GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

DIF EDOMÉX | EDOMÉX
DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.

MANUAL DE CALIDAD DEL DIFEM ISO 9001:2015

Paseos Colón y Tollocan s/n, col. Isidro Fabela, C.P. 50170, Toluca, Estado de México.
Tels.: (01722) 217 39 00 y 01 800 00 34 336. www.difem.edomex.gob.mx

LISTA MAESTRA DE DOCUMENTOS

FO/SGC/200C01010000000/407/2019

Unidad Administrativa: Unidad de Calidad y Tecnologías de Información.

No.	Nombre del Documento	Código	Versión	Fecha de Revisión	Tipo de Documento	
					Interno	Externo
1	Manual de Calidad	MC DIFEM 01	1	14-08-20	X	
2	Organigrama del DIFEM	**ANEXO A**	1	14-08-20	X	
3	Matriz de Riesgos en el Sistema de Gestión de la Calidad	**ANEXO B**	1	14-08-20	X	
4	Matriz de Comunicación	**ANEXO C**	1	14-08-20	X	
5	Matriz de Partes Interesadas	**ANEXO D**	2	14-08-20	X	
6	Interacción de Procesos	**ANEXO E**	1	14-08-20	X	
7	Lista Maestra de Documentos	**FO/SGC/200C01 010000000/407/ 2019**	5	14-06-19	X	
8	Lista Maestra de Registros	**FO/SGC/200C01 010000000/408/ 2019**	5	14-06-19	X	
9	Hoja de Actualizaciones	**FO/SGC/200C01 010000000/409/ 2019**	5	14-06-19	X	
10	Lista de Copias Controladas	**FO/SGC/200C01 010000000/410/ 2019**	5	14-06-19	X	
11	Orden del Día	**FO/SGC/200C01 010000000/411/ 2019**	5	14-06-19	X	
12	Lista de Asistencia	**FO/SGC/200C01 010000000/412/ 2019**	5	14-06-19	X	
13	Minuta de Reunión de Revisión y Evaluación por la Dirección	**FO/SGC/200C01 010000000/413/ 2019**	5	14-06-19	X	
14	Programa Anual de Auditorías	**FO/SGC/200C01 010000000/414/ 2019**	5	14-06-19	X	
15	Plan de Auditoría	**FO/SGC/200C01 010000000/415/ 2019**	5	14-06-19	X	

LISTA MAESTRA DE DOCUMENTOS

FO/SGC/200C01010000000/407/2019

Unidad Administrativa: Unidad de Calidad y Tecnologías de Información.

16	Lista de Asistencia de Apertura y Cierre de Auditoría	FO/SGC/200C01010000000/416/2019	5	14-06-19	X	
17	Reporte de Auditoría	FO/SGC/200C01010000000/417/2019	5	14-06-19	X	
18	Informe de Auditoría	FO/SGC/200C01010000000/418/2019	5	14-06-19	X	
19	Registro de Salidas No Conformes	FO/SGC/200C01010000000/419/2019	5	14-06-19	X	
20	Plan de Acciones Correctivas	FO/SGC/200C01010000000/420/2019	5	14-06-19	X	
21	Minuta de Reunión de Equipo de Mejora	FO/SGC/200C01010000000/421/2019	5	14-06-19	X	
22	Tabla de Identificación de Procesos	FO/SGC/200C01010000000/422/2019	5	14-06-19	X	
23	Tabla de Requisitos del Servicio	FO/SGC/200C01010000000/423/2019	5	14-06-19	X	
24	Tabla de objetivos de la Calidad y Planificación para Lograrlos	FO/SGC/200C01010000000/424/2019	5	14-06-19	X	
25	Procedimiento de Calidad para la Elaboración y Control de Documentos	PC DIFEM DG 01	1	14-08-20	X	
26	Procedimiento de Calidad para el Control de Registros	PC DIFEM DG 02	1	14-08-20	X	
27	Procedimiento de Calidad para la Realización de Auditorías Internas	PC DIFEM DG 03	1	14-08-20	X	
28	Procedimiento de Calidad para Acciones Correctivas	PC DIFEM DG 04	1	14-08-20	X	
29	Procedimiento de Calidad para el Registro de Salidas No Conformes	PC DIFEM DG 05	1	14-08-20	X	

LISTA MAESTRA DE DOCUMENTOS

FO/SGC/200C01010000000/407/2019

Unidad Administrativa: Unidad de Calidad y Tecnologías de Información.

Fecha de Elaboración: 20/10/20

LIC. ALEJANDRA GUADALUPE RELLO RODARTE
Titular de la Unidad de Calidad y Tecnologías de Información y
Representante del Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM

LISTA MAESTRA DE REGISTROS

Unidad Administrativa: Unidad de Calidad y Tecnologías de Información.

FO/SGC/200C01010000000/408/2019

No.	Nombre del Registro	Tipo de Registro		Almacenamiento	Tiempo de Retención	Disposición Final
		Impreso	Electrónico			
1	Lista Maestra de Documentos	X	X	Carpeta	3 años	Archivo de Concentración
2	Lista Maestra de Registros	X	X	Carpeta	3 años	Archivo de Concentración
3	Hoja de Actualizaciones	X	X	Carpeta	3 años	Archivo de Concentración
4	Lista de Copias Controladas	X	X	Carpeta	3 años	Archivo de Concentración
5	Invitación a Reunión	X	X	Carpeta	3 años	Archivo de Concentración
6	Orden del Día	X	X	Carpeta	3 años	Archivo de Concentración
7	Lista de Asistencia	X	X	Carpeta	3 años	Archivo de Concentración
8	Minuta de Reunión de Revisión y Evaluación por la Dirección	X	X	Carpeta	3 años	Archivo de Concentración
9	Programa Anual de Auditorías	X	X	Carpeta	3 años	Archivo de Concentración
10	Lista de Asistencia a la Apertura y Cierre de Auditoría	X	X	Carpeta	3 años	Archivo de Concentración
11	Informe de Auditoría	X	X	Carpeta	Evaluación de Auditores	Archivo de Concentración
12	Registro de Salidas No Conformes	X	X	Carpeta	3 años	Archivo de Concentración
13	Plan de Acciones Correctivas	X	X	Requisición de Acción Correctiva	3 años	Archivo de Concentración

Fecha de Elaboración: 20/10/20

LIC. ALEJANDRA GUADALUPE RELLO RODARTE
Titular de la Unidad de Calidad y Tecnologías de Información y
Representante del Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM

FO/SGC/200C01010000000/409/2018

HOJA DE ACTUALIZACIONES

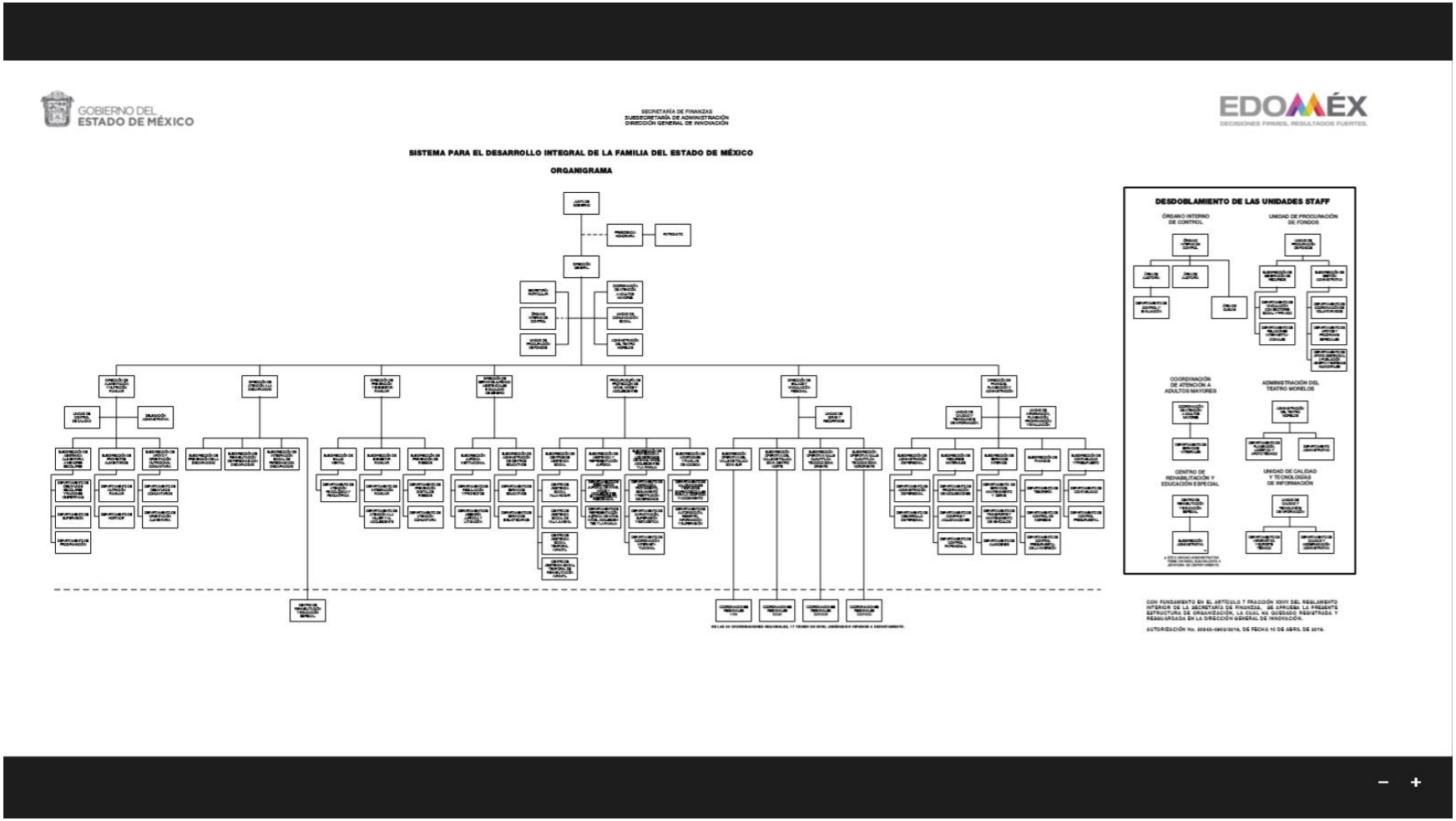
Unidad Administrativa: Unidad de Calidad y Tecnologías de Información

No.	Nombre del Documento	Código	Página (s)	Descripción de la Modificación	Versión	Fecha de Revisión
1	Manual de Calidad	MC DIFEM 01	Todas	Se rediseño nuevo alcance en el SGC	1	14-08-20
2	Procedimiento de Calidad para la Elaboración y Control de Documentos	PC DIFEM DG 01	Todas	Se rediseño nuevo alcance en el SGC	1	14-08-20
3	Procedimiento de Calidad para el Control de Registros	PC DIFEM DG 02	Todas	Se rediseño nuevo alcance en el SGC	1	14-08-20
4	Procedimiento de Calidad para la Realización de Auditorías Internas	PC DIFEM DG 03	Todas	Se rediseño nuevo alcance en el SGC	1	14-08-20
5	Procedimiento de Calidad para Acciones Correctivas	PC DIFEM DG 04	Todas	Se rediseño nuevo alcance en el SGC	1	14-08-20
6	Procedimiento de Calidad para el Registro de Salidas No Conformes	PC DIFEM DG 05	Todas	Se rediseño nuevo alcance en el SGC	1	14-08-20
7	Procedimiento de Calidad para la Mejora Continua	PC DIFEM DG 06	Todas	Se rediseño nuevo alcance en el SGC	1	14-08-20

Fecha de Elaboración: 20-10-20

LIC. ALEJANDRA GUADALUPE RELLO RODARTE
Titular de la Unidad de Calidad y Tecnologías de Información
y Representante del Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO	**ORGANIGRAMA** **ANEXO A**	DIF EDOMÉX / EDOMÉX DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.



Elaboró y Autorizó: Lic. Alejandra Guadalupe Rello Rodarte Representante del Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM	Versión: 1 Fecha de Revisión: 20-10-20

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO	**MATRIZ DE CONTROL DE RIEGOS** **ANEXO B**	DIF EDOMÉX | EDOMÉX DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.

Proceso	Meta	Riesgo	Medida Preventiva	Medida de Contención	Acciones Correctivas	Evidencia
Manual de Calidad	Eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad en el DIFEM	Falta de involucramiento del personal de todos los niveles inmerso en el S.G.C. Cambios por disposiciones Administrativas	Guía de Inducción al S.G.C. Informe formal de la disposición que aplica el cambio	Reunión Extraordinaria del Comité de Calidad del DIFEM Reunión con los Integrantes de los Equipos de Mejora	Extrañamiento del incumplimiento Aplicación en el documental	Documentación que se genere como registro de la acción. Documento Generado
Adopciones (ANEXO 1)	Entregar en Adopción a Niñas, Niños y/o Adolescentes	No exista empatía de la Niña, Niño y/o Adolescente con los solicitantes y sean reintegrados al Centro de Asistencia Social	Fomentar y/o reforzar la preparación, compromiso y cumplimiento del Proceso Terapéutico en los solicitantes con respecto al Proceso de Adopción	Entrega de Constancia Terapéutica de los solicitantes sobre el avance detallado en número de sesiones y temáticas abordadas.	Tarjeta Informativa para solicitar la Baja de los solicitantes del Proceso de Adopción	Oficio de Baja de los solicitantes del Proceso de Adopción

Fecha de Elaboración: 20/10/20

LIC. ALEJANDRA GUADALUPE RELLO RODARTE
Titular de la Unidad de Calidad y Tecnologías de Información y Representante del Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM

Elaboró y Autorizó: Lic. Alejandra Guadalupe Rello Rodarte **Representante del Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM**	Versión: 1 Fecha de Revisión: 14-08-20

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO	**MATRIZ DE COMUNICACIÓN** **ANEXO C**	DIF EDOMÉX | EDOMÉX DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.

Código	Título del Mensaje	Responsable de la Información	Partes Interesadas	Canal de Comunicación	Forma de Comunicación	Periodicidad
MC DIFEM 01	Manual de Calidad	Representante de la Alta Dirección	Titulares de Unidades Administrativas (SGC)	Entrega Personal	Documento Impreso FO/SGC/200C01010000000/409/2021	Variable (Cuando se presenten cambios en el MC DIFEM 01)
FO/SGC/200C01010000000/411/2019	Orden del Día	Representante de la Alta Dirección	Integrantes del Comité de Calidad	Entrega Personal	Documento Impreso	Anual
FO/SGC/200C01010000000/413/2019	Minuta de Reunión de Revisión y Evaluación por la Dirección	Representante de la Alta Dirección	Integrantes del Comité de Calidad	Reunión de trabajo con Comité de Calidad	Documento Impreso	Anual
FO/SGC/200C01010000000/414/2019	Programa Anual de Auditorias	Representante de la Alta Dirección	Integrantes del Comité de Calidad	Reunión del Comité de Calidad	Documento Impreso	Anual
FO/SGC/200C01010000000/418/2019	Informe de Auditoría	Representante de la Alta Dirección	Integrantes del Comité de Calidad	Reunión del Comité de Calidad	Documento Impreso	Mínimo una vez al año
FO/SGC/200C01010000000/420/2019 **Anexo B**	Plan de Acciones Correctivas Matriz de Riesgos del SGC	Direcciones de Área involucradas a Procesos Certificados y Alta Dirección	Integrantes de Equipos de Mejora	Reunión con Equipos de Mejora	Documento Impreso	Variable (Cuando se requiera reunión con Equipos de Mejora)
FO/SGC/200C01010000000/42/2019	Minuta de Reunión de Equipo de Mejora	Direcciones de Área involucradas a Procesos Certificados	Integrantes de Equipos de Mejora y Alta Dirección	Entrega Personal	Documento Impreso	Variable (Cuando se requiera reunión con Equipos de

Elaboró y Autorizó: Lic. Alejandra Guadalupe Rello Rodarte **Representante del Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM**	Versión: 1 Fecha de Revisión: 14-08-20

Código	Título del Mensaje	Responsable de la Información	Partes Interesadas	Canal de Comunicación	Forma de Comunicación	Periodicidad
						Mejora)
Anexos 1	Proceso Certificados ISO 9001:2015 Procedimientos, Instructivos y Formatos	Direcciones de Área involucradas a Procesos Certificados	Direcciones de Área involucradas a Procesos Certificados y Alta Dirección	Entrega Personal Vía Correo Electrónico	Documento Impreso Correo Electrónico	Variable (Cuando se presenten cambios al interior del proceso Permanente
FO/SGC/200C01010000000/407/2019	Lista Maestra de Documentos	Direcciones de Área involucradas a Procesos Certificados y Líderes de Procesos Certificados	Integrantes de Equipos de Mejora y Alta Dirección	Entrega Personal	Minuta de Reunión de Equipo de Mejora FO/SGC/200C01010000000/421/2019	Variable (Cuando se presenten cambios en el proceso
FO/SGC/200C01010000000/408/2019	Lista Maestra de Registros	Direcciones de Área involucradas a Procesos Certificados y Líderes de Procesos Certificados	Integrantes de Equipos de Mejora y Alta Dirección	Entrega Personal	Minuta de Reunión de Equipo de Mejora FO/SGC/200C01010000000/421/2019	Variable (Cuando se presenten cambios en el proceso
FO/SGC/200C01010000000/409/2019	Hoja de Actualizaciones	Direcciones de Área involucradas a Procesos Certificados y Líderes de Procesos Certificados	Integrantes de Equipos de Mejora y Alta Dirección	Entrega Personal	Minuta de Reunión de Equipo de Mejora por proceso	Variable (Cuando se presenten cambios en el proceso

Elaboró y Autorizó:	Versión: 1
Lic. Alejandra Guadalupe Rello Rodarte **Representante del Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM**	Fecha de Revisión: 14-08-20

Código	Título del Mensaje	Responsable de la Información	Partes Interesadas	Canal de Comunicación	Forma de Comunicación	Periodicidad
FO/SGC/200C01010000000/410/2019	Lista de Copias Controladas	Alta Dirección	Direcciones de Área involucradas a Procesos Certificados y Alta Dirección	Entrega Personal	Documento Impreso	Variable (Cuando se presenten cambios en el proceso
Formato Libre	Oficios Internos	Dirección General. Direcciones de Área, Subdirecciones y Jefaturas de Departamento	Dirección General. Direcciones de Área, Subdirecciones y Jefaturas de Departamento	Entrega Personal	Documento Escrito	Variable
Formato Libre	Correo Electrónico	Áreas Internas y Externas	Personal involucrado (cuentas de correo electrónico)	Internet	Comunicación formal vía Electrónica	Variable
FO/SGC/200C01010000000/423/2019	Tabla de Requisitos del Servicio	Direcciones de Área involucradas a Procesos Certificados y Líderes de Procesos Certificados	Integrantes de Equipos de Mejora y Alta Dirección	Entrega Personal	Documento Impreso	Variable (Cuando se presenten cambios en el proceso

Elaboró y Autorizó:	Versión: 1
Lic. Alejandra Guadalupe Rello Rodarte **Representante del Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM**	Fecha de Revisión: 14-08-20

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO	**MATRIZ DE COMUNICACIÓN** **ANEXO C**	DIF EDOMÉX | EDOMÉX DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.

Código	Título del Mensaje	Responsable de la Información	Partes Interesadas	Canal de Comunicación	Forma de Comunicación	Periodicidad

Fecha de Elaboración: 20/10/20

LIC. ALEJANDRA GUADALUPE RELLO RODARTE
Titular de la Unidad de Calidad y Tecnologías de Información y
Representante del Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM

Elaboró y Autorizó: Lic. Alejandra Guadalupe Rello Rodarte **Representante del Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM**	Versión: 1 Fecha de Revisión: 14-08-20

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO	**MATRIZ DE PARTES INTERESADAS** **ANEXO D**	DIF EDOMÉX | EDOMÉX DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.

Documental	Responsable de la Información	Partes Interesadas	Requisitos de las partes Interesadas	Necesidades, Expectativas y Requisitos	Factores Internos	Factores Externos
Manual de Calidad	Alta Dirección Comité de Calidad	Titular del Proceso certificado **Proveedores Internos.** (Subdirecciones de Finanzas, Contabilidad y Presupuesto, Administración de Personal, Servicios Internos y de Recursos Materiales.	Reunión de Evaluación y Revisión de la Alta Dirección Documental Generado por Solicitud Escrita	Resultados de Auditoria, Seguimiento y Medición de los Procesos certificados, Satisfacción del Cliente, Acciones Correctivas, Mejora Continua y Control de Riesgos Programa Anual de Presupuesto Programa Anual de Capacitación Catálogo de Puestos	Involucramientos de todas las partes interesadas Presupuesto autorizado Competencia del Personal	Disposiciones Gubernamentales Distintas referente a la Asistencia Social Inexistencia del Recurso

Elaboró y Autorizó:	Versión:
Lic. Alejandra Guadalupe Rello Rodarte Representante del Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM	1
	Fecha de Revisión: 14-08-20

Documental	Responsable de la Información	Partes Interesadas	Requisitos de las partes Interesadas	Necesidades, Expectativas y Requisitos	Factores Internos	Factores Externos
		Contraloría Interna **Proveedores Externos** Cliente/Usuarios de los Servicios.	Ordenes de Servicios Existencia de quejas y denuncias, sugerencias y reconocimientos Solicitud del servicio Requisitos establecidos en las bases de	Adquisiciones de Bienes y/o Servicios Requisitos establecidos por los proveedores internos Atención y seguimiento Requisitos establecidos en cada proceso Contrato o pedido	Procesos adquisitivos Aprobados Aprobación del servicio Documental aprobado como evidencia Cumplimiento de los requisitos Cumplimiento a la Normatividad	Inexistencia de prueba Reformas Legislativas

Elaboró y Autorizó:	Versión: 1
Lic. Alejandra Guadalupe Rello Rodarte Representante del Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM	Fecha de Revisión: 14-08-20

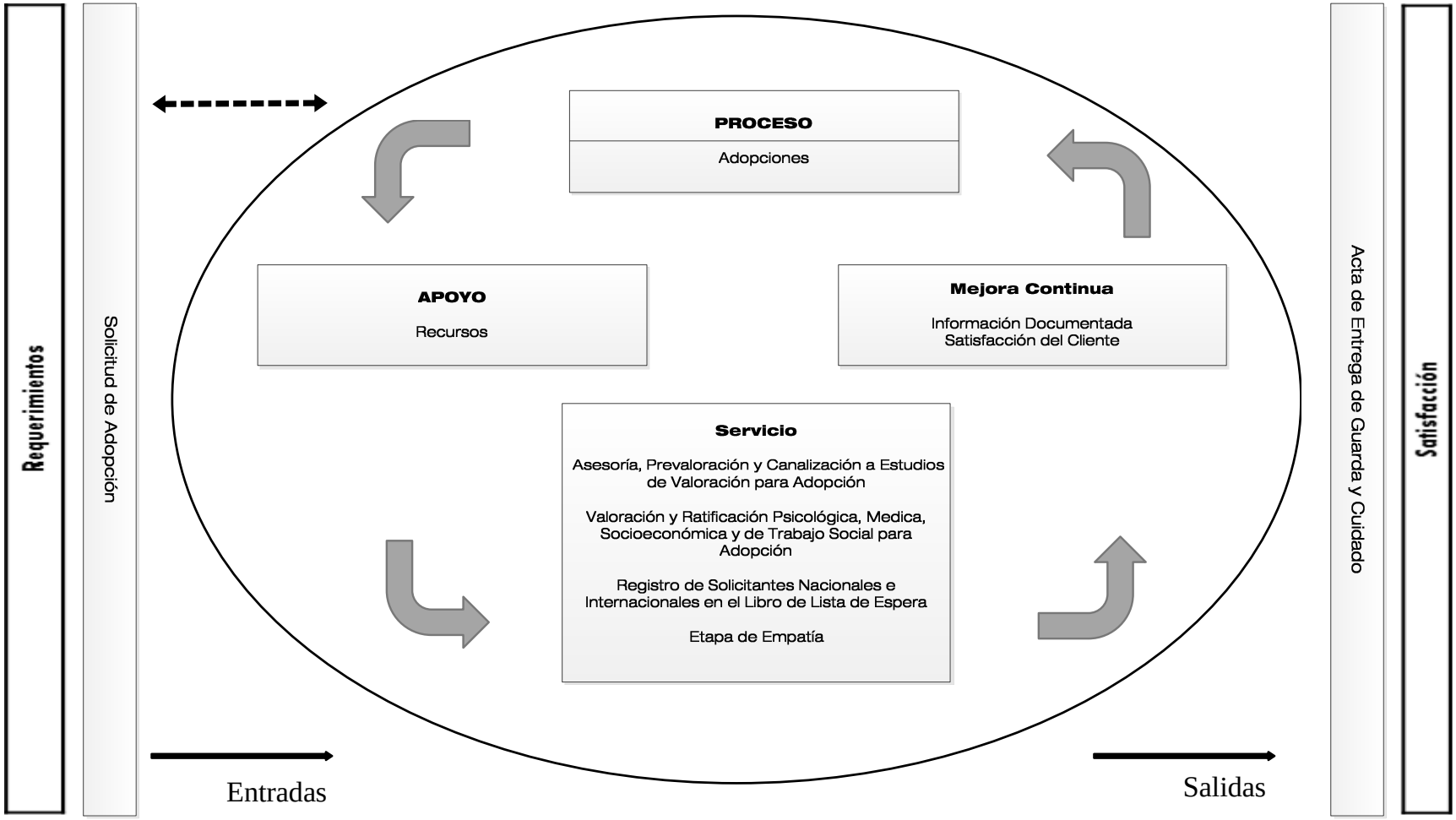
Documental	Responsable de la Información	Partes Interesadas	Requisitos de las partes Interesadas	Necesidades, Expectativas y Requisitos	Factores Internos	Factores Externos
			adquisiciones Requisitos del Servicio Solicitado especificado en cada proceso.	Otorgamiento del Servicio		
Proceso Certificado ISO 9001:2015 Procedimientos, Instructivos y Formatos	Direccionó Equivalente involucrada a Procesos Certificados	Alta Dirección Direcciones de Área involucradas a Procesos Certificados y Auditores Internos	Reunión de Revisión de la Alta Dirección Auditorías Internas	Evidencia Documental Impreso de los procesos (Seguimiento y medición, acciones correctivas y mejora continua)		

Fecha de Elaboración: 20/10/20

LIC. ALEJANDRA GUADALUPE RELLO RODARTE
Titular de la Unidad de Calidad y Tecnologías de Información y
Representante del Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM

Elaboró y Autorizó:	Versión:
	1
Lic. Alejandra Guadalupe Rello Rodarte Representante del Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM	Fecha de Revisión: 14-08-20

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO	**MATRIZ DE INTERACCIÓN DE PROCESOS** **ANEXO E**	DIF EDOMÉX | EDOMÉX DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.



Elaboró y Autorizó: Lic. Alejandra Guadalupe Rello Rodarte **Representante del Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM**	Versión: 1 Fecha de Revisión: 20-10-20

Introducción:

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM) es un organismo público descentralizado del Gobierno del Estado de México con personalidad jurídica y patrimonio propios, como lo dispone en su artículo 14 la Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios, publicada en la Gaceta del Gobierno el día 7 de septiembre de 2010.
De acuerdo con lo establecido en el Artículo 16 de esa Ley, al DIFEM le corresponde la protección de la infancia, la integración y asistencia de la familia, así como la asistencia social.

Para desarrollar las atribuciones conferidas en dicho ordenamiento legal el DIFEM cuenta con una estructura orgánica, la cual se describe en el (Anexo A).

0.1 Antecedentes Históricos

La preocupación del sector público por proteger y asistir en forma institucionalizada a la mujer, al niño y a la familia, surgió en el Estado de México en el último cuarto del siglo XIX, al crearse un organismo mixto denominado Patronato de Beneficencia.

El 5 de febrero de 1871 y el 28 de abril de 1872 se crearon el Asilo para Menores Huérfanos y el Hospicio para Pobres, respectivamente.

El 5 de abril de 1904 se inauguró oficialmente la Estancia Infantil Gota de Leche, brindando atención médica gratuita y el suministro de los medicamentos requeridos. Esta institución benefactora fue sostenida durante muchos años por la iniciativa privada.

En 1936 dio inicio la labor de proteger y educar al sector femenino de escasos recursos con el establecimiento de la Escuela Técnica.

La atención al menor, a la mujer y a la familia en el Estado quedó formalmente establecida en 1954, cuando la Legislatura Local promulgó el decreto por el cual se aprobó el Código de Protección a la Infancia por el Estado de México, primer acontecimiento jurídico en su tipo a nivel nacional y el segundo en América Latina.

De 1957 a 1963, siendo el Instituto de Protección a la Infancia del Estado de México (IPIEM), se consolidaron las acciones a favor de la mujer y especialmente para la educación de los niños. No obstante, fue hasta 1968, cuando se estableció la Ley Protectora de la Infancia y la Integración Familiar.

El 31 de marzo de 1975 se aprobó la nueva Ley de Asistencia a la Niñez y de Integración Familiar, dos años después, el IPIEM se transformó en el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del

Estado de México (DIFEM) y al año siguiente, se llevó a cabo la instalación de Centros para el Desarrollo Infantil y de Desarrollo para la Comunidad.

El 15 de septiembre, de ese mismo año, en colaboración tripartita del Sistema Nacional DIF, la Secretaría de Educación Pública y el DIFEM, se inaugura el Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Toluca (CREE), con el propósito de brindar atención médica y paramédica especializada a personas con discapacidad temporal o permanente.

En 1981, se crearon los Albergues Temporal de Rehabilitación Infantil y Familiar, se extendió la instalación de Casas de Cultura y se inauguró la Unidad de Salud Mental en las instalaciones actuales de la Clínica de Salud Mental, que en 1985 cambió de nombre por “Clínica de Psicoterapia Familiar”, con el objeto de proporcionar atención integral en salud mental dirigida de manera fundamental a la familia, finalmente, en el año 2001 adquirió el nombre actual de Clínica de Salud Mental “Ramón de la Fuente”. De igual forma se estableció la conformación legal de los Sistemas Municipales DIF, acciones consolidadas de 1986 a 1987.

El 31 de diciembre de 1986 se aprobó la Ley de Asistencia Social del Estado de México, ordenamiento jurídico que rige actualmente la actividad de nuestra institución.

En 1991 inició la remodelación del Hospital de Ginecología y Obstetricia el cual logró en 1994 el reconocimiento del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia como Hospital Amigo del Niño y de la Madre.

De 1993 a 1995, con la participación ciudadana se constituyó la Junta de Asistencia Privada y el Patronato del DIFEM; se llevó a cabo la construcción de parques recreativos de integración familiar en diversas comunidades, se remodeló el Albergue Temporal Infantil y se instaló la Comisión Coordinadora Estatal del Programa de Alimentación y Nutrición Familiar.

Asimismo, se establecieron las Agencias del Ministerio Público Especializadas, la Clínica de Prevención del Maltrato, 16 delegaciones regionales de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia y catorce Coordinaciones Regionales. Además, se promovió la descentralización de los Sistemas Municipales DIF, a fin de constituirlos en organismos públicos con personalidad jurídica y patrimonio propios, logro alcanzado en 1995.

En el año 2002, fueron transferidas las Unidades Hospitalarias del DIFEM al recientemente creado Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM), conservando las funciones derivadas de la asistencia social. En ese mismo año, se creó la Coordinación de Atención a los Adultos Mayores y Pueblos Indígenas para brindar una atención integral a estos sectores de la población.

El DIFEM ha instrumentado diversos programas de asistencia social a fin de contribuir en el bienestar de niños, mujeres, jóvenes, personas mayores y personas con discapacidad en estado de vulnerabilidad, bajo la premisa de que las diferencias geográficas, étnicas, físicas, políticas, sociales y culturales de la entidad, converjan en el principio universal de la dignidad humana.

El 7 de septiembre de 2010 se publicó en la "Gaceta del Gobierno" del Estado de México el decreto número 156 mediante el cual se expide la Ley de Asistencia Social del Estado de México y Municipios que abroga la Ley de Asistencia Social del Estado de México publicada el 31 de diciembre de 1986.

El 7 de mayo de 2015 el Estado de México, publicó la Ley donde se desprende la creación de Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, la cual regirá el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas públicas bajo los principios de interés superior de la niñez, universalidad, interdependencia, indivisibilidad, progresividad e integralidad, la igualdad, no discriminación, inclusión, el derecho a la vida, supervivencia y desarrollo, participación, interculturalidad, corresponsabilidad de los miembros de la familia, la sociedad y las autoridades, la transversalidad en la legislación, políticas públicas, actividades administrativas, económicas y culturales, la autonomía progresiva, el principio pro-persona, el acceso a una vida libre de violencia, la accesibilidad.

Es por ello que el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, ha sido necesario modificar su estructura de organización, con el propósito de incorporar a la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, quien se encargara de brindar protección integral y restituir los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

Principios de la Gestión de la Calidad

Los principios de la gestión de la calidad descritos en la Norma ISO 9000 incluyen una declaración de estos principios y son una parte importante para el DIFEM, los cuales se enuncian:

- Enfoque al cliente;
- Liderazgo;
- Compromiso de las personas;
- Enfoque a procesos;
- Mejora;
- Toma de decisiones basada en la evidencia;
- Gestión de la relaciones.

Enfoque basado en procesos

El desarrollo e implantación del Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM está basado en un modelo orientado a procesos que incorpora el ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA) y el pensamiento basado en riesgos.

Se identifica, determina y garantiza el cumplimiento de la satisfacción de los requisitos del cliente (para el DIFEM se relaciona con los conceptos de "beneficiario" o "solicitante" entendido como la persona u organización que recibe los servicios ofrecidos por este Organismo), así como los legales y los reglamentarios aplicables al producto (identificado por el personal como "bien o servicio"), y los propios del Organismo.

Compatibilidad con Otros Sistemas de Gestión

No constituye el propósito de este Manual, por su objetivo y alcance, hacerlo compatible con ningún sistema de gestión ambiental, gestión de la seguridad, salud ocupacional, gestión financiera.

Autorización

Este manual entra en vigor a partir del día 7 de octubre de 2020, a través de su autorización por parte de la Representante de la Alta Dirección por Designación del Titular de la Dirección General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

Lic. Alejandra Guadalupe Rello Rodarte
Representante del Sistema de Gestión
de la Calidad del DIFEM.

1 Alcance

El presente manual tiene por objeto establecer y difundir la política, los objetivos y lineamientos bajo los cuales opera el Sistema de Gestión de la Calidad en el DIFEM (S.G.C.) con el propósito de proporcionar regularmente bienes y/o servicios que satisfagan los requisitos, necesidades y expectativas de los clientes, así como los legales y reglamentarios aplicables.

Este Manual aplica al personal directamente involucrado en el Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM el cual contempla los procesos de (Anexos del 1) y a las partes interesadas que se encuentran documentados en cada sitio y Anexo C Matriz de Comunicación y Matriz de Partes Interesadas Anexo D:

1. Adopciones. (Anexo 1)

Las actividades que realice el personal que no tengan relación con los procesos del SGC quedan excluidas del alcance del mismo.

PARTES INTERESADAS:

- Titulares de las Direcciones Involucradas (Dueños de Procesos del SGC) y los que en ella intervienen.

Proveedores Internos. (Ver punto 7.0)

- Subdirecciones de Finanzas, Contabilidad y Presupuesto
- Administración de Personal
- Subdirección Servicios Internos
- Subdirección de Recursos Materiales
- Departamento de Informática y Soporte Técnico.
- Contraloría Interna

Proveedores Externos

- Cliente/Usuarios de los Servicios.
- Proveedores de Bienes y Servicios

1.2 Objeto y Campo de Aplicación

El presente manual es de aplicación estricta para el personal de la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes y de la Dirección de Finanzas, Planeación, y Administración que participan en los procesos certificados bajo la norma ISO 9001:2015.

2 Referencias Normativas

Este manual así como los procesos y procedimientos del Sistema de Gestión de la Calidad han sido fundamentados en las normas:

a) ISO 9000:2005 o su equivalente mexicana NMX-CC-9000-IMNC-2008 Sistemas de Gestión de la Calidad.- Fundamentos y Vocabulario.

b) ISO 9001:2015 o su equivalente mexicana NMX-CC-9001-IMNC-2008 Sistemas de Gestión de la Calidad - Requisitos.

c) ISO 9004:2009 o su equivalente mexicana NMX-CC-9004-IMNC-2009 Gestión para el éxito sostenido de una organización- Un enfoque basado en la gestión de la calidad.

d) ISO 19011:2011 o su equivalente mexicana NMX-CC-SAA-19011-IMNC-2011 Directrices para la Auditoría de los Sistemas de Gestión de la Calidad y/o Ambiental.

3 Términos y Definiciones

En este Manual se han considerado los términos y definiciones establecidos por la norma ISO 9000:2005 o su equivalente mexicana NMX-CC-9000-IMNC-2008, Sistemas de Gestión de la Calidad -Fundamentos y Vocabulario, además de los establecidos en los documentos de los procesos.

4. Contexto de la Organización
4.1 Conocimiento de la Organización y su contexto

La Dirección General del DIFEM asegura que se establece, documenta, implementa, mantiene y mejora el Sistema de Gestión de la Calidad, de conformidad con los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2015.

Para mantener y mejorar la eficacia del S.G.C. la Dirección General del DIFEM:

a) Determina los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad. (Alcance: Anexo 1).

b) Determina la secuencia e interacción de estos procesos en el S.G.C. (Anexo E).
c) Determina los criterios y los métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces (véase punto 8.1).
d) Asegura la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos (véase punto 7)
e) Realiza el seguimiento, la medición cuando sea aplicable y el análisis de estos procesos (véase punto 9.3.2)
f) Verifica las acciones correctivas implantadas por cada uno de los procesos para alcanzar los resultados planificados y la mejora de los mismos. (véase punto 10).

4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas

Para asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia continua del S.G.C. la Alta Dirección mantiene registros de las revisiones efectuadas al S.G.C. las cuales se llevan a cabo de forma anual y si lo requiere el sistema cada seis meses.

4.3 Determinación del alcance del Sistema de Gestión de Calidad

Este manual contempla en el alcance del S.G.C. política y objetivos de calidad, además de las justificaciones a las aplicaciones a la norma ISO 9001:2015 identificadas para cada proceso.

Asimismo, incluye los Anexos A, B, C, D y E documentados y establecidos para el SGC:

Las Tablas de Identificación de Procesos, Requisitos del Servicio, Objetivos y Planificación para lograrlos, Planes de Calidad, Procedimientos, Instructivos de Trabajo, Formatos e Instructivos de Llenado, y demás documentos de cada uno de los procesos que se relacionan en la Lista Maestra de Documentos **FO/SGC/200C01010000000/407/2019** para cada proceso.

No existe interacción directa entre los procesos inmersos en el Sistema de Gestión de la Calidad, (Anexo 1) ya que cada uno de ellos es independiente de los demás, sin embargo, su interacción con los procedimientos documentados y de apoyo de la organización, se describen en el Anexo E.

Aplicación a la Norma:

El presente manual determina para todos los procesos objeto de su alcance la no aplicación del punto 8.3, referente al diseño y desarrollo de productos y servicios; en virtud de que para la prestación de los productos y servicios de asistencia social no se hacen especificaciones individuales por usuario o solicitante.

La prestación de los servicios se basa en leyes, reglamentos, lineamientos o reglas de operación que respaldan la operación de los programas de asistencia social.

4.4 Sistema de Gestión de la Calidad y sus Procesos

La Alta Dirección en coordinación con los dueños de procesos certificados determinan los requisitos y criterios de aceptación para la prestación del servicio asegurándose de:

a) Determinar sus entradas y salidas esperadas.
b) Criterios de medición.
c) Disponibilidad de los recursos.
d) Determinan los riesgos y oportunidades (Matriz de Riesgos en el Sistema de Gestión de la Calidad Anexo B).
e) Evaluación de los procesos para lograr los resultados previstos.
f) Acciones Correctivas.
g) Mejora Continua

5. Liderazgo:

5.1 Liderazgo y Compromiso

5.1.1 Liderazgo y compromiso para el sistema de gestión de la calidad

El liderazgo y compromiso de la Alta Dirección, entendida como las personas que toman decisiones en el DIFEM con respecto al S.G.C. se encuentra declarado en la Política de Calidad.
Para evidenciar su compromiso con el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, así como la mejora continua de su eficacia, llevan a cabo las siguientes acciones:

a) Asumen la responsabilidad y obligación de rendir cuentas en relación a la eficacia del S.G.C.

b) Definen, establecen y difunden la Política de Calidad y los Objetivos de Calidad y que estos sean compatibles con el contexto y dirección estratégica del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

c) Aseguran la Integración de los requisitos del S.G.C. En los procesos alcance referido en el (punto 1).

d) Promueven el pensamiento del uso de enfoque de procesos y pensamiento basado en riesgos.

e) Aseguran que los recursos se encuentren disponibles en el S.G.C.

La Alta Dirección y cada Dueño de Proceso mantienen registros que proporcionan evidencia de este compromiso, documentación que se encuentra in sito

5.1.2. Enfoque al Cliente

La Alta Dirección debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al enfoque al cliente para asegurarse que:

a) Se determina, comprende y cumple regularmente los requisitos del cliente, los legales y reglamentarios aplicables y cualquier otro adicional que el organismo considere necesario, se determinan y se cumplen en cada proceso.
b) Se determinan y consideran los riesgos y oportunidades que puedan afectar la conformidad de los servicios y su capacidad de aumentar la satisfacción del cliente.
c) Se Mantiene la satisfacción del cliente.

5.2 Política de la Calidad

Misión del DIFEM

La Alta Dirección define y establece la misión del DIFEM, como medio para asegurar que el personal adscrito conozca cuál es la razón de ser del organismo; y se establezca un compromiso para el mejor desempeño de la misma.

Consolidar el otorgamiento de la asistencia social, con los niveles óptimos de calidad, en las acciones dirigidas a los grupos más vulnerables en la entidad, mediante una decisiva transformación institucional.

Visión del DIFEM

En la visión definimos cómo queremos ser en un futuro, en concordancia con las necesidades y expectativas de nuestros clientes sobre los servicios otorgados en la institución, por ello nuestra visión es:

Ser reconocida como la mejor institución de asistencia social que con sensibilidad y empeño identifique y atienda las necesidades de los mexiquenses más vulnerables mediante los valores de la familia y el respeto pleno a la dignidad.

Política de Calidad

El DIFEM ha establecido su Política de Calidad conforme a los objetivos institucionales; a través del personal que participa en el S.G.C. se asegura que ésta es adecuada a la misión, visión y valores del Organismo, por lo que la define como:

Consolidar la asistencia social en el Estado de México, con niveles óptimos de calidad, mediante la mejora continua de las acciones de apoyo a los grupos más vulnerables que satisfagan sus necesidades y contribuyan al incremento de los niveles de bienestar e integración familiar.

La política de calidad es el marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de calidad, misma que se analiza de manera periódica para garantizar su conformidad con los propósitos de la organización y sus atribuciones legales y reglamentarias. Esta política se encuentra disponible para las partes interesadas y es comunicada al personal involucrado en el SGC para su entendimiento y aplicación en las operaciones cotidianas.

Objetivos de Calidad

El DIFEM se asegura de que los objetivos de calidad, incluyendo aquellos necesarios para cumplir los requisitos de los servicios otorgados, se establecen en las funciones y niveles pertinentes de la organización. Dichos objetivos son medibles y coherentes con la Política de Calidad.

Los objetivos del Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM son:

1. **Mejorar las acciones de entrega de apoyos asistenciales y servicios a grupos vulnerables para satisfacer sus necesidades y requerimientos.**

2. **Contribuir en el incremento de los niveles de bienestar e integración familiar de los solicitantes/beneficiarios de los bienes y servicios otorgados por el Organismo.**

5.3 Roles, responsabilidad y autoridades en la organización

La responsabilidad y autoridad de la Alta Dirección es asegurar el cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:21015:

a) Se asegura que se establezcan, implementen y mantengan los procesos necesarios para el SGC;

b) Se asegura que los procesos generen las salidas previstas sobre el desempeño del S.G.C. y las necesidades de mejora;
c) Se asegura de promover la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles del DIFEM;
d) Se asegura que los o las responsables del o los Procesos deban informar, en particular a la Alta Dirección sobre el desempeño y oportunidades de mejora en cada proceso que corresponda.
e) Garantiza la integridad del S.G.C., cuando se planifiquen e implementen cambios en el S.G.C.

6. Planificación

La planificación de los procesos del S.G.C. del DIFEM se define en los planes de la calidad (Anexo 1) que se encuentran en cada sitio, con el fin de cumplir los requisitos señalados en el apartado 4.4 y el objetivo de calidad.

Cuando se implementan cambios al S.G.C., se realizan de forma planificada, designando responsabilidades, asegurando la asignación de recursos e información, con lo que se mantiene la integridad de éste.

6.1 Acciones para tratar riesgos y oportunidades

El DIFEM a través de la Alta Dirección considera las cuestiones referidas en el punto 4.1 y 4.2 elementos que permiten determinar los riesgos y oportunidades, asegurar los resultados previstos, aumentar los efectos deseables y así lograr la mejora en cada uno de los procesos alcance de este SGC. (Anexo B).

Para eliminar las causas de las no conformidades potenciales, se definen acciones apropiadas para prevenir su ocurrencia:

a) Determinación de la conformidad del servicio;
b) Evaluación de la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades;
c) La determinación e implementación de acciones;

El registro y revisión de las acciones correctivas adoptadas para evaluar su eficacia de los resultados de las acciones tomadas se identifican in sito del proceso certificado.

6.2 Objetivos de Calidad y Planificación para Lograrlos

Los procesos definen sus objetivos de calidad los cuales deben ser: coherentes, medibles, aplicables, pertinentes, ser objeto de seguimiento; comunicarse y actualizarse, según corresponda Ver in sito **(Tabla de Objetivos de Calidad FO/SGC/200C01010000000/424/2019.**

6.3 Planificación de los Cambios

La Alta Dirección deberá garantizar la integridad del S.G.C., y cuando sea necesario determinar los cambios de manera planificada, debe mantener la información documentada en la extensión de sus procesos para generar confianza y se lleven a cabo como han sido planificados. (**ver punto 4.4, (**Anexo 1**).**

7. Apoyo

7.1 Recursos

7.1.1 General

7.1 Recursos

7.1.1 General

La Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes garantiza que los recursos humanos, materiales y financieros requeridos para satisfacer a sus clientes, de conformidad al presupuesto autorizado y procedimientos específicos de las partes interesadas como proveedores internos del SGC, las Subdirecciones de Finanzas, Contabilidad y Presupuesto, en materia de presupuesto autorizado, la Subdirección de Administración de Personal en materia de desarrollo en la competencia del servicio (perfiles de puestos y documentos que den evidencia de la formación y capacitación), Servicios Internos (mantenimiento a la infraestructura) y la Subdirección de Recursos Materiales en materia de adquisición de bienes y servicios.

Recursos Materiales:

Se deberá ingresar oficio para solicitud de estudio de mercado, indicando las especificaciones y características técnicas detalladas de los bienes o servicios requeridos para el otorgamiento del servicio, y la requisición en el formato de Solicitud de Adquisiciones.

7.1.2 Personal

El personal que se encuentra involucrado en los procesos debe ser competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia requeridas en conformidad con los requisitos del servicio, lo cual se asegura mediante las acciones y procedimientos que realiza la Subdirección de Administración de Personal.

Por lo que se han definido los perfiles de puestos requeridos para el personal que realice trabajos que afecten a la conformidad con los requisitos del producto, con base en el análisis de éstos perfiles los titulares de las áreas determinan si el personal a su cargo es competente, en caso de que no lo sea solicitan a la Subdirección de Personal se lleve a cabo la capacitación correspondiente.

7.1.3 Infraestructura.

El DIFEM determina, proporciona y mantiene la infraestructura básica necesaria para asegurar la conformidad de sus servicios, da mantenimiento preventivo y correctivo a los edificios, espacios de trabajo, servicios de trasporte, comunicación o sistemas de información de acuerdo a los procedimientos operativos establecidos.

Se cuenta con hardware, software y los servicios de soporte para llevar a cabo los procesos involucrados en el S.G.C., cuyo mantenimiento preventivo y correctivo se proporciona conforme a los procedimientos operativos establecidos por la Unidad de Calidad y Tecnologías de Información. (Ordenes de Servicio) generadas por el Departamento de Informática y Soporte Técnico así como de servicios generales.

7.1.4 Ambiente para la operación de los procesos.

En el DIFEM se cuenta con procedimientos para determinar las condiciones del ambiente de trabajo así como con los mecanismos para lograr su mejora, los cuales son aplicados por la Subdirección de Administración de Personal y la Subdirección de Servicios Internos.

En el DIFEM existe una Comisión Mixta de Seguridad e Higiene que se asegura de que los inmuebles cuenten con las indicaciones de seguridad correspondientes. (Reglamento de Seguridad e Higiene del DIFEM).

7.1.5 Recursos de Seguimiento y Medición.

Se han determinado las actividades de seguimiento y la medición para cada producto, en su caso se usan equipos y sistemas informáticos cuya capacidad se conforma para satisfacer su aplicación

prevista antes de su utilización; el mantenimiento y validación se realiza de manera regular conforme a las necesidades y posibles afectaciones que puedan sufrir en el tiempo.

7.1.6 Conocimiento Organizacional

La Subdirección de Administración de Personal realiza evaluaciones sobre la competencia, determina las necesidades de capacitación, evalúa la eficacia de las acciones y si es necesario se toman medidas para cubrir posibles diferencias.

Los registros de competencia del personal se encuentran en los expedientes que se conservan en la Subdirección de Administración de Personal y demuestran la educación, capacitación, habilidades, conocimiento y experiencia adecuados al puesto.
La Alta Dirección se asegura de que el personal que participa en el SGC conoce la pertinencia e importancia de sus actividades y la forma en que contribuye al logro de los objetivos de calidad y los recursos que se destinan al desarrollo de sus procesos y que cumplan con el conocimiento adecuado para desarrollar sus tareas, o bien dotar de un conocimiento específico que mejore su desarrollo.

En cada uno de los procesos se identifican las áreas de oportunidad de acrecentar el conocimiento, las cuales deben identificar el conocimiento crítico a gestionar, mantenerlo y hacerlo disponible.

7.4 Comunicación

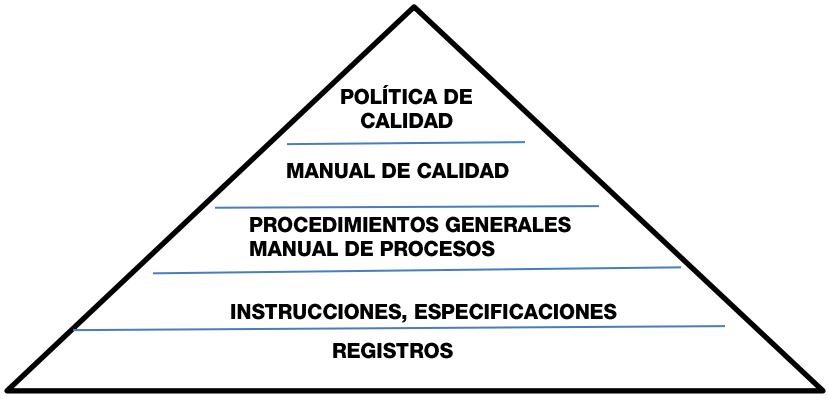
Para asegurar la eficacia del S.G.C., se han definido canales de comunicación los cuales se determinan en una Matriz de Comunicación de Partes Interesadas (Anexo C).

7.5 Información Documentada
7.5.1 General

La documentación del S.G.C. está definida y elaborada con base en las características propias de la organización, la competencia de su personal, la complejidad de los procesos y sus interacciones, e incluye:

- **a)** La política de calidad y los objetivos de calidad. (Véase puntos 5.2)
- **b)** El manual de calidad. (MC DIFEM 01)
- **c)** Registros requeridos por la norma ISO 9001:2015.
- **d)** Los registros que la Dirección General del DIFEM determina que son necesarios para asegurar la eficaz planificación, operación y control de los procesos.
- **e)** Se soporta la evidencia del cumplimiento de los requisitos de la norma y la eficacia del funcionamiento del SGC con los registros que la Alta Dirección y cada proceso genera. (Véase Anexo D, Cumplimiento de la Norma ISO 9001:2015).

La documentación del S.G.C. del DIFEM se encuentra estructurada en cinco niveles:



7.5.2 Creación y Actualización

Se definen los controles necesarios para: aprobar los documentos en cuanto a su adecuación; revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente; asegurar que se identifican los cambios y el estado de la versión vigente de los documentos; asegurar que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso; asegurar que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables; asegurar que los documentos de origen externo, que el organismo determina que son necesarios para la planificación y la operación del S.G.C., se identifican y que se controla su distribución; prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón. **(Lista Maestra de Documentos FO/SGC/200C01010000000/407/2019).**

Control de los Registros

Se definen los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, la retención y la disposición de los registros. **PC DIFEM DG 02**

Estos registros se conservan de manera legible dentro de un entorno adecuado para evitar su deterioro, daño o pérdida. **(Lista Maestra de Registros FO/SGC/200C01010000000/408/2019.**

7.5.3 Control de Información Documentada

En la siguiente tabla se presenta a los responsables de elaborar, actualizar, revisar y aprobar la información documentada del S.G.C. : **PC DIFEM DG 01**

Documento	Elabora/Actualiza	Revisa	Autoriza/Reautoriza
Política de Calidad	Alta Dirección	Unidad de Calidad y Tecnologías de Información	Presidencia/Dirección General
Objetivos de Calidad	Responsables de los Procesos	Unidad de Calidad y Tecnologías de Información	Presidencia/Dirección General
Manual de Calidad	Unidad de Calidad y Tecnologías de Información	Unidad de Calidad y Tecnologías de Información	Representante de la Alta Dirección
Formatos de la Alta Dirección para la Administración del Sistema de Gestión de la Calidad Procedimientos de Calidad del 01 al 06	Unidad de Calidad y Tecnologías de Información	Unidad de Calidad y Tecnologías de Información	Representante de la Alta Dirección
Documentos para la planificación, operación y control de los procesos (anexo 1)	Equipos de Mejora	Responsable del Proceso	Dirección de Área

La Alta Dirección deberá comunicar por escrito al responsable del proceso, que su documento cumple con los requisitos establecidos para su utilización, a su vez el responsable del proceso notificará a los involucrados.

El Responsable del proceso deberá capacitar o actualizar a los involucrados en el uso del documento autorizado.

El Líder del Equipo de Mejora de cada proceso certificado capacitará al personal involucrado en el uso de la documentación.

Los líderes de los equipos de mejora serán responsables de asegurar que los documentos del SGC se encuentren legibles e identificados, incluso los documentos de origen externo, los cuales, en su caso se incorporarán en la Lista Maestra de Documentos **FO/SGC/200C01010000000/407/2019**.

La Alta Dirección revisará que la documentación del S.G.C., que haya sido modificada o generada, se encuentre registrada en la Hoja de Actualizaciones **FO/SGC/200C01010000000/409/2019**.

La Alta Dirección deberá resguardar un ejemplar de las hojas de actualizaciones del SGC Así como los procesos en cada sitio quedarán bajo se resguardo, debiendo de notificar a la Alta Dirección de los cambios generados, conformando un histórico de las modificaciones realizadas.

Antes de autorizar la emisión de un nuevo documento o aprobar su actualización los responsables de revisar, autorizar y reautorizar, se deberán asegurar que aquellos sean acordes a los propósitos del proceso.

Los formatos identificados como **FO/SGC/200C01010000000/**, que sean utilizados dentro de los procesos del S.G.C., deberán incluir al final las leyendas: Revisó y Autorizó, en donde se anotará el nombre y el cargo del responsable del proceso y el del titular de la unidad administrativa y deberán contener la firma de éstos. Dichos formatos podrán ser utilizados por los procesos, sin que estos cuenten con las firmas de la alta Dirección.

Revisión y actualización de los documentos cuando sea necesario para su nueva aprobación.

Los responsables de elaborar cada uno de los documentos revisarán, actualizarán y aprobarán nuevamente la información para garantizar su vigencia y el cumplimiento con los requisitos adoptados, tomando en cuenta las consideraciones siguientes:

a) Cada tres años cuando el documento no ha sido modificado por algún otro motivo.

b) Cuando se requiera como resultado de una acción correctiva, observaciones durante la capacitación, auditorías internas, auditorías externas, etc.

c) Integración o eliminación de un proceso o servicio.

d) Comentarios de partes interesadas.

e) Emisión de nuevas disposiciones gubernamentales o propias (legal o reglamentaria).

f) Integración o eliminación de información en el contenido y/o estructura del documento.

Aseguramiento de la identificación de los cambios y el estado de la versión vigente de los documentos.

Cuando en un documento se modifique su contenido y/o anexos cambiará el número de versión en todos ellos.

El número de versión se deberá actualizar en la Lista Maestra de Documentos **FO/SGC/200C01010000000/407/2019**.

Aseguramiento de que las versiones pertinentes de la información documentada sea aplicable y se encuentre disponible en los puntos de uso.

La Alta Dirección, mantendrá disponibles los documentos originales autorizados del SGC: Política de Calidad, Objetivos de Calidad, Manual de Calidad, y todo aquel documento requerido para asegurar la eficaz planificación, operación y control de los procesos.

Todos los Documentos que conforman el S.G.C. del DIFEM (Manual de Calidad, Registros de Calidad y Formatos) deberán de ser copias controladas y estar en cada área del DIFEM que participe en el SGC y en alguna otra que así lo autorice el Comité de Calidad.

En la Lista de Copias Controladas **FO/SGC/200C01010000000/410/2019** se describirá quién tiene el Original Maestro del Manual del Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM y las copias controladas.

El Director General y el Comité de Calidad definirán conforme a las necesidades del DIFEM, las copias controladas que se mantienen, quedando bajo la responsabilidad la sustitución de documentos obsoletos para prevenir su uso no intencionado.

Aseguramiento de la legibilidad e identificación de los documentos.

Para garantizar la conservación de la legibilidad, los documentos serán almacenados secos y frescos, en su caso, se podrán utilizar protectores de hojas o enmicados.

Todo documento que pertenezca al Sistema de Gestión de la Calidad deberá estar dado de alta en la Lista Maestra de Documentos.

Aseguramiento de la identificación de los documentos externos y control de su distribución.

Los responsables de los procesos y líderes de los equipos de mejora, deberán identificar y controlar los documentos externos.

Las áreas resguardarán los documentos externos que corresponden a sus respectivos procesos.

Prevención del uso no intencionado de documentos obsoletos e identificación en caso de mantenerlos.

Los documentos que dejen de ser vigentes serán eliminados de acuerdo a las acciones que determine cada área, con lo que se asegura que no sean utilizados y previniendo su uso no intencionado.

En caso de que por alguna razón se conserven las revisiones anteriores de los documentos del SGC, serán entregados por el líder del equipo de mejora para su control o destrucción a la Unidad de Calidad y Tecnologías de Información.

Cada responsable del proceso debe de establecer el método de archivo, almacenamiento y protección de los documentos que deban conservarse por cualquier razón y este debe estar disponible al momento de recibir auditorías internas o externas.

Generación de los Registros

El medio oficial por el cual se establecen los registros de calidad es la Lista Maestra de Registros **FO/SGC/200C01010000000/408/2019** por lo que cualquier registro que no esté dado de alta, no será considerado como registro del S.G.C. y no tendrá validez para la operación.

Se deben de considerar los siguientes criterios para determinar que se trata de un registro de calidad:

a) Que demuestre aceptación o rechazo del producto y/o servicio.
b) Que sirva para tomar decisiones.
c) Que sea requisito del cliente, legal o reglamentario.
d) Que sea requisito de la norma.
e) Que sea conveniente, adecuado y eficaz en su uso y para el S.G.C.

Cada vez que se realicen altas, bajas o modificaciones de un formato que se ha definido como registro se debe actualizar la lista maestra e informar del cambio a la Unidad de Calidad y Tecnología de Información.

Identificación de Registros

Los registros deberán ser fácilmente identificables y de manera única.

La identificación de los registros se lleva a cabo por el nombre propio asignado por los responsables de los procesos y registrado en la lista maestra de documentos **FO/SGC/200C01010000000/407/2019**.

Cuando se trate de un nuevo registro, el responsable del proceso informará a la Alta Dirección para que proceda a dar de alta el nuevo registro y actualizar la Lista Maestra de Documentos **FO/SGC/200C01010000000/407/2019**.

En el caso de que el registro sea dado de baja, el responsable del proceso deberá de actualizar el procedimiento y dar de baja el registro del mismo, generar una nueva revisión del procedimiento y enviar a la Alta Dirección la nueva versión del procedimiento.

Distribución de Registros.

Los formatos que servirán como registros se emitirán de manera directa del original autorizado y validado por las Unidad de Calidad y Tecnologías de Información bajo la supervisión y coordinación de la Unidad de Comunicación Social quien es la responsable de la Imagen Institucional y tipografía oficial.

La distribución de estos formatos se realizará de la manera en que convenga a la unidad administrativa correspondiente, siempre y cuando asegure que se encuentran documentados en sus procedimientos.

Los formatos involucrados en el SGC identificados con las siglas **FO/SGC/200C01010000000/**, podrán ser utilizados por los procesos sin ser necesarias las firmas de autorización de la Alta Dirección, quedando bajo su responsabilidad el uso de la última versión autorizada.

Recolección de Registros.

La recolección de los registros es realizada por el Responsable del proceso que emite el Registro y/o requiera la información para la elaboración de resúmenes, reportes u otro tipo de registros.

Legibilidad de los Registros.

Para que todos los registros de calidad sean legibles, deben estar escritos con letra clara, de molde y sin tachaduras, impresos en computadora o en máquina de escribir.

Deben de ser llenados con tinta negra y/o azul ningún registro debe ser llenado con lápiz.

Para asegurar la legibilidad de los registros, los líderes de los equipos de mejora o quien él designe, verificará el llenado correcto y completo de los espacios, no se deberá escribir fuera de los espacios designados para los datos, en caso de no ser utilizado un espacio, escribir las siglas “N/A” (No Aplica) o una raya horizontal o vertical en todo el espacio que se vaya a dejar en blanco.

Para garantizar la conservación de la legibilidad, los documentos serán almacenados secos y frescos, en su caso, se les podrá proteger adicionalmente con protectores de hojas o enmicados.

Acceso a Registros.

El acceso a los Registros lo tiene la persona que solicite consultarlos, con previa autorización de la persona responsable de conservarlos o autoridad pertinente.

Para el fácil acceso a la documentación, cada proceso cuenta con fólderes y/o carpetas de registros de calidad que se encuentran identificadas, numeradas y localizadas en un mismo lugar, con excepción de aquellos que, por su uso o confidencialidad, no puedan estar en el sitio antes mencionado.

Cada carpeta se identifica con un título (el cual puede ser uno o varios dependiendo de la cantidad de registros diferentes que sean archivados en la carpeta en cuestión), el número de carpeta y el año al que correspondan los registros.

Recuperación de Registros.

Para recuperar los registros de calidad se ha establecido lo siguiente:

a) La persona interesada en el registro, debe solicitarlo al responsable directo.
b) Debe comunicar a la persona encargada el fin por el cual se requiere el registro.
c) Si este registro se encuentra en el archivo muerto, tendrá que esperar el tiempo requerido para su recuperación dependiendo de la importancia del mismo.
d) La persona que lo solicita se debe responsabilizar por la fecha de devolución del registro y el estado del mismo.

Almacenamiento y protección de Registros

La persona responsable de mantener los registros impresos relacionados en la Lista Maestra de Registros **FO/SGC/200C01010000000/408/2019**, los archiva en el lugar o apartado que él determine o indique, de tal forma que sean fácilmente identificables y recuperables, protegidos de cualquier daño, deterioro o pérdida.

En caso de registros electrónicos, los equipos de cómputo cuentan con actualizaciones de vacunas para evitar el daño.

El almacenamiento se lleva a cabo en escritorios, anaqueles o archiveros, dependiendo de la disponibilidad de mobiliario y espacio. Cada encargado de área o su designado es responsable de su almacenamiento. De igual manera se establecen controles de resguardo.

Para lo anterior, se determina lo siguiente:

Registros impresos.- El control establecido para archivar los registros de calidad se realiza en carpetas y/o fólderes, además se identifican dependiendo de las necesidades de cada proceso y estas pueden ser: alfabético, numérico, por fecha, mes, año, cliente (según el caso.)

Registros Electrónicos. - Se almacenan a través de respaldos en CD.

Tiempo de Retención.

Los registros de auditorías internas y revisiones por la dirección son conservados por tres años posteriores a la fecha en que fueron creados.

El tiempo de almacenamiento de los registros de calidad en el Archivo General es determinado por el Responsable del proceso con base a la magnitud e importancia del mismo, esto para fines legales y/o de aclaraciones futuras.

La metodología sobre el almacenamiento y control de los registros que se tengan que conservar, debe ser establecida por cada responsable del proceso por escrito y estar disponibles al momento de auditorías externas o internas.

Disposición de Registros.

El personal responsable de conservar uno o más de los registros realiza la destrucción y/o disposición oportuna de dichos registros con base en la fecha de vencimiento del tiempo de retención establecido.

Revisión de los Registros de Calidad

La revisión de los registros se deberá realizar por lo menos una vez al mes, con el objeto de verificar su correcto llenado.

8. Operación

8.1 Planificación y Control Operacional

Las áreas responsables de los procesos planifican y desarrollan los mismos para la operación del producto, determinando en cada caso:

Los datos de entrada y salida de cada proceso especificados en los Planes de la Calidad (Anexo 1 y 2), así como en el formato “Tabla de Identificación de Procesos”
(FO/SGC/200C01010000000/422/2019). Objetivos de calidad y requisitos para el producto.

1. Verificación, validación, seguimiento, medición, inspección y prueba, así como los criterios de aceptación del producto, definidos en los instructivos de trabajo correspondientes.

2. Registros que proporcionan evidencia de que los procesos de realización y el producto cumplen con los requisitos (véase 7.5.3)

La responsabilidad, autoridad y comunicación en cuanto al SGC ha sido definida en la Matriz de Comunicación (Anexo C) y otros documentos normativos relacionados con la realización del servicio, mismas que son identificadas y conocidas por el personal del DIFEM que participa en el SG.

Los procesos controlan los cambios planificados y revisar las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar los efectos adversos, cuando sea necesario. (Anexo B Control de Riesgos) y se aseguran de que los procesos suministrados externamente estén controlados de acuerdo con la cláusula 8.4.

8.2 Determinación de los Requisitos relativos a los Productos y Servicios

8.2.1 Comunicación con el Cliente

El organismo determina e implementa disposiciones eficaces para la comunicación con el cliente relativas a:

a) La información sobre el producto, a través de medios de comunicación, electrónicos, impresos y atención personalizada;

b) Consultas, contratos o atención de pedidos, incluyendo modificaciones; y la retroalimentación del cliente mediante encuestas, incluyendo sus quejas y sugerencias a través de del Sistema de Atención Mexiquense (SAM) y la aplicación APP donde se reciben denuncias de irregularidades o deficiencia de servidoras y servidores públicos, en hechos de corrupción. (www.secogem.gob.mx/sam).

8. 2.2 Determinación de los Requisitos Relacionados con Productos y Servicios

En las Tablas de Requisitos del Servicio **FO/SGC/200C01010000000/423/2019**, se identifican los requisitos especificados por el cliente, los necesarios para la entrega del producto, aquellos no establecidos por el cliente, pero necesarios para la realización del servicio, los legales y reglamentarios aplicables al producto y cualquier requisito adicional que el organismo considere necesario.

8.2.3 Revisión de los Requisitos relacionados con Productos y Servicios

8.2.4 Cambios en los Requisitos para Productos y Servicios

Antes de aceptar el compromiso de prestación de servicio bajo los requisitos señalados en el punto 8.2.2 el DIFEM revisa que los requisitos relacionados con el producto estén definidos en las Tablas de Requisitos del Servicios **FO/SGC/200C01010000000/423/2019**, leyes, reglamentos, oficios, contratos, convenios, correos electrónicos y formatos determinados con base a la normatividad, entre otros, a fin de garantizar la capacidad para cumplir con ellos.

Cuando no se cuenta con una declaración formal de los requisitos del cliente, se confirman los mismos antes de aceptar la prestación del servicio, o bien durante la etapa inicial de los procesos se da contestación sobre la no procedencia de su solicitud, lo cual se encuentra documentado en los procedimientos respectivos.

En caso de existir diferencias entre lo solicitado y lo que se ofrece, éstas son resueltas a través de comunicación escrita, verbal, telefónica, correos electrónicos, entre otros, con el cliente.

Se ha determinado que invariablemente cuando se modifiquen los requisitos sobre los servicios que presta la organización, se deberá hacer del conocimiento del cliente, para estar en posibilidad de aplicar las modificaciones planteadas, incluyendo al personal involucrado. Esta comunicación se realiza antes de la aplicación de las modificaciones con el objeto de que cuenten con el tiempo necesario para adecuar sus solicitudes.

Cada área se asegura de que se mantienen los registros de la revisión de los requisitos y de las acciones originadas de la misma de acuerdo al procedimiento de control de registros (véase 7.5.3), cuando existe cambio en los requisitos del producto se aseguran que sea modificada la documentación correspondiente y que el personal involucrado sea informado y entienda las modificaciones, esto se hace a través de reuniones, oficios, correos electrónicos, vía telefónica o comunicaciones verbales.

8.3 Diseño y Desarrollo de Productos y Servicios

Este organismo declara que por el carácter de sus funciones, en sus procesos solamente aplica la normatividad dispuesta, por lo que no contempla en sus procesos las actividades de diseño y desarrollo.

8.4 Control de los Productos y Servicios Suministrados
8.4.1 Generalidades

El DIFEM realiza compras centralizadas, cuyo proceso se gestiona conforme a la normatividad vigente a través del Comité de Adquisiciones y Servicios.

El organismo se asegura de que los productos y servicios adquiridos cumplan con los requisitos de compra definidos por las Unidades Administrativas que los solicitan.

El tipo y el grado del control aplicado a los proveedores y al producto adquirido, depende del impacto de dicho producto. Estos controles para los proveedores se establecen por los Departamentos de Programación de Adquisiciones y de Compras y Adjudicaciones y si es el caso por las Unidades Administrativas solicitantes.

Así mismo la evaluación y selección de proveedores se realiza a través de la Subdirección de Recursos Materiales, de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente en función de su capacidad para suministrar productos o servicios de acuerdo con los requisitos del cliente.

Nota: En caso de incumplimiento en la entrega y especificaciones del producto se aplicará la normatividad establecida en el procedimiento “Substanciación de Procedimientos Sancionadores en contra de Proveedores de Bienes y Prestadores de Servicios.”.

8.4.2 Tipo y Alcance de Control

La Dirección de Finanzas, Planeación y Administración del DIFEM efectúa las compras a través de la Subdirección de Recursos Materiales. Esta unidad administrativa lleva a cabo el proceso de compras de conformidad al Acuerdo por el que se establecen las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Enajenaciones, Arrendamientos y Servicios de las Dependencias, Organismos Auxiliares y Tribunales Administrativos del Poder Ejecutivo del Estado de México; publicado en Gaceta del Gobierno del Estado de México, 20 de junio de 2016, y sus reformas y adiciones.

Los documentos de compras del DIFEM en su formato “Solicitud de Adquisiciones” contemplan la descripción de los productos a comprar, los requisitos para la aprobación del producto, procedimientos, procesos y equipo, los requisitos para la calificación del personal y su pertinencia con los requisitos especificados en el S.G.C.

Las unidades administrativas del DIFEM no efectúan compras directas que puedan impactar en la calidad de los productos de manera sustancial.

La Subdirección de Recursos Materiales especifica el procedimiento que deben de seguir las unidades administrativas involucradas en el SGC al momento de requerir la adquisición o contratación de un producto, asegurándose que los requisitos del cliente han quedado claros antes de hacer la solicitud al proveedor.

8.4.3 Información para los Proveedores Externos

Las unidades administrativas interesadas en la adquisición o contratación, efectúan la inspección de los productos comprados para asegurarse de que cumplen con los requisitos de compra establecidos, dicha revisión se lleva a cabo conforme a los procedimientos establecidos por la Subdirección de Recursos Materiales.

Una vez que las unidades administrativas efectúan la verificación de los productos en relación con los requerimientos contratados, realizan una evaluación indirecta que otorga información adicional para la evaluación de proveedores.

En caso de que nuestra organización o algún cliente de la misma deseen realizar actividades de verificación en las instalaciones del proveedor, especificamos en la información de las compras las disposiciones o acuerdos de verificación y el método de liberación del producto.

Asimismo como proveedor externo el DIFEM nombra en el S.G.C. al Cliente/ Usuario del servicio, al cual cada uno de los procesos mantendrá informado de los requisitos establecidos para su otorgamiento.

8.5 Producción y Provisión del Servicio

8.5.1 Control de la Producción y de la Provisión del Servicio

En el DIFEM se han planificado los procesos mediante los planes de calidad, garantizando su ejecución bajo condiciones controladas (Anexos 1) y de acuerdo a lo descrito en el requisito 7.1.

Cada área determina sus planes de calidad respectivos, para garantizar las condiciones controladas bajo las cuales se realiza el producto, incluyendo cuando es conveniente:

- **a)** La disponibilidad de información que describe las características del producto en solicitudes, ordenes de trabajo y requisiciones, entre otros;
- **b)** La disponibilidad de procedimientos e instructivos de trabajo, cuando sea necesario, de acuerdo a las actividades a realizar;
- **c)** El uso de equipo apropiado;
- **d)** La disponibilidad y uso de equipos de seguimiento y medición;
- **e)** La implementación del análisis y evaluación de conformidad con lo descrito en el apartado 9.1.3 del presente manual.

No se han implementado actividades posteriores a la entrega del servicio en virtud de que el alcance de los procesos no contempla la utilización de dispositivos o acciones de seguimiento y medición

El seguimiento y medición de los procesos se realiza a través de equipo y sistemas informáticos cuyo mantenimiento preventivo o correctivo y adecuación se realiza de manera regular y conforme a las necesidades y posibles afectaciones que deban sufrir en el tiempo. La Unidad de Calidad y Tecnologías de Información define la frecuencia con la que se realizan las actividades de mantenimiento de equipo y adecuación de sistemas informáticos.

Cuando se requiere de mantenimiento correctivo, cada unidad administrativa notifica vía telefónica o mediante oficio a la Unidad de Calidad y Tecnologías de Información para que efectúe las acciones que garanticen la integridad y operatividad de los equipos.

8.5.2 Identificación y Trazabilidad

Se han establecido los criterios para identificar de manera adecuada el producto a lo largo de su realización hasta su entrega final, incluyendo su registro y control (véase 7.5.3), lo cual permite tener una trazabilidad que, aunque no es un requisito establecido, favorece el control sobre el producto y sus etapas de realización.

Se han previsto actividades de seguimiento y medición que permiten identificar el estado del producto ,a través de toda la realización del mismo respecto a los requisitos establecidos, los cuales se encuentran referenciados en los planes de la calidad, procedimientos e instructivos de trabajo correspondientes.

8.5.3 Propiedad perteneciente a los Clientes o Proveedores Externos

Las áreas que reciben documentos o bienes que son propiedad del cliente y/o de proveedores externos, se aseguran de que mientras se encuentran bajo su control o estén siendo utilizados por ellos sean identificados, verificados, protegidos y salvaguardados, incluyendo aquellos que son suministrados para su utilización o incorporación dentro del servicio, previendo datos de privacidad.
.

Cuando se reciben documentos originales propiedad del cliente o de proveedores externos se salvaguardan en cada área debidamente identificada y protegida dentro de un expediente único, en un archivo documental. Una vez proporcionado el servicio se entregan al cliente de manera íntegra.

El área de almacenamiento se encuentra libre de condiciones ambientales que puedan deteriorar la documentación propiedad del cliente y/o proveedores externos.

Si cualquier bien que sea propiedad del cliente se pierde, deteriora o de algún otro modo se considera inadecuado para su uso, se comunica al cliente y/o a proveedores externos y se registra en libre formato para su control (véase 7.5.3).

En los casos donde se reciben copias de los documentos propiedad del cliente y/o de proveedores externos, se hace de su conocimiento que éstos pasarán a ser propiedad del DIFEM quien determina su manera de control o deshecho y respetando y hacer firmar la protección de datos.

8.5.4 Preservación

En todos los procesos del DIFEM se preserva el producto durante su procesamiento interno y hasta su entrega para mantener la conformidad con los requisitos. Según sea aplicable la preservación incluye su adecuada identificación, manipulación, almacenamiento y protección y se aplica también a las partes constitutivas del producto.

8.5.5 Actividades Posteriores a la Entrega y;
8.5.6 Control de Cambios

En el DIFEM se han planificado actividades posteriores a la entrega del servicio en virtud de que el alcance de los procesos contempla la utilización de dispositivos o acciones de seguimiento y medición mediante el plan de calidad, garantizando su ejecución bajo condiciones controladas (Anexos 1), determina y garantiza las condiciones controladas bajo las cuales se realiza el producto, incluyendo cuando es conveniente:

- **a)** La disponibilidad de información que describe las características del producto en solicitudes, ordenes de trabajo y requisiciones, entre otros;
- **b)** La disponibilidad de procedimientos e instructivos de trabajo, cuando sea necesario, de acuerdo a las actividades a realizar;
- **c)** El uso de equipo apropiado;
- **d)** La disponibilidad y uso de equipos de seguimiento y medición;
- **e)** La implementación del seguimiento y de la medición de conformidad con lo descrito en el apartado 9.3.24 del presente manual.

El seguimiento y medición del proceso se realiza a través de equipo y sistemas informáticos cuyo mantenimiento preventivo o correctivo y adecuación se realiza de manera regular y conforme a las necesidades y posibles afectaciones que deban sufrir en el tiempo. La Unidad de Calidad y Tecnologías de Información define la frecuencia con la que se realizan las actividades de mantenimiento de equipo y adecuación de sistemas informáticos.

Cuando se requiere de mantenimiento correctivo, cada unidad administrativa notifica vía telefónica o mediante oficio a la Unidad de Calidad y Tecnologías de Información para que efectúe las acciones que garanticen la integridad y operatividad de los equipos.

8.6 Liberación de los Productos y Servicios

Una vez asegurada la conformidad de un servicio, es necesario mantener la conformidad mediante procesos que lo protejan contra los daños. Estos pueden incluir las condiciones de almacenamiento, manutención, embalaje, envío e incluso identificación.

Los requisitos para la identificación y trazabilidad requieren tres cosas: la identificación de salidas, el estado de salidas y, si la trazabilidad es un requisito, la identificación única de los resultados a fin de asegurarla continuidad en la conformidad con los requisitos.

8.7 Salidas No Conformes
8.7.1 y 8.7.2

El producto que no sea conforme con los requisitos, se identifica y se controla para prevenir su uso o entrega no intencionados**. PC DIFEM DG 05**

Se registra cada caso, en los mecanismos de inspección que se hayan determinado en los planes de calidad e instructivos de trabajo de cada proceso.

El cual incluye el tratamiento para cada uno de los procesos, en el que se definen los controles y las responsabilidades y autoridades relacionadas para tratarlo cuando sea aplicable de la siguiente manera:

a) La eliminación de no conformidades;
b) Autorización de liberación;
c) Acciones para impedir su uso o aplicación prevista originalmente; y
d) Registros de la naturaleza de la no conformidad y acciones tomadas cuando se detecta después de su entrega o cuando ya ha comenzado su uso.

Cuando se corrige una salida no conforme, se somete a una nueva verificación para demostrar su conformidad con los requisitos establecidos y se mantiene como registro la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluyendo las concesiones que se hayan obtenido. Registro de Salidas No Conformes **FO/SGC/200C01010000000/419/2019**

Con las siguientes responsabilidades de los equipos de mejora Anexo 1 :

- Establecer los requisitos relacionados con el producto: los requisitos de entrada y salida, los especificados por el cliente, los no establecidos por el cliente, pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto cuando sea conocido, los legales y reglamentarios y

cualquier otro requisito adicional que el Área considere necesario, de manera conjunta con el responsable del proceso certificado, **FO/SGC/200C01010000000/423/2019**

- Establecer en los procedimientos operativos del proceso certificado, los métodos a utilizar para el análisis, determinación y tratamiento de las Salidas No Conformes, así como las herramientas estadísticas para su registro y control, de manera conjunta con el responsable del proceso certificado.
- Implementar las acciones establecidas para el tratamiento de las Salidas No Conformes, para prevenir su uso o entrega no intencionada.
- Establecer las actividades de verificación y control del trabajo realizado, en los procedimientos operativos de manera conjunta con el responsable del proceso certificado.
- Mantener registros de la naturaleza de las No Conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluyendo las concesiones que se hayan otorgado.
- Mantener en actividad la mejora continua

Detección y Tratamiento de las Salidas No Conformes

La persona que identifique la Salida No Conforme deberá comunicarlo al Líder del Equipo de Mejora ya sea de manera verbal o por escrito (formato libre).

El Líder del Equipo de Mejora analizará y determinará si procede realizar el registro de la Salida No Conforme.

Registro de Salidas No Conformes

Cuando el Líder del Equipo de Mejora determine procedente la notificación, se reunirá con el Equipo de Mejora para requisitar el formato "Registro de Salidas no Conformes" **FO/SGC/200C01010000000/419/2019**, en donde entre otros aspectos, deberán describir la causa real que originó la No Conformidad a través de los métodos que se consideren adecuados.

Así mismo deberán mantener registros de cualquier acción tomada posteriormente, incluyendo las concesiones que se hayan obtenido.

Verificación de la Eficacia

Aplicada la acción para el tratamiento de la Salida No Conforme el Líder del Equipo de Mejora deberá verificar la eficacia de ésta, en caso de que no fuera eficaz analizará nuevamente la causa que originó la No Conformidad e implementará las acciones necesarias para eliminarla.

Cuando se corrige una Salida No Conforme, debe someterse a una nueva verificación para demostrar su conformidad con los requisitos.

Una vez eliminada la No Conformidad dará aviso a la Alta Dirección para que verifique la eficacia de la acción implementada y de ser el caso considerarla cumplimentada mediante su firma en el **FO/SGC/200C01010000000/419/2019** Tratamiento de las Salidas No Conformes en cada Proceso:

Se describe a continuación las características de la salida conforme para cada uno de los procesos, si una salida no cumple con alguno de estos requisitos se considera salida no conforme:

1.- Adopciones.

Se considera salida no conforme a el acta de guarda y cuidados provisional que ha sido mal redactada en todos y cada uno de los datos del o los menores que se entregan en cuidados provisionales, las áreas que interviene y a las fechas incorrectas de elaboración y que es recibida sin observaciones o aclaraciones finales por el cliente final que son los solicitantes en adopción

9 Evaluación del Desempeño

9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación

9.1.1 Generalidades

El seguimiento y medición de los procesos del SGC se realiza conforme a los criterios establecidos por áreas responsables de los procesos, mismas que han establecido indicadores de medición que permiten asegurar la capacidad de los mismos y alcanzar los resultados planificados.

En el caso de no alcanzar los resultados planificados se realizan acciones correctivas según sea conveniente, de acuerdo al impacto sobre la conformidad con los requisitos del producto y la eficacia del SGC.

La frecuencia, responsables de seguimiento, medición y análisis de los indicadores son determinados por el área de acuerdo con la naturaleza de su proceso. Los registros a generar son en todos los casos la interpretación por escrito de los resultados en formato libre, cuyo responsable de su elaboración será el Líder del Equipo de Mejora.

En cada proceso se demuestra el establecimiento de los mecanismos mediante los cuales se hace el seguimiento y se miden las características del producto, para verificar el cumplimiento de sus requisitos de acuerdo con las disposiciones planificadas (véase 8.1). En estos documentos se han determinado los responsables de la liberación del producto.

No se libera un producto hasta que se han completado satisfactoriamente las etapas planificadas, a menos que exista una aprobación por una autoridad pertinente o por el cliente, según sea el caso.

9.1.2 Satisfacción del Cliente

9.1.3 Análisis y Evaluación

Con el propósito de dar seguimiento a la información relativa a la percepción del cliente, se obtiene información con respecto al cumplimiento de sus requisitos a través de algunos de los siguientes métodos:

a) Cuestionarios y encuestas (Modelo SERVQUAL el cual define la calidad del servicio como la diferencia entre las percepciones reales por parte de los clientes del servicio y las expectativas que sobre éste se habían formado previamente);
b) Quejas, denuncias, sugerencias y reconocimientos a través del Sistema de Atención Mexiquense (SAM o correo electrónico, **www.secogem.gob.mx/sam;**
c) Aplicación APP donde se reciben denuncias de irregularidades o deficiencia de servidoras y servidores públicos;
d) Estadísticas derivadas de los procesos; e
e) Informes de Auditoría (interna o externa).

La fuente de información es el cliente, la medición se aplica de manera directa una vez que se le ha otorgado el servicio.

En la tabla de objetivos de calidad cada área establece de acuerdo a la naturaleza de su proceso, la frecuencia de medición de la satisfacción de los requisitos del cliente. Asimismo, a través de su equipo de mejora, analiza los datos que arroja la aplicación de encuestas y las transforma en gráficos. Una vez analizada la información cada área emite un diagnóstico para la Alta Dirección; los resultados son presentados y analizados en las reuniones del Comité de Calidad.

9.2 Auditoría Interna

Para planificar y realizar las auditorías internas se han establecido las responsabilidades y los requisitos de las auditorías, establece los registros e informa de los resultados.
Se tiene contemplada la realización de auditorías internas de calidad a intervalos planificados que permiten determinar si el S.G.C. se encuentra: **(PC DIFEM DG 03)**

1. Conforme a las disposiciones planificadas;
2. Conforme con los requisitos de la norma ISO 19011:2011 (NMX-CC-9001-IMNC-2015).
3. Conforme a las Directrices para la Auditoria de los Sistemas de la Calidad y/o Ambiental (ISO 19011:2002 (NMX-CC-SAA-19011-IMNC-2002.); e

4. Implantado y en mantenimiento de manera eficaz.

De acuerdo con las necesidades y conforme lo instruya la Alta Dirección o el Comité de Calidad, las auditorías internas podrán ser integrales o parciales **FO/SGC/200C01010000000/415/2019** y se clasifican en:

a) Auditorías Programadas;
b) Auditorías No Programadas (extraordinarias);
c) Auditorías a un Punto de la Norma;
d) Auditorías a un Proceso;
e) Auditorías a un Departamento;

Cuando así se considere pertinente, las auditorías internas podrán efectuarse por auditores de otras dependencias que cuenten con sistemas de gestión de la calidad.

El área responsable del proceso auditado se asegura de que se realizan las acciones necesarias sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas, su verificación e informe de los resultados obtenidos.

9.3. Revisión por la Dirección

9.3.1 Generalidades

Para asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia continua del SGC se ha establecido que el Organismo a intervalos planificados se asegura de la conveniencia, adecuación, eficacia y alineación con la dirección estratégica del DIFEM.

9.3.2 Entradas de la Revisión por la Dirección

La Alta Dirección, y los responsables de los procesos, titulares de área y el personal que participa en el S.G.C., deberán dar cumplimiento a sus procesos e informar a la Alta Dirección de su desempeño.

La evaluación y revisión del S.G.C. se llevará a cabo por lo menos una vez al año en curso, o si es el caso reuniones extraordinarias cuando lo amerite el control de riesgos y así evitar afectaciones en el S.G.C.

El Comité de Calidad estará integrado por la Dirección General y Titulares de las Dirección de Área responsables de los procesos involucrados en el S.G.C., los Equipos de Mejora y quién adicionalmente determine la Dirección General.

Las reuniones del Comité de Calidad deberán ser presididas por la o el Titular de la Dirección General.

Cuando así lo determine la o el Titular de la Dirección General, las reuniones del Comité de Calidad podrán ser presididas por el funcionario o funcionaria que designe la o el Titular de la Dirección General.

En las reuniones del Comité de Calidad deberán de participar, cuando menos, los Equipos de Mejora.

Se elaborará el orden del día **FO/SGC/200C01010000000/411/2019** y será enviado a las y los integrantes del Comité de Calidad e informar la hora, fecha y lugar en que habrá de celebrarse la sesión.

El día de la sesión se presentará a los convocados la Lista de Asistencia **FO/SGC/200C01010000000/412/2019** y verificará que exista el quórum mínimo necesario para iniciar la sesión.

Los integrantes del Comité de Calidad podrán modificar el orden del día, cuando requieran agregar o eliminar un punto a tratar.

El funcionario o funcionaria que designe la o el Titular de la Dirección General deberá presentar para su aprobación, la programación para la realización de las reuniones de revisión y evaluación, así como el programa de auditorías.

El funcionario o funcionaria que designe la o el Titular de la Dirección General deberá preparar el material que será analizado en la sesión, mismo que deberá contener cuando así se determine:

1. El estado de las acciones de revisión previa por lá Alta Dirección.
2. Cambios externos e internos que sean pertinentes al S.G.C.
3. Información sobre el desempeño:

   a)Satisfacción al cliente y retroalimentación de las partes interesadas.
   b) Evaluación de los objetivos de calidad.
   c)El desempeño de los procesos y conformidad con el servicio.
   d) Las salidas no conformes y acciones correctivas.
   e)Resultados de seguimiento y medición.
   f) Resultados de auditorías internas y externas.

4. Adecuación de los recursos
5. Eficacia de las acciones tomadas para abordar riesgos y las oportunidades
6. Oportunidades de Mejora.

El funcionario o funcionaria que designe la o el Titular de la Dirección General deberá llevar a cabo el desahogo de los puntos marcados en el orden del día **FO/SGC/200C01010000000/411/2019**, previamente autorizado, inclusive de manera verbal, por la o el Titular de la Dirección General.

El funcionario o funcionaria que designe la o el Titular de la Dirección General elaborará la Minuta de Reunión de Revisión y Evaluación por la Dirección **FO/SGC/200C01010000000/413/2019** correspondiente, donde se señalen los acuerdos tomados y será enviada para su aprobación a los participantes en la reunión.

Los miembros del Comité de Calidad participantes en la sesión de revisión y evaluación podrán emitir sus comentarios y observaciones a la minuta **FO/SGC/200C01010000000/413/2019** y podrá ser modificada en su caso para finalmente recabar las firmas correspondientes.

Las evidencias documentales de las reuniones de revisión y evaluación serán resguardadas y controladas por el funcionario o funcionaria que designe la o el Titular de la Dirección General.

El funcionario o funcionaria que designe la o el Titular de la Dirección General, mantiene registros de las revisiones efectuadas al SGC, las cuales se llevan a cabo cuando menos una vez al año o antes si es necesario.

9.3.2 Salidas de la revisión por la dirección

Las salidas de la revisión incluyen decisiones y acciones de :

a) Oportunidades de mejora
b) Cambios en el Sistema de Gestión de la Calidad.
c) Necesidades de los recursos.

El funcionario o funcionaria que designe la o el Titular de la Dirección General debe mantener la información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones por la Dirección General.

10. Mejora

10.1 General

Para el DIFEM, la mejora continua es un objetivo fundamental por lo cual se ha establecido la información documentada para la Mejora Continua en el que se definen herramientas que permiten

evaluar de manera permanente el desempeño del S.G.C. y las propuestas y acciones para incrementar su eficacia. **PC DIFEM DG 06**

EL DIFEM mejora continuamente la eficacia del S.G.C. mediante el uso de la política de la calidad, el objetivo de la calidad, los resultados de las auditorías internas y externas, control de riesgos, las acciones correctivas, oportunidades y la revisión por la Dirección.

10.2 No Conformidad y Acción correctiva

El producto que no sea conforme con los requisitos del producto, se identifica y se controla para prevenir su uso o entrega no intencionados. **PC DIFEM DG 04**

Se registra cada caso, en los mecanismos de inspección que se hayan determinado en los planes de calidad e instructivos de trabajo de cada proceso.

Para tal propósito incluye el tratamiento para cada uno de los procesos, en el que se definen los controles y las responsabilidades y autoridades relacionadas para tratarlo cuando sea aplicable de la siguiente manera: (Plan de Acciones Correctivas **FO/SGC/200C01010000000/420/2019.**

a) La eliminación de no conformidades;
b) Autorización de liberación;
c) Acciones para impedir su uso o aplicación prevista originalmente; y
d) Registros de la naturaleza de la no conformidad y acciones tomadas cuando se detecta después de su entrega o cuando ya ha comenzado su uso.

Cuando se corrige una salida no conforme, se somete a una nueva verificación para demostrar su conformidad con los requisitos establecidos y se mantiene como registro la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluyendo las concesiones que se hayan obtenido (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) .

10.3 Mejora continua

Los Titulares de las Áreas Administrativas, los Líderes de los Equipos de Mejora y el personal involucrado en el S.G.C. tienen autoridad para identificar oportunidades de mejora para los procesos. **PC DIFEM DG 06**

Es responsabilidad de cada Director o Directora de Área asegurarse de evaluar de manera permanente el desempeño de sus procesos y la generación de propuestas y acciones que pudieran incrementar su eficacia.

El Equipo de Mejora, a través de su Secretario o Secretaria, deberá de generar una minuta **FO/SGC/200C01010000000/421/2018** y resguardarla como evidencia.

El o la Líder del Equipo de Mejora deberá presentar al Director o Directora de Área las propuestas de mejora, para su autorización y registro.

Será responsabilidad del Líder o la Líder del Equipo de Mejora promover que se evalúen de manera permanente:

- Hallazgos y conclusiones de auditorias internas o externas.
- Análisis de la Política y Objetivos de Calidad.
- Análisis de la Satisfacción del Cliente.
- Análisis de Recursos.
- Análisis de los Indicadores de Medición
- Desempeño de los Procesos y Conformidad del Producto.
- Estado de las Acciones Correctivas
- Acciones de Seguimiento de Revisiones previas por la Dirección, en su caso.
- Análisis, Dictamen y Seguimiento de Mejoras y cambios al SGC.
- Control de Riesgos.

El Director o Directora de Área deberá asegurar que se encuentren definidos indicadores de eficiencia, eficacia y control de los procesos, que permitan dar seguimiento a su desempeño.

Conjuntamente con el Líder del Equipo de Mejora serán responsables de verificar la implantación de las acciones tomadas, dando seguimiento a través del Comité de Calidad y Auditorias de Calidad.

El funcionario o funcionaria que designe la o el Titular de la Dirección General podrá revisar las mejoras que se implanten en cada proceso y realizar las observaciones y comentarios que considere convenientes al Líder o la Líder del Equipo de Mejora.

Cada Líder de Equipo de Mejora deberá resguardar los registros de las acciones de mejora.

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
Dirección General

DIF EDOMÉX | EDOMÉX DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.

LISTA MAESTRA DE DOCUMENTOS

FO/SGC/200C01010000000/407/2019

Nombre del Proceso: _____
Unidad Administrativa: _____

No.	Nombre del Documento	Código	Versión	Fecha de Revisión	Tipo de Documento	
					Interno	Externo

Fecha de Elaboración: DD/MM/AA

Responsable del Proceso
Firma y Nombre

Titular de la Unidad Administrativa:
Firma y Nombre

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
Dirección General

DIF EDOMÉX | EDOMÉX DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.

LISTA MAESTRA DE REGISTROS

FO/SGC/200C01010000000/408/2019

Nombre del Proceso:

Unidad Administrativa:

No.	Nombre del Registro	Tipo de Registro		Almacenamiento	Tiempo de Retención	Disposición Final
		Impreso	Electrónico			

Fecha de Elaboración: DD/MM/AA

Responsable del Proceso

Firma y Nombre

Titular de la Unidad Administrativa:

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
Dirección General

DIF EDOMÉX | EDOMÉX DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.

FO/SGC/200C01010000000/409/2019

HOJA DE ACTUALIZACIONES

Nombre del Proceso:
Unidad Administrativa:

No.	Nombre del Documento	Código	Página (s)	Descripción de la Modificación	Versión	Fecha de Revisión

Fecha de Elaboración: DD/MM/AA

Responsable del Proceso
Firma y Nombre

Titular de la Unidad Administrativa:
Firma y Nombre

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
Dirección General

DIF EDOMÉX | EDOMÉX DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.

LISTA DE COPIAS CONTROLADAS

FO/SGC/200C01010000000/410/2019

No.	Código	Nombre de Copia Controlada	Versión	Fecha de Revisión	Área Receptora del Documento	Fecha de Entrega	Nombre del Personal que Resguarda	Firma

Fecha de Elaboración: DD/MM/AA

Elaboró

Titular del Departamento de Calidad y Modernización Administrativa

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO — Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México — Dirección General — DIF EDOMÉX | EDOMÉX DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.

ORDEN DEL DÍA

FO/SGC/200C01010000000/411/2019

Número de Reunión:		**Lugar:**	
Fecha:		**Duración:**	

No.	Asunto

Elaboró y Autorizó Lic. Alejandra Guadalupe Rello Rodarte Representante del Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM	Versión: 1 Fecha de Revisión: 14-08-20

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO
Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
Dirección General
DIF EDOMÉX | EDOMÉX DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.

LISTA DE ASISTENCIA

FO/SGC/200C01010000000/412/2019

Reunión de	Evaluación		Revisión		Equipo de Mejora		Líderes EM		
Lugar:					**Fecha:**				

No.	Nombre del Participante	Cargo	Firma
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17			
18.			
19			
20.			

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO — Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, Dirección General — DIF EDOMÉX \| EDOMÉX DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.

MINUTA DE REUNIÓN DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN POR LA DIRECCIÓN

FO/SGC/200C01010000000/413/2019

Número de Reunión:		**Lugar:**	
Fecha:		**Duración:**	

Desarrollo de la Reunión

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
Dirección General

DIF EDOMÉX | EDOMÉX DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.

PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS

FO/SGC/200C01010000000/414/2019

No.	Características de la Auditoría						Alcance	Objetivo	Fechas	No. de Auditores	Observaciones
	Int.	Ext.	Prog.	Extra.	Integral	Parcial					

Elaboró

Titular del Departamento de Calidad y Modernización Administrativa

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO — Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, Dirección General — DIF EDOMÉX EDOMÉX DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.

PLAN DE AUDITORÍA

FO/SGC/200C01010000000/415/2019

Auditoría No.		**Fecha (s)**	
Objetivo:			
Alcance:			
Auditor ó Auditora Líder:			
Equipo Auditor:			

Criterios de Auditoría				
ISO 9001:2015	**Manual de Calidad**	**Procedimientos del DIFEM**	**Requisitos Legales**	**Registros**

Fecha de Junta de Apertura:	**DD**	**MM**	**AA**	**Fecha de Junta de Cierre:**	**DD**	**MM**	**A A**

Desarrollo del Plan de Auditoría

Horario	Proceso	Actividades	Responsable del Proceso	Auditor ó Auditora

Observaciones

Auditor ó Auditora Líder

Nombre y Firma

Elaboró y Autorizó Lic. Alejandra Guadalupe Rello Rodarte Representante del Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM	Versión: 1 Fecha de Revisión: 14-08-20

LISTA DE ASISTENCIA DE APERTURA Y CIERRE DE AUDITORÍA

FO/SGC/200C01010000000/416/2019

Fecha:		**Lugar:**	
Auditor o Auditora Líder:			
Equipo Auditor: **Observador**			

No.	Nombre	Cargo	Firma	
			Apertura	Cierre
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO — Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, Dirección General — DIF EDOMÉX EDOMÉX DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.

REPORTE DE AUDITORÍA

FO/SGC/200C01010000000/417/2019

Auditoría No.	**Fecha (s)**
Objetivo	
Alcance	
Unidad Administrativa Auditada	
Proceso Auditado	
Equipo Auditor:	

Criterios de Auditoría

ISO 9001:2015	Manual de Calidad	Procedimientos del DIFEM	Requisitos Legales	Registros

Personal del Proceso Auditado		
Nombre	**Puesto**	**Área de Adscripción**

Número de No Conformidades	Número de Observaciones	Número de Oportunidades de Mejora

Requisito ISO 9001:2015	Descripción del Hallazgo	Tipo de Hallazgo		
		NC	O	OM

Hallazgo: NC (No Conformidad) **O** (Observación) **OM** (Oportunidad de Mejora)

Conclusiones

Nombre y Firma del Auditor ó Auditora

Elaboró y Autorizó	Versión:
Lic. Alejandra Guadalupe Rello Rodarte Representante del Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM	1
	Fecha de Revisión: 14-08-20

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO — Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, Dirección General — DIF EDOMÉX EDOMÉX DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.

INFORME DE AUDITORÍA

FO/SGC/200C01010000000/418/2019

Alcance	**Auditoría No. SGC**		**Fecha (s)**		
Unidad (es) Administrativa (s) Auditada (s)					
Equipo Auditor					
Criterios de Auditoría					
ISO 9001:2015	**Manual de Calidad**	**Instructivos de Trabajo**	**Procedimientos del DIFEM**	**Requisitos Legales**	**Registros**
Número de No Conformidades		**Número de Observaciones**		**Número de Oportunidades de Mejora**	
Procesos Auditados					
Proceso			**Áreas Auditadas**		
Desarrollo					

Requisito ISO 9001:2015	Proceso	Descripción del Hallazgo	Tipo de Hallazgo		
			NC	O	OM

Hallazgo: NC (No Conformidad) **O** (Observación) **OM** (Oportunidad de Mejora)

Conclusiones

_____

Nombre y Firma del Auditor ó Auditora Líder

Elaboró y Autorizó Lic. Alejandra Guadalupe Rello Rodarte Representante del Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM	Versión: 1 Fecha de Revisión: 14-08-20

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
Dirección General

DIF EDOMÉX | EDOMÉX DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.

REGISTRO DE SALIDAS NO CONFORMES

FO/SGC/200C01010000000/419/2019

No.	Fecha	Descripción de la Salida No Conforme	Firma de Quien la Detectó	Causa Real	Propuesta de Solución	Responsable de la Solución	Tipo de Acción			Firma del Evaluador
							C	M	N/A	

C (Correctiva)	M (Mejora)	N/A (No Aplica)

Elaboró y Autorizó	Versión:
Lic. Alejandra Guadalupe Rello Rodarte Representante del Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM	1
	Fecha de Revisión: 14-08-20

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
Dirección General

DIF EDOMÉX | EDOMÉX DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.

PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS

FO/SGC/200C01010000000/420/2019

Descripción del Problema	Causas Probables	Causa Reales	Acción Inmediata	Responsable	Fecha		Responsable de Verificación	Firma de Cumplimiento
					Inicio	Término		

Elaboró y Autorizó	Versión:
Lic. Alejandra Guadalupe Rello Rodarte Representante del Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM	1
	Fecha de Revisión: 14-08-20

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO — Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México, Dirección General — DIF EDOMÉX \| EDOMÉX DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.

MINUTA DE REUNIÓN DE EQUIPO DE MEJORA

FO/SGC/200C01010000000/421/2019

Número de Reunión:		Lugar:	
Fecha:		Duración:	

Desarrollo de la Reunión

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
Dirección General

DIF EDOMÉX | EDOMÉX DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.

TABLA DE IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS

FO/SGC/200C01010000000/422/2019

Nombre del Proceso:			
Unidad Administrativa Responsable:			
Responsable del Proceso:			
Responsabilidad(es):			
Autoridad(es):			
Usuario/Solicitante:			
Entrada/Insumo:		**Requisitos de Entrada:**	
Salida/Producto Final:		**Requisitos de Salida:**	
Objetivos de Calidad:			
Documentación Interna Utilizada para el Proceso:			
Documentación Externa Utilizada para el Proceso:			
Recurso Humano:			
Recurso Material:			

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México
Dirección General

DIF EDOMÉX | EDOMÉX DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.

TABLA DE REQUISITOS DEL SERVICIO

FO/SGC/200C01010000000/423/2019

Nombre del Proceso:	
Unidad Administrativa Responsable:	
Producto o Servicio	

Requisitos							
Usuario		Legales y Reglamentarios		Organización		No establecidos pero necesarios	
Requisito	Criterio de Aceptación	Requisito	Criterio de Aceptación	Requisito	Criterio de Aceptación	Requisito	Criterio de Aceptación

Elaboró y Autorizó Lic. Alejandra Guadalupe Rello Rodarte Representante del Sistema de Gestión de la Calidad del DIFEM	Versión: 1 Fecha de Revisión: 14-08-20

TABLA DE OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS

FO/SGC/200C01010000000/424/2019

Nombre del Proceso:				
Unidad Administrativa Responsable:				
Objetivos de Calidad				
Objetivo de Calidad	Elemento de la Política de Calidad con el que se relaciona	Seguimiento y Medición del Proceso	Frecuencia	Evidencia

Estrategias para Alcanzar el Objetivo de Calidad		
Estrategia	Descripción	Responsable