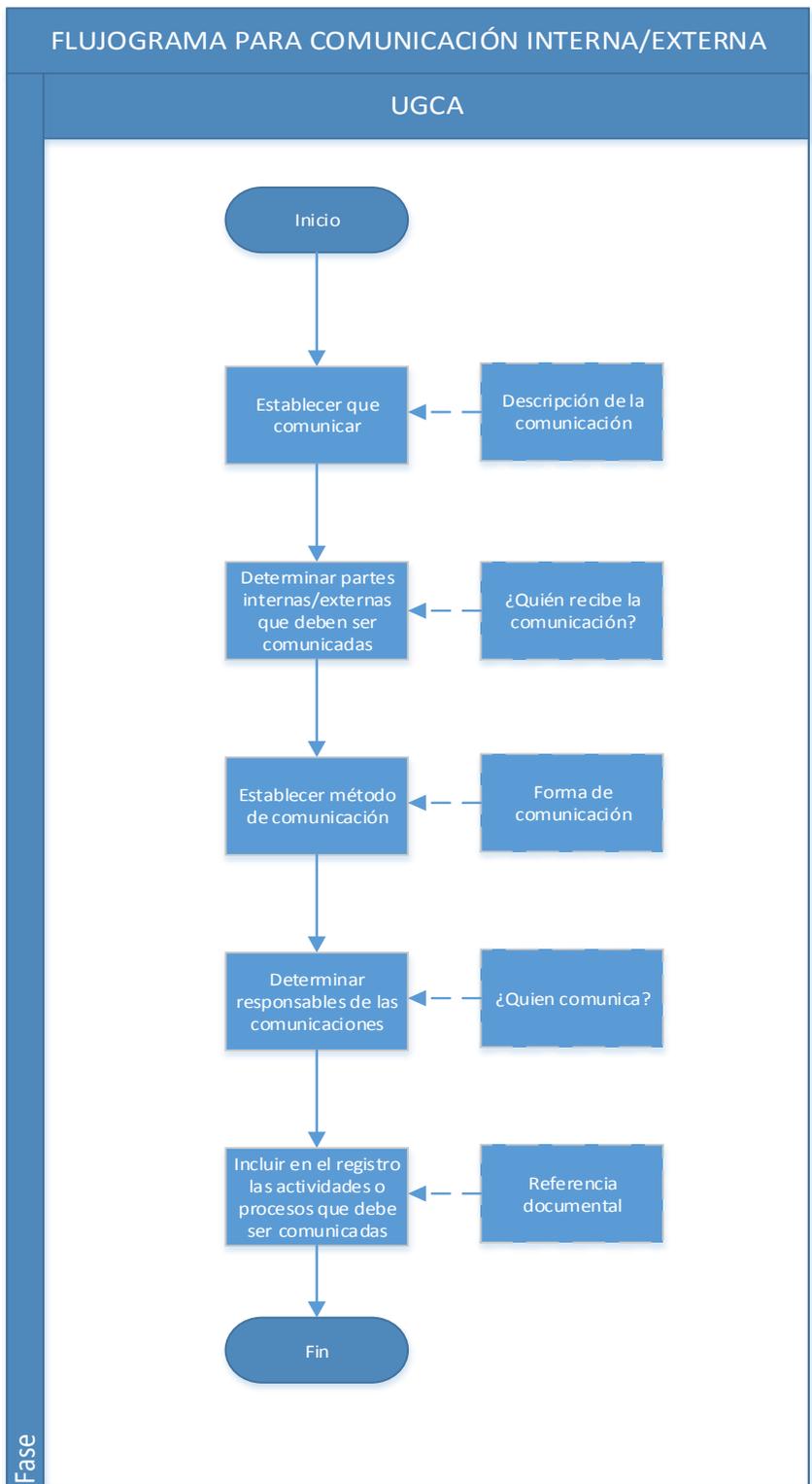
Comunicación Externa: la comunicación realizada a las personas o grupos de interés que se ven afectados por el sistema de Gestión de Calidad.

5. DESCRIPCIÓN.

A través de la comunicación interna establecida en la organización se pretende lograr que el personal involucrado en el proceso aumente el compromiso de las personas y el entendimiento de la organización y las necesidades de los usuarios del servicio, mejorar la comunicación entre las funciones.

5.1. Responsabilidades

- ❖ El director de la UGCA es responsable de la aprobación del presente procedimiento
- ❖ El personal de la UGCA es responsable de la implementación del presente procedimiento, así como de su actualización cuando corresponda.
- ❖ El personal del SENASA es responsable de ejecutar lo establecido en el presente procedimiento.



5.2. ASPECTOS GENERALES

5.2.1. En el procedimiento PRO-UGCA/TERC-11 Atención de quejas sugerencias y reclamos se establece el proceso de comunicación para atender quejas, sugerencias y reclamos de los usuarios

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

5.2.2. La revisión de política, evaluación de riesgos y cambios en el sistema de gestión de calidad son comunicados al personal involucrado en los procesos vinculados a autorización a terceros.

5.3. COMUNICACIÓN INTERNA EXTERNA

5.3.1. Establecer **que se necesita comunicar** tanto para las partes internas como externas

5.3.2. Determinar **las partes internas y externas con las cuales necesita comunicarse** a fin de asegurar la eficacia del sistema de gestión de calidad.

5.3.3. Establecer el **método de comunicación** (formales, no formales, informes, acuerdos, reuniones, correo electrónico, intranet de la organización) así como el nivel de criticidad que se necesita comunicar.

5.3.4. Establecer las **personas que deben realizar las comunicaciones** lo cual esta enfocado al tipo de comunicación que se desea realizar, desde el personal hacia a quien, desde alta dirección hacia a quien y los dueños del proceso hacia a quien.

5.3.5. La información que se trasmite debe recibirse de la forma más inmediata posible a fin de tomar las acciones sobre esta y permitir identificar oportunidades de mejora.

5.4. TOMA DE CONCIENCIA

5.4.1. Se asegura que los especialistas que laboran en el SENASA vinculados al proceso de autorización a terceros son conscientes de la política de la calidad, de los objetivos de la calidad, y como contribuyen a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, así como lo que implica las no conformidades en el sistema de gestión de calidad.

5.4.2. Los especialistas según sus responsabilidades son conscientes de sus actividades diarias distinguiendo lo que es aceptable y lo que no lo es, toman acciones cuando el servicio no satisface los requerimientos acordados.

5.4.3. Los especialistas vinculados a los procesos entienden la implicancia de las no conformidades dentro del sistema de gestión de calidad,

5.4.4. A fin de cumplir con lo solicitado para la toma de conciencia se realizan **comunicaciones audiovisuales** del servicio tanto como lo que es aceptable como lo que no son, se comunica los requisitos de los servicios así como también cuando ocurren cambios en los mismos.

5.4.5. Para el tratamiento de quejas se sigue el procedimiento PRO-UGCA/TERC-11 Atención de quejas sugerencias y reclamos.

6. REGISTROS.

REG-UGCA/TERC-17 Matriz de comunicación para el proceso de autorización a terceros del SENASA.

7. ANEXOS.

No aplica.

REG-UGCA/TERC-17 Registro matriz de comunicación Interna/Externa

	REG-UGCA/TERC-XXX Registro matriz de comunicación Interna/Externa				
Proceso /Subproceso/Actividad /Enunciados	Quien comunica	Descripción de la comunicación	Quien recibe la comunicación	forma de comunicación	Referencia documental de la comunicación
Política de la calidad	UGCA	Comunicar lo establecido en la política de calidad para conocimiento del personal involucrado en el SGC	Personal del SENASA involucrados en la implementación del SGC.	Vía correo	Memorándum
Objetivos de Calidad				Vía sistemas SENASA BPM	Carta
Misión Visión					Carta múltiple

	OFICINA DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones	
	PROCEDIMIENTO: CONTROL DOCUMENTARIO	PRO-UGCA/TERC-09	
		Revisión: 00	Página: 325 de 14

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
	XXXXXXXXXX Especialista	XXXXXXXXXXXX Director(a) / (e)	XXXXXXXXXXXXXX Director General
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			

TABLA DE CONTENIDO

1. Objetivo.
2. Alcance.
3. Referencias.
4. Definiciones.
5. Descripción.
6. Registros.
7. Anexos.

1. OBJETIVO.

Establecer a través de una metodología y estructura el control de documentos del SENASA que se encuentran dentro del sistema de gestión de calidad a fin de garantizar su:

- ✓ Identificación
- ✓ Emisión,
- ✓ Aprobación,
- ✓ Distribución,
- ✓ Revisión
- ✓ Actualización, y
- ✓ Archivo

2. ALCANCE.

Es aplicable a la documentación elaborada en el SENASA que se encuentran dentro del sistema de gestión de calidad.

Ante la nueva normalidad a causa de la Pandemia COVID-19, la UGCA mantiene versiones digitales en formato Word y PDF de los documentos aprobados.

3. REFERENCIAS.

ISO 9001 2015 Sistema de Gestión de Calidad – Requisitos
Directiva General N°001-2021-MIDAGRI-SG

4. DEFINICIONES.

Procedimiento: Descripción documentada de cómo se deben ejecutar las actividades que conforman un proceso, tomando en cuenta los elementos que lo componen y su secuencialidad, permitiendo de esta manera una operación coherente.

Instructivo: Secuencia de actividades donde se detalla la actividad específica, es decir instrucciones.

Método de ensayo: Documentos que describen un procedimiento específico detallado que produce un resultado definitivo.

Registro: Documento que presenta evidencias objetivas del desarrollo de actividades de un proceso y que se requiera mantener su trazabilidad o control.

MOF: Manual de organización y funciones

Dueño del proceso: La unidad orgánica, órgano o unidad funcional que tiene la responsabilidad y la autoridad definida para diseñar, implementar, controlar y mejorar los procesos a su cargo, con el propósito de asegurar los resultados previstos.

Formato: Documento que con su uso da lugar a un registro a fin de generar trazabilidad o control.

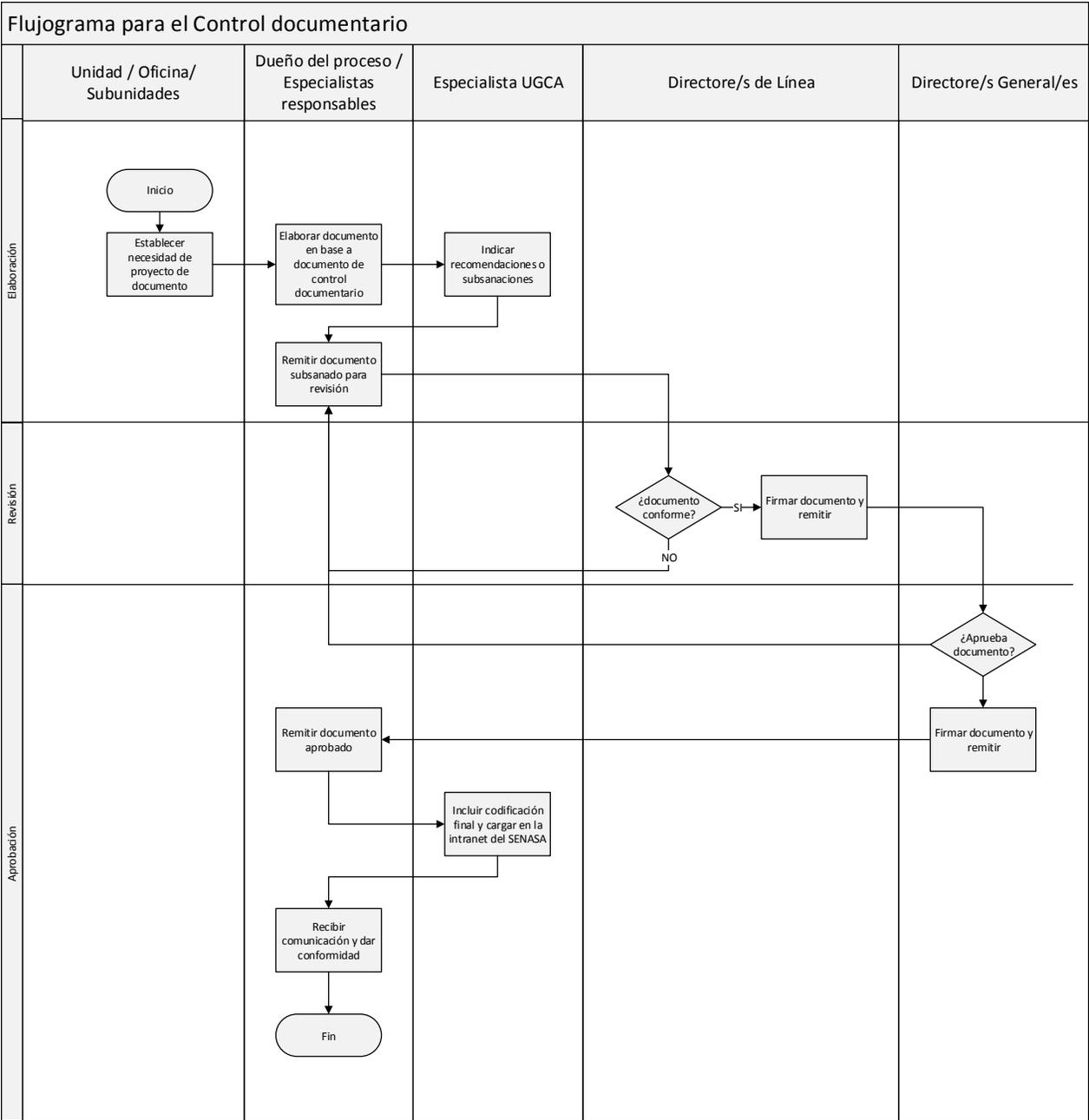
POI: Plan Operativo institucional

Responsable del control documentario: Especialista de la UGCA asignado.

5. DESCRIPCIÓN.

5.1. Responsabilidades:

- ✓ El director de la UGCA es responsable de la aprobación del presente procedimiento
- ✓ El personal de la UGCA es responsable de la implementación del presente procedimiento, así como de su actualización cuando corresponda.
- ✓ El personal del SENASA es responsable de ejecutar lo establecido en el presente procedimiento según sus responsabilidades.



Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

5.2. Personal del SENASA encargado de la elaboración, revisión, y aprobación de los documentos que se encuentran dentro del Sistema de Gestión de Calidad.

Tabla 1 Responsables de la Elaboración, revisión y aprobación de documentos del SENASA

DOCUMENTO TIPO	RESPONSABLE DE ELABORACIÓN	RESPONSABLE DE REVISIÓN	RESPONSABLE DE APROBACIÓN
Política de Calidad	Director de línea y especialistas de la UGCA	Director General de la OPDI	OPDI, Jefatura Nacional
Manual de Calidad	especialistas de la UGCA	Director General de la UGCA	Director General de la OPDI
Objetivos de Calidad	Director de línea y especialistas de la UGCA	Director General de la OPDI	OPDI, Jefatura Nacional
Procedimientos	Especialistas de las Unidades, Oficinas, Subunidades del SENASA	Directores de Línea del SENASA de las Unidades, Oficinas, Subunidades del SENASA	Directores Generales del SENASA
Instructivos	Especialistas de las Unidades, Oficinas, Subunidades del SENASA	Directores de Línea del SENASA de las Unidades, Oficinas, Subunidades del SENASA	Directores Generales del SENASA
Formatos	Unidades, Oficinas, Subunidades del SENASA	Directores de Línea del SENASA de las Unidades, Oficinas, Subunidades del SENASA	Directores Generales del SENASA de las Unidades, Oficinas, Subunidades del SENASA

5.3. Procedimiento de elaboración de documentos

5.3.1. Para la elaboración de documentos se debe considerar las siguientes situaciones:

- ✓ Procesos no establecidos en documentos controlados.
- ✓ Cambios en la normativa general vigente
- ✓ Mejoras por atención de no conformidades, observaciones, u oportunidades de mejora
- ✓ Cambios de responsabilidades
- ✓ Mejoras en las actividades o nuevas actividades
- ✓ Por recomendaciones de auditorias
- ✓ Cambios en requisitos legales

Cualquier unidad, oficina o subunidad del SENASA puede elaborar un documento, tomando en cuenta la necesidad especificada líneas arriba, para lo cual debe coordinar con el especialista de la UGCA a fin de realizar las coordinaciones con los dueños de los procesos o especialista/s responsable/s en la elaboración de documentos.

El dueño del proceso o los especialista/s responsables elaboran el documento según lineamientos normativos establecidos y/o para cumplimiento de metas establecidas en el POI.

El dueño del proceso o los especialista/s responsables remiten documento elaborado al especialista de la UGCA encargado del control documentario a fin se encuentre conformidad en la estructura establecida para documentos del SENASA y asigne la codificación según la estructura establecido en el encabezado del documento.

El especialista de la UGCA encargado del control documentario remite al dueño del proceso o los especialista/s responsables documento con observaciones a fin sean levantadas de corresponder, quien posteriormente remite documento revisado y subsanado al responsable de la revisión vía correo electrónico con copia al responsable del control documentario.

5.4. Procedimiento de revisión de documentos

Previa firma del responsable de la elaboración, La revisión del documento es realizada por el responsable asignado según lo establecido en la tabla N° 1 a fin de dar conformidad al documento, de no ser así remite al dueño del proceso o los especialista/s responsables para levantar observaciones.

5.5. Procedimiento de aprobación de documentos

Previa a la firma del responsable de revisión del documento el responsable de la aprobación asignado según tabla N°1 cuenta con 10 días hábiles contados a partir de la fecha de recibido del documento para dar su aprobación o desaprobación.

Comunica vía email la aprobación del documento con copia al responsable de revisión y al responsable del control documentario. De no aprobarse remite al dueño del proceso o los especialista/s responsables de la elaboración, al responsable de la revisión y al responsable del control documentario.

Posterior a la aprobación del documento se remite al responsable del control documentario quien incluye un sello de V.B al documento.

La vigencia se considera posterior al día de su aprobación, posteriormente es incluida en la lista maestra de documentos REG-/TERC/UGCA-18

El responsable de la UGCA del control documentario remite vía correo inclusión del documento en la página web del SENASA y comunica vía correo a los responsables de elaboración, revisión y aprobación para su conformidad.

5.6. Procedimiento de vigencia y distribución de documentos

La vigencia del documento está controlado en tanto se encuentre publicado en la Intranet del SENASA, si el documento ya no encuentre vigente es eliminado de la intranet y se le coloca un sello de documento obsoleto, en caso de distribuir e imprimir el documento con fines didácticos posterior a su utilización este debe ser destruido.

5.7. Procedimiento de modificación de documentos

Se da según lo establecido en el punto 5.3.1, el responsable de las modificaciones son de preferencia los elaboradores del documento quien informará al responsable del control documentario la necesidad de realizar cambios.

Se debe remitir vía correo indicando la justificación y el documento propuesto.

Las modificaciones son identificadas con letra ***negrita cursiva***. Los párrafos eliminados o cambios en los formatos en el documento se identifican por comparación de la versión anterior.

5.8. Procedimiento de elaboración de flujogramas

Los flujogramas son elaborados por los dueños del proceso y/o especialistas responsables asignados para su elaboración, considerando el anexo 5.

5.9. Procedimiento de archivo de documentos obsoletos

Los documentos son archivados por un periodo de 2 años en los cuales se incluirá un sello de documento obsoleto a fin de no existir confusión con versiones vigentes.

5.10. Procedimiento de control de documentos externos

Las unidades, oficinas o subunidades del SENASA remiten lista de documentos externos según lo establecido en el REG-UGCA/TERC-20 Lista maestra de documentos externos

5.11. Procedimiento de control de registros

Los registros son controlados según el REG-UGCA/TERC-19 Lista maestra de registros Su control para la protección, almacenamiento, recuperación, retención y disposición se realiza según lo establecido en el PRO-UGCA/TER-10 Control de registros

6. REGISTROS.

REG-UGCA/TER-18 Listado maestro de documentos

REG-UGCA/TER-19 Listado maestro de registros

REG-UGCA/TER-20 Listado maestro de documentos externos

7. ANEXOS.

Anexo 1 Estructura de documentos

Anexo 2 Estructura encabezado de documentos

Anexo 3 Codificación de documentos y registros

Anexo 4 Sello documento obsoleto

Anexo 5 Estructura flujogramas

REG-UGCA/TER-18 Listado maestro de documentos

Código	Título	Nº Revisión	Fecha de Aprobación

REG-UGCA/TER-19 Listado maestro de registros

CÓDIGO	NOMBRE	UBICACIÓN (formato lleno)	RESPONSABLE DEL CONTROL (Almacenamiento)	TIEMPO DE RETENCIÓN (Archivo intermedio)

REG-UGCA/TER-20 Listado maestro de documentos externos

Código	Título	Entidad responsable	Fecha Emisión	Responsable (Nombre)	Nº de copias

Anexo 1 Estructura de documentos

Anexo 2 Estructura encabezado de documentos

Anexo 4 Sello documento obsoleto

	OFICINA DE CENTROS DE DIAGNOSTICO Y PRODUCCIÓN	Unidad del Centro de Control de Insumos y Residuos Tóxicos	
	PROCEDIMIENTO: EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA TÉCNICA DEL PERSONAL DEL LABORATORIO DE LA UCCIRT	PRO-UCCIRT/Cal-03	
		Revisión: 08	Página: 1 de 20

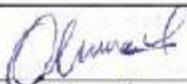
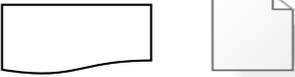
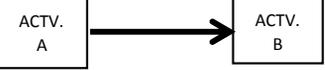
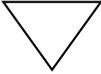
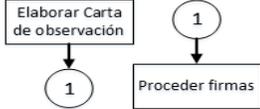
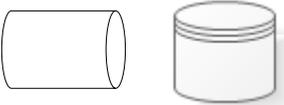
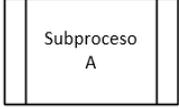
	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
	Ana Ramos Moreno Especialista UCCIRT	Orlando Lucas Aguirre Director UCCIRT	Salomón Ortiz Rojas Director QCDP
Firma			
Fecha	26/07/19	31/07/2019	01/08/2019

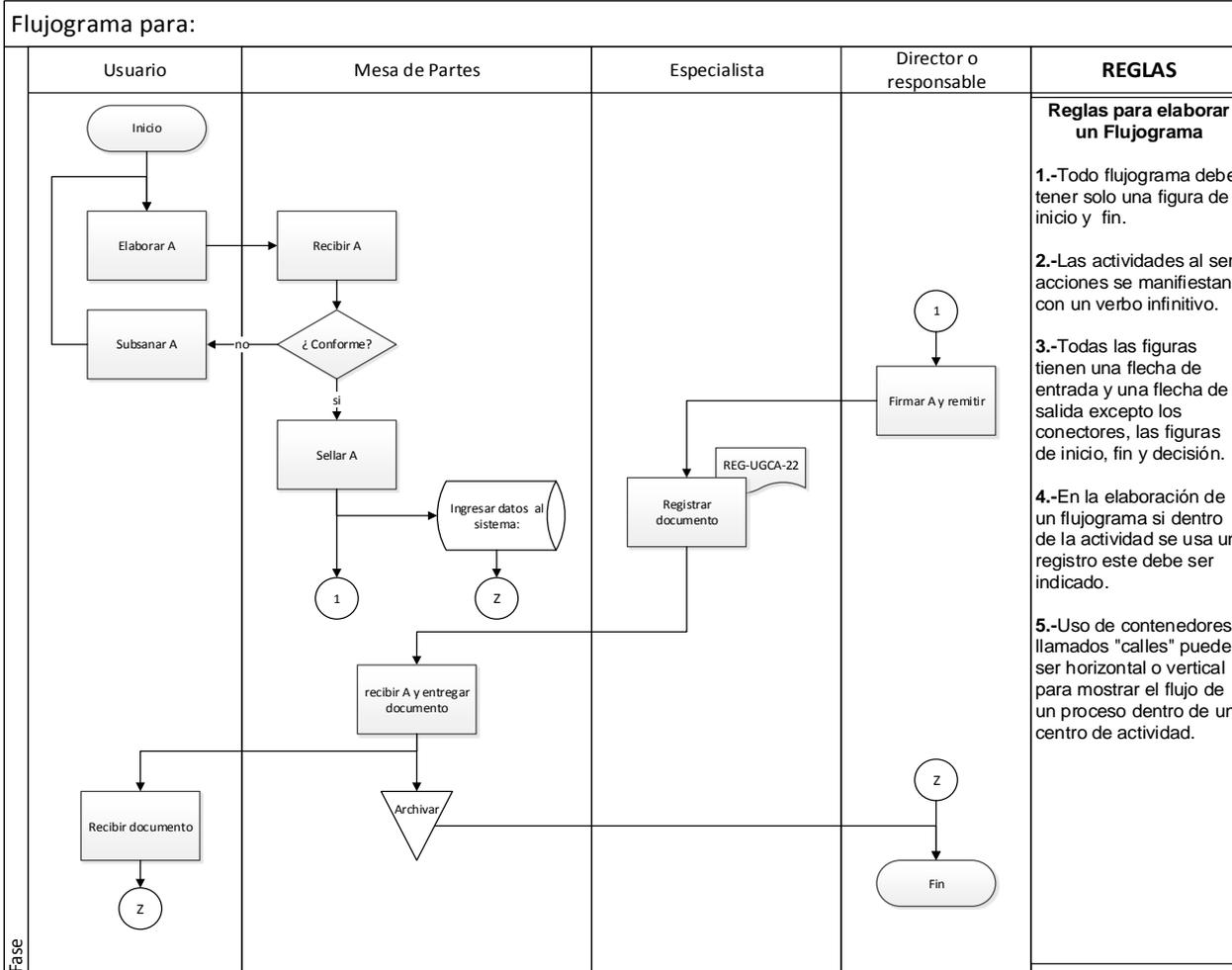
TABLA DE CONTENIDO

- Objetivo.
- Alcance.
- Referencias.
- Definiciones.
- Descripción.
- Registros.
- Anexos.



Anexo 5 estructura flujogramas

<p>Inicio / fin: Identifica la Iniciación o finalización de un proceso.</p>		
<p>Operación: Identifica a cada una las actividades del procedimiento.</p>		
<p>Decisión (si/no): Identifica el resultado de una evaluación de conformidad.</p>		
<p>Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.</p>		
<p>Traslado: Identifica cambio de actividad o actividades en la que documentos o personas deben trasladarse.</p>		
<p>Archivo: Identifica archivo de documentos o expediente.</p>		
<p>Conector: Identifica la relación o continuidad con otras actividades.</p>		
<p>Base de Datos: Identifica a las actividades en los que interviene el uso de un sistema de informático. Ejm: BPM-TUPA, SIGCED, SIGSA, SIGVE, etc.</p>		
<p>Subproceso: conjunto de pasos que se combinan para crear un subproceso que está definido en otro lugar, a menudo en otra página del mismo documento.</p>		



Fase

	OFICINA DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones	
		PRO-UGCA/TERC-10	
	PROCEDIMIENTO: CONTROL DE REGISTROS	Revisión: 00	Página: 337 de 9

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
	XXXXXXXXXX Especialista	XXXXXXXXXXXXX Director(a) / (e)	XXXXXXXXXXXXX Director General
Firma			
Fecha			

TABLA DE CONTENIDO

1. Objetivo.
2. Alcance.
3. Referencias.
4. Definiciones.
5. Descripción.
6. Registros.
7. Anexos.

1. OBJETIVO.

Realizar el control para la protección, almacenamiento, recuperación, retención y disposición de los registros de autorización a terceros del SENASA a fin de prevenir la adulteración de los mismos.

2. ALCANCE.

Aplica a los registros establecidos para el proceso de Autorización a terceros dentro del Sistema de Gestión de Calidad del SENASA.

3. REFERENCIAS.

PRO-ST-03 Archivo de documentos

ISO 9001 2015 Sistemas de gestión de calidad – Requisitos

4. DEFINICIONES.

Registro: documento que presenta resultados obtenidos y proporciona evidencia de actividades realizadas para el proceso.

Formato de registro: documento físico o virtual que establece la estructura diseñada para los registros.

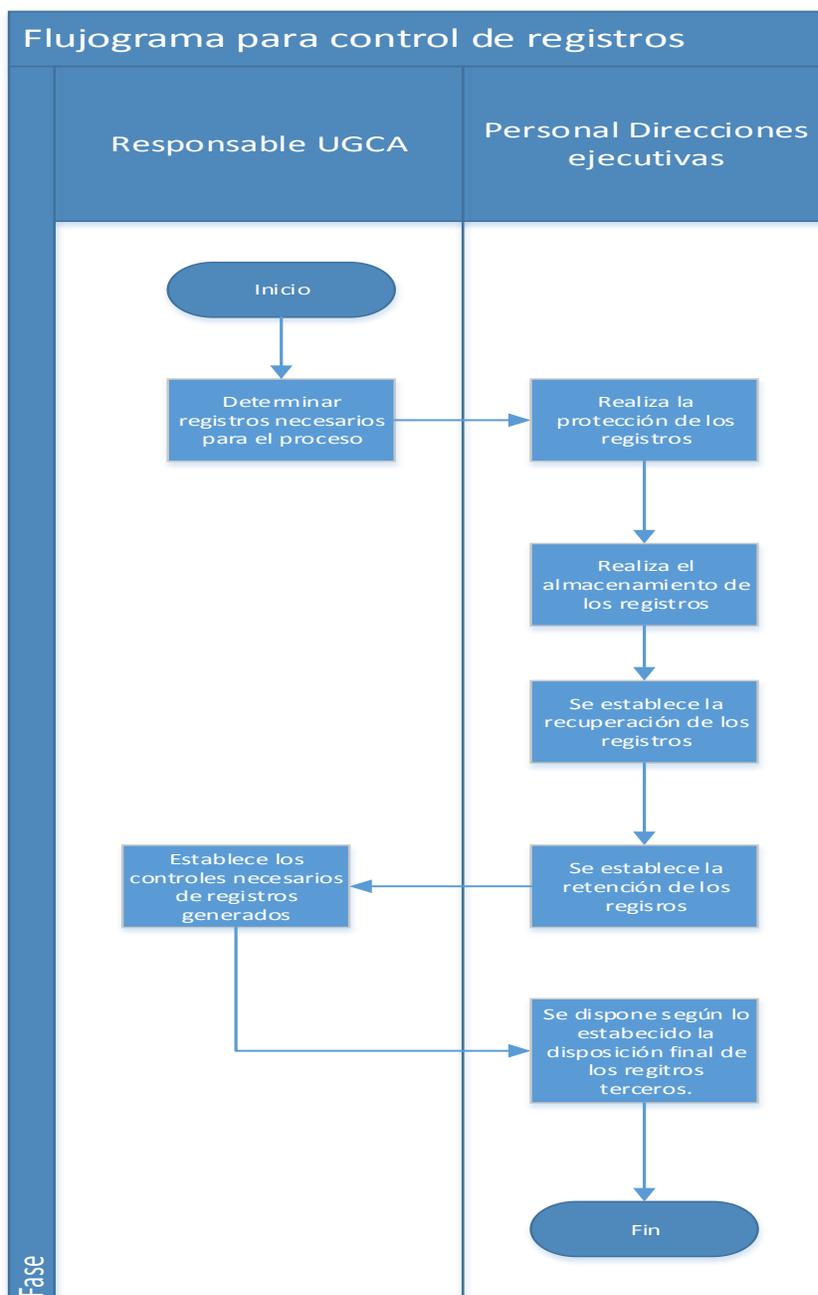
Listas maestras de autorizados: Listas generadas por emisión de convenios con autorizados terceros a fin sean publicados en la página web del SENASA.

Formato de seguimiento: Lista generada en la atención de los expedientes remitidos por la direcciones ejecutivas para aplicar como terceros autorizados lo cual permite realizar el seguimiento y trazabilidad de la atención del servicio.

Personal: Persona o servidor encargado de realizar las actividades para atención del proceso.

Dirección Ejecutiva: Son aquellos órganos descentralizados del SENASA a nivel nacional y que mantienen contacto con el nivel central y en donde se puede tramitar los expedientes para solicitar y realizar servicios oficiales a nombre del SENASA.

5. DESCRIPCIÓN.



5.1. Responsabilidades

- ❖ El director de la UGCA es responsable de la aprobación del presente procedimiento
- ❖ La Unidad e informática del SENASA es responsable del respaldo tecnológico necesario para la protección y recuperación de los registros.

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

- ❖ El personal de la UGCA es responsable de la implementación del presente procedimiento, así como de su actualización cuando corresponda.
- ❖ El personal del SENASA es responsable de ejecutar lo establecido en el presente procedimiento.

5.2. La Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones establece los registros que son necesarios para la trazabilidad y seguimiento del proceso de autorización a terceros. Se establece la codificación para el/los formatos necesarios establecidos en el PRO-UGCA/TERC-09 Control documentario, además, se encuentra consolidado en el REG-UGCA/TERC-19.

5.3. La protección para la conservación de información documentada en donde se establecen los registros de solicitud son responsables de mantener archivados los registros a fin de evitar daños y pérdidas.

5.4. El almacenamiento de los registros el personal responsable asignado donde son creados son responsables de definir los lugares como archivos, archiveros, cajas o cualquier forma que pueda conservarlos donde serán archivados. Los registros virtuales son almacenados en carpetas establecidas por cada dependencia.

5.5. La recuperación y la retención de los registros es realizado según lo establecido en el PRO-ST-03 archivos de documentos del SENASA. La retención de los registros dependerá de la de consulta, normativa o necesidad retener dichos registros.

6. REGISTROS.

REG-UCA/TERC-21 Formato de atención de solicitudes de autorización a terceros

REG-UCA/TERC-22 Formato de Autorizados terceros

REG-UCA/TERC-23 Formato web de terceros autorizados

REG-UGCA-19 Listado maestro de registros

7. ANEXOS.

No aplica.

REG-UCA/TERC-21 Formato de atención de solicitudes de autorización a terceros

AÑO	MES	FECHA DE REGISTRO	TIPO	EXPEDIENTE	NOMBRE	OFICINA	ESTADO	OBSERVACIONES	FECHA CIERRE	DÍAS

REG-UCA/TERC-22 Formato de Autorizados terceros

N° Expediente	CÓDIGO	CÓDIGO/DNI Dirección Ejecutiva	DNI	Apellidos y nombres del profesional autorizado	M	V	T	P	P	P	PA	F	Zona asignada	Vigencia de la Autorización	Situación de Convenio	E-mail o teléfono de contacto	Domicilio legal	Solicitud: Municipalidad, Asociación, Empresa..	Nombre (Representante Legal)	DNI	Domicilio Legal (Persona Jurídica)	E-mail o teléfono de contacto (Persona Jurídica)	Seguimiento a sus actividades como ejecutor	Envío de credencial	D. E		

REG-UCA/TERC-23 Formato web de terceros autorizados

REG-UGCA-08: RELACION DE TERCEROS AUTORIZADOS															
Servicio oficial autorizado: GSA - Enfermedad / Programa Control y Erradicación de Carunco Sintomático y Edema Maligno															
CÓDIGO	CÓDIGO/DNI Dirección Ejecutiva	DNI	Apellidos y nombres del profesional autorizado	M	V	T	P	P	PA	F	Zona asignada	Vigencia de la Autorización	Situación de Convenio	D. E	

REG-UGCA-19 Listado maestro de registros

REG-UGCA-02 Listado Maestro de Registros del Sistema de Gestión de la Calidad

DIRECCION/SUBDIRECCION/UNIDADES:

Actualizado al (día/mes/año):

CÓDIGO	NOMBRE	UBICACIÓN (formato lleno)	RESPONSABLE DEL CONTROL (Nombre o cargo del responsable de su Almacenamiento)	TIEMPO DE RETENCIÓN (Archivo Intermedio)

	OFICINA DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones	
		PRO-UGCA/TERC-11	
	PROCEDIMIENTO: ATENCIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y RECLAMOS	Revisión: 00	Página: 343 de 439

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
	XXXXXXXXXX Especialista	XXXXXXXXXXXXX Director(a) / (e)	XXXXXXXXXXXXX Director General
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			

TABLA DE CONTENIDO

1. Objetivo.
2. Alcance.
3. Referencias.
4. Definiciones.
5. Descripción.
6. Registros.
7. Anexos.

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

1. OBJETIVO.

Establecer y agilizar las atenciones relacionadas a reclamos, quejas, sugerencias o consultas derivadas de los clientes para el proceso de autorizaciones a terceros a fin de mantener una comunicación directa entre la UGCA y los usuarios.

Permitirá realizar la mejora continua del proceso siendo complementario a lo establecido por la Secretaría técnica, de tal manera que permita implementar acciones correctivas para cumplir con la satisfacción de los clientes.

2. ALCANCE

Aplica a los procesos vinculados a la autorización de terceros en SENASA para gestionar las quejas y sugerencias de los usuarios del servicio.

3. REFERENCIAS.

ISO 9001 2015 Sistema de Gestión de Calidad - Requisitos
PRO-ST-01 Atención de quejas sugerencias y reclamos
PRO-UGCA/TER-05 Acciones correctivas

4. DEFINICIONES.

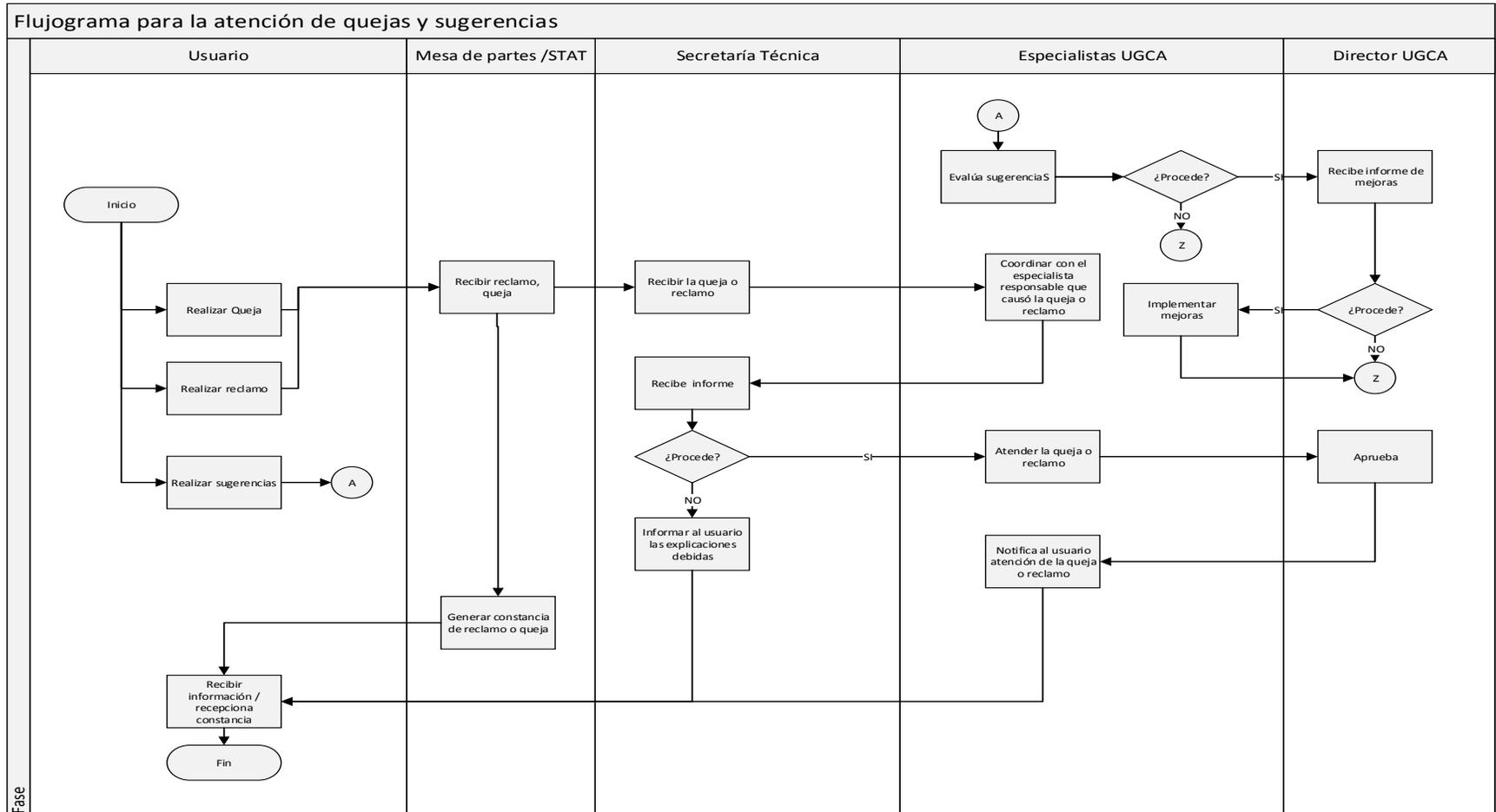
- ✓ **Usuario:** usuario del servicio para realizar el trámite para autorizarse como tercero.
- ✓ **Queja:** Insatisfacción del usuario presentada al SENASA que no tiene relación con el servicio de manera directa, es decir, por **mala atención** por parte del SENASA. (ser descortés, mal educado, desorientación y no explicación del servicio, etc.).
- ✓ **Reclamo:** muestra de insatisfacción, con relación directa con el producto o servicio que ofrece la empresa. Es decir, cuando **no se cumple con el compromiso establecido con el usuario**. Por lo tanto, con la reclamación se pide o pretende algún tipo de compensación o solución rápida. (convenio incompleto: faltan hojas, no se cumplió los plazos de entrega del convenio, no incluido en la lista de autorizados en la web del SENASA, datos erróneos (DNI, dirección etc.).
- ✓ **Sugerencia:** Lo manifestado por el usuario a fin de aportar mejoras en el proceso o procedimientos realizados para la atención del servicio y mejorar dicho desempeño.
- ✓ **Libro de reclamaciones:** Documento físico o virtual establecido en sector público mediante el cual los usuarios puede formular sus reclamos.

Abreviaturas:

ST: Secretaría Técnica

UGCA: Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones

5. DESCRIPCIÓN.



Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

5.1. Responsabilidades:

- ❖ El director de la UGCA es responsable de la aprobación del presente procedimiento
- ❖ El personal de la UGCA encargado es responsable de la implementación del presente procedimiento, así como de su actualización cuando corresponda.
- ❖ El personal de la UGCA de cumplir lo establecido en el presente procedimiento.

5.2. Relacionado a reclamos y quejas

- ✓ Reclamos como convenio incompleto: faltan hojas, no se cumplió los plazos de entrega del convenio, no incluido en la lista de autorizados en la web del SENASA, datos erróneos (DNI, dirección et y quejas por **mala atención** por parte del SENASA. (ser descortés, mal educado, desorientación y no explicación del servicio, etc.).

5.3. Procedimiento de atención Quejas y reclamos

- ✓ El usuario debe registrar su Queja o reclamo según el REG-ST-01 para su presentación la cual es recepcionada por la Secretaría técnica, quien coordina con el especialista que causó la queja o reclamo para su evaluación y registra en el REG-UGCA/TERC-25 Atención de quejas y reclamos donde se redacta la causa y la respuesta.
- ✓ Posteriormente el responsable de la queja remite el informe a la ST dando respuesta bajo responsabilidad.
- ✓ Si la queja no procede se informa al usuario las explicaciones debidas.
- ✓ Si la queja o reclamo corresponde resolverla el especialista encargado atiende la queja o reclamo y el resultado es comunicado al director UGCA quien aprueba y el especialista realiza la notificación al usuario a fin de cerrar la queja o reclamo.

5.4. Procedimiento de atención de sugerencias

Las sugerencias son recepcionadas vía e-mail o al teléfono establecido para la atención de usuarios del proceso de autorización terceros en el SENASA las cuales pasan a evaluación de la UGCA a fin de establecer mejoras en el proceso de corresponder.

5.5. Encuestas

La UGCA efectúa anualmente la retroalimentación del servicio prestado a fin de obtener opiniones, quejas o recomendaciones del usuario mediante el registro REG-UGCA-05 Encuesta de satisfacción del cliente (física o virtual). Posteriormente se evalúa el resultado para identificar oportunidades de mejora lo cual sirve de insumo para la revisión por la dirección y ser informado al Director de la UGCA.

5.6. Indicadores complementarios

El REG-UGCA/TERC-26 registros de quejas vinculados al servicio autorización a terceros a fin de medir la eficacia de este proceso realizando evaluando el siguiente indicador:

$$\% \text{ atención quejas/sugerencias} = \frac{\text{N}^\circ \text{ quejas, reclamos/sugerencias } \mathbf{atendidas}}{\text{N}^\circ \text{ quejas, reclamos /sugerencias } \mathbf{presentadas}} \times 100$$

Como meta se espera la atención o solución del 100% de quejas, reclamos o sugerencias presentadas.

6. REGISTROS.

REG-UGCA/TERC-25 Atención de quejas y reclamos

REG-UGCA/TERC-26 registros de quejas vinculados al servicio autorización a terceros

REG-UGCA/TERC-05 Encuesta de satisfacción al cliente

7. ANEXOS.

No aplica.

REG-UGCA/TERC-25 Atención de quejas y reclamos

Nombre Usuario:	
Telefono:	Correo electrónico:
Descripción de la queja	
Evaluación de la queja	
¿procede?	SI <input type="checkbox"/> proceder atención NO <input type="checkbox"/> Explicaciones debidas al usuario
Medio informe al cliente:	

REG-UGCA/TERC-26 registros de quejas vinculados al servicio autorización a terceros

N°	Fecha de queja	Motivación	Responsable de atender la queja	Usuario	Proceso relacionado	Observaciones	Fecha de cierre / pendiente de atención

REG-UGCA/TERC-05 Encuesta de satisfacción al cliente

la encuesta tiene por objetivo medir la satisfacción del cliente bajo el sistema de gestión de calidad marcar con una X del 1 al 10 según las preguntas expuestas. Tomar solo una opción para su respuesta por cada pregunta. Dígito alto para muy satisfecho, dígito bajo si no estuvo satisfecho, en el caso no tenga ninguna opinión deje el espacio vacío.

Preguntas	Muy satisfecho					Insatisfecho				
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
CALIDAD EN EL SERVICIO OFRECIDO										
1.- ¿El convenio fue emitido cumpliendo los requisitos técnicos?										
2.- ¿El documento resolutivo es claro a su entendimiento?										
3.- ¿El documento resolutivo le fue entregado en el plazo previsto?										
4.- ¿Se cumplió con el tiempo para la gestión de su trámite?										
COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE										
5.- ¿Le resulto sencillo comunicarse con los especialistas que intervienen en el trámite del servicio?										
6.- ¿Los especialistas encargados del servicio ha solucionado telefónicamente o vía correo sus consultas?										
7.- ¿Se cumplió con la atención de sus reclamos?										

8.- ¿Se cumplió con el trámite y se siente atendido?										
INFORMACIÓN GENERAL										
9.- ¿Conoce todos los servicios ofrecidos relacionado a autorizaciones a terceros?										
10.- ¿Qué opinión posee con la información brindada en la página web del SENASA en relación al servicio de terceros autorizados?										
¿En qué aspectos cree que debe mejorar SENASA?										
-										
-										
¿En qué aspectos cree que debe mejorar al servicio de autorización a terceros?										
-										
-										
Incluir comentarios que considere pertinentes:										
-										
-										
Nombre del usuario:										
Correo electrónico:										
Fecha de encuesta:										

	OFICINA DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones	
		PRO-UGCA/TERC-12	
	PROCEDIMIENTO: CONTROL DE LOS SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE	Revisión: 00	Página: 351 de 9

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
	XXXXXXXXXX Especialista	XXXXXXXXXXXX Director(a) / (e)	XXXXXXXXXXXX Director General
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			

TABLA DE CONTENIDO

1. Objetivo.
2. Alcance.
3. Referencias.
4. Definiciones.
5. Descripción.
6. Registros.
7. Anexos.

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

1. OBJETIVO.

Asegurar que la UGCA adquiriera bienes idóneos para el correcto desempeño del servicio ofrecido mediante la descripción detallada y comunicada a los proveedores externos, así como la evaluación, selección, seguimiento y reevaluación de dichos proveedores relacionados a los servicios a adquirir.

2. ALCANCE.

Aplica a los productos suministrados externamente a la UGCA que afecten directamente a las actividades del proceso de autorización a terceros.

3. REFERENCIAS.

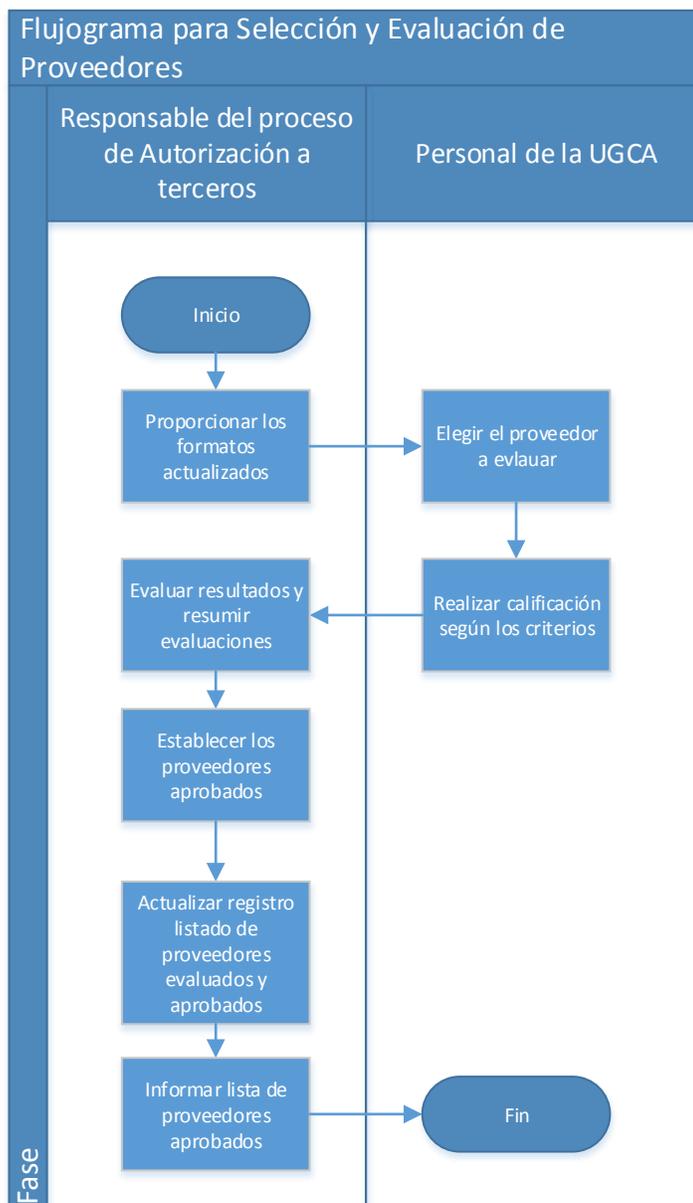
ISO 9001 2015 Sistemas de gestión de calidad – Requisitos.

PRO-ULO-02 Adquisición de bienes y contratación de servicios – Obras.

4. DEFINICIONES.

- ❖ **Proveedor:** Persona u organización que proporciona un producto.
- ❖ **Suministro:** Mercancías o productos necesarios que son provistos a una organización.
- ❖ **Evaluador:** Personal de la UGCA con competencia técnica para realizar la evaluación.
- ❖ **OPDI:** Oficina de Planificación y Desarrollo Institucional.
- ❖ **TDR:** Términos de Referencia.
- ❖ **SEACE:** Sistema electrónico de contrataciones del Estado, permite el intercambio de información y difusión sobre las contrataciones del Estado, así como la realización de transacciones electrónicas.
- ❖ **OSCE:** Organismo Supervisor de Contrataciones Del Estado.

5. DESCRIPCIÓN.



5.1. Responsabilidades

- ❖ El director de la UGCA es responsable de la aprobación del presente procedimiento
- ❖ El personal de la UGCA es responsable de la implementación del presente procedimiento, así como de su actualización cuando corresponda.

5.2. Productos suministrados externamente

Se programa los requerimientos de bienes, servicios como se indica en el **PRO-ULO-02** Adquisición de bienes y contratación de servicios.

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

- 5.3. La UGCA se asegura que los productos o servicios suministrados externamente no afectan la capacidad de la organización para entregar el servicio conforme a los usuarios.
- 5.4. La selección es realizada buscando que los servicios sean adecuados para incorporarlos a las actividades propias del proceso y para la implementación del sistema de gestión de calidad en SENASA.
- 5.5. La UGCA para asegurar actividades propias del proceso y para la implementación del sistema de gestión de calidad contrata servicios como:
- ✓ Implementación del sistema de gestión de calidad.
 - ✓ Auditoria internas.
 - ✓ Evaluación y análisis de no conformidades y acciones correctivas.
 - ✓ Metodología de mejora de procesos.
 - ✓ Gestión por procesos.
 - ✓ Mejora continua.
- 5.6. Los requisitos de los servicios son aprobados por el personal de la UGCA, el proceso de contratación se inicia según lo indicado en el procedimiento PRO-ULO-02 Contratación de bienes y servicios.

5.7. Evaluación y Selección de proveedores Externos

La Evaluación y selección se realiza para los servicios de consultoría y/o capacitación, y lo realiza la UGCA directamente con el proveedor del servicio.

- 5.8. Se entrega al personal evaluador los formatos de registro REG-UCGA/TERC-28 evaluación de proveedores de servicios los cuales son evaluados de acuerdo a los criterios de calificación.
- 5.9. El personal de la UGCA realiza la comunicación al proveedor del servicio o producto para realizar la evaluación según los criterios o requisitos de calificación tales como:
- ❖ Garantía de calidad. (Referencias de trabajo conforme realizado con otras instituciones)
 - ❖ Antigüedad. (años realizando el servicio)
 - ❖ Prestigio. (Reconocido en el sector como proveedor del servicio).
 - ❖ Servicio al cliente. (cumplimiento de expectativas).
 - ❖ Sistema de gestión implementado (Certificado con alguna ISO)
 - ❖ Historial de puntualidad (Cumplimiento en horarios y programa del servicio solicitado).

5.10. Cada criterio tiene niveles de calificación, para la aprobación del servicio, los cuales son sumados representando el puntaje total obtenido de la evaluación realizada, los que no logren un puntaje mínimo son eliminados.

- 1=Deficiente
- 2=Regular
- 3=Bueno
- 4=Muy Bueno
- 5=Excelente

5.11. Con los registros llenos se realiza un resumen a fin de determinar la calificación o descalificación del proveedor. Los proveedores calificados son registrados en REG-UGCA/TERC-29 Lista de proveedores aprobados. Los proveedores son retirados de la lista cuando obtiene un puntaje menor a la calificación mínima de aprobación, o no cumple con las especificaciones solicitadas.

5.12. Para ser proveedor aceptado debe tener como mínimo 3 de puntaje según la formula:

Proveedor calificado=puntaje total / # de criterios

5.13. El puntaje que debe alcanzar el proveedor es 15 puntos totales que son sumados de cada criterio para ser aprobado.

5.14. Para el seguimiento, el personal de la UGCA realiza la actualización de la lista REG-UGCA/TERC-28 registro de evaluación de proveedores anualmente de tal manera se asegura los controles que se aplican al proveedor externo.

5.15. Se actualiza la lista de proveedores aprobados y se comunica a todo el personal de la UGCA.

5.16. Información para los proveedores externos

El SENASA a través de la UGCA se asegura que se realiza la comunicación a los proveedores para:

- ✓ Los servicios que van a proporcionar.
- ✓ Los requisitos de aprobación del servicio ofrecido.
- ✓ El control y seguimiento que aplicará el SENASA al proveedor.

5.17. El personal de la UGCA aprueba los requisitos para los servicios provistos externamente para las consultorías y/o capacitaciones externas cuando se firma el contrato para el servicio.

5.18. Las comunicaciones realizadas con los proveedores y el SENASA se realizarán según el grado de formalidad siendo estos a través de cartas o vía correo.

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

6. REGISTROS.

REG-UCGA/TERC-28 Evaluación de proveedores de servicios.
REG-UGCA/TERC-29 Lista de proveedores aprobados.

7. ANEXOS.

No aplica.

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad



REG-UGCA/TERC-29 Lista de proveedores calificados y aprobados.

N°	Nombre	E-mail	Teléfono	Contacto

	DIRECCIÓN / OFICINA DE	Unidad / subdirección	
	PROCEDIMIENTO: PROPIEDAD DEL CLIENTE	PRO-UGCA/TERC-13	
		Revisión: 00	Página: 359 de 5

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
	XXXXXXXXXX Especialista	XXXXXXXXXXXX Director(a) / (e)	XXXXXXXXXXXX Director General
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			

TABLA DE CONTENIDO

1. Objetivo.
2. Alcance.
3. Referencias.
4. Definiciones.
5. Descripción.
6. Registros.
7. Anexos.

1. OBJETIVO.

Asegurar la protección de la propiedad del usuario que no pertenece al SENASA pero esta bajo control y que se incorpora en la provisión del servicio.

2. ALCANCE.

Aplica a la propiedad del usuario que en el proceso aplique para la prestación del servicio desde el inicio hasta el fin de uso dentro del SENASA.

3. REFERENCIAS

ISO 9001 2015 Sistemas de gestión de calidad – Requisitos

Ley 29733 Ley de protección de datos personales

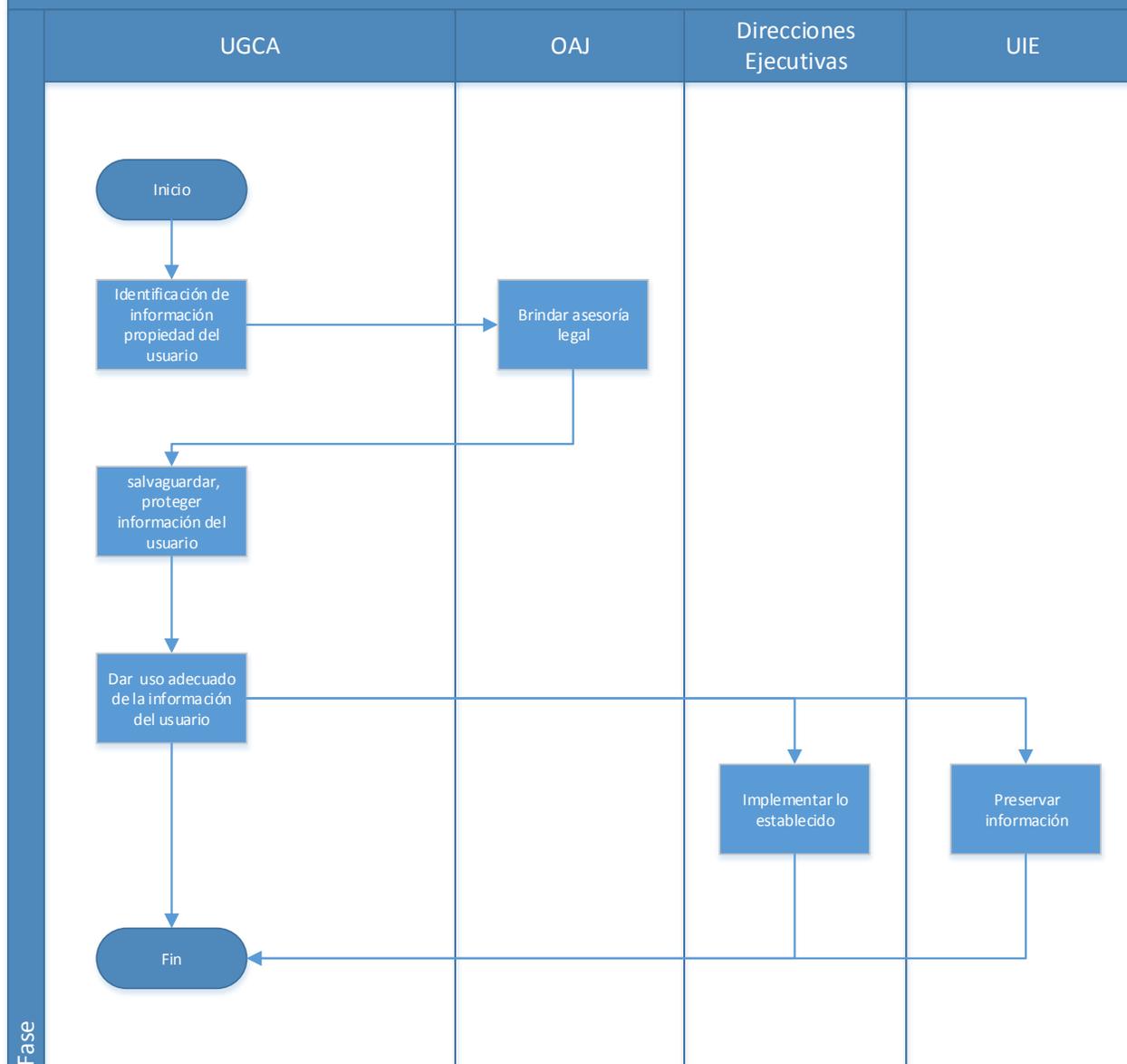
4. DEFINICIONES.

Usuario: Persona natural o jurídica que solicita acceder el servicio de autorización terceros para ejecutar una o más actividades oficiales bajo las condiciones definidas en normas o dispositivos específicos.

Propiedad del usuario: Aquella información física o tangible (documentos, datos personales, certificados etc.) que pertenece al usuario y que se incorpora para la provisión del servicio.

5. DESCRIPCIÓN.

FLUJOGRAMA PROPIEDAD DEL USUARIO



5.1. De la aplicación del procedimiento:

- ✓ El director de la UGCA es responsable de la aprobación del presente procedimiento
- ✓ El personal de la UGCA asignado es responsable de la actualización del presente procedimiento cuando corresponda.
- ✓ Las D.E a nivel nacional son responsables de implementar y ejecutar lo establecido en el presente procedimiento.
- ✓ La UIE (Unidad de Información y Estadística) es responsable preservar la información e integridad de los datos producto del proceso realizado.
- ✓ La OAJ (Oficina de Asesoría Jurídica) asesora en temas según sus funciones.

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

5.2. Identificación

La propiedad del usuario utilizado en el proceso de autorización a terceros es:

- ✓ Nombre.
- ✓ Dirección o domicilio legal.
- ✓ Número de teléfono.
- ✓ Correo electrónico personal.
- ✓ Documentos y/o certificados dentro del ámbito académico, laboral o profesional.
- ✓ Otros según corresponda necesidad.

Nota Para los casos que se incorpore otra información o se deba cumplir el derecho fundamental de protección de datos **establecido en la Ley 29733** Ley de protección de datos personales, así como otras normas especiales complementarias en la materia, o conforme **lo indica la Ley de gobierno digital como datos abiertos** administradas por las entidades públicas, **información sensible del usuario, se coordinará con la OAJ** (Oficina de Asesoría Jurídica), a fin brinde **asesoría legal** en el ámbito de sus funciones.

5.3. Salvaguardar la propiedad del cliente

Para el proceso de autorización terceros el SENASA delega a quien corresponda según su función o actividad realizada dentro del proceso salvaguardar, proteger y verificar la información del usuario, en tanto la preservación de la propiedad que es del usuario se realiza según los procedimientos establecidos por la Unidad de informática y estadística.

5.4. Confidencialidad

Personal del SENASA que tenga acceso a la información que es propiedad del usuario debe darle un uso adecuado con el fin de:

- ✓ Asegurar la confidencialidad y el uso exclusivo para el servicio o proceso en el cual está inmerso.
- ✓ No hacer uso de la información para temas no lícitos.
- ✓ No utilizar la información propiedad del usuario en beneficio propio u otras actividades no relacionadas al objeto del servicio, salvo autorización expresa del mismo.
- ✓ Ante extravío de información o documentación y para que exista trazabilidad de la acciones o actividades realizadas esta situación es informada al usuario.
- ✓ Hacer uso de la información solo en los límites que se indique en el proceso en el cual está inmerso.

Nota: cuando se pierda la información del cliente, esto es registrado según el procedimiento PRO-UGCA/TERC-05 No conformidad y acciones correctivas.

6. REGISTROS

REG-UGCA/TERC-31 Formato propiedad del usuario

7. ANEXOS.
No aplica.

REG-UGCA/TERC-31 Formato propiedad del usuario

SENASA	FORMATO PROPIEDAD DEL USUARIO		
BIEN PROPIEDAD DEL USUARIO ADMINISTRADO POR SENASA			
PROCESO EN QUE USA PROPIEDAD DEL USUARIO: Publicación web SENASA			
TIPO	NOMBRE	USO EN EL SENASA	RESPONSABLE
Documento	Titulo a nombre de la Nación	Requisito legal	UGCA
Documento	Correo electronico	Comunicación y Publicación en web SENASA	UGCA /Secretaría Técnica

Elaboración propia

	DIRECCIÓN / OFICINA DE		Unidad / subdirección	
			PRO-UGCA/TERC-14	
	PROCEDIMIENTO: AUTORIZACIÓN A TERCEROS PARA REALIZAR SERVICIOS OFICIALES		Revisión: 00	Página: 364 de 11

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
	XXXXXXXXXX Especialista	XXXXXXXXXXXX Director(a) / (e)	XXXXXXXXXXXX Director General
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			

TABLA DE CONTENIDO

1. Objetivo.
2. Alcance.
3. Referencias.
4. Definiciones.
5. Descripción.
6. Registros.
7. Anexos.

1. OBJETIVO.

Establecer el proceso para la autorización a terceros de personas externas al SENASA mediante la secuencia de actividades a seguir, a fin de ampliar la cobertura, optimizar los recursos utilizados para la mejora y protección de la sanidad agraria del país.

2. ALCANCE.

Aplica a nivel nacional en las Direcciones ejecutivas donde se solicite la autorización de terceros para realizar servicios oficiales a nombre del SENASA.

3. REFERENCIAS.

- ❖ Decreto Legislativo 1059 que aprueba la Ley General de Sanidad Agraria.
- ❖ Decreto Supremo N° 018-2008-AG, Reglamento de la Ley General de Sanidad Agraria.
- ❖ Decreto Supremo N° 008-2005-AG, Reglamento de Organización y Funciones del SENASA.
- ❖ Resolución Jefatural N° 031-2007-AG-SENASA, Sistema Nacional de aprobación Interna del Sistema Nacional de Sanidad Agraria para autorizar a terceros la ejecución de servicios oficiales a fin de proteger y mejorar la sanidad agraria del país.
- ❖ Decreto legislativo 1412 que aprueba la ley de gobierno digital

4. DEFINICIONES.

Aprobación Interna: Actividad mediante la cual se delega funciones a personal naturales o jurídicas, del sector público o privado, interesadas y debidamente calificadas, para la prestación de servicios en los aspectos de sanidad agraria.

Tercero Autorizado: Persona autorizadas por el SENASA para ejecutar una o más actividades oficiales bajo las condiciones definidas en la norma y los dispositivos específicos correspondientes. No tiene relación de dependencia con el SENASA.

Dispositivos específicos: Normas de autorización de terceros que establecen los requisitos y procedimiento particulares para postular a la autorización ante el SENASA en una determinada actividad, Asimismo, define las condiciones y directrices que deben cumplir los terceros autorizados una vez que obtienen la autorización, los que pueden ser complementados mediante documento normativos como manuales, instructivo, convenios etc.

UGCA: Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones

Alcance de la autorización: Referido al lugar donde el administrado realizará el servicio autorizado como tercero.

JASA: Jefe del área de Sanidad Animal

SCEE: Subdirección de Control y Erradicación de Enfermedades

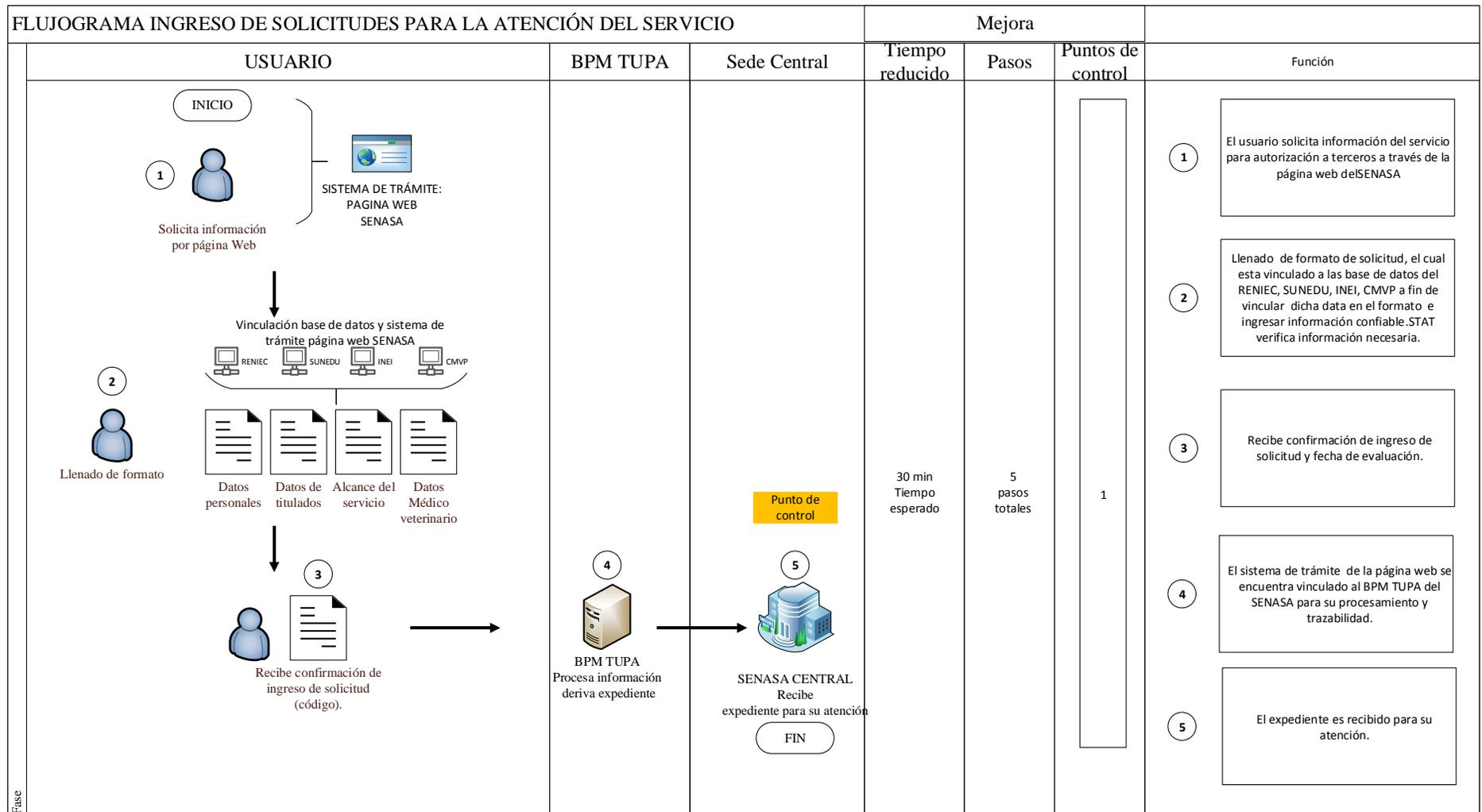
Servicio oficial: Para el presente documento dicese tipo de servicio de que desea aplicar, sea estas vacunaciones, pruebas diagnósticas etc.

STAT: Sistema de trámite de Autorización a Terceros

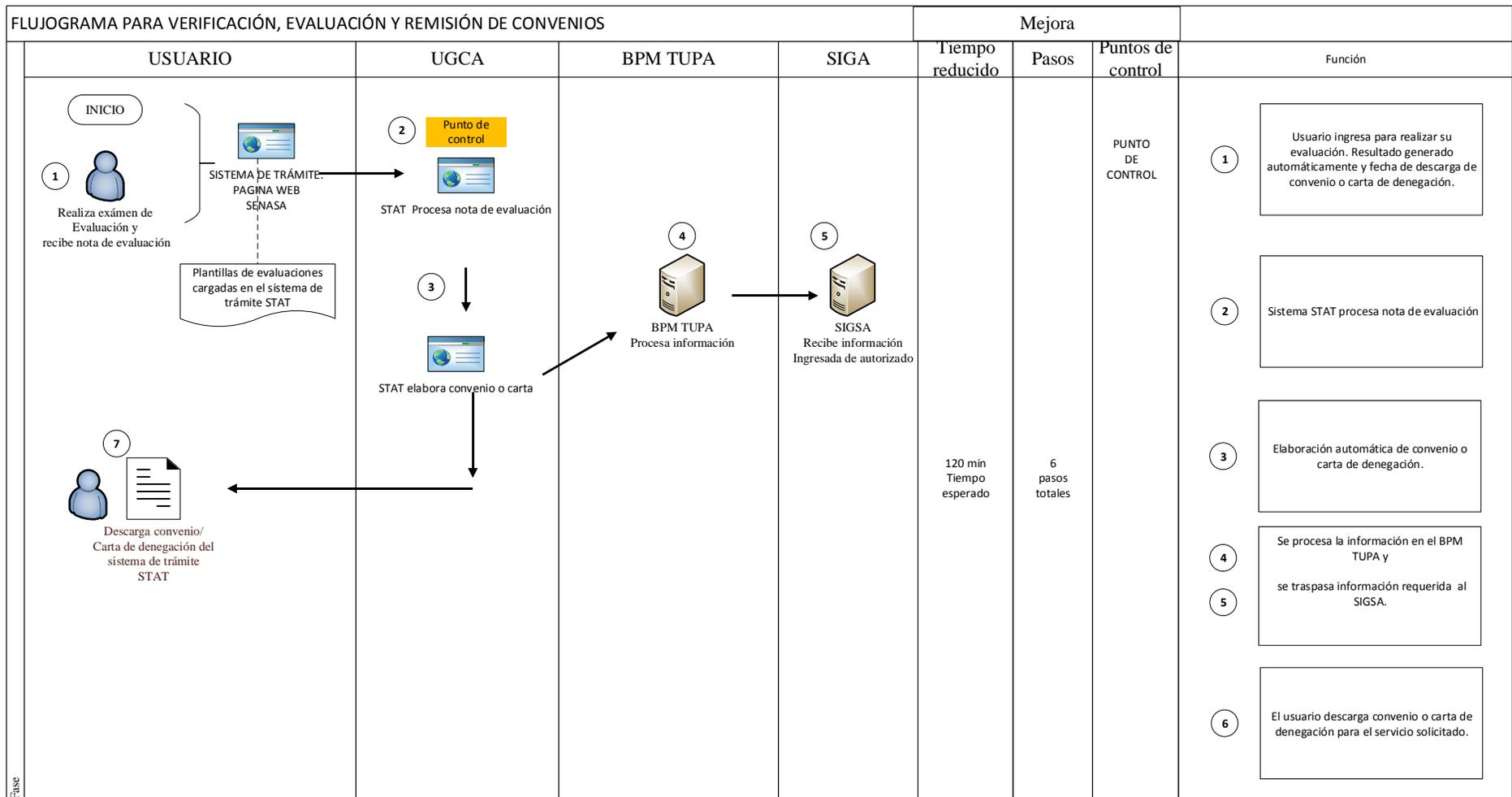
BPM TUPA: Sistema vinculado para la trazabilidad del proceso.

BPM STD: Sistema vinculado para la elaboración de cartas para comunicación interna o externa en el SENASA.

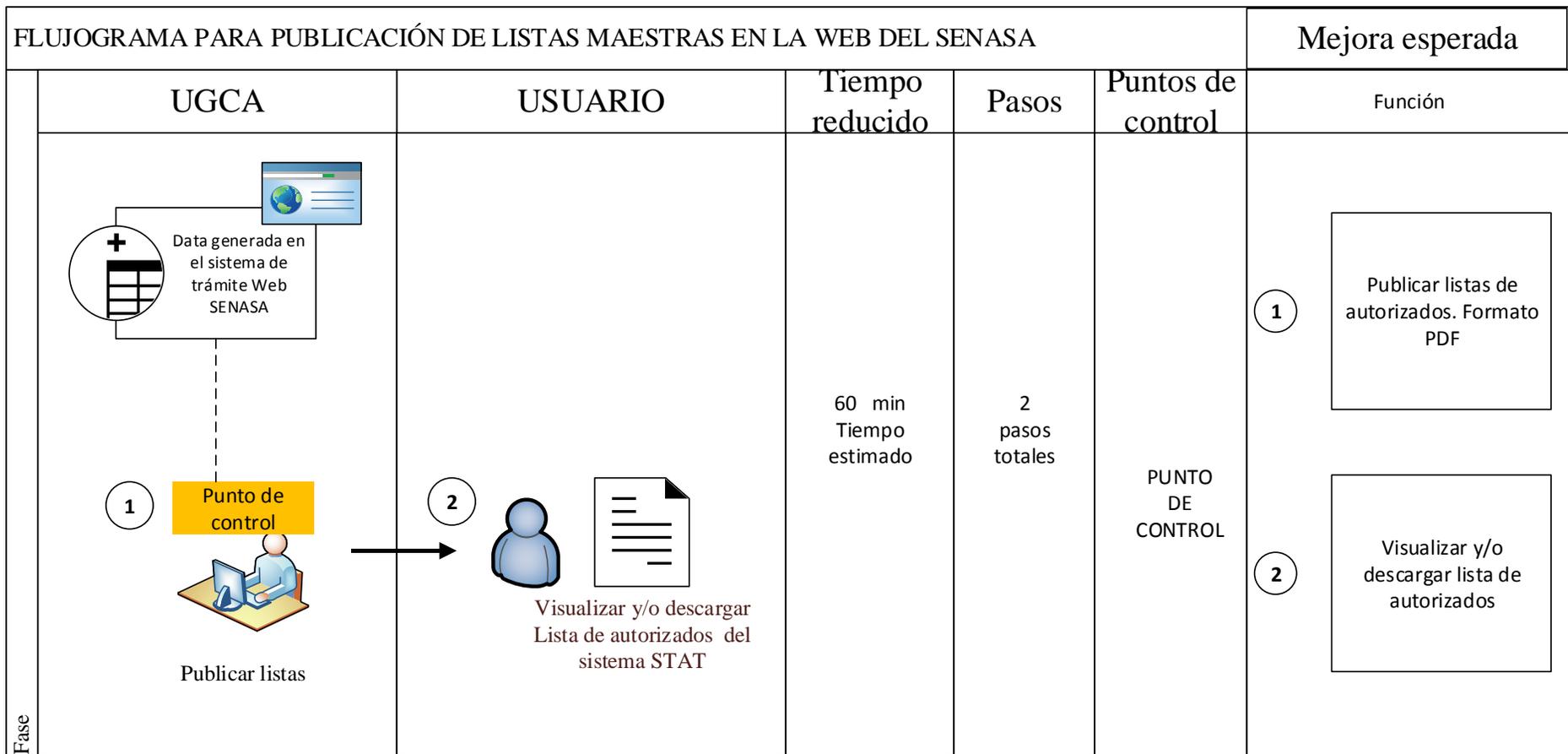
5. DESCRIPCIÓN.



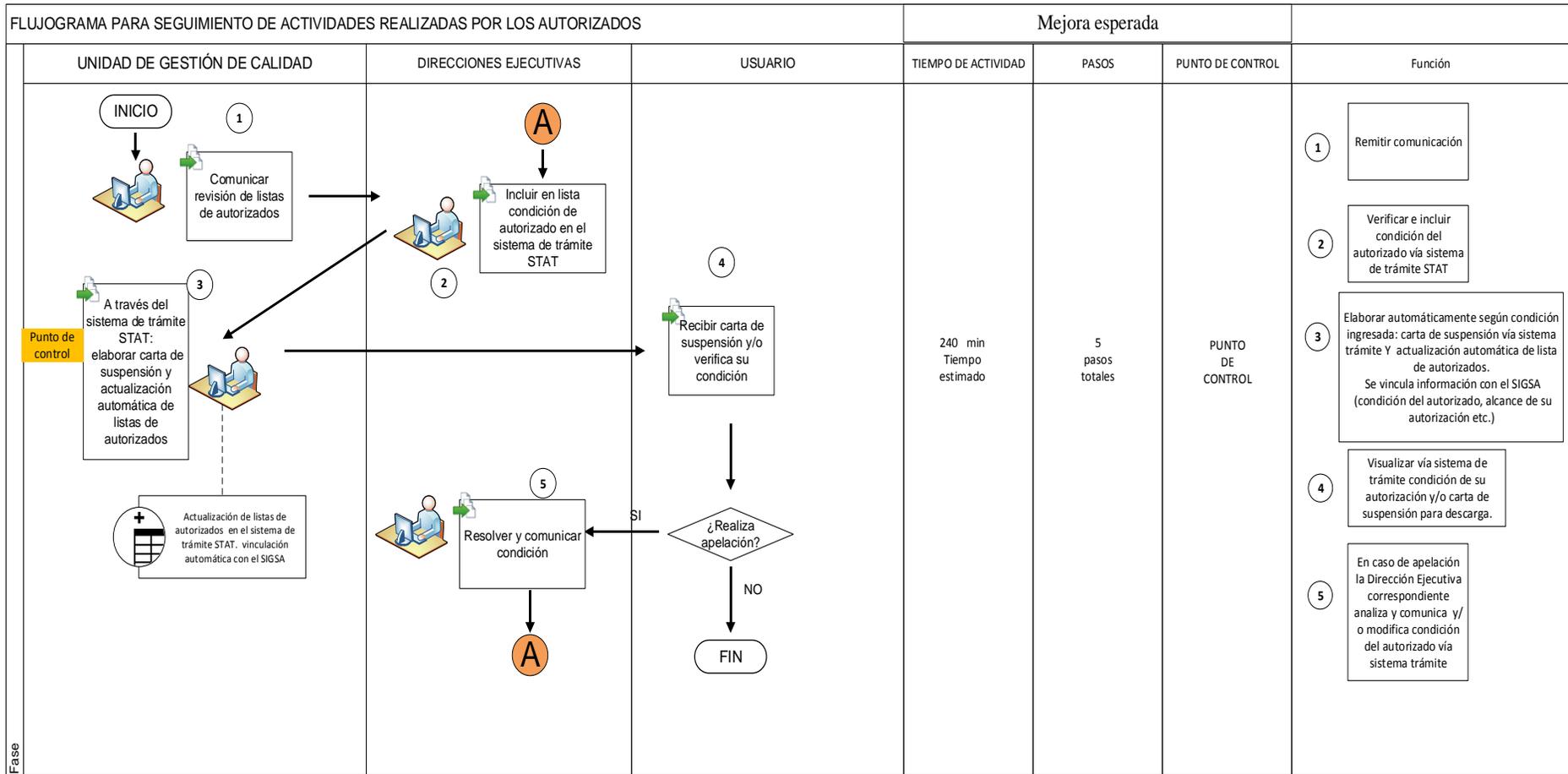
Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad



Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad



Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad



Fase

Nota: A través de esta forma de trabajo se implementa el ArcGIS (es un completo sistema que permite recopilar, organizar, administrar, analizar, compartir información geográfica), donde se visualizará las zonas con personal autorizado o zonas donde no se cuenta con autorizados.

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

5.1. Responsabilidades

- ❖ El director de la UGCA es responsable de la aprobación del presente procedimiento
- ❖ El personal de la UGCA asignado es responsable de la actualización del presente procedimiento cuando corresponda.
- ❖ Las D.E a nivel nacional son responsables de implementar y ejecutar lo establecido en el presente procedimiento.
- ❖ La UIE (Unidad de Información y Estadística) es responsable de mantener el STAT activo y aplica medidas de presentarse inconvenientes.
- ❖ La OAJ (Oficina de Asesoría Jurídica) asesora en temas según sus funciones.
- ❖ Las OLC que cuenten con servicios oficiales disponibles son responsables de incluir en el sistema STAT los formatos de evaluación, el alcance disponible para realizar el servicio, así como las normativas para acceder al servicio, para lo cual se le generará un código de acceso al responsable.

5.2. Condiciones generales

El ingreso de solicitud se realiza a través del STAT en la página web del SENASA. En caso de contingencias se puede realizar de manera física vía mesa de partes por el BPM TUPA.

La trazabilidad del proceso se realiza con la vinculación al STAT al BPM TUPA.

5.3. Proceso de autorización

5.3.1. Condiciones previas

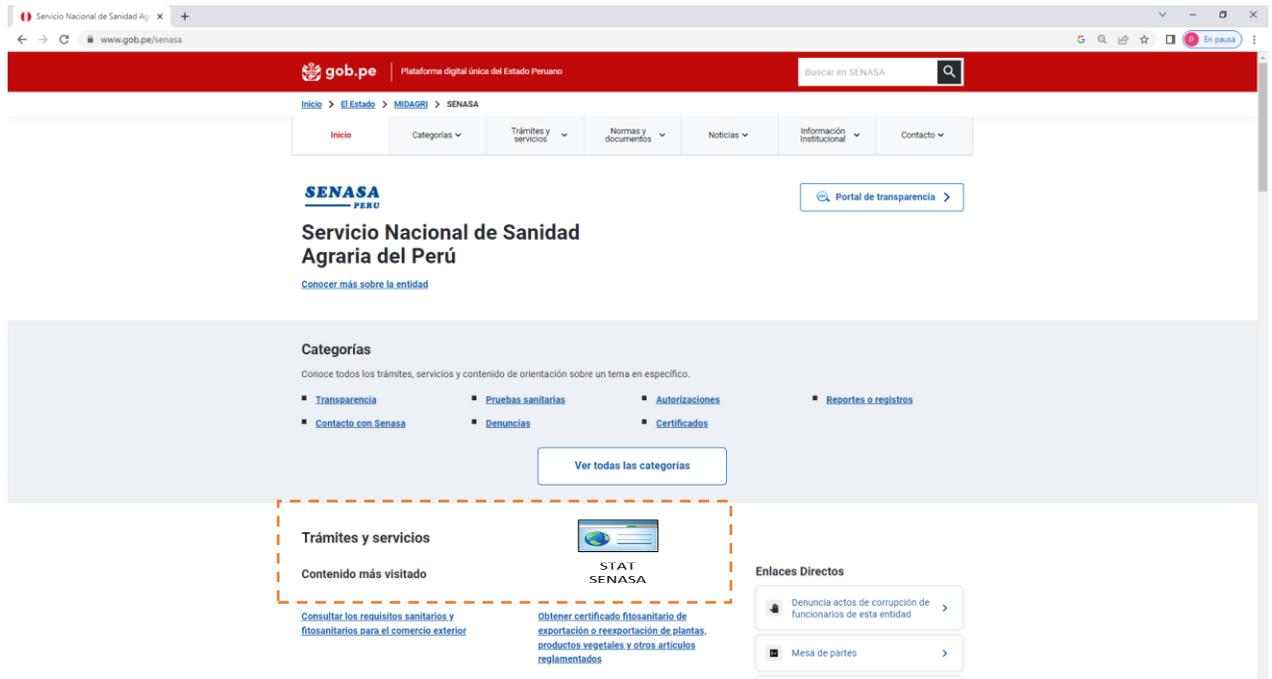
Generales

- ❖ El JASA de cada dirección ejecutiva ingresa al STAT **las zonas** donde se requiere realizar los servicios disponibles en su jurisdicción a ser realizadas por terceros autorizados por SENASA. utiliza como insumo los informes de vigilancia zoonosanitaria donde se especifica los lugares
- ❖ Los responsables de la OLC a nivel Central ingresan previamente al STAT **los formatos de evaluación** para que los solicitantes rindan su evaluación.
- ❖ Los campos del formato de solicitud son obligatorios según las instrucciones.
- ❖ Las Direcciones ejecutivas a nivel nacional deben implementar el uso del STAT así como hacer de conocimiento responsables de mesa de partes para casos de contingencias en el sistema el procedimiento a seguir vía BPM TUPA para la atención de los trámites.
- ❖ Las evaluaciones deben realizarse de forma obligatoria para demostrar la competencia de los solicitantes para realizar el servicio.

Gestión de ingreso de solicitudes

5.4. Información para solicitar el servicio

El solicitante previamente debe revisar en la página web del SENASA la información en el STAT (Sistema de Trámite de Autorización a Terceros) a fin de tener conocimiento de lo necesario para acceder al servicio de tercero autorizado.



5.4.1. Ingreso al Sistema de Autorización a Terceros (STAT)

Ingresar al STAT y ver los videos:

Como Acceder al STAT

Como llenar la solicitud

Referencias normativas para acceder al servicio

Requisitos solicitados para cada servicio

Procedimientos/instructivos relacionados al servicio

Evaluaciones virtuales y modo de calificación

Descarga del documento resolutivo vía web SENASA

Revisar lista de autorizados en la página web del SENASA a fin de revisar su condición.

5.5. Ingreso al STAT

El ingreso al STAT es según lo establecido en el ITR-UGCA/TERC-01 donde previamente debe solicitar su clave de acceso.

Registra su clave de acceso, ingreso de solicitud, realiza la evaluación previa para el servicio solicitado y recibe el convenio o carta de denegación.

En el sistema se registra la trazabilidad de las solicitudes recibidas.

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

5.6. En caso de contingencias en el STAT

En casos de fallas de energía o problemas en el sistema:

5.6.1. Procedimiento

Realizar solicitud vía mesa de partes.

Llenar el formato manualmente según las instrucciones **anexo 1**

De no existir observaciones, mesa de partes ingresa solicitud vía BPM TUPA

La comunicación interna se realiza vía correo interno del SENASA para revisión y comunica vía correo al solicitante fecha de evaluación.

Mesa de partes descarga vía BPM TUPA el convenio según el ITR-UGCA/TERC-02 para entrega al usuario.

Gestión de verificación, evaluación y emisión de documento resolutivo

5.7. El usuario posterior al ingreso al STAT para realizar su evaluación "Evaluaciones virtuales", el resultado es generado automáticamente en el sistema.

5.8. En el sistema STAT se emite automáticamente convenio o carta de denegación el cual es descargado por el usuario. la información generada en el sistema puede ser visualizado por las áreas competentes, así como también por las direcciones ejecutivas a fin de hacer seguimiento y mantener información del proceso de autorización.

5.9. La información es vinculada con el BMP TUPA y al SIGSA como traspaso de información necesaria para otras áreas.

5.10. El usuario descarga convenio o carta de denegación del servicio solicitado o es remitido vía correo a la dirección de correo indicada por el usuario.

5.11. Liberación del servicio

5.11.1. A fin de asegurar que el servicio entregado es conforme con los requisitos que aplican, se realiza en **control operacional del servicio** considerando cumplimiento tanto como **requisitos del cliente, criterios de aceptación, recursos** necesarios y **controles** establecidos en el REG-UGCA/TERC-33 Control para la operación del servicio.

Gestión de Publicación

La publicación de las listas de autorizados es realizada por la UGCA, con la data obtenida de las evaluaciones aprobatorias, el sistema elabora virtualmente una lista de autorizados por dirección ejecutiva esta información es validada por el especialista responsable del proceso de autorización a terceros e incluida en la página web del SENASA a fin los usuarios con convenio emitido puedan visualizar su habilitación para realizar el servicio y sean reconocidos por el SENASA como técnicamente aptos para ejecutar el servicio, esta acción se hace de conocimiento tanto a la unidad de informática y a la secretaria técnica mediante los medios que se consideren pertinentes.

5.12. Con la data generada en el STAT la UGCA publica lista de autorizados en la página web SENASA.

5.13. El usuario ingresa a la página web del SENASA a través del sistema STAT que facilita un icono para visualizar listas y corroborar su autorización.

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

- 5.14.** En el caso dese información adicional se comunica vía correo con el área competente a fin de absolver sus consultas.
- 5.15.** la información generada en el sistema puede ser visualizado por las áreas competentes así como también por las direcciones ejecutivas ingresando al STAT, a fin de hacer seguimiento y mantener información del proceso de autorización.

Gestión de Seguimiento a vigencia de autorizaciones

- 5.16.** La UGCA remite comunicación a fin las direcciones ejecutivas realicen el seguimiento según la data incluida en el sistema STAT, indicando a las D.E revocar o mantener autorización de los usuarios autorizados en el ámbito de su jurisdicción. Las D.E ingresan a través del icono “DIRECCIONES EJECUTIVAS” donde se encuentran las listas según su ámbito.
- 5.17.** La UGCA verifica la información enviada por las D.E y emite carta de revocación o se mantiene vigencia del autorizado según información recibida.
- 5.18.** Las listas son actualizadas y vinculadas al SIGSA con la información que se necesite.
- 5.19.** En el caso que el usuario realice apelación la dirección ejecutiva correspondiente resuelve y comunica la condición del usuario, lo reporta en las listas del sistema STAT las cuales se actualizan para posteriormente se incluídas en la web del SENASA.

5.20. Consideraciones finales

5.20.1. ARCGIS Centro poblados

ArcGIS es un sistema que permite, compartir información geográfica para ser publicada y esté accesible para cualquier usuario. Se puede hacer uso del ARGICS a través del internet o celulares o a través de la PC conectada a internet.

Vinculado a la data del SIG (sistema de información geográfica) del INEI código de ubigeo) o data de google earth con su información de altitud, latitud, longitud, y la data de autorizados en los distintos departamentos se puede ubicar la cantidad de ejecutores autorizados por departamento, en cada provincia o en cada distrito a fin de que dicha información sirva para gestionar más eficazmente la necesidad de ejecutores en las zonas donde se necesita personal tercero o las zonas donde ya se ha cubierto dicha necesidad.

5.20.2. Control de calidad para la liberación del servicio

A fin de que las etapas planificadas para la atención del servicio así como los requisitos del servicio tanto como los legales aplicables, los tiempos de entrega, la información completa recibida, controles del proceso y cumplimiento de las actividades planificadas en procedimientos dentro del sistema de calidad se establece el registro REG-REG-UGCA/TERC-32 Liberación del servicio lo cual es realizado en el sistema STAT antes de la liberación del servicio.

6. REGISTROS.

En el ITR-UGCA/TER-01 Ingreso de solicitudes de usuarios del proceso autorización a terceros vía web SENASA- STAT

REG-UCA/TERC-33 Control para la operación del servicio.

REG-UGCA/TERC-32 Liberación del servicio

REG-UCA/TERC-01 Formato de atención de solicitudes de autorización a terceros.

REG-UCA/TERC-02 Formato de Autorizados terceros.

7. ANEXOS.

Requisitos según servicio solicitado

REG-UCA/TERC-33 Control para la operación del servicio.

N°	SENASA	CONTROL PARA LA OPERACIÓN DEL SERVICIO							
	PROCESO	REQUISITOS DEL CLIENTE	CRITERIO DE ACEPTACIÓN	RECURSOS NECESARIOS	CONTROLES ESTABLECIDOS	RESPONSABLE	COMENTARIOS	REQUISITOS LEGALES DE CUMPLIMIENTO	REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA ORGANIZACIÓN
1	Recepción documental								
2	Verificación, evaluación y emisión de documentos resolutivos								
3	Publicación								
4	Seguimiento de vigencia de autorizados								

REG-UGCA/TERC-32 Liberación del servicio

SENASA	FORMATO DE LIBERACIÓN DEL SERVICIO					
SERVICIO	REQUISITOS	CONFORME SI / NO	RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN	LIBERADO SI/NO	NO LIBERADO DERIVADO A:	OBSERVACIONES
Emisión de convenio	Legales aplicables					
	Tiempo de entrega					
	Información completa					
	Normas aplicables					
	Controles por proceso					
	Cumplimiento de actividades planificadas en el SGC					

REG-UCA/TERC-21 Formato de atención de solicitudes de autorización a terceros

AÑO	MES	FECHA DE REGISTRO	TIPO	EXPEDIENTE	NOMBRE	OFICINA	ESTADO	OBSERVACIONES	FECHA CIERRE	DÍAS

REG-UCA/TERC-22 Formato de Autorizados terceros

Nº Expediente	CÓDIGO	CÓDIGO/DNI Dirección Ejecutiva	DN I	Apellidos y nombres del profesional autorizado	M V	T P	P P	PA F	Zona asignada	Vigencia de la Autorización	Situación de Convenio	E - mail o telefono de contacto	Domicilio legal	Solicitud: Municipalidad, Asociación, Empresa..	Nombre (Representante Legal)	DN I	Domicilio Legal (Persona Jurídica)	E - mail o telefono de contacto (Persona Jurídica)	Seguimiento a sus actividades como ejecutor	Envío de credencial	D. E

NORMA	TIPO DE SERVICIO	REQUISITOS
<p>DS-002-2007-AG: Reglamento para la Prevención y Control de Carbunco Sintomático y Edema Maligno</p>	<p>autorización de personas para realizar servicios de prevención en carbunco sintomático</p>	<p>Presentación formato de solicitud: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A TERCEROS (PERSONA NATURAL O JURÍDICA) PARA REALIZAR ACTIVIDAD OFICIAL DEL SENASA</p> <p>REQUISITOS: Médico Veterinario: Solicitud de autorización adjuntando: a) Constancia de habilidad expedida por el Colegio Médico Veterinario. b) Copia simple del documento de identidad.</p> <p>Profesionales afines, Técnicos Agropecuarios y Promotores Agropecuarios: Solicitud de autorización adjuntando: a) Copia legalizada del Título profesional (No se exige por medida de simplificación administrativa: art.5 DL N° 1246) o título de Técnico agropecuario o constancia de promotor agropecuario. b) Copia simple del documento de identidad. c) Constancias o certificados que acrediten experiencia en las labores de vacunación en bovinos, ovinos, caprinos u otras especies susceptibles, por un periodo mínimo de seis (6) meses.</p>
<p>DL 1059: Ley de sanidad agraria art 10 procedimiento PRO- SCEE-19 CAPACITACIÓN EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA RABIA EN LOS HERBÍVOROS PRO-SCEE-18 VACUNACIÓN CONTRA LA RABIA EN LOS HERBÍVOROS</p>	<p>Autorización de personas para realizar servicios de prevención de rabia</p>	<p>Presentación formato de solicitud: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A TERCEROS (PERSONA NATURAL O JURÍDICA) PARA REALIZAR ACTIVIDAD OFICIAL DEL SENASA</p> <p>REQUISITOS: Solicitud de autorización y: Médicos Veterinarios, Bachilleres, Técnicos Agropecuarios o Promotores Agropecuarios en Sanidad Animal o Líderes comunales que no tienen vínculo laboral con el SENASA, quienes para realizar actividades zoonosanitarias, suscriben un convenio con el SENASA.</p>

<p>DS-003-2007-AG: Reglamento para la Prevención y control del Antrax</p>	<p>autorización de personas para realizar servicios de prevención en ántrax</p>	<p>Presentación formato de solicitud: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A TERCEROS (PERSONA NATURAL O JURÍDICA) PARA REALIZAR ACTIVIDAD OFICIAL DEL SENASA</p> <p>REQUISITOS: Médico Veterinario: Solicitud de autorización adjuntando: a) Constancia de habilidad expedida por el Colegio Médico Veterinario. b) Copia simple del documento de identidad. Profesionales afines, Técnicos Agropecuarios y Promotores Agropecuarios: Solicitud de autorización adjuntando: a) Copia legalizada del Título profesional o título de Técnico agropecuario o constancia de promotor agropecuario. b) Copia simple del documento de identidad. c) Constancias o certificados que acrediten experiencia en las labores de vacunación en bovinos, ovinos, caprinos u otras especies susceptibles, por un periodo mínimo de seis (6) meses.</p>
<p>DS-033-2000-AG: Reglamento para el Control y Erradicación de la Brucelosis Bovina</p>	<p>Autorización de personas para realizar servicios de prevención en brucelosis y/o tuberculosis</p>	<p>Presentación formato de solicitud: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A TERCEROS (PERSONA NATURAL O JURÍDICA) PARA REALIZAR ACTIVIDAD OFICIAL DEL SENASA</p> <p>REQUISITOS: Médico Veterinario hábiles y Colegiado según artículo 16, las vacunaciones serán realizadas exclusivamente por médicos veterinarios oficiales o de práctica privada autorizados por el SENASA.</p>
<p>DS-031-2000-AG: Reglamento para el Control y Erradicación de la Tuberculosis Bovina</p>	<p>Autorización de personas para realizar servicios de prevención en brucelosis y/o tuberculosis</p>	<p>Presentación formato de solicitud: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A TERCEROS (PERSONA NATURAL O JURÍDICA) PARA REALIZAR ACTIVIDAD OFICIAL DEL SENASA</p> <p>REQUISITOS: Médico Veterinario hábiles y Colegiado según artículo 5°, serán realizadas por médicos veterinarios oficiales o de práctica privada autorizados por el SENASA.</p>

<p>DS-031-2000-AG RJ-093-2010-AG- SENASA ANEXO R.J. 093- 2010-AG-SENASA: Normas específicas para la autorización de veterinarios en salud avícola, para el desarrollo de actividades oficiales en el marco de implementación de procedimientos del reglamento del Sistema Sanitario avícola Nacional</p>	<p>autorización de profesionales de la práctica privada para realizar actividades oficiales del sistema sanitario avícola</p>	<p>Presentación formato de solicitud: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A TERCEROS (PERSONA NATURAL O JURÍDICA) PARA REALIZAR ACTIVIDAD OFICIAL DEL SENASA</p> <p>REQUISITOS: Para poder ejercer como veterinario autorizado en sanidad avícola se requiere:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ser médico veterinario colegiado y habilitado. b. Asistir y aprobar el curso anual que dicta el SENASA o la institución que el SENASA designe. c. Haber realizado actividades en el sector avícola al menos por 6 meses, el tiempo de experiencia en la actividad se acreditará con constancias de prácticas pre-profesionales, profesionales o contratos sujetos a cualquier régimen laboral y/o contractual. d. No ser director, funcionario o empleado del SENASA, así como tampoco estar contratado por la entidad bajo cualquier modalidad. e. No ser Cónyuges o parientes de los mencionados en el numeral (d) del presente ítem hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad. f. No estar inhabilitado para contratar con el Estado. g. No estar penalizado con la suspensión (durante el período de suspensión) o revocación de la autorización. <p>6. Documentos que acompañan la solicitud.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Copia del certificado de habilidad vigente expedido por el Colegio Médico Veterinario. b. Documento que acredite la experiencia en las actividades realizadas
<p>Decreto Supremo N° 02-2010-AG: Aprueba el Reglamento del Sistema Sanitario Porcino (RSSP). Anexo 4</p>	<p>autorización de profesionales de actividad privada, técnicos o promotores agropecuarios y entidades públicas para realizar servicios de prevención oficial contra las enfermedades comprendidas en el sistema sanitario porcino</p>	<p>Presentación formato de solicitud: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A TERCEROS (PERSONA NATURAL O JURÍDICA) PARA REALIZAR ACTIVIDAD OFICIAL DEL SENASA</p> <p>REQUISITOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Para el caso del médico veterinario: <ol style="list-style-type: none"> a. Constancia de habilidad expedida por el colegio médico veterinario. b. Certificados o constancias que acrediten experiencia en labores de vacunación en porcinos, por un periodo mínimo de tres (3) meses c. Declaración jurada de contar con equipos y materiales para la adecuada ejecución de las vacunaciones. <p>La autorización será focalizada mediante la suscripción del convenio con el SENASA.</p> 2. Para el caso de profesionales afines, técnicos agropecuarios y promotores agropecuarios: <ol style="list-style-type: none"> a. Copia del título profesional o título de técnico agropecuario o constancia de promotor agropecuario b. Certificados y constancias que acrediten experiencia en labores de vacunación en porcinos, por un periodo mínimo de un (1) año. d. Declaración jurada de contar con equipos y materiales para la adecuada ejecución de las vacunaciones. <p>La autorización será oficializada mediante la suscripción del convenio con el SENASA.</p>
<p>Para Laboratorios: Normativa según servicio solicitado:</p>	<p>Según servicio terceros que solicite</p>	<p>Presentación formato de solicitud: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A TERCEROS (PERSONA NATURAL O JURÍDICA) PARA REALIZAR ACTIVIDAD OFICIAL DEL SENASA</p> <p>REQUISITOS: Requisitos según normativa que aplique.</p>

	OFICINA DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones	
	INSTRUCTIVO: INGRESO DE SOLICITUDES DE USUARIOS DEL PROCESO AUTORIZACIÓN A TERCEROS VÍA WEB SENASA- STAT	ITR -UGCA/TERC-01	
		Revisión: 00	Página: 380 de 13

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
	XXXXXXXXXX Especialista	XXXXXXXXXXXX Director(a) / (e)	XXXXXXXXXXXX Director General
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			

TABLA DE CONTENIDO

1. Objetivo.
2. Alcance.
3. Referencias.
4. Definiciones.
5. Descripción.
6. Registros.
7. Anexos.

1. OBJETIVO.

Facilitar el acceso al usuario para agilizar los trámites relacionados a la autorización a terceros mediante el uso de medios tecnológicos (página web del SENASA) para la optimización y agilización del proceso.

2. ALCANCE.

Aplica a nivel nacional para las D.E ejecutivas a nivel nacional para las solicitudes de autorización a terceros que desean aplicar al servicio.

3. REFERENCIAS.

- ❖ Decreto Legislativo 1059 que aprueba la Ley General de Sanidad Agraria.
- ❖ Decreto Supremo N° 018-2008-AG, Reglamento de la Ley General de Sanidad Agraria.
- ❖ Decreto Supremo N° 008-2005-AG, Reglamento de Organización y Funciones del Servicio Nacional de Sanidad Agraria.
- ❖ Resolución Jefatural N° 031-2007-AG-SENASA, Sistema Nacional de aprobación Interna del Sistema Nacional de Sanidad Agraria para autorizar a terceros la ejecución de servicios oficiales a fin de proteger y mejorar la sanidad agraria del país.
- ❖ Decreto legislativo 1412 que aprueba la ley de gobierno digital

4. DEFINICIONES.

- ✓ **STAT:** Sistema de Trámite de Autorización a Terceros a fin de realizar las operaciones para autorizarse como tercero y realizar actividades a nombre del SENASA.
- ✓ **Clave de acceso al STAT:** Conformado por números o letras asignado a un administrado para ingresar al sistema.
- ✓ **Código QR:** Código de barras de dos dimensiones que contiene información codificada que puede estar vinculado a un sitio web URL.
- ✓ **Administrado:** Persona natural o jurídica con acceso al sistema STAT.
- ✓ **Notificaciones:** Forma de comunicación entre el usuario y el SENASA a fin de informar al usuario el estado de su trámite.
- ✓ **Tercero Autorizado:** Persona autorizada por el SENASA para ejecutar una o más actividades oficiales bajo las condiciones definidas en el presente procedimiento. No tiene relación de dependencia con el SENASA.
- ✓ **Servicios Oficiales:** Servicios esenciales para salvaguardar la vida, la salud de las personas y los animales y la preservación de los vegetales, que tienen la naturaleza de bienes públicos que favorecen la competitividad del sector agrario

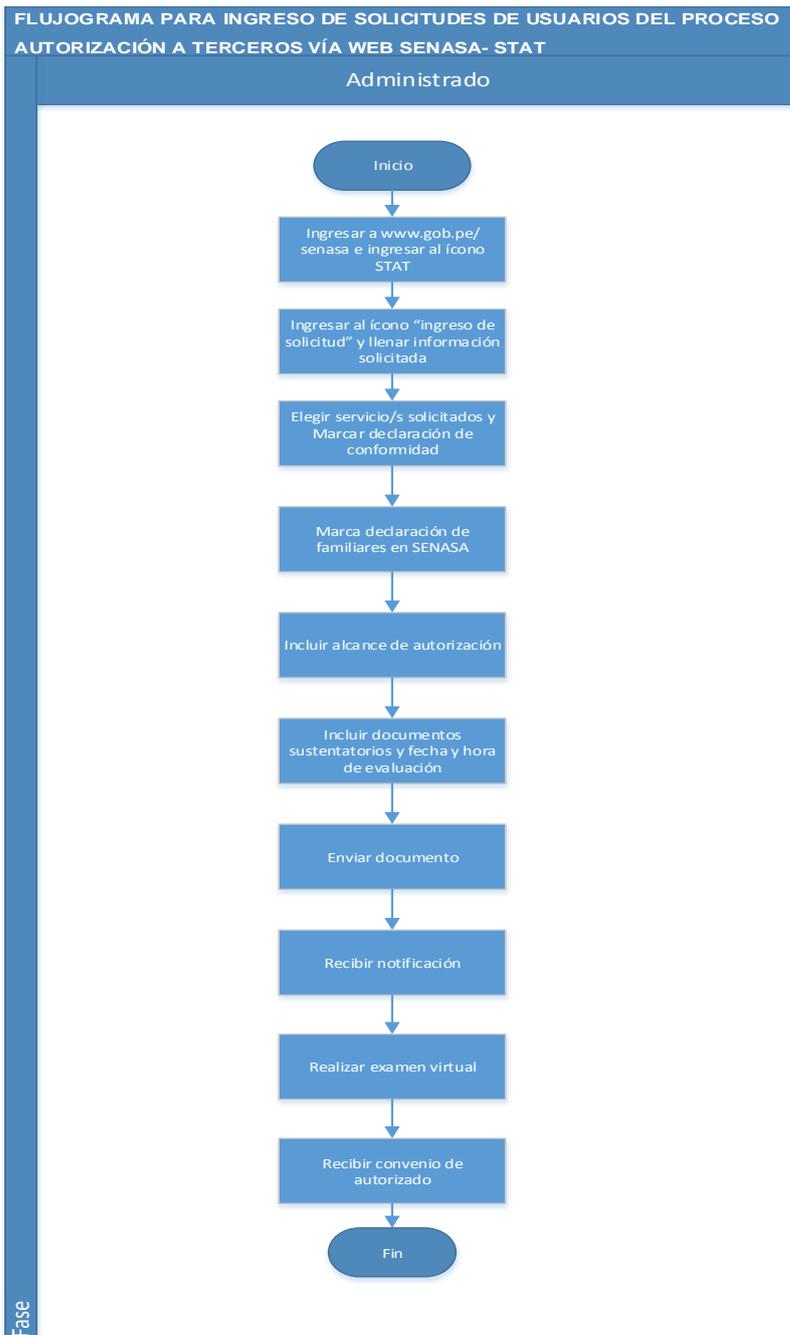
nacional y respaldan el desarrollo sostenido de la agro exportación, siendo prioritarios para el desarrollo agrario nacional.

- ✓ **OLC:** Órganos de Línea Competente.

5. DESCRIPCIÓN.

5.1. Responsabilidades

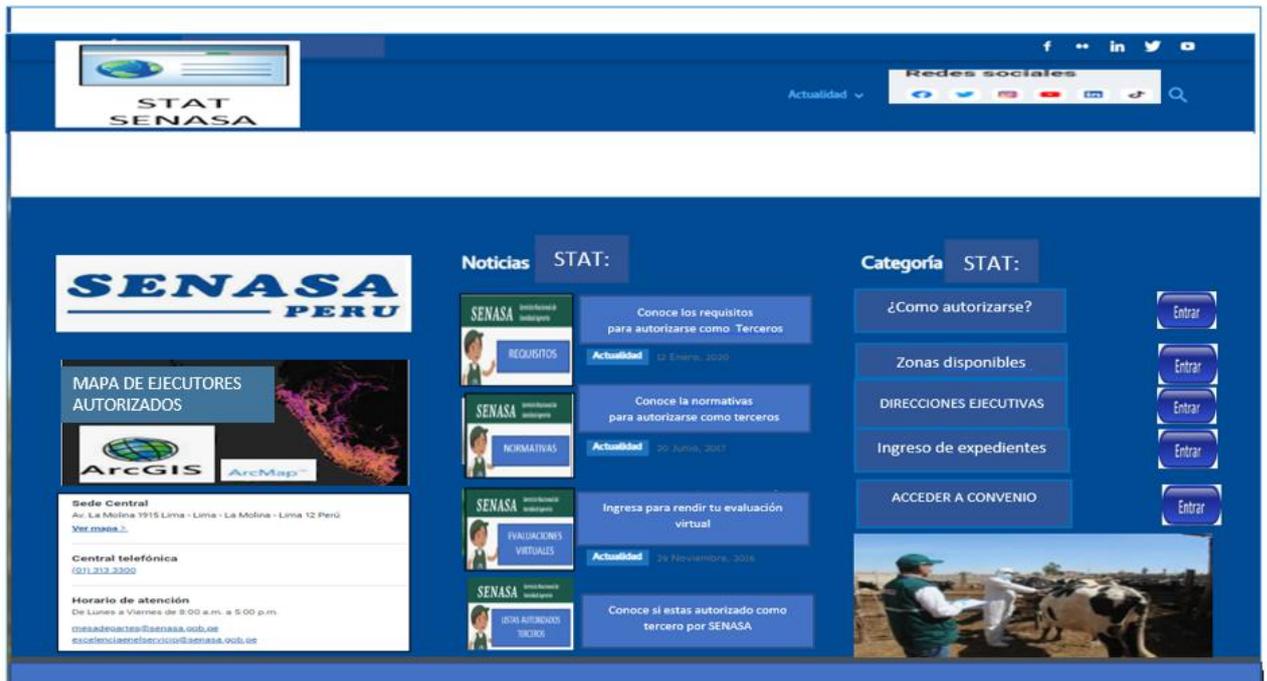
- ❖ El director de la UGCA es responsable de la aprobación del presente procedimiento
- ❖ El personal de la UGCA asignado es responsable de la actualización del presente procedimiento cuando corresponda.
- ❖ Las D.E a nivel nacional son responsables de implementar y ejecutar lo establecido en el presente procedimiento.
- ❖ La UIE (Unidad de Información y Estadística) es responsable de mantener el sistema activo y aplica medidas de presentarse inconvenientes y complementar necesidades de operatividad del sistema STAT.
- ❖ La OAJ (Oficina de Asesoría Jurídica) asesora en temas según sus funciones.
- ❖ Las OLC que cuenten con servicios oficiales disponibles son responsables de incluir en el sistema STAT los formatos de evaluación, el alcance disponible para realizar el servicio, así como las normativas para acceder al servicio y mantenerlo actualizado, para lo cual se le generará un código de acceso al responsable.
- ❖ La Secretaría Técnica en el ámbito de sus competencias es responsable de incluir la información en la página web del SENASA dentro del sistema STAT, lo relacionado a orientaciones virtuales tales como (videos, textos, trípticos, y enlaces para referencia normativas).
- ❖ La trazabilidad del proceso se realiza con la vinculación al STAT al BPM TUPA.
- ❖ En caso de contingencias se puede realizar de manera física vía mesa de partes por el BPM TUPA.



5.2. Instrucciones Generales

5.2.1. El STAT es un sistema creado que permite la vinculación de diferentes sistemas que a través de convenios de cooperación interinstitucionales a fin de promover y facilitar que el SENASA **haga uso** de algunas funcionalidades que realizan las diferentes plataformas informáticas de otras instituciones del estado sin perjuicio de las competencias, responsabilidades o funciones de las partes involucradas para lo cual se cuenta con un informe técnico que sustenta la viabilidad de suscribir convenios de cooperación, según lo establecido en el PRO-UEC-03 Formulación, suscripción y evaluación de los convenios de cooperación en SENASA.

5.2.2. Para realizar el trámite en el STAT, el administrado debe contar con una clave de acceso, el cual puede ser solicitado en el mismo STAT llenando una solicitud según **anexo 1.**, posteriormente será entregado al correo personal que indique el administrado, y se indicará las condiciones de uso y constancia de entrega de clave de acceso **anexo 2.** El administrado es responsable del uso exclusivo de la clave asignada, así como tomar las medidas para no ser compartida.



5.2.3. Las notificaciones se realizarán posterior a la entrega de la clave de acceso.

5.2.4. El administrado debe realizar la consulta periódicamente al STAT y su correo electrónico a fin de revisar si existen notificaciones del trámite solicitado.

5.2.5. El administrado puede realizar una copia digital del estado de su trámite, así como de las notificaciones recibidas.

5.2.6. Para el tema de Apelaciones serán presentadas por mesa de partes y resueltas por la UGCA y de requerirse por la OAJ (Oficina de Asesoría Jurídica).

5.2.7. La UGCA tiene la potestad de eliminar la clave de acceso cuando lo determine y crea conveniente.

5.2.8. Ante cualquier contingencia presentada vía web, se deberá realizar el trámite por mesa de partes según el PRO-UGCA/TERC-14 Procedimiento de autorización a terceros

5.2.9. El STAT es aprobado por Resolución Directoral.

5.2.10. Las D.E deberán incluir en el sistema STAT zonas disponibles en su jurisdicción a fin de ser visualizadas por los interesados para solicitar los servicios.

5.2.11. Los órganos de línea correspondientes deben cargar los exámenes en el STAT y mantener actualizados en banco de preguntas para las evaluaciones virtuales solicitadas por los terceros.

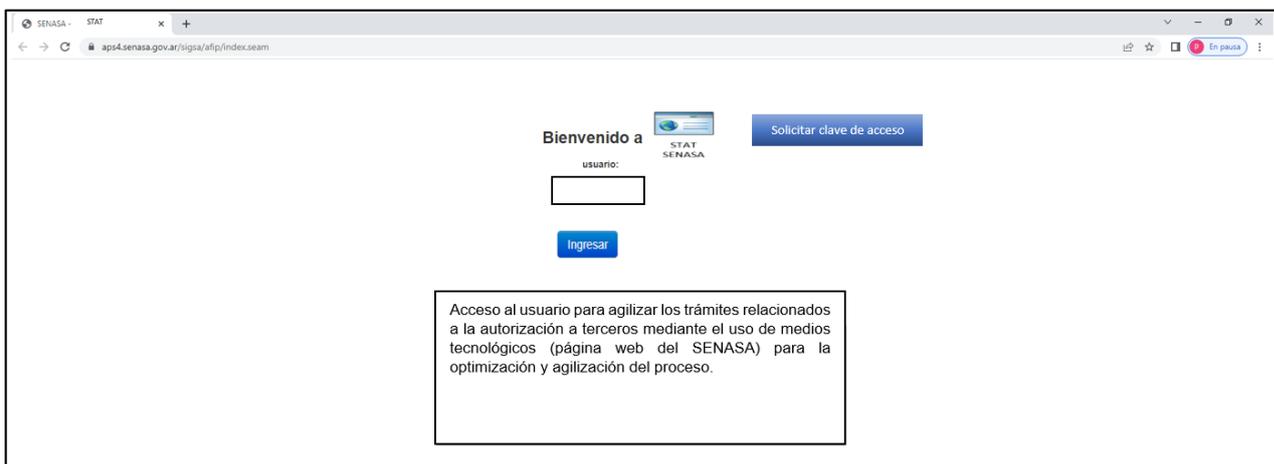
5.2.12. Uso de medios virtuales:

Los usuarios que desean acceder al servicio de autorización a terceros deben realizar las consultas a través de los medios virtuales (aplicación multimedia) tales como videos, textos, trípticos, y enlaces para referencia normativas incluidos en el

sistema STAT, a fin de informarse de los requerimientos o actividades necesarias para autorizarse en el servicio que soliciten.

5.3. Forma de ingreso al STAT

Se debe ingresar a la página web del SENASA: www.gob.pe/senasa y hacer clic en el icono STAT, donde se presenta un cuadro de bienvenida para posteriormente darle clic a ingresar al STAT con su clave de acceso.



5.4. Direcciones Ejecutivas

Elegir la dirección ejecutiva donde solicitara acceder al servicio

5.5. Llenado de solicitud: ingresar al icono “ingreso de expediente”

Llenar hacer clic en presentar solicitud: **Información del solicitante**
(Vinculado a la RENIEC)

Con el ingreso del DNI se despliega:

- ✓ Nombre
- ✓ Documento de identidad
- ✓ Carné de extranjería
- ✓ Pasaporte
- ✓ Domicilio legal(Distrito-Provincia-Departamento)
- ✓ Teléfono (información obligatoria adicional)
- ✓ E-mail (información obligatoria adicional)

En caso de ser representante legal:

- ✓ Incluir información de: Empresa, Municipalidad, Asociación, Comunidad, responsable de Laboratorio etc.

Nota: Los datos personales son tratados confidencialmente establecido en el formato de solicitud.

5.6. Elegir servicio

En el desplegable elegir servicio/s al cual desea aplicar:

Vacunaciones:

- ✓ Carunco Sintomático/ Edema Maligno
- ✓ Newcastle

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

- ✓ Rabia
- ✓ Ántrax
- ✓ Sanidad porcina
- ✓ Sanidad avícola

Pruebas Diagnósticas:

- ✓ Tuberculosis y Brucelosis Bovina

5.7. Declaración de conformidad

Leer y marcar con una X aceptando bajo juramento conocer la normativa para realizar las actividades solicitadas.

Nota: La normativa puede ser descargada en el STAT en la sección “**normativas según el servicio solicitado**”.

5.8. Ingresar datos de familiares hasta cuarto grado de consanguinidad

- ✓ Marcar con X en SI si tiene familiares trabajando en el SENASA
Indicar sus nombres.
- ✓ Marcar con X en NO si no tiene familiares trabajando en el SENASA

5.9. Alcance de la autorización

1. Deberá incluir:

- ✓ Desplegable Grado de instrucción/ de ser médico veterinario incluir colegiatura
- ✓ (Vinculado al CMVP: Colegio Médico Veterinario del Perú) y la SUNEDU
- ✓ Promotor Pecuario (adjuntar documentos PDF).
- ✓ Técnico o profesional a fin. (adjuntar documentos PDF).

2. Zona asignada

Debe indicar distrito provincia y departamento donde realizará el servicio. de no estar disponible dicho alcance solicitado el sistema lo rechazará, de estar disponible el sistema aceptará el alcance incluido. Vinculado al sistema de información geográfica del INEI.

5.10. Incluir documentos sustentatorios

Previo al envío el sistema le solicitara documentos sustentatorios en PDF de requerirse

5.11. Elegir fecha y hora de evaluación

Debe ingresar al Icono Exámenes virtuales y debe registrar en el calendario la fecha y hora que realizará su evaluación el cual puede ser elegido en los 7 días posteriores desde el ingreso de su solicitud.

5.12. Enviar Documento

- ✓ Dar clic en “**enviar**” donde previamente se mostrará la solicitud, de considerar realizar las correcciones que considere necesarias.
- ✓ De estar conforme dar clic en “**enviar documento**”. Aparecerá un aviso diciendo que el documento ha sido ingresado satisfactoriamente

5.13. Notificación

Recibirá una notificación a su correo, lo cual incluye:
Fecha, hora elegida y tiempo límite para realizar la/s evaluaciones virtuales obligatorias para acceder al servicio.

5.14. Examen Virtual (evaluaciones virtuales)

Debe ingresar con su clave de acceso al STAT en la fecha y hora notificada para realizar su evaluación. De no realizar el examen el sistema indicará como no completada la solicitud para su eliminación posterior.

Dar clic en “**Exámenes virtuales**”.

- ✓ El promedio de evaluación consta de una (1) hora.
- ✓ Terminado el tiempo de evaluación podrá visualizar su calificación, y dar clic en el icono de “conforme”.
- ✓ De ser aprobatoria recibirá el documento resolutive (convenio) en la dirección e-mail que indicó en el llenado de la solicitud.

A través del sistema STAT (Sistema de Trámite a Terceros) Al estar los datos validados sistemáticamente se generará los convenios para lo cual se establece reglas en el Sistema para su emisión:

- 0 a 10 el sistema elaborará carta de denegación
 - 11 a 20 el sistema elaborará documento resolutive (Convenio).
- ✓ De ser desaprobatoria recibirá carta indicando no cumplir con los requisitos para acceder al servicio.
 - ✓ El sistema automáticamente comunica cuando el usuario ha realizado la descarga del documento del sistema STAT, el sistema mantiene data de la actividad de entrega de documento resolutive al usuario por temas de verificación posterior.
 - ✓ Para evitar falsificación de convenios éste tendrá un código QR que permitirá acceder al documento original en cualquier dispositivo previo escaneado del código.

5.15. Manejo interno del STAT

La UGCA maneja el sistema a fin de realizar el seguimiento a los autorizados y realiza la descarga e inclusión de listas de autorizados en la página Web del SENASA.

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

Las D.E remiten anualmente lista de autorizados solicitando eliminar o mantener los autorizados en su jurisdicción.

5.16. Disposiciones finales

El convenio incluirá un código QR a fin de evitar su adulteración el cual podrá ser verificado a través de medio electrónicos, (Internet, celulares etc.) para mayor seguridad incluir N° DNI.

A través del ARCGIS el autorizado puede ver en tiempo real la cantidad de autorizados en por distrito, provincia, y/o departamento y donde existe carencia de personal para realizar servicios de vacunación o pruebas diagnósticas.

Las Direcciones Ejecutivas solicitan la necesidad de realizar el servicio a través del icono “**zonas disponibles**”.

6. REGISTROS.

REG-UGCA/TERC-34 Formato de autorización a terceros para realizar actividad oficial con el SENASA

7. ANEXOS.

Solicitud de clave de acceso al STAT.

Constancia de recepción de clave de acceso al STAT

Convenio con código QR

REG-UGCA/TERC-34 Formato de autorización a terceros para realizar actividad oficial con el SENASA

FORMATO DE AUTORIZACIÓN A TERCEROS (PERSONA NATURAL O JURÍDICA) PARA REALIZAR ACTIVIDAD OFICIAL DEL SENASA			
PERSONAL NATURAL		PERSONA JURÍDICA	
DNI	<input type="radio"/> desplegar	DNI	<input type="radio"/> desplegar
TELÉFONO		TELÉFONO	
CORREO ELECTRÓNICO			
SERVICIO SOLICITADO			
ACTIVIDADES OFICIALES <input type="radio"/> desplegar			
DATOS FAMILIAR QUE LABORA EN SENASA			
Nombre			
ALCANCE DE LA AUTORIZACIÓN			
Zona asignada		<input type="radio"/> desplegar	
Grado de instrucción		<input checked="" type="radio"/> desplegar	
Documentos sustentatorios		<input type="radio"/> adjuntar	
clave de acceso generado		<input type="radio"/> enviar	
RESULTADOS: Recibirá notificación en su correo personal Fecha y hora de evaluación de examen virtual			

- Nombre/Dirección/Departamento/provincia/distrito

- Sistema sanitario avícola /Declaración de jurada de conformidad

- Sistema sanitario porcino/Declaración de jurada de conformidad

- Vacunación Carbunco/Declaración de jurada de conformidad

- Vacunación Rabia/Declaración de jurada de

- Distrito/provincia/departamento

- Médico veterinario/Técnico agropecuario/Promotor pecuario

- Certificados complementarios

a) **SANIDAD P** - Cuento con equipos y materiales básicos para la adecuada ejecución de la vacunación. En caso de renovación, declaro bajo juramento que mantengo las condiciones ORCINA: Para autorización en sanidad porcina, declaro bajo juramento que: que me permitieron obtener la autorización, no me encuentro cumpliendo periodos de suspensión o revocación y he asistido a los cursos de actualización que el SENASA indicó como obligatorios. **ACEPTO- NO ACEPTO**

Asimismo declaro haber aprobado la capacitación o evaluación que periódicamente realiza SENASA o la institución que este designe.

b) **SANIDAD AVICOLA**-Para realizar actividades oficiales del sistema sanitario avícola e inocuidad agroalimentaria para centros de faenamiento avícola, declaro bajo juramento que:

- Cumpló con los requisitos y condiciones para postular a la autorización.
- Conozco y cumpla con la normatividad en sanidad avícola y sus modificaciones posteriores, así como con las disposiciones específicas referidas a los autorizados establecidas por el SENASA.
- No tengo causales de inhabilidad, ni conflicto de Interés directo o indirecto, ni incompatibilidad para ejecutar la actividad para la cual solicito ser autorizado, según lo determinado por la normatividad emitida por el SENASA.
- No prestaré mis servicios como autorizado en los casos que se presente cualquier incompatibilidad o relación de subordinación o de parentesco con el(los) propietario(s) o accionista(s) del establecimiento avícola.
- Acepto se publique mi email personal para los fines de la autorización.

ACEPTO- NO ACEPTO

c) **ERRADICACIÓN TUBERCULOSIS Y BRUCELOSIS:** Para el programa de control y erradicación de la tuberculosis bovina y brucelosis, declaro que:

Ser medico veterinario colegiado y habilitado. litado en el Colegio de Médicos Veterinarios del Perú.Me comprometo a cumplir con las obligaciones que se establezcan en el convenio y con las normativas vigentes D, S, 033-2000-AG y DS 031-2000 AG **ACEPTO- NO ACEPTO**

d) **VIGILANCIA SANITARIA DE ALIMENTOS AGROPECUARIOS Y PIENSOS** declaro lo siguiente:

- No tener antecedentes policiales y/o penales
- De tener antecedentes policiales y/o penales (describir la falta cometida):

ACEPTO- NO ACEPTO

e) La información de datos personales son confidenciales y solo serán incluidos en el portal web del SENASA los requeridos para reconocimiento como AUTORIZADO. **ACEPTO- NO ACEPTO**

ANEXO 1

Solicitud para realizar el trámite de autorización a terceros vía STAT

YO:.....
.....

Identificado con DNI:..... Representante del legal de la empresa (opcional):.....,

solicito clave de acceso para realizar trámites de autorización a terceros via el STAT (Sistema de Trámite de Autorización a Terceros).

Autorizo al SENASA que las notificaciones respecto al trámite sean realizadas al siguiente correo electrónico:.....

Es mi responsabilidad el manejo de la clave de acceso recibida por el SENASA.

Condiciones de uso:

- ✓ La clave de acceso es de uso exclusivo del administrado
- ✓ La clave de acceso solo será usada para trámites de autorización a terceros en el STAT.
- ✓ El trámite realizado por el STAT consta de los mismos requisitos realizados por mesa de partes.
- ✓ Es responsabilidad del administrado consultar el estado de su trámite y revisar las notificaciones recibidas.

ACEPTO las condiciones de uso y asumo las consecuencias que puedan derivar de esta en caso de no cumplir con lo establecido.

Así mismo señalo tener conocimiento de las normas del servicio al cual deseo aplicar.

.....

Firma del administrado

La Molina.....de.... del

20..

Constancia de recepción de clave de acceso al STAT

La constancia recibida acredita la entrega al administrado de la clave de acceso al STAT a la persona:

Mediante la entrega de la clave de acceso se toma conocimiento del uso y la responsabilidad del administrado de salvaguardar dicha clave, así como del extravío o uso indebido.

Código de acceso N°:

La Molina.....de..... del 20..

Convenio con código QR



CONVENIO PARA EL SERVICIO DE VACUNACIÓN CONTRA EL CARBUNCO SINTOMÁTICO ENTRE LA PRÁCTICA PRIVADA Y EL SERVICIO NACIONAL DE SANIDAD AGRARIA-SENASA

N° CS-EM601 - 2022 - SENASA-OPDI

Conste por el presente documento, el Convenio que suscribe de una parte el Servicio Nacional de Sanidad Agraria (SENASA), debidamente representado por el Director de la Oficina de Planificación y Desarrollo Institucional - OPDI - Karen Ceolia Larrauri Cordero con DNI N° 10585776, designada por MEMORANDUM-0020-2022-MIDAGRI-SENASA-OAD, con domicilio legal en la Avenida La Molina N° 1915, La Molina, a quien en adelante se le denominará SENASA y de otra parte:

NOMBRE : TARIK NAZIM DIAZ OLIVERA
DNI : 40493596
DOMICILIO LEGAL : Pasaje Paco, Barrio Rosario S/N, Sepahua, Atalaya, Ucayali.

a quien se le denominará **EJECUTOR AUTORIZADO**, en los términos y condiciones siguientes:

CLAUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

El **SENASA**, es un Organismo Público adscrito al Ministerio de Agricultura y Riego, con personería jurídica de derecho público interno, autonomía técnica, económica y administrativa, creado por el Art. 17 del Decreto Ley N° 25902, cuyo objetivo es prevenir, controlar y erradicar las plagas y enfermedades en vegetales y animales, que representen riesgo para la vida, la salud de las personas y los animales y la preservación de los vegetales. Así mismo podrá delegar o autorizar el ejercicio de sus funciones a personas naturales o jurídicas, de los sectores público y privado, para la prestación de servicios en los aspectos de sanidad agraria que ella determine, según se establece en el Decreto Legislativo N° 1059 (Ley General de Sanidad Agraria) y el Decreto Supremo N° 008-2005-AG.

El **EJECUTOR**, es una persona natural domiciliada en el país, autorizada por el SENASA para prestar los servicios oficiales de vacunación contra el Carbunco Sintomático y Edema Maligno. (De acuerdo al DL N° 1059 y Reglamento el ejecutor es un tercero autorizado).

CLAUSULA SEGUNDA: BASE LEGAL

- El Título V del Decreto Ley N° 25902, que aprueba la Ley Orgánica del Ministerio de Agricultura. (Título V se encuentra actualmente vigente y contempla el art. 17).
- Decreto Legislativo N°1059, que aprueba Ley General de Sanidad Agraria.
- Decreto Supremo N°18-2008-AG, que aprueba Reglamento de la Ley General de Sanidad Agraria.
- Decreto Supremo N°008-2005-AG, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del SENASA.
- Decreto Supremo D.S N° 002-2007-AG Reglamento para la Prevención y Control de Carbunco Sintomático y Edema Maligno de corresponder.

CLAUSULA TERCERA: OBJETIVOS

El presente convenio tiene por objetivos:

- Brindar el servicio de vacunación contra el Carbunco Sintomático en las zonas y cronograma que se establecen en el presente convenio, bajo la supervisión directa del SENASA.
- Fortalecer en forma conjunta un sistema de educación sanitaria dirigido a ganaderos, profesionales, técnicos y personas vinculadas al sector a nivel de la Región de influencia según el ámbito de la Dirección ejecutiva.
- Fortalecer el Sistema de Vigilancia Zoonositaria del SENASA, a fin de notificar oportunamente la ocurrencia de cualquier enfermedad infectocontagiosa en el ámbito de la Región de influencia en la Dirección Ejecutiva correspondiente.

	OFICINA DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	Unidad de Gestión de Recursos Humanos	
		ITR-UGCA/TERC-02	
	INSTRUCTIVO: ACCESO A DOCUMENTO RESOLUTIVO VIA BPM TUPA	Revisión: 00	Página: 392 de 5

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
	XXXXXXXXXX Especialista	XXXXXXXXXXXXX Director(a) / (e)	XXXXXXXXXXXXX Director General
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			

TABLA DE CONTENIDO

1. Objetivo.
2. Alcance.
3. Referencias.
4. Definiciones.
5. Descripción.
6. Registros.
7. Anexos.

1. OBJETIVO.

Establecer la ruta mediante la secuencia de pasos en el BPM TUPA para acceder al documento resolutivo y gestionar el archivo para la entrega del convenio suscrito.

2. ALCANCE.

Aplica a todas las Direcciones ejecutivas que reciben solicitudes a terceros para entrega del documento resolutivo vía mesa de partes.

3. REFERENCIAS.

PRO-UGCA/TERC-14 Autorización a terceros

4. DEFINICIONES.

Aplica las definiciones establecidas en el PRO-UGCA/TERC-14 Autorización a terceros

5. DESCRIPCIÓN.

5.1. Responsables

- ❖ El director de la UGCA es responsable de la aprobación del presente instructivo.
- ❖ El personal de la UGCA asignado es responsable de la actualización del presente instructivo cuando corresponda.
- ❖ Las D.E a nivel nacional son responsables de implementar y ejecutar lo establecido en el presente instructivo.
- ❖ Los encargados de mesa de partes son responsables de cumplir lo establecido en el presente instructivo

5.2. Acceder al BPM TUPA

1. Acceder al BPM:

<http://bpm.senasa.gob.pe/workspace/faces/jsf/workspace/workspace.xhtml>
con su nombre y clave de usuario.

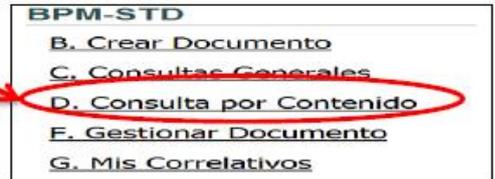
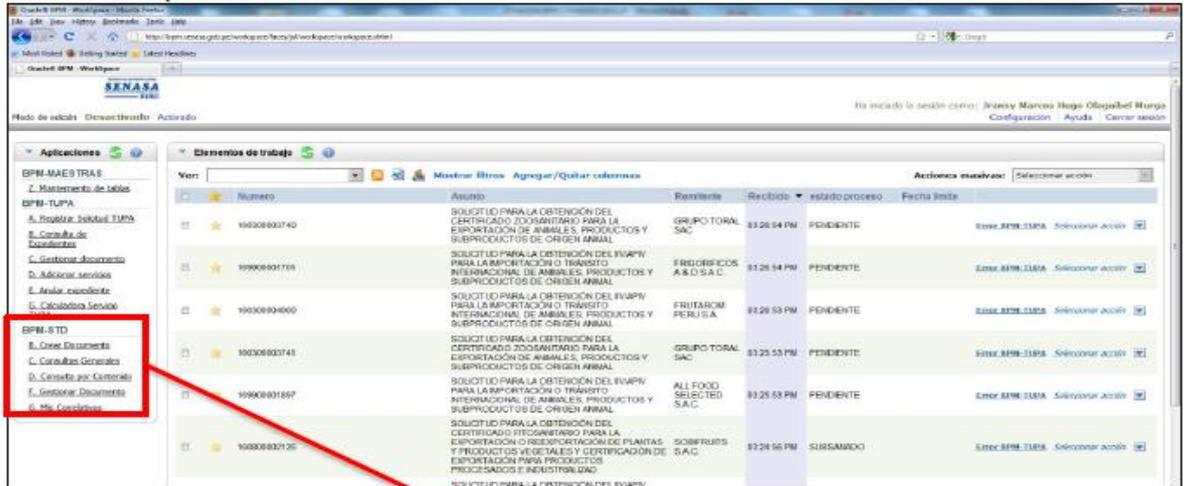


Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

5.3. Acceder a consulta por contenido

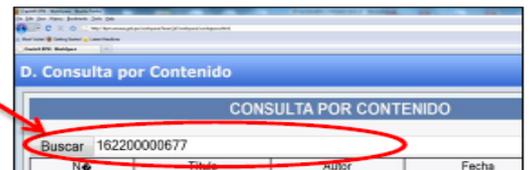
2. En la pantalla mostrada en BPM-STD acceder a:

D. Consulta por Contenido



5.4. Incluir N° de expediente

3. En la pantalla mostrada colocar el N° de expediente y damos click en Buscar



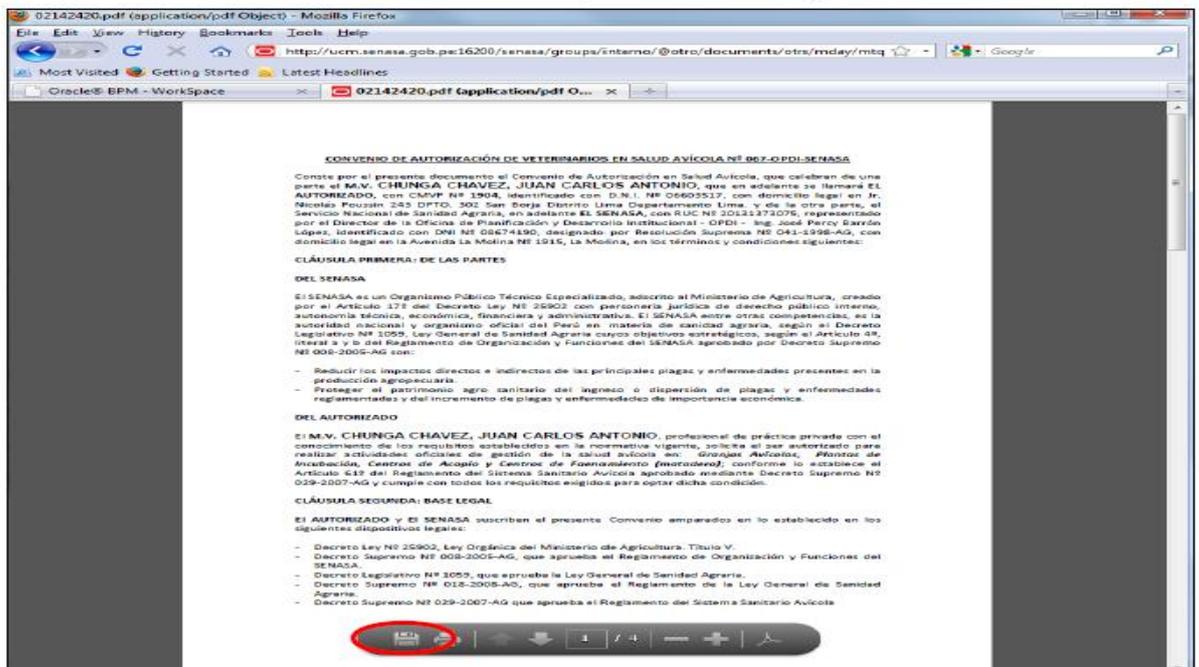
5.5. Elegir convenio

En la pantalla mostrada elegimos CONVENIO y clic en [Ver](#)

N°	Título	Autor	Fecha	Ver
1	CONVENIO DE AUTORIZACION DE VETERINARIOS GSA 72renov.pdf-162200000579	MOLAGUIBEL	29/03/2016 18:20	Ver
2	CREDENCIAL DE TERCEROS AUTORIZADOS 72 renov.pdf-162200000579	MOLAGUIBEL	29/03/2016 18:20	Ver
3	Solicitud dirigida al Director de I-162200000579-201600399838	AMUSAYON	04/03/2016 10:28	Ver
4	Sop. Pag. Rec. Pag.162200000579-162200000597	sysadmin	03/03/2016 13:52	Ver
5	Sop. Pag. Rec. Pag.162200000563-162200000579	sysadmin	01/03/2016 16:32	Ver
6	Sop. Pag. Rec. Pag.162200000535-162200000555	sysadmin	25/02/2016 19:43	Ver

5.6. Descargar convenio

6. Se visualiza el convenio o credencial el cual puede ser descargado.



5.7 Remitir por correo al usuario o a través de mesa de partes para entrega al usuario.

6. REGISTROS.

No aplica.

7. ANEXOS

No aplica.

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

	OFICINA DE PLANIFICACION Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones	
		PRO-UGCA/TERC-15	
	PROCEDIMIENTO: CONTROL DE SALIDAS NO CONFORMES	Revisión: 00	Página: 396 de 6

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
	XXXXXXXXXX Especialista	XXXXXXXXXXXXX Director(a) / (e)	XXXXXXXXXXXXX Director General
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			

TABLA DE CONTENIDO

1. Objetivo.
2. Alcance.
3. Referencias.
4. Definiciones.
5. Descripción.
6. Registros.
7. Anexos.

1. OBJETIVO.

Prevenir la entrega involuntaria o el uso de salidas no conformes en la prestación del servicio terceros, a fin de determinar las acciones para lograr la conformidad.

2. ALCANCE.

Aplica todo servicio no conforme que se detecte en los procesos para autorizar a terceros para realizar actividades oficiales en el SENASA.

3. REFERENCIAS.

Norma ISO 9001 2015 Sistema de Gestión de la calidad – Requisitos 8.7 Control de salidas no conformes y 2.6 términos relacionados a la conformidad.

PRO-UGCA/TERC-05 No conformidad y acciones correctivas.

ISO 9000 2015 Términos y definiciones

4. DEFINICIONES.

- ✓ **Corrección:** Establecimiento de acciones inmediatas para eliminar el problema de manera inmediata.
- ✓ **Acción correctiva:** Acciones tomadas para eliminar las causas de una no conformidad.
- ✓ **No conformidad:** Incumplimiento de un requisito
- ✓ **Observación:** Hallazgo puntual durante una auditoría o seguimiento del sistema sin contar con la suficiente evidencia para declararla una No conformidad.
- ✓ **Oportunidad de mejora:** Hallazgo donde no existe no conformidad, pero se puede encontrar una mejora para optimizar una actividad o proceso.
- ✓ **Reproceso:** Acción tomada sobre el servicio no conforme para hacerlo conforme con los requisitos.
- ✓ **Liberación:** Autorización para proseguir con la siguiente etapa de un proceso o el proceso siguiente.
- ✓ **Reparación:** Acción tomada sobre el servicio no conforme para convertirlo en aceptable para su utilización prevista que no necesariamente hace el servicio conforme lo que puede requerir una concesión al no ser conforme con los requisitos.
- ✓ **SGC:** Sistema de Gestión de Calidad.

5. DESCRIPCIÓN.

Flujograma (no obligatorio para instructivos)

5.1. De la aplicación del procedimiento:

- ✓ El director de la UGCA es responsable de la aprobación del presente procedimiento

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

- ✓ El personal de la UGCA es responsable de la implementación del presente procedimiento, así como de su actualización cuando corresponda.
- ✓ El personal del SENASA es responsable de ejecutar lo establecido en el presente procedimiento.
- ✓ El especialista de la UGCA es responsable de detectar las no conformidades presentadas en los procesos que son su responsabilidad.
- ✓ Las Direcciones ejecutivas, La Unidad de informática y estadística y Los Órganos de líneas son responsables de detectar no conformidades en las etapas del proceso en los cuales se encuentran vinculados y aplicar las acciones correctivas que correspondan.

5.2. Procedimiento

5.2.1. Para la detección de servicio no conforme es realizado por todo el personal involucrado en el servicio en las etapas en la que son responsables

La UGCA detecta no conformidades en los procesos y/o actividades relacionadas con el SGC.

Las Direcciones ejecutivas tienen responsabilidad en detectar las no conformidades en los procesos en donde se encuentran involucrados dentro del servicio a terceros.

La Unidad de informática y Estadística detecta no conformidades relacionadas al sistema STAT, BPM TUPA a fin de permitir la continuidad del servicio.

Los Órganos de líneas son responsables de detectar no conformidades en las etapas del proceso en los cuales se encuentran vinculados y aplicar las acciones correctivas que correspondan.

En la siguiente tabla, se establece identificaciones comunes de no conformidades:

Tabla N° 1 Identificación, comunicación y registro de no conformidades

NO CONFORMIDAD	IDENTIFICACIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	COMUNICACIÓN	REGISTRO
Producto no conforme durante el proceso	Caída del sistema STAT, BMP TUPA Se identifica con un print o pantallazo enviando por correo el defecto detectado.	Comunicación con la Unidad de Informática	Registro mejora continua
	No se visualiza documentación cargada en el sistema STAT y/o BMP TUPA Se identifica con un print o pantallazo enviando por correo el defecto detectado.	Comunicación con Mesa de ayuda del SENASA y Dirección ejecutiva	
No conformidad de usuario	Documentación incompleta ingresada , se identifica incluyendo dicho expediente como OBSERVADO	Comunicación con mesa de partes de la D.Ejecutiva correspondiente	
Desviación de las actividades establecidas para el proceso	No realizó correctamente la actividad afectando el desempeño establecido para el proceso	Comunicación con el responsable del proceso	
Hallazgo de personal	Identificación de SAC para realizar las acciones correctivas	Comunicación via correo electrónico al personal responsable	

Elaboración propia

5.3. Procedimiento para la eliminación de una no conformidad

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

Posterior a la identificación y la comunicación de la no conformidad el responsable del proceso debe tomar las acciones para eliminar la no conformidad, para lo cual **evalúa y considera** realizar el **reproceso, corrección, reparación o eliminación de corresponder**.

La evaluación realizada queda a propio criterio del responsable del proceso. De considerarse para la ejecución de acciones por oportunidad de mejora continua se aplica el REG-UGCA/TERC-35 Oportunidad de mejora continua lo cual permite identificar al responsable, al proceso vinculado, a la unidad área u oficina vinculada a fin establezca la fecha de detección de la no conformidad y proponga o sugiera mejoras para levantarla, posteriormente debe tener el visto bueno tanto de la Unidad de gestión de calidad así como los dueños del proceso, y para la ejecución de acciones de mejora se realiza según lo establecido en el procedimiento PRO-UGCA/TERC-05 No conformidad y acciones correctivas.

5.4. Procedimiento para autorizar, liberar y/o aceptar bajo concesión

La responsabilidad para autorizar, liberar y/o aceptar bajo concesión los servicios no conformes según el cuadro siguiente:

TIPO DE NO CONFORMIDAD	VERIFICACIÓN O SEGUIMIENTO DE LA NO CONFORMIDAD	PERSONAL QUE AUTORIZA
Producto no conforme detectado en el proceso del servicio o servicio terminado (documento resolutivo terminado).	Especialista Unidad de gestión de calidad	- Director de la Unidad de Gestión de Calidad - Responsable o dueño del proceso de corresponder - Usuario o persona jurídica cuando aplique aceptación bajo concesión
Servicio no conforme cuando documento resolutivo se encuentra en uso.	Especialista Unidad de gestión de calidad	- Director de la Unidad de Gestión de Calidad - Usuario o persona jurídica cuando aplique aceptación bajo concesión
Cuando exista desviaciones en los procedimientos dentro del Sistema de gestión de calidad establecidos en el SENASA.	Responsable o dueño del proceso donde se encuentra la no conformidad	- Director de la Unidad de Gestión de Calidad - Responsable o dueño del proceso
Servicio no conforme cuando documento resolutivo se encuentra en uso.	Especialista Unidad de gestión de calidad	- Especialista Unidad de gestión de calidad - Usuario
Hallazgo en el proceso en el desarrollo del proceso	Responsable o dueño del proceso Especialista Unidad de gestión de calidad	- Especialista Unidad de gestión de calidad

Tabla N° 2 Personal para autorizar o liberar el servicio no conforme

5.5. Verificar la no conformidad

Los responsables de la verificación y seguimiento de la no conformidad que son solucionadas se encuentran en la tabla N° 2.

6. REGISTROS.

REG-UGCA/TERC-35 Oportunidad de mejora continua

7. ANEXOS.

No aplica

REG-UGCA/TERC-35 Oportunidad de mejora continua

SENASA	FORMATO OPORTUNIDAD DE MEJORA CONTINUA				
DETECCIÓN DE NO CONFORMIDAD	RESPONSABLE DE LA NO CONFORMIDAD DETECTADA	PROCESO VINCULADO / UNIDAD, ÁREA Y OFICINA VINCULADA	FECHA DE DETECCIÓN	PROPUESTA O SUGERENCIA DE MEJORA	V.B.º PARA PROCEDER SU ACCIÓN

Elaboración propia

	OFICINA DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones
		PRO-UGCA/TERC-16

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
	XXXXXXXXXX Especialista	XXXXXXXXXXXX Director(a) / (e)	XXXXXXXXXXXX Director General
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			
Firma			
Fecha			

TABLA DE CONTENIDO

1. Objetivo.
2. Alcance.
3. Referencias.
4. Definiciones.
5. Descripción.
6. Registros.
7. Anexos.

1. OBJETIVO.

Asegurar que el SENASA realiza el seguimiento, medición, análisis y evaluación para determinar si se están logrando los resultados que se han previsto.

2. ALCANCE.

Aplica a las actividades que se encuentran vinculadas al servicio de autorización a terceros desde su inicio hasta el seguimiento de los autorizados, así como los procesos que se encuentran inmersos dentro del sistema de gestión de calidad.

3. REFERENCIAS.

ISO 9001 2015 Sistema de Gestión de Calidad – Requisitos.

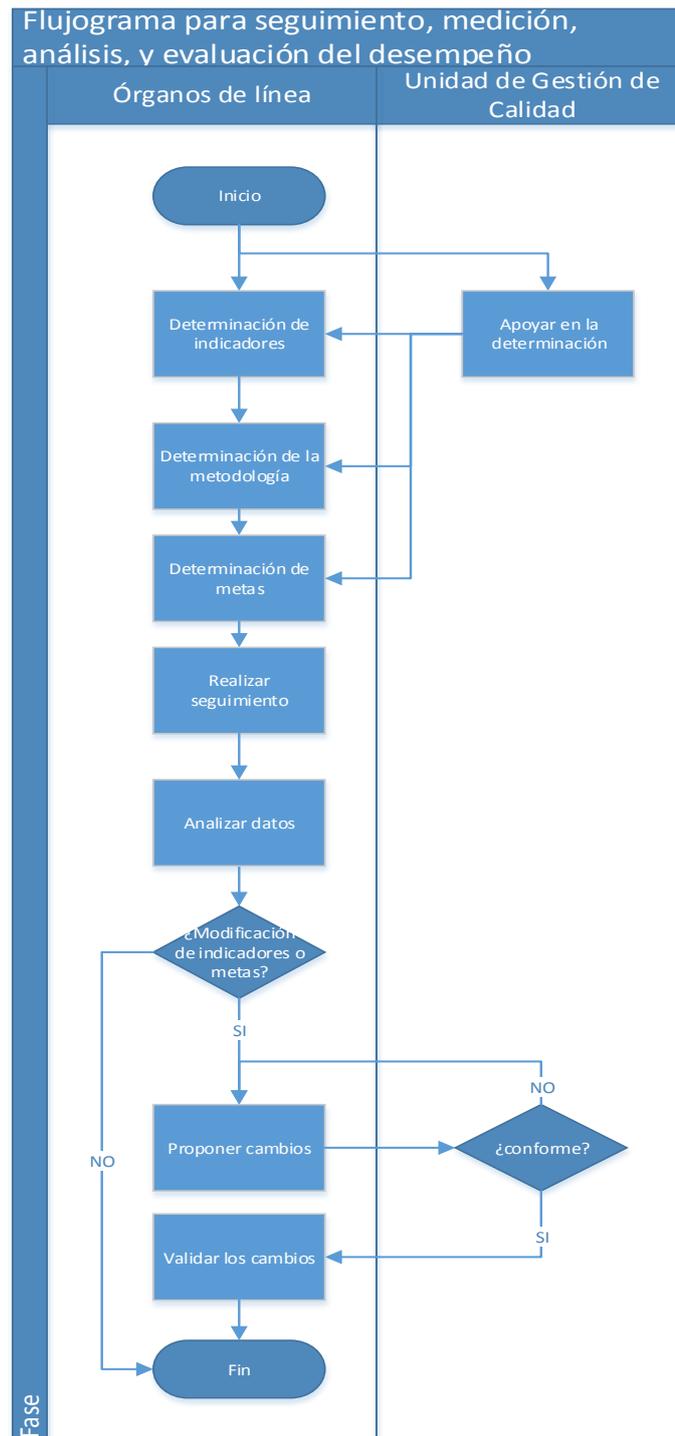
ISO 9000 2015 Términos y definiciones.

D.S. N° 004-2013-PCM – Política nacional de modernización de la gestión pública

4. DEFINICIONES.

- ✓ **Seguimiento:** Determinación del estado de un sistema, un proceso, un servicio o una actividad llevada a cabo en diferentes etapas o momentos diferentes a través de supervisión de forma crítica.
- ✓ **Medición:** Proceso para determinar un valor cuyo valor generalmente determinado es el valor de magnitud.
- ✓ **Proceso de medición:** Conjunto de operaciones que permiten determinar el valor de una magnitud.
- ✓ **Indicadores:** Relación entre variables que nos da información de una determinada situación actividad o resultado para el desempeño o cumplimiento de objetivos
- ✓ **Metodología:** Conjunto de técnicas o métodos que se usan para alcanzar un objetivo
- ✓ **Meta:** Valor que se desea obtener para un indicador en un periodo de tiempo determinado. Su definición es importante porque debe significar un reto para los dueños de los procesos, pero al mismo tiempo deben ser realizables.

5. DESCRIPCIÓN.



5.1. De la aplicación del procedimiento:

- ✓ El director de la UGCA es responsable de la aprobación del presente procedimiento
- ✓ El personal de la UGCA es responsable de la implementación del presente procedimiento, así como de su actualización cuando corresponda, así como revisar toda información que se genere por los órganos de línea involucrados en el proceso

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

de autorización a terceros relacionados con actividades de medición, seguimiento, análisis y evaluación y/o mejora.

- ✓ Los Órganos de línea son responsables de la identificación de indicadores en su unidad y métodos usados para la medición, así como realizar actividades relacionadas al seguimiento, medición y análisis de los mismos en sus unidades y realizar el análisis de los resultados obtenidos y proponer oportunidades de mejora.

5.2. Aspectos Generales

- 5.2.1. El procedimiento de seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño debe ser realizado por cada órgano de línea o unidad involucrado en el proceso de autorización a terceros, y para cumplimiento debe asignar un responsable a fin realice las coordinaciones y trabaje en conjunto con la Unidad de Gestión de Calidad.

Los resultados obtenidos con este análisis servirán como entrada para la revisión por la dirección a fin de tomar las acciones y decisiones oportunas para mejorar el SGC.

5.3. Determinación de indicadores, metodología y metas

5.3.1. Determinación de indicadores

Cada órgano de línea elaborará y determinará los indicadores que necesitan según sus actividades los cuales serán medidos y analizados y registrados según el REG-UGCA/TERC-36 Determinación de indicadores, metodología y metas.

Los indicadores definidos deben ser aprobados por los órganos de línea correspondiente y solo pueden ser modificados por la misma unidad en coordinación con la Unidad de Gestión de calidad.

Los cambios propuestos a los indicadores establecidos solo pueden realizarse cuando exista un cambio que resulte significativo dentro del proceso o actividad involucrada, o cambios normativos en el servicio.

5.3.2. Determinación de metodología

La metodología utilizada para la medición de los indicadores se registra en el REG-UGCA/TERC-36 Determinación de indicadores, metodología y metas.

5.3.3. Determinación de metas

Las metas establecidas deben ser reales y dentro de un periodo (mensual, semestral o anual), y consistentes con los indicadores establecidos en el punto 5.3.1 y relacionado al proceso con el cual se encuentra involucrado.

Las metas pueden modificarse cuando existan cambios en el proceso o en el servicio que se consideren significativos. Estos serán registrados en el REG-UGCA/TERC-36 Determinación de indicadores, metodología y metas.

5.4. Realización del seguimiento y medición

Para el seguimiento y medición de los indicadores, metas y metodología establecidos se asignará un responsable por cada órgano de línea. Debe realizarse según necesidad (mensual, semestral o anual).

Para el **seguimiento de auditorías internas** se realizará en base al procedimiento PRO-UGCA/TERC-17 Auditorías internas, para realizar el **seguimiento y medición de salidas no conformes** se realizará según el procedimiento PRO-UGCA/TERC-15 Control de salidas no conformes, para el **seguimiento de las acciones tomadas para evaluar riesgos** se hace a través del PRO-UGCA/TERC-06 Riesgos y oportunidades, igualmente con los procesos que están involucrados con el servicio de autorización a terceros relacionados a objetivos, metas y metodología.

5.5. Realización de análisis de datos

El análisis de recopilación de datos se debe registrar en el registro REG-UGCA/TERC-37 análisis de datos donde se incluirán los resultados que se obtuvieron con la metodología de medición utilizado por cada indicador.

La información obtenida de los puntos 5.4 y 5.5 **servirá como entrada para realizar las mejoras y revisión por la dirección.**

6. REGISTROS.

REG-UGCA/TERC-36 Determinación de indicadores, metodología y metas.

REG-UGCA/TERC-37 análisis de datos

7. ANEXOS.

Indicadores generales del proceso terceros.

REG-UGCA/TERC-36 Determinación de indicadores, metodología y metas.

SENASA	FORMATO PARA DETERMINACIÓN DE INDICADORES, METODOLOGÍA Y METAS					
ORGANO DE LÍNEA/UNIDAD U OFICINA :						
PROCESO INVOLUCRADO:						
INDICADOR PROPUESTO	OBJETIVO	FÓRMULA	RESPONSABLE	¿VALIDADO? SI / NO	REVISADO POR:	COMENTARIOS
1.						
2.						
3.						
METODOLOGÍA PROPUESTA	OBJETIVO		RESPONSABLE	¿VALIDADO? SI / NO	REVISADO POR:	COMENTARIOS
1.						
2.						
3.						
METAS PROPUESTAS	OBJETIVO		RESPONSABLE	¿VALIDADO? SI / NO	REVISADO POR:	COMENTARIOS
1.						
2.						
3.						

Elaboración propia

Ejemplo:

SENASA		FORMATO PARA DETERMINACIÓN DE INDICADORES, METODOLOGÍA Y METAS				
ORGANO DE LÍNEA/UNIDAD U OFICINA :		Unidad de gestión de Calidad y Autorizaciones (UGCA)				
PROCESO INVOLUCRADO:		Ingreso de solicitudes				
INDICADOR PROPUESTO	OBJETIVO	FÓRMULA	RESPONSABLE	¿VALIDADO? SI / NO	REVISADO POR:	COMENTARIOS
1. indicador de gestión: es una medida que esta se encuentra asociada al resultado del servicio.	Medir la eficacia del proceso de atención de solicitudes	$\frac{\text{Solicitudes atendidas}}{\text{Solicitudes recibidas}} \times 100$	Especialista de la UGCA	SI	Director UGCA	
2.						
3.						
METODOLOGÍA PROPUESTA	OBJETIVO	RESPONSABLE	¿VALIDADO? SI / NO	REVISADO POR:	COMENTARIOS	
1. Identificar claramente el objetivo del proceso. 2. Determinar lo que se quiere medir, teniendo en cuenta el objetivo del proceso 3. Determinar la forma de calcularlo y definir el nombre del indicador 4. Establecer las fuentes de procedencia de los datos 5. Determinar la periodicidad del indicador. 6. Establecer las metas 7. Describir el indicador	Permitir determinar la brecha que pueda existir entre lo planificado y lo que se obtiene realmente.	Especialista de la UGCA	SI	Director UGCA		
2.						
3.						
METAS PROPUESTAS	OBJETIVO	RESPONSABLE	¿VALIDADO? SI / NO	REVISADO POR:	COMENTARIOS	
1. >= 100% de solicitudes atendidas mensualmente.	Establecer el valor que se desea obtener del indicador propuesto.	Especialista de la UGCA	SI	Director UGCA		
2.						
3.						

REG-UGCA/TERC-37 análisis de datos

SENASA		FORMATO ANALISIS DE DATOS				
DATOS ANALIZADOS	OBJETIVO	RESULTADOS	RESPONSABLE	FECHA DE ANÁLISIS	PROUESTA DE MEJORA*	
1.						
2.						
3.						

* La propuesta de mejora servira como insumo para la revisión por la dirección.

Elaboración propia

Ejemplo

SENASA		FORMATO ANALISIS DE DATOS				
DATOS ANALIZADOS	OBJETIVO	RESULTADOS	RESPONSABLE	FECHA DE ANÁLISIS	PROUESTA DE MEJORA*	
1. Data generada de la trazabilidad de solicitudes atendidas en el sistema STAT	Identificar la brecha entre los resultados reales y los resultados deseables para tomar acciones y decisiones posteriores.	Existe una brecha del 10 % de solicitudes no atendidas causadas por fallas en el registro por parte del sistema STAT en el ingreso de solicitudes. No se visualizan	UGCA(Identificación de la falla) UIE (mantenimiento y mejora del sistema)	3/02/2021	Mejorar el analisis de registro del sistema STAT relacionado a trazabilidad de solicitudes ingresadas	
2.						
3.						

* La propuesta de mejora servira como insumo para la revisión por la dirección.

	OFICINA DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones	
		PRO-UGCA/TERC-17	
	PROCEDIMIENTO: AUDITORÍAS INTERNAS	Revisión: 00	Página: 407 de 13

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
	XXXXXXXXXX Especialista	XXXXXXXXXXXX Director(a) / (e)	XXXXXXXXXXXX Director General
Firma			
Fecha			

TABLA DE CONTENIDO

1. Objetivo.
2. Alcance.
3. Referencias.
4. Definiciones.
5. Descripción.
6. Registros.
7. Anexos.

1. OBJETIVO.

Realizar auditorías internas a intervalos planificados para obtener información y conformidad con los requisitos de la norma ISO 9001 2015 a fin de mantener la eficacia del sistema de gestión de calidad implementado e identificación de oportunidades de mejora.

2. ALCANCE.

Aplica para los requisitos de la organización en los procesos y subprocesos de autorización a terceros

3. REFERENCIAS.

ISO 9001 2015 Norma internacional. Traducción certificada.

ISO 19011:2018 Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión.

resolución Directoral N° 020-2020-INACAL/DN de la Dirección de Normalización del Inacal, Guía Peruana 123:2020 para la gestión de auditorías remotas- INACAL

PRO-UGCA/TERC-05 No conformidades y Acciones correctivas

4. DEFINICIONES.

Auditoría: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas a fin de establecer el grado de cumplimiento de los criterios de auditoría.

Auditoría interna: Auditorías de primera parte realizada por o en nombre de la institución para revisión por la dirección.

Auditor: Persona con competencia para llevar a cabo auditorías.

Auditado: Persona a quien se le realiza la auditoría

Hallazgo de auditoría: Resultados obtenidos en la realización de la auditoría frente a los criterios de auditoría.

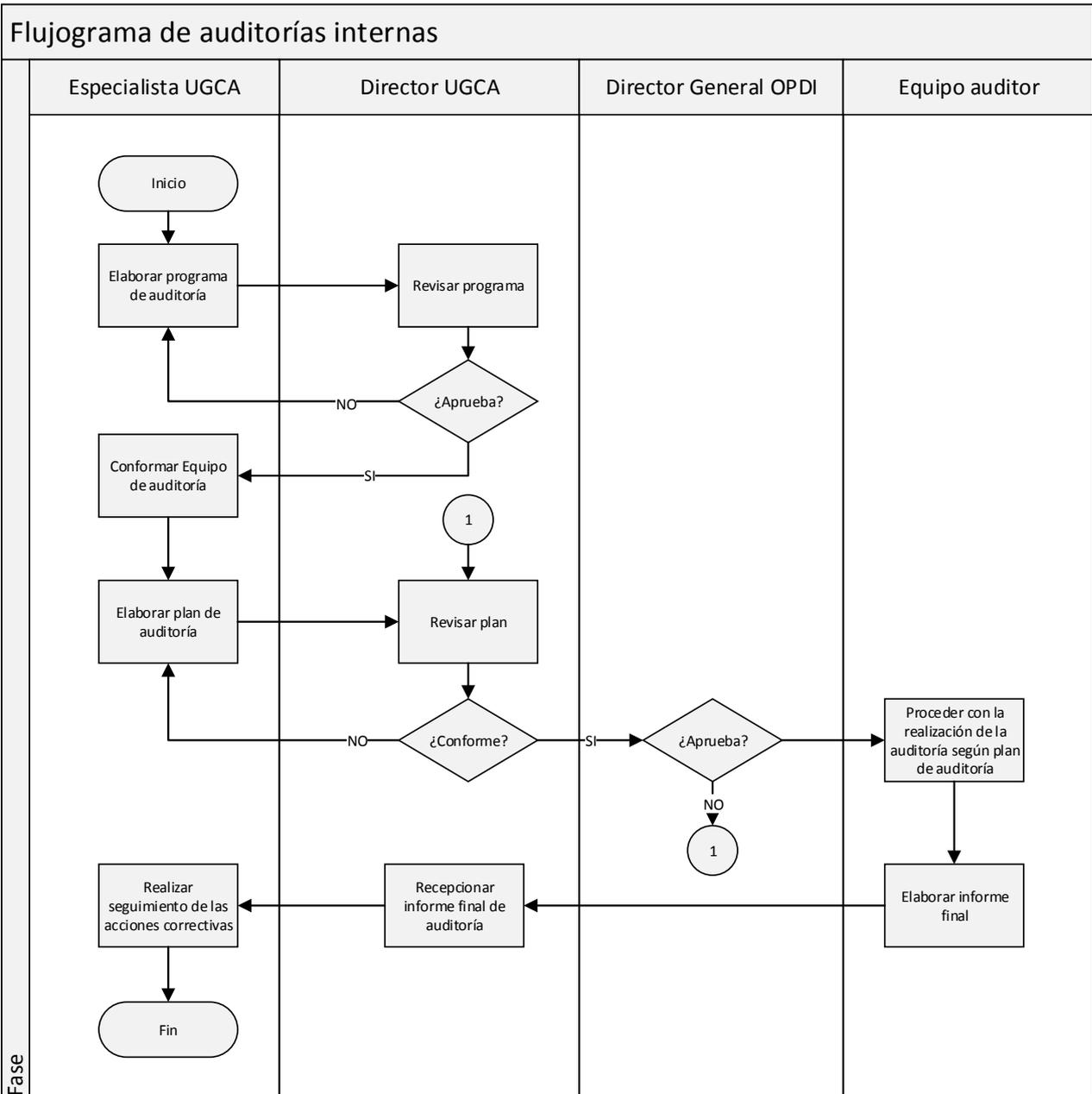
Programa de auditoría: Auditorías planificadas en un intervalo de tiempo r necesidad de la organización las realiza.

Plan de auditoría: Cronograma donde se establece el orden de realización de la auditoría, así como los horarios, fechas, auditores y auditados. A fin de cumplir lo establecido en el tiempo previsto.

5. DESCRIPCIÓN.

5.1. De la aplicación del procedimiento:

- ❖ El Director General de la OPDI es responsable de aprobar el presente procedimiento.
- ❖ El Director de la UGCA es responsable de revisar y dar la conformidad al presente procedimiento.
- ❖ El especialista de Calidad es responsable de implementar y actualizar el presente procedimiento cuando corresponda.
- ❖ El responsable del proceso auditado debe brindar las facilidades a fin se puedan realizar las actividades necesarias para la auditoría así como las acciones posteriores en la redacción de las acciones correctivas según el PRO-UGCA/TERC-05 No conformidad y Acciones correctivas



5.2. Condiciones generales:

Tipos de Auditoría:

Auditoría presencial: Dichas auditorías son realizadas en las instalaciones del SENASA y para las actividades participan el personal involucrado a través de la interacción personal con ellos, esta interacción es realizada entre el equipo auditor y el auditado.

Auditoría Remota:

Auditorías cuyas actividades se realizan en otro lugar distinto a las instalaciones del SENASA, y en donde se establecen interacciones de forma virtual y en tiempo real o en forma asincrónica entre el auditor y los auditados, para este fin se utiliza las tecnologías de la información y comunicación (TIC) (Zoom, Skype, videoconferencias, WhatsApp y/o correos electrónicos). Adicionalmente se siguen lineamientos establecidos en la Guía Peruana 123:2020 para la gestión de auditorías

remotas- INACAL que permite establecer y realizar auditorías remotas de sistemas de gestión.

5.3. Programación de auditorías internas

El especialista de calidad elabora el programa anual de auditorías **REG-UGCA/TERC-38** para conformidad del director de la UGCA.

5.4. Equipo Auditor u competencia

Conformado por:

Auditor Líder:

Requisitos de Educación:

Titulado

Requisitos de Formación:

Curso de la norma a auditar

Curso de auditor Líder

Requisitos de experiencia

Experiencia mínima 3 años

Haber participado en 4 auditorías internas como mínimo.

Auditor interno:

Requisitos de Educación:

Bachiller o título

Requisitos de Formación:

Curso de la norma a auditar

Curso auditores internos

Requisitos de experiencia

Experiencia mínima de un 1 año

Haber participado como observador en al menos 1 auditoría interna

Auditor acompañante:

Sin experiencia requerida.

5.5. Elaboración del Plan de Auditoría

El especialista de la UGCA es el responsable de la elaboración del plan de auditoría según el REG-UGCA/TERC-39 el cual posteriormente es remitido al Director de la UGCA dando su conformidad y es aprobado por el Director general de la OPDI. Contempla la siguiente información:

- ❖ Alcance o requisito de auditoría
- ❖ Responsables directos del alcance o requisito de la auditoría
- ❖ Responsable de la auditoría
- ❖ Lugar y fecha de realización
- ❖ Tipo de comunicación: Física/remota

La documentación relacionada es revisada previa a la auditoría a fin de verificar conformidad con el sistema de gestión y los criterios establecidos. Posteriormente será enviado al auditor líder.

5.6. Realización de la auditoría interna

Apertura: Presentación del equipo auditor y comunicación del plan de auditoría, para lo cual se utiliza el REG-UGCA/TERC-42 Registro de apertura y cierre de auditoría.

Realización de la auditoría: Evaluación de documentación y/o entrevistas con los auditados para lo cual se utiliza el REG-UGCA/TERC-40 Lista de verificación

Cierre: Se realiza el informe final por el equipo auditor a fin de presentar las observaciones y/o no conformidades. para lo cual se utiliza el REG-UGCA/TERC-42 Registro de apertura y cierre de auditoría.

5.7. Remisión del informe final de auditoría

El auditor líder recaba la información del equipo auditor y consolida el informe final. El Director de la UGCA firma conformidad y remite a los auditados el informe a fin tomen conocimiento y realicen las medidas necesarias para el levantamiento de observaciones o no conformidades u oportunidades de mejora, según lo dispuesto en el PRO- UGCA/TERC-05 No conformidad y Acciones correctivas

5.8. Actividades de seguimiento de auditoría

El seguimiento posterior para la atención de dichas observaciones, no conformidades u oportunidades de mejora son realizadas a través del formato de acciones correctivas según lo establecido en el PRO- UGCA/TERC-05 No conformidad y Acciones correctivas

5.9. A fin de continuar con la mejora continua del proceso de auditorías se elabora una encuesta via e-mail para conocer la percepción de los auditados acerca de la auditoría realizada, lo cual se registra en el REG-UGCA/TERC-41 Evaluación de la auditoría y auditores.

6. REGISTROS.

REG-UGCA/TERC-38 Programa anual de auditorías

REG-UGCA/TERC-39 Plan de auditoría

REG-UGCA/TERC-40 Lista de verificación

REG-UGCA/TERC-41 Evaluación de la auditoría y auditores.

REG-UGCA/TERC-42 Registro de apertura y cierre de auditoría interna

REG-UGCA/TERC-43 Informe final de auditoría.

REG-UGCA/TERC-44 Formato de acciones correctivas

7. ANEXOS.

No aplica.

REG-UGCA/TERC-38 Programa anual de auditorías

PROGRAMA DE AUDITORIA													
PROCESO O PROCESOS APLICABLES PARA AUDITORIA	REQUISITOS A VERIFICAR SEGÚN ISO 9001 2015	PROGRAMA ANUAL											
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic

Elaborado por: _____

Aprobado: Firma Director UGCA

Cargo: _____

Fecha de aprobación: _____

REG-UGCA/TERC-39 Plan de auditoria

PLAN DE AUDITORIA INTERNA	
Fecha	<hr/>
Auditor Líder	<hr/>
Equipo auditor	<hr/>
Norma de referencia	<hr/>
Alcance de la auditoría	<hr/>
Tipo de auditoría:	
Física <input type="checkbox"/>	Remota <input type="checkbox"/>

Hora	Criterio de auditoria	Área o Proceso	Responsable del área auditada	Auditor
Reunión de apertura				
PAUSA REFRIGERIO				
Reunión de cierre				

Firma del auditor

REG-UGCA/TERC-40 Lista de verificación

LISTA DE VERIFICACIÓN

Norma referencial: _____

Area o proceso auditado: _____

Requisito auditado	Nombre del auditado	¿Es conforme?*	Tipo de Hallazgo	Observaciones

Auditor: _____

*¿ Es conforme?: SI/NO

Tipo de hallazgo:

O= Observación, OM=Oportunidad de mejora, NC= No conformidad, C=Conformidad

REG-UGCA/TERC-41 Evaluación de la auditoría y auditores.

EVALUACIÓN DE AUDITORIAS Y AUDITORES

Fecha de auditoría: _____
 Proceso auditado: _____
 Auditor evaluado: _____
 Nombre del evaluador: _____ Cargo: _____

Marcar con una X las preguntas según la escala de valores establecida MB= Muy bueno, B= Bueno, R=Regular, D=Deficiente				
EVALUACIÓN DE LA AUDITORÍA	MB	B	R	D
El plan de auditoría consideró los puntos necesarios a auditar				
La notificación del plan fue realizado en los tiempos previstos				
Se cumplió las entrevistas y horarios programados para la auditoría				
Se cumplió el objetivo de la auditoría				
A su parecer como califica la auditoría realizada				
EVALUACIÓN DEL AUDITOR	MB	B	R	D
Claridad al solicitar evidencias para la auditoría				
Claridad en las preguntas realizadas por el auditor en las entrevistas				
Conocimiento del proceso o procedimiento evaluado				
Creo un ambiente amigable para la realización de la auditoría				
Claridad al manifestar al auditado los hallazgos encontrados				
COMENTARIOS ADICIONALES:				

REG-UGCA/TERC-42 Registro de apertura y cierre de auditoría interna

REGISTRO DE APERTURA Y CIERRE DE AUDITORÍA

TIPO: APERTURA CIERRE FECHA: _____

REGISTRO DE LAS PERSONAS QUE ASISTIERON A LA REUNIÓN DE APERTURA O CIERRE DE AUDITORÍA

N°	NOMBRE Y APELLIDO	UNIDAD	CARGO	FIRMA

FIRMA AUDITOR LIDER: _____

REG-UGCA/TERC-43 Informe final de auditoría.

INFORME FINAL DE AUDITORÍA

Norma de referencia: _____ fechas de auditoría _____
 Unidad auditada: _____

OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA

--

RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

N° DE NO CONFORMIDADES:	
N° DE OBSERVACIONES:	
N° DE OPORTUNIDADES DE MEJORA:	

CONCLUSIONES

--

DETALLE DE HALLAZGOS

REQUISITO	TIPO DE HALLAZGO	EVIDENCIA	PROCESO/UNIDAD/ÁREA AUDITADA

Fecha: _____
 Nombre del auditor Líder: _____
 Firma: _____

REG-UGCA/TERC-06 solicitud de no conformidad

REG-UGCA-23: SOLICITUD DE NO CONFORMIDAD N°		1	
No Conformidad – Acción Correctiva	<input type="checkbox"/>	Oportunidad de mejora	<input type="checkbox"/>
Tipo:		Observación	<input type="checkbox"/>
Tipo de auditoría - Interna	<input type="checkbox"/>	Queja (Q) / P	<input type="checkbox"/>
Externa	<input type="checkbox"/>	Hallazgo del Personal	<input type="checkbox"/>
Área / D.Ejecutiva:			
1. No Conformidad			
Norma / Requisito afectado: /	-	Documento de Referencia: Los citados en descripción	
Descripción:		CLAUSULA	DEFINICIÓN EN LA ISO 9001 2015
-		-	-
Auditor emisor:	Sección/Área:		
-	-		
Firma:	Responsable:	-	
	Firma:		
2. Determinación de Causas:			
No conformidad similar a otras ya existentes			
		SI	NO
Fecha:	Responsable:		
3. Acciones Correctivas			
Corrección/Acción inmediata:			
Acción correctiva			
a)			
Responsable de implementar:	-	Plazo:	-
Fecha de ejecución:	Firma Auditado / Responsable:	V*B* Auditor/Emisor	
4. Plan de acciones tomadas		ESTADO	OBSERVACIONES
-		Efectivo / No efectivo	
Cierre:	Firma Auditado / Responsable:	Firma Emisor/Auditor	

	OFICINA DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL	Unidad de Gestión de Calidad y Autorizaciones	
		PRO-UGCA/TERC-18	
	PROCEDIMIENTO: REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	Revisión: 00	Página: 419 de 6

	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
	XXXXXXXXXX Especialista	XXXXXXXXXXXX Director(a) / (e)	XXXXXXXXXXXX Director General
Firma			
Fecha			

TABLA DE CONTENIDO

1. Objetivo.
2. Alcance.
3. Referencias.
4. Definiciones.
5. Descripción.
6. Registros.
7. Anexos.

1. OBJETIVO.

Establecer la revisión por parte de la dirección en temas internos y externos importantes para el Sistema de Gestión de la Calidad, así como establecer acciones para riesgos y oportunidades presentados a fin de tomar las acciones y decisiones oportunas para mejorar el SGC, ello alineado a la dirección estratégica del SENASA.

2. ALCANCE.

Aplica para las decisiones a tomar para la mejora del sistema de gestión de calidad del proceso de autorización a terceros.

3. REFERENCIAS.

ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la calidad – Requisitos.

4. DEFINICIONES.

Alta Dirección: Persona o grupo de personas que dirige y controla una organización al más alto nivel.

Revisión por la Dirección: Evaluación realizada por quienes controlan la organización a fin establecer las decisiones más adecuadas para el sistema de gestión de calidad.

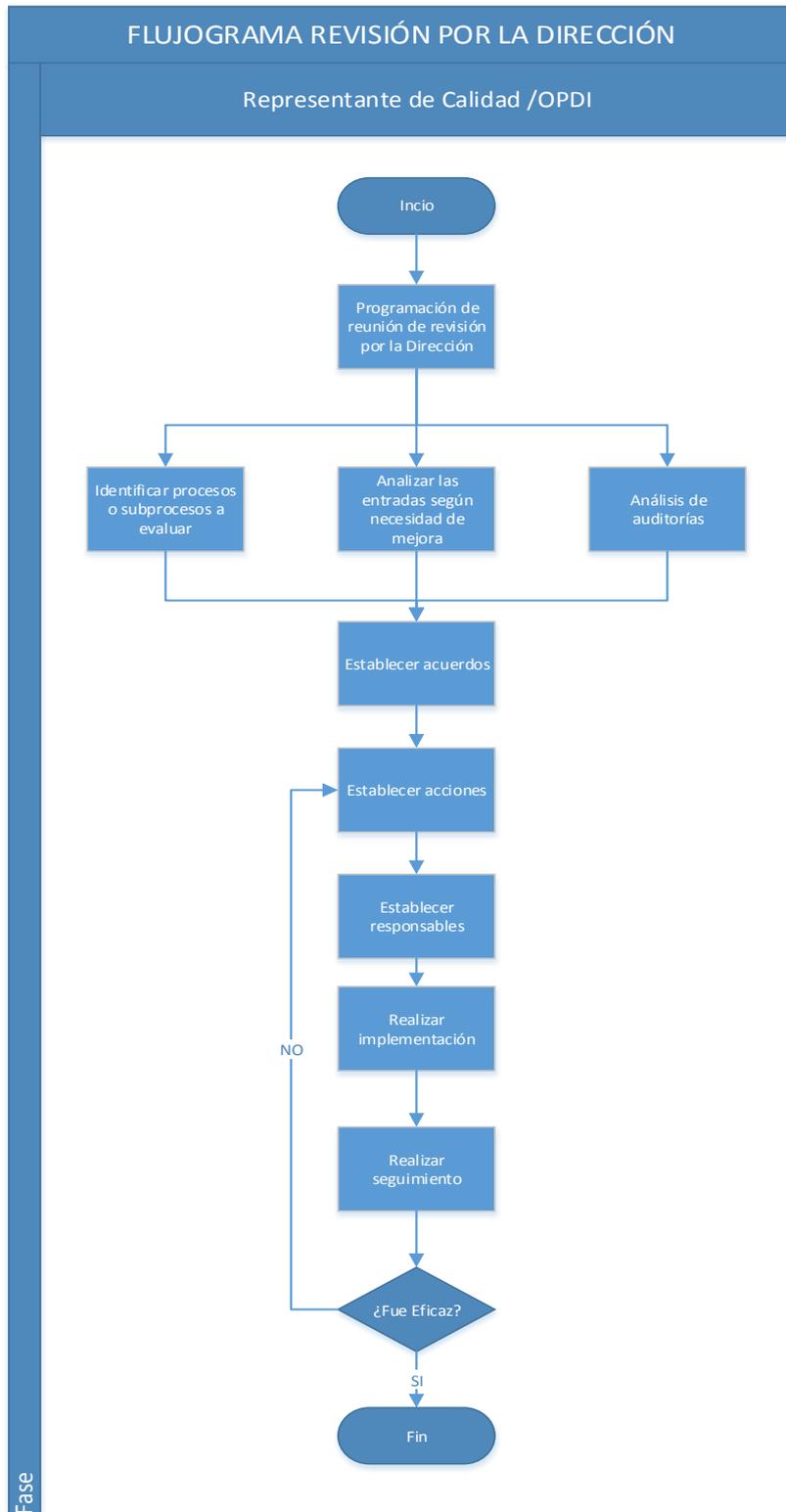
Dirección estratégica: Formular estrategias que permitan alcanzar los objetivos de la organización

OPDI: Oficina de Planificación y Desarrollo Institucional

5. DESCRIPCIÓN.

5.1. De la aplicación del procedimiento:

- ❖ La Gerencia General OPDI es responsable de la aprobación del presente procedimiento
- ❖ El director de la UGCA es responsable de la revisión del presente procedimiento.
- ❖ El responsable de calidad asignado es el responsable de coordinar con la OPDI a fin de establecer los acuerdos necesarios para su aplicación.



5.2. Generalidades

La revisión por la dirección deberá hacerse posterior a auditorías internas o externas realizadas con el análisis del informe de las mismas y realizarse a intervalos planificados por cambios que puedan afectar el sistema de gestión de calidad o alguna necesidad del proceso o logros esperados para alcanzar con las acciones tomadas.

Esta versión está vigente en tanto esté publicada en la Intranet. En caso de imprimir este documento con fines didácticos, una vez utilizado debe destruirlo bajo su responsabilidad

En el caso se tenga que realizar sin ser planificado se debe tener en cuenta:

- ❖ Si se tiene muchas no conformidades por levantar.
- ❖ Falencias en el desempeño del proceso de autorización a terceros
- ❖ Cambios legales o requisitos del usuario.

5.3. Entradas para la revisión por la dirección: Las entradas son establecidas según lo requerido por la norma ISO 9001 2015 y vinculados al proceso de autorización a terceros.

- ❖ El estado de las acciones desde revisiones por la dirección previas.
- ❖ Cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC.
- ❖ Satisfacción del cliente y retroalimentación de las partes interesadas pertinentes
- ❖ Grado de cumplimiento de los objetivos de calidad.
- ❖ Desempeño de los procesos y conformidad del servicio
- ❖ No conformidades y acciones correctivas.
- ❖ Resultados de seguimiento y medición
- ❖ Resultados de auditorías previas.
- ❖ Desempeño de proveedores externos
- ❖ Adecuación de los recursos
- ❖ Eficacia de acciones tomadas para abordar riesgos y oportunidades
- ❖ Oportunidades de mejora.
- ❖ Requisitos legales aplicables

5.4. Salidas de la revisión por la dirección

En reunión programada por el responsable de Calidad se tratará cada tema indicado en el punto 5.2 a fin realice el registro de los acuerdos en el REG-UGCA/TERC- 45 Resultados de revisión por la dirección en temas relacionados a oportunidades de mejora, cambios a realizar en el sistema de gestión de calidad o necesidad de optar por recursos para la mejora del SGC.

5.5. Posteriormente se realizará la implementación y posterior seguimiento de las acciones y decisiones tomadas para verificar si estos permitieron la mejora del sistema de gestión de calidad o realizar cambios para una mejor optimización de las acciones.

6. REGISTROS.

REG-UGCA/TERC- 45 Resultados de revisión por la dirección

7. ANEXOS.

No aplica.

REG-UGCA/TERC- 45 Resultados de revisión por la dirección

RESULTADOS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN		REG-UGCA/TERC-XX		
FECHA PROGRAMADA:				
FECHA DE REVISIÓN:				
PROCESO /SUBPROCESO EVALUADO		ACUERDOS		
-				
-				
ENTRADAS/ SEGÚN PUNTO 5.2		ACUERDOS		
-				
-				
AUDITORIAS INTERNAS/EXTERNAS		ACUERDOS		
-				
-				
ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN	FECHA DE SEGUIMIENTO	¿EFICAZ? /ACCIONES A TOMAR
Representante de Calidad		Director General OPDI		