Tamaulipas
Gobierno del Estado

Secretaría de Salud

COEPRIS
Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

MANUAL DE CALIDAD

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Nivel I

CONTROL DOCUMENTAL DEL SGC

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

CONTENIDO

00 MCC Contenido
01 MCC Descripción de la COEPRIS y estructura organizacional
02 MCC Aprobación del Manual de Gestión de Calidad
03 MCC Control del Manual de Calidad
04 MCC Contexto de la Organización
- 04/A MCC Alcance del Sistema de Gestión de Calidad de la COEPRIS
- 04/B MCC Sistema de Gestión de Calidad y sus procesos

05 MCC Liderazgo
- 05/A MCC Política de Calidad

06 MCC Planificación
- 06/A MCC Objetivos de Calidad

07 MCC Apoyo
08 MCC Operación
09 MCC Evaluación del Desempeño
10 MCC Mejora

Anexos.-
- Anexo 1.1.- Plan de Calidad – Certificación para Manejador de Alimentos
- Anexo 1.2.- Plan de Calidad – Emisión de Constancia Sanitaria de Bebidas Alcohólicas
- Anexo 1.3.- Plan de Calidad – Emisión de Permisos Sanitarios Funerarios
- Anexo 1.4.- Plan de Calidad – Expedición de Licencias sanitarias Estatales
- Anexo 1.5.- Plan de Calidad – Sanidad Internacional Marítima
- Anexo 1.6.- Plan de Calidad - Alta Dirección
- Anexo 1.7.- Plan de Calidad – Calidad
- Anexo 1.8.- Plan de Calidad – Mantenimiento
- Anexo 1.9.- Plan de Calidad – Recursos Humanos
- Anexo 1.10.- Plan de Calidad – Recursos Materiales y Financieros

Tamaulipas

DESCRIPCIÓN DE LA COEPRIS Y ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

FECHA DE EMISIÓN:	29 / NOV / 18
REVISIÓN:	7
FECHA DE REVISIÓN:	23 / SEP / 24
CLAVE:	01 MCC

La Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, es un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud de Tamaulipas, con autonomía técnica y de gestión, tal y como lo estipula el Reglamento Interior del mismo, publicado en P.O.E No. 116 de fecha 28 de septiembre de 2016.

Dentro de las actividades que desarrolla la COEPRIS de Tamaulipas se encuentran:

I. Ejercer la regulación, control, vigilancia y fomento sanitarios, que en términos de las disposiciones aplicables corresponden a la Secretaría en materia de:

a) Establecimientos: de salud, de disposición de órganos, tejidos, células de seres humanos y sus componentes, de disposición de sangre y los demás establecimientos que señala el citado ordenamiento, con las excepciones a que hace referencia la Ley;

b) Medicamentos, remedios herbolarios y otros insumos para la salud;

c) Alimentos y suplementos alimenticios;

d) Bebidas alcohólicas y bebidas no alcohólicas;

e) Productos de perfumería, belleza y aseo;

f) Tabaco;

g) Plaguicidas y fertilizantes;

h) Nutrientes vegetales;

i) Sustancias tóxicas o peligrosas para la salud;

j) Químicos esenciales, precursores químicos, estupefacientes y psicotrópicos;

k) Productos biotecnológicos;

l) Materias primas y aditivos que intervengan en la elaboración de los productos señalados en las fracciones b) a las anteriores, así como los establecimientos dedicados al proceso o almacenamiento de éstos;

m) Fuentes de radiación ionizante para uso médico;

n) Efectos nocivos de los factores ambientales en la salud humana;

o) Salud ocupacional;

p) Saneamiento básico;

q) Importaciones y exportaciones de los productos a que se refiere la fracción II del artículo 17 bis de la Ley General;

r) Publicidad y promoción de las actividades, productos y servicios a que se refiere la Ley General y Estatal y demás disposiciones aplicables;

s) Sanidad internacional, salvo en las materias exceptuadas por la Ley, y

t) En general, los requisitos de condición sanitaria que deben cubrir los procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios o actividades relacionados con las materias anteriormente descritas, en los términos de la Ley y demás disposiciones aplicables;

II. Conducir el Sistema Estatal Sanitario, en coordinación con el Sistema Federal Sanitario, la Secretaría y el Gobierno del Estado;

III. Coordinar las acciones para la prestación de los Servicios de Salud a la Comunidad en materia de su competencia, por parte del Gobierno del Estado, así como para el destino de los recursos previstos para tal efecto en el FASSC, de conformidad con las disposiciones aplicables y en términos de los acuerdos de colaboración y coordinación;

IV. Identificar, analizar, evaluar, regular, controlar, fomentar y difundir las condiciones y requisitos para la prevención y manejo de los riesgos sanitarios;

V. Expedir certificados oficiales de la condición sanitaria de procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios o actividades relacionadas con las materias de su competencia;

VI. Emitir, prorrogar o revocar las autorizaciones sanitarias en las materias de su competencia, así como ejercer aquellos actos de autoridad que para la regulación, control y fomento sanitarios se establecen o deriven de las Leyes y sus reglamentos, las normas oficiales mexicanas, el presente Reglamento y las demás disposiciones aplicables;

VII. Operar los servicios de sanidad internacional que la Ley y sus reglamentos le confieren a la Secretaría de Salud, con excepción de lo relativo a las personas;

VIII. Aplicar estrategias de investigación, evaluación y seguimiento de riesgos sanitarios, conjuntamente o en coadyuvancia con otras autoridades competentes;

IX. Imponer sanciones administrativas por el incumplimiento de disposiciones de la Ley, sus reglamentos y demás ordenamientos aplicables, así como determinar medidas de seguridad, preventivas y correctivas, en el ámbito de su competencia;

X. Ejercer las acciones de control, regulación y fomento sanitario correspondientes, para prevenir y reducir los riesgos sanitarios derivados de la exposición de la población a factores químicos, físicos y biológicos;

XI. Participar, en coordinación con las unidades administrativas correspondientes de la Secretaría, en la instrumentación de las acciones de prevención y control de enfermedades, así como de vigilancia epidemiológica, cuando éstas se relacionen con los riesgos sanitarios derivados de los procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios o actividades en las materias a que se refiere la fracción I del presente artículo, y

XII. Las demás que señalen las disposiciones legales aplicables.

La COEPRIS realiza diagnósticos situacionales conforme a la entrada de las administraciones públicas; actualmente se cuenta con un Diagnóstico Situacional desarrollado por el personal y áreas directivas de la Comisión, el cual sirvió de apoyo en los trabajos de elaboración del Plan Estatal de Desarrollo 2022 – 2028 y por ende en los trabajos del anteproyecto de Programa Sectorial de Salud.

Esto dio por resultado que se generara un Plan Estratégico de la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios 2022-2028 que incluye compromisos específicos con la nueva administración pública estatal de manera sustantiva vinculando con acciones de mejora continua y transparencia. Dicho plan determina ejes rectores y transversales, en los cuales se refleja de manera puntual el compromiso de la Comisión con el Sistema de Gestión de Calidad.

Al interior de dicho plan estratégico, se encuentran compromisos sobre la Implementación del Sistema de Gestión de Calidad, que delinea las acciones a generar bajo la premisa de conseguir el cumplimiento de la norma ISO 9001:2015; COEPRIS Tamaulipas es una de las cinco entidades federativas en aplicar el Modelo Sistemático de Gestión de la Calidad con la nueva versión, como área de protección contra riesgos sanitarios.

Derivado de este documento se integra el Programa Institucional de la COEPRIS 2024 - 2028 con base en el Programa Sectorial de Salud y el Plan Estatal de Desarrollo; fue publicado en el POE No. 110 Anexo Edición Vespertina del 11 de septiembre de 2024.

La estructura de este Manual de Gestión de Calidad es de acuerdo con los requerimientos de la Norma ISO 9001:2015 y en su contenido indica la organización y las políticas a través de las cuales se logra el cumplimiento de los requerimientos de las partes interesadas en cada uno de los servicios solicitados a la COEPRIS de Tamaulipas. Este documento rector determina los lineamientos que regulan el Sistema de Gestión de Calidad para la COEPRIS, respecto a los procesos misionales:

- REGULACIÓN SANITARIA
  - Resoluciones inmediatas
  - Autorizaciones Sanitarias Estatales (Servicios de Salud)
  - Autorizaciones emitidas con papel seguridad federal

- CONTROL SANITARIO
  - Verificación Sanitaria (relacionada con los procesos del alcance del macroproceso de Regulación Sanitaria)
  - Dictamen Sanitario (relacionada con los procesos del alcance del macroproceso de Regulación Sanitaria)
  - Vigilancia Sanitaria Internacional (Sanidad internacional Marítima)

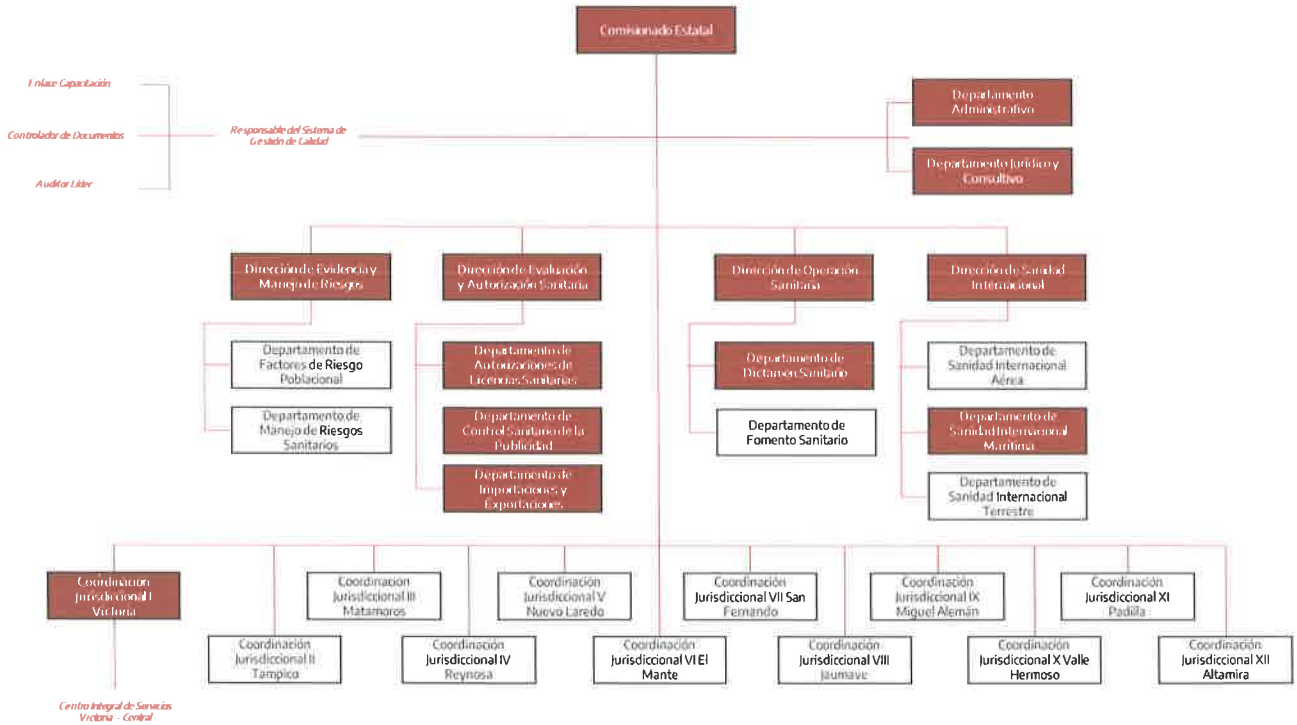
De estos **6 procesos,** 3 ya se encuentran certificados con base en el alcance del SGC anterior, que definía los trámites de mayor demanda ciudadana; estos procesos presentan interacción entre sí y se complementan con procedimientos específicos.

Esquema de procesos misionales, con descripción de los procedimientos o instructivos involucrados en el alcance del SGC:

MACROPROCESO	PROCESO	PROCEDIMIENTOS O INSTRUCTIVOS DE TRABAJO
REGULACIÓN SANITARIA	RESOLUCIONES INMEDIATAS	Certificado de Salud para Manejadores de Alimentos
		Constancia Sanitaria de Bebidas Alcohólicas
		Permisos Sanitarios Funerarios
	AUTORIZACIONES SANITARIAS ESTATALES	Licencia Sanitaria Estatal (servicios de salud)
		Autorización de Responsable Sanitario (servicios de salud)
		Autorización de Responsable de muestra de laboratorio (servicios de salud)
	AUTORIZACIONES SANITARIAS EMITIDAS CON PAPEL SEGURIDAD FEDERAL	Licencia Sanitaria de Insumos para la Salud
		Licencia Sanitaria de Plaguicidas y Fumigación
		Licencia Sanitaria de Rayos X
		Permiso de Responsable Sanitario de Rayos X
		Tarjeta de Control de Tatuadores, Perforadores y Micropigmentadores
		Permiso Sanitario de Importación
		Certificado de Apoyo a la Exportación
		Certificación de pozo de agua público o privado
		Permiso de Publicidad
CONTROL SANITARIO	VERIFICACIÓN SANITARIA	Verificación Sanitaria Servicios de Salud
		Verificación Sanitaria Insumos para la Salud
		Verificación Sanitaria Salud Ambiental
		Verificación Sanitaria Productos y Servicios
		Vigilancia Sanitaria Manejador de Alimentos Fuera de Rango.
	DICTAMEN SANITARIO	Verificación Sanitaria Servicios de Salud
		Verificación Sanitaria Insumos para la Salud
		Verificación Sanitaria Salud Ambiental
		Verificación Sanitaria Productos y Servicios
	VIGILANCIA SANITARIA INTERNACIONAL	Desinsectación de Embarcaciones
		Recambio de Tripulantes

Esta situación se refleja en el mapa de procesos descrito en el apartado **04/B MCC Sistema de Calidad y sus Procesos**.

A continuación, se presenta la estructura organizacional de la COEPRIS; se ha llevado a cabo la determinación de las áreas participantes en el proceso de implementación del Sistema de Gestión de Calidad del organismo:



Áreas participantes en el Sistema de Gestión de Calidad de la COEPRIS

Nota: Responsable del SGC, Enlace de Capacitación, Controlador de Documentos, Auditor Líder y Responsable de CIS Victoria - Central, son actividades que se realizan a través de personal operativo.

El Comité de Gestión de Calidad, determina como propósito el cumplimiento de la Política de Calidad y los Objetivos de Calidad, así como los requerimientos de la Norma ISO 9001:2015, a través de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad de la COEPRIS.

COMITÉ DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA COMISIÓN ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS DE TAMAULIPAS

Dr. Ramón González Martínez
Comisionado Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

M.V.Z. Raúl Terrazas Barraza
Director de Evidencia y Manejo de Riesgos Sanitarios

Lic. Luis Roberto García Pedraza
Director de Operación Sanitaria

Ing. Roberto Castro Canales
Director de Evaluación y Autorización Sanitaria

Dr. José Alfredo López de León
Director de Sanidad Internacional

C.P. Julio César Peña Segura
Jefe de Departamento Administrativo

Lic. Jaime Martínez Olguín
Jefe del Departamento Jurídico y Contencioso

M.V.Z. Alejandro Pérez Rivera
Coordinador Jurisdiccional No. 1 Victoria

Ing. Ana Luisa Medina Montaño
Responsable del Sistema de Gestión de Calidad

La integración del Comité de Gestión de Calidad de la COEPRIS de Tamaulipas se representa en el apartado 05 MCC Liderazgo.

CONTROL DE CAMBIOS

No. DE CAMBIO	APARTADO - DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	FECHA
1	Anexo 1.6: Proceso de revisión de metas se implementará a través de las auditorías internas que se programen; se realiza cambios en el apartado de recursos.	25/JUL/2022
2	ANEXO 1.2: congruencia entre el procedimiento dado de alta en enero 2022, donde se incluye en las actividades la verificación previa a la entrega de la constancia sanitaria.	25/JUL/2022
3	04/B MCC: Se agregan en el mapeo de procesos 2 procedimientos respecto al COVIS-19, por Enfoque de Riesgos.	25/JUL/2022
4	09 MCC: La nueva plataforma electrónica de control documental es la One Drive de la cuenta institucional sgc.coepris@tam.gob.mx; Se aclara que en la carpeta compartida se encuentran los indicadores de las áreas	25/JUL/2022
5	04 MCC: La nueva plataforma electrónica de control documental es la One Drive de la cuenta institucional sgc.coepris@tam.gob.mx; se elimina una referencia de ubicación de información de partes interesadas. 07 MCC: Modificaciones al Apartado de Comunicación; las encuestas de clima se realizaron con Google Drive, pero se buscará una nueva alternativa para aplicarlas; Las capacitaciones y cursos están contenidas en la carpeta de SGC COEPRIS.	25/JUL/2022
6	05 MCC: Se incluyen actividades al Responsable del SGC. La nueva plataforma electrónica de control documental es la One Drive de la cuenta institucional sgc.coepris@tam.gob.mx.	25/JUL/2022
9	**APARTADO 03 MCC: Modificaciones a 04 MCC, 04/B MCC, 05 MCC, 07 MCC, 09 MCC, ANEXO 1.2, ANEXO 1.6.**	**25/JUL/2022**
3	02 MCC: se realiza cambio de titulares del Comité de Gestión de Calidad	25/OCT/2022
7	05 MCC Liderazgo: Se agregan responsabilidades al Comité y al Responsable del SGC	25/OCT/2022
10	**APARTADO 03 MCC: Modificaciones a 02 MCC y 05 MCC.**	**25/OCT/2022**
1	05/A MCC Política de Calidad: Se integra referencia de la última revisión el 04 mayo 2023.	31/MAY/2023
3	04/A MCC Alcance del SGC: Se declara la no aplicabilidad del apartado 8.3 Diseño y Desarrollo.	19/MAY/2023
4	04/B MCC Sistema de Calidad y sus procesos: Se corrige mapa de procesos para clarificar los procedimientos que pertenecen al rubro de Resoluciones Inmediatas	31/MAY/2023
8	05 MCC Liderazgo: Se elimina lo referente al Área Técnica y se agrega a la Coordinación Jurisdiccional como parte del CGC.	31/MAY/2023
11	**APARTADO 03 MCC: Modificaciones a 04/A MCC, 04/B MCC, 05 MCC y 05/A MCC.**	**31/MAY/2023**
1	ANEXO 1.5 Plan de Calidad Sanidad Internacional Marítima: Se elimina el apartado de diseño y desarrollo por no tener aplicabilidad en el alcance del SGC.	01/NOV/2023

2	ANEXO 1.1 : Plan de Calidad Certificación de Manejadores de Alimentos: Se elimina el apartado de diseño y desarrollo por no tener aplicabilidad en el alcance del SGC. ANEXO 1.3 : Plan de Calidad Permisos Sanitarios Funerarios: Se elimina el apartado de diseño y desarrollo por no tener aplicabilidad en el alcance del SGC. ANEXO 1.4 : Plan de Calidad Expedición de Licencia Sanitaria Estatal: Se elimina el apartado de diseño y desarrollo por no tener aplicabilidad en el alcance del SGC.	01/NOV/2023
3	ANEXO 1.2 : Plan de Calidad Constancia Sanitaria de Bebidas Alcohólicas: Se elimina el apartado de diseño y desarrollo por no tener aplicabilidad en el alcance del SGC.	01/NOV/2023
4	08 MCC Operación: Se elimina el apartado de diseño y desarrollo por no tener aplicabilidad en el alcance del SGC. Se modifican códigos de formatos. 10 MCC Mejora: Se modifican códigos de formatos y procedimientos.	16/NOV/2023
5	01 MCC Descripción de la COEPRIS: Se actualiza conforme a nuevo diagnóstico y plan estratégico. 09 MCC Evaluación del Desempeño: Se modifican códigos de formatos y procedimientos.	16/NOV/2023
6	04 MCC Contexto de la Organización: Se actualiza conforme a nuevo diagnóstico y plan estratégico. 06 MCC Planificación: Se hace referencia a la herramienta AMEF y Referencias de nuevos códigos de procedimientos. 07 MCC Apoyo: Se corrige información de Plataforma Nube, clarifica copia no controlada se menciona el mecanismo de roles y responsabilidades.	16/NOV/2023
12	**APARTADO 03 MCC: Modificaciones a Anexo 1.1, Anexo 1.2, Anexo 1.3, Anexo 1.4, Anexo 1.5, 01 MCC, 04 MCC, 06 MCC, 07 MCC y 08 MCC, 09 MCC y 10 MCC**	**17/NOV/2023**
6	01 MCC Descripción de la COEPRIS y Estructura Organizacional: Modificación de procesos misionales	28/JUN/2024
4	04/A MCC Alcance del SGC: Ampliación del alcance, incluyendo procesos de papel seguridad federal	15/JUL/2024
5	04/B MCC Sistema de Calidad y sus Procesos: Se clarifica los niveles de procesos, procedimientos y protocolos con base en el nuevo alcance del SGC; nuevo esquema o mapa de procesos mejorando su diseño.	19/JUL/2024
13	**APARTADO 03 MCC: Modificaciones a 01 MCC, 04/A MCC y 04/B MCC.**	**19/JUL/2024**
7	APARTADO 01 MCC: Correccion en procesos misionales, se incluye Programa Institucional, modificación de la estructura orgánica del alcance del SGC	23/SEP/2024
4	APARTADO 02 MCC: Cambio de Comisionado Estatal, minuta de juntas 30 sep 2024	30/SEP/2024
7	APARTADO 04 MCC: Se referencia al Programa Institucional, se elimina referencias del diagnostico de la administración anterior, se incluye la actualización del Plan Estratégico del SGC; se clarifican partes interesadas	23/SEP/2024
5	APARTADO 04/A MCC: Corrección a la redacción del alcance del SGC; se incluyen procesos estratégicos y de soporte que faltaron mencionar	23/SEP/2024
14	**APARTADO 03 MCC: Modificaciones a 01 MCC, 02 MCC, 04 MCC y 04/A MCC**	**30 /SEP/2024**

4.1. COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y SU CONTEXTO

La COEPRIS de Tamaulipas, como autoridad regulatoria sanitaria, conoce ampliamente sus procesos, así como su marco legal aplicable. A través de su organización se han aplicado diversos mecanismos estratégicos que han fortalecido su identidad y pertinencia.

Dichos mecanismos fueron base para determinar la necesidad de trabajar bajo un esquema de Gestión de Calidad, que se menciona a continuación:

Diagnóstico Situacional - Plan Estratégico de la COEPRIS 2022 – 2028 y Programa Institucional de la COEPRIS 2024 - 2028.-

A partir de la nueva administración pública 2022 – 2028, hacia el interior de la Comisión, se ha generado un **nuevo Diagnóstico Situacional** que ha repercutido en la elaboración de un **nuevo Plan Estratégico de la COEPRIS** para el mismo periodo; este documento cuenta con los FODAS por área, análisis de problemas prioritarios y de objetivos de interés, generando estrategias para su cumplimiento en un periodo sexenal.

Programa Institucional de la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.-

Tomando como base el documento mencionado anteriormente y en apego a la Ley de Planeación para el Estado de Tamaulipas, se ha elaborado el **Programa Institucional de la COEPRIS 2024 – 2028**, el cual ha sido publicado en el POE 110 Anexo Edición Vespertina del 11 de septiembre de 2024, que abarca un diagnóstico situacional, con los criterios definidos por la Secretaría Técnica de las Oficinas del C. Gobernador; Este programa se encuentra debidamente alineado al Plan Estatal de Desarrollo 2023 – 2028 y al Programa Sectorial de Salud.

Consta de 6 objetivos, que derivan del desarrollo del análisis FODA, árboles de objetivos y de problemas; por su especialización se subdividen en estrategias, las cuales a su vez presentan líneas de acción a las que se someterán las responsabilidades de los servidores públicos adscritos a la Comisión. En este tenor se concentran los programas y proyectos gubernamental por medio de los cuales se dará cumplimiento al Programa Institucional.

Se ha determinado darles un seguimiento anual a las líneas de acción emanadas de este Programa Institucional cuando así lo determine la autoridad pertinente. Este documento se encuentra en la plataforma nube de la cuenta sgc.coepris@tamaulipas.gob.mx, tanto en la carpeta 5.- Documentos Externos como en la carpeta 8.- Contexto de la Organización.

Plan Estratégico de Implementación del Sistema de Gestión de Calidad.-

En diciembre de 2017, se elabora de manera inicial el Plan Estratégico de Implementación del Sistema de Gestión de Calidad de la COEPRIS, por medio del cual se lleva a cabo un análisis y toma de decisiones para determinar los procesos y el alcance del mismo.

Este **Plan Estratégico del Sistema de Gestión de Calidad de la COEPRIS**, ha tenido una actualización este año **2024**, en materia de desarrollar un nuevo alcance ya que las condiciones y quehacer institucional ha evolucionado en el cambio de administración gubernamental; es importante recalcar que el nuevo Alcance del SGC se manifiesta por medio de 2 de los 3 macroprocesos de la COEPRIS, definidos en el objeto de la misma: Regulación Sanitaria y Control Sanitario.

El Plan Estratégico, se adiciona con Planes de Acción específicos anuales, los cuales se van modificando conforme a su avance y cumplimiento. Estos documentos, así como el **Plan de acción del SGC**, se encuentran en la Plataforma nube de la cuenta sgc.coepris@tamaulipas.gob.mx, en Carpeta 8.- Contexto de la Organización.

Conforme ha evolucionado el SGC, se han implementado protocolos para formalizar la actuación de los involucrados. Derivado de lo anterior, se instaló el Comité de Gestión de Calidad dejando como evidencia el acta de instalación; Este Comité tuvo a bien realizar un ejercicio de análisis sobre la filosofía organizacional que impera en la organización, manteniendo la **Misión** y **Visión** a fin de que prevaleciera el sentido de pertenencia hacia la Comisión, asimismo, los **Valores,** redujeron su número más no su importancia en la cultura organizacional de la COEPRIS.

MISIÓN

Salvaguardar eficazmente la salud de la población y visitantes en Tamaulipas mediante la vigilancia, el monitoreo y control de riesgos originados en el territorio nacional o en el extranjero.

VISIÓN

Lograr que la población tamaulipeca y sus visitantes perciban un entorno saludable, al contar con una autoridad sanitaria profesional, íntegra y con fundamentos técnicos en materia de protección contra riesgos sanitarios, que vela por su salud a través de acciones efectivas de prevención, control y fomento sanitario.

VALORES

Honestidad
Responsabilidad
Profesionalismo
Ética
Trabajo en Equipo
Transparencia
Liderazgo

4.2.- PARTES INTERESADAS

Se realiza la identificación de partes interesadas que aportan valor al SGC de la COEPRIS, generando información base que describe sus necesidades y expectativas.

Existe el estudio de partes interesadas, definiendo sus necesidades, expectativas, priorizándolas en una relación poder / interés y generando sugerencias de acciones a ejecutar para su control. Fue sometido a verificación por parte de los directamente responsables de dar seguimiento a las necesidades y expectativas definidas.

PARTE INTERESADA PERTINENTE	
Usuarios	Agencias Navieras
Proveedores	Empleados de la COEPRIS
COFEPRIS	Comunicación Social de Gobierno del Estado
Universidades	Asociaciones - Sociedades - Colegios Médicos

Agencias Funerarias	Sistema DIF Tamaulipas
Comisión de Arbitraje Médico	Comisión de Derechos Humanos
Secretaría de Educación Pública - Dirección General de Profesiones	Secretaría de Finanzas
UNAPROP Unidad Naval de Protección Portuaria	Secretaría de Salud - Subsecretaría de Planeación Subsecretaría de Finanzas y Administración, Dirección Jurídica
Secretaría de Salud Estatal - Dirección de Epidemiología	Laboratorios Particulares
Contraloría Gubernamental	Organizaciones civiles o camarales (ambulantes, CANIRAC, ANTAD, CANACO).
Secretaría de Salud Federal	Coordinación General de Registro Civil
Sistema Estatal Anticorrupción	Comité Técnico Estatal de Seguridad en Salud
Secretaría Técnica del C. Gobernador	Asociaciones farmacéuticas
Aduanas – importadores y exportadores	Auditoría Superior del Estado

La especificación de las necesidades y expectativas de cada parte interesada, se encuentra en el registro "Control y Seguimiento de Partes Interesadas" (OC-SGC-01), en el cual se plasman además los responsables y la clasificación de las acciones a emprender.

Se da seguimiento a las acciones comprometidas una vez al año por medio del Formato "Control y Seguimiento de Partes Interesadas" (OC-SGC-01 A), solicitando evidencia de las mismas a las áreas de la COEPRIS; en caso de que se determine que la actividad aún se encuentra en proceso, es sometida nuevamente a un nuevo seguimiento. Si se considera que se ha concluido, el SGC se asegura de que ésta se lleve a cabo haciendo una revisión de la misma.

Se ha definido que las actividades consideradas totalmente concluidas se les valora con 2 puntos y las que se encuentran en proceso se valora con 1 punto, con el objeto de generar un porcentaje de cumplimiento y ayude al SGC en la adecuada toma de decisiones. Si por la naturaleza de las actividades, no se pudiera llevar a cabo el seguimiento correspondiente, dicha acción se plasma en la Revisión por la Dirección.

Dejamos de manifiesto que el Usuario es nuestra principal Parte Interesada dentro del Sistema de Gestión de Calidad de la COEPRIS.

Servicios Públicos para la Regulación Sanitaria y el Control Sanitario mediante la expedición de resoluciones inmediatas, autorizaciones sanitarias de índole estatal, autorizaciones sanitarias emitidas en papel seguridad federal, incluyendo previamente a ésta, los procesos pertinentes de verificación y dictamen sanitarios, así como la vigilancia de sanidad internacional marítima en el Estado de Tamaulipas.

Procesos Estratégicos:

- Alta Dirección
- Planificación
- Calidad
- Mejora
- Evaluación y Seguimiento

Procesos Misionales (Operación):

- Recepción de Trámites
  - REGULACIÓN SANITARIA
    - Resoluciones Inmediatas
    - Autorizaciones Sanitarias Estatales (Servicios de Salud)
    - Autorizaciones Sanitarias emitidas con papel seguridad federal
  - CONTROL SANITARIO
    - Verificación Sanitaria (relacionada con la expedición de las autorizaciones del alcance del SGC)
    - Dictamen Sanitario (relacionado con la expedición de las autorizaciones del alcance del SGC)
    - Vigilancia Sanitaria Internacional Marítima
- Entrega de Resoluciones

Procesos de Soporte:

- Proceso de Mantenimiento
- Proceso de Recursos Humanos
- Proceso de Recursos Materiales y Financieros
- Apoyo Jurídico

Sitios:

- **Oficina Central:**
  - 8 Berriozábal y Anaya No. 1020, Planta Baja y Primer Piso, Zona Centro, C.P. 87000, Ciudad Victoria, Tamaulipas, México (Boulevard Tamaulipas No. 1020).
- **Coordinación Jurisdiccional No. 1 Victoria:**
  - 8 Berriozábal y Anaya No. 1020, Segundo Piso, Zona Centro, C.P. 87000, Ciudad Victoria, Tamaulipas, México (Boulevard Tamaulipas No. 1020).
- **Oficina de Sanidad Internacional Marítima:**
  - Boulevard Golfo de México S/N Antiguo Edificio de API, interior del Puerto Industrial de Altamira, CP. 89600, Altamira, Tamaulipas.
  - Recinto Fiscal s/n, Zona Centro, C.P. 89000, Tampico, Tamaulipas.

Se declara la no aplicabilidad de:

- Subapartado 8.3 Diseño y Desarrollo de los productos y servicios, con respecto a los procesos misionales en el alcance del SGC, actualmente no desarrollamos nuevos servicios, ya que los mismos están determinados a través del Reglamento Interior y por Ley su otorgamiento. Solamente se aplican mejoras a los mismos, sin que sus características se modifiquen.
- Punto 8.5.1 inciso f) ya que las salidas resultantes se verifican mediante actividades de seguimiento y medición.

Para el Sistema de Gestión de Calidad de la COEPRIS, se determinan 3 niveles de procesos que muestran interacción entre ellos, siendo éstos procesos estratégicos, misionales y de apoyo. A continuación, se muestran dichos niveles, así como los procedimientos o protocolos que consolidan la implementación del modelo de gestión.

Nivel de Procesos ESTRATÉGICOS:

Se generan 5 grandes rubros de procesos en este nivel:

- **Alta Dirección**
  - Comité de Gestión de Calidad - Revisión por la Dirección
  - Planeación Institucional de la COEPRIS
  - Análisis y Evaluación de Riesgos Institucionales
  - Revisión de Procesos

- **Planificación**
  - Planificación de cambios
  - Integración del Programa Operativo Anual
  - Plan Estratégico del SGC

- **Calidad**
  - Atención de Informes, Felicitaciones, Sugerencias y Quejas Sanitarias y de Servicio presentadas por usuarios
  - Control de Documentos del SGC

- **Mejora**
  - Propuestas de Mejora

- **Evaluación y Seguimiento**
  - Auditorías internas
  - Acción Correctiva
  - Planificación y Seguimiento de Indicadores
  - Satisfacción de usuarios

Los procesos estratégicos están orientados a la planificación que define la COEPRIS para establecer metas y objetivos, desarrollar estrategias que permitan alcanzar esas metas creando planes de acción para cumplir las mismas. En este nivel se define la Planeación Estratégica de la COEPRIS, como parte del contexto de la organización y su valoración, ya

que está constituido con líneas de acción comprometidas por medio de las herramientas de planeación definidas por el Gobierno del Estado.

Se llevan a cabo las Revisiones por la Dirección, las detecciones de Riesgos Institucionales, y la cultura organizacional para definir en todos los procesos la planificación de los cambios para el óptimo desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad.

Asimismo, se consideran aspectos necesarios para mantener la eficacia y eficiencia contar con la Planeación Estratégica específica del SGC que ayude a cumplir con los compromisos contraídos en la implementación de este modelo de gestión, así como el control documental y el seguimiento de las manifestaciones ciudadanas (quejas, sugerencias y felicitaciones).

La revisión de procesos, es un mecanismo por medio del cual se puede evaluar un proceso previo a ser sometido a una auditoría interna, o bien, cuando así lo estime conveniente cualquier miembro del Comité de Gestión de Calidad que requiera información específica para la toma de decisiones. También se visualiza la atención y seguimiento de las propuestas de mejora que se inscriban ante el SGC.

En el análisis, seguimiento y evaluación, se cuenta con las auditorías internas, considerando, en su caso, la implementación de acciones correctivas que puedan eliminar su recurrencia, así como un protocolo para dar seguimiento permanente a los indicadores declarados.

En este apartado se ha considerado el protocolo de evaluación de las encuestas de satisfacción de usuarios, a fin de conocer la percepción ciudadana sobre el otorgamiento del servicio.

Nivel de Procesos MISIONALES (Operación):

Se involucran 2 macroprocesos de la COEPRIS (Regulación Sanitaria y Control Sanitario), generando 6 grandes rubros de procesos en este nivel, en el que se incluyen, en cada uno, la recepción de trámites y la entrega de resoluciones:

REGULACIÓN SANITARIA

- **Resoluciones Inmediatas**
  - Certificado de Salud para Manejadores de Alimentos
  - Constancia Sanitaria para establecimiento que expende Bebidas Alcohólicas
  - Permisos Sanitarios Funerarios
  - Monitoreo de Resoluciones Inmediatas

- **Autorizaciones Sanitarias Estatales**
  - Distribución de papel seguridad para trámites estatales
  - Licencia Sanitaria Estatal (Servicios de Salud)
  - Autorización de Responsable Sanitario (Servicios de Salud)
  - Autorización de Auxiliar de toma de Muestra

- **Autorizaciones Sanitarias emitidas con papel seguridad federal**
  - Administración de papel seguridad federal
  - Licencia Sanitaria de Insumos para la Salud
  - Licencia Sanitaria de Plaguicidas
  - Licencia Sanitaria de Rayos X
  - Permiso de Responsable de Rayos X
  - Tarjeta de Control de Tatuadores
  - Permiso Sanitario de Importación
  - Permiso de Publicidad
  - Certificado de pozo de agua
  - Certificado de apoyo a la exportación

CONTROL SANITARIO

- **Verificación Sanitaria** (relacionada con la expedición de las autorizaciones del alcance del SGC)
  - Productos y Servicios
  - Servicios de Salud
  - Insumos para la Salud
  - Salud Ambiental
  - Vigilancia Sanitaria - Manejadores de alimentos fuera de rango

- **Dictamen Sanitario** (relacionada con la expedición de las autorizaciones del alcance del SGC)
  - Productos y Servicios
  - Establecimientos de Servicios de Salud
  - Insumos para la Salud
  - Salud Ambiental

- **Vigilancia Sanitaria Internacional Marítima**
  - Desinsectación de Embarcaciones
  - Protocolo para el Recambio de Tripulantes y Abordaje Emergente de corto plazo en embarcaciones, plataformas y buques perforadores

Los procesos misionales u operativos son aquellos que apuntan directamente al cumplimiento de la filosofía organizacional como lo es la Misión y se proyectan directamente al cumplimiento de la Visión, relacionados de manera directa con el objeto de la COEPRIS.

Este nivel corresponde a los servicios públicos que deben cumplir con los requisitos y necesidades y expectativas de los usuarios, a fin de que sean congruentes los preceptos de la COEPRIS con los requisitos solicitados tanto por la organización, la Norma ISO 9001:2015, las partes interesadas y los legales o reglamentarios; de los mismos pueden desencadenarse otros procesos, procedimientos o protocolos que clarifiquen algunos puntos específicos en su ejecución, iniciando con la **Recepción de los trámites**, transformando los requisitos de entrada en distintos procedimientos que generan la **Entrega de Resoluciones**.

Nivel de Procesos de APOYO O SOPORTE:

Se generan 4 grandes rubros de procesos en este nivel:

- **Mantenimiento**
  - Mantenimiento y Conservación de Parque Vehicular
  - Mantenimiento de la Infraestructura
  - Mantenimiento de Equipo de Cómputo

- **Recursos Humanos**
  - Programa Anual de Capacitación
  - Ejecución de la Capacitación
  - Gestión de altas y bajas de personal ante SST

- **Recursos Materiales y Financieros**
  - Gestión de Recursos
  - Solicitud y Entrega de documentos oficiales (papel seguridad)
  - Recepción y entrega de recursos materiales
  - Control de Ingresos

- **Apoyo Jurídico**
  - Permisos Sanitarios Funerarios emitidos por el DJC
  - Instrumentos legales

Los procesos de apoyo o soporte son aquellos que brindan los recursos necesarios para una operatividad eficaz y eficiente del Sistema de Gestión de Calidad, que tienen como finalidad asegurar el funcionamiento óptimo de los procesos estratégicos, misionales y de evaluación.

Dentro de los procesos de apoyo o soporte, encontramos la programación de la capacitación y su ejecución, así como la gestión de altas y bajas de personal; adicionalmente, como actividades de apoyo tenemos: lo referente a las gestiones de recursos materiales y financieros, la gestión inicial del papel seguridad ante la Secretaría de Salud, así como el mantenimiento de equipo de cómputo, parque vehicular y de Infraestructura.

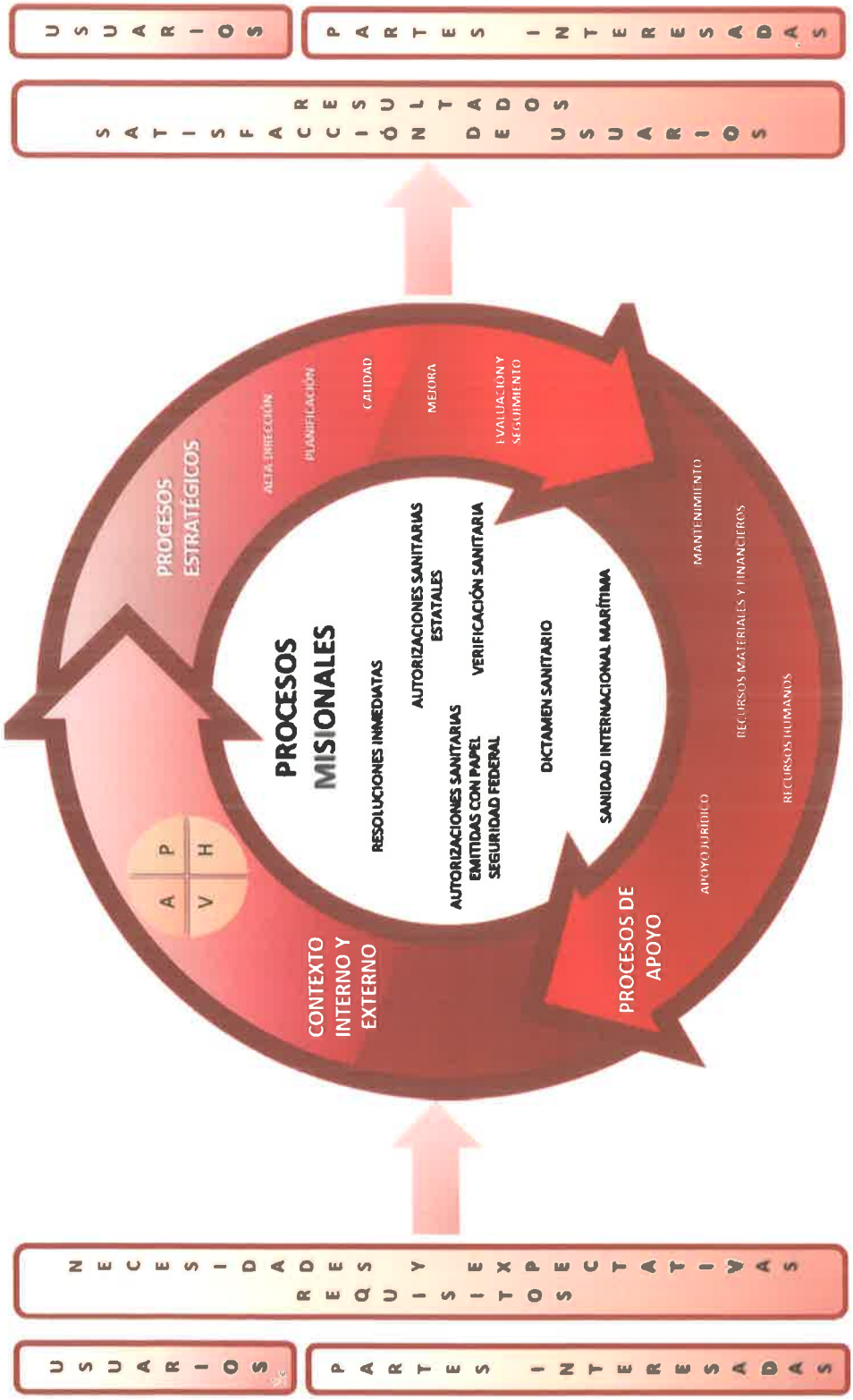
De igual manera, se considera de manera transversal el apoyo del área jurídica a todos los procesos, tanto estratégicos, misionales, de soporte y de evaluación por medio del protocolo de difusión de instrumentos legales; asimismo se define su actuación en la atención de permisos funerarios en los que se vea involucrada la comunicación entre autoridades.

En cada uno de los procesos puede existir, según la necesidad declarada de la COEPRIS para evidenciar su aplicación: procedimientos, instructivos, formatos, manuales, memorias fotográficas, tarjetas informativas, presentaciones, talleres de capacitación y formación, mensajes en redes sociales, oficios, circulares, mensajes o correos electrónicos, entre otros.

Adicionalmente y para una mejor comprensión, En los Planes de Calidad, anexos a este manual, se presenta un esquema conocido como PEPSU, que quiere decir: Proveedor (de la información de entrada), Entrada (requisitos o insumos), Proceso o procedimientos (pasos a seguir), Salida (Resolución e información resultante) y Usuario (a quien se le entrega la resolución principal), para cada rubro de procesos; por cada PEPSU presentado, se refleja posteriormente el procedimiento y las áreas directa e indirectamente relacionadas en el mismo.

A continuación, se presenta el **Mapa de Procesos del Sistema de Gestión de Calidad de la COEPRIS** que refleja la secuencia e interacción de los procesos estratégicos, misionales y de soporte, considerando el ciclo de mejora, analizando en todo momento el contexto de la organización:

MAPA DE PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA COEPRIS

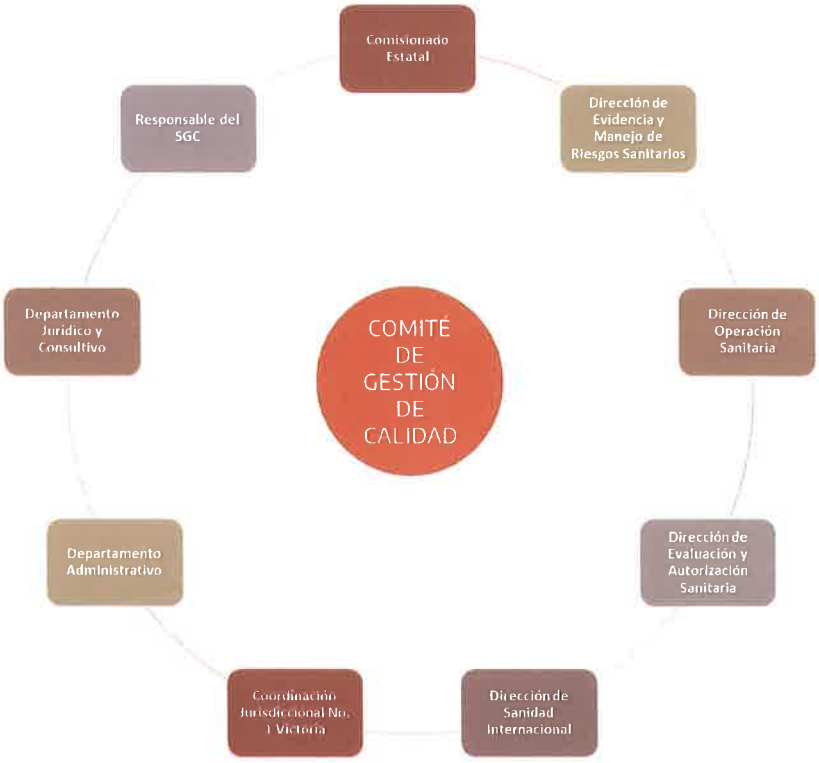


05. 1.- LIDERAZGO Y COMPROMISO

La COEPRIS, implementa su Sistema de Gestión de Calidad a través de la figura del **Comité de Gestión de Calidad**, por medio del cual se cuenta con la aprobación de las estrategias y compromisos que asume la organización con la aplicación de la Norma ISO 9001:2015. Los miembros del Comité cuentan con el liderazgo pertinente para tomar las decisiones y lograr la calidad de los trabajos en el seno del Sistema.

El Comité de Gestión de Calidad de la COEPRIS (CGC), considerado la Alta Dirección, está conformado por el Comisionado Estatal, las 4 Direcciones de área, los 2 departamentos que se encuentran en el staff del Comisionado, la Coordinación Jurisdiccional No. 1 Victoria y el Responsable del SGC.

Entre las funciones que realiza el CGC se encuentran:



- Valorar la viabilidad de gestión de recursos.
- Determinar jurídicamente la información pertinente del Sistema de Gestión de Calidad.
- Desarrollar y aprobar procesos misionales, estratégicos y de apoyo, gestionando y realizando el seguimiento de los mismos.
- Participar en las reuniones de revisiones por la dirección.
- Apoyar en la ejecución de los planes de auditorías internas de la Calidad.
- Tomar decisiones con base en la gestión de los riesgos institucionales.
- Impulsar el cumplimiento de las disposiciones establecidas en los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad, comprobando que las personas realizan las actividades según lo prescrito.

- Participar activamente en el SGC y fomentar la comprensión del mismo en el personal.
- Realizar revisiones de la política de calidad, objetivos de calidad, resultados de auditorías internas, como mecanismos de revisión del Sistema de Gestión de Calidad.
- Prevenir, detectar y efectuar el seguimiento de la aparición de no conformidades a través de las acciones correctivas del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Las que resulten necesarias en el marco de la mejora continua.

En general, las reuniones de trabajo del Comité Gestión de Calidad son por medio de convocatoria o a solicitud inmediata del Comisionado Estatal.

La COEPRIS, ha determinado la necesidad de incluir la figura del **Responsable del Sistema de Gestión de Calidad**, a fin de interpretar y aplicar los requisitos de la norma ISO 9001:2015, así como estrategias y mecanismos que propicien la mejora continua, siempre contando con el aval del Comité de Gestión de Calidad, respecto de sus actividades.

Por lo menos una vez al año, la COEPRIS lleva a cabo una Reunión Estatal en la que involucra a los Directivos y coordinaciones jurisdiccionales para dar informes de resultados y la aplicación de los programas y planes de trabajo al total del personal del Estado o a los líderes de proyectos jurisdiccionales; en las mismas se explican los logros y áreas de mejora del Sistema de Gestión de Calidad.

La COEPRIS de Tamaulipas define procesos adecuados para lograr la satisfacción del usuario y uno de sus mecanismos de captación es la aplicación de encuestas ciudadanas o seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones, para detectar modificaciones de las expectativas de los usuarios y lograr el aumento de su satisfacción.

Los resultados de la aplicación de las encuestas y quejas ayudan a proporcionar ideas y mejorar los procesos. Lo anterior se determina con la aplicación del formato CIS10 Encuesta para Usuarios para los trámites en los CIS y del formato DSIM04 Encuesta de Satisfacción del Usuario, en el caso de Sanidad Internacional Marítima.

En el caso de detectar puntos negativos sobre la captación de la información que sugiera la nula habilidad del personal, la COEPRIS proporciona capacitaciones y determina reuniones para lograr la concientización sobre la importancia de su trabajo y que éste repercute de manera directa o indirecta en la entrega de la resolución al usuario.

Los procesos cuentan cada uno con una base legal y reglamentaria para su ejecución, por lo que el personal que los opera lo comprende y determina su aplicación de manera imperativa. De manera adicional, el personal del CIS cuenta con un protocolo específico

sobre la atención que debe proporcionar al usuario y el mecanismo para hacerle llegar la información.

05. 2.- POLÍTICA

La COEPRIS de Tamaulipas, ha definido de manera homologada y consensada la Política de Calidad, basados en la Misión, Visión y Valores del organismo.

La política de calidad se encuentra debidamente controlada por medio del Apartado del Manual de Calidad *05/A MCC POLÍTICA DE CALIDAD.*

Los mecanismos formales para difundir la Política de Calidad son: oficios, correos electrónicos, implementación de protectores de pantallas en las computadoras y en las oficinas del Centro Integral de Servicios, adicional a la distribución de la misma a las partes interesadas.

Los medios de evaluación de la comprensión de la política de calidad son:

- Evaluación final del taller de formación de Misión, Visión y Valores, en el que se incluyó temática referente a la política de calidad.
- A través de la ejecución de Auditorías Internas.

La revisión de la Política de Calidad se lleva a cabo una vez al año, a través de las revisiones por la dirección programadas.

05. 3.- ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES

Existen grupos enfocados a diversas actividades dentro del Sistema de Gestión de Calidad quienes poseen una serie de responsabilidades, las cuales se enuncian a continuación:

1. DEL COMITÉ DE GESTIÓN DE CALIDAD:

- Rendir cuentas sobre la eficacia del SGC.
- Establecer la política y objetivos de calidad.
- Asegurar la integración de los requisitos del SGC en los procesos de la COEPRIS.
- Promover el enfoque de procesos y de gestión de riesgos.

- Asegurarse de la disponibilidad de recursos.
- Comunicar la importancia del cumplimiento de requisitos con la gestión de calidad eficaz.
- Asegurar el logro de los resultados previstos.
- Promover la mejora.
- Apoyar, dirigir y comprometer al personal para contribuir a la eficacia del SGC
- Apoyar otros roles pertinentes de la dirección.

2.- DEL RESPONSABLE DEL SGC:

- Informar al Comisionado y al Comité de Gestión de Calidad sobre el desempeño del SGC y de cualquier necesidad de mejora.
- Participar en las sesiones del Comité de Calidad y establecer las acciones necesarias para su adecuado desarrollo.
- Asegurarse del óptimo mantenimiento de los procesos.
- Levantar las minutas de las reuniones del CGC o de las reuniones en las que se afecte al SGC y dar seguimiento a los compromisos contraídos.
- Dar seguimiento a la evaluación de las partes interesadas.
- Proponer el calendario de Revisiones de la Dirección.
- Dar seguimiento a las acciones de Control Interno y la Matriz de Riesgos.
- Realizar la revisión de metas logradas e indicadores.
- Ejercer el liderazgo efectivo y participativo en su ámbito de influencia y apoyar el desarrollo del SGC.
- Asesorar a todo el personal sobre el SGC.
- Establecer Acciones correctivas al SGC y verificar su cumplimiento.
- Llevar a cabo la revisión de procesos.

3.- DEL CONTROLADOR DE DOCUMENTOS:

- Controlar la documentación que se genere dentro del Sistema de Gestión de Calidad, identificando los cambios realizados.
- Prevenir el uso de documentos obsoletos.

- Promover el uso de la Plataforma electrónica Drive (nube), por medio de la carpeta compartida SGC COEPRIS administrada desde la cuenta sgc.coepris@tamaulipas.gob.mx
- Elaborar y actualizar las listas maestras de control documental del SGC.
- Asegurar que la documentación y los cambios se encuentren en la Plataforma electrónica Drive (nube).
- Verificar el uso adecuado de la documentación del SGC.

4.- DEL ENLACE DE CAPACITACIÓN:

- Elaborar y ejecutar el Programa Anual de Capacitación de la COEPRIS.
- Registrar y evaluar la calidad de las capacitaciones impartidas.
- Aplicar y registrar las evaluaciones de conocimientos en las capacitaciones estatales para la emisión de constancias.
- Llevar un registro individual de las competencias adquiridas por el personal.

5.- DEL EQUIPO DE TRABAJO SGC:

- Apoyar en la definición de objetivos, riesgos y necesidades de partes interesadas.
- Por medio de reuniones de trabajo generar los criterios para la formalización de los procedimientos del SGC.
- Prevenir el uso de documentos obsoletos.
- Proporcionar informes o reportes en apoyo a las reuniones del Comité.
- Apoyar en la realización del diagnóstico situacional de la COEPRIS y proponer estrategias a presentar al Comité de Gestión de Calidad.

6.- DEL AUDITOR LÍDER:

- Coordinar la participación del equipo de auditores internos.
- Elaborar el Programa Anual de Auditorías Internas, así como el plan de auditorías.
- Notificar a las áreas, el inicio de las auditorías internas con base en el Programa Anual.
- Verificar y evaluar el desempeño del equipo auditor.
- Revisar la documentación generada por el equipo auditor y sus evidencias.

- Coordinar la elaboración de los informes de auditoría y las solicitudes de acciones correctivas en su caso.

7.- DE LOS AUDITORES INTERNOS:

- Asistir a las diferentes áreas de la COEPRIS involucradas en el sistema para verificar que se está cumpliendo con los requisitos de la norma establecidos en el Manual de Calidad y con lo asentado en los Procedimientos, Instructivos de trabajo y Registros de Calidad.
- Verificar que lo realizado con los procesos es de acuerdo con lo documentado y conforme a los requisitos de la norma ISO 9001:2015.
- Cumplir con el Plan de Auditoría establecido.
- Llevar a cabo las auditorías internas asignadas con total independencia e integridad.
- Participar en las reuniones convocadas por el Responsable del SGC y/o Auditor Líder en materia de auditorías.

8.- DEL PERSONAL DE LA COEPRIS:

- Conocer y comprender la Misión, Visión, Valores y Política de Calidad; así como orientar el trabajo conforme a la misma.
- Cumplir estrictamente con lo establecido en los documentos declarados en el SGC.
- Conocer la relación entre sus actividades y las de otras áreas.
- Aplicar el conocimiento adquirido o proporcionado por la COEPRIS en su ámbito de trabajo.
- Mantener un respaldo electrónico de la información que genere u obtenga para el desarrollo de sus actividades.

Las responsabilidades con relación a los requisitos de la Norma ISO 9001:2015, se encuentran plasmados en la Matriz de Responsabilidades; adicionalmente a éstas, existen funciones básicas del personal operativo, mandos medios y ejecutivos, donde se responsabilizan de la misma y es avalada tanto por su jefe inmediato como por el Comisionado Estatal.

Dichas funciones básicas se encuentran plasmadas en un concentrado denominado **Roles y Responsabilidades del personal adscrito en COEPRIS y/o en el formato de Descripción de Funciones (Oficinas Centrales y Coordinación Jurisdiccional No. 1 Victoria)**.

A continuación, se determina una **Matriz de Responsabilidades**:

	FUNCIONES \ AREAS	1	2	2.1	2.2	2.3	3	4	5	5.1	6	6.1	7	8	8.1	9	10
4	Comprensión de la organización y de su contexto																
	Comprensión de las expectativas de las partes interesadas																
	Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad																
	Sistema de Gestión de la Calidad y sus Procesos																
5	Liderazgo y Compromiso																
	Política de Calidad																
	Roles, responsabilidades y autoridades en la organización																
6	Acciones para abordar Riesgos y oportunidades																
	Objetivos de la Calidad y planificación para aprobarlos																
	Planificación de los cambios																
7	Recursos																
	Competencia																
	Toma de conciencia																
	Comunicación																
	Información documentada																
8	Planificación y control operacional																
	Requisitos para los productos y servicios																
	Diseño y desarrollo para los productos y servicios																
	Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente																
	Producción y provisión del servicio																
	Liberación de los productos y servicios																
	Control de las salidas no conformes																
9	Seguimiento, medición, análisis y evaluación																
	Auditoría Interna																
	Revisión por la Dirección																
10	Mejora																
	No conformidades y acción correctiva																
	Mejora Continua																

Las siguientes áreas actúan a manera de involucramiento o participación:

1 Titular de la COEPRIS
2 Responsable del SGC
2.1 Enlace de Capacitación
2.2 Controlador de Documentos
2.3 Auditor Líder
3 Departamento Administrativo
4 Departamento Jurídico y Consultivo
5 Dirección de Evaluación y Autorización Sanitaria
5.1 Departamento de Autorización de Licencias Sanitarias
6 Dirección de Operación Sanitaria
6.1 Departamento de Dictamen Sanitario
7 Dirección de Evidencia y Manejo de Riesgos
8 Dirección de Sanidad Internacional
8.1 Departamento de Sanidad Internacional Marítima
9 Centro Integral de Servicios
10 Coordinación Jurisdiccional

Tamaulipas
Gobierno del Estado

POLÍTICA DE CALIDAD

FECHA DE EMISIÓN:	28 / JUN / 19
REVISIÓN:	1
FECHA DE REVISIÓN:	31 / MAY / 23
CLAVE:	**05/A MCC**

Somos la autoridad regulatoria en materia de riesgos sanitarios que trabaja con responsabilidad social, buscando satisfacer las necesidades y demandas de los usuarios, a través de un equipo de trabajo comprometido, preparado y con observancia permanente de la legalidad y transparencia en el desempeño de sus funciones; aplicando todo el talento y las herramientas tecnológicas, haciéndolo en un marco de respeto e integridad, logrando el mejoramiento continuo de sus procesos por medio de un Sistema de Gestión de Calidad.

Revisión: 2/04-MAY-23

06. 1.- ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES

Se trabaja de la mano con la **Contraloría Gubernamental de Tamaulipas**, ya que es la instancia responsable de generar los mecanismos adecuados para que las dependencias y entidades establezcan el **Programa de Control Interno Institucional**, con base en el Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno del Estado de Tamaulipas, publicado en el Periódico Oficial del Estado No. 64 Anexo de fecha 30 de mayo de 2017.

Por lo anterior, el titular de la COEPRIS designa a servidores públicos de la Comisión la responsabilidad interna para captar la información y dar seguimiento a las acciones comprometidas tanto en el Programa de Control Interno como en la Matriz de Riesgos Institucionales.

La COEPRIS genera una Matriz de **Administración de Riesgos Institucionales** con base en la metodología específica que estipula la **Contraloría Gubernamental** de Tamaulipas.

El personal directivo y ejecutores de los procesos generan la Matriz de Riesgos Institucionales en coordinación con el Enlace de Control Interno, detectando los riesgos y oportunidades de la COEPRIS y determinado estrategias y acciones; dicha Matriz es sometida a la aprobación de los superiores jerárquicos, donde se detecte el riesgo.

Se ha definido que los riesgos detectados pueden administrarse de la siguiente manera:

- Evitar el riesgo: Renunciar a la actividad que se ve afectada por el riesgo.
- Reducir el riesgo: Cambiar la probabilidad de ocurrencia y atenuar su impacto.
- Asumir el Riesgo: Ya sea por su importancia o que resulte muy costoso su aportación.
- Transferir el Riesgo: Ya sea por acuerdo para transferir o compartir el riesgo.

La Contraloría Gubernamental determina un esquema propio de seguimiento de las acciones comprometidas para la administración de riesgos; De igual manera, COEPRIS da seguimiento de manera alterna con un AMEF (Análisis de modo y efecto de fallas), esto de manera adicional. En este tenor, se solicita evidencia trimestral de las mismas a las áreas de la COEPRIS; en caso de que se determine que la actividad aún se encuentra en proceso, es sometida nuevamente a un nuevo seguimiento. Si se considera que se ha concluido, se valora.

Se cuenta con un procedimiento documentado denominado Análisis y Evaluación de Riesgos Institucionales (COEPRIS/OC/OC04/2020), el cual ayuda a COEPRIS en ponderar

los riesgos, utilizando metodologías armonizadas para su debida evaluación; solo a inicio de ejercicio presupuestal se indica la prioridad de los riesgos al Comité de Calidad.

En este tipo de análisis se incluyen también los riesgos institucionales detectados por medio de los Planes de Calidad especificados por cada área responsable. Esto da pie a llevar a cabo la evaluación de los resultados con indicadores específicos.

06. 2.- OBJETIVOS DE CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS

La Política de Calidad se constituye como un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos de calidad.

El Comité de Calidad del SGC de la COEPRIS de Tamaulipas, ha definido de manera homologada 5 objetivos de calidad, los cuales están contenidos en el Apartado del Manual *06/A MCC OBJETIVOS DE CALIDAD*.

A continuación, se presenta el área que proporciona la información derivada del cumplimiento de los objetivos de calidad, solo para efectos del SGC:

OBJETIVO	CONSTANCIA SANITARIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS	CERTIFICADO PARA MANEJADOR DE ALIMENTOS	PERMISO SANITARIO FUNERARIO	LICENCIA SANITARIA ESTATAL (24)	DESINSECTACIÓN DE EMBARCACIONES	ENTREGA A:
QUEJAS	CAM	CAM	CAM	CAM	CAM	RESPONSABLE SGC
TIEMPOS DE RESPUESTA	CIS	CIS	CIS	DEAS	DSIM	RESPONSABLE SGC DEAS DOP DSI
SATISFACCIÓN DE USUARIOS	CIS	CIS	CIS	CIS	DSIM	RESPONSABLE SGC DSI

CAPACITACIÓN	ENLACE DE CAPACITACIÓN	RESPONSABLE SGC
MEJORA CONTINUA	CONTROLADOR DE DOCUMENTOS	RESPONSABLE SGC

El mecanismo de retroalimentación puede ser de una periodicidad mensual, sin embargo, la información de los objetivos se maneja de manera trimestral.

La revisión de los objetivos de calidad se lleva a cabo una vez al año, a través de las revisiones por la dirección programadas.

La planificación de los objetivos de calidad se encuentra vinculada con los indicadores de los procesos detectados por medio de sus procedimientos y sus programas operativos anuales; su seguimiento se refleja a través del registro OC-02 Planificación y Seguimiento de Indicadores y considerando los criterios del Procedimiento COEPRIS/OC/OC03/2019 del mismo nombre.

06.3 - PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS

Cuando algún cambio a corto, mediano o largo plazo se presuma afecte al SGC, se realiza o actualiza el Plan de Acción del Sistema de Gestión de Calidad o bien, se determina planes de acción alternativos.

De igual manera, se considera en la planificación de los cambios, darlos a conocer ante el Comité de Gestión de Calidad, haciendo responsable del anteproyecto y quien lo ejecute o se vea afectado para darle el seguimiento específico. El Comité valora su implementación, generando una planificación de actividades.

Las mejoras que se aplican al Sistema de Gestión de Calidad de la COEPRIS, se llevan a cabo bajo el esquema del procedimiento COEPRIS/OC/SGC03/2018 Propuestas de Mejora, con el que se estructura su identificación, registro, control y seguimiento, promoviendo canales internos y externos. En este mismo se incluye la vinculación con el Programa Estatal de Mejora Regulatoria promovido por la Contraloría Gubernamental, sobre propuestas de mejora involucradas con los procesos misionales del SGC, así como su seguimiento.

Cabe hacer mención que algunas de las mejoras, repercuten en la implementación de nuevos sistemas electrónicos o nuevas maneras de realizar las actividades que faciliten la ejecución de los procesos y agilicen los trámites y servicios. En este contexto, la COEPRIS, en coordinación con la Dirección de Informática de la Secretaría de Salud Estatal, llevan a cabo las aplicaciones con base en las necesidades institucionales de la Comisión, proyectando pruebas piloto antes de su implantación oficial; se contempla un periodo de capacitación para los servidores públicos que se encuentran directamente relacionados con los cambios.

Asimismo, el Departamento Jurídico y Consultivo, proporciona asesoría permanente y lleva a cabo reuniones de trabajo con las áreas pertinentes en caso de cambios regulatorios en la legislación.

OBJETIVOS DE CALIDAD

El Comité de Calidad del SGC de la COEPRIS de Tamaulipas, ha definido de manera homologada 5 objetivos de calidad:

QUEJAS:

Tener un máximo trimestral del 5% de quejas de usuarios inconformes con la atención del servicio respecto al total de trámites atendidos.

TIEMPOS DE RESPUESTA:

Alcanzar un 90% de trámites resueltos satisfactoriamente en los períodos legales permisibles, del total de trámites atendidos trimestralmente.

CAPACITACIÓN:

Capacitar a todo el personal de la COEPRIS que se encuentra en el alcance del Sistema de Gestión de Calidad al menos una vez al año.

MEJORA CONTINUA:

Registrar una o más propuestas de mejora al Sistema de Gestión de Calidad por parte de las áreas involucradas.

SATISFACCIÓN DE USUARIOS:

Alcanzar más del 90% de aprobación por parte de los usuarios en las encuestas en el servicio de calidad.

07. 1.- RECURSOS

Se determina que los recursos para la ejecución de los procesos se identifican plenamente y los mismos están establecidos en cada uno de los planes de calidad de los procesos o trámites a certificar.

Respecto a las **PERSONAS** involucradas en el Sistema de Gestión de Calidad, se han determinado 3 ejercicios base, por medio de los cuales se han detectado los mismos:

a) Solicitud de información de personal involucrado, con base en los procesos a certificar.
b) Solicitud expresa por oficio dirigido a los directivos a fin de determinar las personas que tendrán acceso al sistema documental del SGC o que tienen injerencia directa con el alcance del mismo.
c) Definición de las funciones básicas por medio del formato de roles y responsabilidades, avaladas por el jefe inmediato y por el Comisionado Estatal.

A dichas personas se les mantiene actualizados en materia de capacitaciones, inducción, sistemas documentales, entre otros.

De igual manera, el Departamento Administrativo cuenta con la plantilla de personal de la COEPRIS debidamente actualizada.

Respecto a la **INFRAESTRUCTURA**, se determina que la COEPRIS cuenta con instalaciones, equipos, servicios de apoyo y tecnologías necesarios para el funcionamiento del SGC y la ejecución de los procesos.

En este tenor, se lleva a cabo el mantenimiento preventivo y correctivo de equipo de cómputo, parque vehicular e infraestructura del edificio, por medio de encargados designados, a fin de que éstos realicen las gestiones pertinentes ante el Departamento Administrativo en coordinación con las áreas solicitantes para su tratamiento interno, externo o bien solicitar la realización del trámite ante la Secretaría de Salud de Tamaulipas, a fin de que esta proporcione el mantenimiento (preventivo y correctivo) tanto a equipo de cómputo, equipamiento de oficina, infraestructura del edificio y vehículos oficiales.

Se ha generado por parte del Gobierno del Estado el otorgamiento de cuentas de correo electrónico institucionales a distintas áreas de la COEPRIS, que ha generado una política de uso de las mismas; en caso de baja del personal que utiliza la cuenta, la Comisión cuenta con un protocolo para proteger el acceso y la información contenida. El área de Sistemas de la Secretaría de Salud realiza respaldo de las bases de datos contenidas en los sistemas electrónicos que administran.

Respecto al **AMBIENTE PARA LA OPERACIÓN DE LOS PROCESOS**, la COEPRIS cuenta con mecanismos de captación de información respecto a las condiciones ambientales, psicológicas y sociales. Se aplica una encuesta de clima organizacional por medio de la cual se detecta los diversos factores que pueden afectar la operación de los procesos y el servicio a otorgar; dicha encuesta se aplica a los servidores públicos de las áreas involucradas en el SGC de manera anónima, una vez al año, y sus resultados se presentan en Revisión de la Dirección o bien en reunión general del Comité de Gestión de Calidad. Se utiliza la plataforma de Formularios de Google por medio de la cuenta institucional del sgc.coepris@tamaulipas.gob.mx.

Respecto a **RECURSOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN** de los procesos a certificar: Constancia Sanitaria de Bebidas Alcohólicas, Permisos Sanitarios Funerarios y Certificado de Manejador de Alimentos, se realizan de manera directa por parte del personal del CIS, así como del Responsable del CIS, puesto que son trámites de resolución inmediata que se realizan con base en los criterios y políticas de operación definidas por la Dirección de Evaluación y Autorización Sanitaria; En dicha dirección se encuentra adscrito el Responsable de Resoluciones Inmediatas quien supervisa la emisión de dichos documentos y la correcta integración de los expedientes. La captura de la información en el Sistema Gestor de Trámites y Servicios facilita la medición de las gestiones.

El seguimiento y medición de las Licencias Sanitarias Estatales, se lleva a cabo por medio de acciones de verificación de requisitos, cumplimiento de las normas oficiales específicas, validación de la información, solicitud de información complementaria, realización de verificaciones sanitarias siempre teniendo control de la información por medio de la integración de los expedientes, que facilita la rastreabilidad de la gestión del trámite.

El seguimiento y medición de Sanidad Internacional Marítima, se lleva a cabo por medio de acciones de verificación de requisitos y cumplimiento de la normatividad específica.

Se cuenta con una Matriz de Indicadores, en los que se encuentran integrados los indicadores derivados de los procedimientos, programas operativos anuales (POA) y de los convenios y acuerdos federales coordinados con la COFEPRIS, para su seguimiento y medición; se revisa de manera permanente. Por cada indicador, existe una ficha técnica.

Para los procesos misionales, estratégicos y de soporte que forman parte del SGC, se lleva a cabo un proceso de revisiones acerca de las actividades, responsables, evidencias y tiempos, a fin de corroborar su debida ejecución.

Sobre los procesos a certificar, solamente el de Desinsectación de Embarcaciones utiliza equipo especializado para llevar a cabo la fumigación, así como una vestimenta adecuada para la protección, seguridad e higiene del servidor público que lo lleva a cabo. Se declara que actualmente no se requiere calibración del equipo, ni mantenimiento específico, solamente se llevan a cabo las instrucciones de uso correspondientes. Cuando un equipo no funciona se reemplaza de manera inmediata, ya que el costo beneficio para su compostura, sobrepasa su costo original.

Respecto a los **CONOCIMIENTOS DE LA ORGANIZACIÓN**, la COEPRIS asegura la disponibilidad del conocimiento, la necesidad del mismo y la entrega a las personas que realmente lo requieren, ya sea para continuar un proyecto o iniciar uno nuevo, como mecanismos de difusión; las capacitaciones recibidas por el personal de la COEPRIS, así como los talleres de formación, se encuentran a disposición en la plataforma Google Drive de la cuenta institucional sgc.coepris@tamaulipas.gob.mx. Se cuenta con un mecanismo para compartir el aprendizaje, ya sea por la ejecución de los procesos o por el efecto multiplicador al haber adquirido una persona conocimientos por medio de capacitaciones específicas.

Se lleva a cabo el resguardo de la información electrónica por medio de la Plataforma Google Drive y una cuenta institucional específica, por lo que el personal de la COEPRIS debe realizar el resguardo periódico de dicha información. En el caso de la documentación del SGC, se cuenta con un disco externo, donde se resguarda la información.

Por lo menos una vez al año se lleva a cabo una reunión estatal entre directivos de oficina central con coordinadoras jurisdiccionales o personal operativo, por medio de la cual se intercambia información, se generan mesas de trabajo sobre temas específicos y especializados, para aclarar dudas o bien capacitar en el manejo de sistemas electrónicos o nuevos criterios técnicos.

07.2.- COMPETENCIA

La COEPRIS, proporciona a sus servidores públicos la oportunidad para desarrollar las competencias necesarias y llevar a cabo sus responsabilidades y funciones, esto a través del Programa de Capacitación, que abarca cursos de índole técnico, administrativo y de desarrollo humano, los cuales se proporcionan de manera presencial o virtual. Por cada capacitación emitida se genera una ficha informativa con el objetivo específico del curso, los tiempos, lugares y horarios donde será impartido, así como los recursos necesarios, se clarifica que las solicitudes pueden realizarse por medio de correo electrónico, oficio o memorándum.

Posterior a la ejecución de la capacitación, se genera una evaluación tanto del curso, del expositor y de comprensión del tema.

De igual manera, se cuenta con Profesiogramas relativos a cada uno de los puestos, los cuales fueron emitidos por la Secretaría de Salud Federal; en este sentido y de los puestos que no se encuentran incorporados a dicho catálogo, la COEPRIS está considerando elaborar el Perfil de Puesto, con base en la metodología generada por la Contraloría Gubernamental, la cual involucra indicadores de desempeño con base en las actividades.

Asimismo, se realiza la recopilación de las funciones del personal ejecutivo y operativo que se encuentra involucrado en el alcance del SGC, con base en la Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Organización emitida por la Contraloría Gubernamental. Actualmente contamos con un mecanismo llamado Roles y Responsabilidades que es el punto de inicio para la elaboración de las demás herramientas.

Se cuenta con los Registros Individuales de Capacitación en los que se determina los cursos y preparación académica que el personal ha adquirido a lo largo de su vida laboral, ya sea para certificar competencias, adquirir habilidades o mejorar actitudes personales; Dichos registros se encuentran en resguardo del Enlace de Capacitación de la COEPRIS, a través del Sistema de Gestión de Calidad.

07.3.- TOMA DE CONCIENCIA

Se implementan reuniones de inducción al personal sobre el SGC, en donde se determina los alcances del mismo, el nivel de involucramiento, y lo que se espera respecto del trabajo de las personas.

Por medio del Equipo de Trabajo del SGC, se trabaja de manera coordinada sobre la cultura de calidad y la definición de documentos y procesos; sus integrantes permean la información en sus áreas de trabajo a fin de emitir el mensaje sobre la amplia responsabilidad que cada uno de los servidores públicos tenemos sobre nuestras actividades, las cuales forman parte indispensable del quehacer gubernamental de la COEPRIS.

Se proporciona la información sobre la consecución de los objetivos a alcanzar tanto los de calidad, como los derivados de la ejecución de los Programas Operativos Anuales. Las acciones para la toma de conciencia se realizan involucrando a todo el personal tanto

operativo como ejecutivo, sea personal adscrito directamente a la COEPRIS o comisionado de otra dependencia o entidad gubernamental.

Se implementan talleres de formación en materia del SGC, los cuales, al finalizar se realiza una evaluación de comprensión del tema expuesto.

07.4 - COMUNICACIÓN

Comunicación interna:
La COEPRIS de Tamaulipas, a través de oficios y circulares, se asegura que los procesos de comunicación son establecidos y efectuados considerando la eficacia del Sistema de Calidad. La comunicación es clara ya que se cuenta con una estructura orgánica sencilla que permite la transmisión efectiva de mensajes entre los diversos niveles de la organización.

Se cuenta con algunos procesos en los que la comunicación fomenta la participación del personal (mejora continua, clima organizacional, evaluaciones de las capacitaciones, entre otros).

Existen cuentas institucionales de correo electrónico, las cuales son administradas por la Subsecretaría de Innovación y Tecnologías de Comunicación del Gobierno del Estado de Tamaulipas, quien determina sus políticas de uso.

Un mecanismo de comunicación interna se realiza a través de una cuenta de correo exclusiva para el sistema de gestión de calidad, sgc.coepris@tamaulipas.gob.mx por este medio se informa avances, resultados de revisiones, minutas de juntas entre otros.

Existe mecanismos que conllevan la utilización de Minutas de Juntas que evidencien los acuerdos a los que llegan las áreas involucradas en las diversas reuniones de trabajo de la COEPRIS. Otros temas que son comunicados de manera interna son: Política de Calidad, Objetivos de Calidad, No conformidades, Mejoras, Encuestas de satisfacción.

Comunicación externa:
Es entablada con el usuario, se da directamente por parte del personal del CIS, quienes cuentan con la capacitación pertinente en la materia para dar una atención de calidad, la cual se comprueba por medio de su acreditación por parte de la COFEPRIS; además, periódicamente se tienen reuniones de trabajo y asesoría con áreas internas para que proporcionen al personal de la ventanilla la información que requieren de los usuarios y éstos puedan trasmitirla adecuadamente, aunado a la aplicación de encuestas de

satisfacción del servicio lo que proporciona información efectiva para posteriormente trasmitirla a las áreas internas que apoyen a la toma de decisiones. Otros temas que son comunicados de manera externa son: campañas, quejas, alertas, entre otros.

El titular de la COEPRIS, así como los directivos, tienen reuniones periódicas con asociaciones, organismos, representantes, cámaras, órganos colegiados u autónomos, entre otros, a fin de dar informes de actividades de la Comisión.

Existe también la herramienta de las redes sociales, boletines informativos y mensajes por medio de los cuales se dan avisos importantes de la Comisión, que son revisados antes de su publicación por el área de Comunicación Social de la Secretaría de Salud, ya que la información debe contener los parámetros institucionales.

07.5.- INFORMACIÓN DOCUMENTADA

El presente Manual de Calidad fue elaborado, revisado y aprobado por el Comité de Calidad de la COEPRIS de Tamaulipas, el cual está integrado como se muestra en el apartado de Aprobación del Manual 07 MCC. Los procedimientos derivados del SGC se elaboran con base en la Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos emitida por la Contraloría Gubernamental.

El Controlador de Documentos es el responsable de la gestión y control de alta, baja, modificación, autorización y liberación de la información documentada del SGC con base en el Procedimiento COEPRIS/DC/SGC01/2018 Control de Documentos, para su revisión y aprobación antes de ser distribuida en los centros documentales. Su codificación y estructuración se especifica en el Instructivo IT/CD02/2018. La información del SGC se controla a través de una Lista Maestra, así como su preservación en materia de archivo, conservación, almacenamiento y custodia.

El personal involucrado en el Sistema de Gestión de Calidad podrá acceder a la información documentada del mismo a través de la plataforma electrónica Google Drive, en la carpeta compartida SGC COEPRIS, de la cuenta de correo electrónico sgc.coepris@tamaulipas.gob.mx, considerando esta versión como la vigente.

Los Centros de Documentación aplican para los diferentes niveles de documentación.

Estos centros de documentación son:

1.- Oficina del Titular de la COEPRIS

2.- Oficina del Responsable del SGC
3.- Oficina del Departamento Administrativo
4.- Oficina del Departamento Jurídico y Consultivo
5.- Oficina de la Dirección de Evaluación y Autorización Sanitaria
6.- Oficina de la Dirección de Operación Sanitaria
7.- Oficina de la Dirección de Evidencia y Manejo de Riesgos Sanitarios
8.- Oficina de la Dirección de Sanidad Internacional
9.- Oficina del Centro Integral de Servicios Victoria
10.- Oficina de la Coordinación Jurisdiccional I Victoria

DOCUMENTOS ORIGINALES:
Los documentos originales de los diferentes niveles de documentación (Manual de Calidad, Procedimientos, Instructivos y Registros), están a resguardo del Controlador de Documentos, en el Área de Calidad y presentan los mismos la firma del solicitante y su jefe inmediato, avalando su vigencia, los cuales son escaneados para subirlos a la Plataforma Google Drive Drive de la cuenta institucional sgc.coepris@tamaulipas.gob.mx.

COPIA CONTROLADA:
Es todo aquel documento que se encuentre contenido en la Plataforma Google Drive, carpeta compartida SGC COEPRIS de las primeras 5 carpetas contenidas (Manual de Calidad, Procedimientos, Instructivos, Registros y Documentos Externos), de la cuenta de correo sgc.coepris@tamaulipas.gob.mx por medio de la cual accesa el personal que se encuentra en el alcance del SGC, por medio de cuentas con extensión @tamaulipas, solamente con privilegios de lector, por lo que es el único mecanismo que se determina para la documentación vigente.

COPIA NO CONTROLADA:
Son las impresiones físicas derivadas tanto de la Plataforma Google Drive, carpeta compartida SGC COEPRIS, o bien, son impresas por el Controlador de Documentos, a solicitud de personal involucrado en el SGC; adicional a lo anterior, el Controlador de Documentos podrá sellar el documento con la leyenda "Copia no Controlada"; Es decir, cualquier documento impreso que actualmente se encuentre en el SGC, se considerará como copia no controlada, aún si no presenta dicha leyenda.

DOCUMENTO OBSOLETO:
Se considera al documento que pierde su vigencia, ya sea por baja o modificación, dentro del SGC y se encontrará en la Plataforma Google Drive, Módulo SGC COEPRIS, en la carpeta específica de Documentos Obsoletos, de acceso único del Controlador de Documentos, por

lo que las versiones obsoletas solamente las podrá administrar esta figura; los originales impresos se sellarán con la leyenda de "Obsoleto", los cuales están bajo su resguardo.

08. 1.- PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL

Cada uno de los 5 procesos misionales fueron elegidos por medio del Plan Estratégico del SGC, con base en la alta demanda que los mismos representan ante la ciudadanía.

En algunos casos, ha sido necesario la generación de procedimientos específicos, por encontrarse servicios o actividades intermedias realizadas por distintas áreas de la COEPRIS y que su resolución emitida deriva en la entrada de otro proceso interno.

La Comisión realiza los procesos con base en los criterios de aceptación de cada uno de los requisitos establecidos tanto por el usuario, los legales y reglamentarios, así como en los requisitos de funcionamiento de los procesos.

La COEPRIS cuenta con los recursos pertinentes para asegurar la resolución de cada uno de los procesos declarados en el Alcance del Sistema Gestión de Calidad, lo cual permite cumplir con los parámetros establecidos, implementar controles que garanticen la conformidad del servicio, por medio de actividades de seguimiento y medición.

Sobre este último parámetro, se definen indicadores sobre el desempeño del proceso, que se identifica en la descripción de los procedimientos, así como en la Matriz de Indicadores.

En materia de atención a usuarios se determina un protocolo de atención por medio de un instructivo de trabajo, un manual de usuario sobre el manejo eficiente del sistema electrónico gestor, registro de indicadores y reportes diarios de trabajo.

La planificación de los servicios, se encuentra plasmada de la siguiente manera:

Se reciben requisitos, se analiza y otorga una resolución o bien se canaliza la información a la instancia pertinente, para su posterior resolución.

Se han desarrollado planes de calidad para los siguientes procesos: Certificación para Manejador de Alimentos (Anexo 1.1.), Emisión de Constancia Sanitaria de Bebidas Alcohólicas (Anexo 1.2.) y Emisión de Permisos Sanitarios Funerarios (Anexo 1.3.).

Sobre el trámite de autorizaciones sanitarias estatales, se genera un Plan de Calidad para el proceso de Expedición de Licencias Sanitarias Estatales (Anexo 1.4.).

El mismo caso para el trámite de Desinsectación de Embarcaciones, que cuenta con el plan de Calidad denominado Sanidad Internacional Marítima (Anexo 1.5.).

08. 2.- REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS

La COEPRIS determina los requisitos del servicio, tanto los del usuario como los legales y reglamentarios y las condiciones en las que se proporciona al usuario; lo anterior para dar respuesta a la expectativa del mismo. Esta información se comparte con el usuario, por medio de folletos e información plasmada en las pantallas del CIS, así como en el Registro Estatal de Trámites y Servicios del Gobierno del Estado de Tamaulipas, en el cual se encuentran inscritos los trámites de la Comisión.

Los requisitos para determinar la resolución del proceso se conservan en el expediente de la gestión del trámite. Estos requisitos son revisados por el personal del CIS (Certificados, Constancias y Permisos) del área de Evaluación y Autorización Sanitaria y de la Coordinación jurisdiccional (Licencias Sanitarias) así como del Departamento de Sanidad Internacional Marítima (Desinsectación de Embarcaciones).

Existen casos en los que algunos establecimientos solicitan resoluciones de manera inmediata a una gran cantidad de solicitudes de servicio (Certificados y Constancias); COEPRIS, determina por medio de un protocolo específico la confirmación de los requisitos y el registro de su debida revisión.

La Comisión mantiene contacto directo con los usuarios de la siguiente manera:

- Al inicio de la gestión del trámite, en la entrega de sus requisitos.
- Durante la gestión del trámite, solicitando, en su caso, un correo electrónico o número telefónico para recibir notificaciones,
- Durante la gestión del trámite, solicitando información complementaria, en su caso o bien en libre plática.
- En la entrega de la resolución, a fin de que corrobore la información plasmada, antes de su liberación o bien, en la notificación de dictámenes.
- En la aplicación de encuestas de satisfacción del usuario o bien en la manifestación de una queja, sugerencia o felicitación.
- En la aplicación de una verificación sanitaria en materia de servicios de salud o de corroboración de manejadores de alimentos fuera de rango.

El personal del CIS y del Departamento de Sanidad Internacional Marítima, proporcionan atención a consultas de los usuarios de manera resolutiva, en el ámbito de su competencia.

Existe un procedimiento de quejas, felicitaciones y sugerencias por medio del cual se dispone de un medio favorable para obtener la opinión de nuestros usuarios sobre el servicio obtenido, así como la aplicación de encuestas de satisfacción.

Los bienes principales de los usuarios, y a los que la COEPRIS tiene acceso, son los datos personales; se establece un protocolo en la recepción de los requisitos a fin de protegerlos y mantener el control sobre esta situación, a través de un Aviso de Privacidad, publicado en la página electrónica de la COEPRIS.

08. 3.- DISEÑO Y DESARROLLO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

A partir de este año y a consecuencia de las revisiones externas a las que ha sido sometido el Sistema de Gestión de Calidad, se ha determinado excluir del mismo este apartado.

08. 4.- CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE

Algunos de los insumos que la COEPRIS determina importante mantener contacto con el proveedor que proporciona las mejores condiciones de entrega, están supeditadas a la disponibilidad de recursos y a los trámites de adquisiciones que realice de manera directa la Secretaría de Salud.

COEPRIS establece claramente los criterios o parámetros de aceptación de proveedores con base en el IT DA01 Evaluación al Proveedor Externo y su valoración sobre el cumplimiento de suministro, ya que en el procedimiento OC/DA01 Gestión de Recursos, se establece la responsabilidad de la Comisión sobre la selección de los proveedores, con base en las cotizaciones enviadas a la misma por la Secretaría de Salud, lo anterior para garantizar el cumplimiento de los requisitos del servicio, así como definir cuándo prescindir de sus servicios.

Las inspecciones sobre los proveedores se determinan por medio de revisiones físicas cuando se trate de obras y remodelaciones y de verificación de calidad de los insumos suministrados.

08. 5.- PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO

Sobre el CONTROL DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PROVISIÓN DEL SERVICIO, se hace referencia a la documentación de los procesos misionales u operativos, mediante los cuales se demuestra la conformidad de los requisitos establecidos, por medio de actividades definidas para la revisión y verificación del procedimiento para el aseguramiento del servicio.

Los procesos se encuentran referenciados en los siguientes procedimientos:

- COEPRIS/OC/CIS01 Constancia Sanitaria de Bebidas Alcohólicas.
- COEPRIS/OC/CIS02 Certificado de Manejadores de Alimentos.
    - COEPRIS/OC/VIOS01 Vigilancia Sanitaria – Manejadores de Alimentos fuera de Rango.
- COEPRIS/OC/CIS03 Permisos Sanitarios Funerarios.
- COEPRIS/DEAS/DALS01 Licencias Sanitarias Estatales.
    - COEPRIS/DEAS/DALS02/2020 Autorización de Auxiliar de Responsable.
    - COEPRIS/DEAS/DALS03/2020 Autorización de Responsable Sanitario.
    - COEPRIS/DEAS/DDS01 Dictamen Sanitario a Establecimientos de Servicios de Salud.
    - COEPRIS/DEAS/VSES01 Verificación Sanitaria a Establecimientos de Servicios de Salud.
- COEPRIS/OC/DSIM01 Desinsectación de Embarcaciones.

Para la validación de los procedimientos misionales, se determina una lista de seguimiento que asegura que los resultados son conformes con los requisitos.

En caso de encontrar inconsistencias en la ejecución del proceso, ya sea por error humano o por irregularidades tecnológicas o de otro tipo que afecten la calidad del servicio y la resolución, las mismas se documentan por medio del registro OCSGC07 Servicio no Conforme, a fin de generar datos estadísticos que nos ayuden a tomar decisiones para evitar su ocurrencia o recurrencia; derivado de este análisis, resulta el mejorar los procesos, reducir los riesgos, generar controles efectivos, entre otros.

A fin de lograr una mejor comunicación con el usuario se cuenta con el servicio telefónico 800 70 3774, por medio del cual se proporciona información de los trámites y servicios y además se apoya en la determinación de quejas, denuncias ciudadanas, denuncias sanitarias, sugerencias y felicitaciones.

En lo que concierne a la IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD, la entrada de cada uno de los procesos se encuentra debidamente identificada y controlada y a través del expediente elaborado de manera inicial, se puede dar seguimiento del trámite en cualquier fase del proceso para que la resolución sea conforme; Actualmente la trazabilidad se lleva a cabo por medio de expediente, y en algunos casos por medio del sistema electrónico gestor.

En materia de PROPIEDAD PERTENECIENTE A LOS USUARIOS O PROVEEDORES EXTERNOS, se estipula que, cuando exista equipo de cómputo, vehículos e impresoras, así como copiadoras multifuncionales que operen en la Comisión en arrendamiento, en este el Departamento Administrativo, cuenta con la información de protección que requieren y que está estipulado por el proveedor: se realizan resguardos internos y adicionalmente se lleva a cabo la firma de una responsiva donde se especifica los criterios del proveedor para su uso y protección.

En materia de protección de la propiedad de los usuarios, se estipula al inicio de los trámites, un acuerdo de protección de datos personales o aviso de privacidad sobre el cual el usuario, conoce los criterios en el uso de su información personal por parte de la COEPRIS, considerando su confidencialidad, copias de seguridad, controles de acceso.

Sobre la PRESERVACIÓN, para este punto, la información derivada de la gestión del trámite, se elaboran expedientes con la información establecida respecto a criterios de aceptación así como requisitos y, en el caso del manejo del sistema electrónico, la información plasmada de manera clara para trasmitir de manera efectiva, los cuales aportan datos para el análisis de información y posteriormente se convierten en soporte técnico para la entrega de la resolución.

Sobre las ACTIVIDADES POSTERIORES A LA ENTREGA, excepto en los procedimientos de Desinsectación de Embarcaciones y Permisos Sanitarios Funerarios, la información resultante o resoluciones otorgadas al usuario, son útiles para la implementación de los programas de verificación sanitaria de la Coordinación Jurisdiccional así como de la Dirección de Operación Sanitaria; esto da por resultado que los procesos refuercen la imagen de compromiso de la COEPRIS con la sociedad a fin de proporcionar protección contra riesgos sanitarios, aplicando los criterios establecidos por las distintas leyes y reglamentos, así como de normas oficiales mexicanas aplicables.

La COEPRIS, posterior a la entrega de la resolución, proporciona asesoría, consulta y/o atención a usuarios, así como servicios relacionados con el otorgado.

Por su parte, El CONTROL DE LOS CAMBIOS, se da bajo condiciones controladas, generando la planificación del mismo y, en consecuencia, detectar la necesidad de asignar personal para ejecutar procesos sin afectar la calidad que se ofrece a los usuarios. Estas situaciones se pueden presentar en Comité o bien ante el Comisionado Estatal, quien determina si es necesario realizar modificaciones al Plan de Acción de la Implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

En caso de cambio por motivo de implementación de sistemas electrónicos, se contempla capacitaciones al personal, realización de pruebas piloto antes de la implementación final. Todo cambio que pueda determinarse susceptible de afectar el Sistema de Gestión de Calidad se analiza en la revisión de la dirección.

08. 6.- LIBERACIÓN DE SERVICIOS

Se comprueba, antes de su entrega, que el servicio y la resolución cumple con los requisitos; en el caso del CIS, se realiza esta actividad a través del Sistema Electrónico Gestor o por medio de una [illegible] a revisión e inspección visual del usuario sobre los datos plasmados en la resolución.

La verificación queda manifestada tanto con la firma del usuario que determina la aprobación de sus datos, como de la revisión por parte del personal de la COEPRIS, que establece condiciones controladas de la resolución.

08. 7.- CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES

COEPRIS, ha determinado un mecanismo por medio del cual se detecta los tipos de no conformidades y sus motivos, a fin de llevar a cabo la identificación, tratamiento y seguimiento del [illegible] y evitar su uso indebido.

La corrección, puede darse desde el inicio del proceso o en alguna de sus etapas. Si se detecta servicio no conforme antes de su liberación al usuario, en ninguna circunstancia se entrega, hasta su reprocesamiento. En caso de entregar una resolución y la misma presenta inconsistencias, la COEPRIS determina las acciones a implementar.

09. 1.- SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

La COEPRIS evalúa la eficacia del SGC y mejora sus resultados con base en sus objetivos de calidad, indicadores derivados del POA, de los Convenios de Coordinación con la COFEPRIS en la evaluación de programas y proyectos, así como los propios del SGC, establecidos en procedimientos específicos.

Las actividades de seguimiento están dirigidas a: objetivos de calidad, indicadores, desempeño de proveedores, satisfacción de usuarios.

Las actividades de seguimiento y medición, es hacia los procesos, para su control y para la aceptación del servicio.

Las actividades de análisis y evaluación están integradas en la conformidad del servicio, satisfacción del usuario, desempeño y eficacia del sistema con base en la revisión de la dirección, análisis de lo planificado, matriz de riesgos institucionales, desempeño de proveedores, mejoras del SGC, auditores internos.

Se cuenta con un mecanismo denominado **Matriz de Indicadores** por medio del cual, las áreas de la COEPRIS proporcionan información de manera periódica, ya sea por avances del POA, metas declaradas en STEAP, porcentajes de avance de indicadores de seguimiento de la COFEPRIS o internas del SGC, en las que se vean involucrados cada uno de sus procesos y programas de trabajo. Esta información genera parámetros sobre la estabilidad del proceso o bien si se considera realizar alguna acción correctiva al respecto. La información proporcionada por las áreas es sometida por medio de una muestra representativa, a una revisión interna a fin de corroborar su efectividad.

Sobre la **Satisfacción del Usuario**, se aplican encuestas específicas con el objeto de lograr la retroalimentación sobre la opinión de nuestros clientes en relación al servicio proporcionado. Dichas encuestas se aplican semanalmente cualquier día, preferentemente los días jueves, independientemente que de manera espontánea los usuarios soliciten como en el caso del CIS, tomen una encuesta la cual se encuentra siempre de manera visible. Con base en el objetivo de calidad Satisfacción de usuarios, se cuenta con un parámetro de aceptación del 90%. Dicha información se utiliza para la toma de decisiones en materia del SGC, ya que se toma en cuenta la opinión del usuario.

Otro medio de captar información sobre los usuarios, son las reuniones periódicas convocadas por el Comisionado Estatal, tomando su opinión y conociendo su percepción sobre las acciones de la COEPRIS.

La información captada a través de estos mecanismos arroja datos; se analizan sus resultados y los mismos se difunden al interior de la Comisión, por medio de la Plataforma Google Drive Drive del sgc.coepris@tamaulipas.gob.mx, en la Carpeta 9.- Indicadores, a fin de que cada uno de los empleados tenga presente su grado de responsabilidad en materia de satisfacción de los usuarios. En el caso del CIS, trimestralmente presenta estos datos en las pantallas para conocimiento de la ciudadanía.

09. 2.- AUDITORÍA INTERNA

Se cuenta con el procedimiento COEPRIS/CTCS/CD02/2018 Auditorías Internas, por medio del cual se planifica, ejecuta y da seguimiento a las actividades de revisión para conocer el grado de eficacia del SGC. Las mismas se llevan a cabo por medio de entrevistas, revisión documental y observación de la ejecución de los procesos.

Existe un grupo de auditores internos en la COEPRIS, que cuenta con los conocimientos y habilidades pertinentes para llevar a cabo la revisión de la eficacia del SGC, siendo imparcial e independiente al no auditar su propio trabajo, cuidando los principios de auditorías como lo especifica la Norma ISO 19011:2018.

Derivada de la ejecución de la auditoría pueden generarse no conformidades; las áreas analizan sus causas y posteriormente se comprometen a generar acciones correctivas y en su caso, planes de acción.

Se han realizado auditorías internas a procesos fuera del alcance actual del SGC, a fin de que, en un futuro puedan incorporarse al mismo; asimismo, la auditoría interna está involucrando la Revisión de Metas y de expedientes a fin de revisar la rastreabilidad dela información.

09. 3.- REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Se genera un calendario específico, para agendar la Revisión de la Dirección, por medio del procedimiento COEPRIS/DC/DCSGC01/2018; el Comité de Gestión de Calidad evalúa los

resultados obtenidos de la implementación del SGC y toma decisiones concretas para mejorarlo.

La información que se presenta en la Revisión de la Dirección corresponde a:

- Información del usuario.
- Contexto de la organización,
- Eficacia y eficiencia de los procesos,
- Capacidad de abordar riesgos.
- Otros que fortalezcan el SGC.

Derivado de esto se toman decisiones importantes: evaluación de recursos disponibles, establecimiento de prioridades aplicación de mejoras, entre otros. Se documenta los resultados por medio del formato OCSGC-06, registrando los mismos para eficientar la toma de decisiones.

Asimismo, se ha tomado en cuenta la opinión e instrucción del Comité Estatal de Seguridad en Salud, a fin de determinar medidas sanitarias que se deben aplicar, y de los cuales, COEPRIS debe verificar que se lleven a cabo por los establecimientos.

10. 1.- MEJORA

La evaluación de SGC ofrece la oportunidad de elaborar propuestas de mejora con base en:

- La eficacia y eficiencia de los procesos,
- La calidad del servicio,
- La satisfacción del usuario.

De igual manera, existen diversos medios por los que se generan propuestas u oportunidades de mejora en el SGC:

- Propuestas de Mejora Internas.
- Propuestas de Mejora Regulatoria inscritas ante la Contraloría Gubernamental.
- Acciones de mejora a través de Programas de Trabajo de Control Interno ante la Contraloría Gubernamental.
- Planes de mejora en coadyuvancia con la COFEPRIS, entre otros.

Cada uno de ellos cuenta con una calendarización de seguimiento emitida por los entes solicitantes de la información.

10. 2.- NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA

La COEPRIS, identifica problemáticas en el SGC, aplica correcciones y determina acciones a fin de que estas inconsistencias no se vuelvan a presentar. Asimismo, por medio del IT/OCSGC06 Elaboración y Tratamiento de SAC, se ha establecido los criterios de categorización de no conformidades.

La Comisión detecta no conformidades y aplica acciones correctivas tomando en cuenta los resultados de auditorías internas, seguimiento de procesos, verificación del servicio, quejas, encuestas de satisfacción del usuario, entre otros.

En este sentido la COEPRIS realiza acciones secuenciales en caso de detectar no conformidades:

- Corrección de la no conformidad
- Evaluación de la necesidad de acciones correctivas
- Establecimiento de acciones correctivas
- Implementación de la acción correctiva
- Comprobación de su eficacia.

10. 3.- MEJORA CONTINUA

La COEPRIS a través de un mecanismo de retroalimentación, identifica y ejecuta mejoras en su SGC, tomando en cuenta, bajo un esquema controlado, las opiniones del personal, de partes interesadas y usuarios.

Se cuenta con un procedimiento documentado COEPRIS/OC/OCSGC03/2018 Propuestas de Mejora, por medio del cual se analiza los proyectos de mejora internos, su avance, su implementación y la evaluación de la eficacia de los mismos. Se solicita a las áreas responsables los avances en la implementación de la mejora inscrita, a través de correo electrónico o mostrando evidencia.

NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	12 / JUL / 19
			REVISIÓN:	2
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV / 23
			CLAVE:	ANEXO 1.1
PROCESO:	CERTIFICACIÓN PARA MANEJADOR DE ALIMENTOS			
PROCEDIMIENTOS:	• CERTIFICADO PARA MANEJADOR DE ALIMENTOS • VIGILANCIA SANITARIA – MANEJADORES DE ALIMENTOS FUERA DE RANGO			
AREA RESPONSABLE:	CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS VICTORIA			

OBJETIVO:

Regular las actividades de las personas que se dediquen a la manipulación, manejo, preparación y conservación de alimentos, a fin de garantizar que los mismos las realicen con la mayor higiene y sanidad, por medio de análisis clínicos emitidos por laboratorios especializados comprobando que se encuentran libres de enfermedades que puedan desencadenar un brote o enfermedad gastrointestinal o de otra índole, salvaguardando la salud de la población.

ALCANCE:

Este Plan de Calidad aplica directamente al Centro Integral de Servicios Victoria, sobre el proceso misional de Certificación para Manejadores de Alimentos, iniciando a partir la recepción de los requisitos por parte del usuario en el CIS, corroborando que los manejadores se encuentren en condiciones pertinentes de salud para emitir el certificado correspondiente; en caso contrario, se verifica que el mismo no se encuentre manipulando alimentos en su centro de trabajo, a fin de evitar un posible riesgo a la salud de la población.

INDICADORES:

CLAVE	NOMBRE	PERIODICIDAD	FORMULA	PROCEDENCIA
*** Ver Matriz de Indicadores del Proceso de Certificación para Manejadores de Alimentos.				

NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	12 / JUL / 19
			REVISIÓN:	2
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV / 23
			CLAVE:	ANEXO 1.1
PROCESO:	CERTIFICACIÓN PARA MANEJADOR DE ALIMENTOS			
PROCEDIMIENTOS:	• CERTIFICADO PARA MANEJADOR DE ALIMENTOS • VIGILANCIA SANITARIA – MANEJADORES DE ALIMENTOS FUERA DE RANGO			
AREA RESPONSABLE:	CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS VICTORIA			

ESQUEMA PEPSU				
Proveedor de la información de entrada	Entradas	PROCEDIMIENTO (Sustantivo / Apoyo)	Salidas	Usuarios
- Propietarios de establecimientos. - Manejadores de alimentos. - Representantes Legales.	- Análisis Clínicos (reacciones febriles y copro único). - Identificación oficial - Pago de derechos correspondiente - Fotografía, en su caso.	**CERTIFICACIÓN DE MANEJADORES DE ALIMENTOS** - COEPRIS/OC/CIS02/2018 CERTIFICADO PARA MANEJADOR DE ALIMENTOS. - IT/CIS01/2018 Políticas de Servicio del Centro Integral de Servicios. - IT/CIS04/2018 Criterios de Aceptación de Análisis Clínicos. - IT/CIS02 Control de Servicio no Conforme CIS. - IT/CIS03 Integración de expedientes. - COEPRIS/CJ/CJOP01/2019 VIGILANCIA SANITARIA – MANEJADORES DE ALIMENTOS FUERA DE RANGO.	- Certificado de Manejador de Alimentos. - Código QR - Listado de personas detectadas fuera de Rango. - Reporte de Certificados emitidos - Comprobante de pago. - Expediente.	- Usuario (Manejador de Alimentos) - Coordinación Jurisdiccional (Administrativa, Operación Sanitaria y Archivo) - Dir. Operación Sanitaria.

REQUISITOS:	
CLIENTE / USUARIO	**PARA LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO**
• Calidad en el Servicio • Cumplimiento en los tiempos de respuesta • Cumplimiento legal • Claridad de la información proporcionada por el CIS • Equidad en el trato.	• Validación de los requisitos de entrada. • Confirmación de resultados de análisis clínicos presentados por el usuario. • Criterios de aceptación sobre políticas de servicio. • Sistema Gestor de Trámites y Servicios. • Hojas de papel con candados de seguridad. • Impresión de Código QR en certificado. • Tiempo de respuesta: 20 minutos. • Tratamiento específico para la tramitación empresarial (solicitud de varios certificados por parte de un solo establecimiento). • En su caso, cumplimiento de la vigilancia sanitaria a manejadores de alimentos fuera de rango. • Levantamiento de acta y en su caso dictamen sanitario.

NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	12 / JUL / 19
			REVISIÓN:	2
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV / 23
			CLAVE:	ANEXO 1.1
PROCESO:	CERTIFICACIÓN PARA MANEJADOR DE ALIMENTOS			
PROCEDIMIENTOS:	• CERTIFICADO PARA MANEJADOR DE ALIMENTOS • VIGILANCIA SANITARIA – MANEJADORES DE ALIMENTOS FUERA DE RANGO			
AREA RESPONSABLE:	CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS VICTORIA			

LEGALES Y REGLAMENTARIOS
• Código Internacional FAO/OMS – Principios Generales del CODEX de Higiene de los Alimentos CAC-RCP-1 • Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. • Ley General de Salud. • NORMA Oficial Mexicana NOM-251-SSA1-2009 • Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas. • Ley de Hacienda del Estado de Tamaulipas.

RECURSOS:		
HUMANOS	**MATERIALES**	**INFRAESTRUCTURA**
CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS VICTORIA		
5 personas: • 1 Responsable del CIS • 4 asesores de Ventanilla	• Gestión de los recursos necesarios a través de oficios o memorándums (papelería, toner entre otros). • Formatos en papel seguridad para generar certificado de manejador de alimentos proporcionados por el Responsable del Monitoreo de Resoluciones Inmediatas, para la resolución del trámite.	• 5 computadoras. • 4 ventanillas de atención al público. • 2 impresoras • 1 multifuncional • 1 teléfono • Línea de internet. • Sistema Gestor de Trámites y Servicios CIS • Cuentas de correo institucional • Mobiliario de oficina • 2 Pantallas para difusión de mensajes institucionales
COORDINACIÓN JURISDICCIONAL NO. 1 VICTORIA		
9 Personas: • 1 Coordinador Jurisdiccional • 1 asistente • 1 Encargado de UOS • 1 Programador • 1 Verificador Sanitario / Notificador • 1 Administrador • 2 Auxiliares Administrativos • 1 Auxiliar Administrativo (Archivo).	• Gestión de los recursos necesarios a través de oficios (papelería, tóner, gasolina, entre otros). • Formatos en papel seguridad para generar certificado de manejador de alimentos proporcionados por el Responsable del Monitoreo de Resoluciones Inmediatas, para la resolución del trámite.	• 7 computadoras • 5 impresoras • 1 multifuncional • 4 teléfonos / extensiones • 2 Líneas de internet. • 4 Vehículos • Cuentas de correo institucional • Mobiliario de oficina

NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	12 / JUL / 19
			REVISIÓN:	2
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV / 23
			CLAVE:	ANEXO 1.1
PROCESO:	CERTIFICACIÓN PARA MANEJADOR DE ALIMENTOS			
PROCEDIMIENTOS:	• CERTIFICADO PARA MANEJADOR DE ALIMENTOS • VIGILANCIA SANITARIA – MANEJADORES DE ALIMENTOS FUERA DE RANGO			
AREA RESPONSABLE:	CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS VICTORIA			

RIESGOS	
RIESGO DETECTADO	**PLAN DE ACCION**
1.- No existen garantías de la veracidad de los resultados de los análisis clínicos emitidos por los laboratorios que participan en el proceso al contar con una licencia sanitaria vigente (Faltan controles).	• Identificación de casos específicos • Elaboración de diagnóstico situacional para la toma de decisiones, en coordinación con operación sanitaria para conocimiento de los fundamentos que se revisan en las actas de verificación.
RIESGO DETECTADO	**PLAN DE ACCION**
2.- Fundamento legal del trámite de Certificado de Salud para Manejadores de alimentos.	• Anteproyecto de iniciativa de Reglamento de Salud Estatal o establecer claramente en la Ley la importancia para la salud de la población, la certificación de manejadores de alimentos.
EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN	
Se dará seguimiento al Plan de Acción en 2 periodos anuales para determinar su avance en la reducción o eliminación del riesgo definido. Con base en lo anterior, se realizará un comparativo por medio de indicadores para reflejar el mejoramiento del proceso.	

**** Ver Matriz de Administración de Riesgos Institucionales**

**** Ver Programa de Trabajo de Riesgos Institucionales.**

OPORTUNIDADES	
MEJORA	**Acciones de mejora a implementar**
2.- ELABORACIÓN DEL MANUAL DEL VERIFICADOR SANITARIO: Contar con una herramienta para desarrollar y orientar la verificación sanitaria con mayor efectividad y calidad, así como homologar las actividades que al respecto se realizan en el ámbito de la regulación sanitaria.	• Vinculación de información entre áreas • Mejoramiento administrativo interno • Reducción de tiempos de respuesta • Fundamento jurídico y criterios • Elaboración de guías técnicas • Supervisión efectiva • Seguimiento y monitoreo
EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS	
Se solicita mensualmente los avances de las propuestas de mejora inscritas; se dará seguimiento independiente en 2 periodos anuales para determinar el cumplimiento de las acciones de mejora comprometidas. Con base en lo anterior, se realizará un comparativo por medio de indicadores para reflejar el mejoramiento del proceso, en los casos que así lo amerite.	

**** Ver Propuestas de Mejora inscritas en el SGC COEPRIS**

PRESERVACIÓN DE EXPEDIENTES:

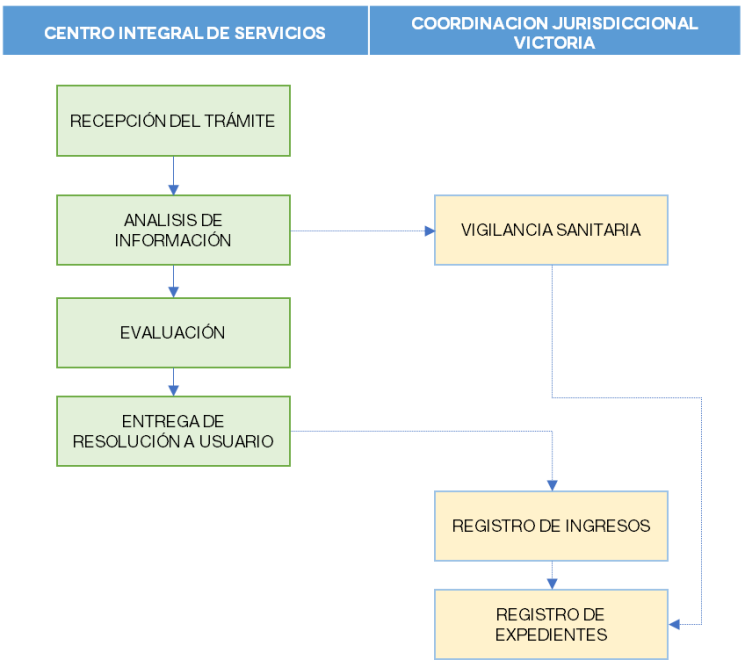
La preservación de los expedientes que contienen la evidencia de la realización del servicio, se realiza conforme a lo establecido en los Lineamientos para la Depuración de Archivos de la Administración Pública Estatal; Se determina el tiempo que los expedientes permanecen como archivo en trámite y el tiempo en archivo de concentración, para posteriormente realizar la gestión de baja documental.

El CIS Victoria, conserva en archivo en trámite los expedientes solamente 1 mes y posteriormente los entrega a la Coordinación Jurisdiccional Victoria para que se lleve a cabo el control y preservación de los expedientes conforme a los tiempos legales establecidos.

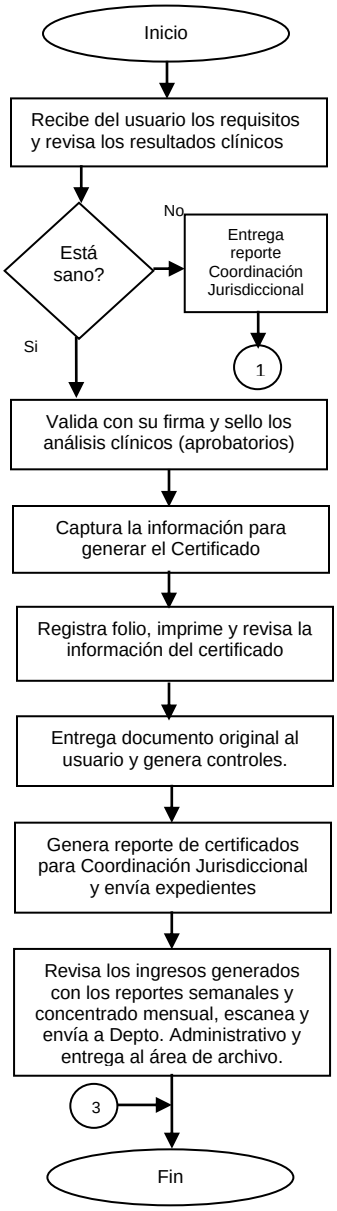
Coordinación Jurisdiccional Victoria realiza las siguientes actividades:

- Resguardo en archivo de concentración (Expedientes de Certificados)
- Resguardo en archivo de trámite y de concentración (Vigilancia Sanitaria)

PROCESO: CERTIFICACIÓN PARA MANEJADORES DE ALIMENTOS



NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	12 / JUL / 19
			REVISIÓN:	2
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV / 23
			CLAVE:	ANEXO 1.1
PROCESO:	CERTIFICACIÓN PARA MANEJADOR DE ALIMENTOS			
PROCEDIMIENTOS:	• CERTIFICADO PARA MANEJADOR DE ALIMENTOS • VIGILANCIA SANITARIA – MANEJADORES DE ALIMENTOS FUERA DE RANGO			
AREA RESPONSABLE:	CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS VICTORIA			

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO	REGISTRO
	Asesor CIS Responsable CIS Unidad Administrativa – Coordinación Jurisdiccional	COEPRIS/OC/CIS02/2018 Certificado para Manejador de Alimentos COEPRIS/CJ/CJOP01/2019 Vigilancia Sanitaria – Manejadores de Alimentos fuera de Rango COEPRIS/OC/DA02/2018 Distribución de Documentos Oficiales COEPRIS/OC/CIS02/2018 Certificado para Manejador de Alimentos	IT/CIS01/2018 Políticas de Servicio del CIS IT/CIS04/2018 Criterios de Aceptación de Análisis Clínicos IT/CIS02/2019 Servicio No Conforme IT/CIS03/2019 Elaboración de Expediente	CIS05 Resultados positivos por los que no se emite Certificado de Manejador de Alimentos CIS01 Certificado para Manejador de Alimentos Sistema Gestor CIS03 Reporte Semanal Expediente

NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	12 / JUL / 19
			REVISIÓN:	2
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV / 23
			CLAVE:	ANEXO 1.1
PROCESO:	CERTIFICACIÓN PARA MANEJADOR DE ALIMENTOS			
PROCEDIMIENTOS:	• CERTIFICADO PARA MANEJADOR DE ALIMENTOS • VIGILANCIA SANITARIA – MANEJADORES DE ALIMENTOS FUERA DE RANGO			
AREA RESPONSABLE:	CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS VICTORIA			

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO	REGISTRO
1				
Genera orden de verificación sanitaria (Vigilancia Sanitaria)	UOS / Coordinación Jursdiccional	COEPRIS/CJ/CJOP01/2019 Vigilancia Sanitaria – Manejadores de Alimentos fuera de Rango	IT/CIS04/2018 Criterios de Aceptación de Análisis Clínicos	CIS05 Resultados positivos por los que no se emite Certificado de Manejador de Alimentos. CJ01 Orden de Verificación Sanitaria (Vigilancia Sanitaria).
Registra ordenes de verificación y valida las mismas por Coordinador Jurisdiccional	Coordinación Jurisdiccional			CJ01 Orden de Verificación Sanitaria (Vigilancia Sanitaria). CJ02 Resumen de Trabajo
Realiza verificación sanitaria, corroborando que el personal no manipula alimentos	Verificador Sanitario			CJ01 Orden de Verificación Sanitaria (Vigilancia Sanitaria). Acta de Verificación Sanitaria
Levanta el acta de verificación sanitaria general.				Acta de Verificación Sanitaria
Revisa el acta y determina el protocolo de actuación	UOS			CJ01 Orden de Verificación Sanitaria (Vigilancia Sanitaria). Acta de Verificación Sanitaria
Necesita dictamen? — No → 2 / Si				
Genera dictamen sanitario por Vigilancia Sanitaria y notifica	Área de Dictamen			CJ03 Dictamen Sanitario Acta de Verificación Sanitaria
2				
Elabora expediente y envía al área de archivo	UOS / Archivo			Expediente
3				

NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	06 / AGO / 19
			REVISIÓN:	3
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV /23
			CLAVE:	ANEXO 1.2.
PROCESO:	EMISIÓN DE CONSTANCIA SANITARIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS			
PROCEDIMIENTOS:	• CONSTANCIA SANITARIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS			
AREA RESPONSABLE:	CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS VICTORIA			

OBJETIVO:

Fortalecer la regulación mediante el registro de este instrumento aplicado de manera anual dirigido a los establecimientos que se dediquen al almacenamiento, distribución y enajenación de bebidas alcohólicas y aquellos en los que se consuman o suministren dichas bebidas, a fin de que cumplan con los requisitos establecidos por la normatividad sanitaria vigente.

ALCANCE:

Este Plan de Calidad aplica directamente al Centro Integral de Servicios CIS, sobre el proceso misional de Emisión de Constancia Sanitaria de Bebidas Alcohólicas, iniciando a partir la recepción de los requisitos por parte del usuario en el CIS, hasta la entrega de la resolución correspondiente, enviando el expediente a la Coordinación Jurisdiccional para los fines conducentes.

INDICADORES:

CLAVE	NOMBRE	PERIODICIDAD	FORMULA	PROCEDENCIA
*** Ver Matriz de Indicadores del Proceso de Emisión de Constancias Sanitarias de Bebidas Alcohólicas.				

RIESGOS

RIESGO DETECTADO	PLAN DE ACCION
1.- Falta de control en el stock de papel seguridad que se utiliza en las resoluciones.	Generación de control en el stock de papel seguridad de manera interna contemplando los tiempos de tramitación ante el área administrativa.
RIESGO DETECTADO	**PLAN DE ACCION**
2.- Fallas en el Sistema Gestor de Trámites y Servicios, que dificulta la captura de la información relativa a las gestiones de los usuarios.	Análisis área de sistemas de la Secretaría de Salud y definir mecanismos alternos como la modalidad off line con respaldos de la información para posterior carga al sistema gestor.

EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN

Se dará seguimiento al Plan de Acción en 2 periodos anuales para determinar su avance en la reducción o eliminación del riesgo definido. Con base en lo anterior, se realizará un comparativo por medio de indicadores para reflejar el mejoramiento del proceso.

**** Ver Matriz de Administración de Riesgos Institucionales y Programa de Trabajo de Riesgos**

NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	06 / AGO / 19
			REVISIÓN:	3
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV /23
			CLAVE:	ANEXO 1.2.
PROCESO:	EMISIÓN DE CONSTANCIA SANITARIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS			
PROCEDIMIENTOS:	• CONSTANCIA SANITARIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS			
AREA RESPONSABLE:	CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS VICTORIA			

OPORTUNIDADES	
MEJORA	**Acciones de mejora a implementar**
1.- REIMPRESIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES POR CORRECCIÓN POR PARTE DE LOS USUARIOS.- Posterior a la entrega de la documentación resolutiva, tener la posibilidad de generar reimpresiones por corrección de algún dato que haya proporcionado el usuario de manera errónea al inicio del trámite, generando solamente el costo por utilización del papel seguridad y el control pertinente ante el Sistema Gestor.	• Seguimiento y Monitoreo • Formalización de expedientes. • Fundamento jurídico y criterios. • Supervisión efectiva • Apoyo ciudadano
EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS	
Se solicita mensualmente los avances de las propuestas de mejora inscritas; se dará seguimiento independiente en 2 periodos anuales para determinar el cumplimiento de las acciones de mejora comprometidas. Con base en lo anterior, se realizará un comparativo por medio de indicadores para reflejar el mejoramiento del proceso, en los casos que así lo amerite.	

**** Ver Propuestas de Mejora inscritas en el SGC COEPRIS**

ESQUEMA PEPSU				
Proveedor de la información de entrada	**Entradas**	**PROCEDIMIENTO (Sustantivo / Apoyo)**	**Salidas**	**Usuarios**
- Gestores: Personas físicas y morales / usuario con actividad empresarial en materia de bebidas alcohólicas.	**PRIMERA VEZ** - Verificación Sanitaria - Identificación oficial del solicitante - Acta Constitutiva y poder notarial, en su caso. - Carta Anuencia - Comprobante de pago - Carátula de aviso de funcionamiento. **RENOVACIÓN** - Copia de Constancia anterior. - Copia de Licencia de alcoholes anterior. - Copia de Identificación oficial. - Original y copia de Comprobante de pago.	**EMISIÓN DE CONSTANCIA SANITARIA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS** - COEPRIS/OC/CIS02/2018 CERTIFICADO PARA MANEJADOR DE ALIMENTOS. - IT/CIS01/2018 Políticas de Servicio del Centro Integral de Servicios. - IT/CIS02 Control de Servicio no Conforme CIS. - IT/CIS03 Integración de expedientes.	- Acta de verificación y/o dictamen sanitario - Constancia Sanitaria de Bebidas Alcohólicas. - Código QR - Reporte de Constancias emitidas - Reporte de documentos cancelados - Comprobante de pago. - Expediente.	- Gestores: Personas físicas y morales / usuario con actividad empresarial en materia de bebidas alcohólicas. - Coordinación Jurisdiccional (Administrativa, Operación Sanitaria y Archivo) - Dir. Operación Sanitaria.

NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	06 / AGO / 19
			REVISIÓN:	3
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV /23
			CLAVE:	ANEXO 1.2.
PROCESO:	EMISIÓN DE CONSTANCIA SANITARIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS			
PROCEDIMIENTOS:	• CONSTANCIA SANITARIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS			
AREA RESPONSABLE:	CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS VICTORIA			

REQUISITOS:

CLIENTE / USUARIO	PARA LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO
• Calidad en el Servicio • Cumplimiento en los tiempos de respuesta • Cumplimiento legal • Claridad de la información proporcionada por el CIS • Equidad en el trato.	• Visita de Verificación Sanitaria previa • Validación de los requisitos de entrada. • Confirmación de carta de anuencia o actividad económica vigente. • Criterios de aceptación sobre políticas de servicio. • Sistema Gestor de Trámites y Servicios. • Hojas de papel con candados de seguridad. • Impresión de Código QR en certificado. • Tiempo de respuesta: 20 minutos. • Tratamiento específico para la tramitación empresarial (solicitud de varias constancias por parte de una sola persona moral o gestor).

LEGALES Y REGLAMENTARIOS

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas.
- Ley de Hacienda del Estado de Tamaulipas.
- Ley Reglamentaria para Establecimientos de Bebidas Alcohólicas.

PRESERVACIÓN DE EXPEDIENTES:

La preservación de los expedientes que contienen la evidencia de la realización del servicio, se realiza conforme a lo establecido en los Lineamientos para la Depuración de Archivos de la Administración Pública Estatal; Se determina el tiempo que los expedientes permanecen como archivo en trámite y el tiempo en archivo de concentración, para posteriormente realizar la gestión de baja documental.

El CIS Victoria, conserva en archivo en trámite los expedientes solamente 1 mes y posteriormente los entrega a la Coordinación Jurisdiccional Victoria para que se lleve a cabo el control y preservación de los expedientes conforme a los tiempos legales establecidos.

Coordinación jurisdiccional Victoria realiza las siguientes actividades:

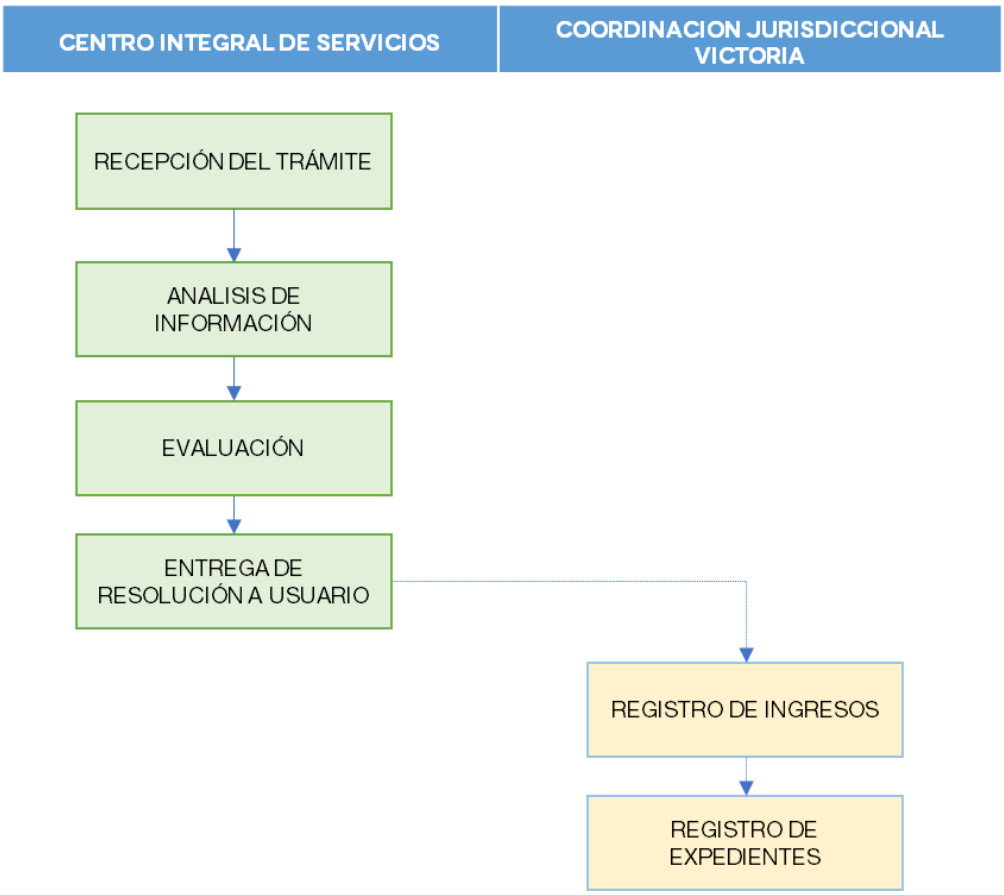
Resguardo en archivo de concentración (Expedientes de Constancias)

NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	06 / AGO / 19
			REVISIÓN:	3
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV /23
			CLAVE:	ANEXO 1.2.
PROCESO:	EMISIÓN DE CONSTANCIA SANITARIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS			
PROCEDIMIENTOS:	• CONSTANCIA SANITARIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS			
AREA RESPONSABLE:	CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS VICTORIA			

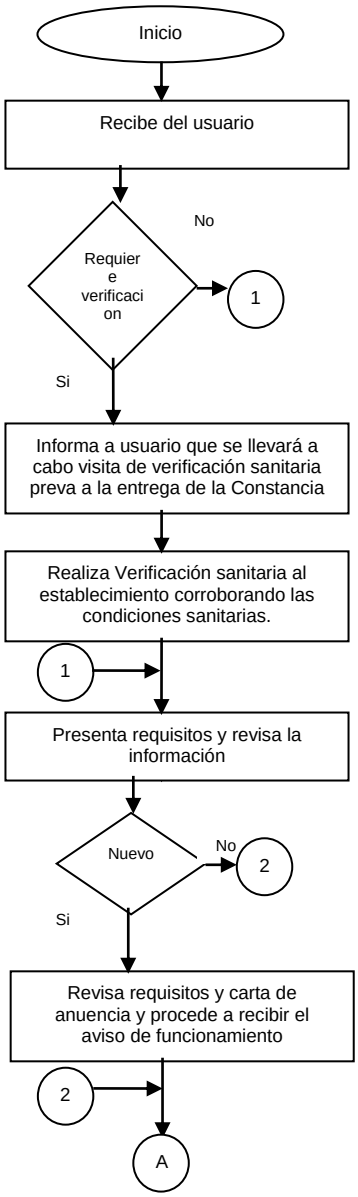
RECURSOS:		
HUMANOS	**MATERIALES**	**INFRAESTRUCTURA**
CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS CENTRAL - VICTORIA		
• 1 Responsable del CIS • 4 asesores de Ventanilla	• Gestión de los recursos necesarios a través de oficios o memorándums (papelería, toner entre otros). • Gestión de papel seguridad para generar constancia sanitaria de bebidas alcohólicas proporcionados por el Responsable de Monitoreo de Resoluciones Inmediatas para la resolución del trámite.	• 6 computadoras. • 5 ventanillas de atención al público. • 2 impresoras • 1 multifuncional • 1 teléfono • Línea de internet. • Sistema Gestor de Trámites y Servicios CIS • Cuentas de correo institucional • Mobiliario de oficina • 2 Pantallas para difusión de mensajes institucionales.
COORDINACIÓN JURISDICCIONAL NO. 1 VICTORIA		
• 1 Coordinador Jurisdiccional • 1 asistente • 1 Administrador • 2 Auxiliares Administrativos • 1 Auxiliar Administrativo (Archivo). • Unidad de Operación sanitaria • Verificadores Sanitarios	• Gestión de los recursos necesarios a través de oficios o memorándums (papelería, tóner, entre otros). • Gestión de papel seguridad para constancia sanitaria de bebidas alcohólicas proporcionados por el Responsable del Monitoreo de Resoluciones Inmediatas. • Ordenes de Servicio • Combustible para traslado a establecimiento.	• 5 computadoras • 2 impresora / copiadora • 1 multifuncional • 1 teléfono / extensiones • Línea de internet. • 3 Vehículos • Cuentas de correo institucional • Mobiliario de oficina

NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	06 / AGO / 19
			REVISIÓN:	3
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV /23
			CLAVE:	ANEXO 1.2.
PROCESO:	EMISIÓN DE CONSTANCIA SANITARIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS			
PROCEDIMIENTOS:	• CONSTANCIA SANITARIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS			
AREA RESPONSABLE:	CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS VICTORIA			

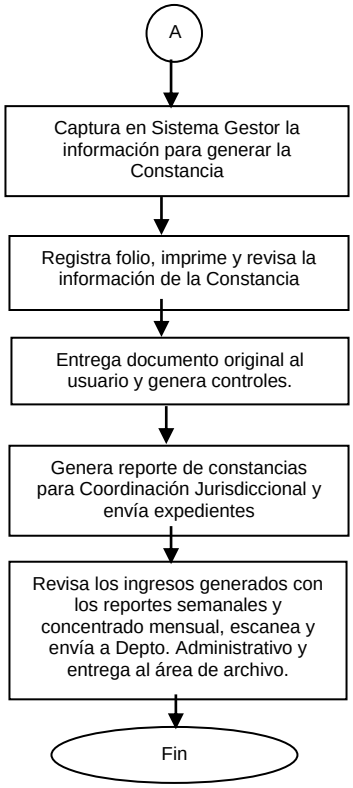
PROCESO: EMISION DE CONSTANCIA SANITARIA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS



NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	06 / AGO / 19
			REVISIÓN:	3
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV /23
			CLAVE:	ANEXO 1.2.
PROCESO:	EMISIÓN DE CONSTANCIA SANITARIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS			
PROCEDIMIENTOS:	• CONSTANCIA SANITARIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS			
AREA RESPONSABLE:	CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS VICTORIA			

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO	REGISTRO
	Asesor CIS Verificador Sanitario Responsable CIS Unidad Administrativa – Coordinación Jurisdiccional	COEPRIS/OC/CIS01/2018 Constancia Sanitaria de Bebidas Alcohólicas	IT/CIS01/2018 Políticas de Servicio del CIS	Claves SCIAN Aviso de Funcionamiento Acta de Verificacion Sanitaria

NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	06 / AGO / 19
			REVISIÓN:	3
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV /23
			CLAVE:	ANEXO 1.2.
PROCESO:	EMISIÓN DE CONSTANCIA SANITARIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS			
PROCEDIMIENTOS:	• CONSTANCIA SANITARIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS			
AREA RESPONSABLE:	CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS VICTORIA			

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO	REGISTRO
	Responsable CIS Unidad Administrativa – Coordinación Jurisdiccional	COEPRIS/OC/DA02/2018 Distribución de Documentos Oficiales COEPRIS/OC/CIS01/2018 Constancia Sanitaria de Bebidas Alcohólicas	IT/CIS02/2019 Servicio No Conforme IT/CIS03/2019 Elaboración de Expediente	Constancia Sanitaria Sistema Gestor CIS03 Reporte Semanal Expediente

NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	06 / AGO / 19
			REVISIÓN:	2
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV / 23
			CLAVE:	ANEXO 1.3.
PROCESO:	EMISIÓN DE PERMISOS SANITARIOS FUNERARIOS			
PROCEDIMIENTOS:	• PERMISOS SANITARIOS FUNERARIOS			
AREA RESPONSABLE:	CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS VICTORIA			

OBJETIVO:

Regular las actividades solicitadas por los usuarios relativas a los servicios de permisos de inhumación, exhumación, cremación y traslado de cadáveres, restos humanos o miembros, a fin de garantizar que se realicen con apego a la normatividad aplicable, salvaguardando la salud de la población.

ALCANCE:

Este Plan de Calidad aplica directamente al Centro Integral de Servicios CIS, sobre el proceso misional de Emisión de Permisos Sanitarios Funerarios, iniciando a partir de la recepción de los requisitos solicitados, hasta la entrega de la resolución correspondiente, enviando el expediente a la Coordinación Jurisdiccional No. 1 Victoria para los fines conducentes. Se incluyen las solicitudes de atención a víctimas, gestiones ministeriales o judiciales, ingresando por oficialía de partes.

INDICADORES:

CLAVE	NOMBRE	PERIODICIDAD	FORMULA	PROCEDENCIA
*** Ver Matriz de Indicadores del Proceso de Emisión de Permisos Sanitarios Funerarios.				

RIESGOS

RIESGO DETECTADO	PLAN DE ACCION
2.- Recepción de documentos incompletos o datos incompletos en la solicitud.	Capacitación o reunión de trabajo para exponer los criterios y homologar la revisión de los requisitos, por parte del personal del CIS, previo a su análisis o a la entrega a la Coordinación Jurisdiccional para elaborar los permisos condonados.

EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN

Se dará seguimiento al Plan de Acción en 2 periodos anuales para determinar su avance en la reducción o eliminación del riesgo definido. Con base en lo anterior, se realizará un comparativo por medio de indicadores para reflejar el mejoramiento del proceso.

**** Ver Matriz de Administración de Riesgos Institucionales**

**** Ver Programa de Trabajo de Riesgos Institucionales.**

NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	06 / AGO / 19
			REVISIÓN:	2
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV / 23
			CLAVE:	ANEXO 1.3.
PROCESO:	EMISIÓN DE PERMISOS SANITARIOS FUNERARIOS			
PROCEDIMIENTOS:	• PERMISOS SANITARIOS FUNERARIOS			
AREA RESPONSABLE:	CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS VICTORIA			

OPORTUNIDADES

MEJORA	Acciones de mejora a implementar
PAGO CON TERMINAL BANCARIA EN LOS CENTROS INTEGRALES DE SERVICIO.- Contar con terminales bancarias direccionadas a las cuentas de ingresos de la Comisión con la Secretaría de Finanzas ubicadas en los 12 centros integrales de servicios a fin de aportar la agilización y simplificación de los trámites y servicios estatales de la COEPRIS.	• Vinculación de información entre áreas • Eliminación de retrabajo • Seguimiento y Monitoreo • Rastreabilidad de la información • Evitar traslados innecesarios.

EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS

Se solicita mensualmente los avances de las propuestas de mejora inscritas; se dará seguimiento independiente en 2 periodos anuales para determinar el cumplimiento de las acciones de mejora comprometidas. Con base en lo anterior, se realizará un comparativo por medio de indicadores para reflejar el mejoramiento del proceso, en los casos que así lo amerite.

**** Ver Propuestas de Mejora inscritas en el SGC COEPRIS**

ESQUEMA PEPSU

Proveedor de la información de entrada	Entradas	PROCEDIMIENTO (Sustantivo / Apoyo)	Salidas	Usuarios
Gestores: - Familiares de los fallecidos. - Agencias funerarias. - Comisión Estatal de Atención a Víctimas. - Autoridades judiciales.	- Certificado de defunción. - Identificación oficial del interesado. - Formato de solicitud de permiso. - Comprobante de pago - Carta de Embalsamamiento, en su caso. - Carta Poder e identificación oficial del apoderado y dos testigos, en su caso. - Escrito libre con motivos y destino final de los restos (exhumación) - Acta de defunción - registro civil, (exhumación) - Permiso Sanitario de inhumación (exhumación). - Copia del título de propiedad (Exhumación). - Identificación del propietario (exhumación). - Certificado, acta de defunción (para internación) traducido al español. - Permiso de traslado del país donde ocurrió el fallecimiento.	**EMISIÓN DE PERMISO SANITARIO FUNERARIO** - COEPRIS/OC/CIS03/2018 PERMISOS SANITARIOS FUNERARIOS. - IT/CIS01/2018 Políticas de Servicio del Centro Integral de Servicios. - IT/CIS02 Control de Servicio no Conforme CIS. - IT/CIS03 Integración de expedientes. - IT/CIS05/2018 Criterios para emitir los permisos sanitarios de servicios funerarios. - IT/CJUEAS02/2019 - IT/DJC02/2019	- Permiso Sanitario de Inhumación. - Permiso Sanitario de Exhumación. - Permiso Sanitario de Traslado - Permisos Sanitario de Cremación. - Código QR - Reporte de Permisos emitidos - Reporte de documentos cancelados - Comprobante de pago. - Expediente.	Gestores: - Familiares de los fallecidos. - Agencias funerarias. - Comisión Estatal de Atención a Víctimas. - Autoridades judiciales. - Coordinación Jurisdiccional (Administrativa, UEAS y Archivo) - Departamento Jurídico y Consultivo.

NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	06 / AGO / 19
			REVISIÓN:	2
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV / 23
			CLAVE:	ANEXO 1.3.
PROCESO:	EMISIÓN DE PERMISOS SANITARIOS FUNERARIOS			
PROCEDIMIENTOS:	• PERMISOS SANITARIOS FUNERARIOS			
AREA RESPONSABLE:	CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS VICTORIA			

REQUISITOS:	
CLIENTE / USUARIO	**PARA LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO**
• Calidad en el Servicio • Cumplimiento en los tiempos de respuesta • Cumplimiento legal • Claridad de la información proporcionada por el CIS • Equidad en el trato. • Cumplimiento de mejora regulatoria	• Validación de los requisitos de entrada. • Solicitudes dentro de los 5 días hábiles posterior al fallecimiento. • Exhumaciones que cumplan con los tiempos legales. • Cremaciones que no sean determinadas por muerte violenta (tentativa de homicidio o suicidio). • Traslados en vehículos que reúnan las condiciones sanitarias. • Criterios de aceptación sobre políticas de servicio. • Sistema Gestor de Trámites y Servicios. • Hojas de papel con candados de seguridad. • Impresión de Código QR en permiso sanitario. • Tiempo de respuesta: 20 minutos en CIS. • Tiempo de Respuesta: 1 día hábil - exención de pago - comunicación a la autoridad ministerial.
LEGALES Y REGLAMENTARIOS	
• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. • Código Civil Federal. • Ley General de Salud. • Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos. • Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas. • Ley de Hacienda del Estado de Tamaulipas. • Ley para la Prestación del Servicio Público de Panteones en el Estado de Tamaulipas.	

NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	06 / AGO / 19
			REVISIÓN:	2
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV / 23
			CLAVE:	ANEXO 1.3.
PROCESO:	EMISIÓN DE PERMISOS SANITARIOS FUNERARIOS			
PROCEDIMIENTOS:	• PERMISOS SANITARIOS FUNERARIOS			
AREA RESPONSABLE:	CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS VICTORIA			

RECURSOS:		
HUMANOS	**MATERIALES**	**INFRAESTRUCTURA**
CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS CENTRAL - VICTORIA		
5 personas: • 1 Responsable del CIS • 4 asesores de Ventanilla	• Gestión de los recursos necesarios a través de oficios o memorándums (papelería, toner entre otros). • Gestión de papel seguridad para generar constancia sanitaria de bebidas alcohólicas proporcionados por el proporcionados por el Responsable del Monitoreo de Resoluciones Inmediatas, para la resolución del trámite.	• 6 computadoras. • 5 ventanillas de atención al público. • 2 impresoras • 1 multifuncional • 1 teléfono • Línea de internet. • Sistema Gestor de Trámites y Servicios CIS • Cuentas de correo institucional • Mobiliario de oficina • 2 Pantallas para difusión de mensajes institucionales.
COORDINACIÓN JURISDICCIONAL NO. 1 VICTORIA		
8 Personas: • 1 Coordinador Jurisdiccional • 1 asistente • 1 Administrador • 2 Auxiliares Administrativos • 1 Auxiliar Administrativo (Archivo). • 1 Encargado de UEAS • 1 Auxiliar Administrativo (Permisos)	• Gestión de los recursos necesarios a través de oficios o memorándums (papelería, tóner, entre otros). • Gestión de papel seguridad para generar permisos sanitario funerarios proporcionados por el proporcionados por el Responsable del Monitoreo de Resoluciones Inmediatas, para la resolución del trámite.	• 6 computadoras • 3 impresora / copiadora • 1 multifuncional • 4 teléfono / extensiones • Línea de internet. • 2 Vehículos • Cuentas de correo institucional • Mobiliario de oficina
OFICINAS DEL COMISIONADO ESTATAL (DEPARTAMENTO JURÍDICO Y CONSULTIVO)		
4 Personas: • 1 Comisionado Estatal • 1 Jefe de Departamento Jurídico y Consultivo • 1 Asistente • 1 Auxiliar (Oficialía de Partes)	• Gestión de los recursos necesarios a través de oficios o memorándums (papelería, tóner, entre otros).	• 4 computadoras • 2 impresoras • 1 multifuncional • 2 teléfonos / extensiones • Línea de internet • 1 Vehículo • Cuentas de correo institucional • Mobiliario de oficina.

PRESERVACIÓN DE EXPEDIENTES:

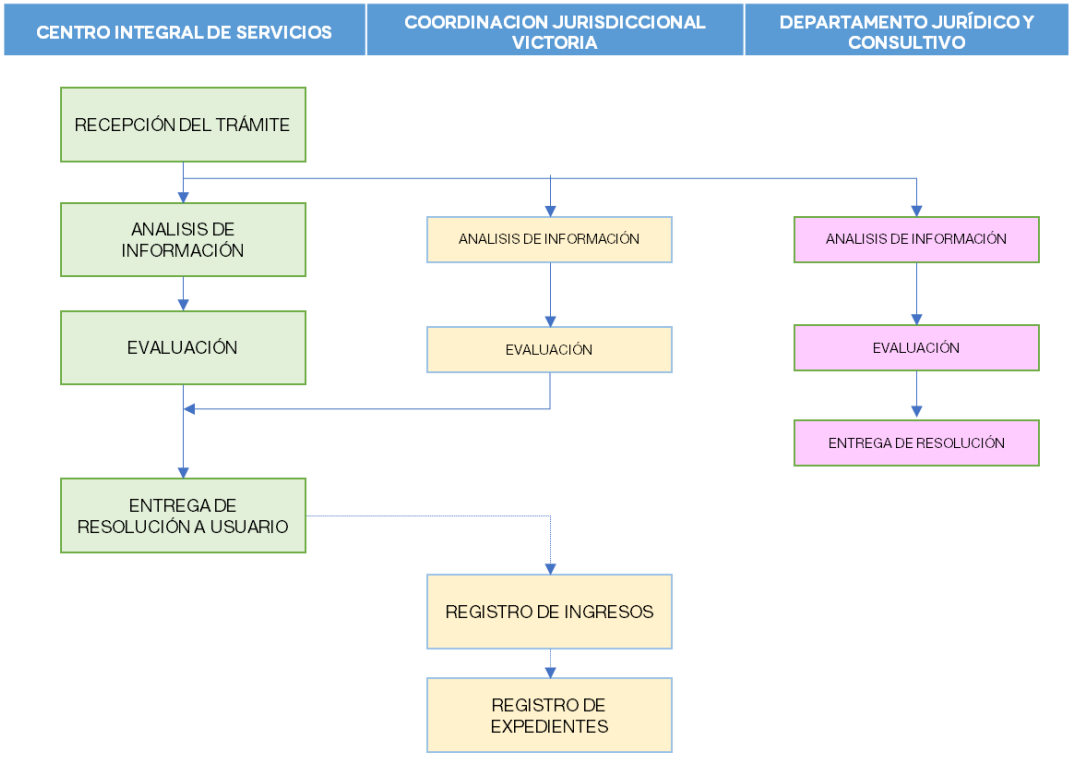
La preservación de los expedientes que contienen la evidencia de la realización del servicio, se realiza conforme a lo establecido en los Lineamientos para la Depuración de Archivos de la Administración Pública Estatal; Se determina el tiempo que los expedientes permanecen como archivo en trámite y el tiempo en archivo de concentración, para posteriormente realizar la gestión de baja documental.

El CIS Victoria, conserva en archivo en trámite los expedientes solamente 1 semana y posteriormente los entrega a la Coordinación Jurisdiccional Victoria para que se lleve a cabo el control y preservación de los expedientes conforme a los tiempos legales establecidos.

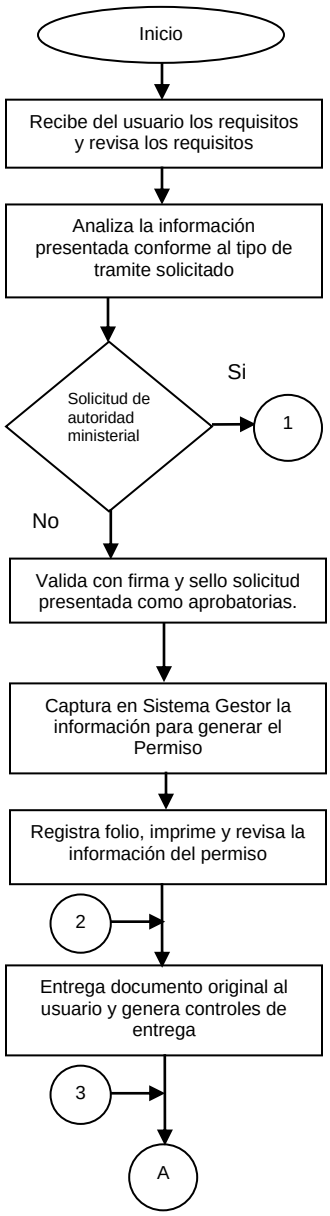
Coordinación Jurisdiccional Victoria realiza las siguientes actividades:

- Resguardo en archivo de concentración (Expediente de Permisos).

PROCESO: EMISIÓN DE PERMISOS SANITARIOS FUNERARIOS



NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	06 / AGO / 19
			REVISIÓN:	2
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV / 23
			CLAVE:	ANEXO 1.3.
PROCESO:	EMISIÓN DE PERMISOS SANITARIOS FUNERARIOS			
PROCEDIMIENTOS:	• PERMISOS SANITARIOS FUNERARIOS			
AREA RESPONSABLE:	CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS VICTORIA			

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO	REGISTRO
	Asesor CIS / Oficialía de Partes (casos de autoridades ministeriales)	COEPRIS/OC/CIS03/2018 Permisos Sanitarios Funerarios	IT/CIS01/2018 Políticas de Servicio del CIS IT/CIS05/2018 Criterios de Aceptación para Permiso Sanitario Funerario	Requisitos. CIS04 Solicitud de Permisos Sanitarios Funerarios. Escrito, en su caso
			IT/CJUEAS02/2019 IT/DJC02/2019	Solicitud Requisitos Memorándum, en su caso.
			IT/CIS01/2018 Políticas de Servicio del CIS	CIS04 Solicitud de Permisos Sanitarios Funerarios.
		COEPRIS/OC/CIS03/2018 Permisos Sanitarios Funerarios COEPRIS/OC/DA02/2018 Distribución de Documentos Oficiales		Sistema Gestor
		COEPRIS/OC/CIS03/2018 Permisos Sanitarios Funerarios	IT/CIS02/2019 Servicio No Conforme	Permiso sanitario (Inhumación, exhumación, traslado o cremación). Sistema Gestor
	Asesor CIS			Permiso sanitario (Inhumación, exhumación, traslado o cremación). Oficio resolutivo Sistema Gestor

NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	06 / AGO / 19
			REVISIÓN:	2
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV / 23
			CLAVE:	ANEXO 1.3.
PROCESO:	EMISIÓN DE PERMISOS SANITARIOS FUNERARIOS			
PROCEDIMIENTOS:	• PERMISOS SANITARIOS FUNERARIOS			
AREA RESPONSABLE:	CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS VICTORIA			

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO	REGISTRO
A				
Genera reporte de permisos para Coordinación Jurisdiccional y envía expedientes	Responsable del CIS	COEPRIS/OC/CIS03/2018 Permisos Sanitarios Funerarios	IT/CIS02/2019 Servicio No Conforme IT/CIS03/2019 Elaboración de Expediente	CIS03 Reporte Semanal Expediente
Revisa los ingresos generados con los reportes semanales y concentrado mensual, escanea y envía a Depto. Administrativo y entrega al área de archivo.	Unidad Administrativa – Coordinación Jurisdiccional			
Fin				
1				
Recibe la solicitud y los requisitos pertinentes	UEAS / Departamento Jurídico y Consultivo		IT/CJUEAS02/2019 IT/DJC02/2019	Solicitud Requisitos Memorándum, en su caso.
Analiza la información y genera la resolución respectiva				Oficio resolutivo
Valida la resolución generada	Coordinador Jurisdiccional / Comisionado Estatal			
Notifica a la autoridad ministerial pertinente	Departamento Jurídico y Consultivo		IT/DJC02/2019	Oficio resolutivo a autoridad ministerial
3				

NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	05 / JUL / 19
			REVISIÓN:	2
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV / 23
			CLAVE:	ANEXO 1.4
PROCESO:	EXPEDICIÓN DE LICENCIAS SANITARIAS ESTATALES			
PROCEDIMIENTOS:	• LICENCIAS SANITARIAS ESTATALES • VERIFICACIÓN SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD • DICTAMEN SANITARIO EN MATERIA DE SERVICIOS DE SALUD			
AREA RESPONSABLE:	DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN Y AUTORIZACIÓN SANITARIA			

OBJETIVO:

Regular que los establecimientos que prestan servicios de salud y procedimientos de embellecimiento cumplan con los requisitos establecidos por la normatividad sanitaria vigente.

ALCANCE:

La Dirección de Evaluación y Autorización Sanitaria a través del Departamento de Autorizaciones de Licencias Sanitarias, será la responsable de la ejecución de este proceso, interactuando de manera integral con: Centro Integral de Servicios Victoria, Coordinación Jurisdiccional No. 1 Victoria y Dirección de Operación Sanitaria, así como con el Departamento Jurídico y Consultivo, según sea el caso, en sus respectivos ámbitos de competencia.
Este proceso se manifiesta desde la recepción de los requisitos para inicio del trámite en el CIS, hasta la entrega de las autorizaciones sanitarias a los usuarios.

INDICADORES:

CLAVE	NOMBRE	PERIODICIDAD	FORMULA	PROCEDENCIA
*** Ver Matriz de Indicadores del Proceso de Expedición de Licencias Sanitarias Estatales.				

PRESERVACIÓN DE EXPEDIENTES:

La preservación de los expedientes que contienen la evidencia de la realización del servicio se realiza conforme a lo establecido en los Lineamientos para la Depuración de Archivos de la Administración Pública Estatal; Se determina el tiempo que los expedientes permanecen como archivo en trámite y el tiempo en archivo de concentración, para posteriormente realizar la gestión de baja documental.

El Departamento de Autorizaciones de Licencias Sanitarias, lleva a cabo el control y preservación de los expedientes conforme a los tiempos legales establecidos.
Realiza las siguientes actividades:

- Resguardo en archivo de trámite y de concentración.

El Departamento de Dictámenes Sanitarios, lleva a cabo el control y preservación de los expedientes conforme a los tiempos legales establecidos.
Realiza las siguientes actividades:

- Resguardo en archivo de trámite y de concentración.

La Coordinación Jurisdiccional Victoria, lleva a cabo el control y preservación de la copia del expediente conforme a los tiempos legales establecidos.
Realiza las siguientes actividades:

- Resguardo en archivo de trámite y de concentración.

NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	05 / JUL / 19
			REVISIÓN:	2
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV / 23
			CLAVE:	ANEXO 1.4
PROCESO:	EXPEDICIÓN DE LICENCIAS SANITARIAS ESTATALES			
PROCEDIMIENTOS:	• LICENCIAS SANITARIAS ESTATALES • VERIFICACIÓN SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD • DICTAMEN SANITARIO EN MATERIA DE SERVICIOS DE SALUD			
AREA RESPONSABLE:	DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN Y AUTORIZACIÓN SANITARIA			

ESQUEMA PEPSU				
Proveedor de la información de entrada	**Entradas**	**PROCEDIMIENTO (Sustantivo / Apoyo)**	**Salidas**	**Usuarios**
- Propietarios de establecimientos de servicios de salud. - Responsables Sanitarios de establecimientos médicos y paramédicos. - Representantes Legales. - Personas Autorizadas. - Instituciones de salud pública.	**PRIMERA VEZ** - Solicitud de Licencia Sanitaria. - Solicitud de Autorización de Responsable Sanitario, en su caso (Título, Cédula y/o diploma de especialidad, Curriculum Vitae, 2 fotografías, Pago del trámite de autorización de responsable). - Plano y memoria descriptiva (croquis). - Alta ante la S.H.C.P. - Relación de material y equipo existente. - Programa de Actividades o programa médico. - Papel membretado o receta, en su caso. - Pago de derechos correspondiente. - Aviso de Funcionamiento. **RENOVACIÓN:** - Solicitud de Licencia Sanitaria Estatal - Solicitud de Autorización de Responsable sanitario, con fotografías, en su caso. - Licencia Sanitaria anterior - Autorización de Responsable Sanitario anterior, en su caso - Papel membretado o receta en su caso. - Pago correspondiente	**EXPEDICION DE LICENCIAS SANITARIAS ESTATALES** - COEPRIS/DEAS/DALS01/2018 LICENCIA SANITARIA ESTATAL. - IT/CIS01/2018 Políticas de Servicio del Centro Integral de Servicios. - IT/DEAS01/2018 Criterios de Aceptación - Evaluación y Autorización Sanitaria. - IT/DEAS03/2019 Recepción de Documentos en DEAS para Tramite de Licencia. - IT/DEAS04/2019 Tipos de Tramites de Solicitud de Autorización de Responsable Sanitario. - IT/CJEAS01/2019 Criterios de Aceptación Revisión Documental del Trámite de Licencia Sanitaria – UEAS. - COEPRIS/CJ/CJEAS01/2019 VERIFICACION SANITARIA EN MATERIA DE SERVICIOS DE SALUD. - COEPRIS/DOS/DDS01/2018 DICTAMEN SANITARIO PARA ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD. - IT/DOS01/2019 Criterios de Elaboración de Dictamen Sanitario a Establecimientos de Servicios de Salud	- Licencia Sanitaria Estatal. - Autorización de Responsable Sanitario, en su caso. - Autorización de Auxiliar de Responsable, en su caso. - Oficio de Notificación al Usuario. - Oficio de Notificación a la Coordinación. - Oficio de Prevención (información complementaria). - Dictamen Sanitario. - Oficio Notificación de Dictamen Sanitario al Usuario. - Oficio Notificación de Dictamen Sanitario a la Coordinación. - Comprobante de Pago - Expediente.	- Propietarios de establecimientos de servicios de salud. - Responsables Sanitarios. - Representantes Legales. - Instituciones de salud pública. - Coordinación Jurisdiccional (UEAS) - Dir. Operación Sanitaria - Archivo Oficina Central

REQUISITOS:	
CLIENTE / USUARIO	**PARA LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO**
• Calidad en el Servicio • Cumplimiento en los tiempos de respuesta • Cumplimiento legal • Claridad de la información proporcionada por el CIS • Equidad en el trato	• Validación de los requisitos de entrada. • Prevención de documentación, en su caso. • Determinación de giros que requieren verificación sanitaria (inicial y renovación). • Cumplimiento, en su caso, de la verificación y dictamen sanitario. • Autorización de DEAS y Comisionado Estatal. • Hojas de papel con candados de seguridad. • Cumplimiento de requisitos por modalidad (revalidación, modificación, baja, entre otros).

LEGALES Y REGLAMENTARIOS

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.
- Ley de Asistencia Social.
- Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de Servicios de Atención Médica.
- Reglamento de la Ley General de salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos (PROY-NOM-007-2017).
- NORMA Oficial Mexicana NOM-014-SSA3-2013, Para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

- NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010, Que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología (PROY-NOM-006-SSA3-2017)
- NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA3-2012, Regulación de servicios de salud. Para la práctica de la acupuntura humana y métodos relacionados (PROY-NOM-017-SSA3-2018).
- NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (PROY-NOM-028-SSA2-2009.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica (PROY-NOM-028-SSA3-2018).
- NORMA Oficial Mexicana NOM-029-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la cirugía oftalmológica con láser excimer (PROY-NOM-029-SSA3-2018).
- NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.
- Ley de Salud Estatal para el Estado de Tamaulipas.
- Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social
- Reglamento de la Ley de Centros de Atención Infantil del Estado de Tamaulipas
- Ley de Hacienda del Estado de Tamaulipas
- Acuerdo No. 279 por el que se establecen los trámites y procedimientos relacionados con el reconocimiento de validez oficial de estudios del tipo superior.

RECURSOS:		
HUMANOS	**MATERIALES**	**INFRAESTRUCTURA**
CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS CENTRAL - VICTORIA		
5 personas: • 1 Responsable del CIS • 4 asesores de Ventanilla	• Gestión de los recursos necesarios a través de oficios o memorándums (papelería, toner entre otros).	• 6 computadoras. • 5 ventanillas de atención al público. • 2 impresoras • 1 multifuncional • 1 teléfono • Línea de internet. • Sistema electrónico para aviso de funcionamiento (SIIPRIS). • Cuentas de correo institucional • Mobiliario de oficina • 2 Pantallas para difusión de mensajes institucionales
COORDINACIÓN JURISDICCIONAL NO. 1 VICTORIA		
7 Personas: • 1 Coordinador Jurisdiccional • 1 asistente • 1 Encargado de UEAS • 1 Auxiliar Técnico • 1 Notificador • 2 Verificadores Sanitarios / Notificador	• Gestión de los recursos necesarios a través de oficios o memorándums (papelería, tóner, entre otros).	• 4 computadoras • 2 impresora / copiadora • 1 teléfono / extensiones • Línea de internet. • Vehículos • Cuentas de correo institucional • Mobiliario de oficina
DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN Y AUTORIZACIÓN SANITARIA		
6 personas: • 1 Director de Area • 1 asistente • 1 encargado Depto. DAS • 1 auxiliar de informática • 2 auxiliares administrativos	• Gestión de los recursos necesarios a través de oficios o memorándums (papelería, toner, sellos, entre otros). • Gestión de papel seguridad para generar la licencia sanitaria proporcionados por el Enlace Ejecutor de la DEAS.	• 6 computadoras • 2 impresoras • 2 multifuncionales • 2 teléfonos • Línea de internet • 1 Vehículo • Cuentas de correo institucional • Mobiliario de oficina
DIRECCIÓN DE OPERACIÓN SANITARIA		
7 personas: • 1 Director de Área • 1 asistente • 1 encargado Depto. DDS • 3 dictaminadores • 1 auxiliar administrativo (expedientes) / Notificador	• Gestión de los recursos necesarios a través de oficios o memorándums (papelería, toner, entre otros).	• 7 computadoras • 2 impresoras • 1 multifuncional • Línea de internet • Vehículos • 2 teléfonos • Cuentas de correo institucionales • Mobiliario de oficina

OFICINAS DEL COMISIONADO ESTATAL		
4 personas: • 1 Comisionado Estatal • 1 asistente • 2 Auxiliares de correspondencia • 1 Notificador	• Gestión de los recursos necesarios a través de oficios o memorándums (papelería, toner, entre otros).	• 4 computadoras • 3 impresoras • 1 multifuncional • 1 escáner • Línea de internet • 2 vehículos • 3 teléfonos • Cuentas de correo institucionales • Mobiliario de oficina

RIESGOS	
RIESGO DETECTADO	**PLAN DE ACCION**
1.- Tardanza excesiva de autoridades educativas pertinentes para corroborar la información de documentación profesional de los casos de falsificación.	• Convenio o acuerdo para agilizar las gestiones de información. • Análisis de la viabilidad de la entrega de información de manera electrónica. • Elaboración de Protocolo para el tratamiento de casos de falsificación de documentación académica.
RIESGO DETECTADO	**PLAN DE ACCION**
2.- Incumplimiento en los tiempos de respuesta determinados para la elaboración del dictamen sanitario en materia de servicios de salud.	• Capacitación a los dictaminadores de los diversos giros de sanitarios. • Rotación de personal que apoye en la elaboración de dictamen sanitario. • Definición formal del Encargado de Departamento de Dictamen Sanitario que apoye en el seguimiento de las acciones del personal.
RIESGO DETECTADO	**PLAN DE ACCION**
3.- Requisición de documentos insuficiente para la expedición de licencias sanitarias.	• Capacitación al personal de ventanilla de CIS para asesorar a los usuarios en el llenado de sus documentos de entrada (solicitudes y avisos de funcionamiento). • Revisión de Catalogo de Requisitos por trámite y actualización, a intervalos planificados.

RIESGO DETECTADO	PLAN DE ACCION
4.- Elaboración de actas de verificación sanitaria que no cumplen con los criterios establecidos o no cubren el objeto y alcance de lo solicitado por la Dirección de Operación Sanitaria.	• Capacitación para el llenado de actas de verificación sanitaria. • Revisión específica de la aplicación del objeto y alcance en las actas de verificación sanitaria, por parte de UEAS.
EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN	
Se dará seguimiento al Plan de Acción en 2 periodos anuales para determinar su avance en la reducción o eliminación del riesgo definido. Con base en lo anterior, se realizará un comparativo por medio de indicadores para reflejar el mejoramiento del proceso.	

**** Ver Matriz de Administración de Riesgos Institucionales**

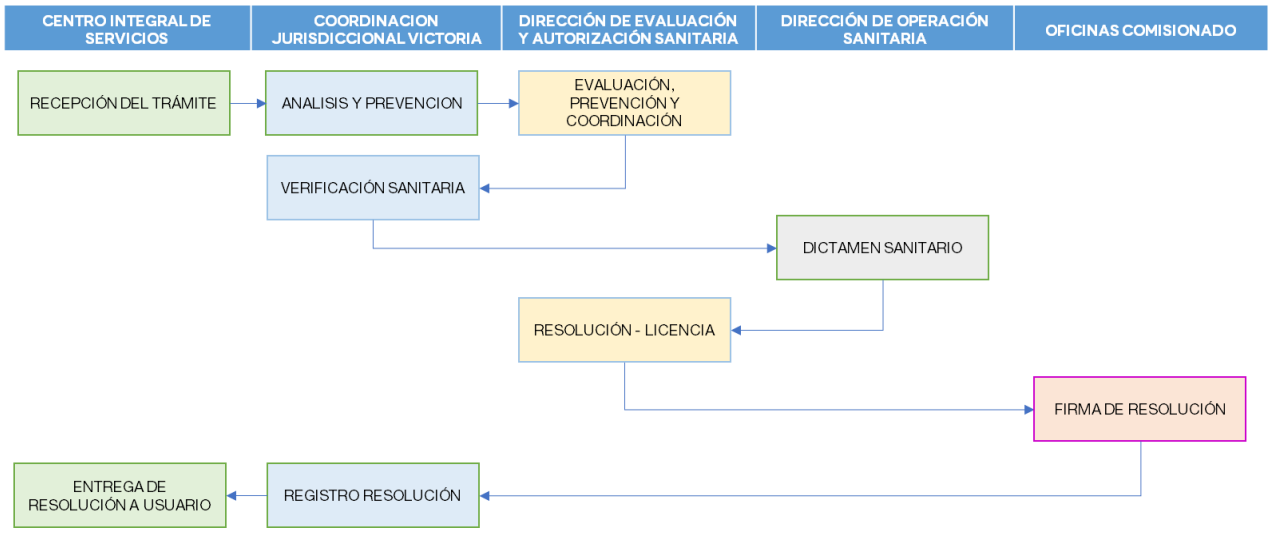
**** Ver Programa de Trabajo de Riesgos Institucionales.**

OPORTUNIDADES	
MEJORA	**Acciones de mejora a implementar**
1.- IMPLEMENTACIÓN DE LA BITACORA DE SEGUIMIENTO.- Sistema electrónico que trabaja bajo una plataforma de internet, en la cual accesan las áreas y responsables de realizar cada una de las actividades referentes a Licencias y Autorizaciones Sanitarias, desde su recepción documental en el CIS hasta su entrega de la resolución al usuario. Se genera folio electrónico del trámite por medio del cual se rastrea en la ejecución del proceso, determinando perfiles y privilegios de accso entre los responsables, siendo los titulares de las áreas los que cuenten con privilegios de supervisión específicos.	• Vinculación de información por áreas • Mejoramiento administrativo interno • Reducción de tiempos de respuesta • Compartir bases de datos • Eliminación de retrabajo • Supervisión efectiva • Sistematización total o parcial • Seguimiento y monitoreo • Rastreabilidad de la información • Formalización de expedientes • Digitalización de documentos
MEJORA	**Acciones de mejora a implementar**
2.- ELABORACIÓN DEL MANUAL DEL VERIFICADOR SANITARIO ESTATAL: Contar con una herramienta para desarrollar y orientar la verificación sanitaria con mayor efectividad y calidad, así como homologar las actividades que al respecto se realizan en el ámbito de la regulación sanitaria.	• Vinculación de información entre áreas • Mejoramiento administrativo interno • Reducción de tiempos de respuesta • Fundamento jurídico y criterios • Elaboración de guías técnicas • Supervisión efectiva • Seguimiento y monitoreo

EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS
Se solicita mensualmente los avances de las propuestas de mejora inscritas; se dará seguimiento independiente en 2 periodos anuales para determinar el cumplimiento de las acciones de mejora comprometidas. Con base en lo anterior, se realizará un comparativo por medio de indicadores para reflejar el mejoramiento del proceso, en los casos que así lo amerite.

**** Ver Propuestas de Mejora inscritas en el SGC COEPRIS y sus avances.**

PROCESO: EXPEDICIÓN DE LICENCIAS SANITARIAS ESTATALES



NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	05 / JUL / 19
			REVISIÓN:	2
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV / 23
			CLAVE:	ANEXO 1.4
PROCESO:	EXPEDICIÓN DE LICENCIAS SANITARIAS ESTATALES			
PROCEDIMIENTOS:	• LICENCIAS SANITARIAS ESTATALES • VERIFICACIÓN SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD • DICTAMEN SANITARIO EN MATERIA DE SERVICIOS DE SALUD			
AREA RESPONSABLE:	DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN Y AUTORIZACIÓN SANITARIA			

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO	REGISTRO
Inicio				
Recibe del usuario los requisitos para el ingreso de la solicitud.	Asesor CIS	COEPRIS/DEAS/DALS01/2018 LICENCIA SANITARIA ESTATAL	IT/CIS01/2018 Políticas de Servicio del CIS IT/DEAS02/2018 Instructivo de Llenado de Solicitud de Licencia Sanitaria Estatal	DEAS01 Requisitos
Valida con su firma y sello los requisitos y el comprobante de pago.			IT/CIS01/2018 Políticas de Servicio del CIS IT/DEAS1/2018 Criterios de Aceptación - Evaluación y Autorización Sanitaria.	
Prepara documentación para turnar solicitud y requisitos originales a UEAS	Responsable de CIS		IT/CIS01/2018 Políticas de Servicio del CIS	DEAS01 Requisitos Memorándum
Analiza los requisitos para su ingreso e integra expediente.	UEAS / Coordinación Jurisdiccional		IT/DEAS01/2018 Criterios de Aceptación - Evaluación y Autorización Sanitaria. IT/CJEAS01/2019 Criterios de Aceptación Revisión Documental del Tramite de Licencia Estatal - UEAS	Expediente
Una vez validado, prepara expediente para envío a DEAS				Expediente Memorándum
Registra la Integración del expediente recibido de la UEAS	DALS / DEAS		IT/DEAS03/2019 Recepción de Documentos en DEAS para trámite de Licencia Sanitaria.	Expediente Base de Datos
Determina con base en los criterios de aceptación, si el trámite requiere Verificación Sanitaria.	DALS		IT/DEAS01/2018 Criterios de Aceptación - Evaluación y Autorización Sanitaria.	Expediente
A				

NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	05 / JUL / 19
			REVISIÓN:	2
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV / 23
			CLAVE:	ANEXO 1.4
PROCESO:	EXPEDICIÓN DE LICENCIAS SANITARIAS ESTATALES			
PROCEDIMIENTOS:	• LICENCIAS SANITARIAS ESTATALES • VERIFICACIÓN SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD • DICTAMEN SANITARIO EN MATERIA DE SERVICIOS DE SALUD			
AREA RESPONSABLE:	DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN Y AUTORIZACIÓN SANITARIA			

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO	REGISTRO
A				
Cierra diligencia, dando a conocer los hallazgos y solicita la firma en el acta del encargado y dos testigos.	Verificador Sanitario	COEPRIS/CJ/CJEAS01/2019 VERIFICACIÓN SANITARIA EN MATERIA DE SERVICIOS DE SALUD		Acta de Verificación Sanitaria
Revisa la información recabada por el Verificador Sanitario al cierre de la diligencia y que cumpla con los criterios	UOS / UEAS		IT/DOS01/2019 Criterios de Elaboración de Dictamen Sanitario a Establecimientos de Servicios de Salud	Acta de Verificación Sanitaria CJ07 Orden de Verificación Sanitaria CJ05 CTCS-11
Genera expediente de la Verificación Sanitaria realizada y lo envía a la DOS	Coordinación Jurisdiccional			Oficio Expediente
Analiza la información del expediente a fin de realizar dictamen	DDS / DOS	COEPRIS/DOS/DDS01/2018 DICTAMEN SANITARIO A ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD	IT/DOS01/2019 Criterios de Elaboración de Dictamen Sanitario a Establecimientos de Servicios de Salud	
Elabora el Dictamen Sanitario, conforme al Acta de Verificación				Dictamen Sanitario CTCS-11 Expediente
Se valida y aprueba Dictamen Sanitario.	DOS / Comisionado Estatal			Dictamen Sanitario
Entrega copia del Dictamen Sanitario a la DEAS	DOS			Dictamen Sanitario Memorándum
B				

NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	05 / JUL / 19
			REVISIÓN:	2
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV / 23
			CLAVE:	ANEXO 1.4
PROCESO:	EXPEDICIÓN DE LICENCIAS SANITARIAS ESTATALES			
PROCEDIMIENTOS:	• LICENCIAS SANITARIAS ESTATALES • VERIFICACIÓN SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS DE SALUD • DICTAMEN SANITARIO EN MATERIA DE SERVICIOS DE SALUD			
AREA RESPONSABLE:	DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN Y AUTORIZACIÓN SANITARIA			

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO	REGISTRO
B				
Genera la Licencia Sanitaria de Servicios de Salud	DALS / DEAS	COEPRIS/DEAS/DALS01/2018 LICENCIA SANITARIA ESTATAL COEPRIS/OC/DA02/2018 DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES		Licencia Sanitaria Estatal Dictamen Sanitario
Valida y Autoriza licencia sanitaria estatal	DEAS / Comisionado Estatal	COEPRIS/DEAS/DALS01/2018 LICENCIA SANITARIA ESTATAL		
Recibe y registra la Licencia Sanitaria correspondiente y entrega a CIS	UEAS / Coordinación Jurisdiccional			Oficio Licencia Sanitaria Estatal.
Localiza a usuario para hacer entrega de la Licencia Sanitaria	Responsable de CIS / Asesor CIS		IT/CIS01/2018 Políticas de Servicio del CIS	
Entrega a usuario la Licencia Sanitaria Estatal y registra en control correspondiente	Asesor CIS			Licencia Sanitaria Estatal Control de documentos entregados
Fin				

NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	09 / AGO / 19
			REVISIÓN:	1
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV / 23
			CLAVE:	ANEXO 1.5.
PROCESO:	SANIDAD INTERNACIONAL MARÍTIMA			
PROCEDIMIENTOS:	• DESINSECTACIÓN DE EMBARCACIONES			
AREA RESPONSABLE:	DEPARTAMENTO DE SANIDAD INTERNACIONAL MARÍTIMA			

OBJETIVO:

Tomar las medidas necesarias para coadyuvar a evitar la propagación de enfermedades transmitidas por medio de vectores que pongan en riesgo la salud e integridad de la población nacional que pudiera ingresar por vía marítima.

ALCANCE:

Este Plan de Calidad aplica directamente al Departamento de Sanidad Internacional Marítima, que realiza la desinsectación para el control de vectores a embarcaciones que provengan de zonas de riesgo sanitario que ingresen a los puertos de Tampico y Altamira. Después de realizada la libre plática con el capitán de la embarcación y habiendo tomado en cuenta el riesgo de la procedencia de la misma, se da inicio al proceso de desinsectación para el control de los vectores siendo siempre acompañados en esta actividad por un representante designado por el capitán del buque, culminando con la entrega de la resolución respectiva.

INDICADORES:

CLAVE	NOMBRE	PERIODICIDAD	FORMULA	PROCEDENCIA
*** Ver Matriz de Indicadores del Proceso de Sanidad Internacional Marítima.				

PRESERVACIÓN DE EXPEDIENTES:

La preservación de los expedientes que contienen la evidencia de la realización del servicio, se realiza conforme a lo establecido en los Lineamientos para la Depuración de Archivos de la Administración Pública Estatal; Se determina el tiempo que los expedientes permanecen como archivo en trámite y el tiempo en archivo de concentración, para posteriormente realizar la gestión de baja documental.

El Departamento de Sanidad Internacional Marítima, conserva en archivo en trámite los expedientes 1 año y posteriormente le da el tratamiento de archivo de concentración por 5 años para que se lleve a cabo el control y preservación de los expedientes conforme a los tiempos legales establecidos.

- Resguardo en archivo de trámite y de concentración (Expediente).

NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	09 / AGO / 19
			REVISIÓN:	1
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV / 23
			CLAVE:	ANEXO 1.5.
PROCESO:	SANIDAD INTERNACIONAL MARÍTIMA			
PROCEDIMIENTOS:	• DESINSECTACIÓN DE EMBARCACIONES			
AREA RESPONSABLE:	DEPARTAMENTO DE SANIDAD INTERNACIONAL MARÍTIMA			

ESQUEMA PEPSU

Proveedor de la información de entrada	Entradas	PROCEDIMIENTO (Sustantivo / Apoyo)	Salidas	Usuarios
		SANIDAD INTERNACIONAL MARÍTIMA		
- Agencias navieras. - Administración Portuaria Integral a través de medio electrónico.	- ETA (Tiempo Estimado de Arribo) en medio electrónico. - Declaración Marítima de Sanidad. - Listados de: Tripulación, Vacunación, Últimos 10 puertos tocados, narcóticos, negativos. - Manifiesto de Carga. - Comprobante de Pago.	- COEPRIS/DSI/DSIM01/2018 DESINSECTACIÓN DE EMBARCACIONES - PROTOCOLO DE RECAMBIO DE TRIPULANTES DE EMBARCACIONES, PLATAFORMAS Y BUQUES - IT/DSIM01/2018 Criterios para ejecutar la Desinsectación de Embarcaciones. - IT/DSIM02/2018 Requisitos de Seguridad para ingreso a Terminales Portuarias. - IT/DSIM03/2018 Llenado de formatos resolutivos Sanidad Internacional Marítima.	- Certificado de Desinsectación - Notificación al Capitán - Certificado de Exención de Sanidad a Bordo, en su caso. - Comprobante de pago. - Notas informativas, en su caso. - Expediente	- Agencias navieras. - Capitán de embarcación en puerto. - Departamento Administrativo de oficina central. - Capitanía de Puerto. - Autoridades portuarias.

REQUISITOS:

CLIENTE / USUARIO	PARA LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO
• Calidad en el Servicio. • Cumplimiento en los tiempos de respuesta. • Cumplimiento legal. • Claridad de la información. • Equidad en el trato. • Orientación a usuarios.	• Embarcación que cruce en escolleras a su arribo a puerto. • Solicitud para comunicación de embarcación en boya de recalado y/o en caso de riesgo sanitario. • Aviso epidemiológico respecto a la procedencia de la embarcación. • Solicitud de certificado de exención de sanidad a bordo. • Primer autoridad que ingresa a la embarcación. • Validación de los requisitos de entrada. • Ejecución de libre plática al no existir riesgos sanitarios evidentes. • Cumplimiento de condiciones de seguridad para ingreso a la embarcación. • Tiempo de respuesta: 2 horas.
LEGALES Y REGLAMENTARIOS	

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Reglamento Sanitario Internacional.
- Ley General de Salud.
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Sanidad Internacional.
- Normas oficiales mexicanas.
- NOM-256-SSA1-2012 Condiciones Sanitarias que deben cumplir los establecimientos y personal dedicados a los servicios urbanos de control de plagas mediante plaguicidas.
- Ley de Salud Estatal para el Estado de Tamaulipas.
- Ley de Hacienda del Estado de Tamaulipas.

RECURSOS:		
HUMANOS	**MATERIALES**	**INFRAESTRUCTURA**
DIRECCIÓN DE SANIDAD INTERNACIONAL		
3 personas: • 1 Director de área • 1 asistente • 1 Auxiliar técnico	• Gestión de los recursos necesarios a través de oficios o memorándums (papelería, toner, entre otros).	• 3 computadoras. • 4 impresoras • 1 teléfono • Línea de internet. • 1 vehículo • Cuentas de correo institucional • Mobiliario de oficina
DEPARTAMENTO DE SANIDAD INTERNACIONAL MARÍTIMA		
9 Personas: • 1 Jefe de Departamento • 1 Administrador • 2 Auxiliares Administrativos • 5 Verificadores Sanitarios	• Gestión de los recursos necesarios a través de oficios o memorándums (papelería, tóner, químicos de fumigación, equipo para fumigar, artículos de limpieza, entre otros). • Gestión de papel seguridad para generar los documentos resolutivos proporcionados por el Departamento Administrativo de oficina central.	• 6 computadoras • 4 impresora • 1 multifuncional • 2 teléfono / extensiones • 2 líneas de internet. • 4 vehículos • Cuentas de correo institucional • Mobiliario de oficina • Área de almacén de químicos y equipamiento para fumigación.

NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	09 / AGO / 19
			REVISIÓN:	1
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV / 23
			CLAVE:	ANEXO 1.5.
PROCESO:	SANIDAD INTERNACIONAL MARÍTIMA			
PROCEDIMIENTOS:	• DESINSECTACIÓN DE EMBARCACIONES			
AREA RESPONSABLE:	DEPARTAMENTO DE SANIDAD INTERNACIONAL MARÍTIMA			

RIESGOS	
RIESGO DETECTADO	**PLAN DE ACCION**
1.- Contaminación en sangre por el manejo de producto químico utilizado.	• Monitoreo de niveles altos de colinesterasa en sangre del personal que lleva a cabo la desinsectación, al menos 1 vez al año. • Utilización del equipamiento completo de seguridad al momento de la desinsectación.
EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN	
Se dará seguimiento al Plan de Acción en 2 periodos anuales para determinar su avance en la reducción o eliminación del riesgo definido. Con base en lo anterior, se realizará un comparativo por medio de indicadores para reflejar el mejoramiento del proceso.	

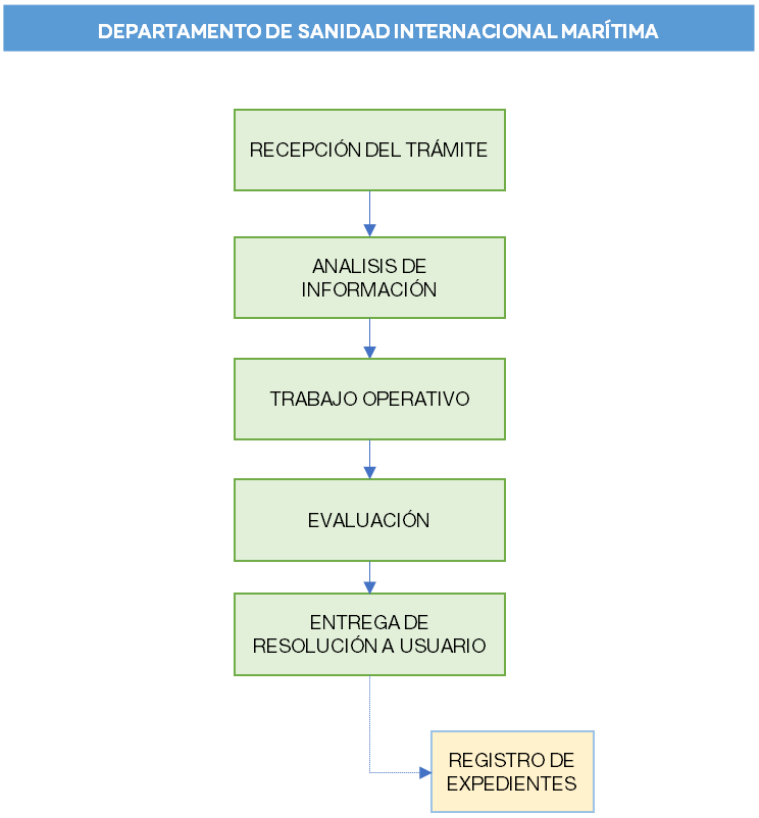
**** Ver Matriz de Administración de Riesgos Institucionales**

**** Ver Programa de Trabajo de Riesgos Institucionales.**

OPORTUNIDADES	
MEJORA	**Acciones de mejora a implementar**
1.- Adquisición de un sistema de comunicación de telefonía móvil e internet para el área de Sanidad Internacional Marítima.	• Vinculación de información entre áreas • Mejoramiento Administrativo Interno • Supervisión efectiva • Seguimiento y Monitoreo
2.- Generación de estrategias para mejorar las condiciones de protección de los trabajadores que realizan acciones de verificación sanitaria en embarcaciones, considerando el riesgo de trabajo a los que se ven expuestos.	• Brindar certeza de protección a los trabajadores que desarrollen actividades que representen un riesgo de salud laboral.
EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS	
Se solicita mensualmente los avances de las propuestas de mejora inscritas; se dará seguimiento independiente en 2 periodos anuales para determinar el cumplimiento de las acciones de mejora comprometidas. Con base en lo anterior, se realizará un comparativo por medio de indicadores para reflejar el mejoramiento del proceso, en los casos que así lo amerite.	

**** Ver Propuestas de Mejora inscritas en el SGC COEPRIS**

PROCESO: SANIDAD INTERNACIONAL MARÍTIMA



NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	09 / AGO / 19
			REVISIÓN:	1
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV / 23
			CLAVE:	ANEXO 1.5.
PROCESO:	SANIDAD INTERNACIONAL MARÍTIMA			
PROCEDIMIENTOS:	• DESINSECTACIÓN DE EMBARCACIONES			
AREA RESPONSABLE:	DEPARTAMENTO DE SANIDAD INTERNACIONAL MARÍTIMA			

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO	REGISTRO
Inicio				
Recibe ETA, Declaración Marítima de la Embarcación.	Departamento de Sanidad Internacional Marítima	COEPRIS/DSI/DSIM01/2018 Desinsectación de Embarcaciones		Requisitos (ETA / PSP, Declaración marítima)
Analiza la información de procedencia de la embarcación para su ingreso.			IT/DSIM01/2018 Criterios para ejecutar la Desinsectación de Embarcaciones	
Recibe y actualiza la programación de entrada de las embarcaciones	Personal Administrativo Sanidad Internacional Marítima			DSI01 Programación de Buques
Prepara la documentación requerida y el químico para desinsectar.	Departamento de Sanidad Internacional Marítima / Verificadores Sanitarios			Formatos con papel seguridad
Ingresa a la embarcación y realiza la libre plática y revisa la documentación	Verificador Sanitario		IT/DSIM02/2018 Requisitos de seguridad para ingreso a terminales portuarias	
Elabora los documentos de notificación al capitán, exención de sanidad a bordo en su caso.			IT/DSIM03/2018 Llenado de formatos resolutivos Sanidad Internacional Marítima.	Notificación al Capitán Exención de Sanidad a Bordo.
Notifica al capitán el inicio del proceso de desinsectación y las áreas y método a aplicar.			IT/DSIM01/2018 Criterios para ejecutar la Desinsectación de Embarcaciones	Certificación de desinsectación
Inicia el procedimiento de Desinsectación, en tres fases.			IT/DSIM01/2018 Criterios para ejecutar la Desinsectación de Embarcaciones	
A				

NATURALEZA DEL PROCESO:	MISIONAL	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	09 / AGO / 19
			REVISIÓN:	1
			FECHA DE REVISIÓN:	01 / NOV / 23
			CLAVE:	ANEXO 1.5.
PROCESO:	SANIDAD INTERNACIONAL MARÍTIMA			
PROCEDIMIENTOS:	• DESINSECTACIÓN DE EMBARCACIONES			
AREA RESPONSABLE:	DEPARTAMENTO DE SANIDAD INTERNACIONAL MARÍTIMA			

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO	REGISTRO
A				
Informa al Capitán la conclusión de la desinsectación, entrega los documentos resolutivos y desciende de la embarcación.	Verificador sanitario	COEPRIS/DSI/DSIM01/2018 Desinsectación de Embarcaciones	IT/DSIM01/2018 Criterios para ejecutar la Desinsectación de Embarcaciones IT/DSIM02/2018 Requisitos de seguridad para ingreso a terminales portuarias	Notificación al Capitán Certificado de Desinsectación Certificado de exención de sanidad a bordo, en su caso.
En oficina, se revisa la documentación recopilada en la diligencia.	Personal Administrativo Sanidad Internacional Marítima		IT/DSIM01/2018 Criterios para ejecutar la Desinsectación de Embarcaciones	Requisitos Documentos resolutivos
Registra en reporte mensual de actividades, identificando los casos de desinsectación y elabora expediente.				DSI02 Reporte Mensual de Actividades Expediente
Envía informe mensual a la Dirección de Sanidad Internacional, con información estadística de las actividades de Sanidad Internacional Marítima.	Departamento de Sanidad Internacional Marítima			DSI03 Informe Mensual
FIN				

NATURALEZA DEL PROCESO:	ESTRATÉGICO	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	10 / SEP / 19
			REVISIÓN:	1
			FECHA DE REVISIÓN.	25 / JUL / 22
			CLAVE:	ANEXO 1.6.
PROCESO:	ALTA DIRECCIÓN			
PROCEDIMIENTOS:	• REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN • PROPUESTAS DE MEJORA • REVISIÓN DE METAS			
AREA RESPONSABLE:	RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC COEPRIS			

OBJETIVO:

Definir la eficacia de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad de la COEPRIS, con base en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015, por medio de revisiones periódicas que integre, entre otros rubros, los elementos de entrada de la Revisión por la Dirección, gestiones y asesorías jurídicas, la identificación, implantación y seguimiento de propuestas de mejora ya sea a través de propuestas internas derivadas de las áreas involucradas, como las solicitadas por las autoridades en materia de mejora regulatoria, así como la revisión de metas mensuales e indicadores inscritos en cada uno de los procesos, que ayude fortalecer su desempeño y favorecer la participación de las áreas y líderes de programas en la adopción conjunta de decisiones.

ALCANCE:

Este plan de Calidad lo ejecuta el Responsable del Sistema de Gestión de Calidad, en materia de la elaboración de la Revisión por la Dirección, Propuestas de Mejora, planificación y seguimiento de indicadores, desde la planeación de la revisión de la dirección, incluyendo las solicitudes de las entradas de información a las áreas pertinentes que se encuentren involucrados en el SGC, hasta el seguimiento de los acuerdos emanados respecto a los resultados de la misma.

En materia de Revisión de Metas, es responsabilidad del área del Responsable de la Implementación del SGC, aplicar el procedimiento a través de la Auditorías internas de Calidad, solicitando de manera mensual de las metas logradas a los líderes de cada uno de los programas, proyectos, procesos y tramites definidos, hasta la generación de la toma de decisiones derivada del Informe de Resultados de la revisión de metas e indicadores.

Asimismo toda la información derivada del SGC, puede ser analizada y proporcionar asesorías en materia jurídica por parte del Departamento Jurídico y Consultivo de la COEPRIS.

INDICADORES:

CLAVE	NOMBRE	PERIODICIDAD	FORMULA	PROCEDENCIA
*** Ver Matriz de Indicadores del Proceso de Alta Dirección.				

NATURALEZA DEL PROCESO:	ESTRATÉGICO	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN: 10 / SEP / 19 REVISIÓN: 1 FECHA DE REVISIÓN. 25 / JUL / 22 CLAVE: ANEXO 1.6.
PROCESO:	ALTA DIRECCIÓN		
PROCEDIMIENTOS:	• REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN • PROPUESTAS DE MEJORA • REVISIÓN DE METAS		
AREA RESPONSABLE:	RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC COEPRIS		

PRESERVACIÓN DE EXPEDIENTES:

La preservación de la documentación relativa a cada uno de los procedimientos se realiza conforme a lo establecido en los Lineamientos para la Depuración de Archivos de la Administración Pública Estatal; Se determina el tiempo que la documentación permanece como archivo en trámite y el tiempo en archivo de concentración, para posteriormente realizar la gestión de baja documental.

Del área del Responsable del Sistema de Gestión de Calidad, se conserva en archivo en trámite los expedientes 2 años y posteriormente le da el tratamiento de archivo de concentración por 5 años para que se lleve a cabo el control y preservación de los expedientes conforme a los tiempos legales establecidos.

ESQUEMA PEPSU

Proveedor de la información de entrada	Entradas	PROCEDIMIENTO (Sustantivo / Apoyo)	Salidas	Usuarios
REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN – PROPUESTAS DE MEJORA				
- Áreas de la COEPRIS - Contraloría Gubernamental	- Entradas de la Revisión por la Dirección. - Formato de Inscripción de propuesta de mejora. - Acuerdo anual de Mejora Regulatoria. - Plan de Trabajo Anticorrupción.	- COEPRIS/CGC/CTCS01/2018 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN. - COEPRIS/OC/CTCS01/2018 PROPUESTAS DE MEJORA.	- Calendario de Revisiones por la Dirección. - Resultados de la Revisión por la Dirección. - Informe de avances de Propuestas de mejora. - Proyectos y avances de mejora regulatoria - Propuesta de Mejora - Avances del Plan Anticorrupción.	- Áreas involucradas de la COEPRIS. - Contraloría Gubernamental. - Sistema Estatal Anticorrupción.
REVISION DE METAS - INDICADORES				
- Áreas de la COEPRIS. - Lideres de proyectos y programas. - Responsable SGC. - Contacto con SFS	- Procedimientos, Instructivos - POA - Proyectos Federales. - Planificación de Objetivos de Calidad. - Tarjeta informativa - Tableros de control y seguimiento.	- COEPRIS/CTCS/RVM01/2019 REVISIÓN DE METAS. - 05 MCC Partes Interesadas - 06 MCC Administración de Riesgos - IT/CD06/2019 Análisis y Evaluación de Riesgos Institucionales.	- Matriz de Indicadores - Planificación de Objetivos de Calidad. - Fichas técnicas - POA Avances - Evaluación de Riesgos Institucionales.	- Áreas responsables de la COEPRIS. - Responsable del SGC. - Secretaría de Salud (Subsecretaría Planeación). - COFEPRIS - Contacto con SFS

NATURALEZA DEL PROCESO:	ESTRATÉGICO	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN: 10 / SEP / 19 REVISIÓN: 1 FECHA DE REVISIÓN. 25 / JUL / 22 CLAVE: ANEXO 1.6.
PROCESO:	ALTA DIRECCIÓN		
PROCEDIMIENTOS:	• REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN • PROPUESTAS DE MEJORA • REVISIÓN DE METAS		
AREA RESPONSABLE:	RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC COEPRIS		

REQUISITOS:

CLIENTE / USUARIO	PARA LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO
• Calidad en la información. • Cumplimiento en los tiempos de respuesta. • Cumplimiento legal. • Claridad de la información. • Asesoría para la entrega adecuada de información. • Utilización correcta de sus bases de datos.	• Propuestas de mejora debidamente autorizadas por el Comisionado Estatal. • Cumplimiento del protocolo definido para propuestas de mejora regulatoria emitido por la Contraloría Gubernamental. • Contar con un calendario de revisiones por la Dirección. • Captación de la información trimestral de los diversos elementos de medición. • Entradas para la Revisión por la Dirección. • Plan de Trabajo Anticorrupción • Revisión permanente de los medios de captación de quejas y sugerencias. • Selección de muestra aleatoria de los programas, proyectos o trámites, para su revisión de metas. • Validación de bases de datos con el área responsable.

LEGALES Y REGLAMENTARIOS

• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
• Norma ISO 9001:2015.
• Ley para la Mejora Regulatoria del Estado de Tamaulipas.

RECURSOS:

HUMANOS	MATERIALES	INFRAESTRUCTURA
AREA TÉCNICA – RESPONSABLE DEL SGC		
• 2 Asesores Técnicos • 1 Responsable del SGC • 1 enlace de Capacitación • 1 Encargado del Centro de Monitoreo • 2 Auxiliares Administrativos CAM	• Gestión de los recursos necesarios a través de oficios o memorándums (papelería, toner, entre otros).	• 7 computadoras. • 5 impresoras • 1 multifuncional • 2 teléfono / extensión • Línea de internet. • Cuentas de correo institucional • Cuenta exclusiva del SGC – Plataforma One Drive. • Mobiliario de oficina

NATURALEZA DEL PROCESO:	ESTRATÉGICO	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN: 10 / SEP / 19 REVISIÓN: 1 FECHA DE REVISIÓN. 25 / JUL / 22 CLAVE: ANEXO 1.6.
PROCESO:	ALTA DIRECCIÓN		
PROCEDIMIENTOS:	• REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN • PROPUESTAS DE MEJORA • REVISIÓN DE METAS		
AREA RESPONSABLE:	RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC COEPRIS		

RIESGOS

RIESGO DETECTADO	PLAN DE ACCION
1.- Metas e indicadores declarados en los Programas y Proyectos Operativos, sin evidencia o sustento de su ejecución (riesgo 2018-12).	• Modificación al procedimiento de Revisión de Metas. • Aplicación de Revisión de metas a partir del 3er. Trimestre 2019, definiendo muestras representativas y generando informes.
RIESGO DETECTADO	**PLAN DE ACCION**
2.- Falta de planeación efectiva de la construcción de Indicadores del SGC y COEPRIS, que proporcione información útil para la toma de decisiones de la alta dirección, vinculada a la corresponsabilidad y buen uso de las bases de datos de las áreas.	• Generación de planificación de la matriz de indicadores, incluyendo los que se encuentren directamente relacionados con los riesgos. • Corroborar con las áreas las bases de datos para alimentar el indicador.

EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN

Se dará seguimiento al Plan de Acción en 2 periodos anuales para determinar su avance en la reducción o eliminación del riesgo definido. Con base en lo anterior, se realizará un comparativo por medio de indicadores para reflejar el mejoramiento del proceso.

**** Ver Matriz de Administración de Riesgos Institucionales y CTCS-19**

**** Ver Programa de Trabajo de Riesgos Institucionales.**

OPORTUNIDADES

MEJORA	Acciones de mejora a implementar
1.- Generación de Sistema Electrónico para el control de la Matriz de Indicadores del Sistema de Gestión de Calidad.	• Vinculación de información entre áreas • Mejoramiento Administrativo Interno • Sistematización total o parcial • Seguimiento y Monitoreo • Rastreabilidad de la Información

EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS

Se solicita mensualmente los avances de las propuestas de mejora inscritas; se dará seguimiento independiente en 2 periodos anuales para determinar el cumplimiento de las acciones de mejora comprometidas. Con base en lo anterior, se realizará un comparativo por medio de indicadores para reflejar el mejoramiento del proceso, en los casos que así lo amerite.

**** Ver Propuestas de Mejora inscritas en el SGC COEPRIS**

NATURALEZA DEL PROCESO:	ESTRATÉGICO	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN: 10 / SEP / 19 REVISIÓN: 1 FECHA DE REVISIÓN. 25 / JUL / 22 CLAVE: ANEXO 1.6.
PROCESO:	ALTA DIRECCIÓN		
PROCEDIMIENTOS:	• REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN • PROPUESTAS DE MEJORA • REVISIÓN DE METAS		
AREA RESPONSABLE:	RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC COEPRIS		

PROCESO: ALTA DIRECCIÓN

NATURALEZA DEL PROCESO:	ESTRATÉGICO	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN: 10 / SEP / 19 REVISIÓN: 1 FECHA DE REVISIÓN. 25 / JUL / 22 CLAVE: ANEXO 1.6.
PROCESO:	ALTA DIRECCIÓN		
PROCEDIMIENTOS:	• REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN • PROPUESTAS DE MEJORA • REVISIÓN DE METAS		
AREA RESPONSABLE:	RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC COEPRIS		

REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN – PROPUESTAS DE MEJORA

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO	REGISTRO
Inicio				
Elabora y valida calendario de Revisiones por la Dirección.	Comisionado Estatal / Responsable del SGC	COEPRIS/CGC/CTCS01/2018 REVISION POR LA DIRECCIÓN		Calendario de Revisiones por la Dirección
Integra, en la fecha programada la información de entrada para la Revisión por la Dirección y solicita a las áreas lo pertinente.	Responsable del SGC / Areas responsables			Tarjeta Informativa Memorandum Presentación
En caso de propuestas de mejora en el SGC o de mejora regulatoria, presenta los avances de las mismas.	Responsable del SGC	COEPRIS/OC/CTCS01/2018 PROPUESTAS DE MEJORA		Propuesta de Mejora Informe de Resultados Preliminares
Convoca a los miembros del CGC e invitados y presenta la información de entrada a la Revisión por la Dirección	Comité de Gestión de Calidad / Responsable del SGC	COEPRIS/CGC/CTCS01/2018 REVISION POR LA DIRECCIÓN	IT/CTCS01/2018 Instructivo de Llenado de Minuta de Juntas	Memorándum Presentación Minuta de Juntas
Se determinan los acuerdos y compromisos y se da seguimiento a los mismos los cuales, deberán presentar avance para la próxima reunión del CGC.				Presentación Tarjeta Informativa Minuta de Juntas
Se integran los Resultados de la Revisión por la Dirección y se entregan al CGC.	Responsable del SGC			Resultados de la Revisión por la Dirección Memorándum
FIN				

NATURALEZA DEL PROCESO:	ESTRATÉGICO	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN: 10 / SEP / 19 REVISIÓN: 1 FECHA DE REVISIÓN. 25 / JUL / 22 CLAVE: ANEXO 1.6.
PROCESO:	ALTA DIRECCIÓN		
PROCEDIMIENTOS:	• REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN • PROPUESTAS DE MEJORA • REVISIÓN DE METAS		
AREA RESPONSABLE:	RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC COEPRIS		

REVISIÓN DE METAS

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO	REGISTRO
Inicio				
Elabora Tableros de Control y de Seguimiento solicitando información de programas y proyectos; Matriz de Indicadores	Area de Calidad / Responsable del SGC / Responsables de proyectos y programas.			Matriz de Indicadores Tablero de Control Tablero de Seguimiento Tarjeta informativa Documentación soporte
Integra información en tableros de control y seguimiento y selecciona programas, proyectos o trámites a someter en el mes a la revisión de metas.	Area de Calidad			Tablero de Control Tablero de Seguimiento Tarjeta informativa
Notifica la revisión a los responsables y ejecuta la misma in sito, realizando entrevista y revisión de expedientes.	Ejecutor de la Revisión	COEPRIS/CTCS/RVM01/2019 Revisión De Metas		Oficio de Notificación Tarjeta informativa Documentación soporte
Analiza los datos y genera informe de resultados de la Revisión de metas.				Informe de Resultados Tarjeta informativa
Se valida el informe de resultados y se entrega a las áreas pertinentes, generando acuerdos y compromisos.	Comisionado Estatal / Responsable del SGC / Areas responsables			Informe de Resultados Oficio Minuta de Juntas
Da seguimiento a los acuerdos de las áreas pertinentes y en la próxima reunión, presenta avances.	Responsable SGC / Ejecutor de la Revisión		IT/CTCS01/2018 Instructivo de Llenado de Minuta de Juntas	Minuta de Juntas
Fin				

NATURALEZA DEL PROCESO:	ESTRATÉGICO	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	15 / AGO / 19
			REVISIÓN:	0
			FECHA DE REVISIÓN:	15 / AGO / 19
			CLAVE:	ANEXO 1.7.
PROCESO:	CALIDAD			
PROCEDIMIENTOS:	• CONTROL DE DOCUMENTOS DEL SGC • AUDITORÍAS INTERNAS • ACCIÓN CORRECTIVA • Análisis y Evaluación de Riesgos Institucionales • RECEPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE QUEJAS Y SUGERENCIAS			
AREA RESPONSABLE:	RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC COEPRIS			

OBJETIVO:

Planear la implementación del Sistema de Gestión de Calidad por medio de protocolos, mecanismos y estrategias de control de documentación, evaluación de riesgos institucionales y partes interesadas, aplicación de mecanismos para conocer el clima organizacional, ejecución de talleres de formación, aseguramiento de la comprensión del contexto de la organización, consolidación de planes de calidad, integración de objetivos de calidad, seguimiento de quejas y sugerencias, evaluación del SGC por medio de ejercicios de auditoría interna, entre otros, que garanticen el cumplimiento de los requisitos aplicables, para consolidar la operación de los procesos de la COEPRIS y contribuir al logro de su misión y su visión, con base en su política de calidad.

ALCANCE:

Este Plan de Calidad aplica a todas las áreas involucradas en el Sistema de Gestión de Calidad y de manera transversal se encuentra inmerso en los procesos de la COEPRIS; su alcance solamente incluye a Oficinas Centrales, Sanidad Internacional Marítima y la Coordinación Jurisdiccional No. 1 Victoria, independientemente que en operatividad se utilice para homologar criterios en las demás áreas, fuera del alcance.

PRESERVACIÓN DE EXPEDIENTES:

La preservación de la documentación relativa a cada uno de los procedimientos se realiza conforme a lo establecido en los Lineamientos para la Depuración de Archivos de la Administración Pública Estatal; Se determina el tiempo que la documentación permanece como archivo en trámite y el tiempo en archivo de concentración, para posteriormente realizar la gestión de baja documental.

Del área del Responsable del Sistema de Gestión de Calidad, se conserva en archivo en trámite los expedientes 1 año y posteriormente le da el tratamiento de archivo de concentración por 5 años para que se lleve a cabo el control y preservación de los expedientes conforme a los tiempos legales establecidos.

ESQUEMA PEPSU				
Proveedor de la información de entrada	Entradas	PROCEDIMIENTO (Sustantivo / Apoyo)	Salidas	Usuarios
CALIDAD				
CONTROL DE DOCUMENTOS SGC				
- Áreas de la COEPRIS	- Solicitud de Alta baja o cambio a documentos. - Mapa de Procesos. - Documentación soporte. - Solicitud de altas y bajas de documentos externos	- COEPRIS/CTCS/CD01/2018 CONTROL DE DOCUMENTOS DEL SGC. - IT/CD01/2018 Criterios para el Llenado de registros de control de calidad. - IT/CD02/2018 Estructura y Codificación de documentos SGC. - IT/CD03/2018 Criterios de Edición, Autorización y Liberación de Documentos. - IT/CD04/2018 Control de información documentada.	- Documento electrónico pdf. - Plataforma Google Drive – cuenta sgc.coepris@tam.gob.mx - Lista maestra - Documento de alta o modificado original - Solicitud de Alta Baja o cambio a documentos (acuse). - Documento obsoleto original. - Controles pertinentes.	- Controlador de Documentos - Áreas responsables del alta o modificación. - Áreas involucradas de la COEPRIS. - Usuarios en el SGC Plataforma Google.
ANALISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS				
- Áreas de la COEPRIS.	- Lineamientos de Control Interno y Administración de Riesgos. - Matriz de Riesgos Institucional - Control y Seguimiento de Partes Interesadas CGC-01	05 MCC Partes Interesadas 06 MCC Administración de Riesgos IT/CD06/2019 Análisis y Evaluación de Riesgos Institucionales. - COEPRIS/CTCS/CD01/2018 CONTROL DE DOCUMENTOS DEL SGC. - COEPRIS/CGC/CTCS01/2018 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN.	- Matriz de Riesgos - Programa de Trabajo de Riesgos Institucionales - Análisis y Evaluación de Riesgos CTCS-19. - Tarjeta de Seguimiento de Riesgos Institucionales. - Control y Seguimiento de Partes Interesadas CGC01 A. - Tarjeta de Seguimiento de Partes Interesadas - Plataforma Google Drive.	- Áreas responsables de la COEPRIS. - Responsable del SGC. - Contraloría Gubernamental. - Comité de Calidad

NATURALEZA DEL PROCESO:	ESTRATÉGICO	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	15 / AGO / 19
			REVISIÓN:	0
			FECHA DE REVISIÓN:	15 / AGO / 19
			CLAVE:	ANEXO 1.7.
PROCESO:	CALIDAD			
PROCEDIMIENTOS:	• CONTROL DE DOCUMENTOS DEL SGC • AUDITORÍAS INTERNAS • ACCIÓN CORRECTIVA • Análisis y Evaluación de Riesgos Institucionales • RECEPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE QUEJAS Y SUGERENCIAS			
AREA RESPONSABLE:	RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC COEPRIS			

AUDITORÍAS INTERNAS Y ACCIONES CORRECTIVAS				
- Areas de la COEPRIS - Auditores internos	- Programa de Auditoría - Notificación de auditoría - SACs (no auditoría). - Plan de Auditoría	- COEPRIS/CTCS/CD02/2018 AUDITORÍAS INTERNAS. - COEPRIS/CTCS/CD03/2019 ACCIÓN CORRECTIVA. - IT/CTCS02 Elaboración y Tratamiento de SAC. - COEPRIS/CTCS/CD01/2018 CONTROL DE DOCUMENTOS DEL SGC. - COEPRIS/CGC/CTCS01/2018 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN.	- Reporte de Auditorías Internas - Evaluación del auditor Interno. - SACs (compromisos y seguimiento). - Controles pertinentes - Evidencias.	- Áreas auditadas. - Áreas responsables de implementar acciones correctivas - Auditores Internos en entrenamiento. - Comité de Calidad - Controlador de Documentos. - Auditor Líder.
QUEJAS Y SUGERENCIAS				
Usuarios	- Registro de Queja - Manifestación por los canales establecidos (Línea telefónica 800, correo electrónico, página web, redes sociales, buzones, encuestas, oficios y personales) - SACs (no auditoría)	- COEPRIS/CTCS/CIS04/2018 RECEPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE QUEJAS Y SUGERENCIAS. - COEPRIS/CTCS/CD03/2019 ACCIÓN CORRECTIVA. - COEPRIS/CTCS/CD01/2018 CONTROL DE DOCUMENTOS DEL SGC. - COEPRIS/CGC/CTCS01/2018 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN.	- Registro de Queja. - SACs (compromisos y seguimiento). - Controles pertinentes. - Registro de Queja de Servicio. - Respuesta de Inconformidad. - Tarjetas informativas.	- Usuarios - Áreas responsables - Comisionado

INDICADORES:				
CLAVE	NOMBRE	PERIODICIDAD	FORMULA	PROCEDENCIA
*** Ver Matriz de Indicadores del Proceso de Calidad.				

NATURALEZA DEL PROCESO:	ESTRATÉGICO	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	15 / AGO / 19
			REVISIÓN:	0
			FECHA DE REVISIÓN:	15 / AGO / 19
			CLAVE:	ANEXO 1.7.
PROCESO:	CALIDAD			
PROCEDIMIENTOS:	• CONTROL DE DOCUMENTOS DEL SGC • AUDITORÍAS INTERNAS • ACCIÓN CORRECTIVA • Análisis y Evaluación de Riesgos Institucionales • RECEPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE QUEJAS Y SUGERENCIAS			
AREA RESPONSABLE:	RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC COEPRIS			

REQUISITOS:

CLIENTE / USUARIO	PARA LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO
• Calidad en el Servicio. • Cumplimiento en los tiempos de respuesta. • Cumplimiento legal. • Claridad de la información. • Equidad en el trato. • Orientación a usuarios. • Atención inmediata de manifestaciones ciudadana. • Fiabilidad y confianza en ejecución de auditoria interna	• Cumplimiento protocolario de las solicitudes pertinentes • Mecanismo de alta de documentos en SGC • Plataforma Google Drive para almacenar la documentación del SGC • Validación de los requisitos de entrada. • Revisión permanente de los medios de captación de quejas y sugerencias. • Análisis de las causas de no conformidades. • Protocolo de seguimiento de programa de auditorías internas, contemplando los 7 últimos apartados de la Norma ISO 9001:2015. • Evaluaciones de auditores internos. • Criterios de Clasificación de hallazgos de auditoria interna.

LEGALES Y REGLAMENTARIOS

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Norma ISO 9001:2015.
- Norma ISO 19011:2018.
- Ley Estatal de Procedimiento Administrativo.
- Normas Generales de Control Interno para la Administración Pública Estatal.
- Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos emitido por la Contraloría Gubernamental.

RECURSOS:

HUMANOS	MATERIALES	INFRAESTRUCTURA
RESPONSABLE DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD		
11 personas: • 1 Responsable del SGC • 1 asistente • 1 Controlador de Documentos y Auditor Líder • 1 Auxiliar de calidad • 1 Encargado del Centro de Monitoreo • 6 Auxiliares Administrativos CAM	• Gestión de los recursos necesarios a través de oficios o memorándums (papelería, toner, entre otros).	• 10 computadoras. • 3 impresoras • 1 multifuncional • 3 teléfono / extensión • Línea 800 • Línea de internet. • 1 vehículo • Cuentas de correo institucional • Cuenta exclusiva del SGC – Plataforma Google Drive. • Cuenta exclusiva Centro Monitoreo • Mobiliario de oficina

NATURALEZA DEL PROCESO:	ESTRATÉGICO	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	15 / AGO / 19
			REVISIÓN:	0
			FECHA DE REVISIÓN:	15 / AGO / 19
			CLAVE:	ANEXO 1.7.
PROCESO:	CALIDAD			
PROCEDIMIENTOS:	• CONTROL DE DOCUMENTOS DEL SGC • AUDITORÍAS INTERNAS • ACCIÓN CORRECTIVA • Análisis y Evaluación de Riesgos Institucionales • RECEPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE QUEJAS Y SUGERENCIAS			
AREA RESPONSABLE:	RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC COEPRIS			

RIESGOS	
RIESGO DETECTADO	**PLAN DE ACCION**
1.- Inconsistencia en la Calendarización de Revisión del Programa de Control Interno y de Administración de Riesgos por parte del ente evaluador (Contraloría Gubernamental).	• Generación de mecanismo para ponderar la prioridad de los riesgos detectados con base en los criterios establecidos por la Contraloría en materia de la Matriz de Riesgos. • Calendario de evaluaciones de riesgos para detectar su reducción o eliminación.
RIESGO DETECTADO	**PLAN DE ACCION**
2.- Análisis de la causa raíz de las no conformidades por parte de las áreas que no solventan o cubren de manera efectiva el hallazgo de la auditoría interna.	• Solicitud de curso taller para llevar a cabo el análisis de la causa raíz de las no conformidades (externo). • Generar una estadística de los sacs que se presuma que su análisis no es viable para solventar la no conformidad. • Acompañamiento en el llenado de los SACs por parte de los auditores internos.
RIESGO DETECTADO	**PLAN DE ACCION**
3.- Dificultad en el manejo del formato de SAC, por parte de todas las partes involucradas que deben contestar su parte del registro correspondiente, generando fallas en el seguimiento por parte de los seguidores.	• Análisis de los actores del llenado del documento. • Solicitud de Sistema electrónico o implementación a través de Google Drive, con las medidas de seguridad adecuadas para su eficiente acceso y llenado.
RIESGO DETECTADO	**PLAN DE ACCION**
4.- Falta de informe y seguimiento de las quejas recibidas en las coordinaciones o fuera del Centro de Atención y Monitoreo.	• Mayor difusión de los medios de comunicación adecuados para que los usuarios puedan presentar sus quejas de servicio de manera efectiva directamente al Centro de Atención y Monitoreo para su debido registro y seguimiento.
EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN	
Se dará seguimiento al Plan de Acción en 2 periodos anuales para determinar su avance en la reducción o eliminación del riesgo definido. Con base en lo anterior, se realizará un comparativo por medio de indicadores para reflejar el mejoramiento del proceso.	

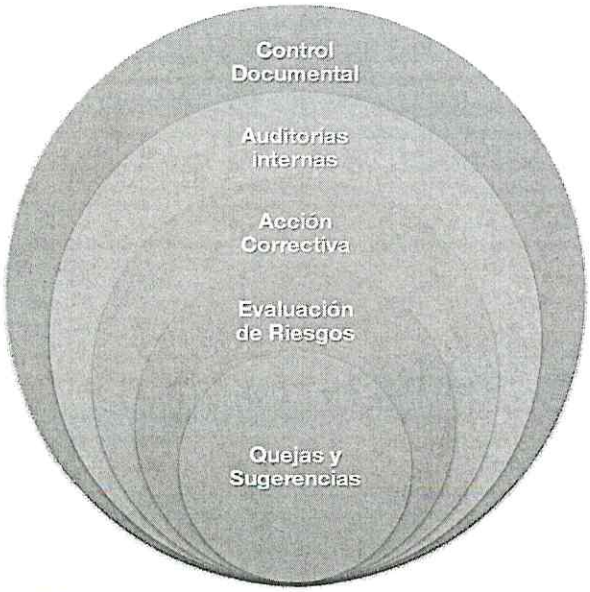
**** Ver Matriz de Administración de Riesgos Institucionales y CTCS-19**

**** Ver Programa de Trabajo de Riesgos Institucionales.**

OPORTUNIDADES	
MEJORA	**Acciones de mejora a implementar**
1.- Generación de Sistema Electrónico para el control documental del Sistema de Gestión de Calidad.	• Vinculación de información entre áreas • Mejoramiento Administrativo Interno • Sistematización total o parcial • Seguimiento y Monitoreo • Rastreabilidad de la Información
EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS	
Se solicita mensualmente los avances de las propuestas de mejora inscritas; se dará seguimiento independiente en 2 periodos anuales para determinar el cumplimiento de las acciones de mejora comprometidas. Con base en lo anterior, se realizará un comparativo por medio de indicadores para reflejar el mejoramiento del proceso, en los casos que así lo amerite.	

**** Ver Propuestas de Mejora inscritas en el SGC COEPRIS**

PROCESO: CALIDAD



CONTROL DE DOCUMENTOS

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO	REGISTRO
Inicio				
Recibe de las áreas, la solicitud de alta, baja o cambio de documento.	Controlador de Documentos	COEPRIS/CTCS/CD01/2018 Control de Documentos del SGC.	IT/CD01/2018 Criterio para el llenado de registros de control de documentos.	Documentación soporte CDOC01
Elabora documento de acuerdo a las especificaciones del solicitante y la codificación correspondiente y solicita las firmas de elaboración y aprobación			IT/CD02/2018 Estructura y Codificación de Documentos IT/CD03/2018 Criterios de Edición, Autorización y Liberación de Documentos	CDOC01 Documento Original
Escanea y sube documento en Plataforma Google Drive, definiendo la secuencia de notificación.			IT/CD03/2018 Criterios de Edición, Autorización y Liberación de Documentos	Documento escaneado Plataforma Google Drive
Archiva documento original, modifica lista maestra y control de solicitudes documentación			IT/CD03/2018 Criterios de Edición, Autorización y Liberación de Documentos IT/CD04/2018 Control de Información documentada	Documento original CDOC02 Control de solicitudes CDOC03 Lista Maestra de documentos.
Si existe obsoleto, se sella con leyenda "obsoleto" el documento original y se escanea y sube a plataforma Google			IT/CD04/2018 Control de Información documentada	Documento original obsoleto. Plataforma Google Drive CDOC Control de Documentos Obsoletos.
Fin				

PROCESO: CALIDAD

PROCEDIMIENTOS:

- CONTROL DE DOCUMENTOS DEL SGC
- AUDITORÍAS INTERNAS
- ACCIÓN CORRECTIVA
  - Análisis y Evaluación de Riesgos Institucionales
- RECEPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE QUEJAS Y SUGERENCIAS

AREA RESPONSABLE: RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC COEPRIS

AUDITORÍAS INTERNAS

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO	REGISTRO
Inicio				
Elabora y difunde Programa Anual de Auditorías Internas, a las áreas y auditores internos.	Comisionado Estatal / Responsable del SGC / Controlador de Documentos	COEPRIS/CTCS/CD02/2018 Auditorías Internas		CTCS02 Programa Anual de Auditorías Internas.
En la fecha señalada, elabora el Plan de Auditoría y la Notificación de Auditoría a las áreas pertinentes	Auditor Líder			CTCS14 Plan de Auditoria CTCS03 Notificación de Auditoría
Lleva a cabo la auditoría interna en la fecha y hora programadas ante el área auditada informando hallazgos	Auditor Interno			CTCS04 Lista de Verificación CTCS08 Evaluación del Auditor Interno.
Evalúan inconsistencias de los hallazgos y elaboran reporte de auditoría y en su caso, las solicitudes de acción correctiva.	Auditor Líder y Auditores Internos		IT/CTCS02 Elaboración y Tratamiento de SAC	CTCS04 CTCS05 Reporte de Auditoría Interna CTCS06 Solicitud de Acción Correctiva
Acción Correctiva		COEPRIS/CTCS/CD03/2018 Acción Correctiva COEPRIS/CTCS/CD01/2018 Control de Documentos del SGC.		
Realiza la evaluación del auditor Interno con base en las evaluaciones del área auditada, a fin de determinar su permanencia en el equipo de trabajo	Auditor Líder		IT/CTCS04 Evaluación del Auditor Interno	CTCS08 Evaluación al Auditor Interno CTCS09 Evaluación del auditor Líder.
FIN				

NATURALEZA DEL PROCESO:	ESTRATÉGICO	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	15 / AGO / 19
			REVISIÓN:	0
			FECHA DE REVISIÓN:	15 / AGO / 19
			CLAVE:	ANEXO 1.7.
PROCESO:	CALIDAD			
PROCEDIMIENTOS:	• CONTROL DE DOCUMENTOS DEL SGC • AUDITORÍAS INTERNAS • ACCIÓN CORRECTIVA • Análisis y Evaluación de Riesgos Institucionales • RECEPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE QUEJAS Y SUGERENCIAS			
AREA RESPONSABLE:	RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC COEPRIS			

ACCIÓN CORRECTIVA

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO	REGISTRO
Inicio				
Se determina el origen de la Solicitud de acción Correctiva (Auditoría o detectada en el área) y elabora formato	Auditor Líder / Responsable del SGC / Area solicitante	COEPRIS/CTCS/CD03/2018 Acción Correctiva	IT/CTCS02 Elaboración y Tratamiento de SAC	CTCS06 Solicitud de Acción Correctiva
Determina las causas de la no conformidad y las acciones correctivas a implementar	Area solicitante			
Entrega a auditor / seguidor para llevar a cabo el proceso de seguimiento de la SAC	Auditor Líder / Responsable del SGC / Auditor Interno			CTCS06 Solicitud de Acción Correctiva CTCS07 Control de SAC
Comprueba la efectividad de las acciones comprometidas señaladas e informa a Responsable del área	Auditor Seguidor	COEPRIS/CTCS/CD03/2018 Acción Correctiva COEPRIS/CTCS/CD01/2018 Control de Documentos SGC		CTCS06 Solicitud de Acción Correctiva Documentación soporte
Remite a Auditor Líder / Responsable SGC la SAC debidamente revisada con el soporte documental pertinente.		COEPRIS/CTCS/CD03/2018 Acción Correctiva		
Cierra la SAC y actualiza los controles correspondientes; escanea la SAC cerrada y la sube a Plataforma Google Drive.	Auditor Líder			CTCS06 Solicitud de Acción Correctiva Plataforma Google Drive
FIN				

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO	REGISTRO
Inicio				
Determina con las áreas los riesgos de los procesos.	Áreas responsables de los Procesos / Enlace de Control Interno.		IT/CTCS06 Análisis y Evaluación de Riesgos Institucionales	MARI
Elabora la Matriz de Administración de Riesgos Institucionales y Mapa de Riesgos				MARI Mapa de Riesgos
Genera Programa de Trabajo para determinar las acciones para reducir o eliminar riesgos.	Áreas responsables de los procesos.			Programa de trabajo de riesgos institucionales
Firma MARI, Programa de Trabajo y Mapa de Riesgos	Comisionado Estatal / Coordinador de Control Interno / Enlace de Control Interno.			MARI Mapa de Riesgos Programa de trabajo de riesgos institucionales
Realiza la ponderación de la suficiencia de los controles actuales, para generar el número de prioridad de riesgo	Áreas responsables de los Procesos / Enlace de Control Interno.			CTCS19 Evaluación de Riesgos Institucionales
Realiza evaluación de las acciones comprometidas en el Programa de Trabajo y evalúa los riesgos	Enlace de Control Interno.	COEPRIS/CTCS/CD03/2018 Acción Correctiva COEPRIS/CTCS/CD01/2018 Control de Documentos SGC		Programa de trabajo de riesgos institucionales CTCS19 Evaluación de Riesgos Institucionales
Informa los resultados a las áreas e integra en las tarjetas de seguimiento y en la revisión por la dirección.	Enlace de Control Interno. Áreas responsables de los Procesos. Comité de Calidad.	COEPRIS/CGC/CTCS01/2018 Revisión por la Dirección.		CTCS19 Evaluación de Riesgos Institucionales. Tarjeta de seguimiento. CGC06 Resultados de la Revisión.
FIN				

NATURALEZA DEL PROCESO:	ESTRATÉGICO	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN: 15 / AGO / 19 REVISIÓN: 0 FECHA DE REVISIÓN: 15 / AGO / 19 CLAVE: ANEXO 1.7.
PROCESO:	CALIDAD		
PROCEDIMIENTOS:	• CONTROL DE DOCUMENTOS DEL SGC • AUDITORÍAS INTERNAS • ACCIÓN CORRECTIVA • Análisis y Evaluación de Riesgos Institucionales • RECEPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE QUEJAS Y SUGERENCIAS		
AREA RESPONSABLE:	RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC COEPRIS		

RECEPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE QUEJAS Y SUGERENCIAS

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO	REGISTRO
Inicio				
Se recibe la queja por los medios establecidos y se registra.	Centro de Atención y Monitoreo	COEPRIS/CTCS/CIS04/2018 Recepción y Seguimiento de Quejas y Sugerencias.		CAM01 CAM02
Se informa al Responsable del SGC y al Comisionado Estatal para determinar las acciones a tomar.				Memorandum Oficio
Se solicita al responsable de la resolución para que genere la respuesta pertinente.				Oficio
Informa a Responsable del SGC sobre la resolución emitida	Áreas responsables de la Resolución / Responsable SGC			Oficio
Se registra respuesta y se da seguimiento	Centro de Atención y Monitoreo			
Se informa al usuario el seguimiento o resolución de su queja.				Respuesta al usuario
Se hace registro electrónico de cumplimiento en documento físico y electrónico.				CAM01 CAM02
FIN				

OBJETIVO:

Establecer los lineamientos y protocolos específicos a fin de gestionar y, en su caso, ejecutar las acciones derivadas de la programación de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo de cómputo, parque vehicular e infraestructura de la COEPRIS, generando los controles y bitácoras respectivas con objeto de mantener la estricta supervisión en la tramitación interna ante la Secretaría de Salud, cuando así se estime pertinente.

ALCANCE:

Este Plan de Calidad abarca los protocolos de mantenimiento a: **Equipo de cómputo.-** Gestión y ejecución al equipo de cómputo de todas las áreas involucradas en el Sistema de Gestión de Calidad de Oficinas Centrales, excepto la Coordinación Jurisdiccional Victoria. **Parque vehicular. -** Gestión y ejecución en oficinas centrales; monitoreo y supervisión en las coordinaciones jurisdiccionales y sanidad internacional. **Infraestructura.-** Protocolo solamente en edificio de oficinas centrales y Coordinación Jurisdiccional No. 1 Victoria; Sanidad Internacional Marítima, se encuentra en edificio de la API, por lo que su mantenimiento corresponde al Puerto.

PRESERVACIÓN DE EXPEDIENTES:

La preservación de los expedientes que contienen la evidencia de la realización del servicio, se realiza conforme a lo establecido en los Lineamientos para la Depuración de Archivos de la Administración Pública Estatal; Se determina el tiempo que los expedientes permanecen como archivo en trámite y el tiempo en archivo de concentración, para posteriormente realizar la gestión de baja documental. Las áreas encargadas de proporcionar o gestionar el mantenimiento preventivo y correctivo, conservan en archivo en trámite los expedientes 2 años, a excepción de parque vehicular que se mantendrá el expediente en archivo en trámite 2 años después de presentar la baja vehicular; posteriormente se transfiere al archivo de concentración de Oficinas Centrales para que se lleve a cabo el control y preservación de los expedientes conforme a los tiempos legales establecidos: Equipo de Cómputo, Infraestructura y Parque Vehicular: 4 años en archivo de concentración.

ESQUEMA PEPSU

Proveedor de la información de entrada	Entradas	PROCEDIMIENTO (Sustantivo / Apoyo)	Salidas	Usuarios
- Áreas de la COEPRIS - Dirección de Informática de la Secretaría de Salud - Áreas de la COEPRIS. -Áreas de la COEPRIS	**EQUIPO DE COMPUTO** - Solicitud de Orden de servicio. - Memorándum de material **PARQUE VEHICULAR** - Solicitud de Mantenimiento **INFRAESTRUCTURA** - Formato de Inspección Rutinaria - Solicitud de Material - Solicitud de Servicio	**MANTENIMIENTO** - COEPRIS/CTCS/ME01/2019 MANTENIMIENTO DE EQUIPO DE COMPUTO. - COEPRIS/OC/DA03/2019 MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DE PARQUE VEHICULAR - IT/DINS Protocolo de Mantenimiento e Inspecciones Rutinarias. - COEPRIS/OC/DA01/2018 GESTIÓN DE RECURSOS	**EQUIPO DE COMPUTO** - Solicitud de orden de Servicio. - Bitácora - Expediente. **PARQUE VEHICULAR** - Expediente - Orden de Pedido - Bitácora **INFRAESTRUCTURA** - Expediente – Bitácora - Oficio de necesidades culminadas.	- Áreas de la COEPRIS - Departamento Administrativo.

REQUISITOS:

CLIENTE / USUARIO	PARA LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO
• Calidad en el Servicio • Rapidez • Cumplimiento en los tiempos de respuesta • Contar con condiciones ambientales, físicas idóneas para desarrollar las labores encomendadas.	• Solicitud de servicio por parte del resguardante interno (equipo de cómputo – parque vehicular). • En caso de generación de SOLPED, firma del Comisionado Estatal. • Pre valoración de las condiciones del bien (infraestructura – equipo de cómputo). • Cotizaciones, en su caso. • Cumplimiento del calendario de mantenimiento preventivo.

LEGALES Y REGLAMENTARIOS

- Ley de Adquisiciones para la Administración Pública del Estado de Tamaulipas.
- Reglamento para el Uso y control de Vehículos Oficiales del Gobierno del Estado de Tamaulipas.
- Decreto Gubernamental mediante el cual se establecen las medidas de disciplina presupuestaria para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos bajo los principios de austeridad y racionalidad
- Lineamientos mediante los cuales se establecen las Medidas de Austeridad, Racionalidad y Disciplina en el Gasto Público de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública del Estado de Tamaulipas.

RECURSOS:		
HUMANOS	**MATERIALES**	**INFRAESTRUCTURA**
UNIDAD DE INFORMÁTICA – OFICINAS DEL COMISIONADO ESTATAL		
3 personas: • 1 Asesor Técnico • 1 Encargado de Informática • 1 Programador	• Gestión de los recursos necesarios a través de oficios o memorándums (papelería, insumos para mantenimiento básico de equipo de cómputo, entre otros).	• 3 computadoras. • 1 impresora • Línea de internet. • Cuentas de correo institucional • Mobiliario de oficina.
UNIDAD DE CONTROL DE PARQUE VEHICULAR – DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO		
5 Personas: • 1 Jefe de Departamento • 1 asistente • 1 Encargado de Parque Vehicular • 1 Encargado de recursos financieros. • 1 Gestor	• Gestión de los recursos necesarios a través de oficios o memorándums (papelería, tóner, entre otros).	• 4 computadoras • 4 impresoras • 1 copiadora • 1 multifuncional • 2 teléfono / extensiones • Línea de internet. • 2 Vehículos • Cuentas de correo institucional • Mobiliario de oficina
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA SANITARIA – DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN Y AUTORIZACIÓN SANITARIA		
3 Personas: • 1 Encargado de mantenimiento de infraestructura • 1 asistente • 1 supervisor	• Gestión de los recursos necesarios a través de oficios o memorándums (papelería, tóner, herramienta básica, entre otros).	• 3 computadoras • 1 impresora • 1 vehículo • Mobiliario de oficina

INDICADORES:				
CLAVE	**NOMBRE**	**PERIODICIDAD**	**FORMULA**	**PROCEDENCIA**
*** Ver Matriz de Indicadores del Proceso de Mantenimiento.				

RIESGOS	
RIESGO DETECTADO	**PLAN DE ACCION**
1.- No se cuenta con un plan de contingencias en caso de falla de los equipos de cómputo críticos o la infraestructura tecnológica (CIS).	• Realizar plan de contingencia y documentarlo en el procedimiento de mantenimiento de equipo de cómputo. • Registro de incidencias en la bitácora de servicio.
2.- Falta de proyecto o programa de protección civil para el edificio gubernamental.	• Diagnostico situacional. • Elaboración del proyecto de protección civil en coordinación con las áreas de oficinas centrales. • Implementación de brigadas y simulacros, en coordinación con autoridades competentes.
EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN	
Se dará seguimiento al Plan de Acción en 2 periodos anuales para determinar su avance en la reducción o eliminación del riesgo definido. Con base en lo anterior, se realizará un comparativo por medio de indicadores para reflejar el mejoramiento del proceso.	

**** Ver Matriz de Administración de Riesgos Institucionales**

**** Ver Programa de Trabajo de Riesgos Institucionales.**

OPORTUNIDADES	
MEJORA	**Acciones de mejora a implementar**
• Actualmente sin propuesta de mejora a corto o mediano plazo.	
EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS	
Se solicita mensualmente los avances de las propuestas de mejora inscritas; se dará seguimiento independiente en 2 periodos anuales para determinar el cumplimiento de las acciones de mejora comprometidas. Con base en lo anterior, se realizará un comparativo por medio de indicadores para reflejar el mejoramiento del proceso, en los casos que así lo amerite.	

**** Ver Propuestas de Mejora inscritas en el SGC COEPRIS**

NATURALEZA DEL PROCESO:	SOPORTE
PROCESO:	**MANTENIMIENTO**
PROCEDIMIENTOS:	• MANTENIMIENTO DE EQUIPO DE COMPUTO • MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DE PARQUE VEHICULAR • PROTOCOLO DE MANTENMIENTO E INSPECCIONES RUTINARIAS
ÁREA RESPONSABLE:	**Unidad de Informática** **Unidad de Control de Parque Vehicular** **Departamento de Ingeniería Sanitaria**

PROCESO: MANTENIMIENTO

MANTENIMIENTO DE EQUIPO DE CÓMPUTO

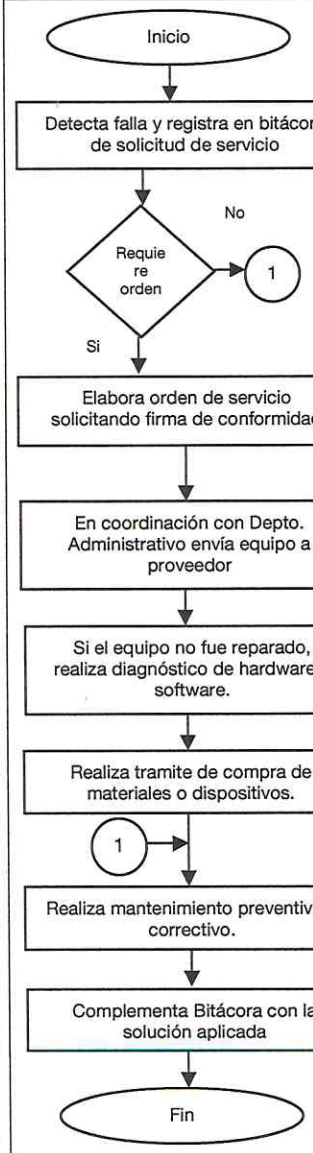


DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO	REGISTRO
Detecta falla y registra en bitácora de solicitud de servicio	Unidad de Informática	COEPRIS/CTCS/MEC01/2019 Mantenimiento de Equipo de Cómputo		CTCS16 Bitácora de Solicitudes de Mantenimiento
Elabora orden de servicio solicitando firma de conformidad				CTCS17 Orden de Servicio
En coordinación con Depto. Administrativo envía equipo a proveedor	Unidad de Informática y Departamento Administrativo			Memorándum
Si el equipo no fue reparado, realiza diagnóstico de hardware y software.	Unidad de Informática			CTCS17 Orden de Servicio
Realiza tramite de compra de materiales o dispositivos.	Departamento Administrativo	COEPRIS/OC/DA01/2018 Gestión de Recursos		Vale de entrega de material
Realiza mantenimiento preventivo y correctivo.	Unidad de Informática	COEPRIS/CTCS/MEC01/2019 Mantenimiento de Equipo de Cómputo		
Complementa Bitácora con la solución aplicada				CTCS16 Bitácora de Solicitudes de Servicio CTCS17 Orden de Servicio

MANTENIMIENTO Y CONSERVACIÓN DE PARQUE VEHICULAR

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO	REGISTRO
Inicio				
Realiza la gestión con el resguardante interno para mantenimiento de vehículo	Unidad de Parque Vehicular	COEPRIS/OC/DA03/2019 Mantenimiento y Conservación de Parque Vehicular		DA08 Solicitud de Mantenimiento Vehicular
Solicita cotizaciones al taller autorizado.	Resguardante interno			
Entrega cotizaciones y formato de Solicitud de Mantenimiento.		COEPRIS/OC/DA01/2018 Gestión de Recursos		DA08 Solicitud de Mantenimiento Vehicular Cotizaciones
Realiza trámite de SOLPED a través de SAP.	Unidad de Parque Vehicular			SOLPED SAP Liga presupuestal
Recibe de la Secretaría de Salud la orden de pedido debidamente requisitada, la cual entrega al resguardante.		COEPRIS/OC/DA03/2019 Mantenimiento y Conservación de Parque Vehicular		Orden de Pedido
Realiza el tramite de entrega al taller para que se proporcione el servicio	Resguardante			
Posterior a la reparación del vehículo, se afecta la bitácora de servicio	Unidad de Parque Vehicular			DA09 Bitácora
Fin				

MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO	REGISTRO
Inicio				
Se realiza Calendario de inspecciones rutinarias por planta y por áreas.	Departamento de Ingeniería Sanitaria		IT/DINS/2019 Protocolo de Mantenimiento e Inspecciones Rutinarias	Programa del Protocolo de Mantenimiento e Inspecciones Rutinarias
Realiza inspección rutinaria				CGC-07 Formato de Inspección Rutinaria
Solicita firmas al responsable del programa, del responsable del área e inspector				
Se informa al Departamento Administrativo, las necesidades de servicios y materiales.		COEPRIS/OC/DA01/2018 Gestión de Recursos		DA10 DA11
Se realiza el servicio de mantenimiento.				
Genera expediente con las evidencias de los mantenimientos.				Expediente
Fin				

NATURALEZA DEL PROCESO:	SOPORTE	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	23 / AGO / 19
			REVISIÓN:	0
			FECHA DE REVISIÓN:	23 / AGO / 19
			CLAVE:	ANEXO 1.9.
PROCESO:	RECURSOS HUMANOS			
PROCEDIMIENTOS:	• PROGRAMA DE CAPACITACIÓN • EJECUCIÓN DE LA CAPACITACIÓN • RECURSOS HUMANOS, ALTAS Y MOVIMIENTOS DE PERSONAL			
AREA RESPONSABLE:	COMISIONADO ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS			

OBJETIVO:

Definir los lineamientos que se deberán implementar en la Comisión, a fin de satisfacer las necesidades de capacitación del personal que realiza trabajos que afectan a la calidad de los servicios de la COEPRIS, por medio de la ejecución de un programa anual que tiene por objeto mejorar el desarrollo profesional del personal.

Asimismo busca la homologación de criterios a fin de determinar un mecanismo idóneo para la alta, baja, comisión o reubicación de personal.

ALCANCE:

Este Plan de Calidad lo ejecuta el Enlace de Capacitación del Sistema Federal Sanitario y se aplica para el personal que labora tanto en las Áreas Directivas como en las Coordinaciones Jurisdiccionales, desde que se recibe el Diagnóstico de Necesidades de Capacitación de la COFEPRIS para realizar la detección inicial de necesidades de capacitación, hasta la realización de las capacitaciones y su seguimiento.

En materia del esquema de recursos humanos, se considera la estrategia de propuesta de candidato, control de documentación requerida y alta para contratación ante la Secretaría de Salud. Cabe destacar que existe un protocolo, que involucra las acciones que se llevan a cabo, quedando pendiente la elaboración de un procedimiento documentado.

PRESERVACIÓN DE EXPEDIENTES:

La preservación de los expedientes que contienen la evidencia de la realización del servicio, se realiza conforme a lo establecido en los Lineamientos para la Depuración de Archivos de la Administración Pública Estatal; Se determina el tiempo que los expedientes permanecen como archivo en trámite y el tiempo en archivo de concentración, para posteriormente realizar la gestión de baja documental.

El Enlace de Capacitación del Sistema Federal Sanitario, conserva en archivo en trámite los expedientes mientras el personal se encuentre activo; posterior a su baja se conserva en archivo de concentración 1 año para que se lleve a cabo el control y preservación de los expedientes conforme a los tiempos legales establecidos.

En materia del esquema de Recursos Humanos, se considera expedientes en trámite mientras el personal se encuentre activo, posterior pasa al archivo de concentración 5 años.

- Resguardo en archivo de trámite y de concentración (Expediente).

NATURALEZA DEL PROCESO:	SOPORTE	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	23 / AGO / 19
			REVISIÓN:	0
			FECHA DE REVISIÓN:	23 / AGO / 19
			CLAVE:	ANEXO 1.9.
PROCESO:	RECURSOS HUMANOS			
PROCEDIMIENTOS:	• PROGRAMA DE CAPACITACIÓN • EJECUCIÓN DE LA CAPACITACIÓN • RECURSOS HUMANOS, ALTAS Y MOVIMIENTOS DE PERSONAL			
AREA RESPONSABLE:	COMISIONADO ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS			

INDICADORES:

CLAVE	NOMBRE	PERIODICIDAD	FORMULA	PROCEDENCIA
*** Ver Matriz de Indicadores del Proceso de Recursos Humanos.				

ESQUEMA PEPSU

Proveedor de la información de entrada	Entradas	PROCEDIMIENTO (Sustantivo / Apoyo)	Salidas	Usuarios
- Áreas de la COEPRIS. - COFEPRIS, Autoridades capacitadoras estatales.	- Necesidades de Capacitación. - Información académica y de conocimientos específicos del personal. - Programa Capacitación federal - Propuestas de capacitación	- COEPRIS/CTCS/CAP02/2018 Programa de Capacitación - COEPRIS/CTCS/CAP02/2018 Ejecución de la Capacitación.	- Constancias - Evaluaciones - Cartas compromiso de replica - Presentaciones	- Áreas de la COEPRIS. - COFEPRIS.
- Aspirantes, personal de la COEPRIS	- Documentación requerida - Plazas vacantes - Movimientos de personal	- Esquema de Selección, Reclutamiento y Contratación de Personal.	- Movimiento de personal ante la Secretaría de Salud	- Areas de la COEPRIS. - Recursos Humanos de la Secretaría de salud.

REQUISITOS:

CLIENTE / USUARIO	PARA LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO
• Apoyo en la gestión logística de lugar y horarios para la realización de capacitaciones. • Apoyo en la gestión logística con otras instancias para la asistencia a capacitaciones. • Resultado de la evaluación al curso. • Gestión de cursos con base en competencias.	• Ser personal activo de la COEPRIS. • Manifestar la necesidad de capacitación a través de los medios establecidos en el procedimiento. • Sustentar las necesidades de capacitación que se encuentran fuera del Programa de Capacitación Anual. • Presentar ficha descriptiva de la capacitación a realizar para la entrega de listado de asistencia. • Presentar el material a utilizar para llevar a cabo la capacitación. • Contar con la documentación de preparación académica del personal, así como de sus conocimientos específicos. • Descripción de funciones y perfiles de puestos – Profesiogramas. • Cumplimiento de los requisitos documentales para el alta de personal.
LEGALES Y REGLAMENTARIOS	

NATURALEZA DEL PROCESO:	SOPORTE	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	23 / AGO / 19
			REVISIÓN:	0
			FECHA DE REVISIÓN:	23 / AGO / 19
			CLAVE:	ANEXO 1.9.
PROCESO:	RECURSOS HUMANOS			
PROCEDIMIENTOS:	• PROGRAMA DE CAPACITACIÓN • EJECUCIÓN DE LA CAPACITACIÓN • RECURSOS HUMANOS, ALTAS Y MOVIMIENTOS DE PERSONAL			
AREA RESPONSABLE:	COMISIONADO ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS			

- Decreto Gubernamental mediante el cual se establecen las medidas de disciplina presupuestaria para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos bajo los principios de austeridad y racionalidad.
- Lineamientos mediante los cuales se establecen las Medidas de Austeridad, Racionalidad y Disciplina en el Gasto Público de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública del Estado de Tamaulipas.
- Reglamento Interno de la COEPRIS.

RECURSOS:		
HUMANOS	MATERIALES	INFRAESTRUCTURA
RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGC - Capacitación		
2 personas: • 1 Responsable del SGC. • 1 Enlace de Capacitación con el SFS.	• Gestión de los recursos necesarios a través de oficios o memorándums (papelería, toner, entre otros).	• 2 computadoras • 1 impresora • 1 multifuncional • Línea de internet • Sistema interno videoconferencias • Sistema de videoconferencias federal • Cuentas de correo institucional • Mobiliario de oficina • Mobiliario sala de juntas, incluye laptop, pantalla, proyector y equipo de sonido.
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO – Esquema de Recursos Humanos		
3 personas: 1 jefe de Departamento 1 encargado de Recursos Humanos 1 asistente de recursos humanos	• Gestión de los recursos necesarios a través de oficios o memorándums (papelería, toner, entre otros).	• 3 computadoras • 2 impresoras • 1 multifuncional • 2 teléfonos • 1 línea telefónica • 1 vehículo • Cuentas de correo institucionales • Mobiliario de oficina

RIESGOS	
RIESGO DETECTADO	PLAN DE ACCION
1.- Cancelaciones imprevistas sin notificación de capacitaciones federales que son la base para realizar réplicas de éstas en el estado.	• Dar seguimiento al Programa de Capacitación Federal para detectar las capacitaciones que se cancelan o reprograman. • Identificar el área competente dentro de la Comisión que pueda cubrir la capacitación, basado en documentos o información de actualización que reciba por parte de la Federación.
2. No se informa de las altas, bajas y cambios de roles y responsabilidades del personal, por lo que se dificulta el cumplimiento de los procesos y objetivos de calidad.	• Solicitar al área administrativa la notificación de altas, bajas y cambios de adscripción del personal por medio de memorándum. • Las áreas de la COEPRIS deberán notificar a través de memorándum

	los cambios de roles y responsabilidades de su personal, esto para determinar las funciones y competencias que deberá cubrir.

EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN

Se dará seguimiento al Plan de Acción en 2 periodos anuales para determinar su avance en la reducción o eliminación del riesgo definido. Con base en lo anterior, se realizará un comparativo por medio de indicadores para reflejar el mejoramiento del proceso.

**** Ver Matriz de Administración de Riesgos Institucionales – CTCS19**

**** Ver Programa de Trabajo de Riesgos Institucionales.**

OPORTUNIDADES

MEJORA	Acciones de mejora a implementar
1.- Sistema de registro de competencias • Módulo para captura de información básica del personal: nombre completo, código funcional, área de adscripción, puesto desempeñado, correo electrónico • Módulo para captura de competencias: grados de estudio, listado de diplomas, constancias, reconocimientos o cualquier otra evidencia de capacitación expedida por instancias formadoras.	• Vinculación de información entre áreas • Compartir bases de datos • Sistematización parcial o total • Digitalización de documentos • Rastreabilidad de la información • Mejoramiento administrativo interno

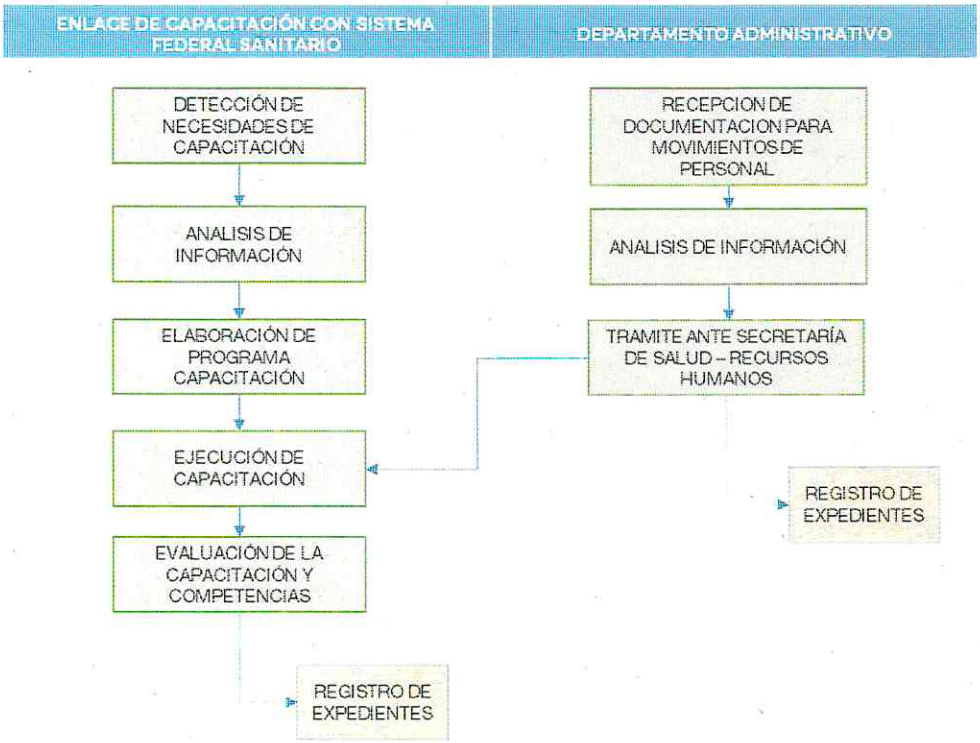
EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS

Se solicita mensualmente los avances de las propuestas de mejora inscritas; se dará seguimiento independiente en 2 periodos anuales para determinar el cumplimiento de las acciones de mejora comprometidas. Con base en lo anterior, se realizará un comparativo por medio de indicadores para reflejar el mejoramiento del proceso, en los casos que así lo amerite.

**** Ver Propuestas de Mejora inscritas en el SGC COEPRIS**

NATURALEZA DEL PROCESO:	SOPORTE	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	23 / AGO / 19
			REVISIÓN:	0
			FECHA DE REVISIÓN:	23 / AGO / 19
			CLAVE:	ANEXO 1.9.
PROCESO:	RECURSOS HUMANOS			
PROCEDIMIENTOS:	• PROGRAMA DE CAPACITACIÓN • EJECUCIÓN DE LA CAPACITACIÓN • RECURSOS HUMANOS, ALTAS Y MOVIMIENTOS DE PERSONAL			
AREA RESPONSABLE:	COMISIONADO ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS			

PROCESO: RECURSOS HUMANOS



NATURALEZA DEL PROCESO:	SOPORTE	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	23 / AGO / 19
			REVISIÓN:	0
			FECHA DE REVISIÓN:	23 / AGO / 19
			CLAVE:	ANEXO 1.9.
PROCESO:	RECURSOS HUMANOS			
PROCEDIMIENTOS:	• PROGRAMA DE CAPACITACIÓN • EJECUCIÓN DE LA CAPACITACIÓN • RECURSOS HUMANOS, ALTAS Y MOVIMIENTOS DE PERSONAL			
AREA RESPONSABLE:	COMISIONADO ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS			

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO	REGISTRO
Inicio				
Recibe detección de necesidades y notificación de cursos de áreas capacitadoras.	Enlace de Capacitación del SFS	COEPRIS/CTCS/CAP01/2018 Programa de Capacitación		Solicitud del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación
Integra y revisa diagnóstico de detección de necesidades de capacitación.				Formato de Necesidades CAP01
Envia a las áreas y coordinaciones jurisdiccionales el formato de detección de necesidades.	Comisionado Estatal / Responsable del SGC/ Enlace de Capacitación del SFS			
Elabora Matriz de Necesidades de Capacitación y Diagnóstico de Capacitación para	Enlace de Capacitación del SFS			CAP01 CAP02 Diagnóstico de Necesidades de Capacitación
Envía Diagnóstico de Capacitación a la COFEPRIS para la elaboración de su programa.				Diagnóstico de Necesidades de Capacitación Oficio
Recibe programa de COFEPRIS y elabora el Programa de Capacitación de la COEPRIS			IT/CAP01/2019 Reprogramación de capacitaciones canceladas	Programa COFEPRIS CAP03
Revisa y aprueba el Programa anual de Capacitación de la COEPRIS	Comisionado Estatal / Responsable del SGC			CAP03
Envía programa a las áreas directivas y coordinaciones jurisdiccionales.	Enlace de Capacitación del SFS		IT/CAP02/2019 Videoconferencias impartidas por COFEPRIS.	CAP03 Oficio
A				

NATURALEZA DEL PROCESO:	SOPORTE	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN:	23 / AGO / 19
			REVISIÓN:	0
			FECHA DE REVISIÓN:	23 / AGO / 19
			CLAVE:	ANEXO 1.9.
PROCESO:	RECURSOS HUMANOS			
PROCEDIMIENTOS:	• PROGRAMA DE CAPACITACIÓN • EJECUCIÓN DE LA CAPACITACIÓN • RECURSOS HUMANOS, ALTAS Y MOVIMIENTOS DE PERSONAL			
AREA RESPONSABLE:	COMISIONADO ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS			

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO	REGISTRO
A				
Revisa el Programa para realizar la gestión del curso a impartir con el área capacitadora o en su caso, COFEPRIS.	Enlace de Capacitación del SFS	COEPRIS/CTCS/CAP02/2018 Ejecución de la Capacitación		CAP03
Conforme a la modalidad, y ficha técnica, determina lugar, día y hora para llevar a cabo la capacitación				CAP04
En su caso, se aplica protocolo de Recursos Humanos (alta, baja, modificación o reubicación).				
PROTOCOLO RECURSO HUMANOS				
Se ejecuta la capacitación por parte del área pertinente, presentando material y generando listas de asistencia				CAP05 CAP06
Evalúa el curso por medio electrónico y en su caso envía constancia del mismo.				CAP07 Constancia de Participación
Se da de alta en Plataforma Google Drive del SGC COEPRIS				Plataforma Google Drive Presentación
Actualiza la formación y competencia del personal capacitado.				CAP08
FIN				

NATURALEZA DEL PROCESO:	SOPORTE	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN: 23 / AGO / 19 REVISIÓN: 0 FECHA DE REVISIÓN: 23 / AGO / 19 CLAVE: ANEXO 1.10.
PROCESO:	RECURSOS MATERIALES		
PROCEDIMIENTOS:	• GESTIÓN DE RECURSOS • DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES		
AREA RESPONSABLE:	DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO		

OBJETIVO:

Llevar a cabo las gestiones pertinentes ante las instancias correspondientes de la Secretaría de Salud Estatal, para dotar a las diferentes áreas de la COEPRIS de los materiales y servicios necesarios para llevar a cabo sus funciones, para cumplimiento de sus programas operativos y proyectos, así como distribuir de manera correcta y oportuna los documentos oficiales relativos al papel seguridad, para brindar un servicio en tiempo y forma a las áreas que los solicitan.

ALCANCE:

Este Plan de Calidad lo ejecuta el Departamento Administrativo y se aplica en el caso del procedimiento de Gestión de Recursos, para todas las áreas de la COEPRIS que ejecutan acciones a través del recurso FASSA Ramo 33, desde la recepción de objetivos, indicadores y metas hasta la entrega del insumo a los usuarios, y siendo activo fijo, entregado a los Directores o a los Coordinadores Jurisdiccionales capturando en el SERAP.

En materia del procedimiento de Distribución de documentos oficiales, su alcance se determina desde la petición de la solicitud de documentos a la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud, hasta el registro de la información en los sistemas electrónicos correspondientes por las áreas pertinentes.

PRESERVACIÓN DE EXPEDIENTES:

La preservación de los expedientes que contienen la evidencia de la realización del servicio, se realiza conforme a lo establecido en los Lineamientos para la Depuración de Archivos de la Administración Pública Estatal; Se determina el tiempo que los expedientes permanecen como archivo en trámite y el tiempo en archivo de concentración, para posteriormente realizar la gestión de baja documental.

El Departamento Administrativo, conserva en archivo en trámite los expedientes 9 años y posteriormente le da el tratamiento de archivo de concentración por 3 años para que se lleve a cabo el control y preservación de los expedientes conforme a los tiempos legales establecidos.

- Resguardo en archivo de trámite y de concentración (Expediente).

INDICADORES:

CLAVE	NOMBRE	PERIODICIDAD	FORMULA	PROCEDENCIA
*** Ver Matriz de Indicadores del Proceso de Recursos Materiales.				

ESQUEMA PEPSU

Proveedor de la información de entrada	Entradas	PROCEDIMIENTO (Sustantivo / Apoyo)	Salidas	Usuarios
- Áreas de la COEPRIS	- Cotizaciones - Elaboración de SOLPED - Liga presupuestal. - Oficio de solicitud de documentos oficiales.	- COEPRIS/OC/DA01/2018 Gestión de Recursos - COEPRIS/OC/DA02/2018 Distribución de documento s oficiales - IT Evaluación de proveedores	- Entrega interna de documentos oficiales DA06 - Oficio de entrega de documentos oficiales - Documentos oficiales (papel seguridad).	- Control de ingresos - Departamento Administrativo - Administradores de las Coordinaciones Jurisdiccionales. - DEAS

REQUISITOS:

CLIENTE / USUARIO	PARA LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO
• Calidad en el Servicio. • Cumplimiento en los tiempos de respuesta. • Cumplimiento legal. • Claridad de la información. • Equidad en el trato. • Orientación a usuarios.	• Embarcación que cruce en escolleras a su arribo a puerto. • Solicitud para comunicación de embarcación en boya de recalado y/o en caso de riesgo sanitario. • Aviso epidemiológico respecto a la procedencia de la embarcación. • Solicitud de certificado de exención de sanidad a bordo. • Primer autoridad que ingresa a la embarcación. • Validación de los requisitos de entrada. • Ejecución de libre plática al no existir riesgos sanitarios evidentes. • Cumplimiento de condiciones de seguridad para ingreso a la embarcación. • Tiempo de respuesta: 2 horas.

LEGALES Y REGLAMENTARIOS
• Ley General de Contabilidad Gubernamental. • Ley de Adquisiciones para la Administración Pública del Estado de Tamaulipas. • Decreto Gubernamental mediante el cual se establecen las medidas de disciplina presupuestaria para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos bajo los principios de austeridad y racionalidad • Lineamientos mediante los cuales se establecen las Medidas de Austeridad, Racionalidad y Disciplina en el Gasto Público de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública del Estado de Tamaulipas. • Ley de Hacienda del Estado de Tamaulipas.

RECURSOS:		
HUMANOS	MATERIALES	INFRAESTRUCTURA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO		
7 personas: • 1 Jefe de Departamento. • 1 asistente. • 1 Responsable de recursos financieros. • 1 Responsable de ingresos. • 1 Responsable de recursos materiales. • 1 Auxiliar administrativo. • 1 Notificador	• Gestión de los recursos necesarios a través de oficios o memorándums (papelería, toner, entre otros). • Control sobre el papel seguridad para generar las resoluciones, proporcionados por el Departamento Administrativo.	• 6 computadoras. • 2 impresoras • 1 multifuncional • 2 teléfonos / extensión • Línea de internet. • 2 vehículos • Cuentas de correo institucional • Mobiliario de oficina

RIESGOS	
RIESGO DETECTADO	PLAN DE ACCION
En el procedimiento de Gestión de Recursos se proponen 3 cotizaciones por parte de COEPRIS, para que el área de Recursos Materiales de Secretaría de Salud inicie proceso de adquisición de un bien o servicio; el área en mención modifica las cotizaciones con otros proveedores.	• Que el área de Recursos Materiales no cambie o modifique a los proveedores propuestos por COEPRIS, ya que el resultado de la calidad de los productos o servicios pueden variar o afecta los procesos de la Comisión.
EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN	
Se dará seguimiento al Plan de Acción en 2 periodos anuales para determinar su avance en la reducción o eliminación del riesgo definido. Con base en lo anterior, se realizará un comparativo por medio de indicadores para reflejar el mejoramiento del proceso.	

**** Ver Matriz de Administración de Riesgos Institucionales – CTCS19**

**** Ver Programa de Trabajo de Riesgos Institucionales.**

OPORTUNIDADES	
MEJORA	Acciones de mejora a implementar
• Sin plan de Mejora actualmente	

EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS

Se solicita mensualmente los avances de las propuestas de mejora inscritas; se dará seguimiento independiente en 2 periodos anuales para determinar el cumplimiento de las acciones de mejora comprometidas. Con base en lo anterior, se realizará un comparativo por medio de indicadores para reflejar el mejoramiento del proceso, en los casos que así lo amerite.

**** Ver Propuestas de Mejora inscritas en el SGC COEPRIS**

PROCESO: RECURSOS MATERIALES

NATURALEZA DEL PROCESO:	SOPORTE	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN: 23 / AGO / 19 REVISIÓN: 0 FECHA DE REVISIÓN: 23 / AGO / 19 CLAVE: ANEXO 1.10.
PROCESO:	RECURSOS MATERIALES		
PROCEDIMIENTOS:	• GESTIÓN DE RECURSOS • DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES		
AREA RESPONSABLE:	DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO		

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO	REGISTRO
Inicio				
Solicita por medio del Comisionado Estatal, a las áreas la información de objetivos, metas, indicadores para el ejercicio presupuestal correspondiente	Departamento Administrativo y Comisionado Estatal	COEPRIS/OC/DA01/2018 Gestión de Recursos		POA Programación de Recursos
Elabora oficio de insumos para el cumplimiento del Programa, solicitando la firma del Comisionado				Oficio de Insumos
Recibe las tres cotizaciones de parte de la Secretaría de salud, para elegir la mejor opción e instruye su gestión	Comisionado Estatal			Oficio 3 Cotizaciones
Realiza formato de suficiencia presupuestal para la Secretaría de Salud	Departamento Administrativo			Formato de suficiencia presupuestal Cotización validada
Verifica en plataforma SAP la asignación de recurso e informa a las áreas.				Plataforma SAP Circular
Con base en la solicitud de compra de las áreas, elabora el oficio correspondiente para envío a Secretaría de Salud				Oficio de solicitud de compra Plataforma SAP Oficio de compra
Recibe de almacén entrada de insumos		COEPRIS/OC/DA02/2018 Distribución de Documentos Oficiales		Formato de Entrada de insumos
A				

NATURALEZA DEL PROCESO:	SOPORTE	PLAN DE CALIDAD	FECHA DE EMISIÓN: 23 / AGO / 19 REVISIÓN: 0 FECHA DE REVISIÓN: 23 / AGO / 19 CLAVE: ANEXO 1.10.
PROCESO:	RECURSOS MATERIALES		
PROCEDIMIENTOS:	• GESTIÓN DE RECURSOS • DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES		
AREA RESPONSABLE:	DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO		

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO	REGISTRO
A				
Elabora vale de salida y recopila las firmas correspondientes	Departamento Administrativo	COEPRIS/OC/DA01/2018 Gestión de Recursos COEPRIS/OC/DA02/2018 Distribución de Documentos Oficiales		Vale de Salida
Presenta vale de salida en el almacen correspondiente revisando los insumos y cotejando la información			IT/DA01/2018 Evaluación del Proveedor.	Vale de salida Formato de entrada de insumos Copia de factura DA05
Entrega insumos o activo fijo según corresponda a las áreas pertinente.	Control de Materiales			DA02 Resguardo interno DA03 Entrega de Material Plataforma SERAP DA05
Integra expediente y archiva				Expediente
Distribución de papel seguridad → 1				
2 → FIN				
1				
Prepara documentación para envío por paquetería, previo a conteo de los mismos.	Departamento Administrativo /Control de Ingresos			DA05
B				

DIAGRAMA DE FLUJO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO DE TRABAJO	REGISTRO
B				
Envia documentación a las áreas solicitantes y que requieran para sus procesos de trabajo	Departamento Administrativo / Control de Ingresos	COEPRIS/OC/DA02/2018 Distribución de Documentos Oficiales		DA06 Documentos oficiales Oficio
Genera los controles pertinentes para la entrega al Administrador de la Coordinación Jurisdiccional y al Responsable del CIS, en su caso.	Coordinación Jurisdiccional / Administrador / Responsable del CIS			Correo electrónico Documentos oficiales Memorandum interno de entrega de documentos oficiales
Registra en Sistema Gestor los folios de los documentos recibidos.				Sistema Gestor Documentos Oficiales
2				