



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015.

AN_SG_SGC_29_MAY_2024 VERSIÓN 5

POLÍTICAS DE CALIDAD

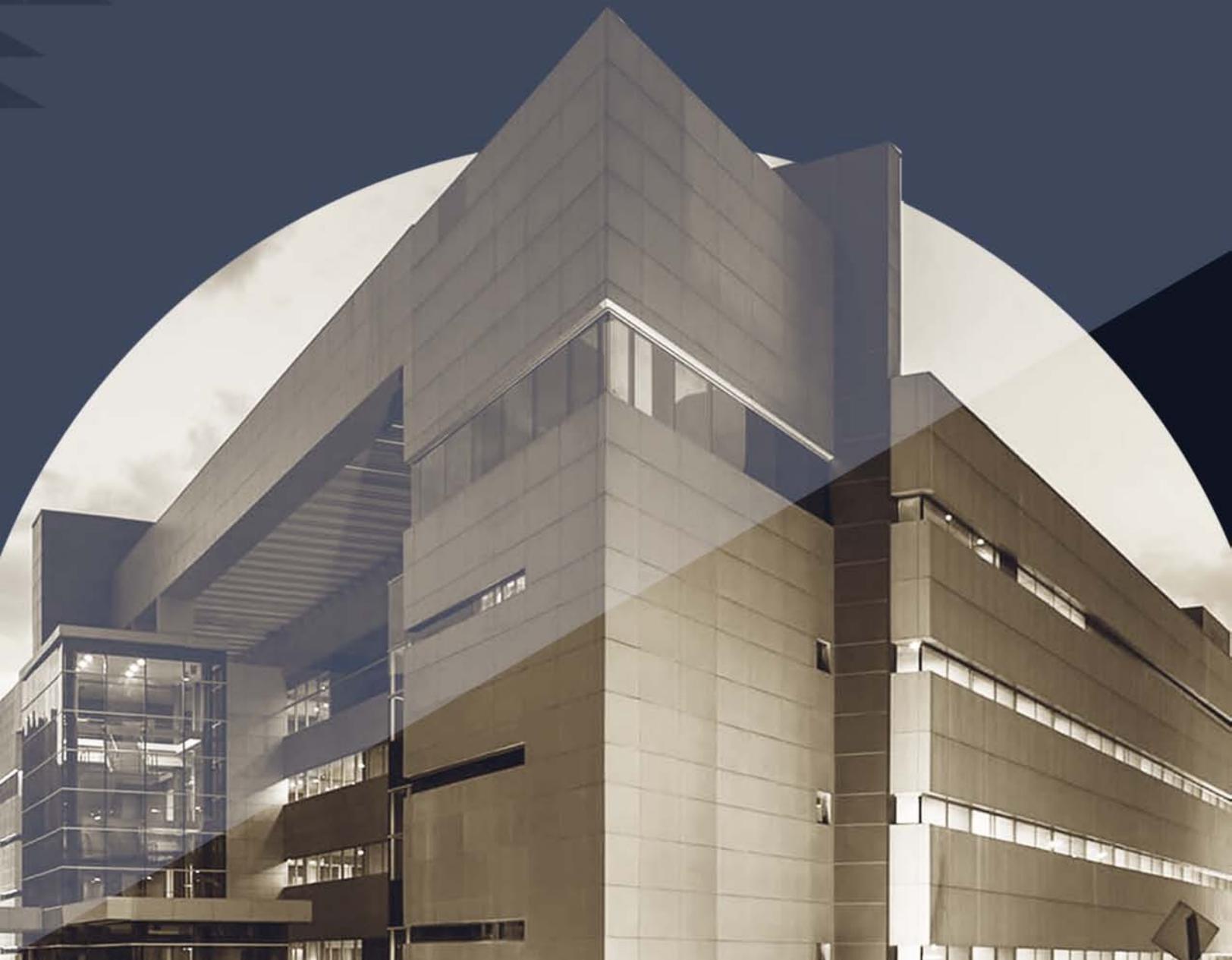
“ La Asamblea Nacional ejerce la función legislativa del Estado Panameño, que consiste en la elaboración de proyectos de ley; dirige sus esfuerzos para mantener la política de puertas abiertas, contribuyendo a la satisfacción de las necesidades de nuestras partes interesadas en los diferentes sectores de la vida ciudadana, manteniendo la transparencia, la igualdad, la ética, la justicia, la sensatez, el balance de los poderes para las transformaciones sociales. Esto lo lograremos cumpliendo con los requisitos legales, personal competente y la mejora continua en nuestros procesos.”

“DOCUMENTO NO CONTROLADO”
A EXCEPCIÓN DEL ORIGINAL.



OBJETIVOS DE CALIDAD INSTITUCIONAL

- Fortalecer las competencias laborales.
- Cumplir con los tiempos de respuesta a los usuarios.
- Lograr el grado de satisfacción del cliente.
- Promover la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad.



AUTORIDADES DE LA ASAMBLEA NACIONAL



**H.D. JAIME E.
VARGAS CENTELLA
PRESIDENTE**



**H.D. RICARDO J.
TORRES DÍAZ
PRIMER VICEPRESIDENTE**



**H.D. CORINA E.
CANO CÓRDOBA
SEGUNDO VICEPRESIDENTE**



**LCDO. QUIBIÁN PANAY G.
SECRETARIO GENERAL**



**LCDA. DANA CASTAÑEDA G.
SUBSECRETARIA GENERAL**



**ASAMBLEA NACIONAL
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

**LCDA. LUZ MARINA NAVARRO GUTIÉRREZ
DIRECTORA**

PERSONAL TÉCNICO

BERTA HISLOP	ANALISTA
MARKELDA CAÑIZALES	ANALISTA
YERITZA CASTILLERO	ANALISTA
MELINA OROCÚ	ANALISTA
GLORIA GIL	ASISTENTE ADMINISTRATIVA
MATILDE BUSTAMANTE	SECRETARIA

DEPARTAMENTO DE REVISIÓN Y CORRECCIÓN DE ESTILO

**DIANA RODRÍGUEZ
CORRECTORA**



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
I. OBJETIVO	12
II. REFERENCIAS NORMATIVAS	12
III. TÉRMINOS Y DEFINICIONES	13
IV. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	17
4.1. Comprensión de la organización y su contexto	17
4.2. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	17
4.3. Determinación del alcance del Sistema de Gestión de Calidad.....	18
4.4. Sistema de Gestión de Calidad y sus procesos	18
V. LIDERAZGO	19
5.1. Liderazgo y compromiso.....	19
5.1.1. Generalidades	19
5.1.2. Enfoque al cliente	20
5.2. Política de la calidad.....	20
5.3. Roles organizacionales, responsabilidades y autoridades	21
VI. PLANIFICACIÓN	26
6.1. Acciones para tratar los riesgos y las oportunidades.....	26
6.2. Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos	27
6.3. Planificación de los cambios	27
VII. APOYO O SOPORTE	28
7.1. Recursos	28
7.1.1. Generalidades	28
7.1.2. Personas.....	29
7.1.3. Infraestructura	29
7.1.4. Ambiente para la operación de los procesos	30
7.1.5. Recursos para el seguimiento y medición	30
7.1.6. Conocimiento organizacional.....	30
7.2. Competencias	31
7.3. Toma de conciencia.....	31
7.4. Comunicación.....	32
7.5. Información documentada.....	32
7.5.1. Generalidades	32



7.5.2.	Creación y actualización.....	32
7.5.3.	Control de la información documentada	33
VIII.	OPERACIÓN	33
8.1.	Planificación y control operacional.....	33
8.2.	Requisitos para los productos y servicios.....	34
8.2.1.	Comunicación con el cliente	34
8.2.2.	Determinación de los requisitos para los productos y servicios.....	34
8.2.3.	Revisión de los requisitos para los productos y servicios	35
8.2.4.	Cambios en los requisitos para los productos y servicios	35
8.3.	Diseño y desarrollo de los productos y servicios	36
8.3.2.	Planificación del diseño y desarrollo.....	36
8.3.3.	Entradas para el diseño y desarrollo.....	36
8.4.	Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente.....	38
8.4.1.	Generalidades	38
8.4.2.	Tipo y alcance del control	38
8.4.3.	Información para los proveedores externos.....	39
8.5.	Producción y provisión del servicio	39
8.5.1.	Control de la producción y de la provisión del servicio.....	39
8.5.2.	Identificación y trazabilidad.....	40
8.5.3.	Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos	41
8.5.4.	Preservación	41
8.5.5.	Actividades posteriores a la entrega	41
8.5.6.	Control de los cambios.....	41
8.6.	Liberación de los productos y servicios	42
8.7.	Control de salidas no conformes	42
IX.	EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	42
9.1.	Seguimiento, medición, análisis y evaluación.....	42
9.1.1.	Generalidades	42
9.1.2.	Satisfacción del usuario.....	45
9.1.3.	Análisis y evaluación.....	45
9.2.	Auditoría interna.....	45
9.3.	Revisión por la dirección.....	46
9.3.1.	Generalidades	46



9.3.2.	Entradas de la revisión por la dirección	46
9.3.3.	Salidas de la revisión por la dirección.....	47
X.	MEJORA	47
10.1.	Generalidades	47
10.2.	No conformidad y acción correctiva	48
10.3.	Mejora continua.....	48
XI.	PROCEDIMIENTOS	49
	PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR EL CONTEXTO INTERNO Y EXTERNO DE LA ORGANIZACIÓN Y PARTES INTERESADAS	50
	PROCEDIMIENTO PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS Y MATRIZ DE COMUNICACIÓN.....	53
	PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE LA MATRIZ DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES .	57
	PROCEDIMIENTO DE PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DEL CAMBIO.....	61
	PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE LA NO CONFORMIDAD Y ACCIONES CORRECTIVAS	65
	PROCEDIMIENTO PARA LA EJECUCIÓN DE AUDITORÍA INTERNA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	70
	PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE OBSERVACIONES DE AUDITORÍA EXTERNA	79
	PROCEDIMIENTO PARA PLANIFICACIÓN DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	83
	PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE UNA INICIATIVA CIUDADANA	91
	PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE BORRADOR ANTEPROYECTO DE LEY POR PARTE DE LOS HONORABLES DIPUTADOS	100
XII.	FORMULARIOS	104
	FORMULARIO DE ANÁLISIS DE FODA.....	105
	FORMULARIO DE SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS	106
	FORMULARIO PARTES INTERESADAS	107
	MAPA DE PROCESO	108
	FORMULARIO DE MATRIZ DE RIESGO Y OPORTUNIDADES	109
	FORMULARIO DE CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS	110
	FORMULARIO DE SEGUIMIENTO DE OBSERVACIONES.....	111
	FORMULARIO DE SEGUIMIENTO DE OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	112
	FORMULARIO IDENTIFICACIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	113
	FORMULARIO INFORME DE ALTA DIRECCIÓN	114
	FORMULARIO DE GESTIÓN DE CAMBIO.....	115



FORMULARIO PLAN DE AUDITORÍA.....	116
FORMULARIO PLAN DE ACCIÓN DE OBSERVACIONES	116
FORMULARIO TABLA DE INTERACCIÓN DE LOS PROCESOS	118
FORMULARIO FICHA DE INDICADOR	119
FORMULARIO LISTA DE ASISTENCIA.....	120
FORMULARIO PROGRAMACIÓN ANUAL DE AUDITORÍA	121
FORMULARIO MEMORANDO	122
FORMULARIO INFORME DE AUDITORÍA	123
FORMULARIO RESUMEN ACCIONES CORRECTIVAS	124
FORMULARIO ACTA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	125
FORMULARIO DE EJECUCIÓN DE INICIO DE FASE DE AUDITORÍA	126
FORMULARIO ALCANCE, POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD	127
FORMULARIO MATRIZ DE COMUNICACIÓN	128
FORMULARIO CONSECUTIVO DE NO CONFORMIDADES	129
XIII. ANEXOS	130
ANEXO 1	131
ANEXO 2	132
ANEXO 3	133
XIV. FIRMAS	134
XV. HISTORIAL DE CAMBIOS	135



INTRODUCCIÓN

La Norma ISO 9001:2015 es una norma internacional de gestión de la calidad aplicable a todo tipo de organización de cualquier sector o actividad. Está basada en los siete principios de gestión de calidad, fundamentales para una buena gestión empresarial.

ISO 9001:2015 está diseñada para ayudar a las organizaciones y asegurar que se cumplan con las necesidades de los clientes y otras partes interesadas, al tiempo de cumplir con los requerimientos regulatorios relativos al producto.

La Asamblea Nacional, en julio de 2020, inició el proceso de información documentada con el propósito de obtener la certificación de la Norma Internacional ISO 9001:2015, cuyo alcance es diseño, desarrollo y elaboración de los proyectos de ley.

Es ese sentido, el equipo de la Dirección de Desarrollo Institucional conjuntamente con las unidades administrativas involucradas elaboró el Manual de Procedimientos Administrativos del Sistema de Gestión de Calidad (SGC), de conformidad con la Norma ISO 9001:2015, con la finalidad de definir las interpretaciones relacionadas con esta norma, adecuándolas a los principios legales, constitucionales y reglamentarios que regulan la Asamblea Nacional, estableciendo, además, como se cumplen cada uno de los requisitos exigidos por las referidas normas.

El SGC tiene como plataforma principal la aplicación del PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), al sistema en general y a cada proceso. Bajo este esquema se diseñó el Sistema de Gestión de Calidad (SGC) de la institución, con el objetivo de garantizar la mejora continua de los procesos, la satisfacción de nuestros clientes, el fortaleciendo de las competencias de los colaboradores y el cumplimiento de los requisitos.

	EN EL SISTEMA	EN EL PROCESO
PLANEAR	Basándose en la política, se establecen los objetivos y programas, que guían los procesos del SGC, donde se definen los procedimientos, responsabilidades, controles, recursos y documentación para el sostenimiento y mejoramiento del sistema.	Con base en los objetivos y alcances específicos de cada proceso, se definen las actividades por desarrollar, sus responsables, la documentación involucrada y los indicadores de gestión.
HACER	Consiste en la integración del PHVA de todos los procesos.	Se ejecutan los procesos, desarrollando y revisando los manuales de procedimiento, se



		elaboran y conservan los registros de ejecución.
VERIFICAR	Para garantizar el funcionamiento del SGC y verificar su eficacia, se realizan auditorías de calidad y revisiones por la alta dirección con los líderes de los procesos.	En cada proceso se realiza una evaluación interna, para analizar el resultado de los indicadores de gestión y las auditorías de calidad.
ACTUAR	Basado en los resultados de las auditorías de calidad y de las revisiones por la dirección se implementan las acciones correctivas o preventivas necesarias con su respectivo seguimiento.	Con base en los informes de gestión de cada proceso, se proponen y ejecutan acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento.



ASAMBLEA NACIONAL

DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

La historia de la Asamblea Nacional data desde la declaración de la independencia, el 3 de noviembre de 1903. Desde el inicio de la República de Panamá, la Asamblea Nacional ha sido la expresión de todas las corrientes políticas, económicas y sociales de la nación panameña. Se ubica en la Plaza 5 de Mayo y calle L, Palacio Justo Arosemena, ciudad de Panamá, República de Panamá.

La Asamblea Nacional ha acompañado a nuestra joven democracia en sus altibajos, convirtiéndose no solo en la voz del pueblo, sino también en el espejo de la nación, por lo que como depositarios de la soberanía popular, los diputados han enfrentado y seguirán enfrentando la difícil y honrosa tarea de mantener la esencia popular e independencia del primer órgano del Estado (<https://www.asamblea.gob.pa/historia>).

MISIÓN Y VISIÓN

MISIÓN	VISIÓN
Ser el órgano del Estado responsable de crear las leyes necesarias que permitan buscar el equilibrio entre todos los intereses legítimos de nuestra sociedad, factores elementales para que nuestro país avance al pleno desarrollo político, económico y social, cumpliendo con sus objetivos estratégicos.	Una Asamblea Nacional independiente, moderna, eficiente, transparente que goce de la credibilidad y represente los intereses de la sociedad, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los panameños, con capacidad para promover cambios que viabilicen el cumplimiento de las aspiraciones de la sociedad, representada como garantía y sustento de la democracia.

La estructura organizativa y el Manual de Organización y Funciones establece los niveles estructurales de la organización y sus funciones. (<https://www.asamblea.gob.pa/transparencias>)



I. OBJETIVO

Describir la estructura del Sistema de Gestión de Calidad de la institución para dar a conocer a los funcionarios y a las partes interesadas los lineamientos y disposiciones generales para asegurar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 y los requisitos legales.

II. REFERENCIAS NORMATIVAS

La normativa legal vigente de referencia usada para desarrollar este Manual de Gestión de la Calidad es la siguiente:

- Constitución Política de la República de Panamá.
- Reglamento Orgánico del Régimen Interno de la Asamblea Nacional.
- Ley 6 de 22 de enero de 2002 –Que dicta normas de Transparencia en la gestión pública y establece la acción de Habeas Data.
- Ley 22 de 27 de junio de 2006 – Contrataciones públicas.
- Decreto Ejecutivo No. 439 de 10 de septiembre de 2020 que reglamenta la Ley 22 de 2006, que regula la contratación pública.
- Resoluciones de la directiva de la Asamblea Nacional.
- Manuales de procedimientos.
- Manual de Organización y Funciones de la Asamblea Nacional.
- Norma ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de Calidad. Requisitos.
- Norma ISO 9000:2015 Sistemas de Gestión de Calidad. Fundamentos y vocabulario.
- Norma ISO 31000:2018 Gestión de riesgo-directrices.
- Norma ISO 19011:2018 Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión.
- Metodología 5 porqués.



III. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

3.1. Alta dirección

Persona o grupo de personas que dirige o controla una organización al más alto nivel.

3.2. Acción correctiva

Acción tomada para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada (otra situación no deseable) con el propósito de impedir que se reproduzca.

3.3. Auditado

Organización o persona sometida a auditoría.

3.4. Auditor

Persona calificada para efectuar auditoría a uno o varios sistemas de gestión.

3.5. Auditoría

Proceso sistemático independiente y documentado que permite obtener evidencia de auditoría y evaluar de manera objetiva para determinar en qué medida son alcanzados los criterios de auditoría.

3.6. Caracterización

Es la identificación de todos los elementos que intervienen en un proceso y que se deben controlar.

3.7. Calidad

Grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos.

3.8. Cliente

Persona u organización que podría recibir o que recibe un producto o un servicio destinado a esa persona u organización o requerido por ella.

3.9. Conformidad

El cumplimiento de requisitos especificados.

3.10. Control de la calidad

Las técnicas y las actividades operacionales que se usan para cumplir los requisitos de calidad.

3.11. Corrección

Acción tomada para eliminar una no conformidad.



3.12. Contexto de la organización

Combinación de cuestiones internas y externas que pueden tener un efecto en el enfoque de la organización para el desarrollo y logro de sus objetivos.

3.13. Eficiencia

Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

3.14. Eficacia

Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se logran los resultados planificados.

3.15. Evidencia objetiva

Datos que respaldan la existencia o veracidad de algo.

3.16. Gestión

Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.

3.17. Gestión de la calidad

Conjunto de acciones y herramientas que tienen como objetivo evitar posibles errores o desviaciones en el proceso de producción y en los productos o servicios obtenidos a través de él.

3.18. Información documentada

Información que una organización tiene que controlar y mantener, y el medio que la contiene.

3.19. Infraestructura

Sistema de las instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento de una organización.

3.20. Manual de calidad

El manual de calidad es el documento que establece los objetivos y los estándares de calidad de una organización.

3.21. Mejora continua

Actividad recurrente para mejorar el desempeño.

3.22. No conformidad

Incumplimiento de un requisito.



3.23. Organización

Persona grupo de personas que tienen sus propias funciones con responsabilidades, autoridades y relaciones para lograr sus objetivos.

3.24. Objetivo de la calidad

Es el medio con el que la empresa puede enlazar todos sus esfuerzos para cumplir con la política de calidad, que mediante la medición de los objetivos y los indicadores que contienen se consiga determinar el grado de cumplimiento de la política de calidad.

3.25. Parte interesada

Persona u organización que puede afectar, verse afectada o percibirse como afectada por una decisión o actividad.

3.26. Proceso

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

3.27. Procedimiento

Forma especificada de llevar a cabo una actividad o un proceso.

3.28. Política

Intenciones y dirección de una organización como las expresa formalmente su alta dirección.

3.29. Proveedor externo

Proveedor que no es parte de la organización.

3.30. Queja

Expresión de insatisfacción hecha a una organización relativa a su producto o servicio o al propio proceso de tratamiento de quejas, donde explícita o implícitamente se espera una respuesta o resolución.

3.31. Registro

Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades realizadas.

3.32. Requisito

Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.



3.33. Requisito de la calidad

Es un documento escrito que establece lo que se considera adecuado.

3.34. Sistema de gestión

Conjunto de elementos de una organización interrelacionados o que interactúan para establecer políticas, objetivos y procesos para lograr estos objetivos.

3.35. Sistema de Gestión de Calidad

Es la gestión de servicios que se ofrecen, y que incluyen planear, controlar y mejorar, aquellos elementos de una organización, que de alguna manera afectan o influyen en la satisfacción del cliente y en el logro de los resultados deseados por la organización.

3.36. Trazabilidad

Capacidad para seguir el histórico, la planificación o la localización de un objeto.



IV. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

4.1. Comprensión de la organización y su contexto

La Asamblea Nacional determina, analiza y realiza el seguimiento a los temas internos y externos que pueden afectar el desempeño de su capacidad para lograr sus metas y resultados previstos. Estos asuntos son tratados en la reunión de revisión por la Alta Dirección. Para estos efectos, las unidades administrativas que forman parte del proceso de diseño, desarrollo y elaboración de proyectos de ley, elaboran un FODA (Fortaleza, Oportunidades, Debilidades y Amenazas), en el cual se señalan y analizan los temas internos y externos que les afectan, determinando, cuales podrían considerarse como riesgos y oportunidades.

Una vez establecido el FODA, cada unidad administrativa transcribe sus oportunidades y amenazas en la matriz de riesgo y oportunidades, con el propósito de evaluar los riesgos y tomar las acciones pertinentes. Toda esta documentación debe ser entregada a la Dirección de Desarrollo Institucional, para su debido seguimiento, control, registro y consolidación.

La Asamblea Nacional revisa y analiza las cuestiones externas e internas que son pertinentes a su propósito, a su dirección estratégica, y que pueden afectar los resultados previstos de su Sistema de Gestión de Calidad (SGC). Ver procedimiento, contexto interno y externo y partes interesadas AN_SG_SGC_P.A.01.

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

Las "partes interesadas" son los ciudadanos e instituciones que reciben nuestros servicios, o que pueden ser afectadas por ellas, o aquellas partes que de otra manera podrían tener un interés significativo en la Asamblea Nacional frente a su SGC y los requisitos pertinentes.

En ese sentido, la Asamblea Nacional determina, escucha y recibe por diferentes medios, las necesidades y expectativas de las partes interesadas. Esta información es examinada y evaluada por la Alta Dirección junto con su equipo de directores, quienes analizan quiénes son las partes interesadas, cuáles son sus necesidades y expectativas para conocerlas e incluirlas en el SGC. Estas son revisadas periódicamente, debido a lo dinámico del mismo, y se recogen en el formulario de las partes interesadas AN_SG_SGC_03.



4.3. Determinación del alcance del Sistema de Gestión de Calidad

La documentación del Sistema de Gestión de Calidad y la adopción de la cultura de calidad se aplica en el servicio de: **Diseño, desarrollo y elaboración de proyectos de ley de la Asamblea Nacional de la República de Panamá.**

- **Numeral 7.1.5.2** Recursos de seguimiento y medición

La Asamblea Nacional, por el tipo de producto que genera, no requiere de mecanismos de medición.

4.4. Sistema de Gestión de Calidad y sus procesos

La Asamblea Nacional, en su política de mejora continua de sus procesos y en lograr la mayor satisfacción de sus partes interesadas, ha establecido un Sistema de Gestión de Calidad basado en los principios constitucionales, legales y reglamentarios adecuando los requisitos de la Norma ISO 9001:2015, cuyo alcance es **Diseño, desarrollo y elaboración de proyectos de ley de la Asamblea Nacional de la República de Panamá.**

La institución ha identificado todos los procesos pertinentes de su Sistema de Gestión de Calidad para el servicio de **Diseño, desarrollo y elaboración de proyectos de ley de la Asamblea Nacional de la República de Panamá**, así como también la secuencia e interacción de cada uno de estos y de los recursos necesarios para su buen funcionamiento y mejoramiento continuo. Cada uno de los procesos ha sido analizado y supervisado para establecer criterios y métodos efectivos que propendan acciones necesarias en pro y bienestar de la institución.

La Asamblea Nacional cuenta con un mapa de procesos y su interacción con sus respectivas entradas y salidas, que identifican los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de seguimiento, análisis y evaluación. Ver mapa de proceso AN_SG_SGC_04 & ficha de indicador de proceso AN_SG_SGC_16.



V. LIDERAZGO

5.1. Liderazgo y compromiso

5.1.1. Generalidades

La Alta Dirección de la Asamblea Nacional dentro del proceso de diseño, desarrollo y elaboración de proyectos de ley es ejercida por el secretario general, en virtud de que es el responsable de velar por el cumplimiento de la planificación, además de organizar y supervisar las actividades administrativas para el adecuado funcionamiento de las unidades técnicas y administrativas de la institución entre otras actividades, que con su liderazgo y compromiso garantiza que los líderes de cada proceso y sus colaboradores se comprometan con el ejercicio del mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad, aplicando los siguientes requisitos:

- a) Asumiendo la responsabilidad de la eficacia del sistema de gestión.
- b) Asegurando que la política de calidad y los objetivos de calidad sean establecidos en el Sistema de Gestión de Calidad y sean compatibles con la dirección estratégica y el contexto de la organización.
- c) Asegurándose de los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad de los procesos de la institución.
- d) Promoviendo la concienciación sobre el enfoque del proceso.
- e) Asegurándose de que los recursos necesarios para el Sistema de Gestión de Calidad estén disponibles.
- f) Comunicando a los funcionarios la importancia de satisfacer los requisitos de sus partes interesadas.
- g) Garantizando que el sistema de gestión alcance los resultados previstos.
- h) Comprometiendo, dirigiendo y apoyando a las personas, para contribuir a la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad.
- i) Promoviendo la mejora continua del SGC.
- j) Apoyando otros roles pertinentes de la dirección, para demostrar su liderazgo en la forma en la que aplique a sus áreas de responsabilidad.



5.1.2. Enfoque al cliente

La Alta Dirección de la Asamblea Nacional adopta un enfoque basado en el usuario, garantiza que las necesidades y expectativas de los clientes se determinen, se conviertan en requisitos y se cumplan con el objetivo de mejorar la satisfacción del cliente.

El enfoque al usuario se logra asegurando que:

- a) Los requisitos del usuario, los requisitos legales y reglamentarios aplicables se determinan, se entienden y se cumplen consistentemente.
- b) Se aborden los riesgos y oportunidades que pueden afectar la conformidad de los productos y servicios y la capacidad de mejorar la satisfacción del cliente.
- c) Se mantenga la comunicación con el usuario.
- d) Se mantenga el enfoque para mejorar la satisfacción del usuario.

5.2. Política de la calidad

La Asamblea Nacional es una institución cuya función consiste en expedir las leyes necesarias para el cumplimiento de los fines y el ejercicio de las funciones del Estado, de acuerdo con lo establecido en el artículo 159 de la Constitución Política de la República de Panamá.

En ese sentido, la Asamblea Nacional es una institución que trabaja y se enfoca en mantener su compromiso de transparencia con sus partes interesadas, comunica su política a través de la elaboración de las leyes necesarias, acordes y cónsonas con la realidad socioeconómica del país.

POLÍTICA DE CALIDAD INSTITUCIONAL

- ***“La Asamblea Nacional ejerce la función legislativa del Estado Panameño, que consiste en la elaboración de proyectos de ley; dirige sus esfuerzos para mantener la política de puertas abiertas, contribuyendo a la satisfacción de las necesidades de nuestras partes interesadas en los diferentes sectores de la vida ciudadana, manteniendo la transparencia, la igualdad, la ética, la justicia, la sensatez, el balance de poderes para las transformaciones sociales. Esto lo lograremos cumpliendo con los requisitos legales, personal competente y la mejora continua en nuestros procesos”.***



La política de calidad de la Asamblea Nacional:

- a) Está disponible y se mantiene como información documentada:
 - En la entrada de los edificios.
 - En el Manual de Gestión de Calidad y en los Manuales de Procedimientos de las unidades administrativas.
- b) Se comunica, entiende y aplica en la institución:
 - A través de inducciones y reinducciones que realiza el Departamento de Capacitación.
 - Está disponible en la página web para las partes interesadas pertinentes, según corresponda. <https://www.asamblea.gob.pa/mision-vision>

5.3. Roles organizacionales, responsabilidades y autoridades

La Asamblea Nacional cuenta con un organigrama estructural, que está publicado en su página web en la sección de transparencia, previsto en el artículo 9.2 Políticas Institucionales (Organigrama) y el artículo 9.5 Estructura Organizativa. En el punto 9.2, se encuentra publicado el Manual de Organización y Funciones, que tiene como finalidad comunicar las funciones de las áreas técnicas y administrativas que integran la institución, de forma estructurada para alcanzar las metas y objetivos propuestos cumpliendo con las disposiciones legales que rige el Órgano Legislativo, toda esta información se encuentra disponible en la página web <https://www.asamblea.gob.pa/organigrama>.



ROLES Y RESPONSABILIDADES POR UNIDAD ADMINISTRATIVA DENTRO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

N°	DENOMINACIÓN DEL PROCESO	TIPO DEL PROCESO	DESCRIPCIÓN
1	Secretaría General –	Estratégico	Líder-Alta Dirección del Sistema de Gestión de Calidad. Elabora estrategias para la adopción de decisiones de la organización. Realiza seguimiento, controla y es depositario de los anteproyectos y proyectos de ley.
2	Secretaría General/ – Seguimiento Legislativo	Misionales/Operativo	Tramita y realiza seguimiento de los anteproyectos y proyectos de ley, desde su presentación hasta su promulgación.
3	Dirección Nacional de Promoción de la Participación Ciudadana	Misionales/Operativo	Recibe, tramita y realiza seguimiento de las iniciativas ciudadanas antes de ser admitidas como anteproyecto de ley. Ver procedimiento AN_DNPPC_P.A.10 en el manual de procedimientos administrativos de esta dirección.
4	Dirección Nacional de Asesoría en Asuntos Plenarios	Misionales/Operativo	Califica iniciativas ciudadanas, anteproyecto y proyectos de ley, cuando son presentados por: <ul style="list-style-type: none"> ▪ El Pleno Legislativo.



Nº	DENOMINACIÓN DEL PROCESO	TIPO DEL PROCESO	DESCRIPCIÓN
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comisiones permanentes de la Asamblea Nacional. ▪ Ministros de Estado. ▪ Corte Suprema de Justicia. ▪ Procurador general de la nación. ▪ Procurador de la Administración. ▪ Tribunal Electoral. ▪ Honorables diputados. ▪ Órgano Ejecutivo. ▪ Órgano Judicial. ▪ Presidente de los consejos provinciales.
5	Dirección Nacional de Asesoría Legal y Técnica de Comisiones	Misionales/Operativo	<p>Determina viabilidad de la iniciativa ciudadana, analiza, elabora y da seguimiento a los anteproyectos o proyectos de ley.</p> <p>Asigna un asesor de la secretaría técnica según la materia para analizar y evaluar jurídicamente la iniciativa (AN_DNALTC_SCT_ P.A.01 procedimientos en el manual de procedimientos de esta dirección).</p> <p>Si el anteproyecto de ley es prohijado por la comisión respectiva, se</p>



Nº	DENOMINACIÓN DEL PROCESO	TIPO DEL PROCESO	DESCRIPCIÓN
			<p>presentará ante el Pleno de la Asamblea Nacional como proyecto de ley.</p> <p>Esto debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Elaboración de estudio y análisis de anteproyecto de ley b) Elaboración de informe de primer debate y texto único (AN_DNALTC_SCT_ P.A.02 procedimientos en el manual de procedimientos de esta dirección). c) Elaboración de anteproyecto de ley. d) Seguimiento de un anteproyecto de ley.
6	Dirección de Tesorería	Apoyo	Solo aplica el procedimiento para realizar el pago a proveedores.
7	Departamento de Compras y Proveduría	Apoyo	Aplica solo la Sección de Compras.
8	Unidad de Estadística	Apoyo	Gestiona las estadísticas de las unidades administrativas, comisiones y Pleno.
9	Dirección de Desarrollo Institucional	Apoyo	Mantiene la información documentada de la institución, apoya el mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad, realiza cambios a la estructura organizativa, planifica,



Nº	DENOMINACIÓN DEL PROCESO	TIPO DEL PROCESO	DESCRIPCIÓN
			evalúa y el controla el desempeño operacional del SGC, entre otras funciones.
10	Dirección de Estudios Parlamentarios	Apoyo	Promoción de cursos de actualización de técnica legislativa y formación de la ley.
11	Departamento de Capacitación	Apoyo	Realiza la detección de necesidades de capacitación, elabora el Plan Anual de Capacitación y la programación de cursos, así como la ejecución y evaluación de los programas anuales de capacitación en la institución.
12	Departamento Técnico de Administración de Recursos Humanos	Apoyo	Análisis de cargo, evaluación, reclutamiento, selección, y nombramiento de personal cese y demás procedimientos necesarios para la administración de los recursos humanos.
13	Dirección de Infraestructura y Servicios Generales	Apoyo	Coordina, inspecciona, diseña y desarrolla todas las acciones de los proyectos de infraestructura que se ejecuten y la prestación en forma oportuna y eficiente de los servicios de mantenimiento.



Nº	DENOMINACIÓN DEL PROCESO	TIPO DEL PROCESO	DESCRIPCIÓN
14	Dirección de Tecnología Informática y Comunicaciones	Apoyo	Provee los insumos, prevención y mantenimiento de los equipos informáticos.
15	Unidad de Seguridad Informática	Apoyo	Establece las políticas de seguridad, normas y procedimientos de acceso y utilización de los sistemas de informática.
16	Dirección de Comunicación	Apoyo	Comunica la información pertinente de las comisiones permanente, del pleno legislativo y las actividades administrativas.
17	Dirección de Auditoría Interna	Medición, análisis y evaluación	Realiza la medición, análisis y evaluación de las auditorías y no conformidades del SGC, acorde con las normas de control interno gubernamental.

VI. PLANIFICACIÓN

6.1. Acciones para tratar los riesgos y las oportunidades

La Asamblea Nacional planifica su Sistema de Gestión de Calidad, basado en el análisis de las cuestiones contempladas en el apartado 4.1 (Comprensión de la organización y su contexto) y en los requisitos referidos en el apartado 4.2 (Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas) de la norma ISO 9001:2015.

Cada unidad administrativa de la organización determina los riesgos y oportunidades, a través del formulario de matriz de riesgo y oportunidades, en el proceso de diseño, desarrollo y elaboración



de proyectos de ley, con la colaboración y asesoría de la Dirección de Desarrollo Institucional de acuerdo con el procedimiento de Gestión de Riesgos y Oportunidades AN_SG_SGC_P.A.03.

Toda esta información se consolida en el formulario de riesgos y oportunidades AN_SG_SGC_06.

6.2. Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos

La Asamblea Nacional, de acuerdo con el enfoque de los procesos, define sus objetivos teniendo en cuenta que:

- a) Sean coherentes con la política de calidad.
- b) Sean mensurables.
- c) Tomen en cuenta los requisitos aplicables.
- d) Sean relevantes para la conformidad de productos y servicios y para mejorar la satisfacción del cliente.
- e) Sean supervisados.
- f) Sean comunicados.
- g) Se actualicen según proceda.

Nuestros objetivos están enfocados en el cumplimiento de la política de calidad, los requisitos legales y los requisitos de nuestros usuarios, los cuales se encuentran contemplados en el Plan Operativo Anual de la Asamblea Nacional, en el cual se establece la forma de medirlos y desarrollarlos.

Objetivos de la Calidad de la Asamblea Nacional:

- Fortalecer las competencias laborales.
- Cumplir con los tiempos de respuesta a los usuarios.
- Lograr el grado de satisfacción del cliente.
- Promover la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad.

6.3. Planificación de los cambios

La Asamblea Nacional de acuerdo con las necesidades y funcionamiento de las unidades administrativas, realiza los cambios pertinentes en la estructura organizativa, infraestructura, sistemas tecnológicos, procesos, entre otros, los cuales impactan directamente al Sistema de



Gestión de Calidad. Estos cambios se desarrollan de manera planificada de acuerdo con solicitudes presentadas por la alta dirección, por las unidades administrativas o a instancia de la Dirección de Desarrollo Institucional, la cual es la unidad encargada de elaborar los formularios respectivos y custodiar la información documentada de esos cambios.

La Secretaría General comunica periódicamente, a través de memorando, a las unidades administrativas que, de ser necesario realizar un cambio en el SGC, es la Dirección de Desarrollo Institucional la encargada de custodiar la información documentada generada por ese cambio de acuerdo con el procedimiento de planificación y gestión del cambio AN_SG_SGC_P.A.04 y se gestiona en el formulario Gestión de Cambio ANSG_SGC_11.

La organización, al realizar estos cambios, considera:

- a) El propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales.
- b) La integridad del sistema de gestión de la calidad.
- c) La disponibilidad de recursos.
- d) La asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.

VII. APOYO O SOPORTE

7.1. Recursos

7.1.1. Generalidades

La Asamblea Nacional determina y proporciona los recursos necesarios para los fines siguientes:

- a) Implementar y mantener el Sistema de Gestión de Calidad y mejorar continuamente su eficacia.
- b) Mejorar la satisfacción del cliente, atendiendo sus necesidades.

La asignación de recursos se hace teniendo en cuenta la capacidad y limitaciones de los recursos internos existentes, así como nuestras necesidades que son suministradas por los proveedores. Los recursos y la asignación de recursos se evalúan durante las revisiones de la dirección.

Cada unidad administrativa gestiona y solicita sus recursos a la Dirección General de Administración y Finanzas de la institución.



7.1.2. Personas

La Alta Dirección, a través de la Dirección de Recursos Humanos, se asegura de proporcionar el personal suficiente para el funcionamiento eficaz del Sistema de Gestión de Calidad, así como de los procesos identificados. Se considera la conformidad de los requisitos del servicio que podría verse afectada por el personal que desempeña las tareas dentro del Sistema de Gestión de Calidad; es por ello que la institución cuenta con el Manual de Procedimiento Administrativos del Departamento Técnico de Administración de Recursos Humanos, que se encuentra publicado en la página web en la sección Transparencia, artículo 9.4. Manuales de Procedimiento, que permite realizar de manera técnica, el análisis de cargo, evaluación, reclutamiento, selección y nombramiento del personal que requiere la Asamblea Nacional.

El Departamento de Capacitación de la Dirección de Recursos Humanos en coordinación con la Dirección de Estudios Parlamentarios capacita, actualiza y elabora el Plan Anual de Capacitación, con el propósito de desarrollar y fortalecer las competencias laborales del personal con sus respectivos registros de seguimiento y medición.

7.1.3. Infraestructura

La Asamblea Nacional determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos de los productos o servicios. La infraestructura incluye, según corresponda:

- a) Los edificios, el espacio de trabajo y las instalaciones asociadas (Manual de Infraestructura y Servicios Generales).
- b) Equipo de proceso, hardware y software (Unidad de Seguridad Informática y Dirección de Tecnología, Informática y Comunicaciones).
- c) Tecnología de la Información y la Comunicación (TIC) (Manual de Procedimiento de la Dirección de Tecnología, Informática y Comunicaciones y sus departamentos, y la Dirección de Comunicación).

Todos los manuales se encuentran publicados en la sección Transparencia artículo 9.4. Manuales de Procedimiento.



7.1.4. Ambiente para la operación de los procesos

La Asamblea Nacional proporciona un entorno de trabajo limpio, seguro y bien iluminado. Se mantiene un personal dedicado a realizar la limpieza y mantenimiento de las instalaciones, a través de la Dirección de Infraestructura y Servicios Generales.

7.1.5. Recursos para el seguimiento y medición

7.1.5.1. Generalidades

La Asamblea Nacional emplea los recursos de seguimientos y medición, a través de los indicadores los cuales son aplicados para medir el grado de cumplimiento de los objetivos, actividades y proyectos los cuales han sido debidamente planificados en el Plan Operativo Anual de la institución (F1). En ese sentido, mensualmente estos seguimientos y mediciones son controlados y medidos por la Dirección de Desarrollo Institucional, mediante el Informe de Avance de Actividades y Proyectos del mes (F2) y también a través del Informe de Evaluación Semestral de Actividades y Proyectos (F3), este último documento se publica en la página web de la institución en la sección de transparencia con el propósito de cumplir con el principio de publicidad establecido en la Ley N° 6 de 22 de enero de 2002, que dicta normas sobre la transparencia en la gestión pública, acceso a la información y establece la acción de habeas data. La institución lleva a cabo acciones correctivas para asegurar la conformidad del producto cuando no se cumple con las metas establecidas.

7.1.5.2. Recursos de seguimiento y medición

La Asamblea Nacional por el tipo de producto que genera no requiere de mecanismos de medición, por lo que no se aplica a este servicio.

7.1.6. Conocimiento organizacional

Se determina los conocimientos necesarios para el funcionamiento de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios.

En cumplimiento de este requisito, la institución ha implementado:

- La carrera de servicio legislativa con el fin de salvaguardar la pérdida de conocimientos.



- La realización de inducciones y reinducciones que ofrece el Departamento de Capacitación.
- El Programa de Capacitación Anual que ofrece el Departamento de Capacitación.
- Las capacitaciones técnicas y actualizaciones que organiza la Dirección de Estudios Parlamentarios, mensualmente.
- La elaboración de manuales de procedimientos administrativos de cada unidad administrativa.
- La actualización del Manual de organización y funciones.

7.2. Competencias

La Asamblea Nacional, a través de la Dirección del Departamento Técnico de Recursos Humanos de la Dirección de Recursos Humanos, realiza la descripción de las competencias que debe tener cada cargo de la institución, tomando en consideración la preparación académica, la formación o experiencia apropiada, según sea el caso que se encuentran definidas en el Manual de Cargo Ocupacional (ver manual de cargo ocupacional).

El Departamento de Capacitación detecta anualmente las necesidades de capacitación del personal de la institución (AN_DRH_DC_01) y genera el catálogo de Formación Anual de Capacitación (AN_DRH_DC_12). La eficacia de la evaluación de los temas desarrollados, según el catálogo de formación se realiza de la siguiente manera:

- De cada tema desarrollado, se identifica el nivel de conocimiento antes de tomar la formación y al finalizar se analizan los resultados con el propósito de determinar su eficacia.
- Si se trata de un diplomado o curso de especialización (cuando aplica) el jefe de área debe evaluar al funcionario.

7.3. Toma de conciencia

La institución se asegura de divulgar, a través de inducciones, capacitaciones, talleres y otros medios, el Sistema de Gestión de Calidad, de la organización donde se informa a los funcionarios la importancia del desarrollo de las actividades que contribuyen al alcance de las metas institucionales basadas en los objetivos de calidad, fomentando la toma de conciencia referente a:



- a) La política de calidad.
- b) Objetivos de calidad pertinentes.
- c) Su contribución a la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad.
- d) Las implicaciones que conlleva el incumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad.

7.4. Comunicación

La Asamblea Nacional mantiene en el formulario de comunicación AN_SG_SGC_28, matriz que establece los mecanismos de comunicación:

Qué comunicar	Cuándo comunicar	A quién comunicar	Cómo comunicar	Quién comunica
---------------	------------------	-------------------	----------------	----------------

7.5. Información documentada

7.5.1. Generalidades

La documentación del Sistema de Gestión de Calidad incluye:

- Declaraciones documentadas de la política de calidad.
- Manual de Procedimientos Administrativos del Sistema de Gestión de Calidad, procedimientos y formularios asociados. El objeto, alcance y exclusiones del Sistema de Gestión de Calidad son descritos en la parte inicial de este manual. Cada sección del manual contempla y desarrolla cada uno de los procedimientos documentados del Sistema de Gestión de Calidad, teniendo en cuenta los parámetros establecidos por la Norma ISO 9001:2015.
- Manuales de todas las unidades administrativas incluyendo los procedimientos, formularios e instructivos para el desarrollo correcto de sus funciones en el marco de la misión, visión y normas de la entidad para coadyuvar al fortalecimiento y desarrollo de la Asamblea Nacional en el logro de sus objetivos.

7.5.2. Creación y actualización

La Asamblea Nacional ha determinado, dentro de su sistema de gestión de la calidad, que la Dirección de Desarrollo Institucional es la unidad administrativa encargada de la información



documentada. Esta unidad, en virtud de sus responsabilidades elabora y establece los procedimientos para el manejo y control de los documentos, tanto para los documentos nuevos como para los que necesiten ser actualizados. Ver Manual de Procedimiento de la Dirección de Desarrollo Institucional en la página web, sección transparencia 9.4.

7.5.3. Control de la información documentada

Todos los manuales son elaborados, documentados y controlados por la Dirección de Desarrollo Institucional (DDI) de manera electrónica y física, también incluye todos los documentos requeridos por el sistema de Gestión de Calidad, el original reposa físicamente en la Dirección en el archivador #1 de manuales de procedimientos, además cada manual se registra en el Formulario de Inventario de Manuales de Procedimientos Administrativos. Código AN_DDI_13.

VIII. OPERACIÓN

8.1. Planificación y control operacional

La Asamblea Nacional planifica y desarrolla los procesos necesarios para realizar sus productos y servicios para satisfacer al cliente. La planificación considera la información relacionada con el contexto interno y externo de la organización, los recursos, las capacidades actuales y las funciones, así como los requisitos del servicio de las partes interesadas. Ver procedimientos administrativos en el Manual de la Dirección Nacional de Asesoría Legal y Técnica de Comisiones.

Para estos efectos, la institución ha determinado:

- a) Los objetivos de la calidad y los requisitos del producto.
- b) Los procesos que se requieren para la documentación y los recursos necesarios para el desarrollo de estos.
- c) La información documentada necesaria para proporcionar confianza con la conformidad de los procesos y de los productos resultantes.



8.2. Requisitos para los productos y servicios

8.2.1. Comunicación con el cliente

La Asamblea Nacional determina los procesos de comunicación con el usuario y la Dirección de Desarrollo Institucional da seguimiento a la ejecución y resultado para ser presentado en las revisiones por la dirección.

En relación con el servicio, la comunicación con el cliente se gestiona de la manera siguiente:

a) La información sobre el servicio <https://www.asamblea.gob.pa/centro-ayuda/oficinas-de-atencion>

b) Atención a las solicitudes de iniciativa ciudadana, se puede presentar en el formulario electrónico publicado en la página web de la institución en la ruta <https://www.asamblea.gob.pa/formulario/iniciativa> o de manera presencial en la Oficina de la Dirección Nacional de Promoción de la Participación Ciudadana.

c) Retroalimentación de los usuarios:

- Encuesta de satisfacción a los usuarios externos (Dirección Nacional de Promoción de la Participación Ciudadana).
- Encuesta de satisfacción a los usuarios internos.
- Encuesta de satisfacción a los usuarios externos (Comisiones permanentes/ Dirección Nacional de Asesoría Legal y Técnica de Comisiones).

d) La información obtenida es tabulada por la Unidad de Estadística y posteriormente se envía a la Dirección de Desarrollo Institucional.

8.2.2. Determinación de los requisitos para los productos y servicios

La Asamblea Nacional considera:

- a) Los requisitos legales y reglamentarios que conlleva el servicio de diseño, desarrollo y elaboración de proyectos de ley, a través de las disposiciones Constitucionales y las contempladas en el Reglamento Orgánico del Régimen Interno de la Asamblea Nacional.



- b) La Dirección Nacional de Promoción de la Participación Ciudadana, en el Manual de Procedimientos Administrativos, establece el procedimiento para la presentación de una iniciativa ciudadana, Código AN_DNPPC_P.A.10.
- c) La Dirección Nacional de Asesoría en Asuntos Plenarios establece el procedimiento administrativo de calificación de una iniciativa ciudadana CÓDIGO AN_DNAAP_P.A. 01 y el procedimiento administrativo para la calificación de un proyecto de ley o anteproyecto de ley. CÓDIGO AN_DNAAP_P.A. 02
- d) La Dirección Nacional de Asesoría Legal y Técnica de Comisiones establece el procedimiento administrativo para la elaboración de estudios y análisis de anteproyectos de ley, Código AN_DNALTC_SCT_P.A.01, elaboración de informe de primer debate y texto único, elaboración de anteproyectos de ley y seguimiento de anteproyectos y proyectos de ley.

8.2.3. Revisión de los requisitos para los productos y servicios

La Asamblea Nacional, a través de la Dirección Nacional de Promoción de la Participación Ciudadana, la Dirección Nacional de Asesoría Legal y Técnica de Comisiones y la Dirección Nacional de Asesoría en Asuntos Plenarios, revisa todos los requisitos legales, reglamentarios y del cliente de sus productos y servicios y procede, según los pasos correspondientes de cada caso garantizando el cumplimiento de estos. Para cada uno, mantiene el control operativo de acuerdo con los formularios siguientes:

- Dirección Nacional de Asesoría Legal y Técnica de Comisiones, Formulario Expediente Legislativo AN_DNALTC_02.
- Dirección Nacional de Promoción de la Participación Ciudadana, Formulario Lista de Control de Iniciativa Ciudadana AN_DNPPC_03.
- Dirección Nacional de Asesoría en Asuntos Plenarios, Formulario AN_DNDLAP_01 y Anexos.

8.2.4. Cambios en los requisitos para los productos y servicios

La Asamblea Nacional, cuando realiza cambios de los requisitos de los productos o servicios, los registra, los archiva, los distribuye, los evidencia y comunica a todas las unidades pertinentes, por medio de nota o correo electrónico. Si son cambios que se establecen en los Manuales de Procedimientos Administrativos de la institución, estos son actualizados por la Dirección de



Desarrollo Institucional, al igual que los formularios. Si son cambios que afectan al Sistema de Gestión de Calidad, se aplica el procedimiento de Planificación y Gestión de Cambio AN_SG_SGC_P.A.04.

8.3. Diseño y desarrollo de los productos y servicios

Este proceso es desarrollado por la Dirección Nacional de Promoción de la Participación Ciudadana, Dirección Nacional de Asesoría en Asuntos Plenarios, Dirección Nacional de Asesoría Legal y Técnica de Comisiones y la Secretaría General que lo remite a la Comisión permanente correspondiente, según la naturaleza del anteproyecto de ley para su prolijamiento. Este proceso es desarrollado en los procedimientos siguientes:

1. PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE UNA INICIATIVA CIUDADANA.
2. PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE UN ANTEPROYECTO DE LEY POR HONORABLES DIPUTADOS.
3. PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE UN PROYECTO DE LEY.

8.3.2. Planificación del diseño y desarrollo

La Asamblea Nacional planifica el diseño y desarrollo de sus productos y servicios por medio de la Dirección Nacional para la Promoción de la Participación Ciudadana, la Dirección de Asesoría Legal en Asuntos Plenarios y la Dirección Nacional de Asesoría Legal y Técnica de Comisiones, tomando en consideración la naturaleza del producto, que surge desde la presentación de una iniciativa ciudadana, su calificación y análisis de viabilidad para constituirse en un anteproyecto y posteriormente el producto final que es el proyecto de ley. Estos productos son desarrollados por recurso humano interdisciplinario y competente, apoyado por los recursos tecnológicos eficaces. Todo con la participación de nuestros clientes, cumpliendo con los requisitos legales, reglamentarios y de nuestros clientes.

8.3.3. Entradas para el diseño y desarrollo

Es prioridad para la Asamblea Nacional al diseñar y desarrollar sus productos y servicios, cumplir con los requisitos legales y reglamentarios, analizar la legislación comparada y la repercusión que puede tener en la ciudadanía, entre otros aspectos.



8.3.4. Controles del diseño y desarrollo

La Asamblea Nacional se asegura de diseñar y desarrollar sus productos y servicios en cada una de sus etapas, pasando desde las iniciativas, la calificación y la técnica legislativa para la elaboración de anteproyectos y proyectos de ley.

El control de diseño y desarrollo se realiza mediante el uso de los formularios:

- Carpeta_iniciativa_ciudadana_AN_DNPPC_10
- Seguimiento al trámite de anteproyecto_AN_SG_10
- Seguimiento al trámite de proyecto_AN_SG_11
- Historial de proyectos_AN_DNALTC_01
- Expediente legislativo_AN_DNALTC_02

8.3.5. Salidas del diseño y desarrollo

La Asamblea Nacional, mediante el Mapa de Proceso, se asegura que las salidas del diseño y desarrollo operativo están determinadas y se cumplen de manera adecuada, garantizando los aspectos siguientes:

1. Aseguran la continuidad como requisitos funcionales y de desempeño en procesos.
2. Proporcionan información para el seguimiento y medición que asegura su liberación.
3. Cumplimiento de requisitos legales y reglamentarios aplicables en las salidas del diseño y desarrollo de cada proceso.

Para la Asamblea Nacional, la conservación de la información documentada pertinente al proceso se deja evidenciado al respecto y para consulta.

8.3.6. Cambios del diseño y desarrollo

Cabe señalar que se tiene identificado que los cambios del diseño y desarrollo en los procesos del SGC, están determinados principalmente por:

1. Actualización y modificación de los lineamientos legales y normativos aplicables, operativamente, en los procesos.



2. Resultados de la revisión por la alta dirección y de auditorías y eficacia operativa de los procesos del sistema.
3. Adecuación con las condiciones operativas específicas de la dirección y cada unidad.
4. Implementación de proyectos de mejora, por riesgos, no conformidades, acciones correctivas, oportunidades y propuestas, en los procesos y subprocesos.

Por tanto, lo anterior representa la información documentada como evidencia de cambios operativos en el diseño y desarrollo para referencia y consulta.

8.4. Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente

8.4.1. Generalidades

Los procesos de compras menores, la adquisición de bienes y servicios requisiciones y licitaciones públicas, efectuados por la Asamblea Nacional, se gestionan a través del Departamento de Compras de la Dirección General de Administración Finanzas, se realizan conforme a lo establecido en las normas de contratación pública y de los manuales de procedimiento administrativo de la institución.

8.4.2. Tipo y alcance del control

Se mantienen los registros de las evaluaciones de los proveedores internos y externos.

La Asamblea Nacional se asegura de que sus procesos, productos y servicios suministrados externamente estén conformes con los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Administrativos del Departamento de Compras y Proveduría de la Dirección General de Administración y Finanzas (Publicado en la página web de la Asamblea Nacional, Sección Transparencia artículo 9.4).

Las compras se hacen a través de la liberación de órdenes de compras formales y/o contratos que describen el bien o servicio que se está adquiriendo. Los productos o servicios recibidos se verifican contra los requisitos exigidos. Una vez se recibe el bien, la Asamblea Nacional verifica si cumple con los requerimientos solicitados y se firma el recibido conforme del usuario de la dirección solicitante y el proveedor entrega a la Dirección de Tesorería para la emisión del pago (pago a proveedores).



8.4.3. Información para los proveedores externos

Las compras se realizan a través del Departamento de Compras, el Manual de Procedimiento basado en la ley Texto Único de la Ley 22 de 27 de junio de 2006, Que regula la Contratación Pública, ordenado por la Ley 61 de 2017, Gaceta Oficial 28483-B, Ley 153 de 2020 y Decreto Ejecutivo No. 439 de 10 de septiembre de 2020, que reglamenta la Ley 22 de 2006, que regula la contratación pública.

8.5. Producción y provisión del servicio

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

La Asamblea Nacional planifica y lleva a cabo la prestación del servicio bajo condiciones controladas, cuando sea aplicable, tales como:

- a) Disponibilidad de los procedimientos donde describe los servicios que ofrece la Asamblea Nacional en los siguientes documentos: En el Reglamento del Régimen Interno, Manual de Procedimientos Administrativos de la Secretaría General, Manual de Técnica Legislativa y la Dirección Nacional de Asesoría Legal y Técnica de Comisiones, tenemos definido las características de la Ley y las actividades desempeñadas.
- b) Disponibilidad de instrucciones de trabajo, mediante reglamentos, manuales o notas descritos en el Informe de Evaluación Semestral de Actividades y Proyectos en el área técnica administrativa, se reflejan los resultados alcanzados, así como también en la página web de la institución mediante el link <http://sistemas.asamblea.gob.pa:8000/segLegis/viewsPublico/SeguimientoLegislativo>
- c) El seguimiento y la medición de los servicios prestados (encuestas, buzón de sugerencia, informe de Avance de Actividades y proyectos del mes F2, reuniones con autoridades y el personal).
- d) Disponibilidad de mobiliario y recurso humano apropiado proporcionado por la Dirección de Infraestructura y Servicios Generales, que es la encargada de dar mantenimiento a la infraestructura y propiciar un ambiente adecuado para el desarrollo de las actividades.
- e) Disponibilidad de recurso humano, función que desarrolla el Departamento Técnico de Recursos Humanos de la Dirección de Recursos Humanos encargado de establecer los



perfiles requeridos para los distintos cargos y designación del personal con las capacidades y competencias necesarias para las diferentes áreas.

- f) La validación de los productos y servicios producidos por la Asamblea Nacional, conlleva varias etapas que inicia con la presentación de las iniciativas ciudadanas en la Dirección Nacional de Promoción de la Participación Ciudadana, luego su calificación por la Dirección Nacional de Asesoría Legal en Asuntos Plenarios, y por último la Dirección Nacional de Asesoría Legal y Técnica de Comisiones, a través de las respectivas secretarías técnicas determinan la viabilidad del producto. Posteriormente, las comisiones permanentes adscritas a las Secretarías Técnicas, aplican la técnica legislativa, según el Manual de Técnica Legislativa, analizan los anteproyectos y proyectos de ley para su discusión.

Del acto de prolijamiento de anteproyecto y proyectos de ley, surgen los documentos siguientes:

- Informe de incidencia
- Informe de Primer debate
- Pliego de modificaciones y/o texto único

8.5.2. Identificación y trazabilidad

Los documentos y registros que forman parte del Sistema de Gestión de Calidad de la institución, se han descrito e identificado según la codificación que se establece en la Lista Maestra de Documentos de Calidad, así como también en la lista maestra (Registro y Control de formularios de uso corriente AN_DDI_04) donde se mantienen los formularios debidamente codificados de acuerdo con la unidad administrativa.

Para efectos de trazabilidad, se mantienen registros a través de controles durante la realización de los servicios hasta la entrega de estos, de acuerdo con lo establecido en los procedimientos. En el estado de las salidas de los procesos con respecto a los requisitos de seguimiento y medición se identifican a través de todas las etapas del proceso de diseño, desarrollo y elaboración de los proyectos de ley (Iniciativa Ciudadana, Anteproyecto o Proyecto de Ley).



8.5.3. Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos

La Asamblea Nacional mantiene la confidencialidad y propiedad intelectual de las propuestas de iniciativa ciudadana hasta que se prohíje la iniciativa. Al recibirlo, dicha propiedad se identifica, se verifica, se conserva y se protege en la Dirección Nacional de Promoción de la Participación Ciudadana. Si alguna de estas propiedades se pierde, se daña o se encuentra que no es adecuada para su uso, se informa al usuario o proveedor y se mantienen los registros.

8.5.4. Preservación

La Asamblea Nacional se asegura de preservar mediante una adecuada identificación, manejo, almacenamiento y protección, los documentos, tales como, iniciativas ciudadanas, anteproyectos y proyectos de ley, expedientes, actas, entre otros.

La Dirección de Tecnología de la Información y Comunicaciones mantiene normas internas de respaldo para resguardar la información digital ubicada en los servidores. Para el ingreso a las áreas de Secretaría General se necesita previa autorización para garantizar la seguridad de los documentos y la integridad física de los colaboradores.

8.5.5. Actividades posteriores a la entrega

El artículo 109 del RORI, presentación y curso de las propuestas de anteproyectos y proyectos de Ley.

Los anteproyectos de Ley Orgánica de la Asamblea Nacional podrán ser presentados en el Pleno durante las sesiones ordinarias. La Secretaría General los deberá remitir a la Comisión que corresponda para que esta, una vez sean analizados y prohijados, los presente al Pleno como proyectos de Comisión.

8.5.6. Control de los cambios

La Asamblea Nacional revisa y controla los cambios para la prestación del servicio utilizando el Procedimiento de Planificación y Gestión del Cambio AN_SG_SGC_P.A.04 establecido en el Manual de Sistema de Gestión Calidad y la lista maestra de Documentos de Calidad, con el fin de mantener un control de los cambios y la integridad del Sistema de Gestión de la Calidad.

Los cambios en el Sistema de Gestión de Calidad y sus procesos se llevan a cabo de manera planificada, según el procedimiento de Planificación y Gestión del Cambio y en los respectivos procesos.



En cuanto al servicio que ofrece la Asamblea Nacional, las Secretarías Técnicas conservan toda la información cuando se genera un cambio en la elaboración de anteproyectos o proyectos de ley, de acuerdo con los requisitos legales aplicables que se establecen en el Reglamento Orgánico de Régimen Interno de la Asamblea Nacional.

8.6. Liberación de los productos y servicios

No se libera un producto hasta que se haya completado satisfactoriamente las etapas planificadas. Las secretarías técnicas realizan actividades para la liberación del producto a través de la emisión de conceptos de viabilidad de las iniciativas ciudadanas, y en los anteproyectos de ley mediante su prolijamiento que es el acto a través del cual un anteproyecto de ley se convierte en proyecto de ley.

8.7. Control de salidas no conformes

Para determinar los criterios de aceptación de los productos y servicios se requiere que se aprueben según los requisitos legales aplicables, de acuerdo con el Reglamento Orgánico del Régimen Interno de la Asamblea Nacional, en donde las Comisiones liberan el producto.

La Asamblea Nacional asegura que los productos o servicios u otras salidas del proceso que no se ajusten a sus requisitos se identifican y controlan para evitar su uso o entrega no deseados a través del Formulario Identificación de la No Conformidad AN_SG_SGC_09. Adicionalmente, adopta las acciones apropiadas respecto con las consecuencias de la no conformidad y se gestiona como se definen en el Procedimiento de Gestión de No Conformidades y Acciones Correctivas AN_SG_SGC_P.A.05

IX. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

9.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación

9.1.1. Generalidades

La Asamblea Nacional ha determinado qué aspectos de su Sistema de Gestión de Calidad deben ser monitoreados y medidos, así como los métodos por utilizar y los registros que deben mantener, dentro del Manual de Procedimientos Administrativos del Sistema de Gestión de Calidad e información documentada mencionada en sus apartados.



La institución planifica e implanta las actividades de seguimiento, medición, análisis y evaluación para:

- Demostrar la conformidad con los requisitos del producto.
- Asegurar la conformidad del Sistema de Gestión de Calidad.
- Mejorar continuamente la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad.

La institución ha implementado herramientas de seguimiento, medición y análisis que conllevan a la mejora continua de sus procesos en un ámbito de eficacia y acciones oportunas para el buen desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad y la demostración de la conformidad de los requisitos de sus productos y servicios. Algunas de las actividades que se realizan para dar cumplimiento y hacer su respectivo análisis, medición y control en toda la organización, además de las herramientas estadísticas que permiten su mejor interpretación, mediante la realización de auditorías internas, revisión por la dirección, tratamiento de quejas y reclamos del cliente, tratamiento del producto no conforme, análisis de indicadores, evaluación de la satisfacción del cliente, acciones correctivas y preventivas.

El seguimiento y la medición de los procesos, tal como se definen en los puntos 4.4 y 6.2 anteriores, garantizan que la Alta Dirección y los líderes de los procesos evalúen el rendimiento y la eficacia del propio Sistema de Gestión de Calidad.

En la página web, Sección de Transparencia, se mantiene la información estadística y, en otros, el informe de evaluación de las actividades y proyectos de las áreas administrativas y técnicas.

La Asamblea Nacional realiza una presentación de su gestión:

Presentación de los reportes:

- *Plan Operativo Anual F1 (POA)
- *Informe de Avance de Actividades y Proyectos F2
- *Informe de Evaluación Semestral F3

La Asamblea Nacional utiliza los informes arriba señalados para cumplir con los principios de rendición de cuentas debidamente contemplados en la Ley N°6 de 22 de enero de 2002, que dicta



normas para la transparencia en la gestión pública en concordancia con la Ley N°83 de 9 de noviembre de 2012, que regula los medios electrónicos para los trámites gubernamentales.

Se define el Plan Operativo Anual vigente (en la página web, Sección de Transparencia artículo 10, artículo 10.4 Programas Desarrollados) y se presenta el Informe de Evaluación Semestral de las actividades y proyectos de las áreas técnicas y administrativas de la Asamblea Nacional Sección de Transparencia (otros).

✓ **Plan Operativo Anual F1 (POA)**

Es la herramienta de planificación de la gestión administrativa, en la cual se analizan y se definen de manera coherente los objetivos, las actividades y proyectos que las unidades administrativas de la institución llevarán a cabo durante un año.

El Plan Operativo Anual se realiza a través de un programa automatizado (Sistema de Planificación POA), el cual debe ser llenado y entregado por las unidades administrativas, en septiembre de cada año, a la Dirección de Desarrollo Institucional, que es la unidad encargada de la coordinación, revisión, verificación y consolidación de este. Una vez culminado el POA, se entrega formalmente a las autoridades de la Asamblea Nacional y se publica en la página web en la Sección de Transparencia.

✓ **Informe de Avance de Actividades y Proyectos**

Es el documento mediante el cual se rinde un informe mensual de cada una de las actividades realizadas indicando su grado de cumplimiento, según su planificación en el Plan Operativo Anual.

En este informe se coloca la cantidad o porcentaje de ejecución de las actividades y proyectos, de igual forma, las unidades administrativas de la institución deben enviar a la Dirección de Desarrollo Institucional, los primeros cinco días de cada mes, el cual es recibido, analizado y verificado por el personal de esta dirección.

✓ **Informe de Evaluación de las Actividades y Proyectos**

Este informe es el resultado de la gestión semestral, que proporciona las medidas de cumplimiento de las metas previamente establecidas, por cada una de las unidades



administrativas de la institución, entre otras estimaciones. La Dirección de Desarrollo Institucional una vez que recibe y analiza estos informes, los consolida y los entrega a la directiva de la Asamblea Nacional y posteriormente los publica en la página web en la Sección de Transparencia.

9.1.2. Satisfacción del usuario

Como una de las mediciones del desempeño del Sistema de Gestión de Calidad, la Asamblea Nacional supervisa la información relacionada con la satisfacción del usuario en cuanto a si la organización ha cumplido con los requisitos del cliente.

Los métodos para obtener y usar esta información incluyen:

- Registrar las quejas, reclamos y sugerencia de los usuarios.
- Presentación de encuestas de satisfacción del usuario.

El sistema de acción correctiva se utilizará para desarrollar e implementar planes de mejora de la satisfacción del cliente que aborden las deficiencias identificadas y evaluar la efectividad de los resultados.

9.1.3. Análisis y evaluación

La Asamblea Nacional analiza y evalúa los datos y la información que surgen del monitoreo para evaluar:

- a) La conformidad de servicios.
- b) El grado de satisfacción del cliente.
- c) El rendimiento y la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad.
- d) Si la planificación ha sido implementada efectivamente.
- e) La eficacia de las medidas adoptadas para abordar los riesgos y las oportunidades.
- f) El desempeño de los proveedores externos con la recepción de recibido conforme.
- g) La necesidad de mejorar el Sistema de Gestión de Calidad.

9.2. Auditoría interna

La Asamblea Nacional realiza auditorías internas y externas de calidad y realiza el seguimiento de los hallazgos de ambas auditorías a intervalos planificados para determinar si el Sistema de Gestión



de Calidad cumple con los requisitos legales, reglamentarios y, los requisitos de la Norma ISO 9001:2015. Estas auditorías también tienen como propósito asegurar que el Sistema de Gestión sea implementado, se mantiene de manera efectiva y que sus resultados se comunican a la alta Dirección. Se cuenta con el procedimiento para la ejecución de la auditoría interna de gestión de calidad AN_SG_SGC_P.A.06. Además, al ejecutar la auditoría se tienen presente los procesos involucrados, los cambios que afectan a la organización, las auditorías previas, entre otros detalles.

La Dirección de Auditoría Interna ejecuta las auditorías internas de calidad, además realiza el seguimiento de las auditorías internas y externas de calidad, cuya información debe estar debidamente documentada para ser remitida a la Alta Dirección y a la Dirección de Desarrollo Institucional.

9.3. Revisión por la dirección

9.3.1. Generalidades

La Alta Dirección de la Asamblea Nacional revisa su sistema de gestión de calidad a intervalos planificados para asegurar su adecuación y efectividad continua. La revisión incluye la evaluación de oportunidades de mejora y la necesidad de cambios en el Sistema de Gestión, incluyendo la política de calidad y los objetivos de calidad, la cual produce información veraz para adoptar las decisiones pertinentes.

9.3.2. Entradas de la revisión por la dirección

La Alta Dirección planifica y realiza la revisión del Sistema de Gestión de Calidad de la Asamblea Nacional, tomando en consideración los parámetros siguientes:

- a) El estado de las acciones de las revisiones anteriores.
- b) Los cambios en las cuestiones externas e internas.
- c) La información documentada sobre el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluyendo:
 1. La satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes.
 2. El grado en que se han logrado los objetivos de la calidad.
 3. El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios.



4. Las no conformidades y acciones correctivas.
 5. Los resultados de seguimiento y medición.
 6. Los resultados de las auditorías.
 7. El desempeño de los proveedores externos.
- d) La adecuación de los recursos.
 - e) La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades.
 - f) Las oportunidades de mejora.

9.3.3. Salidas de la revisión por la dirección

Después de realizada la revisión por la Alta Dirección, sus resultados son valorados para adoptar decisiones y acciones sobre:

- a) Las oportunidades de mejora.
- b) Cualquier necesidad de cambio en el Sistema de Gestión de Calidad.
- c) Las necesidades de recursos.

La Asamblea Nacional conserva toda esta información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones por la Alta Dirección, en la Dirección de Desarrollo Institucional.

En el procedimiento Revisiones por la Dirección AN_SG_SGC_P.A.07 se definen la frecuencia de la revisión de la gestión, la agenda (entradas), las salidas, los miembros participantes, las medidas adoptadas y otros requisitos de las revisiones. La Dirección de Desarrollo Institucional mantiene registros de las revisiones, con sus respectivos informes.

X. MEJORA

10.1. Generalidades

La Asamblea Nacional se asegura de mantener la mejora continua de su Sistema de Gestión de Calidad, a través de la eficacia del sistema, el cumplimiento de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, analizando los resultados de las auditorías, los análisis de datos, las acciones correctivas o preventivas, la Revisión por la Dirección y del seguimiento al cumplimiento de los indicadores establecidos en el cuadro de medición de objetivos del SGC, considerando las necesidades y expectativas futuras.



La Alta Dirección, el equipo de auditores de Calidad y la Dirección de Desarrollo Institucional estimulan a los colaboradores a identificar continuamente las oportunidades de mejora de sus actividades diarias, con el propósito de mejorar continuamente el SGC y prevenir los efectos no deseados. La mejora continua incluye las acciones tomadas para dar respuesta a sugerencias, quejas y reclamos provenientes de los clientes.

10.2. No conformidad y acción correctiva

La Asamblea Nacional toma las acciones correctivas para eliminar las causas de las no conformidades y prevenir su recurrencia. Estas actividades se definen en el procedimiento AN_SG_SGC_P.A.05 para la Gestión de la No conformidad y acciones correctivas.

Las No Conformidades y las observaciones que surgen como resultado de las Auditorías Internas y externas de Calidad serán atendidas por el equipo de auditores de calidad de la Dirección de Auditorías Interna quienes le darán el seguimiento adecuado desde el Plan de Acción elaborado por la unidad causante del hallazgo hasta el cierre total de la No Conformidad.

La institución conserva la información documentada generada por las acciones correctivas la cual debe ser remitida a la Dirección de Desarrollo Institucional para ser conservada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades y de las acciones tomadas posteriormente; los resultados de cualquier acción correctiva, a través del registro Reporte de No Conformidades.

10.3. Mejora continua

La Asamblea Nacional mejora continuamente la eficacia del SGC, a través de la implementación y seguimiento de las siguientes acciones:

- Cumplimiento de la Política y los Objetivos de la Calidad.
- Análisis de resultados de las auditorías internas y externas de calidad.
- Análisis del POA, observaciones y demás instrumentos de seguimiento y medición.
- Análisis de producto/servicio no conforme.
- Aplicación de acciones correctivas y preventivas.
- Revisión por la dirección.
- Implementación de las oportunidades de mejora.



XI. PROCEDIMIENTOS



**ASAMBLEA NACIONAL
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR EL CONTEXTO INTERNO Y EXTERNO DE LA ORGANIZACIÓN Y PARTES INTERESADAS

VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO N°. 4

CÓDIGO

AN_SG_SGC_P.A.01

FECHA DE VERSIÓN

31 DE MAYO DE 2024

REVISADO POR

LUZ MARINA NAVARRO-DIRECTORA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

DOCUMENTADO POR

MARKELDA CAÑIZALES-ANALISTA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

OBJETIVO

Establecer los parámetros necesarios para analizar y definir las cuestiones internas y externas de la institución, así como de las partes interesadas.

Alcance

Se aplica a las unidades administrativas de la organización que forman parte del proceso de Diseño, Desarrollo y Elaboración de Proyectos de Ley del SGC conforme a la Norma ISO 9001:2015.

Responsabilidades

La Dirección de Desarrollo Institucional coordina con las direcciones administrativas que se encuentran dentro del alcance del Sistema de Gestión de Calidad, las actividades y la metodología para recabar y actualizar las cuestiones internas y externas, y las partes interesadas.

Referencias

- Norma ISO 9001:2015 (4.1 y 4.2).
- Norma ISO 9000:2015 (2.2.3, 2.2.4).



Definiciones

- **Contexto de la organización.** Combinación de cuestiones internas y externas que pueden tener un efecto en el enfoque de la organización para el desarrollo y logro de sus objetivos. Los objetivos de la organización pueden estar relacionados con sus productos y servicios, inversiones y comportamiento hacia sus partes interesadas. Este concepto con frecuencia se le denomina con diferentes términos, tales como “entorno de la organización”.
- **Macroentorno.** Fuerzas externas no controlables por la institución.
- **Microentorno.** Factores o fuerzas del entorno no controlables que inciden de forma general en la actividad de la institución.
- **Análisis de PESTEL.** Herramienta usada en las organizaciones a nivel estratégico para realizar un análisis del macroentorno donde desarrolla sus actividades. Este análisis está compuesto por una serie de factores externos de orden político, económico, social, tecnológico, ambiental y legal, entre otros.
- **FODA.** Técnica que se usa para identificar las fortalezas (factores positivos con los que se cuentan), oportunidades (aspectos positivos que podemos aprovechar utilizando nuestras fortalezas), debilidades (factores negativos que se deben eliminar o reducir), amenazas (aspectos negativos externos que podrían obstaculizar el logro de nuestros objetivos) a fin de desarrollar estrategias para atender los procesos de la institución.
- **Parte interesada.** Persona u organización que puede afectar, verse afectada o percibirse como afectada por una decisión o actividad.



UNIDADES ADMINISTRATIVAS Y FUNCIONARIOS QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO

Paso	Responsable	Descripción	Formulario
1	Director/ Dirección de Desarrollo Institucional y Secretaría General	<ul style="list-style-type: none"> • Coordina y convoca reunión con los líderes de las Unidades Administrativas que se encuentran dentro del alcance del SGC para gestionar el análisis FODA y determinación de las cuestiones interna y externas de la institución. 	AN_SG_SGC_01
2	Funcionario/Unidad administrativa que pertenece al SGC	<ul style="list-style-type: none"> • Participa en la reunión de análisis de FODA y determinación del Contexto interno y externo de la Asamblea Nacional y emite sus comentarios sobre cada uno de los puntos definidos en el formulario Análisis de FODA y Partes interesadas mediante un análisis estratégico. 	AN_SG_SGC_01 AN-SG-SGC-03
3	Analista /Dirección de Desarrollo Institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Recoge los datos, analiza y consolida la información en el formulario Análisis de FODA de la organización. • Comunica la información a las direcciones administrativas que pertenecen al SGC. • Mantiene la información documentada. 	AN_SG_SGC_01
FIN DEL PROCEDIMIENTO			



**ASAMBLEA NACIONAL
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS Y MATRIZ DE COMUNICACIÓN

VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO NO. 4

CÓDIGO

AN_SG_SGC_P.A.02

FECHA DE VERSIÓN

29 DE MAYO DE 2024

REVISADO POR

LUZ MARINA NAVARRO-DIRECTORA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

DOCUMENTADO POR

MARKELDA CAÑIZALES-ANALISTA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

OBJETIVO

Establecer la forma para que las unidades administrativas de la institución que se encuentran dentro del alcance del SGC de conformidad con la norma ISO 9001:2015, completen correctamente el formulario de caracterización de procesos y determinen la matriz de comunicación.

Alcance

Este procedimiento es aplicable a las unidades administrativas que se encuentran dentro del alcance del SGC, según ISO 9001:2015.

Responsabilidades

Unidades administrativas que intervienen en el proceso.
Completar todos los componentes e información contemplados en los formularios.

La Dirección de Desarrollo Institucional coordina con las unidades administrativas que se encuentran dentro del alcance para la validación de los componentes e información suministrada por ellos.



Referencias

- Norma ISO 9001:2015 (4.4.1, 4.4.2).
- Norma ISO 9000:2015 (2.2.5.5, 2.3.4, 2.4.1.3).

Definiciones

- **Proceso.** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto.
Nota 1: Que el “resultado previsto” de un proceso se denomine salida (3.7.5), producto (3.7.6) o servicio (3.7.7) depende del contexto de la referencia.
Nota 2: Las entradas de un proceso son generalmente las salidas de otros procesos y las salidas de un proceso son generalmente las entradas de otros procesos.
- **Estratégicos.** Aquellos procesos que están orientados a la propia definición y control de las metas que la organización quiere lograr, así como las políticas por seguir y las estrategias por desarrollar para su alcance.
- **Misionales u Operativos.** Comprende los procesos relevantes para desarrollar la operación.
- **Apoyo.** Aquellos que prestan apoyo a los procesos misionales, permitiendo tomar decisiones sobre la planificación, control y mejoras en las operaciones realizadas.
Son los que brindan los recursos necesarios para una operatividad eficaz y eficiente.
- **Medición, análisis y mejora.** En este proceso se demuestra la conformidad con los requisitos del producto, los **análisis** y de los **procesos** a través de variables de control.



UNIDADES ADMINISTRATIVAS Y FUNCIONARIOS QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO

Paso	Responsable	Descripción	Formulario
1	Unidades administrativas / Sistema de Gestión de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Completa el formulario de Caracterización de Procesos, cumpliendo con el numeral 4.4.1 de la norma ISO 9001:2015 que establece: “La organización debe determinar los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de Calidad y su aplicación a través de la organización y de acuerdo con sus funciones: <ul style="list-style-type: none"> a) Determinar las entradas requeridas y las salidas esperadas de estos procesos. b) Determinar la secuencia e interacciones de estos procesos. c) Determinar y aplicar los criterios y los métodos (incluyendo seguimiento, las mediciones y los indicadores de desempeño relacionados) necesarios para asegurarse de la operación eficaz y el control de estos procesos. d) Determinar los recursos necesarios para estos procesos y asegurarse de su disponibilidad. e) Asignar las responsabilidades y autoridades para estos procesos. f) Abordar riesgos y oportunidades determinados de acuerdo con los requisitos del apartado 6.1. g) Evaluar estos procesos e implementar cualquier cambio necesario para asegurarse de que estos procesos logren los resultados previstos. h) Mejorar los procesos y el Sistema de Gestión de Calidad. • Además, completa en la matriz de comunicación, de acuerdo con el numeral 7.4. Comunicación la organización debe determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes al SGC, que incluye: <ul style="list-style-type: none"> a) Qué comunicar b) Cuándo comunicar c) A quién comunicar d) Cómo comunicar e) Quién comunica • Envía, mediante correo electrónico el registro completado a la Dirección de Desarrollo Institucional. 	<p style="text-align: center;">AN_SG_SGC_06</p> <p style="text-align: center;">AN_SG_SGC_29</p>



Paso	Responsable	Descripción	Formulario
3	Analista /Dirección de Desarrollo Institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Revisa el registro enviado por la unidad administrativa. • Analiza la información recibida en caso de que lo hayan requerido. • Verifica que esté completa la información. • Incluye el documento en el archivo con los registros de las distintas unidades involucradas en el proceso. • Mantiene la información documentada para apoyar la operación de sus procesos. • Conserva la información documentada para tener la certeza de que los procesos se realizan según lo planificado, de esta manera, se conserva la información documentada en la carpeta del SGC de la Dirección de Desarrollo Institucional. • Envía registro al líder del proceso de cada unidad para que mantenga actualizado su información. 	AN_SG_SGC_06 AN_SG_SGC_29
4	Líder del proceso/ Unidades administrativas del SGC	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe registro y archiva en su carpeta del Sistema de Gestión de Calidad. • Mantiene actualizado el registro, en caso de que se genere algún cambio debe anotarlo en el mismo y comunicarlo a la Dirección de Desarrollo Institucional. <p>NOTA: este registro debe ser revisado y actualizado previo a cada auditoría o reunión de revisión por la dirección.</p>	Registros
FIN DEL PROCEDIMIENTO			



**ASAMBLEA NACIONAL
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE LA MATRIZ DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO NO. 4

CÓDIGO

AN_SG_SGC_P.A.03

FECHA DE VERSIÓN

29 DE MAYO DE 2024

REVISADO POR

LUZ MARINA NAVARRO-DIRECTORA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

DOCUMENTADO POR

MARKELDA CAÑIZALES-ANALISTA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

OBJETIVO

Establecer los lineamientos y parámetros para aplicar de forma sistemática la identificación, análisis, evaluación, tratamiento, control, seguimiento y revisión de riesgos y oportunidades que enfrentan las unidades administrativas que se encuentran dentro del alcance del SGC, con la finalidad de crear y proteger el valor de la organización.

Alcance

Este procedimiento es aplicable a las unidades administrativas que se encuentran dentro del SGC según la Norma ISO 9001:2015, cuyo alcance es diseño, desarrollo y elaboración de proyectos de ley.

Responsabilidades

La Dirección de Desarrollo Institucional coordina con las unidades administrativas que se encuentran dentro del alcance del SGC para identificar, evaluar y tratar de los riesgos y oportunidades.



Referencias

- Norma ISO 9001:2015 (4.1, 4.2, 4.4, 6.1, 6.3).
- Norma ISO 9000:2015 (3.79).
- Norma ISO 31000:2018.

Definiciones

- **Riesgo.** El efecto de la incertidumbre sobre la consecución de objetivos. (2.1, ISO 31000:2009).
- **Oportunidad.** El concepto de "oportunidad" está vinculado en ISO 9001:2015 al riesgo, pero la norma no explica adecuadamente la relación entre los dos. La única explicación "oficial" se da en un documento publicado por ISO titulado "Pensamiento basado en el riesgo en ISO 9001: 2015". En este documento la oportunidad se define sobre todo como un "efecto positivo del riesgo", una situación positiva que se obtiene de mitigar o contrarrestar los riesgos; sin embargo, no ofrece una pista de cómo cumplir realmente con los requisitos de "oportunidades" en ISO 9001:2015.
- **Gestión del riesgo u oportunidad.** Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo al riesgo o la oportunidad.
- **Identificación del riesgo y oportunidad.** Proceso que comprende la búsqueda, el reconocimiento y la descripción de los riesgos y oportunidades.
- **Fuente de riesgo u oportunidad.** Elemento que, por sí solo o en combinación con otros, presenta el potencial intrínseco de engendrar un riesgo o activar una oportunidad. (3.1).
- **Evento.** Ocurrencia o cambio de un conjunto particular de circunstancias.
- **Consecuencia.** Resultado de un evento (3.5) que afecta a los objetivos.
- **Probabilidad.** Posibilidad de que algo suceda.
- **Control.** Medida que mantiene y lo modifica un riesgo.

Tratamiento del riesgo

- **Los riesgos de bajo nivel** serán aceptados, y no necesitan una acción adicional, aunque requieren ser controlados y realizar el debido seguimiento.
- **Los riesgos de nivel medio** serán tratados y controlados siempre, y su aceptación o no, responderá a la estrategia de la unidad administrativa y la oportunidad que el riesgo pueda generar.
- **Los riesgos de nivel alto** requirieren de una cuidadosa administración y gestión por parte del proceso estratégico, así como de la preparación de planes específicos para administrar y corregir posibles consecuencias.



UNIDADES ADMINISTRATIVAS Y FUNCIONARIOS QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO

Paso	Responsable	Descripción	Formulario
1	Director/ Dirección de Desarrollo Institucional y Secretaría General	<ul style="list-style-type: none"> • Comunica en el mes de enero, a través de nota o correo electrónico a cada unidad administrativa que se encuentra dentro del alcance del SGC, la revisión y actualización de los puntos sobre los riesgos y oportunidades. • Envía toda la información documentada perteneciente al SGC a las respectivas unidades. • Mantiene la información documentada de los resultados de la determinación del contexto interno y externo como punto de partida para el análisis de los riesgos de la institución ante el SGC. 	Correo electrónico
2	Funcionarios/ Unidades administrativas que pertenecen al SGC	<ul style="list-style-type: none"> • Revisa su POA y FODA para determinar los riesgos y oportunidades, y completar el formulario de Riesgos y Oportunidades. • Envía el formulario de Riesgos y Oportunidades a la Dirección de Desarrollo Institucional (debidamente completado). 	AN_SG_SGC_05
3	Analista/ Dirección de Desarrollo Institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe, verifica y analiza la información para consolidarla. Nota: Si hay algún resultado que no cumple con la metodología, se devuelve a la unidad administrativa correspondiente, explicando los motivos para que realicen las correcciones pertinentes. • Mantiene la información documentada de cada unidad administrativa. 	AN_SG_SGC_05
4	Funcionarios/ Unidades administrativas que pertenecen al SGC	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecuta las acciones para mitigar los riesgos y/o oportunidades de mejora durante once (11) meses. • Realiza el debido seguimiento a la matriz de riesgos y oportunidades trimestralmente, reflejado en su F2. 	AN_SG_SGC_05 AN_DDI_DP_02
5	Analista/ Dirección de Desarrollo Institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Coordina con las unidades administrativas el cierre de los riesgos y oportunidades, y realiza la evaluación de la eficacia con la verificación 	



Paso	Responsable	Descripción	Formulario
		de sus evidencias en el mes de diciembre de cada año. • Realiza el cierre de la matriz de riesgos y oportunidades conjuntamente con las respectivas unidades administrativas.	
6	Funcionarios/ Unidades administrativas que pertenecen al SGC	• Envía por correo electrónico posterior a la reunión de cierre, la matriz de riesgos y oportunidades conjuntamente con la evidencia que se generó en el tratamiento de los riesgos y oportunidades.	AN_SG_SGC_05
7	Analista/ Dirección de Desarrollo Institucional	• Recibe correo electrónico de la matriz de riesgos y oportunidades cerrada de las unidades administrativas. • Guarda en carpeta digital la información relacionada con la matriz de riesgos y oportunidades.	AN_SG_SGC_05
8	Auditor/ Dirección de Auditoría Interna	• Durante la ejecución de sus auditorías, verifica los cumplimientos de las acciones tomadas para mitigar el riesgo y la implementación de las oportunidades de mejora con cada una de las unidades administrativas del SGC.	AN_SG_SGC_05
FIN DEL PROCEDIMIENTO			



**ASAMBLEA NACIONAL
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO DE PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DEL CAMBIO

VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO NO. 4

CÓDIGO

AN_SG_SGC_P.A.04

FECHA DE VERSIÓN

29 DE MAYO DE 2024

REVISADO POR

LUZ MARINA NAVARRO-DIRECTORA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

DOCUMENTADO POR

MARKELDA CAÑIZALES-ANALISTA
BERTA HISLOP-ANALISTA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

OBJETIVO

Este procedimiento tiene por objeto identificar, analizar e implementar los cambios que pueden afectar al Sistema de Gestión de Calidad de la institución, tales como:

1. **Tecnológicos:** cambio, reemplazo o compras de tecnologías (computadoras, impresoras, servidores, nuevos programas para la institución.
2. **Administrativos:** cambio de jefatura, cambio en la estructura de liderazgo u organizacional, creación de nuevas unidades administrativas, cambios en la cultura organizacional, actualización de las políticas de la institución, los programas de RRHH.
3. **Ambiental:** mejoras y adecuaciones a la infraestructura y entorno laboral.

Alcance

Este procedimiento es aplicable para todos los procesos que se encuentran dentro del alcance del SGC de acuerdo con la Norma ISO 9001:2015.



Responsabilidades

Dirección de Desarrollo Institucional y las unidades involucradas con el SGC, según la Norma ISO 9001:2015.

Referencias

- Norma ISO 9001:2015 (6.3).

Definiciones

- **Análisis del cambio.** Actividad que permite reconocer la existencia y características de los riesgos asociados con los cambios identificados y decidir si dichos riesgos son o no aceptables.
- **Cambio.** Modificación significativa de un proceso, procedimiento, requisito legal, instalación o equipo ya existente.



UNIDADES ADMINISTRATIVAS Y FUNCIONARIOS QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO

Paso	Responsable	Descripción	Formulario
1	Director /Dirección de Desarrollo Institucional y Secretaría General	<ul style="list-style-type: none"> Envía periódicamente a las unidades administrativas el formulario de Gestión de Cambio, para registrar y documentar los cambios pertinentes al SGC. 	AN_SG_SGC_11
2	Funcionario/ Unidad administrativa que pertenece al SGC	<p><i>Identifica algún tipo de cambio que puede generarse por modificaciones en los procesos, en el servicio, requisitos legales o reglamentarios, reestructuración de la institución, entre otros, que puede afectar el SGC (si detecta cambios debe comunicar y completar el referido formulario).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Planifica el cambio y completa el formulario de Gestión del Cambio; cada unidad es responsable de las actividades y fechas de compromiso del cambio identificado. Implementa y ejecuta las actividades o acciones para desarrollar, comunicando oportunamente los cambios implementados y los resultados de su seguimiento. Envía el respectivo formulario a la Dirección de Desarrollo Institucional, debidamente completado y firmado. 	AN_SG_SGC_11
3	Analista /Dirección de Desarrollo Institucional	<ul style="list-style-type: none"> Recibe, verifica, analiza y registra en la carpeta de SGC, el formulario respectivo. Mantiene la información documentada. 	AN_SG_SGC_11



Paso	Responsable	Descripción	Formulario
4	Auditor /Dirección de Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none">• Verifica durante la ejecución de las auditorías internas que las actividades fueron ejecutadas según la programación del SGC.	AN_SG_SGC_11
FIN DEL PROCEDIMIENTO			



**ASAMBLEA NACIONAL
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE LA NO CONFORMIDAD Y ACCIONES CORRECTIVAS ¹

VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO NO. 4

CÓDIGO

AN_SG_SGC_P.A.05

FECHA DE VERSIÓN

29 DE MAYO DE 2024

REVISADO POR:

LUZ MARINA NAVARRO-DIRECTORA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

MIGUEL CÓRDOBA

DIRECCIÓN DE AUDITORÍA INTERNA

DOCUMENTADO POR

MARKELDA CAÑIZALES-ANALISTA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

OBJETIVO

Establecer los lineamientos necesarios para realizar el análisis, identificación, presentación y control de las no conformidades, además de determinar los requisitos específicos y el establecimiento de las acciones correctivas pertinentes.

Alcance

Este procedimiento es aplicable para la acción correctiva de las no conformidades detectadas en los procesos dentro del alcance de diseño, desarrollo y elaboración de proyectos de ley, que se derivan de las auditorías internas y externas al sistema, quejas de los clientes, problemas

¹ Las No Conformidades que surjan de las auditorías externas de calidad, serán tratadas en primera instancia por la Dirección de Desarrollo Institucional quien tendrá la responsabilidad de elaborar el Plan de Acción de las Acciones Correctivas, pero su seguimiento será realizado por el equipo de Auditores de Calidad de la Dirección de Auditoría Interna.



administrativos y / u operativos relacionados con SGC, e incumplimiento de los requisitos propios establecidos por la organización ante el SGC.

Responsabilidades

- Los responsables de emitir e implementar las acciones correctivas son los líderes de los procesos dentro del alcance del SGC.
- La dirección encargada de recibir la información de las no conformidades es la Dirección de Auditoría Interna.
- La Dirección de Auditoría Interna da seguimiento de cada acción correctiva.
- La Dirección de Desarrollo Institucional conserva toda la información documentada provenientes de la No Conformidades y de las acciones correctivas.

Referencias

Norma ISO 9001:2015 (8.6, 8.7, 9.3, 10.2).

Definiciones

- **Conformidad.** Cumplimiento de un requisito
- **No conformidad.** Incumplimiento de un requisito.
- **Acción correctiva.** Acción para eliminar la causa de una no conformidad y evitar que vuelva a ocurrir.
- **Corrección.** Acción para eliminar una no conformidad detectada.
- **No conformidad potencial.** Probable incumplimiento de un requisito.
- **Requisito.** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.



UNIDADES ADMINISTRATIVAS Y FUNCIONARIOS QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO

Paso	Responsable	Descripción	Formulario
1	Director / Dirección de Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Comunica a las unidades administrativas que pertenecen al SGC, cuáles podrían ser las No conformidades: <ul style="list-style-type: none"> a) El grado de satisfacción del usuario por el servicio. b) Quejas de los usuarios. c) El desempeño y la eficacia de los procesos. d) La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades. e) Auditorías internas o externas. f) Oportunidades de mejora. g) Revisiones por la dirección. h) Incumplimiento de objetivos. i) Incumplimiento de las metas de un indicador. j) No dar respuestas al usuario en el tiempo definido. k) Incumplimiento de los requisitos de las normas o del sistema. l) Las No Conformidades también pueden surgir de acciones que se repiten más de una vez, del análisis de las encuestas de satisfacción del cliente, por reuniones con las unidades administrativas dentro del alcance del SGC, de la evaluación del proveedor que afectan el SGC. 	AN_SG_SGC_09



Paso	Responsable	Descripción	Formulario
2	Funcionario / Unidad administrativa que pertenece al SGC	<ul style="list-style-type: none"> • Detecta una posible No conformidad y la comunica por correo electrónico a la Dirección de Auditoría Interna para su evaluación, análisis y determinación. 	Correo electrónico
3	Auditor / Dirección de Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe por correo electrónico la posible no conformidad y realiza la evaluación, análisis y determinación de esta. • Realiza la evaluación, y si determina que es una no conformidad, el auditor procederá a completar el formulario de no conformidad. <p>Nota: Si después del análisis, se determina que no es una no conformidad, deberá comunicarlo a través de correo electrónico al funcionario de la unidad administrativa correspondiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Envía el formulario de no conformidad/Oportunidad de Mejora debidamente completado, mediante correo electrónico a la unidad administrativa que se le levantó la no conformidad. • Indica a la unidad administrativa causante de la no conformidad, que tendrá que establecer y realizar las acciones correctivas y el análisis de los cinco porqués. 	AN_SG_SGC_09
4	Director / Unidad administrativa (Responsable de subsanar la No Conformidad)	<ul style="list-style-type: none"> • Determina las acciones correctivas y realiza el análisis de los cinco porqués. • Elabora el Plan de Acción implementación para abordar las Acciones Correctivas y determina quiénes son las personas responsables de 	AN_SG_SGC_09



Paso	Responsable	Descripción	Formulario
		llevarlas a cabo y se realiza el registro y salida de la documentación respectiva. • Da seguimiento a las acciones establecidas en el Plan de Implementación.	
5	Auditor líder/ Dirección de Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe y completa el progreso de las actividades, en el formulario Resumen de Acciones Correctivas y Mejoras. • Revisa y verifica las acciones correctivas implementadas, da seguimiento y evalúa su eficacia. • Seguimiento: <ul style="list-style-type: none"> a) Verifica que las acciones correctivas implementadas son eficaces. b) Si no son eficaces, nuevamente se reúne con el director de la unidad administrativa. c) Si son eficaces, documenta el formulario Identificación de la Acción Correctiva, hace el cierre y notifica al director del proceso. d) Envía a la Dirección de Desarrollo Institucional la documentación totalmente cerrada para guardarla. 	AN_SG_SGC_22
6	Director /Dirección de Desarrollo Institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe la información sobre el trámite y cierre de la no conformidad para su debido conocimiento. 	Nota codificada
FIN DEL PROCEDIMIENTO			



**ASAMBLEA NACIONAL
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO PARA LA EJECUCIÓN DE AUDITORÍA INTERNA DE GESTIÓN DE CALIDAD

VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO 4

CÓDIGO

AN_SG_SGC_P.A.06

FECHA DE VERSIÓN

29 DE MAYO DE 2024

REVISADO POR:

LUZ MARINA NAVARRO-DIRECTORA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

MIGUEL CÓRDOBA

DIRECCIÓN DE AUDITORÍA INTERNA

DOCUMENTADO POR

MARKELDA CAÑIZALES-ANALISTA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

OBJETIVO

Verificar y analizar la política de calidad, los objetivos de la calidad y los procesos administrativos de las unidades administrativas de la institución que pertenecen al SGC, cuyo alcance es de Diseño, Desarrollo y Elaboración de Proyectos de Ley, de conformidad con la Norma ISO 9001:2015, confirmando el cumplimiento del Plan Operativo Anual, el Manual de Organización y Funciones y los Manuales de Procedimientos Administrativos con el propósito de determinar y corroborar que las actividades y los procesos se realizan con eficiencia y eficacia, proponiendo, según cada caso, la implementación de las recomendaciones pertinentes para fortalecer el control interno de las unidades auditadas.

Definiciones

- **Programa de auditoría del SGC.** Es el conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado, dirigidas hacia un propósito específico.



- **Plan de auditoría del SGC.** Descripción de las actividades y de los detalles acordados en una auditoría.
- **Criterios de auditoría.** Conjunto de políticas y procedimientos usados como referencia frente a la cual se comprueba la evidencia objetiva.
- **Hallazgos de la auditoría.** Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría, recopilada frente a los criterios de auditoría.
- **Plan de acción.** Es el conjunto de acciones correctivas o aspectos diseñados con el fin de subsanar las no conformidades y aspectos por mejorar presentados durante los procesos de auditoría interna.
- **Auditoría Interna.** Es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consultoría diseñada para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización.
 - **Auditoría interna de calidad.** Es una inspección que se lleva a cabo en una organización para poder verificar el correcto funcionamiento de la misma en diferentes aspectos.
 - **Auditoría interna de calidad ISO 9001:2015.** Es una evaluación sistemática del SGC implantado y certificado bajo la normal ISO9001:2015.
- **Plan de auditoría.** Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.
- **Evidencia objetiva.** Datos que respaldan la existencia o veracidad de algo.
 - **Evidencia objetiva.** Puede obtenerse por medio de la observación, medición, ensayo o por otros medios.
 - **Evidencia objetiva con fines de auditoría.** Generalmente se compone de registros, declaraciones de hechos u otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y verificables.
- **Evidencia de la auditoría.** Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que es pertinente para los criterios de auditoría y que es verificable.
- **Conclusiones de la auditoría.** Resultado de una auditoría, tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.
- **Auditado.** Organización que es auditada en su totalidad o partes.
- **Equipo auditor.** Una o más personas que llevan a cabo una auditoría (3.1) con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos.
- **Experto técnico.** Persona que aporta conocimientos o experiencia específicos al equipo auditor.

Los siete principios de la Gestión de la Calidad actuales son los siguientes:

- Enfoque al cliente. Puede considerarse uno de los principales
- Liderazgo
- Compromiso de las personas. ...



- Enfoque a procesos
- Mejora continua
- Toma de decisiones basadas en la evidencia
- Gestión de las relaciones



UNIDADES ADMINISTRATIVAS Y FUNCIONARIOS QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO

Paso	Responsable	Descripción	Formulario
1	Director/ Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Elabora el Programa Anual de Auditoría del Sistema de Gestión de Calidad como parte de las actividades descritas en el Plan Operativo Anual (F1) y las ejecutadas en el periodo señalado, según su planificación. • Selecciona el equipo de auditores (internos o contratados), y determina el auditor líder bajo los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> a) Educación: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Licenciatura en Contabilidad y Auditoría. ❖ Licenciatura en Administración Pública. ❖ Licenciatura en Administración de Empresas. ❖ Licenciatura en Banca y Finanzas. b) Formación: Curso aprobado de formación de Auditor Interno en Sistemas de Gestión de Calidad ISO 9001 2015. c) Experiencia: Dos jornadas de auditorías del SGC como observador. • Remite a la secretaria de la unidad la asignación del equipo de auditores. 	AN_SG_SGC_19
2	Secretaria/ Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe la asignación del equipo de auditores. • Confecciona memorándum para la asignación del equipo de auditores, de acuerdo con el Programa Anual de Auditoría del SGC aprobado. • Remite memorándum al director para su firma. 	AN_SG_SGC_20 AN_SG_SGC_12
3	Director/ Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe memorándum. • Firma memorándum y lo entrega al líder de auditores, previamente designado. 	AN_SG_SGC_20
4	Auditor líder/Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe memorándum y organiza reunión con el equipo de auditores y entrega memorándum al auditor responsable asignado. • Comunica y coordina con las unidades administrativas del SGC, el día y hora exacta en que se le realizará la auditoría interna del SGC. 	AN_SG_SGC_12 AN_SG_SGC_26



Paso	Responsable	Descripción	Formulario
		<ul style="list-style-type: none"> • Llena el formulario Plan de Auditoría de Calidad, en donde detalla la fecha de asignación, nombre de los auditores y del auditado; incluyendo los objetivos, alcance, criterio de auditoría y la determinación de los métodos de auditoría. • Orienta al equipo de auditores en relación con las unidades que se van a auditar y revisa los resultados de auditorías previas. • Remite el Plan de Auditoría de Calidad al director para su revisión y aprobación. 	
5	Director/ Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Analiza y verifica que el formulario de Plan de Auditoría de calidad cumple con los requisitos y aprueba el inicio de la auditoría o concluye que es insuficiente y recomienda su reestructuración. • Remite el documento al supervisor para su ejecución o reestructuración. • Remite la información respectiva a la secretaria de la unidad para que confeccione nota para las unidades administrativas que serán auditadas. 	AN_SG_SGC_12 AN_SG_SGC_26
6	Secretaria /Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe la información de la planificación para la ejecución de la auditoría. • Confecciona nota para comunicar a cada una de las unidades administrativas el inicio de la fase de ejecución de la auditoría. • Remite nota al director para su firma. 	AN_SG_SGC_12
7	Director / Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe y firma las notas. • Remite nota al supervisor. 	Nota codificada
8	Auditor líder / Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe nota y entrega el formulario Plan de Auditoría de Calidad aprobado al equipo de auditores para su ejecución. 	AN_SG_SGC_12
9	Auditor / Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe el formulario de Plan de Auditoría de Calidad, aprobado y ejecuta la auditoría. • Presenta conjuntamente con el supervisor de la auditoría, su designación al director o subdirector de la unidad administrativa por auditar. • Inicia la auditoría respectiva de acuerdo con el Programa 	AN_SG_SGC_12



Paso	Responsable	Descripción	Formulario
		<p>Anual de Auditoría de SGC.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicita que se notifique al personal responsable de la unidad auditada, atender todos los requerimientos respecto a la documentación y registros correspondientes para verificarlos. • Solicita que se le asigne un área de trabajo, en caso de requerirlo. • Consulta en el archivo permanente las leyes generales, las leyes especiales, las normativas y políticas internas, los manuales de procedimientos y otras disposiciones que considere necesario para realizar la auditoría respectiva. • Solicita información de la documentación precisa que se va a verificar y auditar. • Obtiene evidencia suficiente, competente y pertinente, mediante la aplicación de pruebas selectivas de cumplimiento y de control; así como procedimientos sustantivos que le permitan fundamentar razonablemente los hallazgos encontrados respecto a la unidad auditada. • Detecta hallazgos y/u oportunidades de mejora y llena el formulario denominado Informe de Auditoría, realizando los siguientes pasos: <ol style="list-style-type: none"> a) Recopila y verifica la información. b) Aplica métodos para recopilar la información durante la ejecución de las auditorías, tales como: <p>Entrevistas: es el método primordial, ya que es necesario preguntar al auditado para obtener información y buscar fallas dentro del proceso para mejorarlo. Durante la entrevista es necesario efectuar preguntas abiertas y claras, evitar preguntas confusas, engañosas y/o múltiples. Se deberá escuchar con atención y tomar notas sobre lo que se considere importante, además de no interrumpir al auditado mientras está hablando. Debemos tomar en cuenta que, durante la entrevista, hay que actuar de manera amable, utilizar un tono amigable, asertivo, permanecer en calma y ser objetivo.</p> 	



Paso	Responsable	Descripción	Formulario
		<p>Observación de actividades: es otro método que se puede utilizar, en el cual se observa del trabajo ejecutado por los funcionarios en el proceso, con el propósito de verificar que el desarrollo de las actividades se realiza conforme a los procedimientos establecidos.</p> <p>Revisión de documentos: La revisión de documentos consiste en verificar que el personal del proceso auditado tenga la documentación establecida (registros), según los procedimientos respectivos.</p>	
10	Auditor Líder/Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisa el avance de la auditoría, de conformidad con el Programa Anual de Auditoría del SGC. • Revisa papeles de trabajo y documentos de auditoría elaboradas por los auditores asignados, como respaldo del trabajo realizado. Registra comentarios sobre el avance de la ejecución de la auditoría. • Coordina reunión con el auditor responsable de la auditoría, con el responsable de la unidad auditada y todos los involucrados en el proceso estudiado, si así lo requiere la unidad auditada, para discutir los hallazgos encontrados. • Presenta los resultados en la reunión de cierre. • Completa el formulario de Identificación de la No Conformidad (<i>solamente hasta el cuadro de evidencia</i>). • Asigna número consecutivo relativo al formulario consecutivo de No Conformidades. 	<p>AN_SG_SGC_09 AN_SG_SGC_19 AN_SG_SGC_30</p>
11	Unidad administrativa	<ul style="list-style-type: none"> • Revisa, analiza y remite descargos de existir, sobre los hallazgos encontrados al auditor responsable de la auditoría, al momento de la reunión. • Recibe formulario de Identificación de la No Conformidad y completa el análisis de causa (5 porqués) y establece el plan de acción. • Determina los funcionarios responsables para desarrollar y dar seguimiento al plan de acción. • Envía análisis de causa y plan de acción a la Dirección de Auditoría Interna. <p>Nota: El análisis de causa y el plan de acción debe ser enviado a más tardar cinco días hábiles (5) después de la auditoría.</p>	<p>AN_SG_SGC_09</p>



Paso	Responsable	Descripción	Formulario
12	Auditor Líder/ Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe el formulario de identificación de la No Conformidad debidamente completado por la unidad administrativa (<i>análisis de causa y plan de acción</i>). • Elabora en un término de dos semanas, el informe de auditoría adjuntando el formulario de identificación de la No Conformidad • Remite informe final al director. 	AN_SG_SGC_09 AN_SG_SGC_21
13	Director / Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Revisa y analiza el informe de auditoría del SGC y adjuntos. • Realiza un resumen del informe y remite a Secretaría General y a la Dirección de Desarrollo Institucional. 	AN_SG_SGC_09 AN_SG_SGC_21
14	Auditor Líder/ Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe de la secretaria, la nota firmada por el responsable administrativo de la unidad auditada y este a su vez lo remite al auditor asignado. 	Nota codificada
15	Secretaria / Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Archiva el expediente del informe de auditoría interna, completado hasta el punto 7, nota final y nota remisora. 	AN_SG_SGC_21
16	Auditor Líder/ Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza seguimiento según lo planificado y completa el registro de cumplimiento en el formulario resumen de acciones correctivas. <p>Nota: Es importante dar seguimiento de implementación de cualquier hallazgo obtenido en las auditorías internas y externas: No conformidades u observaciones, plan de acción.</p>	AN_SG_SGC_22 Nota codificada
17	Unidad administrativa	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe nota de la Dirección de Auditoría Interna. • Prepara toda la documentación y evidencias necesarias para responder sobre los hallazgos encontrados. 	Nota codificada Evidencias
18	Auditor Líder/ Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecuta el plan de seguimiento visitando a cada unidad administrativa. • Recolecta evidencias. • Completa el formulario de resumen de acciones correctivas, y evalúa eficazmente cada evidencia presentada. • Completa el informe de auditoría en el punto 8 indicando las evidencias. 	AN_SG_SGC_21 AN_SG_SGC_22



Paso	Responsable	Descripción	Formulario
		<ul style="list-style-type: none">•Prepara nota para entregar toda la información documentada sobre el cierre del seguimiento a la Secretaría General con copia a la Dirección de Desarrollo Institucional para sus registros.	
FIN DEL PROCEDIMIENTO			



**ASAMBLEA NACIONAL
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE OBSERVACIONES DE AUDITORÍA EXTERNA

VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO 0

CÓDIGO

AN_SG_SGC_P.A.07

FECHA DE VERSIÓN

29 DE MAYO DE 2024

REVISADO POR:

LUZ MARINA NAVARRO-DIRECTORA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

DOCUMENTADO POR

MARKELDA CAÑIZALES-ANALISTA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

OBJETIVO

Establecer los lineamientos para realizar el seguimiento de las observaciones del Sistema de Gestión de Calidad, que surgen de las auditorías internas y externas de calidad.

ALCANCE:

Dirección de Auditoría Interna, Dirección de Desarrollo Institucional, Alta Dirección y Líderes de los procesos afectados por las observaciones de las auditorías de calidad.

RESPONSABLE:

Alta Dirección (Secretaría General): Coordina y se asegura de que se haga el seguimiento de las observaciones obtenidas de las auditorías internas y externas.

Dirección de Desarrollo Institucional (Coordina el SGC): Documenta toda la observación de las auditorías internas como externas.



Dirección de Auditoría Interna: Realiza el seguimiento a las observaciones de las auditorías internas y externas.

Direcciones que intervienen en el proceso (Líderes del Proceso): Deben asegurarse de tratar las observaciones procedentes de las auditorías y así evitar que se conviertan en No Conformidad.

REFERENCIA

Norma ISO 9001:2015 (9.3 Revisiones por la dirección).

DEFINICIONES:

Observaciones. Identificadas como recomendaciones de especial seguimiento que deben ser evaluadas y, en su caso, atendidas por los responsables del SGC, con el objeto de eliminar las causas de una posible no conformidad futura.



UNIDADES ADMINISTRATIVAS Y FUNCIONARIOS QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO

Paso	Responsable	Descripción	Formulario
1	Audidores externos	<ul style="list-style-type: none"> Realiza auditoría externa del SGC a todas las unidades administrativas que pertenecen al Sistema de Gestión de Calidad. Realiza reunión de cierre con la Dirección de Desarrollo Institucional. Entrega informe de auditoría externa a la Dirección de Desarrollo Institucional. 	Informe de auditoría externa
2	Dirección de Desarrollo Institucional	<ul style="list-style-type: none"> Recibe informe de auditoría externa vía correo electrónico. Elabora nota y envía a la Alta Dirección de forma impresa. Envía a los líderes del SGC el informe de auditoría externa mediante correo electrónico. 	Informe de auditoría externa Nota codificada Correo electrónico
3	Alta Dirección/Secretario General	<ul style="list-style-type: none"> Recibe informe de auditoría externa. Elabora Memorando para los líderes del SGC, solicitando dar seguimiento a las observaciones obtenidas en la auditoría externa. 	Memorando codificado
4	Dirección de Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> Envía por correo electrónico al líder del proceso el formulario de plan de acción de observaciones, para que elabore en un término de 5 días el Plan de Acción para corregir las observaciones surgidas de las auditorías de calidad tanto la interna como la externa. 	Correo electrónico AN_SG_SGC_07 AN_SG_SGC_13
6	Líderes del SGC	<ul style="list-style-type: none"> Reciben correo electrónico de la Dirección de Desarrollo Institucional en primera instancia (Entrega de informe de auditoría externa SGC). Reciben correo de la Dirección de Auditoría Interna dándole seguimiento a las observaciones obtenidas en las auditorías internas como externas de calidad. Completan formulario de Plan de acción de observaciones y envía mediante correo electrónico a la Dirección de Auditoría Interna. 	AN_SG_SGC_13



Paso	Responsable	Descripción	Formulario
		<p>Nota: Los líderes del SGC, tendrán 1 año para tratar las observaciones mediante su plan de acción.</p>	
7	Dirección de Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe y evalúa el plan de acción de la unidad administrativa para tratar las observaciones y recomendaciones sobre sus actividades. • Solicita periódicamente a la unidad administrativa, información con el fin de evaluar sus esfuerzos para corregir las observaciones e implementar las recomendaciones. • Realiza cierre de las observaciones, utilizando el formulario de Plan de acción de observaciones y el formulario de seguimiento de las observaciones, aplicable a ambas auditorías la interna o externa de calidad. • Envía mediante correo electrónico a la Dirección de Desarrollo Institucional la información completa sobre el seguimiento de observaciones una vez hayan realizado el seguimiento mediante la auditoría interna. 	<p>AN_SG_SGC_07 AN_SG_SGC_13</p>
8	Dirección de Desarrollo Institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe mediante correo electrónico el formulario de seguimiento de observaciones y el formulario de plan de acción de observaciones con el resultado final. • Revisa la información recibida y archiva. 	<p>AN_SG_SGC_07 AN_SG_SGC_13</p>
FIN DEL PROCEDIMIENTO			



**ASAMBLEA NACIONAL
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO PARA PLANIFICACIÓN DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO NO. 3

CÓDIGO

AN_SG_SGC_P.A.08

FECHA DE VERSIÓN

29 DE MAYO DE 2024

REVISADO POR

LUZ MARINA NAVARRO-DIRECTORA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

MIGUEL CÓRDOBA

DIRECCIÓN DE AUDITORÍA INTERNA

DOCUMENTADO POR

MARKELDA CAÑIZALES-ANALISTA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

OBJETIVO

Establecer la metodología para realizar la revisión del Sistema de Gestión de Calidad por la Alta Dirección, determinar los indicadores básicos para el seguimiento de la mejora continua del SGC de la institución y la mejora del nivel de satisfacción del cliente.

ALCANCE:

Directores de las unidades de la Asamblea Nacional que intervienen en el alcance de diseño, desarrollo y elaboración de proyectos de ley.

RESPONSABLE:

Alta Dirección (Secretaría General): Es una persona o grupo de personas que dirige y controla una organización en el nivel más alto.



Dirección de Desarrollo Institucional (Coordina el SGC): Prepara la reunión de revisión por la dirección y documenta los resultados de la reunión.

Direcciones que intervienen en el proceso (Líderes del Proceso): Elaboran y presentan el informe del desempeño de su proceso en la reunión de revisión por la dirección.

POLÍTICAS OPERACIONALES

La Alta Dirección realizará una revisión del Sistema de Gestión Integrado SGI, una (1) vez al año o cuando el representante de la dirección lo requiera.

- Las salidas o resultados de las revisiones por la dirección deben ser acordes con el compromiso de la organización con la mejora continua y deben estar disponibles para la comunicación y la consulta.
- La revisión por la Alta Dirección debe contemplar los siguientes temas:
 1. Los cambios externos e internos pertinentes al SGI.
 2. La información sobre el desempeño y la eficacia del SGI incluyendo acciones de seguimiento de revisiones anteriores, evaluaciones por organismos externos, satisfacción del cliente, logro de objetivos, desempeño de los procesos, no conformidades, acciones correctivas, resultados de seguimiento y medición, resultados de auditorías, quejas, formación del personal, retroalimentación del cliente, desempeño de proveedores externos, adecuación de recursos, eficacia de las acciones tomadas, y oportunidades de mejora.
 3. Revisión del cumplimiento del Plan Anual POA.
 4. Revisión del cumplimiento y pertinencia de la política y los objetivos del SGI.
 5. Servir de base para la adopción de decisiones que tengan por objeto mejorar la identificación de peligros y el control de los riesgos y las oportunidades.
 6. Cumplimiento de la normatividad existente.

REFERENCIA

- Norma ISO 9001:2015 (9.3 Revisiones por la dirección).

DEFINICIONES:

Alta Dirección. Persona o grupo de personas que dirige y controla una organización al más alto nivel.



UNIDADES ADMINISTRATIVAS Y FUNCIONARIOS QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO

Paso	Responsable	Descripción	Formulario
1	Director/ Dirección Desarrollo Institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Confecciona agenda para planificar la revisión por la dirección y la reunión de desempeño del proceso. • Remite agenda para la aprobación de la Alta Dirección. 	Nota codificada
2	Secretario General/Alta Dirección	<ul style="list-style-type: none"> • Revisa y aprueba agenda de revisión del Sistema de Gestión de Calidad presentada por la Dirección de Desarrollo Institucional. <p>NOTA: Las revisiones por la dirección se realizarán por lo menos una vez al año, aunque podrán programarse otras cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se detecte un problema grave. • Se produzcan cambios que afecten de manera directa al Sistema de Gestión de Calidad. • Se presenten resultados de auditorías. • Se propongan mejoras. <ul style="list-style-type: none"> • Coordina reunión con la Dirección de Desarrollo Institucional y la Dirección de Auditoría Interna. • Establece un cronograma de trabajo para realizar las reuniones de revisión. 	Nota codificada
3	Director/ Dirección Desarrollo Institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza reunión con los líderes del proceso de cada dirección. • Solicita la información necesaria para realizar las reuniones de revisión. • Entrega cronograma de trabajo debidamente aprobado por la Alta Dirección, para realizar las reuniones de revisión. 	Lista de asistencia
4	Líderes del proceso /Unidades que	<ul style="list-style-type: none"> • Prepara, elabora y dispone la información pertinente para la revisión por la dirección 	Información documentada



Paso	Responsable	Descripción	Formulario
	intervienen en el proceso	<p>(teniendo en cuenta los temas descritos en las políticas de operación).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realiza y cumple con los requerimientos exigidos para la celebración de la reunión de revisión por la dirección. • Provee la información solicitada de forma oportuna para la revisión por la dirección. • Entrega la información a la Dirección de Desarrollo Institucional. 	
5	Director/ Dirección Desarrollo Institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe y valida la documentación, así como el ordenamiento y disponibilidad de apoyo o de soporte para su revisión. • Consolida la información de las diferentes áreas que pertenecen al SGC. • Confecciona nota para firma del secretario general para que convoque la reunión por la dirección. 	Información documentada
6	Secretario General/Alta Dirección	<ul style="list-style-type: none"> • Firma nota para convocar la reunión por la dirección. • Remite nota debidamente firmada a la DDI. 	Nota codificada
7	Director/ Dirección Desarrollo Institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe y envía nota, a los líderes de proceso, por correo electrónico y confirma la asistencia mediante llamada telefónica. 	Nota codificada
8	Secretario General/Alta Dirección	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza reunión de revisión por la dirección, incluyendo el análisis de la siguiente información de entrada: 	Información documentada



Paso	Responsable	Descripción	Formulario
		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Revisión de las actividades de seguimiento de las anteriores revisiones de la gestión. ❖ Los cambios necesarios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al Sistema de Gestión de Calidad. ❖ Revisión de la retroalimentación de los clientes y partes interesadas. ❖ El grado en que se han logrado los objetivos de calidad. ❖ Revisión de los objetivos de desempeño de los procesos y conformidad de productos y servicios. ❖ Revisión de las acciones correctivas y no conformidades. ❖ Revisión de los resultados de seguimiento y medición. ❖ Revisión de los resultados de las auditorías internas y externas. ❖ Revisión del desempeño de los proveedores externos. ❖ Revisión de la adecuación de los recursos. ❖ Revisión de la eficacia de las medidas adoptadas para hacer frente a los riesgos y las oportunidades. ❖ Revisión de las oportunidades de mejora. ❖ Revisión y actualización del registro de contexto de la organización, incluyendo los factores, riesgos y oportunidades. 	



Paso	Responsable	Descripción	Formulario
		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Revisión y actualización de la dirección estratégica. ❖ Revisión de la política de calidad para la adecuación y para asegurar que siga siendo coherente con las necesidades de los clientes. ❖ Recomendaciones para la mejora del Sistema de Gestión de Calidad. <p>Nota: Las reuniones de revisión del desempeño de los procesos están enfocadas en revisar toda la información relacionada con los objetivos de calidad pertinentes al proceso.</p>	
9	Líderes del proceso /Unidades que intervienen en el proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Participa en la reunión de revisión por la dirección. • Expone aspectos relevantes sobre su SGC y sus procesos para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación con la dirección estratégica. 	Lista de asistencia
10	Secretario General/Alta Dirección	<ul style="list-style-type: none"> • Emite informe de Alta Dirección, que contiene las conclusiones sobre la conveniencia, adecuación y eficacia continua del SGC. Adopta decisiones relacionadas con las oportunidades de mejora, o con cualquier cambio en el SGC, incluida la asignación de recursos. <p>En los planes de acción y los responsables asignados, cuando no se hayan logrado los objetivos del SGC o cualquier implicación para la dirección estratégica de la organización, los directores recomendarán soluciones para asegurar</p>	AN_SG_SGC_10



Paso	Responsable	Descripción	Formulario
		<p>la mejorar continua del SGC, incluyendo cualquier decisión y acción relacionada con posibles cambios en:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) El desempeño del SGC. b) La política y los objetivos del SGC. c) Los recursos. <p>Documenta en el acta de salidas lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Revisión de las oportunidades de mejora. b. Revisión y actualización del registro de contexto de la organización, incluyendo los factores, riesgos y oportunidades. c. Revisión y actualización de la dirección estratégica. d. Revisión de la política de calidad y su adecuación para asegurar que esté conforme con las necesidades de los clientes y la organización. e. Recomendaciones para la mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad. <p>De la reunión de la revisión por la dirección, si se generan solicitudes de acciones correctivas (véase el procedimiento Gestión de No conformidades y Acciones correctivas AN_SG_SGC_P.A.05).</p>	
11	<p>Líderes del proceso /Unidades que intervienen en el proceso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunica los resultados de la revisión al personal de su responsabilidad, como evidencia queda registrada un informe. • Da seguimiento de las acciones derivadas de la revisión para dar mantenimiento al SGC en su área. 	<p>AN_SG_SGC_10 AN_SG_SGC_23</p>



Paso	Responsable	Descripción	Formulario
12	Secretario General/Alta Dirección	<ul style="list-style-type: none"> • Gestiona el acta de revisión por la Alta Dirección y da seguimiento a los planes de acción. • Establece las acciones correctivas y/o preventivas para las desviaciones encontradas durante la revisión por la dirección. • Hace recomendaciones para la mejora del Sistema de Gestión de Calidad. • Consolida la información de las diferentes áreas. • Difunde los resultados alcanzados del Sistema de Gestión de Calidad en el periodo correspondiente. • Da seguimiento a las acciones derivadas de la revisión por la dirección. 	AN_SG_SGC_10 AN_SG_SGC_23
FIN DEL PROCEDIMIENTO			



**ASAMBLEA NACIONAL
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO PARA LA PRESENTACIÓN DE UNA INICIATIVA CIUDADANA

VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO NO. 2

CÓDIGO

AN_SG_SGC_P.A.08²

FECHA DE VERSIÓN

29 DE MAYO DE 2024

REVISADO POR

LUZ MARINA NAVARRO-DIRECTORA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

CRISTÓBAL CAMPOS

DIRECCIÓN NACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

DOCUMENTADO POR

MARKELDA CAÑIZALES-ANALISTA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

OBJETIVO

Establecer los pasos que debe seguir una iniciativa ciudadana desde su presentación en la Dirección Nacional de Promoción de la Participación Ciudadana hasta convertirse en proyecto de Ley.

Alcance:

Este procedimiento es aplicable a la Dirección Nacional para la Promoción de la Participación Ciudadana, Dirección Nacional de Asuntos Plenarios y a la Dirección Nacional de Asesoría Legal Técnica de Comisiones.

Responsabilidades:

² Este procedimiento fue extraído del Manual de Procedimientos Administrativos de la Dirección Nacional de Promoción de la Participación Ciudadana bajo el código AN_DNPPC_10.



Dirección Nacional de Promoción de la Participación Ciudadana es la encargada de recibir y tramitar las iniciativas ciudadanas, y tendrá cinco días para la revisión del cumplimiento de los requisitos y formalidades exigidas.

Dirección Nacional de Asesoría en Asuntos Plenarios es la encargada de calificar la iniciativa ciudadana, y tendrá tres días contados a partir del día siguiente de su recepción para realizar esta actividad.

Dirección Nacional de Asesoría Legal y Técnica de Comisiones realiza la evaluación técnico jurídica y determina la viabilidad de las iniciativas ciudadanas.

La Dirección Nacional de Asuntos Plenarios y la Dirección Nacional de Asesoría Legal y Técnica de Comisiones deben tener un registro de los documentos recibidos, calificados y viables con los informes, investigaciones, análisis y estudios realizados de las iniciativas ciudadanas, según el trabajo realizado por cada unidad administrativa.

Secretaría General recibe y realiza el trámite legal correspondiente.

Definiciones

- **Iniciativa ciudadana.** Es un mecanismo de democracia directa. Se trata de la facultad que se les otorga a los ciudadanos para presentar una iniciativa legislativa.
- **Viabilidad.** Es el estudio que dispone el éxito o fracaso de un proyecto a partir de una serie de datos base de naturaleza empírica: medio ambiente del proyecto.
- **Participación ciudadana.** Conjunto de actividades mediante las cuales toda persona tiene el derecho individual o colectivo para intervenir en las decisiones públicas, deliberar, discutir y cooperar con las autoridades, así como para incidir en la formulación, ejecución y evaluación de las políticas.

Referencias

- Norma ISO 9001:2015 (8.3)
- Reglamento Orgánico del Régimen Interno de la Asamblea Nacional. Artículo 111.



Unidades Administrativas y funcionarios que intervienen en el proceso

Paso	Responsable	Descripción	Formulario
1	Persona natural	<ul style="list-style-type: none"> Presenta personalmente en las oficinas de la Dirección Nacional de Promoción de la Participación Ciudadana, mediante escrito o por correo electrónico (pciudadana@asamblea.gob.pa), una iniciativa ciudadana. <p>Requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Presentarse por escrito en dos originales en papel, firmados, tamaño 8 1/2 x 14 y, de ser posible, en formato digital, que contendrá: <ol style="list-style-type: none"> Exposición de motivos que explique el contenido y las razones por las cuales debe ser adoptada como anteproyecto de ley. Parte dispositiva que contenga el título descriptivo de la propuesta ciudadana y sus artículos con numeración corrida. Adjuntar copia de cédula de identidad personal. <p>Cuando se presente a través del correo electrónico, el proponente deberá enviar la documentación antes señalada en formatos PDF y Word.</p>	Carta o correo electrónico
2	Analista/Dirección Nacional de Promoción de la Participación Ciudadana	<ul style="list-style-type: none"> Recibe y revisa la iniciativa ciudadana presentada. Abre un expediente y le asigna un número de identificación. Adjunta la lista de control de iniciativa ciudadana. Registra la iniciativa en el formulario de iniciativas del periodo. <p>Nota:</p>	<p>Carta o correo electrónico</p> <p>AN_DNPPC_03 AN_DNPPC_04 AN_DNPPC_10</p>



Paso	Responsable	Descripción	Formulario
		<p>La Dirección Nacional de Promoción de la Participación Ciudadana tendrá cinco días para la revisión del cumplimiento de los requisitos y formalidades exigidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Envía con nota el expediente y documentos a la Dirección Nacional de Asesoría en Asuntos Plenarios.³ <p>Nota:</p> <p>Serán rechazadas las iniciativas ciudadanas que tengan por finalidad los siguientes puntos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reformas a la Constitución Política. 2. Reformas referentes al literal b del artículo 164 de la Constitución Política. 3. Aquellas referentes a materias contempladas en el numeral 12 del artículo 159 de la Constitución Política. 4. Adopción de tratados o convenios internacionales o contratos ley. 5. Aquellas que aborden materias tratadas anteriormente en un mismo periodo constitucional y cuyo informe técnico-jurídico haya concluido su no viabilidad. 6. Aquellas propuestas que se encuentren pendientes del análisis técnico establecido en los artículos 7 y 8 de la presente Resolución. 	
3	<p>Director(a)/Dirección Nacional de Asesoría Legal en Asuntos Plenarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recibe escrito contenido de la iniciativa ciudadana. ▪ Asigna un asesor jurídico para que revise la propuesta ciudadana presentada donde tendrá tres días contados a partir del día siguiente de su recepción para realizar esta actividad.⁴ 	<p>Nota codificada</p> <p>Iniciativa presentada</p>

³ Los documentos que acompañaran el expediente son aportados por el proponente.

La Dirección Nacional de Promoción de la Participación Ciudadana llevará un registro de la nota de remisión, los documentos enviados y la fecha de salida.

⁴ La Dirección Nacional de Asesoría en Asuntos Plenarios asignará un asesor jurídico que procederá a la calificación de la iniciativa, que deberá ser devuelta a la Dirección Nacional de Promoción de la Participación Ciudadana, en un término de tres días contados a partir del día siguiente de su recepción. (Resolución N°20 de febrero de 2024).



Paso	Responsable	Descripción	Formulario
4	Asesor Jurídico/Dirección Nacional de Asesoría en Asuntos Plenarios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recibe y revisa la iniciativa ciudadana. ▪ Califica la propuesta de la iniciativa presentada. ▪ Completa el formulario de calificación de la iniciativa y formulario de iniciativas para control y salida de información. ▪ Remite al director nacional de Asesoría en Asuntos Plenarios la calificación de la iniciativa ciudadana e indica, según el tema, a cuál Secretaría Técnica le corresponde conocer la iniciativa para su respectivo análisis técnico jurídico.⁵ <p>Nota: La Dirección Nacional de Asesoría en Asuntos Plenarios, una vez recibida la iniciativa ciudadana, tendrá dos días para contestar y remitir la calificación a la Dirección Nacional de Promoción de la Participación Ciudadana.</p>	<p>Iniciativa presentada</p> <p>AN_DNAAP_01</p> <p>AN_DNAAP_04</p>
5	Director(a)/Dirección Nacional de Asesoría en Asuntos Plenarios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recibe y remite a la Dirección Nacional de Promoción de la Participación Ciudadana la documentación preparada con su respectiva calificación. 	<p>Nota codificada</p> <p>Iniciativa calificada</p>
6	Analista/ Dirección Nacional de Promoción de la	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recibe mediante nota la documentación con la calificación respectiva. 	

La Dirección Nacional de Asesoría en Asuntos Plenarios, llevará un registro de los documentos recibidos y los informes preparados, así como de las investigaciones, análisis y estudios realizados para sustentar el concepto rendido.



Paso	Responsable	Descripción	Formulario
	Participación Ciudadana	<ul style="list-style-type: none"> Remite nota a la Dirección Nacional de Asesoría Legal y Técnica de Comisiones, y adjunta la iniciativa previamente calificada por la Dirección Nacional en Asuntos Plenarios. 	Nota codificada Iniciativa calificada
7	Director/Dirección Nacional de Asesoría Legal y Técnica de Comisiones	<ul style="list-style-type: none"> Recibe nota con la documentación de la Dirección Nacional de Promoción de la Participación Ciudadana.⁶ Remite la documentación a la Secretaría Técnica correspondiente, según su materia.⁷ 	Nota codificada Iniciativa calificada
8	Secretario Técnico/ Secretaría Técnica	<ul style="list-style-type: none"> Recibe nota con la iniciativa ciudadana y su calificación. Asigna un asesor técnico para que realice el análisis y evaluación jurídica de la documentación presentada. 	Nota codificada Iniciativa calificada
9	Asesor/Secretaría Técnica	<ul style="list-style-type: none"> Recibe documento y dictamina la viabilidad o no viabilidad jurídica de la iniciativa ciudadana presentada a la Asamblea Nacional. <p>Nota: Si es viable, elabora el anteproyecto de ley y la exposición de motivos. Si no es viable, elabora el informe con la sustentación jurídica que fundamenta la no viabilidad de la iniciativa presentada a la Asamblea Nacional. Entrega documentación al Secretario Técnico.</p>	Nota codificada Iniciativa calificada

⁶ Dirección Nacional de Asesoría Legal y Técnica de Comisiones, en un plazo no mayor de 15 días, remitirá el concepto jurídico que establece que la iniciativa ciudadana es viable o no viable a la Dirección Nacional de Promoción de la Participación Ciudadana para el trámite respectivo.



Paso	Responsable	Descripción	Formulario
10	Secretario Técnico/Secretaría Técnica	<ul style="list-style-type: none"> Recibe informe de viabilidad o no viabilidad de la iniciativa.⁸ Remite la documentación al Director Nacional de Asesoría Legal y Técnica de Comisiones. 	Informe de viabilidad
11	Director/Dirección Nacional de Asesoría Legal y Técnica de Comisiones	<ul style="list-style-type: none"> Recibe informe de viabilidad o no viabilidad proveniente de la Secretaría Técnica respectiva. Remite documentación a la Dirección Nacional de Promoción de la Participación Ciudadana. 	Informe de viabilidad Nota codificada
12	Analista/Dirección Nacional de Promoción de la Participación Ciudadana	<ul style="list-style-type: none"> Recibe concepto jurídico que establece que la iniciativa ciudadana es viable o no viable. Remite anteproyecto de Ley a la Secretaría General, junto con el informe de calificación, elaborado por la Dirección Nacional de Asesoría en Asuntos Plenarios. <p>Nota: Si la iniciativa fue evaluada como viable, se comunica al/los proponentes por medio de nota o correo electrónico, que su iniciativa fue aceptada, y los mismos se presentan para lectura y firma del anteproyecto de ley. Si la iniciativa fue rechazada, se comunica al o los proponentes, al/los por medio de nota o correo electrónico, que su iniciativa no fue aprobada y se pondrá a disposición del proponente la documentación que avala esa decisión.</p>	Informe de viabilidad Nota codificada Borrador de Anteproyecto de Ley

⁸ Las propuestas ciudadanas que sean determinadas como no viables serán archivadas y se le comunicará al proponente el resultado de la evaluación jurídica; en caso de ser consideradas viables, el asesor redactará un borrador de Anteproyecto de Ley, y su respectiva exposición de motivos de acuerdo al Manual de Técnica Legislativa.



Paso	Responsable	Descripción	Formulario
		Si es viable, se envía la documentación a la Secretaría General.	
13	Secretaría General	<ul style="list-style-type: none"> Recibe y anota el ingreso del anteproyecto de ley y le asigna un número consecutivo. Remite mediante nota el anteproyecto de ley a la Dirección Nacional de Asesoría en Asuntos Plenarios para ser calificado como anteproyecto de ley. 	<p>Nota codificada</p> <p>Informe de viabilidad</p> <p>AN_SG_10</p>
14	Secretaría/Dirección Nacional de Asesoría en Asuntos Plenarios	<ul style="list-style-type: none"> Recibe y entrega al director la documentación remitida por Secretaría General. 	Nota codificada
15	Director/ Dirección Nacional de Asesoría en Asuntos Plenarios	<ul style="list-style-type: none"> Recibe y asigna un asesor para que realice la calificación correspondiente para el anteproyecto de ley. 	Nota codificada
16	Asesor/ Dirección Nacional de Asesoría en Asuntos Plenarios	<ul style="list-style-type: none"> Recibe toda la documentación para realizar la calificación correspondiente. Envía la calificación y toda la documentación para firma del director. 	<p>Nota codificada</p> <p>Calificación</p>
17	Director/ Dirección Nacional de Asesoría en Asuntos Plenarios	<ul style="list-style-type: none"> Recibe, revisa, firma y remite toda la documentación a la Secretaría General. 	<p>Nota codificada</p> <p>Calificación</p>
18	Secretaría General	<ul style="list-style-type: none"> Recibe la calificación y remite toda la documentación según el tema a la comisión permanente respectiva. 	<p>Nota codificada</p> <p>Calificación</p>



Paso	Responsable	Descripción	Formulario
19	Comisión Permanente	<ul style="list-style-type: none">▪ Recibe toda la documentación para ser debatida.	Nota codificada Calificación
		FIN DEL PROCESO	



**ASAMBLEA NACIONAL
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE BORRADOR DE ANTEPROYECTO DE LEY POR PARTE DE LOS HONORABLES DIPUTADOS⁹

VERSIÓN DEL PROCEDIMIENTO NO. 2

CÓDIGO

AN_SG_SGC_P.A.09¹⁰

FECHA DE VERSIÓN

29 DE MAYO DE 2024

REVISADO POR:

LCDA. GLENIS DUNCAN

DIRECCIÓN NACIONAL DE ASESORÍA LEGAL Y TÉCNICA DE COMISIONES

LCDO. HÉCTOR CABALLERO

DIRECCIÓN NACIONAL DE ASESORÍA EN ASUNTOS PLENARIOS

DOCUMENTADO POR

LCDA. BERTA HISLOP

LCDA. MARKELDA CAÑIZALES

DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

OBJETIVO

Establecer los requisitos básicos de forma y de fondo para la elaboración de un borrador de anteproyecto de ley tendiente a regular una determinada materia de índole social, económica, política, ambiental, entre otros aspectos y aplicable en determinado tiempo y lugar en beneficio de la ciudadanía.

Alcance:

Este procedimiento es aplicable para las unidades administrativas de la Asamblea Nacional que intervienen en el proceso misional.

⁹ Constitución Política de Panamá/Artículo 164-165 formación de las leyes.

¹⁰ Este procedimiento fue extraído del Manual de Procedimientos Administrativos de la Dirección Nacional de Asesoría Legal y Técnica de Comisiones bajo el código AN_DNALTC_SCT_P.A.03.



Responsabilidades:

Dirección Nacional de Asesoría en Asuntos Plenarios es la encargada de realizar la calificación de los anteproyectos de ley.

Dirección Nacional de Asesoría Legal y Técnica de Comisiones es la encargada de realizar la evaluación técnico jurídico y determinar la realización de investigaciones tales como (estadísticas, avances tecnológicos y científicos, normativas, legislación comparada, si hay o no vicios de inconstitucionalidad, antecedentes legales o si hay leyes anteriores relacionadas con el tema).

Secretaría General recibe y realiza el trámite legal correspondiente.

Definiciones

- **Viabilidad.** Es el estudio que dispone el éxito o fracaso de un proyecto a partir de una serie de datos base de naturaleza empírica: medio ambiente del proyecto.

Referencias

- Norma ISO 9001:2015 (8.3).
- Constitución Política de la República de Panamá. Título V, Capítulo 2, Artículo 164,165,166,167.



UNIDADES ADMINISTRATIVAS Y FUNCIONARIOS (AS) QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO

Paso	Responsable	Descripción	Formulario
1	Diputado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plantea la idea al asesor legal. ▪ Selecciona a un asesor técnico-legal para que realice las investigaciones respectivas. 	Información documentada
2	Asesores legales y técnicos/ Dirección Nacional de Asesoría Legal y Técnica de Comisiones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realiza la investigación (estadísticas, avances tecnológicos y científicos, y normativas, legislación comparada). Los asesores legales investigan antecedentes legales o si hay leyes anteriores relacionadas con el tema. ▪ Redacta un borrador de anteproyecto con su exposición de motivos. ▪ Entrega el borrador del anteproyecto de ley al diputado solicitante. 	Anteproyecto de Ley
3	Diputado asignado o Presidente de la Comisión	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recibe el borrador del anteproyecto de ley. ▪ Presenta el anteproyecto de ley ante el Pleno y lo envía a la Secretaría General. 	Escrito firmado
4	Secretario General/ Secretaría General	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recibe la propuesta del Pleno y lo remite a través de nota a la Dirección Nacional de Asuntos Plenarios para su calificación. 	Nota codificada Propuesta de anteproyecto
5	Asesor / Dirección Nacional de Asesoría en Asuntos Plenarios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recibe y califica el anteproyecto de ley y lo devuelve a la Secretaría General. 	Nota codificada Calificación
6	Secretario General/ Secretaría General	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recibe el anteproyecto de ley calificado y lo envía a la Comisión Permanente correspondiente. 	Calificación de anteproyecto Nota codificada

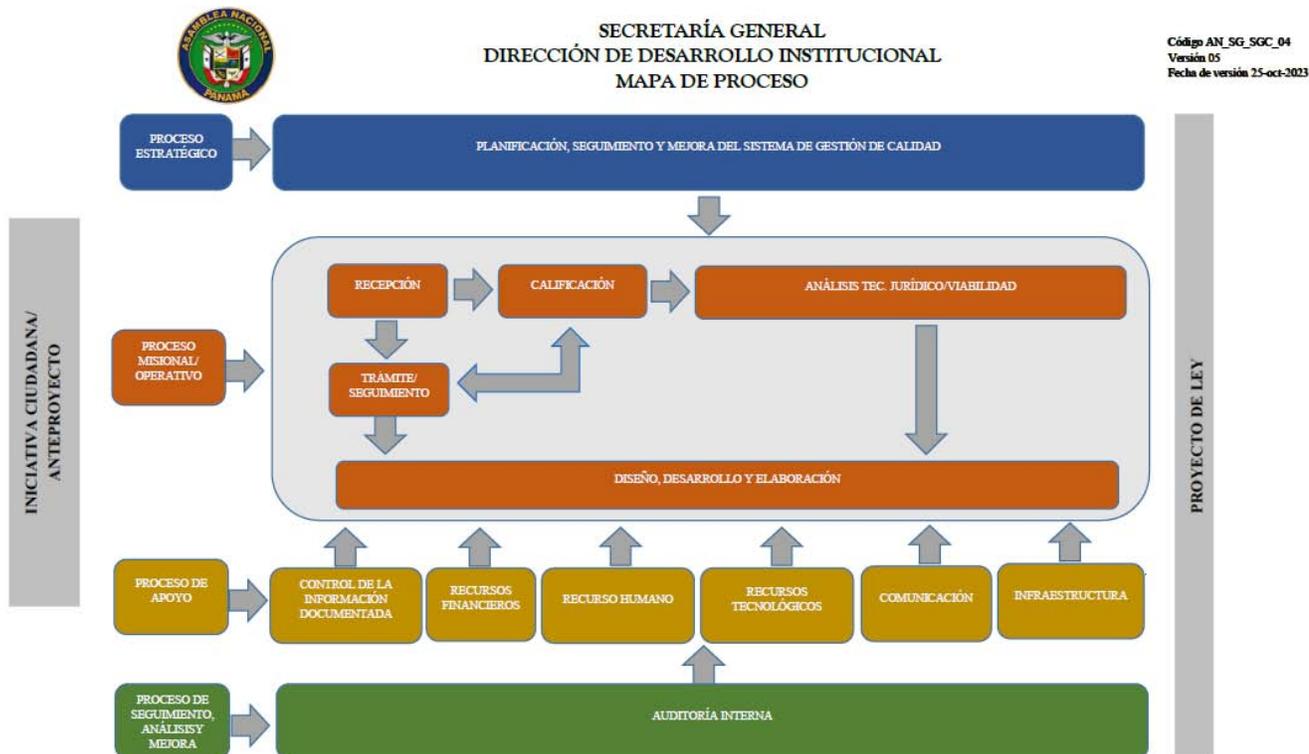


Paso	Responsable	Descripción	Formulario
7	Comisionado/ Comisiones Permanentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recibe el anteproyecto y determina si se prohíja o se archiva el anteproyecto de ley <p>Nota: Si el anteproyecto es prohijado, se remite como proyecto a la Secretaría General con la nota en la que se indica que fue debidamente prohijado para su registro y asignación del número de proyecto de ley. Si no es prohijado, es archivado.</p>	Nota codificada
		FIN DEL PROCEDIMIENTO	



XII. FORMULARIOS

MAPA DE PROCESO
AN_SG_SGC_04





FORMULARIO DE MATRIZ DE RIESGO Y OPORTUNIDADES
AN_SG_SGC_05

 ASAMBLEA NACIONAL SECRETARÍA GENERAL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD MATRIZ DE RIESGO Y OPORTUNIDADES <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 8px;"> Código AN_SG_SGC_05 Versión 03 Fecha de versión 15-dic-2022 </div>																								
1. DIRECCION / UNIDAD					2. PROCESO					ELEGIR					3. FECHA DE CONFECCIÓN			ELEGIR DÍA	ELEGIR MES	2023				
IDENTIFICACION					ANÁLISIS Y EVALUACION					SEGUIMIENTO					VERIFICACION (Es completado por la Dirección de Desarrollo Institucional)									
4.No.	5.Tipo	6.OBJETIVO	7.Fuente / Origen	8.Actividad	9.Evento (oportunidad) o Falta (riesgo)	10.Efecto o Consecuencia	11.Control Existente	12.Probabilidad de ocurrencia (1 a 5)	13.Impacto o consecuencia (1 a 5)	14.Riesgo u Oportunidad ponderado (1 a 25)	15.Nivel de riesgo u oportunidad	16.Acciones propuestas	17.Recursos	18.Responsable	19.Fecha de Compromiso	20.Evidencia de implementación de Control	21.Elección	22.Fecha de verificación	23.Valor de efectividad (0 a 5)	24.Nivel de Efectividad	25.Observaciones			
	ELEGIR		ELEGIR					0	0	0	FALSO						ELEGIR				POR EVALUAR			
	ELEGIR		ELEGIR					0	0	0	FALSO						ELEGIR				POR EVALUAR			
	ELEGIR		ELEGIR					0	0	0	FALSO						ELEGIR				POR EVALUAR			
	ELEGIR		ELEGIR					0	0	0	FALSO						ELEGIR				POR EVALUAR			
	ELEGIR		ELEGIR					0	0	0	FALSO						ELEGIR				POR EVALUAR			
	ELEGIR		ELEGIR					0	0	0	FALSO						ELEGIR				POR EVALUAR			
	ELEGIR		ELEGIR					0	0	0	FALSO						ELEGIR				POR EVALUAR			
	ELEGIR		ELEGIR					0	0	0	FALSO						ELEGIR				POR EVALUAR			
	ELEGIR		ELEGIR					0	0	0	FALSO						ELEGIR				POR EVALUAR			
	ELEGIR		ELEGIR					0	0	0	FALSO						ELEGIR				POR EVALUAR			
	ELEGIR		ELEGIR					0	0	0	FALSO						ELEGIR				POR EVALUAR			
	ELEGIR		ELEGIR					0	0	0	FALSO						ELEGIR				POR EVALUAR			
	ELEGIR		ELEGIR					0	0	0	FALSO						ELEGIR				POR EVALUAR			
	ELEGIR		ELEGIR					0	0	0	FALSO						ELEGIR				POR EVALUAR			



FORMULARIO DE CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS
AN_SG_SGC_06

 ASAMBLEA NACIONAL SECRETARÍA GENERAL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015 CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS				
			Código AN_SG_SGC_06 Versión 02 Fecha de versión 26-abr-2023	
FECHA				
PROCESO:	ELEGIR	ELEGIR		
OBJETIVO:				
ALCANCE:				
RESPONSABLE:				
RESPONSABILIDADES:				
AUTORIDAD:				
Proveedor	Entrada	Actividad	Salida	Cliente
INDICADORES DEL PROCESO				
Indicador	Origen de los Datos			Responsable
RECURSOS:				
DOCUMENTOS:				
IDENTIFICACIÓN DE CAMBIOS:				



FORMULARIO DE SEGUIMIENTO DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
AN_SG_SGC_08

 ASAMBLEA NACIONAL SECRETARÍA GENERAL SEGUIMIENTO DE OPORTUNIDADES DE MEJORA					
				Código AN_SG_SGC_08 Versión 0 Fecha de versión 10-may-2023	
FECHA DE SEGUIMIENTO					
N°	OBSERVACIÓN	ACCIONES	ORIGEN	RESPONSABLE	STATUS
1					-
2					-
3					-
4					-
5					-
6					-
7					-
8					-
9					-
10					-
11					-
12					-
13					-
14					-
15					-



**FORMULARIO IDENTIFICACIÓN DE LA NO CONFORMIDAD
 AN_SG_SGC_09**

SECRETARÍA GENERAL		SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015				Grupo AN_SG_SGC_09 Versión 03
		IDENTIFICACIÓN DE LA NO CONFORMIDAD				
Consecutivo:		Fecha de registro:	DÍA	MES	AÑO	C A M P I N E T A R P A R E L A U D I T O R
Proceso(s):	Seleccionar					
Fuente de donde proviene	Seleccionar					
Nombre completo del auditor responsable						
Nombre completo y cargo del líder del proceso						
Criterio de evaluación	Seleccionar					
Descripción de la No conformidad (debe ser completado por el auditor)						
Evidencia						
COMPLETAR EN CASO DE SER NO CONFORMIDAD						
Análisis de Causa (resultado de las 5W2H) (debe ser completado por el Líder del proceso)						
Plan de acción: (a completado por el líder del proceso)		Responsable		Fecha		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
Verificación de implementación de acciones correctivas						
Actividad	Implementada	Presentó evidencia		Cumplió con la fecha		
Acción #1						
Acción #2						
Acción #3						
Acción #4						
Acción #5						
Acción #6						
Acción #7						
Cierre de la Acción						
Fecha		Estado de la Acción				
		ABIERTO		CERRADO		
Firma auditor responsable:						
Observaciones:						



FORMULARIO INFORME DE ALTA DIRECCIÓN
AN_SG_SGC_10

Código AN_SG_SGC_10
Versión 0
Fecha de versión 20-dic-2021



ASAMBLEA NACIONAL
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
INFORME DE ALTA DIRECCIÓN
FECHA _____ DE _____



ÍNDICE

1. UNIDADES ADMINISTRATIVAS QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO.....	3
1. Tabla de unidades administrativas.....	3
2. Tabla de lista de asistencia de los líderes de los procesos de la Asamblea Nacional.....	5
2. POLÍTICA DE CALIDAD.....	10
3. OBJETIVOS DE CALIDAD.....	10
4. ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	10
5. OBJETIVO DEL INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN.....	10
6. DESARROLLO DEL INFORME.....	10
3. Tabla sobre los puntos desarrollados en la reunión de revisión de la dirección 2021.....	11
7. ESTADO DE ACCIONES DE LAS REVISIONES POR LA DIRECCIÓN ANTERIOR.....	12
4. Tabla de las salidas establecidas en la revisión por la dirección anterior.....	12
8. CAMBIOS EN LAS CUESTIONES EXTERNAS E INTERNAS PERTINENTES.....	13
9. INFORMACIÓN SOBRE EL DESEMPEÑO Y EFICACIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	14
9.1. Satisfacción y retroalimentación de las partes interesadas.....	14
a. Encuesta a los diputados:.....	14
10. Tabla con resultado de encuesta aplicada al cliente interno.....	14
b. Resultados de encuesta a usuarios:.....	15
11. Tabla de total de usuarios atendidos dentro del tiempo establecido.....	16
9.2. Objetivos de la calidad.....	16



FORMULARIO DE GESTIÓN DE CAMBIO
AN_SG_SGC_11

 ASAMBLEA NACIONAL SECRETARÍA GENERAL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015 GESTIÓN DE CAMBIO		Código AN_SG_SGC_11 Versión 01 Fecha de versión 4-ene-2022		
INFORMACIÓN DEL CAMBIO				
FECHA DEL CAMBIO:		FECHA ESTIMADA DE IMPLEMENTACIÓN:		PROCESO:
NOMBRE DEL PROPONENTE:				CARGO:
AUTORIZADO POR:				CARGO:
TIPO DE CAMBIO:	-			
DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO				
PROPÓSITO DEL CAMBIO				
CONSECUENCIAS DEL CAMBIO				
CAMBIOS EN OTROS PELIGROS Y RIESGOS:				
AFECTACIÓN A CONTROLES EXISTENTES:				
ECONÓMICOS:				
TIEMPOS:				
DOCUMENTACIÓN:				
OTROS:				
ANÁLISIS DEL CAMBIO				
NUEVOS PELIGROS (Seguridad)		RIESGOS ASOCIADOS (Organizacional)		
PLAN DE ACCIÓN PARA EL MANEJO DEL CAMBIO				
ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	FECHA PREVISTA	FECHA EJECUCIÓN
Es requerido asignar o reasignar responsabilidades y autoridades *En caso de Nuevas responsabilidades y autoridades, tratar por Manual de perfiles y cargos				
Cargo afectado				
Nuevas responsabilidades				
Nuevas autoridades				
Se requiere modificar algún Programa de Gestión				
NOTIFICACIÓN DEL CAMBIO				
CARGO	FECHA	FIRMA		



**FORMULARIO PLAN DE AUDITORÍA DE CALIDAD
AN_SG_SGC_12**



Código AN_SG_SGC_12
Versión 02
Fecha de versión 23-jun-2022

**ASAMBLEA NACIONAL
SECRETARÍA GENERAL
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015
DIRECCIÓN DE AUDITORÍA INTERNA
PLAN DE AUDITORÍA DE CALIDAD**

Fecha: _____

Sistema auditado:				
Unidad auditada:				
Auditores:				
Duración de la auditoría:				
Objetivos de la auditoría:				
Alcance de la auditoría:				
Criterios:				
Técnicas de auditoría:				
Personal entrevistado:				
Recursos:				
Financieros: económico				
Logísticos: transporte				
Tecnológicos: internet, equipos				
DIA	Horario	Proceso / actividad por auditar	AUDITOR	AUDITADO



FORMULARIO PLAN DE ACCIÓN DE OBSERVACIONES
AN_SG_SGC_13

		SECRETARÍA GENERAL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015 PLAN DE ACCIÓN DE OBSERVACIONES				<small>Código AN_SG_SGC_13</small> <small>Versión 0</small> <small>Fecha de versión 24-abr-2024</small>
Consecutivo:		Fecha de registro:	DÍA	MES	AÑO	P o r e l L í d e r
Proceso(s):	<i>Seleccionar</i>					
Fuente de donde proviene	<i>Seleccionar</i>					
Nombre completo del auditor responsable						
Nombre completo y cargo del líder del proceso						L í d e r
Plan de acción: <i>(completado por el líder del proceso)</i>		Responsable		Fecha		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
Verificación de implementación de acciones correctivas						P o r e l a u d i t o r
Actividad	Implementada	Presentó evidencia	Cumplió con la fecha			
Acción #1						
Acción #2						
Acción #3						
Acción #4						
Acción #5						
Acción #6						
Acción #7						
Cierre de la Acción						
Fecha		Estado de la Acción				
		ABIERTO		CERRADO		
Firma auditor responsable:						
Observaciones:						



**FORMULARIO TABLA DE INTERACCIÓN DE LOS PROCESOS
AN_SG_SGC_15**

FECHA: 26-ABRIL-2023		ASAMBLEA NACIONAL SECRETARÍA GENERAL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015 INTERACCIÓN DE LOS PROCESOS													Código: AN_SG_SGC_15 Versión: 03 Fecha de versión: 26-abr-2023		
		SECRETARÍA GENERAL	SECRETARÍA GENERAL (Seguimiento y monitoreo institucional)	DIRECCIÓN NACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA	DIRECCIÓN NACIONAL DE ASesoría ASUNTOS PLANIFICADOS	DIRECCIÓN NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN DE COMISIONES	DIRECCIÓN DE TEORÍA PARLAMENTARIA	DIRECCIÓN DE ESTUDIO PARLAMENTARIO	UNIDAD DE ESTADÍSTICA	DEPARTAMENTO TÉCNICO DE ADMON. RRHH	DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN	DEPARTAMENTO DE COMPRAS Y PROVEEDURA	DIRECCIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS GENERALES	DIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA, INFORMATICA Y COMUNICACIÓN	DIRECCIÓN DE COMUNICACIÓN	UNIDAD DE SEGURIDAD INFORMATICA	DIRECCIÓN DE AUDITORIA INTERNA
C A U S A S	DESCRIPCIÓN																
	4.1	Comprensión de la organización y su contexto	x		x												
4.2	Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	x		x													
4.3	Determinación del alcance del SGC	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4.4	Sistema de gestión de la calidad y sus procesos			x													
5.1	Liderazgo y compromiso	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5.2	Política	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5.3	Roles, responsabilidades y autoridades en la organización			x						x							
6.1	Acciones para abordar riesgos y oportunidades	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6.2	Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6.3	Planificación de los cambios	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
7.1.1	Recursos - Generalidades																
7.1.2	Personas									x							
7.1.3	Infraestructura												x	x	x	x	
7.1.4	Ambiente para la operación de los procesos										x		x				
7.1.5.1	Recursos de seguimiento y medición - Generalidades				x	x	x										
7.1.5.2	Trazabilidad de las mediciones																
7.1.6	Conocimiento de la Organización			x						x			x				
7.2	Competencia										x	x					
7.3	Toma de conciencia										x						
7.4	Comunicación	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
7.5	Información documentada			x													
8.1	Planificación y control operacional	x			x	x	x										
8.2	Requisitos para los productos y servicios	x			x	x	x										
8.3	Diseño y desarrollo de los productos y servicios	x	x	x	x	x	x										
8.4	Control de los procesos y productos suministrados externamente								x			x					
8.5.1	Control de la producción y de la prestación del servicio	x	x		x	x	x										
8.5.2	Identificación y trazabilidad	x	x		x	x	x										
8.5.3	Propiedad perteneciente a los clientes y los proveedores externos		x		x	x	x										
8.5.4	Preservación	x	x		x	x	x										
8.5.5	Actividades posteriores a la entrega	x	x														
8.5.6	Control de cambios	x			x	x	x										
8.6	Liberación de los productos y servicios	x	x		x	x	x										
8.7	Control de las salidas no conformes	x			x	x	x										
9.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación - Generalidades			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
9.1.2	Satisfacción del cliente	x		x	x	x	x			x							
9.1.3	Análisis y Evaluación			x													x
9.2	Auditoría interna																x
9.3	Revisión por la dirección	x		x													
10.1	Mejora - Generalidades			x													
10.2	No conformidad y acción correctiva			x													x
10.3	Mejora continua	x		x													x



FORMULARIO FICHA DE INDICADOR
AN_SG_SGC_16

		ASAMBLEA NACIONAL SECRETARÍA GENERAL		Código AN_SG_SGC_16 Versión 02 Fecha versión 04-ene-2022
		SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015 FICHA DE INDICADOR		
NOMBRE DE DIRECCIÓN _____				
DEPARTAMENTO _____				
OBJETIVO DE GESTIÓN _____				
ACTIVIDAD	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FRECUENCIA DE SEGUIMIENTO	
CÁLCULO	PRIMER SEMESTRE	SEGUNDO SEMESTRE		
Resultados/meta*100%	ENE-JUN	JUL-DIC		
Nº de manuales terminados				
Nº de manuales programados				
RESULTADO INDICADOR (%)				
ESTADO				
ANÁLISIS DE TENDENCIA DEL INDICADOR				
PRIMER SEMESTRE				
SEGUNDO SEMESTRE				



**FORMULARIO PROGRAMACIÓN ANUAL DE AUDITORÍA
 AN_SG_SGC_19**

		ASAMBLEA NACIONAL SECRETARÍA GENERAL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015 PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍA AÑO _____										Código AN_SG_SGC_19 Versión 03 Fecha de versión 8-jun-2023						
		FECHA: _____																
OBJETIVO GENERAL: _____																		
No.	PLANIFICACIÓN						CRONOGRAMA											
	Unidad administrativa	Objetivos	Alcance	Documentos de Referencia	Normas y Requisitos Aplicables	Recursos	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		



FORMULARIO MEMORANDO
AN_SG_SGC_20



Código AN_SG_SGC_20
Versión 02
Fecha de versión 23-jun-2022

ASAMBLEA NACIONAL
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE AUDITORÍA INTERNA
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015

AÑO_Nº DE CIRCULAR_AN_SG

CIRCULAR

PARA: Sr. /Sra.
(NOMBRE DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD
ADMINISTRATIVA QUE SERÁ AUDITADA)

DE: Licenciado
Cargo
Dirección de Auditoría Interna

ASUNTO: Auditoría de Sistema de Gestión de Calidad

FECHA: xx del mes de 20xx

.....

Por este medio le notifico, que ha sido asignado para realizar la Auditoría del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015 a (indicar nombre del auditor seleccionado) de su unidad administrativa.

Fecha de inicio de la fase de ejecución: (Indicar la fecha correspondiente).

Fecha de entrega del informa: (Indicar la fecha correspondiente).

Supervisor (Indicar el nombre del supervisor).

Le agradezco, de antemano, el apoyo para realizar dicha tarea.



FORMULARIO INFORME DE AUDITORÍA AN_SG_SGC_21



ASAMBLEA NACIONAL
 SECRETARÍA GENERAL
 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015
 INFORME DE AUDITORÍA

Código: AN_SG_SGC_21
 Versión: 01
 Fecha de actualización: mayo 2023

1. INFORMACIÓN BÁSICA AUDITORÍA	
Fecha de emisión del informe:	Sistema auditado: ISO 9001:2015
Fecha (s) de auditoría:	Duración: días (30 días máx.)
Empresa que realiza la Auditoría Interna:	Auditores:
Supervisor:	
2. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA	
3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA	
Procesos o áreas auditadas:	
Metodología: (entrevistas, observaciones y/o revisión de la información documentada.)	
La selección de fuentes de información:	
Personal entrevistado:	
4. CRITERIOS DE LA AUDITORÍA	
ISO 9001:2015, Información documentada de la organización, Manuales, requisitos legales y de calidad aplicables.	
5. ASPECTOS POSITIVOS (FORTALEZAS):	
FORTALEZAS Se evidencian las siguientes fortalezas:	
6. OPORTUNIDADES DE MEJORA (RIESGO U OBSERVACIONES):	
7. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA	
8. SUBSANACIÓN DE HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA	
Firma Auditor:	Anexos (relecciones): lista de verificación por proceso evaluado
Firma de supervisor:	Hoja de vida del equipo auditor.



FORMULARIO RESUMEN ACCIONES CORRECTIVAS
AN_SG_SGC_22

 <div style="text-align: center;"> SECRETARÍA GENERAL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015 RESUMEN DE ACCIONES CORRECTIVAS </div> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;"> Código AN_SG_SGC_22 Versión 02 Fecha de versión 8-jun-2023 </div>											
Fecha :											
#	Proceso	Unidad Administrativa	No Conformidad	Fecha de Recepción	Origen	Cantidad de acciones correctivas	Fecha de verificación	Evidencia	Fue eficaz	Estatus	Observaciones
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											



**FORMULARIO DE EJECUCIÓN DE INICIO DE FASE DE AUDITORÍA
AN_SG_SGC_26**



Código AN_SG_SGC_26
Versión 02
Fecha de Versión 23-jun-2022

**ASAMBLEA NACIONAL
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE AUDITORÍA INTERNA**

Comunicación de Inicio de la Fase de Ejecución de Auditoría

Panamá, xx de xxxxx de 20xx
AÑO_NÚMERO DE NOTA_AN_SG

Licenciado
NOMBRE COMPLETO DEL JEFE DE LA DIRECCIÓN AUDITABLE
Cargo
Dirección
Asamblea Nacional

Asunto: inicio de la fase de ejecución de auditoría de (Nombre de la auditoría a realizarse)

Respetado Lic. (Primer apellido del jefe de la dirección auditable)

Mediante el presente oficio, y en atención al protocolo establecido en el Manual de Auditoría Interna de la Asamblea Nacional, me permito comunicarle el inicio de la fase de ejecución de la auditoría sobre... (Indicar nombre de la auditoría a realizarse), para la cual se ha asignado al siguiente equipo de auditores: (Indicar los nombres del equipo de auditores).

Objetivo General (Indicar el objetivo general de la auditoría).
Objetivos Específicos (Indicar los objetivos específicos de la auditoría).
Alcance (Indicar el alcance de la auditoría).
Fecha de inicio de la fase de ejecución: (Indicar la fecha correspondiente).
Fecha de finalización de la fase de ejecución: (Indicar la fecha correspondiente).

Cordialmente,

NOMBRE COMPLETO
Director
Dirección de Auditoría Interna
Asamblea Nacional



FORMULARIO ALCANCE, POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD
AN_SG_SGC_28


Asamblea Nacional
SECRETARÍA GENERAL


Código AN-SG-SGC-28
Versión 1
Fecha de versión 2-jun-2023

**ALCANCE DEL SISTEMA
DE GESTIÓN DE CALIDAD**

“Diseño, desarrollo y elaboración
de proyectos de ley”

POLÍTICA DE CALIDAD

“La Asamblea Nacional ejerce la función legislativa del Estado Panameño, que consiste en la elaboración de proyectos de ley; dirige sus esfuerzos para mantener la política de puertas abiertas, contribuyendo a la satisfacción de las necesidades de nuestras partes interesadas en los diferentes sectores de la vida ciudadana, manteniendo la transparencia, la igualdad, la ética, la justicia, la sensatez, y el balance de los poderes para las transformaciones sociales. Esto lo lograremos cumpliendo con los requisitos legales, personal competente y la mejora continua en nuestros procesos”.

OBJETIVOS DE CALIDAD

- Fortalecer las competencias laborales.
- Cumplir con los tiempos de respuesta a los usuarios.
- Lograr el grado de satisfacción del cliente.
- Promover la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad.


QUIBIÁN PANAY
SECRETARIO GENERAL



XIII. ANEXOS



ANEXO 1
REGISTRO DE ANTEPROYECTO DE LEY
AN_SG_03



ASAMBLEA NACIONAL
SECRETARÍA GENERAL

Código AN_SG_03
 Versión 2
 Fecha de la versión 27-dic-2021

PROYECTO DE LEY N° DEL PERIODO LEGISLATIVO.....
 ANTEPROYECTO.....

TÍTULO

PROponente(S)

FECHA DE PRESENTACIÓN HORA.....
 PROHIBADO FECHA..... COMISIÓN.....

COMISIÓN ASIGNADA:.....

FECHA DE RECIBO:..... PLAZO VENCE
 FECHA DE VOTACIÓN.....

PRIMER DEBATE

INFORME DE COMISIÓN:..... ARUEBA PROYECTO..... VOTOS
 CON PUEGO DE MODIFICACIONES SI..... NO.....
 NIEGA EL PROYECTO..... VOTOS

INFORME DE MINORÍA FECHA:.....
 FECHA DE DEVOLUCIÓN DEL EXPEDIENTE:.....

FECHA DE DEBATES DEL AL
 INFORME DE MINORÍA APROBADO..... RECH..... ABST.....

SEGUNDO DEBATE

INFORME DE MAYORÍA APROBADO..... RECH..... ABST.....

PROYECTO DE LEY FECHA DE VOTACIÓN:..... APROBADO:..... VOTOS
 RECHAZADO:..... VOTOS
 ABSTENCIONES:.....

(DEPARTAMENTO DE REVISIÓN Y CORRECCIÓN DE ESTILO) FECHA DE RECIBO..... HORA.....
 FECHA DE DEVOLUCIÓN..... HORA.....

TECER DEBATE

FECHA:..... APROBADO:..... VOTOS
 RECHAZADO:..... VOTOS
 ABSTENCIÓN:.....
 DEVUELTO A SEGUNDO DEBATE.....

ENVIO DEL PROYECTO DE LEY AL ORGANISMO EJECUTIVO

FECHA DE ENTREGA.....
 LEY N° de de de
 GACETA OFICIAL N° de de de

OBJETADO POR EL EJECUTIVO: TOTAL:..... PARCIAL..... FECHA.....
 ENVIADO A LA COMISIÓN..... FECHA.....
 DEVUELTO AL PLENIO.....
 SEGUNDO DEBATE FECHA:..... APROB:..... RECH:..... ABST:.....
 TECER DEBATE FECHA:..... APROB:..... RECH:..... ABST:.....

OBSERVACIONES:.....



ANEXO 2
EXPEDIENTE LEGISLATIVO
AN_DNALTC_02

 ASAMBLEA NACIONAL DIRECCIÓN NACIONAL DE ASESORÍA LEGAL Y TÉCNICA DE COMISIONES EXPEDIENTE LEGISLATIVO		Código: AN/DNALTC/02 Versión 02 Fecha de versión 28/02/20			
Secretaría Técnica: _____					
Etapa preliminar y de presentación	Proyecto de Ley N°		Del periodo legislativo		
	Anteproyecto de Ley N°				
	Título				
	Proponente:				
	Fecha de presentación		Hora:		
	Prohijado fecha:		Comisión		
Primer debate	Comisión designada:	Fecha de recibo	Plazo vence	Fecha de votación	
	Aprueba el Proyecto (votos)		Niegan el proyecto (votos):		
	Modificaciones	Plegio	Texto único	No hubo	
	Informe de minoría (fecha):				
	Fecha de devolución de expediente:				
Segundo debate	Fecha de debates		al		
	Informe de minoría	Aprobado	Rechazado	Abstención	
	Informe de mayoría	Aprobado	Rechazado	Abstención	
	Proyecto de Ley	Fecha de votación			
		Aprobado	Rechazado	Abstención	
	Comisión de Revisión y Corrección de Estilo	Fecha de recibo:	Hora:		
Fecha de devolución		Hora:			
Tercer debate	Fecha	Aprobado	Rechazado	Abstención	
	Devuelto a segundo debate:				
Envío del Proyecto de Ley al Organismo Ejecutivo	Fecha de entrega:				
	Ley N°	de	de	de	
	Gaceta Oficial N°	de	de	de	
	Objetado por el Ejecutivo				
	Fecha	Total	Parcial		
	Enviado a la Comisión		Fecha		
	Devuelto al Pleno		Fecha		
	2° Debate fecha:	Aprobado (votos)	Rechazado (votos)	Abstención	
	3° Debate fecha:	Aprobado (votos)	Rechazado (votos)	Abstención	
Observaciones:					



ANEXO 3
GUÍA LEGISLATIVA
AN_DNALTC_05

	ASAMBLEA NACIONAL DIRECCIÓN NACIONAL DE ASESORÍA LEGAL Y TÉCNICA DE COMISIONES	Código AN/DNSLTC/SCT/05 Versión 3 Fecha de versión 24 de Sept_2021
GUÍA LEGISLATIVA		
N° de Proyecto: _____		
Secretaría Técnica: _____		
Comisión: _____		
I. ANTECEDENTES:		
1. Título del acto legislativo: _____		
2. Proponente: _____		
3. Fecha de presentación: _____		
II. ASPECTOS REGLAMENTARIOS:		
1. Elementos de valoración a efectos de la admisión del proyecto, conforme al artículo 112 del reglamento interno. _____		
2. Comisión competente: _____		
3. Carácter orgánico u ordinario de la ley, según la materia sobre la que versa: _____		
4. Personas, asociaciones, organizaciones o autoridades que deben ser consultadas: _____		
III. EVALUACIÓN TÉCNICA DEL PROYECTO DE LEY:		
1. Finalidad u objetivo: _____		
2. Viabilidad de su aplicación: _____		
a. Análisis de la situación o problema actual, sus causas y soluciones posibles. _____		
b. Viabilidad Económica: _____		
c. Determinación de afectados, beneficiados y conveniencias para los ciudadanos y sociedad civil: _____		
IV. CUESTIONES JURÍDICAS DEL PROYECTO DE LEY:		
1. Fundamento o incompatibilidad Constitucional: _____		
2. Legislación relacionada directamente con el Proyecto: _____		
3. Rama determinada del Derecho: _____		
V. CONCLUSIONES:		
1. Conveniencias: _____		
2. Inconveniencias: _____		
3. Observaciones adicionales: _____		
VI. ANEXOS:		
Elaborado por: _____		
Fecha de elaboración: _____		
Revisado por: _____		



XIV. FIRMAS

El presente Manual de Procedimientos Administrativos del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015 ha sido avalado por los siguientes responsables:

Documentado por:
Mgtr. Markelda Cañizales
Analista
Dirección de Desarrollo Institucional

• Markelda Cañizales

Revisado por:
Lcda. Luz Marina Navarro
Directora
Desarrollo Institucional

• Luz Marina Navarro

Aprobado por:
Lcdo. Quibián Panay
Secretario
Secretaría General

• Quibián Panay





XV. HISTORIAL DE CAMBIOS

 ASAMBLEA NACIONAL SECRETARÍA GENERAL DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL			CÓDIGO: AN_DDI_10 VERSIÓN: 01 FECHA DE VERSIÓN: 14-jun-2021
HISTORIAL DE CAMBIOS			
Naturaleza del cambio	Fecha	Revisión	
Primera versión	2021	0	
1. Se realizó una revisión general del manual y se modificaron los procedimientos: AN_SG_SGC_P.A.05, AN_SG_SGC_P.A.06, AN_SG_SGC_P.A.07	2022	1	
1. Se realizó una revisión general del manual y se modificaron los procedimientos: AN_SG_SGC_P.A.02, AN_SG_SGC_P.A.03, AN_SG_SGC_P.A.05, AN_SG_SGC_P.A.06 Se actualizó el formulario Mapa de proceso código AN_SG_SGC_04 2. Se actualizó el formulario de análisis de contexto interno y externo código AN_SG_SGC_02 3. Se realizó cambio al nombre del proceso que lleva a cabo la Dirección de Auditoría Interna dentro del SGC, ahora se denomina Proceso de seguimiento, análisis, evaluación y mejora.	2022	2	
1. Se elimina del proceso de apoyo al Departamento de Digitalización y a la Dirección Nacional de Asesoría Legal en Asuntos Administrativos. 2. Se incorporan los procedimientos concernientes al proceso misional. 3. Se incorpora el punto 8.3 de la norma ISO 9001_2015. 4. Se modifica el Mapa de proceso formulario AN_SG_SGC_04. 5. Se eliminan los formularios: AN_SG_SGC_13 Lista de verificación, AN_SG_SGC_14 Actividades de seguimiento, AN_SG_SGC_18 Identificación de acción correctiva, AN_SG_SGC_08 Control de salida No Conforme, AN_SG_SGC_24 Revisión por la Dirección, AN_SG_SGC_07 Plan de Acción para los objetivos de la calidad y se reemplaza el formulario Determinación de contexto interno y externo AN_SG_SGC_01 por análisis de FODA.	2023	3	
1. Se incorporan al manual los siguientes procedimientos:	2024	4	



<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para la presentación de una iniciativa ciudadana. • Procedimiento para la elaboración de un anteproyecto de ley por parte de los honorables diputados. • Procedimiento para la elaboración de un proyecto de ley. 		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se incluye el procedimiento para el seguimiento de observaciones de auditoría interna y externa. 2. Se adicionan nuevos puntos al procedimiento para la ejecución de auditoría interna de gestión de calidad. 	2024	5



DIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

PÓLITICAS DE CALIDAD INSTITUCIONAL • ASAMBLEA NACIONAL • PÓLITICAS DE CALIDAD INSTITUCIONAL • ASAMBLEA NACIONAL

**Plaza 5 de Mayo, Panamá
Palacio Justo Arosemena
Código Postal 0815-01265 Panamá 4 Panamá
Tel.: (507) 512 8300
www.asamblea.gob.pa**

