



Consejo General Universitario No. 1-2026
Sesión extraordinaria del 10 de marzo 2026

ACUERDOS

1. **SE RATIFICÓ** la Resolución No. 16-2025, del Consejo Administrativo No. 7-2025, según se detalla:

"RESOLUCIÓN NO. 16-2025

"Por la cual se aprueba modificación al Acuerdo de Consejo Administrativo No.8-2022, Sesión Extraordinaria del 31 de Agosto de 2022, según lo establecido en la Ley 62 del 20 de agosto de 2008 y la Ley 292, del 1 de abril de 2022".

CONSIDERANDO:

1. Que, durante el proceso de reglamentación, de la Ley No.292 de 1 de abril de 2022, en el Consejo Administrativo No.8 de 2022, sesión extraordinaria del 31 de agosto de 2022 y en el Consejo General Universitario No.06-2022, sesión ordinaria del 24 de noviembre de 2022, se modificaron los artículos 6,14 y 396 del Reglamento de Carrera Universitaria.
2. Que en Consejo Administrativo No.8 de 2022, sesión extraordinaria del 31 de agosto de 2022 y en el Consejo General Universitario No.6-2022, sesión ordinaria del 24 de noviembre de 2022, en el Artículo 14, específicamente el numeral 5, se incorporó, por error la expresión **"haber sido seleccionado mediante concurso de plaza"**, cuando la Ley N.º 62 de 20 de agosto de 2008, en su artículo 15, dispone expresamente que el ingreso a la Carrera Administrativa Universitaria debe realizarse mediante **"concurso de antecedentes o exámenes de libre oposición."**
3. Que esta diferencia textual ha generado interpretaciones contradictorias, afectando la correcta aplicación de la Ley No.62 de 20 de agosto de 2008.
4. Que mediante Nota No.CCS-02-2025 de fecha 30 de octubre del año en curso, la Comisión de Control y Seguimiento de la Carrera Administrativa Universitaria solicitó a la Dirección General de Recursos Humanos la modificación del error contenido en el Reglamento de Carrera Administrativa Universitaria, a fin de que se eleve la solicitud ante el Consejo Administrativo y el Consejo General Universitario.

RESUELVE:

Artículo 1. Aprobar modificación del Acuerdo No. 8 del Consejo Administrativo de 31 de agosto de 2022 y el Acuerdo No.6 -2022 del Consejo General Universitario de 24 de noviembre de 2022, por medio del cual se aprobó la modificación al Reglamento de Carrera Administrativa, específicamente los artículos 6,14 y 396, por mandato de la Ley 292 de 1 de abril de 2022, que modificó el artículo 62 de la Ley 4 de enero de 2006,

Artículo 14 del Reglamento de Carrera Administrativa dice así:

"Artículo 14. Para ingresar a la Carrera Administrativa Universitaria se deben cumplir los siguientes requisitos:

1. ...
2. ...
3. ...



- 4. ...
- 5. **Haber sido elegido a través de un concurso de plaza para ocupar el cargo. Los cargos de nivel de jefatura no son sujetos a esta forma de permanencia,**
- 6. ...”

Artículo 14 del Reglamento de Carrera Administrativa, queda así:

- “Artículo 14. Para ingresar a la Carrera Administrativa Universitaria se deben cumplir los siguientes requisitos:**
- 1. ...
 - 2. ...
 - 3. ...
 - 4. ...
 - 5. **Haber sido elegido a través de un concurso de antecedentes o por exámenes de libre oposición. Los cargos a nivel de jefatura no son sujeto a esta forma de permanencia.**
 - 6. ...”

Artículo 2. Esta modificación obedece a que la Ley 62 del 20 de agosto de 2008 de Carrera Administrativa no establece el concepto de Concursos de Plaza, por lo que existe un error en el Acuerdo del Consejo Administrativo No. 8-2022 de 31 de agosto de 2022 y el Acuerdo No.6-2022 del Consejo General Universitario del 24 de noviembre del 2022.

Artículo 3: Remitir la presente resolución al Consejo General Universitario para su aprobación”

- 2. **SE RATIFICÓ** los miembros del Tribunal Superior de Elecciones de la Universidad Autónoma de Chiriquí.

Nombre	Cédula	Carrera
Estudiante María Elizabeth Miranda Loaiza	4-803-1131	Licenciatura en Educación Preescolar Facultad de Ciencias de la Educación
Estudiante Lilibeth Johan Camaño Sanjur	4-781-1490	Profesorado Preescolar Facultad de Ciencias de la Educación

- 3. **SE APROBÓ** el Reglamento de la Clínica Psicológica Universitaria de la Universidad Autónoma de Chiriquí.
- 4. **SE APROBÓ** el Manual para la Elaboración de Procedimientos de la Dirección de Gestión y Calidad.
- 5. **SE APROBÓ** el Manual del Sistema de Gestión Integral de la Calidad, de la Universidad Autónoma de Chiriquí.


Dra. Enis W. Grajales Y.
Secretaria General

PARLAMENTARIA/ Vanessa

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIRIQUÍ
RECTORÍA
CLÍNICA PSICOLÓGICA UNIVERSITARIA**

**REGLAMENTO DE LA CLÍNICA PSICOLÓGICA
UNIVERSITARIA**

**VERSIÓN 1.0
DAVID, CHIRIQUÍ. PANAMÁ
2025**

NTENIDO

REGLAMENTO DE LA CLÍNICA PSICOLÓGICA UNIVERSITARIA 1

ANTECEDENTES3

FUNDAMENTO LEGAL4

CAPÍTULO I.6

DISPOSICIONES GENERALES 6

CAPÍTULO II.7

PROTECCIÓN DEL PACIENTE O CLIENTE 7

CAPÍTULO III.7

SERVICIOS DE LA CLÍNICA PSICOLÓGICA UNIVERSITARIA 7

CAPÍTULO IV.....8

PAGOS DE LOS SERVICIOS..... 8

CAPÍTULO V.....9

FUNCIONES DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA CLÍNICA PSICOLÓGICA UNIVERSITARIA 9

CAPÍTULO VI..... 11

FUNCIONES DEL ESTUDIANTE DE PRÁCTICA SUPERVISADA 11

CAPÍTULO VII.....12

CASOS DE CUMPLIMIENTO CON EL ARTÍCULO 9 DEL CÓDIGO DE ÉTICA Y RESPONSABILIDAD
PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO/A. 12

CAPÍTULO VIII.....13

DISPOSICIONES FINALES..... 13

ANTECEDENTES

La apertura de la Clínica Psicológica se realizó durante los años 1997 a 2001, por iniciativa de la profa. Deidamia Díaz, como Vicedecana electa en la Facultad de Humanidades, quien asumió esta responsabilidad dentro de sus funciones docentes-administrativas.

Una vez terminó dicho período, fue difícil lograr la continuidad porque existía la demanda de atención y no había disposición de profesionales de la especialidad, ya que no existía la Escuela de Psicología. Además, no ha existido la estructura administrativa-logística, el espacio físico para concretizar las acciones y los recursos que competen a este servicio especializado.

Luego de terminado el primer período del mandato de la Rectora, Magíster Etelvina Medianero de Bonagas se dio el momento histórico propicio para que se ofreciera este servicio a la comunidad universitaria y a la sociedad en general, ya que la Evaluación Institucional y la Acreditación, establece como uno de sus criterios al Factor de Gestión Institucional, la creación de nuevas fuentes de ingresos y, el servicio psicológico sirve para este fin.

FUNDAMENTO LEGAL

Entre los fundamentos legales que se consideran como marco para la puesta en marcha de la Clínica Psicológica Universitaria se encuentran:

- La Constitución Política de la República de Panamá de 1972, reformada en el 2004. En su capítulo 6 de salud, seguridad social y asistencia social, declara como función esencial del Estado, velar por la salud de la población, incluida la salud mental, conforme lo dispone en el artículo 109 y por la atención y rehabilitación de las personas con discapacidad mental en atención al artículo 113.
- En el Artículo 110 encomienda al Estado velar por la salud de la población de la República, dejando claramente establecido que “El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla”.
- Código Civil de Panamá, que contiene aspectos específicos para determinar la capacidad de dar testimonio y testamento, lo que involucra la evaluación de las habilidades funcionales de las personas con trastornos mentales.
- Código Penal y Código procesal Penal de la República de Panamá. El segundo, contempla en el Artículo 83 la obligación de denunciar, numerales 1 y 2, que se relaciona con el servicio que presta la Clínica Psicológica:

“Tienen obligación de denunciar acerca de los delitos de acción pública que, en el ejercicio de sus funciones o en ocasión de estas, lleguen a su conocimiento: 1. Los funcionarios públicos, en los hechos que conozcan en ejercicio de sus funciones. 2. Los médicos, farmacéuticos, enfermeros y demás personas que ejerzan cualquier rama de las ciencias médicas, siempre que los hechos hayan sido conocidos en el ejercicio de la profesión u oficio.”
- LEY ORGÁNICA DE EDUCACIÓN (Ley 47 de 1946), que en su enfoque integral, considera el desarrollo de la personalidad y el bienestar psicológico como parte fundamental de la educación.
- LEY NO. 55 DE 03 DE DICIEMBRE DE 2002. Que reconoce el ejercicio de la profesión de la Psicología y dicta otras disposiciones.
- LEY NO. 68 DE 20 DE NOVIEMBRE DE 2003. Que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada. Decreto Ejecutivo #1458, 6 de noviembre de 2012
- Ley 4 del 16 de enero de 2006 que reorganiza la Universidad Autónoma de Chiriquí (UNACHI) creado por la ley 26 de 1994.
- LEY NO. 15 DE 31 DE MAYO DE 2016. Que reforma la Ley 42 de 1999, que establece la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad.

- LEY NO. 174 DE 2 DE NOVIEMBRE DE 2020. Que establece el Marco Jurídico para el Abordaje Integral de las Conductas de Riesgo Suicida.
- LEY NO. 364 DE 06 DE FEBRERO DE 2023. Que desarrolla el derecho humano a la salud mental y garantiza su cobertura nacional.
- Decreto Ejecutivo NO. 137 del 4 de junio del 2007. Que creó la Comisión Nacional Intersectorial para la Prevención y Control de la Conducta Suicida y otras formas de Violencia.
- Decreto Ejecutivo NO. 285 del 28 de mayo de 2021, fue reglamentada la Ley 81 de Protección de Datos Personales, que establece principios, derechos, obligaciones y procedimientos para regular la protección de datos personales en Panamá.
- Decreto Ejecutivo 844 de 14 de septiembre de 2021 que reglamenta algunas disposiciones de la Ley 174 de 2 de noviembre de 2020 que establece el marco jurídico del abordaje integral de las conductas de riesgo suicida y la Resolución No. 802 de 11 de octubre de 2021, que aprueba el Reglamento Interno de Funcionamiento de la Comisión para el Abordaje integral de las conductas de Riesgo Suicida.
- Resolución NO. 001-2019 CT/PS (De 22 de febrero de 2019). Resuelve el Código de Ética y Responsabilidad Profesional del Psicólogo(a).
- Estatuto Universitario de la Universidad Autónoma de Chiriquí (2009).

CAPÍTULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Se concibe la Clínica Psicológica Universitaria (CPU) como un centro de atención especializada a la comunidad universitaria y sociedad en general, así como la promoción del bienestar de los usuarios, ya sea en forma individual o grupal.

Depende administrativamente de la Rectoría.

Inicialmente en la Sede Campus David, pero como plan de extensión de servicios psicológicos a los Centros Regionales y demás sedes de la UNACHI.

Artículo 2. El horario de atención al paciente es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m., se cubre inicialmente de manera matutina y vespertina. Como parte de la extensión de servicios se gestionará la jornada nocturna, de acuerdo a demanda.

Artículo 3. La Clínica Psicológica Universitaria brinda el servicio psicológico con precios módicos a los tres estamentos docente, administrativo y estudiante, según fue aprobado en el Proyecto Institucional de la Clínica Psicológica Universitaria, en el numeral 8. Pagos por Servicios.

Artículo 4. Se organizarán actividades como ciclo de conferencias, paneles, mesas redondas, seminarios-talleres, publicación de boletines y trípticos sobre temas psicológicos; ferias de prevención psicológicas, dictar seminarios en el área de Psicología para las demandas universitarias en las unidades académicas, tanto en el Campus como en los Centros Regionales; también en empresas, colegios, grupos asociados, entre otros.

CAPÍTULO II.

PROTECCIÓN DEL PACIENTE O CLIENTE

Artículo 5. Mantener la confidencialidad de toda la información personal y médica de los pacientes, incluyendo datos personales, antecedentes familiares, diagnósticos y referencias especializadas.

Artículo 6. Los profesionales de la Psicología que laboren en la CPU deben ser custodios de la información personal del paciente, que no deberá ser revelada a terceros en ninguna circunstancia ordinaria, salvo en lo extraordinario que establece el Código de Ética del Psicólogo, en el artículo 9 sobre exención de la confidencialidad, como en el caso de que la vida del paciente corra peligro o de terceros.

Artículo 7. Mantener un lenguaje respetuoso y profesional en todo momento, evitando cualquier tipo de lenguaje vulgar u ofensivo.

CAPÍTULO III.

SERVICIOS DE LA CLÍNICA PSICOLÓGICA UNIVERSITARIA

Artículo 8. Cada cliente que solicite los servicios de la CPU se le entregará el formulario de Consentimiento Informado con las orientaciones sobre los alcances y límites de las atenciones que solicite de manera voluntaria.

Una vez haya leído los deberes y derechos como paciente de la CPU, debe firmar dicho documento de Consentimiento Informado que se incorpora al expediente clínico psicológico.

Artículo 9. Los servicios que ofrecerá la Clínica Psicológica Universitaria son:

1. Consulta Psicológica
2. Consulta Terapéutica
3. Certificado para ingreso escolar
4. Certificado para licencia de conducir
5. Orientación profesional
6. Orientación de parejas
7. Informe de perfil psicológico para concurso informal o banco de datos o el personal docente contingente o transitorio.
8. Informe de perfil psicológico para el personal administrativo de la UNACHI.

Artículo 10. Como recurso esencial las pruebas psicométricas son instrumentos diseñados para medir y evaluar diversas capacidades cognitivas y habilidades mentales, así como rasgos de personalidad y emociones.

Estas pruebas psicológicas deben ser proporcionadas por la administración de la UNACHI a la CPU, sobre todo la batería para medición de la inteligencia Escalas Weschler.

Las pruebas psicológicas que se realizan en la CPU son las siguientes:

1. Encuesta estilos de comunicación
2. Escala Administrada de Estrés Postraumático
3. Escala de actitudes disfuncionales de Weissman y Beck
4. Escala de detección temprana en problemas de niños(as) Owens y Owens
5. Escala de Inteligencia Weschler para niños, adolescentes WISC-R

Aprobado en el Consejo Administrativo No. 6-2025, del 9 de octubre de 2025

Aprobado en Consejo General Universitario No.1-2026, Sesión extraordinaria del 10 marzo del 2026

- 6. Escala de Estrés Holmes-Rahe
- 7. Escala para adultos con trastornos de atención/hiperactividad
- 8. Evaluación clínica de parejas
- 9. Inventario de Depresión de Beck
- 10. La ventana de Johari
- 11. Personalidad LSB-50
- 12. Personalidad MMPI
- 13. Prueba Habilidades Mentales PMA
- 14. Pruebas Proyectiva Test de Apercepción Temática, CAT niños
- 15. Pruebas Proyectiva Test de Apercepción Temática, TAT adultos
- 16. Test de la familia
- 17. Test de la figura humana
- 18. Test de preferencias ocupacionales
- 19. Test Gestáltico Visomotor de Bender
- 20. Test Sentido de vida PIL

Parágrafo: Falta por comprar la Escala de inteligencia adulta WAIS

Artículo 11. Los formularios la clínica que se utilizarán son: consentimientos informados, las entrevistas estructuradas, contratos para los usuarios, referencias, certificados escolares, certificados psicológicos, informes.

CAPÍTULO IV

PAGOS DE LOS SERVICIOS

Artículo 12. La Universidad Autónoma de Chiriquí establecerá los pagos para miembros de la sociedad en general, de manera equitativa y justa, dependiendo del tipo de servicio psicológico que se solicite. Los precios por los servicios de Psicología están a libre oferta y demanda, pero los cambios en los mismos dependen de la aprobación el Consejo Administrativo.

Los pagos que fueron aprobados en el Consejo Administrativo No. 6-2018 de 4 de octubre de 2018, serán depositados en la Asociación de Interés Público (AIP-UNACHI).

Servicios	Costo UNACHI	Costo a externos
-Consulta psicológica.	5.00	10.00
-Consulta terapéutica	10.00	15.00
-Certificado para ingreso escolar. (Entrevista + Prueba Bender)	5.00	10.00
-Certificado para ingreso escolar. (Entrevista +WISC-R)	10.00	15.00
-Certificado para licencia de conducir. (Entrevista + MMPI)	10.00	15.00
-Orientación Profesional (Entrevista, Aptitudes, Personalidad)	10.00	20.00
-Orientación de parejas.	15.00	20.00
Certificado para banco de datos	10.00	20.00

Artículo 13. Los estudiantes Universidad Autónoma de Chiriquí pagarán 50% de cada servicio a costo UNACHI.

Artículo 15. Dependiendo de las condiciones socioeconómicas insuficientes de los miembros de la comunidad universitaria, se establecen exoneraciones de pago, aprobados por la Dirección de la Clínica Psicológica Universitaria.

CAPÍTULO V.

FUNCIONES DEL PERSONAL PSICOLÓGICO Y ADMINISTRATIVO DE LA CLÍNICA PSICOLÓGICA UNIVERSITARIA

Artículo 16. Entre los requisitos a cumplir para la Dirección de la CPU están:

1. Título de Doctor en Psicología Clínica.
2. Certificado de Idoneidad Profesional.
3. Ser docente Tiempo Completo, en el Departamento de Psicología, de la Facultad de Humanidades.
4. Contar con una experiencia mínima de 5 años en el ejercicio de la Psicología Clínica.
5. Debe proponer la candidatura el Decanato de Humanidades y ser ratificado por la Rectoría.

Artículo 17. Dirección de la Clínica Psicológica.

Funciones:

1. Elaboración del Plan Anual de Actividades.
2. Rendir informe anual ante la Rectoría.
3. Coordinar con los diferentes estamentos universitarios cualquiera actividad complementaria al desarrollo de la Clínica Psicológica.
4. Supervisión de la labor de atención clínica.
5. Supervisión de la labor administrativa.
6. Presentar un Presupuesto para la adquisición de las pruebas y equipos tecnológicos necesarios para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los usuarios. Con su propuesta de financiamiento a través de los fondos generados o por financiamiento externo.
7. Gestionar la consecución de los recursos necesarios para el mejor funcionamiento de la Clínica Psicológica.
8. Cumplir con las normativas del Código de Ética y Responsabilidades del Psicólogo/a de Panamá.
9. Por designación de la Rectoría, es la persona responsable de coordinar, ejecutar y promover convenios con las diferentes instituciones nacionales e internacionales, donde exista el espacio de participación que tengan relación con los aspectos psicológicos.
10. También realizará la atención psicológica y luego de confeccionados los diferentes certificados psicológicos deben ser firmados y sellados.
11. La validez de estos certificados es por un año.

Artículo 18. Entre los requisitos a cumplir como Psicólogo/a Clínico/a:

1. Título de Magíster en Psicología Clínica.
2. Certificado de Idoneidad Profesional.
3. Ser docente en el Departamento de Psicología, de la Facultad de Humanidades o miembro del personal administrativo.
4. Contar con una experiencia mínima de 3 años en el ejercicio de la Psicología Clínica.
5. Debe proponer la candidatura la Dirección de la Clínica Psicológica Universitaria y ser ratificado por la Rectoría.

Artículo 19. Las funciones las cuales deberá realizar el Psicólogo/a Clínico/a son:

1. Coordinará las citas por medio de la Secretaría de la Clínica Psicológica, previo pago realizado en la caja de la UNACHI-AIP.
2. Participar en la confección del Plan de Trabajo Anual.
3. Mantener la clínica abierta en el horario establecido.

Aprobado en el Consejo Administrativo No. 6-2025, del 9 de octubre de 2025

Aprobado en Consejo General Universitario No.1-2026, Sesión extraordinaria del 10 marzo del 2026

4. Velar por el funcionamiento óptimo de los programas y servicios de la Clínica Psicológica.
5. Organizar actividades de promoción del servicio clínico psicológico.
6. Actualizar constantemente los recursos psicológicos: instrumentos y equipos que se emplean en la clínica.
7. Preparar el informe mensual de labores y tareas desarrolladas en la Clínica Psicológica, ante la Dirección de la Clínica Psicológica.
8. Cumplir con las normativas del Código de Ética y Responsabilidades del Psicólogo/a de Panamá.
9. Colaborar con apoyo profesional de servicios de psicología cuando sea requerida por autoridades de la Universidad Autónoma de Chiriquí, para el cumplimiento de los fines de la Universidad.
10. Luego de confeccionados los diferentes certificados psicológicos deben ser firmados y sellados.
11. La validez de estos certificados es por un año.

Artículo 20. Son funciones de la secretaría de la Clínica Psicológica Universitaria, las siguientes:

1. Colaborar con las actividades y tareas principales solicitadas por la Clínica Psicológica, previa coordinación con la Dirección de la Clínica Psicológica, y el o los profesional(es) de la Psicología Clínica.
2. Llevar registro estadístico de los casos atendidos diariamente.
3. Confeccionar el expediente clínico de cada paciente y archivarlo adecuadamente.
4. Entregar los controles a los clientes de los servicios psicológicos para que se realicen los pagos en la Caja de la UNACHI-AIP.
5. Llevar el control de los recibos pagados diariamente.
6. Mantener al día tanto los archivos activos como pasivos.
7. Debe cumplir con un perfil ético, excelente discrecionalidad y confidencialidad.
8. Transcribir y redactar documentos de todo tipo, según instrucciones generales del superior Jerárquico.
9. Organizar, distribuir y supervisar el trabajo del personal de menor nivel que labora en la unidad, si los hubiese.
10. Sellar, registrar, ordenar y clasificar la correspondencia recibida.
11. Elaborar informes anuales de las actividades en proceso o concluidas, dentro de las funciones clínicas, administrativas o de proyección que se realizan en la CPU.
12. Realizar otras tareas relacionadas con el cargo que contribuyan al logro de los objetivos de la unidad, como producir documentos administrativos, coordinar la dotación de materiales y equipos necesarios.
13. Atender la agenda del Superior Jerárquico y demás miembros de la CPU, registrando llamadas, mensajes recibidos y programando citas.
14. Preparar agenda para reuniones.
15. Llevar el control con evidencia el desempeño del personal miembro de la CPU.
16. Garantizar el buen funcionamiento del equipo, materiales de oficina u otros necesarios para el funcionamiento óptimo de la CPU.

CAPÍTULO VI.

FUNCIONES DEL ESTUDIANTE DE PRÁCTICA SUPERVISADA

Artículo 21. El (o la) estudiante de práctica profesional debe ser a nivel universitario, de la Facultad de Humanidades o afín, Escuela de Psicología tanto interno como externo de la UNACHI.

Artículo 22. El (o la) Psicóloga (o) Clínica de la CPU fungirá como Supervisión Externa y la Coordinación de la Práctica Supervisada, como Supervisión Interna.

Artículo 23. Servirá como apoyo al Laboratorio de Práctica del Departamento de Psicología tanto interno como externo a la Universidad Autónoma de Chiriquí. Cuando el docente asigne estudiantes a la Clínica, debe coordinar directamente con la Rectoría, y a su vez con la Dirección de la Clínica Psicológica Universitaria.

Artículo 24. Durante el período de práctica supervisada el/la estudiante practicante deberá cumplir con las siguientes funciones:

1. Conocimiento del Código de Ética Profesional de Psicología en Panamá.
2. Presentación de un Plan de Acciones de Práctica Supervisada, acorde con los objetivos del nivel de la misma: Título, objetivo general, objetivos específicos, estructurar casos clínicos (entrevista, evaluaciones con pruebas psicométricas o técnicas proyectivas, impresión diagnóstica, plan de intervención); mural informativo, campaña en redes sociales, iniciativas de proyección social (optativo). Logros y retos por superar.
3. Realizará: Entrevista clínica a estudiantes con indicadores clínicos referentes a trastornos psicológicos y/o psiquiátricos, según cada caso.
4. Calificación de pruebas psicológicas dependiendo del plan de práctica de cada estudiante.
5. Contacto con estudiantes con indicadores emocionales.
6. Colaboración en organización de talleres y actividades adicionales que se realicen en la universidad.
7. Mostrarse proactivo/a en las tareas asignadas.
8. Manejo y capacidad de intervención clínica, acorde a su año de formación.
9. Demostración de escucha activa.
10. Trabajar de forma lógica y sistemática.
11. Ser paciente, objetivo y carente de prejuicios.

Artículo 25. Normas de cumplimiento del practicante:

1. Proporcionar un trato digno y respetuoso a los pacientes.
2. Respetar las normas y protocolos de la Clínica Psicológica Universitaria.
3. Mantener la confidencialidad de toda la información personal y médica de los pacientes, incluyendo datos personales, antecedentes familiares, diagnósticos y notas de tratamiento. Esta información no deberá ser revelada a terceros en ninguna circunstancia, a excepción de aquellos casos donde corra peligro la vida del paciente o de terceros.
4. Los informes psicológicos de los pacientes y los libros se guardan bajo llave dentro de las oficinas de la Clínica, ningún practicante debe llevarse consigo ninguno de estos documentos.
5. Mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas.
6. Cumplir con sus responsabilidades y horarios de trabajo.
7. Mantener una buena comunicación y colaboración con otros miembros del personal de la clínica para garantizar una atención coordinada y de alta calidad para los consultantes.
8. El vestuario debe reflejar un aspecto profesional, limpio y tranquilo, que transmita confianza y respeto al paciente.

9. Cumplir con la cantidad de horas que contempla el plan de estudio, de cada universidad.
10. En caso de ausencia el practicante debe presentar certificado médico o su debida excusa por escrito. Y debe reponer el tiempo que se ausenta.

Artículo 26. Normas por incumplimiento del practicante:

1. Si se encuentra que el individuo ha violado alguna norma, se le informará de las consecuencias y se le proporcionará una advertencia oral.
2. Si la conducta inapropiada persiste una segunda vez después de la advertencia oral, se le informará al practicante sobre las consecuencias de manera escrita.
3. Si la conducta inapropiada persiste una tercera vez después de la advertencia escrita, se tomarán medidas disciplinarias apropiadas, incluyendo la terminación de las labores dentro de la Clínica Psicológica Universitaria.

Artículo 27. El estudiante practicante entregará un Informe sobre la Práctica Supervisada realizada, con evidencias de lo realizado.

Artículo 28. El estudiante será evaluado por la Psicóloga Clínica como Supervisión Externa, de acuerdo con el formulario que proporcione Supervisión Interna de la Universidad.

Artículo 29. La CPU expedirá un certificado como constancia de la Práctica Supervisada realizada, cuando el estudiante practicante haya cumplido con el 80% mínimo del Plan de Acciones de la Práctica Supervisada.

CAPÍTULO VII.

CASOS DE CUMPLIMIENTO CON EL ARTÍCULO 9 DEL CÓDIGO DE ÉTICA Y RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO/A.

Artículo 30. Según el Artículo 9 del Código de Ética Profesional del Psicólogo/a se exceptúan del mantenimiento de la confidencialidad en los siguientes casos:

1. Cuando el cliente o paciente de manera expresa y por escrito, autoriza al psicólogo(a) a revelar la información sujeta a confidencialidad;
2. Cuando el (la) psicólogo (a) consulta con expertos, en procura de una mejor prestación de sus servicios profesionales y de un mayor beneficio para el cliente o paciente; en estos casos no deberá dar a conocer el nombre del cliente o paciente, ni material que hiciera posible su identificación;
3. Cuando el cliente o paciente representa un riesgo para sí mismo o para otras personas;
4. Cuando el cliente o paciente, comunica al psicólogo(a) la intención de cometer un hecho punible;
5. Cuando producto de la prestación de sus servicios, el psicólogo (a), conoce, confirma, o sospecha de violencia doméstica, abuso o negligencia hacia un niño, niña, adolescente, mujer, hombre, adulto(a) mayor o personas con discapacidad;
6. Cuando el (la) psicólogo (a), recibe una orden de autoridad judicial competente que le instruye específicamente, rendir testimonio, exhibir o permitir la inspección judicial de registros o de cualquier medio de almacenamiento de información, respecto de algún cliente o paciente.
7. En caso de que un (una) psicólogo (a), sea objeto de acusación por parte por parte de un (a) cliente o paciente, de sus servicios profesionales, puede revelar información sujeta a confidencialidad, si ello es necesario para su defensa.

Aprobado en el Consejo Administrativo No. 6-2025, del 9 de octubre de 2025

Aprobado en Consejo General Universitario No.1-2026, Sesión extraordinaria del 10 marzo del 2026

8. Cuando el cliente o paciente haya sido referido por evaluación por sus padres, una autoridad educativa, gubernamental, por una empresa u organización para orientación, selección, traslado o ascenso y otros a fin de determinar aptitudes y competencias.

Artículo 31. El/la Psicólogo (a) Clínico/a de la CPU, que en el ejercicio de sus funciones, perciba que se pudiera estar ante conductas calificadas como delito en el ordenamiento penal panameño, tiene el deber de presentar la respectiva denuncia al Ministerio Público, previa autorización de la autoridad nominadora; para lo cual podrá solicitar asistencia legal por parte del Consultorio Jurídico de la UNACHI para el caso emergente.

Artículo 32. Ocurrido lo anterior, y mientras el caso sea del conocimiento del Ministerio Público o de alguna autoridad jurisdiccional competente, se suspenderá la atención al cliente o paciente de la CPU, relacionado con dicha actuación.

CAPÍTULO VIII

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 33. La Universidad Autónoma de Chiriquí deberá elaborar o actualizar el presente reglamento para adecuarlo a las necesidades que surjan según las demandas que emerjan. Los precios establecidos en el Capítulo 4 artículo 12 se encuentran sujeto a las alzas establecidos en los precios del mercado nacional.

Artículo 34. La Dirección de la CPU es la responsable de divulgar el presente reglamento, ante los interesados, clientes o pacientes, evaluadores internos y externos.

Artículo 35. Este reglamento será aprobado por el Consejo Administrativo y ratificado por el Consejo General Universitario.

Artículo 36. Todo servidor público universitario que se encuentra laborando en la CPU también debe cumplir con la Ley 62 y lo reglamentado en la Carrera Administrativa, para gozar de los privilegios que emanan de las mismas.

Artículo 37. Todo docente universitario que se encuentra laborando en la CPU gozará de los privilegios que emanan de las disposiciones sobre la carrera docente.

Parágrafo: La Universidad Autónoma de Chiriquí, elaborará las normas para adecuar, según las necesidades administrativas de planificación, dirección y control de los recursos humanos (posiciones presupuestarias y otros), lo concerniente a la ampliación y extensión de los servicios psicológicos a las unidades académicas y centros regionales, según la demanda que surja.

- **Aprobado en el Consejo Administrativo No. 6-2025, del 9 de octubre de 2025.**
- **Aprobado en Consejo General Universitario No.1-2026, Sesión extraordinaria del 10 marzo del 2026**



Universidad Autónoma de Chiriquí

Re Acreditada por el CONEAUPA, Resolución AI-009-2022

DIRECCIÓN DE GESTIÓN Y CALIDAD

MANUAL PARA LA

**ELABORACIÓN DE
PROCEDIMIENTOS**



MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Código: SGIC-M-02

Universidad Autónoma de Chiriquí

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-02
	Dirección General de Planificación	Página:	4/80
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual para la Elaboración de Procedimientos	Vigente a partir de:	10/03/2026

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIRIQUÍ

MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS
Octubre 2025

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN

Dra. Iris Fuentes
Directora General de Planificación

DIRECCIÓN DE GESTIÓN Y CALIDAD

Mgtra. Linneth Morales
Directora de Gestión y Calidad

Mgtra. Maryelis Ibarra
Elaboración del documento

DISEÑO DE PORTADA Y CONTRAPORTADA

Licda. Sara Castillo
Dirección de Relaciones Públicas

DISTRIBUCIÓN

Este manual es propiedad de la Universidad Autónoma de Chiriquí y queda prohibida su reproducción total o parcial en cualquier medio. El otorgamiento de una copia a terceros deberá ser bajo la autorización del Rector de esta institución.

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-02
	Dirección General de Planificación	Página:	5/80
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual para la Elaboración de Procedimientos	Vigente a partir de:	10/03/2026

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

MAGÍSTER ETELVINA DE BONAGAS
RECTORA

MAGÍSTER JORGE BONILLA
VICERRECTOR ACADÉMICO

DOCTOR PEDRO GONZÁLEZ
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

DOCTORA ROSA MORENO
VICERRECTORA ADMINISTRATIVA

DOCTORA OLDA CANO
VICERRECTORA DE ASUNTOS ESTUDIANTILES

DOCTOR JORGE LÓPEZ
VICERRECTOR DE EXTENSIÓN

DOCTORA ENIS GRAJALES
SECRETARIA GENERAL

TABLA DE CONTENIDO

Presentación	9
Introducción	10
I. MARCO INTRODUCTORIO	11
1.1. Objetivo General	11
1.2. Objetivos Específicos	11
1.3. Ámbito de Aplicación	11
1.4. Referencias Normativas	12
1.5. Consideraciones Generales	14
1.6. ¿Qué es un Manual para la Elaboración de Procedimientos?	16
1.7. Beneficios del Manual	17
II. MARCO CONCEPTUAL	19
2.1. ¿Qué es un Procedimiento?	20
2.2. Importancia de la documentación de los procedimientos para la eficiencia institucional	22
2.3. Objetivo de los procedimientos	24
2.4. Características de los procedimientos	25
2.5. Clasificación de los procedimientos	28
2.6. Ciclo de vida de un procedimiento	30
III. METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS	32
3.1. Modelos de procedimientos	33
3.2. Preguntas claves en la elaboración de procedimientos	35
3.3. Lineamientos para estandarizar procedimientos	37
3.4. Normas para la redacción de procedimientos descriptivos	39
3.5. Diseño de Procedimientos	46
3.5.1. Recolección de información	46
a. Investigación documental	46
b. Entrevista directa	47
c. Observación de campo	48

3.5.2. Análisis de la información	48
3.5.3. Métodos para optimizar un procedimiento	49
3.5.4. Registro y Documentación	50
3.5.5. Revisión	50
3.5.6. Aprobación	51
3.5.7. Registro Digital en el Sistema de Procedimientos	51
3.5.8. Implementación	51
3.5.9. Monitoreo y Evaluación	51
IV. ESTRUCTURA GENERAL DE UN PROCEDIMIENTO	52
4.1. Estructura General	53
4.2. Desarrollo de los procedimientos	54
4.3. Elementos que conforman la estructura del procedimiento	55
a. Elementos que integran el encabezado del procedimiento	57
b. Elemento Conceptuales	64
c. Elementos Narrativos	66
4.4. Diagrama de Flujo	74
4.4.1. Ventajas que ofrece la técnica de diagramación	74
4.4.2. Reglas Esenciales en la Elaboración de Diagramas de Flujo	74
4.4.3. Simbología ANSI para Diagramas de Flujo	76
V. Puesta en Marcha	79
VI. Referencias Bibliográficas	80



PRESENTACIÓN

La Dirección de Gestión y Calidad presenta el Manual para la Elaboración de Procedimientos como instrumento administrativo para la coordinación, dirección y control de las operaciones de la Universidad Autónoma de Chiriquí.

La estructura de este manual emplea un enfoque sistemático para guiar a los responsables de desarrollar y documentar procedimientos a lo largo de las diversas áreas funcionales, asegurando que cada etapa del proceso esté debidamente delineada y que los colaboradores puedan desempeñar sus funciones con un mayor grado de autonomía y confianza.

El objetivo fundamental de este documento consiste en sentar las bases para la elaboración y presentación de los procedimientos, unificando criterios de contenido que permita la trayectoria de las distintas operaciones, a través de la clasificación de las actividades, la identificación de los procesos y la definición del método para efectuarlas. En este contexto, el manual se convierte en un elemento clave para el fortalecimiento de la operatividad interna, su alineación estratégica hacia el cumplimiento de la misión y visión institucional, y es vital para la operación, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Gestión Integral de Calidad (SGIC), propiciando así un ambiente de trabajo óptimo que contribuye al éxito organizacional.

INTRODUCCIÓN

El Manual para la Elaboración de Procedimientos es un instrumento de apoyo administrativo que orienta de manera clara y práctica a los funcionarios que tienen la responsabilidad de elaborar y mantener actualizados los procedimientos de las áreas administrativas, académicas, de investigación y de extensión; permitiendo comunicar el conocimiento interno de las operaciones que integran la institución.

Este manual proporciona directrices claras y concisas sobre cómo redactar y formalizar procedimientos, asegurando la uniformidad en su presentación y transmitiendo la información esencial que facilitará las labores, la evaluación interna y su actualización, mediante una metodología organizada con formatos e instructivos necesarios para su elaboración, autorización y difusión.

Este instrumento fomentará una administración eficaz, enfocada en lograr resultados eficientes, responder de manera dinámica a los cambios, potenciando la productividad y competitividad a largo plazo y, por ende, creando un entorno donde todos sus miembros puedan contribuir al éxito y crecimiento de la institución.

En el contenido de este documento se abordarán aspectos relevantes como los conceptos básicos, los lineamientos y las técnicas específicas para la documentación y presentación; la metodología para desarrollar cada uno de sus apartados y los elementos que integran el diseño del procedimiento. Finalmente, es importante resaltar que su implementación tiene un impacto significativo en la gestión del conocimiento y afianzando los controles administrativos.

I. MARCO INTRODUCTORIO

1.1. Objetivo General

Establecer normas metodológicas para la redacción y organización de los procedimientos de las áreas académicas, administrativas, de investigación y de extensión, garantizando la eficiencia de su contenido y promoviendo la adherencia de los usuarios a procesos estructurados y ordenados, contribuyendo a la mejora continua de los servicios ofrecidos por la UNACHI.

1.2. Objetivos Específicos

- Establecer un marco de referencia para el control interno y la gestión de la información, que optimice la eficacia de los servicios prestados a la comunidad universitaria y a la sociedad en general.
- Lograr uniformidad en la forma y naturaleza de los elementos que integran la elaboración de procedimientos, facilitando su comprensión y aplicación.
- Definir las directrices y mecanismos de coordinación que impulsen la sistematización y eficacia de las actividades diarias.
- Promover el desarrollo de capacidades y competencias en el personal responsable de la elaboración y documentación de procedimientos en sus respectivas áreas.
- Facilitar la integración de las unidades administrativas y académicas mediante la optimización del flujo de información.

1.3. Ámbito de Aplicación

El presente manual se aplica a todas unidades administrativas, académicas, de extensión e investigación de la Universidad Autónoma de Chiriquí, incluyendo la Sede Central, los Centros Regionales, Extensión Universitaria y Sub-Sedes Regionales.

1.4. Referencias Normativas

El fundamento legal que otorga a la Universidad Autónoma de Chiriquí la autoridad para emitir este manual es el siguiente:



1. Constitución Política de la República de Panamá.

Artículo 306.

“Las dependencias oficiales funcionarán a base de un Manual de Procedimientos y otro de Clasificación de Puestos”.



2. Normas de Control Interno Gubernamental emitidas por la Contraloría General de la República

3.1.3. Objetivos de la Estructura de Control Interno

De acuerdo con el principio de legalidad que debe de caracterizar los actos administrativos de las instituciones del Sector Público, el diseño de la estructura de Control Interno se dirigirá al logro de los siguientes objetivos:



Garantizar que el ente público disponga de mecanismos de planificación y presupuesto diseñados para dirigir su gestión hacia el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales en términos de economía, eficiencia y efectividad.



Asegurar que la institución disponga de una estructura orgánica funcional que proporcione el marco adecuado para planificar, dirigir y controlar su gestión, así como para asignar responsabilidades y delegar autoridad en los diferentes estratos de la organización.



Asegurar que exista un plan de desarrollo de recursos humanos, que garantice al ente público, disponer del personal calificado para cumplir sus objetivos.



Establecer un adecuado sistema de control que garantice que las operaciones se realicen de acuerdo a un conjunto de reglas por escrito que señalan los procedimientos aprobados.

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-02
	Dirección General de Planificación	Página:	13/80
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual para la Elaboración de Procedimientos	Vigente a partir de:	10/03/2026



3. Estatuto Universitario de la UNACHI

Funciones de la Dirección de Planificación:

Capítulo V, Artículo 155.

Acápite 5.

“Estudiar la organización académico-administrativa de la universidad y sugerir sistemas de procedimientos administrativos para las distintas unidades que integran la estructura administrativa de la institución”.



4. Política de Calidad Institucional

Aprobada en Consejo Académico No. 08-2024 del 31 de mayo de 2024 y ratificada en el Consejo General Universitario No. 03-2024 del 21 de junio de 2024).

1.5. Consideraciones Generales



En cumplimiento de todas las disposiciones contenidas en la normativa presentada, las unidades administrativas, académicas, de investigación y de extensión, deberán seguir las instrucciones contenidas en este manual para la elaboración o actualización de procedimientos.



Para garantizar la eficiencia y la calidad de los procesos, cada vicerrectoría, facultad, dirección, instituto, departamento, sección o área específica será responsable de elaborar y presentar de manera precisa sus procedimientos. Esta documentación servirá como referencia para la ejecución de las tareas y como base para las auditorías internas.



Los responsables de las unidades deben garantizar que los procedimientos de sus áreas estén redactados, implementados y actualizados de forma permanente.



El Comité Técnico de Calidad y la Dirección de Gestión y Calidad brindará asesoramiento en planificación, metodología y herramientas técnicas para la creación de procedimientos. En caso de requerir asesoría previa a la elaboración o actualización de los procedimientos, los jefes de cada sección deberán enviar una nota a la Dirección de Gestión y Calidad, en el que se indique el nombre de la persona responsable de su ejecución, con el fin de programar la asistencia solicitada.



De conformidad con la política de mejora continua, la unidad responsable de los procedimientos puede modificarlos o eliminarlos periódicamente para adaptarse a nuevos requerimientos u optimizar los procesos.



Una vez que la unidad responsable elabore, actualice, modifique o elimine un procedimiento, deberá notificar a la Dirección de Gestión y Calidad. Esta comunicación es clave para asegurar que los cambios se incorporen y actualicen en el sistema universitario, y que pasen por el proceso de control de calidad. Estos cambios se verificarán, siguiendo los criterios de calidad y el orden de verificación y aprobación establecidos en el sistema.



El Comité Técnico de Calidad revisará y validará los procedimientos que reciba de las unidades. Por su parte, la Dirección de Gestión y Calidad autorizará los procedimientos y emitirá un dictamen técnico que incluirá el registro autorizado o las recomendaciones pertinentes.



Cada unidad asumirá la gestión de sus procedimientos, asegurando su cumplimiento según lo especificado en este documento.



La Dirección de Gestión y Calidad es la unidad competente para la aprobación de la documentación institucional que forma parte del Sistema de Gestión Integral de Calidad. Para ello, se encargará de la revisión (asegurando que el documento cumpla con la plantilla y el formato estándar), la validación (verificando la trazabilidad del código, la fecha de aprobación y el número de versión) y la autorización técnica basada en criterios de calidad. Este proceso incluye todos los manuales, procedimientos, guías, instructivos, formatos y formularios, garantizando que cumplan con los estándares internos de calidad de la institución y con la normativa vigente aplicable. Estos documentos, (a excepción de los manuales institucionales) no requieren la aprobación de los órganos de gobierno de la universidad.



Los procedimientos oficiales son propiedad de la institución, por lo que se recomienda conservar una copia impresa en las áreas de trabajo.

1.6. ¿Qué es un Manual para la Elaboración de Procedimientos?

Es un documento administrativo que contiene en forma ordenada y sistemática, la metodología y los pasos a seguir para el levantamiento y presentación de los procedimientos de las diversas operaciones o actividades que se realizan dentro de la institución, permitiendo implementar un sistema de coordinación, evaluación y control interno.

Figura 1. Manual de Procedimientos

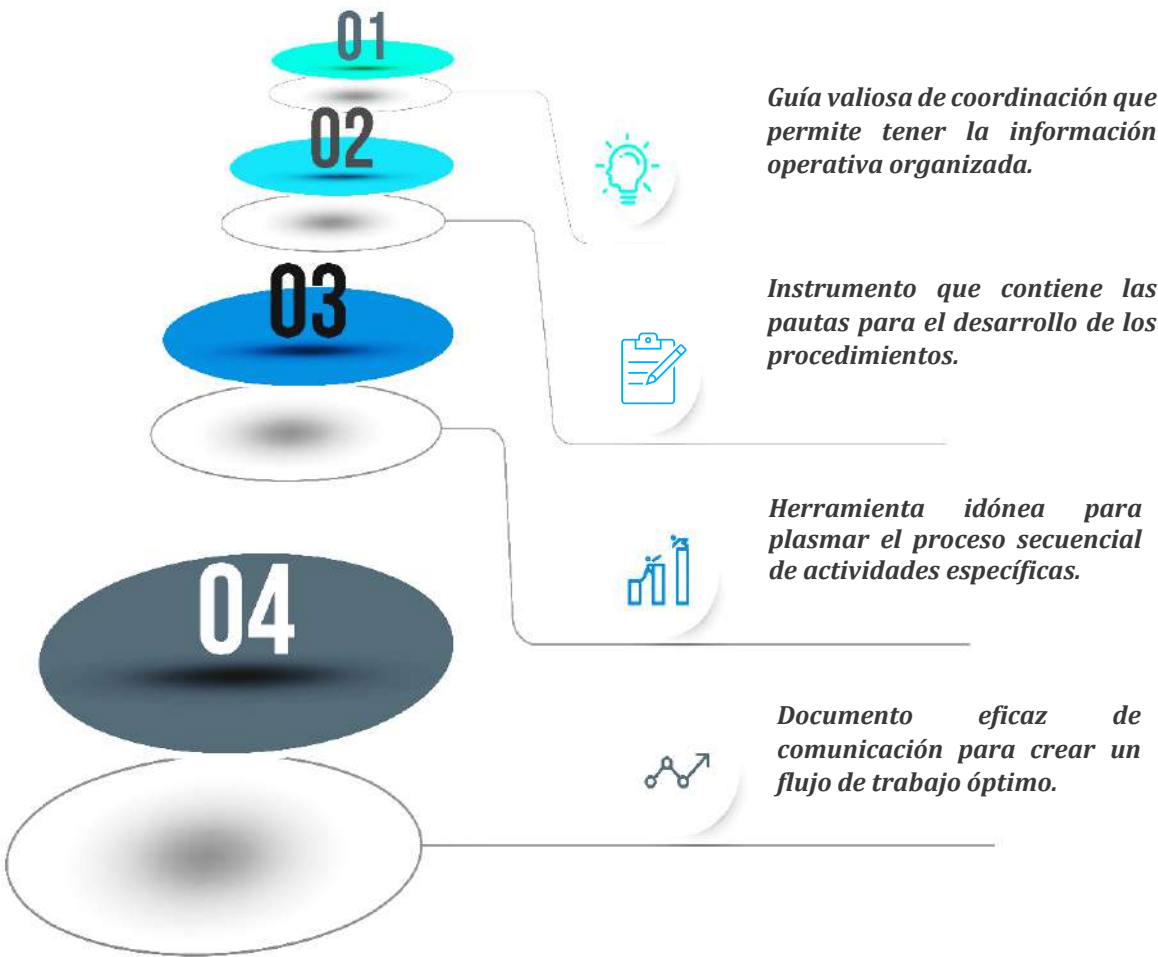
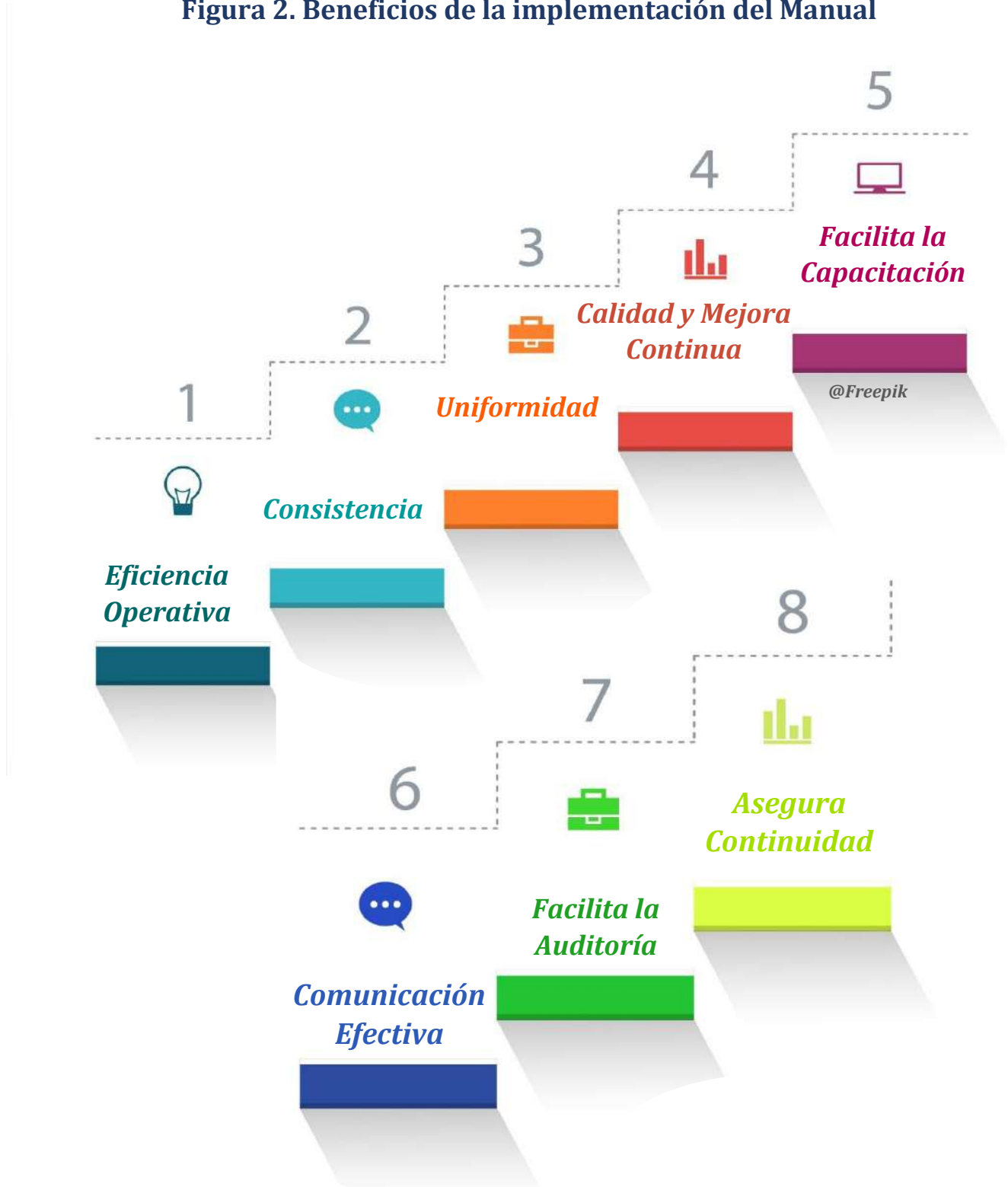


Figura 2. Beneficios de la implementación del Manual



1.7. Beneficios de la implementación del Manual

1. Eficiencia operativa

- Facilita una comprensión clara y metódica de las tareas que se llevan a cabo en la unidad responsable, a fin de tener un conocimiento profundo de su funcionamiento interno, en cuanto a la descripción de las actividades, los requerimientos y los responsables de su ejecución.
- Especifica las actividades que deben realizar los involucrados en cada etapa del procedimiento, evitando la duplicidad de estas.
- Contribuye a la optimización de los recursos y el tiempo, así como los flujos de trabajo.

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-02
	Dirección General de Planificación	Página:	18/80
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual para la Elaboración de Procedimientos	Vigente a partir de:	10/03/2026

2. Consistencia

- Asegura que todos los procedimientos se realicen de la misma manera, evitando variaciones y confusiones, independientemente de quién los ejecute.
- Seguir procedimientos claramente establecidos reduce la probabilidad de errores.

3. Uniformidad

- Ayuda a alinear los criterios en el desarrollo y organización de tareas.
- Mantiene y regula el cumplimiento de los procedimientos en las áreas de trabajo e impide su modificación arbitraria.

4. Calidad y Mejora Continua

- Establece una base para identificar áreas de mejora y realizar los ajustes necesarios.
- Al definir pasos y criterios específicos, ayuda a mantener y mejorar la calidad de los servicios y procesos universitarios.

5. Facilita la capacitación

- Sirven de base para el adiestramiento y capacitación del nuevo personal, proporcionando una referencia detallada de los procedimientos a seguir.
- Facilita la participación del personal con las tareas que se realizan en las diversas áreas que componen la unidad responsable.
- Fomenta el aprendizaje continuo y la mejora de habilidades.

6. Comunicación Efectiva

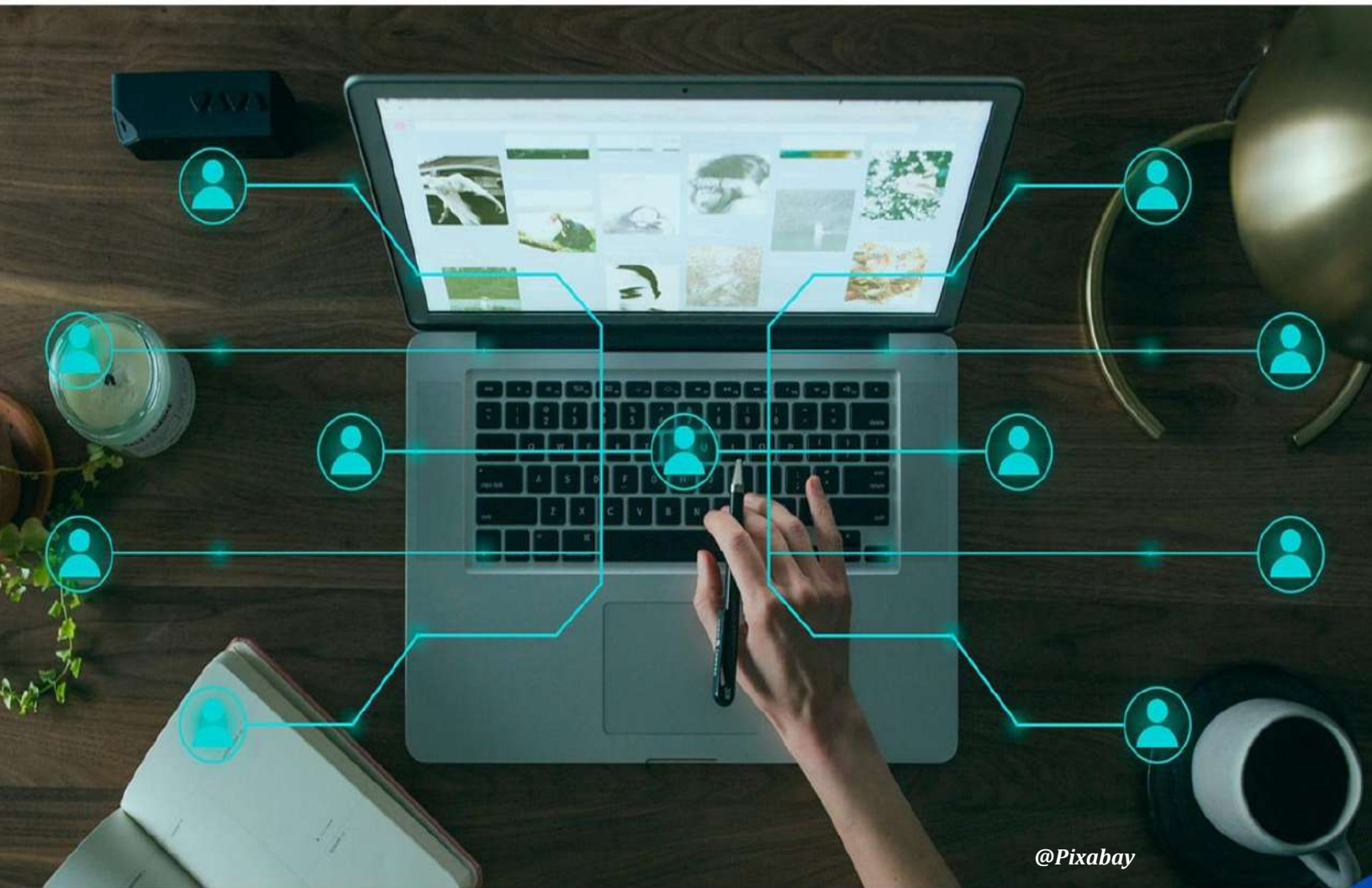
- Registra y comunica el conocimiento institucional y lo hace accesible a todos los miembros de la comunidad universitaria.
- Proporciona una base clara para la comunicación interna donde todos los miembros de la universidad pueden consultar el mismo manual para comprender y seguir los procedimientos establecidos.

7. Facilita la Auditoría y el Cumplimiento

- Facilita el cumplimiento de normativas y estándares institucionales.
- Simplifica la auditoría interna y externa al proporcionar una documentación clara y completa de los procedimientos favoreciendo la revisión y control interno.

8. Asegura Continuidad

- Preserva el conocimiento institucional y asegura que los procedimientos se mantengan consistentes, incluso cuando se realicen reestructuraciones o cambios de personal.



II. MARCO CONCEPTUAL



2.1. ¿Qué es un Procedimiento?

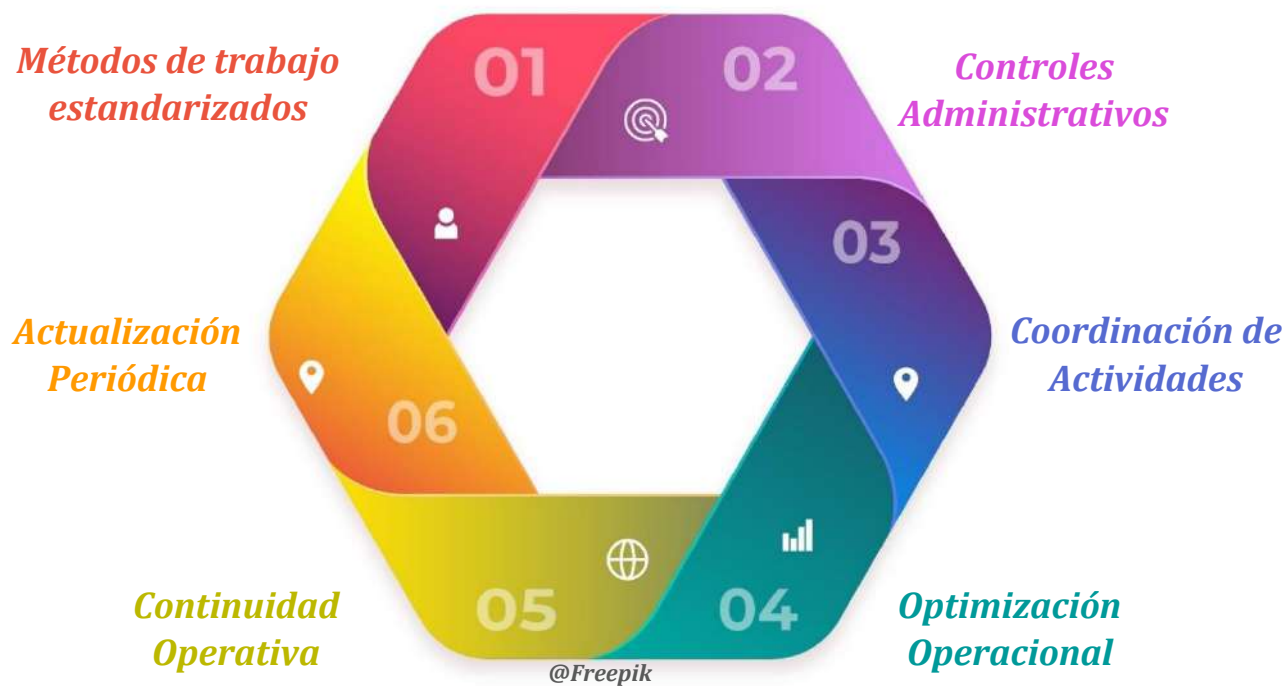
Se refiere a un conjunto de pasos sistemáticos y ordenados cronológicamente que guían la ejecución de ciertas actividades o procesos dentro de la universidad. Los procedimientos determinan las formas más eficientes para operar las actividades y comprender las relaciones entre áreas y los flujos de información. Esto facilita el entendimiento de la dinámica organizacional, creando una forma de operación estándar y clara para todos.

Ejemplo de un procedimiento:

Admisión de Estudiantes: Abarca todos los pasos para la inscripción y evaluación de solicitudes de nuevos estudiantes, incluyendo los requisitos de documentos, fechas límite y criterios de selección.

Un procedimiento incluye una descripción de los cargos que intervienen, la responsabilidad y la participación de los actores, así como los formatos de aplicación con sus respectivos instructivos de llenado y un diagrama de flujo. El proceso ayuda a asegurar servicios oportunos, eficientes y de alta calidad en todo momento.

Figura 3. Importancia de la documentación de los procedimientos para la eficiencia institucional



La documentación de los procedimientos constituye un recurso invaluable para garantizar la eficiencia institucional, genera múltiples beneficios para la organización a largo plazo, potenciando la calidad educativa y administrativa, así como una mejor gestión del conocimiento.

Se recomienda que los procedimientos sean desarrollados directamente por el personal que ocupa los puestos involucrados, ya que conocen cómo se realizan las tareas para lograr los objetivos definidos.

2.2. Importancia de la documentación de los procedimientos para la eficiencia institucional

Se trata de un proceso estratégico que permite capturar, estandarizar y preservar el conocimiento operativo de la institución. Al convertir las prácticas cotidianas en manuales, guías y flujogramas accesibles, la universidad no solo asegura la continuidad de sus procesos ante la rotación de personal, sino que también establece una base sólida para la mejora continua. De esta manera, el establecimiento de sistemas y procedimientos documentados genera ventajas como las siguientes:

- 1

Métodos de trabajo estandarizados
La documentación define claramente los pasos a seguir para realizar una tarea, lo que asegura que todos los miembros de la organización trabajen de manera consistente y alineada.
- 2

Controles administrativos
Define los controles necesarios para garantizar que los procedimientos se sigan correctamente. Estos controles pueden ser de tipo preventivo o correctivo.
- 3

Coordinación de actividades
La documentación promueve la colaboración y compromiso entre diferentes equipos y áreas, al establecer un lenguaje común y un entendimiento compartido de los procesos.
- 4

Optimización operacional
Desarrolla métodos más eficientes de operación y presenta una visión general del procedimiento mostrando cómo cada puesto colabora y se interconecta con los demás.
- 5

Continuidad operativa
En caso de que un empleado se ausente o la institución experimente cambios en su personal, la documentación garantiza que el conocimiento institucional se mantenga y que las operaciones continúen sin interrupciones.

6

Actualización periódica

Los procedimientos documentados pueden ser fácilmente revisados y actualizados para adaptarse a nuevos requerimientos o cambios en el entorno tecnológico.

Además, permite identificar áreas de mejora en los procesos, facilitando la implementación de cambios y la optimización de los recursos. Al tener un registro histórico de los procedimientos, se puede evaluar el impacto de las modificaciones realizadas y tomar decisiones más informadas.

La documentación de procedimientos es mucho más que un simple requisito administrativo. Es una herramienta estratégica que contribuye al crecimiento y desarrollo de toda la institución desde los funcionarios hasta los clientes. En resumen, invertir en la documentación de procedimientos es una decisión inteligente que genera beneficios a largo plazo.

2.3. Objetivos de los Procedimientos



1. Implementar efectivamente el marco normativo que rige el funcionamiento de cada proceso dentro del Modelo del Sistema de Gestión Integral de Calidad de la UNACHI.



2. Establecer los parámetros de cada proceso, sus actividades y tareas, y asegurar que cumplen con el objetivo del macroproceso en el que se ejecuta.



3. Determinar los flujos de información para cumplir con los objetivos de las actividades requeridas para la adecuada gestión y operación de la universidad.



4. Definir las responsabilidades y los mecanismos de control necesarios para cada etapa del proceso, asegurando la ejecución eficiente de las labores y el cumplimiento de los objetivos institucionales.



5. Canalizar los recursos y capacidades esenciales para llevar a cabo los procesos de las áreas relacionadas.

Figura 4. Características de los Procedimientos



Estos procedimientos son sistemáticos, estandarizados y con frecuencia complejos, reflejando la naturaleza multifacética de las operaciones internas, contribuyendo al buen funcionamiento y desarrollo de la institución. Cada uno de estos procedimientos contribuye a la creación de una comunidad académica proactiva, eficiente y ética.

2.4. Características de los Procedimientos

1. Estandarización

Los procedimientos universitarios deben ser estandarizados. Esto se refiere a una serie de etapas y protocolos claramente definidos que deben cumplirse. La estandarización de los procedimientos garantiza que todos, estudiantes y docentes, reciban un trato justo, evita que la subjetividad influya en los resultados. Por ejemplo, los procesos de admisión a la universidad generalmente se basan en criterios que siguen un formato común sin que haya diferencia en el orden en que se presentan los documentos, las entrevistas y los exámenes de ingreso.

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-02
	Dirección General de Planificación	Página:	26/80
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual para la Elaboración de Procedimientos	Vigente a partir de:	10/03/2026

2. Transparencia

Otra característica importante de los procedimientos en la institución es la transparencia. De acuerdo con esto, se debe permitir que cada grupo de interés acceda a los pasos y criterios de los procedimientos que les competen. Un ejemplo es la efectividad con que se comunica la política de evaluación académica y los criterios de calificación, de modo que todos los miembros involucrados conozcan las bases sobre las que se toman las decisiones relativas al rendimiento de los estudiantes.

3. Documentación

Para cualquier procedimiento universitario, es necesaria una documentación detallada que proporcione lo necesario para implementarlo y monitorearlo. En esta categoría, se incluyen los manuales, guías, formularios y formatos que se utilizan para llevar a cabo tareas específicas. Por ejemplo, en el caso de los procesos de matrícula, se utiliza un manual que especifica los documentos requeridos, los plazos a seguir y las consecuencias de no cumplir con los requisitos establecidos.

4. Adaptabilidad

Aunque la estandarización es esencial, los procedimientos deben ser lo suficientemente ajustables para adaptarse a circunstancias excepcionales. Debe existir la posibilidad de ajustar los procedimientos de la universidad en situaciones no planificadas, por ejemplo, una crisis de salud pública o modificaciones en la normativa que rige la educación. Durante la pandemia de COVID-19, muchas universidades realizaron cambios en sus procedimientos de enseñanza y evaluación para garantizar la continuidad educativa en un formato en línea.

5. Participación

La participación e inclusión de varias partes interesadas dentro de la comunidad universitaria también es relevante para revisar y diseñar procedimientos. En este sentido, los puntos de vista y las sugerencias de los estudiantes, docentes y el personal administrativo no pueden pasarse por alto. La creación de comités consultivos o foros de discusión es una de las formas de fomentar la participación y sacar provecho de la diversidad de perspectivas que pueden contribuir y mejorar los procesos existentes.

6. Evaluación y Mejora Continua

En una universidad, los procedimientos también deben presentar mecanismos de evaluación y revisión regular. A través de ellos, será posible identificar áreas requeridas para mejorar y desarrollar prácticas más efectivas. Por ejemplo, las universidades siempre utilizan encuestas de satisfacción estudiantil y de personal; esta es una vía para obtener información acerca de la efectividad de los procedimientos y qué tan bien se están

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-02
	Dirección General de Planificación	Página:	27/80
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual para la Elaboración de Procedimientos	Vigente a partir de:	10/03/2026

cumpliendo los objetivos establecidos. Basándose en estos resultados, las instituciones pueden implementar ajustes según sea necesarios.

7. Integración Tecnológica

En la era digital, la integración de la tecnología en los procedimientos universitarios es una función esencial. Los sistemas de administración de la información, las plataformas de aprendizaje en línea y las aplicaciones móviles permiten rastrear y ejecutar los procedimientos mencionados, como el registro académico y la administración de los recursos educativos. Sin dudas, aumenta la eficacia; sin embargo, también transforma los procedimientos en algo accesible a la comunidad universitaria.

8. Cumplimiento Normativo

Por otro lado, todos los procedimientos en la universidad deben realizarse según las normativas legales y reglamentarias en todos los niveles, desde la local hasta las leyes nacionales. Esto es para garantizar que la institución opere dentro de un marco legal que protege los derechos de los estudiantes, profesores y la integridad de los procesos académicos. Por ejemplo, la gestión de datos personales de los estudiantes debe realizarse de acuerdo con las leyes de protección de datos para garantizar que la privacidad de la información sea salvaguardada correctamente.

Los procedimientos institucionales son la columna vertebral de cualquier organización, ya que proporcionan un marco estructurado para llevar a cabo las actividades diarias; son esenciales para la organización interna y la creación de un ambiente de confianza y responsabilidad. Regulan una variedad de actividades de las áreas académicas, administrativas, de investigación y de extensión, mediante pautas estructuradas, asegurando que la institución funcione de manera ordenada y eficiente.

2.5. Clasificación de los Procedimientos

Dentro del contexto universitario, los procedimientos pueden clasificarse en varias categorías, cada una de las cuales juega un rol crucial en el funcionamiento general de la institución. A continuación, se detallan las principales tipologías de procedimientos que se pueden encontrar en la universidad:

1. **Académicos:** Los procedimientos académicos son aquellos que regulan las actividades relacionadas con la enseñanza y el aprendizaje, así como la evaluación del rendimiento estudiantil y docente. Algunos ejemplos se describen a continuación:

- **Admisión y matrícula:** Inscripción de estudiantes, pago de matrícula, asignación de horarios, etc.
- **Evaluación y Calificación:** Métodos para evaluar el desempeño estudiantil, la asignación y gestión de calificaciones.
- **Graduación:** Procedimientos para la verificación de requisitos de graduación y la emisión de diplomas.
- **Servicios Estudiantiles:** Procesos para brindar asesoría académica, orientación profesional a los estudiantes, servicios médicos, psicológicos y de bienestar.

2. **Administrativos:** Son aquellos que se ocupan de la gestión de recursos tangibles e intangibles de la universidad, garantizando su adecuado funcionamiento. Algunos ejemplos se detallan a continuación:

- **Recursos humanos:** Contratación, remuneración, evaluación del desempeño, capacitación y gestión de beneficios.
- **Presupuesto:** Elaboración, ejecución y control del presupuesto.
- **Mantenimiento:** Funcionamiento óptimo de Infraestructura, equipos, servicios generales.
- **Tecnología:** Administración de plataformas tecnológicas para el manejo de datos y comunicación.
- **Comunicación Institucional:** Gestión para la comunicación interna y externa de la universidad.
- **Compra:** Adquisición de bienes y servicios.

Ejemplo de Procedimientos para la compra de un equipo de laboratorio:
Incluye la identificación de la necesidad, la elaboración de una solicitud de compra, la cotización, la aprobación del presupuesto, la emisión de una orden de compra y la recepción del equipo.

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-02
	Dirección General de Planificación	Página:	29/80
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual para la Elaboración de Procedimientos	Vigente a partir de:	10/03/2026

3. De Investigación: Estos procedimientos regulan todas las actividades relacionadas con la generación y gestión de conocimiento científico y tecnológico. Su objetivo es asegurar la rigurosidad, la ética y la calidad en los proyectos de investigación que se desarrollan en la institución. Algunos ejemplos se detallan a continuación:

- Gestión de proyectos de investigación
- Publicación y divulgación
- Propiedad intelectual

4. De Extensión: (o de Vinculación con la Sociedad): Los procedimientos de extensión se refieren a las actividades que conectan a la universidad con la comunidad externa, llevando el conocimiento y los recursos institucionales fuera de sus campus. Su propósito es fomentar la interacción social, la transferencia de tecnología y la prestación de servicios a la comunidad. Algunos ejemplos se detallan a continuación:

- **Servicios comunitarios:** Procesos para la organización y ejecución de proyectos de servicio social.
- **Eventos culturales y artísticos:** Organización y promoción de exposiciones, conciertos, festivales y otras actividades que fomentan la cultura y las artes en la sociedad.

Figura 5. Ciclo de vida de un procedimiento



2.6. El ciclo de vida de un procedimiento

Es un proceso dinámico que involucra varias etapas, garantizando la eficiencia, la calidad y la consistencia en las distintas actividades académicas y administrativas. A continuación, se presenta una descripción detallada de cada una de las etapas que lo componen:

- 1. Identificación:** Se detecta la necesidad de un nuevo procedimiento o la actualización de uno existente. Esto puede surgir a partir de cambios en normativas, nuevas tecnologías, ineficiencias identificadas o la solicitud de diferentes áreas de la universidad.
- 2. Análisis:** Se realiza un análisis profundo del proceso actual o propuesto, identificando los pasos involucrados, los recursos necesarios, los responsables de cada etapa y los posibles puntos de mejora.
- 3. Elaboración y documentación:** Se elabora un documento detallado que describa de manera clara y concisa cada paso del procedimiento. Se incluyen diagramas de flujo, formularios, plantillas y cualquier otro elemento necesario para su comprensión.

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-02
	Dirección General de Planificación	Página:	31/80
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual para la Elaboración de Procedimientos	Vigente a partir de:	10/03/2026

4. **Revisión:** El procedimiento es revisado por expertos en el área para identificar posibles errores u omisiones.
5. **Aprobación:** El procedimiento se somete a una evaluación por parte de las autoridades competentes, quienes verifican que cumpla con cada uno de los requerimientos. Una vez aprobado, se emite una resolución o documento oficial sellado que autoriza la implementación del procedimiento.
6. **Implementación:** Se comunica el nuevo procedimiento a todos los involucrados, a través de capacitaciones, manuales o cualquier otro medio adecuado. Se inicia la aplicación del procedimiento en las actividades diarias, monitoreando su funcionamiento y realizando los ajustes necesarios.
7. **Evaluación y mejora continua:** Se realiza un seguimiento periódico del cumplimiento del procedimiento, identificando posibles desviaciones o dificultades. Se identifican las áreas de mejora y se implementan las acciones necesarias para optimizar el procedimiento.
8. **Actualización:** Se actualiza el documento del procedimiento de manera regular para reflejar los cambios y las mejoras introducidas.



@Pixabay

III. METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

3.1. Modelos de Procedimientos

Los modelos de procedimientos son estructuras organizativas que describen los pasos y las reglas que deben seguirse en la ejecución de diversas actividades académicas y administrativas. La implementación de estos modelos exige, en primer lugar, un análisis detallado de los procedimientos existentes, así como un diagnóstico preciso de las necesidades de los distintos actores y áreas involucradas. La participación del personal administrativo es de vital importancia debido a su experiencia y el profundo conocimiento de las operaciones internas que rigen la institución.



Imagen generada con IA

Los diversos departamentos y unidades de la universidad pueden comunicarse y trabajar juntos gracias a la aplicación de modelos de procedimientos. La claridad y documentación de los procedimientos pueden prevenir deficiencias y maximizar los recursos.

A continuación, se presentan diversos modelos que pueden ser adoptados para la documentación de procedimientos en este entorno, con el fin de mejorar la organización y la accesibilidad de la información:



Imagen generada con IA

a. Descriptivo

Se basa en una descripción detallada u ordenada que relata cómo realizar una tarea o proceso específico dentro de la institución. Su nivel de detalle puede variar, siendo a veces documentos extensos que demandan una lectura cuidadosa para identificar las tareas y responsabilidades específicas.

Este método se basa en la formulación de diversas etapas claramente definidas, tiene como objetivo proporcionar un marco que facilite la comprensión y la ejecución de las actividades que son fundamentales para el desarrollo integral de la institución. Este modelo representa una herramienta de vital importancia para la sistematización de procesos educativos, administrativos y de investigación. Resulta especialmente útil en procesos que requieren un alto grado de control y estandarización, como los procesos de admisión o gestión de calificaciones.

Al establecer un lenguaje común y proporcionar una guía detallada, asegura la uniformidad en la aplicación de los procedimientos y contribuye a la prevención de errores y riesgos asociados a la falta de claridad. Por ejemplo:



"En un proceso de admisión, un procedimiento detallado asegura que todos los candidatos sean evaluados bajo los mismos criterios, evitando sesgos y garantizando la equidad en la selección."

b. De Pasos



Imagen generada con IA

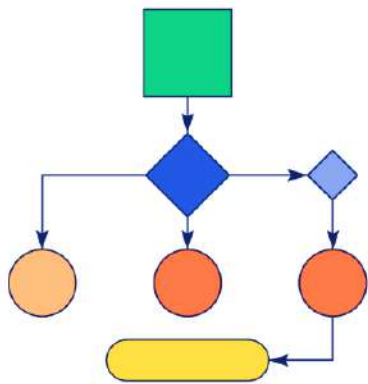
Es una herramienta práctica para documentar tareas muy sencillas, repetitivas y de baja complejidad que son fundamentales en el día a día de cualquier oficina.

Por ejemplo:



"El procedimiento tradicional para atender una llamada telefónica de un cliente, donde cada paso, desde la recepción de la llamada hasta la resolución del problema, se detalla de manera clara y breve".

c. Flujograma o Diagrama de Flujo



Son herramientas visuales que simplifican la comprensión de procesos complejos. Representan de forma gráfica la secuencia de actividades, el flujo de información y las áreas involucradas. Existen diversos modelos, como los lineales, sectoriales o funcionales, que permiten elegir la representación más adecuada para cada caso.

3.2. Preguntas claves en la elaboración de procedimientos

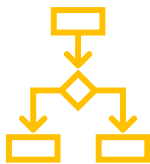
Los responsables de diseñar los procedimientos deben garantizar que hayan respondido de manera exhaustiva las preguntas fundamentales:

- **Objetivo y alcance:** Propósito del procedimiento y los resultados que se obtienen de éste.



- ✓ ¿Cuál es el propósito exacto de este proceso?
- ✓ ¿Qué resultados buscamos alcanzar?

- **Actividades y secuencia:** Tipo de actividades que se realizan en la unidad administrativa o académica.



- ✓ ¿Cuáles son las tareas específicas involucradas?
- ✓ ¿En qué orden se ejecutan?

- **Responsabilidades:** Áreas o unidades operativas que intervienen en el procedimiento, y el factor humano, ya sea como individuos o como grupos, para la realización del trabajo.



- ✓ ¿Quién es el responsable de cada tarea?
- ✓ ¿Podría reasignarse a otro funcionario alguna tarea para mejorar la eficiencia?

- **Ubicación:** Se refiere a la ubicación geográfica de las oficinas.



✓ ¿Dónde se realiza el proceso?

- **Recursos:** Factor humano y elementos tangibles e intangibles necesarios para llevar a cabo las operaciones y alcanzar los objetivos.



- ✓ ¿Qué recursos (humanos, materiales, tecnológicos) se requieren?
- ✓ ¿Cómo se asignarán y gestionarán estos recursos?
- ✓ ¿Existen oportunidades para optimizar el uso de los recursos?

- **Cronograma:** Es la periodicidad con la que se realiza el trabajo, así como los horarios y tiempos requeridos para obtener resultados o culminar una actividad.



- ✓ ¿Cuándo se inicia y finaliza el proceso?
- ✓ ¿Existen restricciones de tiempo que deban considerarse?
- ✓ ¿Podría ajustarse el cronograma para mejorar la productividad?

- **Justificación y valor:** Fundamenta la existencia del trabajo o de su procedimiento.



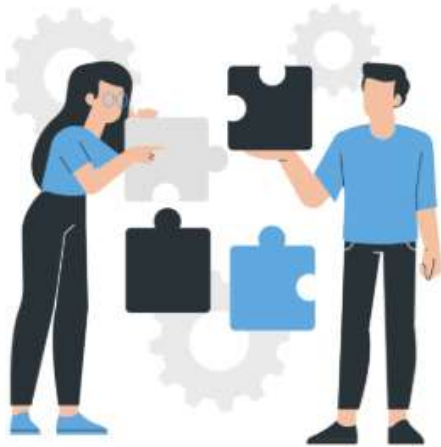
- ✓ ¿Por qué es necesario este proceso?
- ✓ ¿Cuál es su contribución al objetivo general?
- ✓ ¿Existen riesgos si no se realiza o si se ejecuta de manera incorrecta?

- **Requisitos y normativa:** Conjunto de reglas, leyes o estándares que regulan una determinada actividad. La normativa establece los límites y parámetros dentro de los cuales se debe operar.



- ✓ ¿Qué normas, estándares o regulaciones aplican a este proceso?
- ✓ ¿Se cumplen todos los requisitos legales?

3.3. Lineamientos para estandarizar procedimientos



1 Alterne frases cortas y largas para dinamizar el texto.

2 Limite términos genéricos como "cosa", "hecho" o "algo". Ni verbos demasiado generales como "hacer", "ser", "tener", "poner", "decir", "haber". Utiliza verbos activos que describan acciones concretas y medibles.

Ejemplos:

Antes (vago)		Después (conciso y específico)	
1	Se debe hacer un informe sobre el tema.	1	Elabora un informe detallado sobre [tema específico].
2	Hay que poner la fecha en el formulario.	2	Indica la fecha actual en el espacio correspondiente del formulario.
3	Se tiene que pagar la matrícula.	3	Realiza el pago de la matrícula a través del portal web institucional antes de la fecha límite establecida.
4	Se debe solicitar la autorización para realizar la tesis	4	Presenta una solicitud formal a la coordinación de posgrado para obtener la autorización de realizar la tesis.

3 Para una mejor fluidez y claridad, evite la repetición de sonidos idénticos o similares (cacofonía) y las rimas internas que puedan distraer al lector.

4 Desarrolle una idea por párrafo, prestando especial atención a la concordancia verbal.

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-02
	Dirección General de Planificación	Página:	38/80
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual para la Elaboración de Procedimientos	Vigente a partir de:	10/03/2026

5

Evite iniciar o finalizar párrafos consecutivos con la misma palabra.

6

Se redactará en tiempo presente o futuro, recomendándose el primero.

7

Elimine cualquier detalle que no sea relevante y asegúrese de que toda la información incluida sea precisa y necesaria para el propósito de su escrito.

8

Reduzca el uso de conectores adversativos y aditivos, como "sin embargo", "por un lado", "además", "asimismo" y "etcétera".

9

Una vez terminado, adopte la perspectiva de un lector externo y analice el documento con rigurosidad.



3.4. Normas para la Redacción de Procedimientos

Descriptivos

- 1 Redacte el procedimiento paso a paso, en orden cronológico.
- 2 Las actividades deben numerarse secuencialmente con números arábigos enteros. Para su denominación, deberá iniciar empleando sustantivos verbales o sustantivos abstractos derivados de verbos. Ejemplos: Solicitud, Revisión, Evaluación, Emisión, Notificación, Recepción, Verificación, Control, Entrega, etc.
- 3 Cada actividad puede estar compuesta por dos o más tareas, asignadas con un número único y progresivo.
- 4 Las tareas deberán estar ordenadas sucesivamente, éstas deberán numerarse con fracciones decimales a partir de la actividad de la cual se desprende.
- 5 Debe designarse un responsable específico para la ejecución de cada actividad y tarea.

- 6 Las tareas deberán comenzar con un verbo conjugado en tiempo presente y en tercera persona.

Ejemplo:

Numeración arábica entera progresiva		Verbo en tercera persona y en tiempo presente	
#	Actividad	Tareas	Responsable
4	Matrícula del estudiante	4.1. Verifica en el sistema que el estudiante se encuentre paz y salvo e incluido en la lista autorizada por la coordinación del programa.	Analista

Secuencia numérica decimal a partir de la actividad inicial

- 7 Cuando una tarea requiera un archivo o registro específico, su referencia se incluirá en el procedimiento de la siguiente manera: **"Ver Anexo [Nombre del formato]"**. El formato completo y su instructivo de llenado se incorporarán al documento en la sección de Anexos. Si la tarea menciona un archivo sin especificar su nombre completo, o si requiere un formato, registro o listado de requisitos, la descripción de su nombre se añadirá al final de la referencia, tal como se ilustra en el ejemplo.

Ejemplo:

#	Actividad	Tareas	Responsable
6	Emisión de Diplomas	6.1. Remite la lista para confección de diplomas al analista correspondiente, mediante libro de control de entrega. (Ver Anexo 3: Control de Diploma Elaborados).	Jefe del Departamento de Registro e Historial Académico

Referencia de ubicación del documento

8

Cuando la descripción de una tarea ya incluya el nombre completo de un formulario o se indique su número de identificación único, se añadirá al final la siguiente referencia entre paréntesis y en cursiva: **[Ver Anexo 1]**. Para estos formularios, se especificará en la sección de Anexos el nombre exacto, codificación, tipo de archivo (Documento Interno o Externo) y su versión. Las instrucciones detalladas de uso y formato se encontrarán también en el apartado de Anexos.

Ejemplo:

#	Actividad	Tareas	Responsable
3	Cambio de Carrera	3.1. Recibe y verifica información expuesta en el Formulario de Solicitud de Cambio de Carrera <i>(Ver Anexo 1)</i>	Secretaría Académica

Nombre del documento
que se anexa

Norma para la terminología: Formulario vs. Formato

Para mantener la coherencia y la precisión en la documentación de los procedimientos, se establecen las siguientes directrices para referirse a los documentos prediseñados:

• Formulario

Se utilizará el término Formulario cuando se haga referencia a la acción de llenar, diligenciar o completar el documento por parte del usuario.

Ejemplo en el Procedimiento: "Completa el Formulario de Solicitud de Cambio de Carrera..." *(Ver Anexo 1)*

• Formato

El mismo documento mencionado en el procedimiento como “formulario” se listará y referenciará en la sección de anexo y en la documentación oficial de control con el nombre de Formato. Este documento debe estar disponible como plantilla vacía (sin datos de llenado) e incluir visiblemente su codificación (código y versión), para garantizar su trazabilidad y vigencia.

#	Nombre	Código	Versión	Documento Interno / Externo	Enlace Digital
1	Formato Solicitud de Cambio de Carrera	SG-F-12	1.0	Interno	

9 Las tareas específicas para el proceso de envío, distribución o entrega de documentación deben emplear una correcta secuencia de elementos o componentes del enunciado.

Ejemplo:

Verbo en acción			
#	Actividad	Tareas	Responsable
3	Cambio de Carrera	3.7. Distribuye copias del Formulario de Solicitud de Cambio de Carrera (sellado y autorizado) de la siguiente forma: (1) Copia para el estudiante (1) Copia para el expediente estudiantil resguardado en la Facultad El original se remite a Secretaría General	Secretaría Académica

Nombre de los documentos

10 Redacción de tareas cuando se ordenan documentos.

Ejemplo:

Tareas simultáneas Ubicación de registros			
#	Actividad	Tareas	Responsable
2	Almacenamiento de Registro	2.1. Organiza y almacena los registros impresos por carpeta en los archiveros correspondientes y de acuerdo con el sistema de clasificación vigente.	Archivólogo

Ordenamiento Modo de clasificación

11 Las tareas con frecuencia establecida deben incluir su periodicidad en la descripción. (Mensualmente, semestralmente, anualmente, etc.)

Verbo en acción Periodicidad			
#	Actividad	Tareas	Responsable
1	Monitoreo de Informe de Caja	1.1. Elabora diariamente los Informe de Caja para ser entregado al Departamento de Contabilidad.	Contador

Receptor

12

Cada vez que se envíen archivos a otra unidad, es fundamental indicar el área específica a la que van dirigidos. De igual modo, en la siguiente acción, se debe señalar el área que los recibe, garantizando así *la trazabilidad del proceso*.

Ejemplo de un procedimiento de Solicitud de Vacaciones:

Unidad responsable que interviene			
#	Actividad	Tareas	Responsable
3	Envío al Departamento de Recursos Humanos	3.1. Entrega el formulario de solicitud de vacaciones debidamente aprobado al departamento de Sección de Asistencia y Vacaciones de Recursos Humanos.	Mensajero Interno
		3.2. Recibe y registra la solicitud en el sistema y verifica la disponibilidad de los días de vacaciones del funcionario.	Analista de Recursos Humanos

Área que recibe (Trazabilidad)

13

Cuando sea necesario hacer alguna aclaración o indicar algo que no es posible mencionar como actividad, puede citarse a través de una nota explicativa.

Ejemplo:

#	Actividad	Tareas	Responsable
2	Solicitud de Copia de Documento	2.1. Recibe la solicitud de copia(s) del (de los) documento(s) y señala la fecha de entrega. Nota: De tener la disponibilidad, las solicitudes se podrán tramitar de forma inmediata.	Secretaría General

Nota aclaratoria

14

Si una alternativa implique regresar a un paso anterior del proceso, se especificará mediante la leyenda "Regresar a la actividad número X".

15

Si una alternativa implica avanzar a una etapa posterior del proceso, saltando la etapa inmediata, se especificará mediante la leyenda 'Continuar en la actividad X'."

16 Dentro de un procedimiento descriptivo se puede presentar una alternativa o decisión mostrando diferentes opciones.

Ejemplo: Procedimiento para la Solicitud de Convalidación de Materias

#	Actividad	Tareas	Responsable
3	Evaluación de la solicitud	3.1. Verifica que las materias a convalidar cumplan con los requisitos de equivalencia curricular y el plan de estudios de la carrera Criterio de cumplimiento: Sí: Procede con la convalidación No: Rechaza la solicitud	Coordinador de carrera

Opciones con
función decisiva

17 Para lograr mayor fluidez en el procedimiento, deberá representar primero la alternativa más corta, ejemplo: si la decisión negativa implica 10 tareas y la afirmativa sólo dos, represente primero la afirmativa y posteriormente la negativa.

18 Si el inicio de un procedimiento indica la recepción de documentos, mencione de quien los recibe.

19 Para no repetir actividades que ya han sido mencionadas, haga referencia a ellas con la leyenda: “Conecta con actividad N°...”

20 Registre el flujo de los documentos: recepción de archivo digital o físico, sistema de registro y carpeta donde se encuentra archivado.

21 En la distribución de documentos debe indicarse a qué puestos o áreas se envían.

22 Una vez finalizada la redacción de las actividades y tareas, se deberá consignar la frase '**FIN DEL PROCEDIMIENTO**' para indicar la conclusión del proceso.

23 A continuación, se presentan algunos de los verbos comúnmente utilizados en la descripción narrativa de procedimientos:

- LLENAR:** Cuando se anotan los datos requeridos de manera impresa.
Ejemplo: Llena la Solicitud de Evaluación de Tesis/Trabajo de Investigación para iniciar el proceso de revisión.
- ELABORAR:** Cuando se genera un documento (informe, nota, memorando, circular, etcétera.)
Ejemplo: Elabora mensualmente un informe de las actividades realizadas por el departamento.

- **ENVIAR:** Cuando la actividad implica el traslado de documentos o materiales a otra área.
Ejemplo: Envía nota al departamento de contabilidad para solicitar la actualización de los saldos.
- **ENTREGAR:** Cuando los documentos se proporcionan directamente a otra persona o instancia.
Ejemplo: Entrega al mensajero interno las notas para su inmediata atención y posterior distribución.
- **ADJUNTAR:** Agregar elementos adicionales a un documento.
Ejemplo: Adjunta los títulos y certificados de estudios realizados en otras instituciones.
- **GUARDAR:** Almacenar
Ejemplo: Guarda el dispositivo de almacenamiento externo en un lugar seguro y fuera del alcance de posibles daños.
- **REDACTAR:** Anotar, documentar
Ejemplo: Redacta una solicitud formal dirigida al decano de la facultad.
- **MODIFICAR:** cambiar, alterar
Ejemplo: Modifica la configuración del software de seguridad para bloquear sitios web no seguros.
- **IMPRIMIR:** Obtener una copia en papel.
- **SELECCIONAR:** Escoger una opción
- **INSPECCIONAR:** Revisar o examinar

24

Otros verbos que se pueden utilizar son los siguientes:

Actualizar	Controlar	Fotocopiar	Recabar
Analizar	Coordinar	Graficar	Recibir
Anexar	Corregir	Implantar	Recopilar
Anotar	Cotejar	Incorporar	Registrar
Aprobar	Destruir	Indicar	Remitir
Archivar	Determinar	Informar	Revisar
Asignar	Devolver	Investigar	Sellar
Autorizar	Distribuir	Obtener	Separar
Cancelar	Diseñar	Preparar	Solicitar
Clasificar	Ejecutar	Presentar	Supervisar
Comparar	Emitir	Procesar	Tramitar
Complementar	Evaluar	Producir	Trasladar
Comprobar	Expedir	Programar	Validar
Confirmar	Firmar	Proporcionar	Verificar

3.5. Diseño de Procedimientos



Los procedimientos permiten una descripción completa y sistemática de las actividades realizadas en la unidad responsable, y su implementación requiere el uso de una metodología que asegure que la descripción de los procedimientos se alinee con la realidad operativa y los estándares jurídico-administrativos. El personal encargado de documentar los procedimientos debe seguir los siguientes pasos para su identificación, análisis y diseño, asegurando su fiabilidad antes de su registro y verificación bajo parámetros de calidad en el sistema que la universidad ha diseñado para tal fin. Estos pasos se detallan a continuación:

3.5.1. Recolección de Información

Este paso consiste en recabar los documentos y los datos, que una vez organizados, analizados y sistematizados, permitan al analista tener una idea lo más clara posible de lo que es la *operación real de los procesos*.

Para obtener la información requerida, el responsable hará uso de una variedad de técnicas:

a. Investigación Documental



Archivos que contienen todas las bases jurídico-administrativas en que se rige el funcionamiento y actividades, como documentos oficiales, registros estadísticos, actas de reuniones, circulares, oficios y todo dato relevante para el estudio, así como monitorear su curso de acción, determinando siempre dónde se originan, cuál es el trámite que sigue y dónde se archivan o destruyen.

b. Entrevista directa



Los funcionarios responsables del área facilitarán la información necesaria para el análisis, diseño e implementación de procedimientos. Para ello, se llevarán a cabo entrevistas con los actores clave, lo que permitirá obtener una visión más completa de la situación actual. A través de estas conversaciones, se podrá recabar información no solo a través de las respuestas verbales, sino también observando las actitudes y opiniones de los entrevistados.

El éxito de una entrevista depende en gran medida de la actitud del entrevistador, para ello es necesario seguir estas normas:



Establecer un objetivo claro



Coordinar previamente la reunión



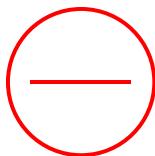
Corroborar la información disponible



Aclarar cualquier duda que pueda surgir durante la conversación



Escuchar atentamente



Abstenerse de interrumpir y emitir juicios

c. Observación de campo



Se trata de acudir al escenario donde se desarrollan las operaciones y observar con atención cada detalle, tomando notas exhaustivas. Esta actividad permite corroborar, cotejar o refinar la información recopilada en las entrevistas.

3.5.2. Análisis de la Información

El análisis implica estudiar cada elemento de la información para someterlo a un examen crítico, lo que permite comprender mejor los aspectos y detalles de las actividades o datos involucrados en un procedimiento.

Para llevar a cabo un análisis adecuado, es necesario seguir una metodología rigurosa; recopilar y registrar datos precisos; y utilizar instrumentos de investigación que faciliten la organización y comprensión de la información, tanto documental como de campo.

Para un análisis exhaustivo de la información, es fundamental investigar los siguientes elementos:

- 1

¿Cuál es el **flujo de distribución** que sigue un documento desde su creación hasta su archivo?
- 2

¿Cuál es el **formato de los registros** empleados: digital o físico?
- 3

¿Cuáles son los **tipos de archivos**? (Permanentes o temporales)
- 4

¿Cuáles son las principales **causas de retrasos** en los procesos?
- 5

¿Existe **formato estándar** para todos los tipos de documentos?
- 6

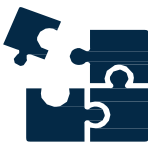
¿Cómo se asignan los **códigos o claves de identificación**?
- 7

¿Quién toma las **decisiones finales** en cada etapa del proceso?

3.5.3. Métodos para optimizar un procedimiento

Cuando todas las actividades hayan sido sometidas al análisis correspondiente y se considere que un procedimiento requiere mejoras o rediseños, se debe aplicar el método de los cinco puntos a continuación:

1



Eliminar

Su objetivo principal es eliminar cualquier elemento que no contribuya directamente a alcanzar el resultado deseado. Cualquier proceso, paso o detalle que no sea esencial debe ser descartado.

2



Combinar

Ante la imposibilidad de eliminar un paso, se puede simplificar el procedimiento combinando tareas similares. Al fusionar pasos, se pueden omitir detalles no esenciales como registros u operaciones.

3



Cambiar

Es esencial evaluar si reordenar las tareas, cambiar la ubicación donde se realizan o delegarlas a otra persona puede simplificar el flujo de trabajo.

4



Mejorar

Cuando eliminar, combinar o cambiar resulta inviable, la optimización se centra en mejorar el proceso. Esto puede implicar rediseñar formatos, registros o informes, actualizar herramientas y equipos o desarrollar métodos más eficientes.

5



Mantener

Esta etapa implica mantener las actividades que, tras el análisis, no pueden ser eliminadas, combinadas, modificadas o mejoradas. Un diagrama de flujo de las actividades es indispensable para aplicar esta técnica.

3.5.4. Registro y Documentación

En esta fase de la investigación, es crucial que el funcionario responsable de documentar elabore un registro meticuloso de toda la información recopilada. Este registro debe ser lo suficientemente claro como para permitir su comprensión por parte de cualquier persona interesada en el estudio. Asimismo, se recomienda obtener copias auténticas de todos los documentos utilizados en el proceso para garantizar la trazabilidad.

Una vez recopilada la información, los encargados organizarán y documentarán de manera exhaustiva el proceso actual, utilizando herramientas como diagramas de flujo. Esta representación visual permitirá identificar con claridad las etapas, los puntos de decisión y las posibles áreas de mejora. La documentación exhaustiva servirá como base para un análisis crítico y objetivo, facilitando la identificación de oportunidades de optimización. Para concluir la investigación sobre la forma de operación de un procedimiento actual, los investigadores elaborarán un documento final que sintetice los datos y el análisis realizado.

3.5.5. Revisión

Cuando el equipo tenga la documentación del procedimiento actual, procederán a obtener la revisión y validación de los funcionarios responsables de la operación. Este punto aborda la necesidad imperiosa de revisar el procedimiento propuesto en función de las sugerencias obtenida de las partes interesadas. La participación de estos actores es fundamental, ya que aportan perspectivas variadas que enriquecen el proceso de validación. Para ello es necesario contemplar dos aspectos:

- **Valoración de las partes interesadas:** Es esencial realizar sesiones consultivas con todas las partes involucradas, desde los ejecutores hasta los supervisores y otros grupos relevantes. Estas sesiones permiten recoger opiniones y sugerencias que pueden dar lugar a ajustes significativos en la redacción y en la aplicabilidad del procedimiento. Se debe fomentar un ambiente de confianza donde los participantes se sientan cómodos para expresar sus preocupaciones y expectativas.
- **Evaluación de viabilidad y pertinencia:** Posteriormente, es crítico llevar a cabo una evaluación exhaustiva para determinar la viabilidad y pertinencia del procedimiento en el contexto específico de la organización. Esta evaluación debe considerar factores como los recursos disponibles, los objetivos estratégicos de la entidad, así como las normativas aplicables del entorno regulador. Un procedimiento que no se alinee con estos aspectos puede resultar ineficaz o, incluso, contraproducente.

3.5.6. Aprobación del procedimiento por las autoridades competentes

Luego de realizar las revisiones y ajustes pertinentes, el siguiente paso se centra en la aprobación formal del procedimiento por parte de las autoridades competentes (directores y jefes de departamentos). Este proceso asegura que el procedimiento no solo cumple con los requisitos internos, sino que también se ajusta a las normativas externas que rigen la operación de la organización. Esta fase culmina en la obtención de un dictamen favorable o la necesidad de realizar ajustes adicionales en base a las recomendaciones presentadas.

3.5.7. Registro Digital en el Sistema de Procedimientos

Una vez que el procedimiento ha sido aprobado por las autoridades competentes, el siguiente paso crucial es su registro digital en el sistema de procedimientos de la universidad. Este sistema estandariza la gestión, documentando y organizando todos los procedimientos de la institución en un entorno digital. El sistema digital de procedimientos está diseñado con niveles de aprobación definidos, garantiza que cada procedimiento pase por un control de calidad antes de su implementación. Es fundamental que el funcionario responsable del registro esté completamente seguro y preparado con el procedimiento que documentará digitalmente, ya que este será objeto de una revisión integral de calidad a través de los niveles de aprobación en el sistema.

3.5.8. Implementación del Procedimiento

Los elementos clave en esta fase incluyen la planificación detallada y la capacitación del personal. Este es un aspecto que no puede subestimarse, ya que un procedimiento solo será efectivo si los usuarios lo comprenden y son capaces de aplicarlo correctamente.

3.5.9. Monitoreo y Evaluación del Procedimiento

Para asegurar que los objetivos establecidos se cumplan de manera eficiente y efectiva, se requiere un enfoque sistemático y bien estructurado en el que se establezcan indicadores de seguimiento que permitan medir tanto el rendimiento como la calidad del proceso.



IV. ESTRUCTURA GENERAL DE UN PROCEDIMIENTO

4.1. Estructura general de un procedimiento

La estructura general de un **procedimiento descriptivo** actúa como un mapa detallado que guía a las personas a través de un proceso específico. Es muy importante que exista uniformidad en el estilo de redacción y diagramación de dichos procedimientos, para lo cual se recomienda revisarlos detenidamente y realizar los ajustes pertinentes.

La necesidad de establecer una estructura general de procedimiento se hace evidente por diversas situaciones:

Complejidad de las tareas

A medida que las tareas se vuelven más complejas, es imprescindible una guía detallada para minimizar fallas y garantizar la alineación de las acciones.

Documentar el conocimiento

Captura el conocimiento tácito de los expertos, garantizando la continuidad del proceso incluso si los responsables cambian.



Cambios Organizacionales

Al introducir nuevos sistemas o métodos, los procedimientos ayudan a gestionar la transición y a asegurar una implementación exitosa.

Establecer criterios de decisión

Define los parámetros para tomar decisiones en cada etapa del proceso.

4.2. Desarrollo de los Procedimientos

Para documentar procedimientos, es fundamental contar con personas que tengan un conocimiento profundo del proceso, ya sea un individuo con experiencia o un equipo involucrado directamente y que a su vez comprendan plenamente todas las etapas de ejecución para garantizar una documentación precisa y eficiente. Su importancia radica en los siguientes aspectos:



Actúa como núcleo central del documento.



Optimiza la ejecución de las tareas al establecer una secuencia lógica de pasos, reduciendo tiempo y recursos.



Es una estructura organizada que establece los elementos esenciales que deben incluirse en la elaboración de un procedimiento operativo.



Cada paso se describe con precisión, facilitando la comprensión del procedimiento.

4.3. Elementos que conforman la estructura del procedimiento

Los responsables de cada unidad deberán redactar sus procedimientos operativos utilizando este formato:

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	DGyC-PR-01	2
	6 Dirección General de Planificación	Página:	1/6	3
	7 Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0	4
	8 Proceso de Evaluación: Gestión de la Calidad	Vigente a partir de:	07/04/2025	5
1 Control de Documentos				

1. Objetivo del Procedimiento: 9

2. Alcance: 10

3. Definiciones: 11

4. Referencias: 12

4.1. Referencias Internas:

4.2. Referencias Externas:

5. Responsable del Procedimiento: 13

6. Descripción de las actividades:

#	Actividades	Tareas	Responsables
14	15	16	17

7. Mapa de Proceso (Diagrama de Flujo) 18

8. Anexos 19

#	Nombre	Código	Versión	Documento Interno / Externo	Enlace Digital

9. Control de Emisión 20

CONTROL DE EMISIÓN		
Documentado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre:	Nombre:	Nombre:
Cargo:	Cargo:	Cargo:
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

10. Control de Cambio 21

Versión	Fecha	N° de Sección del Cambio	Justificación del cambio

CONTROL DE CAMBIO		
Solicitado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre:	Nombre:	Nombre:
Cargo:	Cargo:	Cargo:
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

11. Control de Calidad 22

CONTROL DE CALIDAD	
Verificado por:	Autorizado por:
Nombre:	Nombre:
Cargo:	Cargo:
Firma:	Firma:
Fecha:	Fecha:

12. Sello de Aprobación 23

a. Elementos que integran el encabezado del procedimiento

Los elementos del encabezado son la puerta de entrada a la información del procedimiento. El formato incluye el logo de la universidad y toda la información esencial que identifica y ubica el procedimiento de manera rápida y precisa.

1. Nombre del Procedimiento: Cada procedimiento debe tener un nombre específico que indique claramente las acciones a realizar.



- Precisión:** El nombre debe ser lo suficientemente específico para distinguir un procedimiento de otro, evitando generalizaciones. *Ejemplo:*
Poco específico: Gestión de personal docente
Más específico: Nombramiento de docentes tiempo parcial para cursos de verano.
- Claridad:** El nombre debe indicar claramente qué hace el procedimiento. Evite el uso de abreviaturas, jerga técnica o términos ambiguos que no sea conocida por todos.
Ejemplo 1:
Antes: Gestión de horarios
Mejorado: Elaboración y publicación de horarios académicos semestrales.
Explicación: La palabra “elaboración” implica una cuidadosa planificación, el término “académicos” se añade para enfatizar que los horarios están diseñados específicamente para las actividades académicas y la periodicidad “semestral” asegura que sea en función de las necesidades específicas de cada semestre.
Ejemplo 2:
Procedimiento con Jerga Técnica: Solicitud de reconocimiento de créditos académicos adquiridos en otra institución.
Procedimiento Mejorado: Solicitud de convalidación de materias
- Relevancia:** El nombre debe reflejar el resultado final o el objetivo principal del procedimiento.
Ejemplo: "Proceso de cierre contable mensual" en lugar de "Tareas contables de fin de mes".

- **Brevedad:** Nombres cortos son más fáciles de recordar y evitan la sobrecarga cognitiva.

Ejemplo:

Antes: "Proceso de verificación de la autenticidad de la firma digital"

Después: "Validación de firma digital"

- **Actualización:** Los nombres deben adaptarse a los cambios en los procesos y a las nuevas tecnologías.

Ejemplo: Si se automatiza un proceso, el nombre podría cambiar de "Proceso manual de ingreso de datos" a "Proceso automatizado de carga de datos".

- **Adaptación al público:** El nivel de detalle y la terminología utilizada deben ajustarse al público al que va dirigido el procedimiento.

Ejemplo: Si el procedimiento está dirigido a personal técnico, se pueden utilizar términos más especializados.

Norma de redacción importante: El título del procedimiento no deberá comenzar con las palabras "Procedimiento" o "Mecanismo".

- **Razón:** Estos términos son genéricos y su naturaleza ya está definida por la codificación o el tipo de documento.
- **Enfoque Requerido:** El título debe centrarse de manera concisa y directa en la función central u objetivo operativo del proceso.

CORRECTO 	INCORRECTO 
Elaboración de Presupuestos Anuales	Procedimiento de Elaboración de Presupuestos Anuales

2. Código del Procedimiento: Para estandarizar la identificación de todas las operaciones de la universidad, se implementará una nomenclatura unificada. Este sistema de codificación se basará en la unidad específica a la que pertenece cada procedimiento, permitiendo una organización clara y eficiente. Esta nomenclatura facilitará la identificación, gestión, seguimiento y el análisis de los procesos universitarios, contribuyendo a una gestión más ágil y transparente en toda la institución.

El formato de codificación de procedimientos se estructura de la siguiente manera: inicia con la sigla de la unidad solicitante (académica, administrativa, de investigación o de extensión), seguida de las siglas "PR" (procedimiento) y, finalmente, un número de dos dígitos que indica el orden secuencial del procedimiento dentro de esa unidad, comenzando por "01". Por ejemplo, un procedimiento inicial de la Dirección de Gestión y Calidad se codificaría como "DGyC-PR-01".

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-02
	Dirección General de Planificación	Página:	59/80
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual para la Elaboración de Procedimientos	Vigente a partir de:	10/03/2026

La siguiente nomenclatura estandarizada se implementará para la codificación de todos los procesos universitarios. Este sistema de codificación es fundamental para el control de documentos y el funcionamiento del Sistema de Gestión Integral de Calidad.

NOMENCLATURA PARA PROCEDIMIENTOS UNIVERSITARIOS

Nombre de las unidades	Siglas
Rectoría	Rect
Dirección General de Recursos Humanos	RRHH
Dirección General de Planificación	DGP
Departamento de Presupuesto	DpPpto
Departamento de Estadística	DpEst
Dirección de Gestión y Calidad	DGyC
Dirección de Desarrollo Institucional	DDI
Dirección de Protocolo	DPclo
Dirección de Relaciones Públicas	DRP
Dirección de Radio Universitaria	DRU
Dirección de Asesoría Jurídica	DAJ
Dirección de Universidad Empresa	DUE
Dirección de Auditoría Interna	DAI
Centro Infantil Universitario	CIU
Vicerrectoría Académica	VAc
Dirección de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior	DEADES
Dirección de Currículum	DCur
Dirección de Carrera Docente e Investigación	DCDeI
Dirección Sistema de Ingreso, Asenso y Reclasificación Docente	DSIARD
Dirección de Gestión Académica	DGA
Dirección de Admisión	DAdm
Dirección Sistema de Biblioteca e Información	DSBeI
Dirección Administrativa	Dado

Nombre de las unidades	Siglas
Vicerrectoría Administrativa	VAd
Dirección Administrativa	DAd
Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación	DTIC
Dirección de Cafetería	DC
Dirección de Servicios Administrativos	DSA
Dirección de Finanzas	DF
Dirección Imprenta Universitaria	DIU
Departamento de Tesorería	DpT
Departamento de Mantenimiento	DpM
Departamento de Contabilidad	DpCont
Departamento de Compras	DpComp
Departamento de Almacén	DpA
Departamento de Planilla	DpP
Departamento de Bienes Patrimoniales	DpBP
Departamento de Seguridad Universitaria	DpSU
Vicerrectoría de Extensión Universitaria	VIEX
Dirección Administrativa	DAd
Dirección de Extensión Docente	DED
Dirección de Extensión Cultural	DEC
Dirección de Educación Continua y a Distancia	DECyD
Dirección de Servicio Social Universitario	DSSU
Dirección de Graduados y Egresados	DGyE

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-02
	Dirección General de Planificación	Página:	61/80
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual para la Elaboración de Procedimientos	Vigente a partir de:	10/03/2026

Nombre de las unidades	Siglas
Vicerrectoría de Investigación y Posgrado	VIP
Dirección Administrativa	DAd
Dirección de Investigación y Documentación Científica	DlYDC
Dirección de Posgrados y Divulgación Científica	PyDC
Dirección Ejecutiva Interinstitucional	DEI
Dirección de Cooperación Técnica Internacional	DCTI
Instituto de Investigación y Capacitación para el Desarrollo Integral de la Familia y la Mujer	ICADMUF
Instituto de Investigación en las Ciencias Sociales	IICS
Laboratorio de Aguas y Servicios Físicoquímicos	LASEF
Vicerrectoría de Asuntos Estudiantiles	VAE
Dirección Administrativa	DAd
Dirección de Equiparación de Oportunidades	DEO
Dirección de Bienestar Estudiantil y Orientación	DBEyO
Dirección de Mediación y Conciliación Estudiantil	DMyCE
Dirección de Cultura	DCul
Dirección de Deportes	DD
Dirección de Actividades Estudiantiles	DAE
Secretaría General	SG
Centro Regional Universitario de Barú	CRUBA
Centro Regional Universitario de Chiriquí Oriente	CRUCHIO
Centro Regional Universitario de Tierras Altas	CRUTA
Extensión Universitaria de Boquete	EUB
UNIPAL	UNIPAL

Nombre de las unidades	Siglas
Facultad de Administración de Empresas y Contabilidad	FAECO
Facultad de Administración Pública	FAP
Facultad de Economía	FE
Facultad de Ciencias Naturales y Exactas	FCNyE
Facultad de Enfermería	FE
Facultad de Medicina	FM
Facultad de Arquitectura	FA
Facultad Ciencias de la Educación	FCE
Facultad de Comunicación Social	FCS
Facultad de Humanidades	FH
Facultad de Derecho y Ciencias Políticas	FD

La nomenclatura establecida en este documento es de carácter dinámico. Se mantendrá sujeta a las actualizaciones pertinentes para garantizar su vigencia, coherencia y correcta aplicación en los procesos institucionales, así como su adecuación a los requerimientos del Sistema de Gestión Integral de Calidad.

3. Página: Señala el número de página consecutivo con el total de páginas del procedimiento, ejemplo: 1 de 7, 2 de 7, 3 de 7, etc.

4. Versión: Indica el número de documento que existe con el mismo título desde su creación y sus respectivas actualizaciones, inicia en 1.0

5. Fecha: Indica el día, el mes y el año en que se implementa el procedimiento.

6. Unidad de mayor jerarquía: Aquí se debe señalar el nombre de la unidad de mayor nivel jerárquico a la que se adscribe el procedimiento, o de la cual depende directamente el área responsable.

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-02
	Dirección General de Planificación	Página:	63/80
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual para la Elaboración de Procedimientos	Vigente a partir de:	10/03/2026

Ejemplo: Dirección General de Planificación. (Esta sería la unidad superior a la Dirección de Gestión y Calidad, como en su ejemplo).

7. Área Responsable: Aquí se debe seleccionar el nombre de la unidad organizacional directamente subordinada a la "Unidad Académica, Administrativa, de Investigación o de Extensión " del Campo 6 y que comprende o a la que pertenece la unidad que es directamente responsable del procedimiento.
Por ejemplo: En la línea jerárquica, la **Dirección de Gestión y Calidad**, está designada como "Área Responsable" en el formato, es la unidad que proporciona el marco de supervisión y soporte institucional al procedimiento. Es la instancia inmediatamente superior a la unidad que lo gestiona directamente (ej., una dirección, un departamento o sección), bajo cuya órbita se ampara su desarrollo y cumplimiento.

Aclaración importante:
En aquellas situaciones donde el departamento o sección que opera el procedimiento en el día a día no pueda ser incluida en el campo "7. Área Responsable" por razones de jerarquía organizacional, esta unidad responsable de su gestión operativa debe ser señalada explícitamente en la sección de "Responsable del Procedimiento" dentro del cuerpo de la estructura del procedimiento. Esto garantiza la identificación precisa del actor principal en la ejecución y gestión del procedimiento, independientemente de su nivel en el encabezado.

Caso Práctico de Asignación de Responsabilidades para el Procedimiento “Control de Documentos”

Consideremos un procedimiento gestionado por la **Sección de Gestión de Calidad**, la cual forma parte de la **Dirección de Gestión y Calidad**, que a su vez depende de la **Dirección General de Planificación**.

Para este escenario, los campos y secciones se llenarían así:

En el Encabezado del Formato del Procedimiento:

6. Unidad Administrativa: Dirección General de Planificación *(Esta es la unidad de mayor nivel jerárquico a la que se adscribe el procedimiento.)*

7. Área Responsable: Dirección de Gestión y Calidad *(Esta es la unidad organizacional directamente subordinada a la "Unidad Administrativa" (Campo 6) y que comprende a la Sección de Gestión de Calidad, la cual es la directamente responsable del procedimiento. Representa el siguiente nivel jerárquico en la línea de responsabilidad.)*

En la Sección "Responsable del Procedimiento" (dentro del cuerpo del formato):

Responsable del Procedimiento: Sección de Gestión de Calidad *(Aunque la Dirección de Gestión y Calidad es el "Área Responsable" en el encabezado, la Sección de Gestión de Calidad es la unidad que tiene la responsabilidad directa y operativa de la gestión integral de este procedimiento en el día a día. Esta es la que se detalla en el cuerpo de la estructura del procedimiento por su rol principal.)*

En la Sección "Responsables (de la actividad o tarea)" (dentro de la descripción del flujo del procedimiento):

Aquí se detallarían los puestos o sub-unidades específicas dentro de la Sección de Gestión de Calidad (por ejemplo, la Sub-unidad de Gestión Documental, si el procedimiento es de Control Documental) o incluso de otras secciones/departamentos si alguna tarea específica lo requiere. **Ejemplo de Responsable de Tarea:** Si una tarea es "Revisar la coherencia documental", el responsable de la tarea podría ser: Analista de la Sección de Gestión de Calidad.

Esta metodología asegura la identificación precisa del actor principal en la ejecución y gestión operativa del procedimiento, independientemente de su nivel jerárquico en el encabezado.

8. Categoría de Proceso: Especificar si el procedimiento se enmarca en los procesos Estratégico, de Evaluación, Clave o de Apoyo, según la definición establecida en el Manual del Sistema de Gestión Integral de Calidad. Esta clasificación es fundamental para una adecuada gestión y seguimiento del proceso.
Ejemplo: Proceso de Evaluación: Gestión de la Calidad

b. Elemento Conceptuales

9. Objetivo del Procedimiento:



El objetivo de un procedimiento es el corazón de este documento.



Es la declaración clara y concisa que define el propósito y el resultado esperado del procedimiento que se describe.



Su redacción debe comenzar con un verbo en infinitivo y deben sintetizar el porqué, la razón de ser o propósito de la realización de dicho documento.
Ejemplo de verbos: Identificar, describir, determinar, establecer, explicar, enumerar, categorizar, registrar, organizar especificar, etc.



Un objetivo bien redactado guía a todos los involucrados y asegura que todos estén trabajando hacia una meta común.

10. Alcance o campo de aplicación: En este apartado se detallan las áreas, tanto internas como externas, donde será aplicado el procedimiento, es decir, a que áreas alcanza en su ejecución, que puestos, unidades o estamentos involucra en su desarrollo.

11. Definiciones: Consiste en un glosario de la terminología técnica y siglas utilizadas en el texto del documento. Se presentan organizados alfabéticamente para una fácil consulta.

12. Referencias:

- **Referencias Internas:** Se menciona la lista de documentos, normativas, manuales, etc., propios de la UNACHI, que son relevantes para el procedimiento.

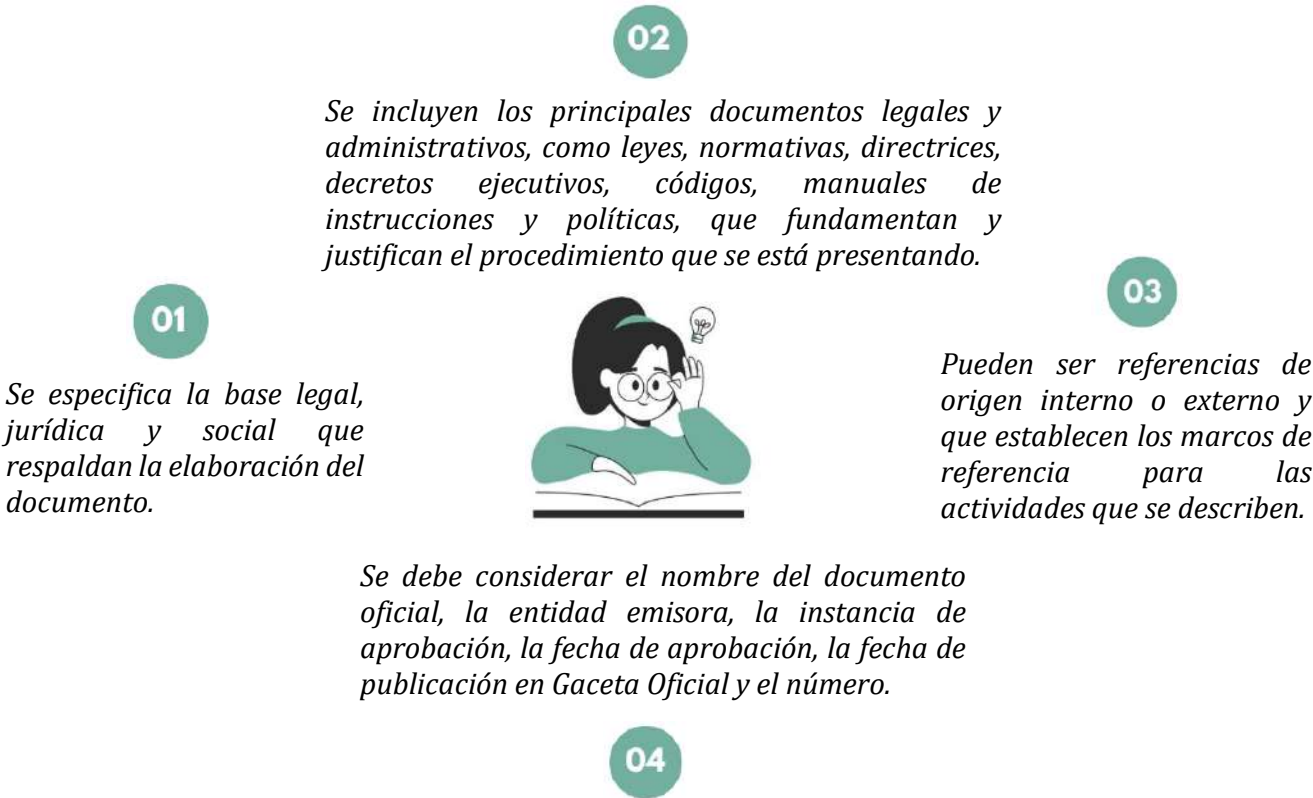
Ejemplos:

- Manual de Organización y Funciones de la UNACHI
- Reglamento General Académico

- **Referencias Externas:** Se menciona la lista de leyes, decretos, normas ISO, reglamentos gubernamentales, etc., de carácter externo a la institución que afectan o rigen el procedimiento. *Ejemplos:*

- Norma ISO 9001:2015 - Sistemas de Gestión de la Calidad
- Ley N°6 de 22 de enero de 2002 sobre Transparencia y Acceso a la Información
- Decreto Ejecutivo Y (sobre contratación pública)
- Regulaciones del Ministerio de Educación

Generalidades de la Referencias



13. Responsable del Procedimiento: Se refiere a la unidad organizacional (Vicerrectoría, facultad, dirección, instituto, departamento, sección o área específica) designada y que se involucra directamente en la gestión integral de un procedimiento. Esta unidad es la encargada de la concepción, implementación, ejecución, control, seguimiento, evaluación y mejora continua del procedimiento.

Ejemplo: En un escenario donde el procedimiento es el "Control de Documentos" y, según la estructura organizacional de la Dirección de Gestión y Calidad, este se gestiona dentro de la Sección de Gestión de Calidad (que engloba una sub-unidad de Gestión Documental), la **Sección de Gestión de Calidad** es la *Responsable del Procedimiento*. Esta Sección, a través de sus recursos

internos, asegura que el procedimiento se implemente y cumpla a cabalidad, siendo la instancia que responde por su correcto funcionamiento.

Nota aclaratoria importante sobre la Asignación de Responsabilidades:

En esta sección no se colocarán nombres de personas en los procedimientos. Esta práctica es fundamental, ya que las normas de calidad, particularmente **ISO 9001 (Sistemas de Gestión de la Calidad)**, recomiendan encarecidamente (siendo un requisito implícito en la práctica) evitar la inclusión de nombres propios dentro del flujo de información de los procedimientos.

Razones principales según las normas de calidad y buenas prácticas:

- **Continuidad y Permanencia:** La asignación de la responsabilidad a la unidad dueña del procedimiento asegura que este mantenga su funcionalidad y sea comprensible de manera continua. De esta forma, el procedimiento conserva su validez y operatividad ininterrumpida, incluso si ocurren cambios de personal dentro de dicha unidad organizacional.
- **Auditabilidad:** Para los propósitos de auditoría interna y externa, es esencial verificar que las unidades organizacionales (como responsables designados) están cumpliendo con los requisitos del procedimiento y garantizando su correcta ejecución, en lugar de auditar el desempeño de una persona específica.
- **Estandarización:** Contribuye a la estandarización de los procesos al vincular las tareas y la gestión del procedimiento a unidades establecidas, no a individuos. Esto promueve la consistencia en la ejecución a nivel organizacional y facilita la replicación y mejora continua de los procesos.

c. Elementos Narrativos

Descripción de las actividades

Se trata de un registro escrito, minucioso y objetivo de todas las etapas realizadas en el procedimiento. Continuando con la secuencia estructural, se presentan a continuación los siguientes componentes:

14. #: Número progresivo de las actividades. Se implementará un sistema de numeración secuencial para todas las actividades, con el fin de ordenarlas e identificarlas fácilmente, no se interrumpe la numeración desde la primera actividad hasta la última.

15. Actividades:

- 1

Proceso estructurado que presenta las operaciones afines y sucesivas que son ejecutadas por una unidad responsable para la realización de un procedimiento determinado.
- 2

Enumere las actividades de forma progresiva, utilizando números arábigos a partir del 1.

3

El nombre de las actividades deberá iniciar empleando sustantivos verbales o sustantivos abstractos derivados de verbos. Ejemplos: Solicitud, Revisión, Evaluación, Emisión, Notificación, Recepción, Verificación, Control, Entrega, etc.

4

Cada actividad puede tener varias tareas, siempre y cuando sea comprensible su redacción.

5

En el caso de que una actividad dentro de un procedimiento se desglose en múltiples tareas, cada una de estas debe tener asignado un responsable específico para su ejecución. Esto implica que un mismo procedimiento puede involucrar a múltiples responsables a lo largo de su curso, dependiendo de la naturaleza y el nivel de detalle de cada tarea.

16. Tareas: Cada una de las acciones o pasos específicos que deben realizarse para llevar a cabo una actividad.

1

Es una descripción detallada, desde su inicio hasta su finalización, siguiendo un orden lógico y en respuesta al cumplimiento del propósito del procedimiento, y en apego a sus políticas y lineamientos.

2

Esta sección documenta cada paso necesario para su desarrollo, incluyendo al personal, unidades administrativas, académicas, de investigación o de extensión involucradas, equipos, sistemas informáticos, materiales, archivos físicos o digitales, y otros recursos

3

La descripción de las tareas debe ser lo suficientemente detallada para permitir que cualquier persona pueda replicarlas con solo consultar el procedimiento y sus documentos de apoyo.

4

Todos los aspectos de la redacción se basarán en los criterios establecidos en la metodología del apartado III, con el objetivo de asegurar la calidad y claridad del procedimiento.

5

La narrativa de la tarea deberá empezar en verbo conjugado en tercera persona del singular y en tiempo presente. Ejemplo: inicia, recibe, revisa, elabora, archiva, consulta, etc.

6

La numeración de las tareas comienza en 1.1; para reflejar la primera tarea derivada de la actividad 1.

7

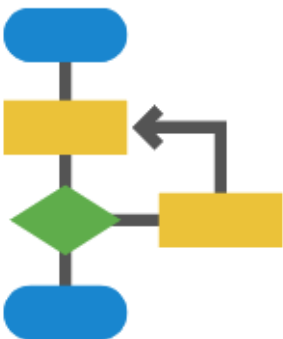
Cada tarea deberá tener un encargado responsable.

17. Responsables (de la actividad o tarea)

- Se refiere al nombre de la unidad académica, administrativa, de investigación o de extensión, sección, puesto o cargo responsable de operar la tarea. No se incluirán nombres de personas en esta sección. Esto se debe a los controles de calidad del procedimiento, que exigen un enfoque en los roles y responsabilidades formales, no en los individuos que los desempeñan en un momento dado.
- Cuando se trate de puestos operativos, mandos medios o superiores se deberá garantizar que la denominación de los cargos coincida con la estructura registrada en el Manual de Cargos vigente de la UNACHI. Ejemplos: Abogado, Cajero, Locutor, Mensajero Interno, Jefe del Departamento de Planillas y Descuentos, etc.
- Si el puesto pertenece a una unidad específica, se debe indicar su adscripción para mantener la secuencia y pertenencia del procedimiento.
Ejemplos: Abogado de la Asesoría Legal, Cajero de la Sección de Tesorería, Locutor del Departamento de Comunicaciones, Mensajero de la Dirección de Planificación, Jefe del Departamento de Planillas y Descuentos.
- Al referirse a las unidades administrativas o académicas, su denominación se realizará mediante su nombre oficial. Por ejemplo, en lugar de referirse a 'la oficina de contabilidad', se utilizará el nombre formal 'Departamento de Contabilidad'.
- Clarificación de la Responsabilidad en la Ejecución de Tareas: Cuando la naturaleza o la función específica de una tarea dentro del procedimiento se redirige o delega a otra unidad organizacional que es la competente para gestionarla, la responsabilidad sobre esa tarea particular se transfiere a dicha unidad o puesto. Este ciclo de asignación de responsabilidad se aplica cada vez que la descripción del procedimiento lo requiera, asegurando que cada actividad tenga un responsable claro y definido, independientemente de la unidad general que gestione el procedimiento en su totalidad.

18. Mapa de Proceso (Diagrama de Flujo)

Una vez completada la descripción narrativa detallada del procedimiento, es un **requerimiento esencial** incorporar el Mapa de Proceso (Diagrama de Flujo). Este diagrama representa visualmente el mismo procedimiento previamente descrito de forma narrativa, ilustrando la secuencia lógica de sus actividades y proporcionando una comprensión rápida y clara de su flujo.



Contenido

El Diagrama de Flujo debe representar fielmente la secuencia de las actividades descritas en la sección “Descripción de las Actividades” dentro del formato estructural del procedimiento.

La coherencia y exactitud entre ambos formatos es crucial, garantizando que el diagrama sea una transcripción gráfica precisa y sin omisiones del proceso textual. Bajo ninguna circunstancia deben existir actividades en el diagrama que no estén detalladas en la narrativa, ni viceversa, para evitar ambigüedades o discrepancias en la comprensión del procedimiento.

Directrices para su Elaboración:

- Utilizar simbología estándar de diagramas de flujo (ej. ANSI/ISO) de manera consistente. Este punto será ampliado más adelante dentro de este manual en el punto **"4.4. Diagrama de Flujo"**, donde se detallará la simbología específica a utilizar según la función de las actividades o tareas.
- Asegurar que cada actividad del diagrama tenga su correspondiente descripción en la narrativa y viceversa.
- Ser claro, conciso y fácil de interpretar.
- Mantener la consistencia en el diseño y los colores, si aplica.
- Cuando un procedimiento es muy extenso, se puede subdividir el diagrama en varios sub-diagramas, haciendo referencia al siguiente con un conector apropiado.

19. Anexos: Los anexos son documentos complementarios que brindan información detallada y específica, necesaria para comprender y ejecutar un procedimiento de manera completa. Estos documentos pueden incluir:

- ➔ **Información técnica:** Manuales, especificaciones, planos, esquemas o descripciones detalladas de equipos, materiales o procesos.
- ➔ **Legislación aplicable:** Normas, leyes, reglamentos, circulares o acuerdos, que regulan el procedimiento en cuestión.
- **Instructivos:** Guías paso a paso o procedimientos operativos estándar que describen cómo realizar una tarea específica.
- ➔ **Evidencia documental:** Certificados, licencias, permisos, contratos, facturas, recibos, etc., que respaldan las afirmaciones o requisitos del procedimiento.
- ➔ **Datos estadísticos:** Tablas, gráficos, diagramas o cualquier representación numérica que ilustre tendencias, comparaciones o resultados relevantes.
- ➔ **Modelos o plantillas:** Formatos predefinidos para la elaboración de documentos, como solicitudes, informes o reportes.
- ➔ **Mapas:** Representaciones gráficas de áreas geográficas, útiles para ubicar lugares o mostrar rutas.

- ➔ **Listados:** Enumeraciones de elementos, como materiales, equipos o personal.
- ➔ **Formularios:** Documentos diseñados para recopilar información específica.
- ➔ **Fotografías:** Imágenes que ilustran elementos físicos o situaciones específicas.
- ➔ **Información de contacto:** Organigramas o cualquier dato que facilite la comunicación y coordinación entre las partes involucradas.
- ➔ **Modelos o muestras:** Ejemplos físicos de productos, materiales o diseños que sirven como referencia visual.

Formato de Control de Anexo

#	Nombre	Código	Versión	Documento Interno / Externo	Enlace Digital

- **# (Número):** Esta columna se utiliza para numerar secuencialmente cada anexo incluido en el procedimiento. Ayuda a organizar y referenciar fácilmente los documentos adjuntos.
- **Nombre:** En esta columna se describe el título o nombre del anexo. Debe ser un nombre claro y conciso que permita identificar rápidamente el contenido del documento.
- **Código:** Se debe indicar el código o referencia única y actual del documento. Esta codificación es asignada para el control de calidad. La finalidad es garantizar la trazabilidad completa de la gestión documental del Sistema de Gestión Integral de Calidad.
- **Versión:** Indica la vigencia y la última modificación aprobada del documento. Es vital para el control de calidad.
- **Documento Interno / Externo:** Esta columna clasifica el anexo según su origen. "Interno" indica que el documento fue generado dentro de la universidad, mientras que "Externo" señala que proviene de una fuente externa (proveedor, entidad gubernamental, etc.).
- **Enlace Digital (URL):** Debe ser un hipervínculo funcional que lleve directamente a la plantilla vacía o a la ubicación del documento vigente.

20. Control de Emisión

Es una herramienta de gestión que registra las nombres, cargos y firmas que autorizan el documento del procedimiento, garantizando así la transparencia y la responsabilidad en la toma de decisiones.

CONTROL DE EMISIÓN		
Documentado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre:	Nombre:	Nombre:
Cargo:	Cargo:	Cargo:
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

Responsables de la Sección de Emisión:

- **Documentación:** La persona que elabora el documento.
- **Revisión técnica:** Nombre y cargo de la persona responsable de evaluar la factibilidad técnica y operativamente del procedimiento y si cumple con los requisitos y estándares establecidos. Generalmente, esta función recae en **jefes de departamento** o, en ciertos casos, en **directores**.
- **Aprobación final:** La aprobación final del documento del procedimiento es responsabilidad de la máxima autoridad de la unidad, que generalmente es un vicerrector o director. Ellos dan el visto bueno antes de que el documento pase al Control de Calidad, a cargo de los analistas de la Dirección de Gestión y Calidad.

Las firmas avalan y dan validez de la autenticidad del documento, así mismo aprueban la publicación para su implementación.

21. Control de Cambio

Es un apartado dedicado a documentar y gestionar de manera ordenada cualquier modificación o actualización que se realice al procedimiento original. Esta sección es fundamental para garantizar la trazabilidad, la integridad y cumplimiento de los requisitos del procedimiento a lo largo del tiempo.

21.1	21.2	21.3	21.4
Versión	Fecha	Nº de Sección del Cambio	Justificación del cambio

➔ **Componentes de la Sección de Control de Cambio**

21.1. Versión: Se asignará un número secuencial a cada versión del documento, iniciando en 1.0 para la primera elaboración. Cada nueva revisión incrementará este número en una unidad, permitiendo un fácil seguimiento de los cambios a lo largo del tiempo.

21.2. Fecha del cambio: La fecha en que se realizó la revisión o actualización del documento.

21.3. N° de sección del cambio: Este campo especifica la página exacta del procedimiento en la que se introdujo una modificación. Sirve para rastrear con precisión dónde se han realizado cambios a lo largo del tiempo y facilita la revisión de las versiones anteriores. Por ejemplo, si el cambio fue en la tercera página de un documento de siete, se registrará el número 3.

21.4. Justificación del cambio: Contiene la información detallada sobre los cambios realizados, las secciones del procedimiento afectadas y las modificaciones exactas al texto. Verbos utilizados: agregar, eliminar, unificar, combinar, cambiar o modificar.

Ejemplos:

- Se eliminó el Anexo 3: Formulario de Solicitud de Notas Semestrales
- Se modifica el punto 3.2

Responsables de la Sección de Control de Cambio:

- **Solicitante del Cambio:** La persona que realiza las modificaciones del documento.
- **Revisión técnica:** Nombre y cargo de la persona que evalúa la factibilidad técnica del cambio propuesto.
- **Aprobación final:** Máxima autoridad de la unidad que aprueba los cambios del procedimiento.

CONTROL DE CAMBIO		
Solicitado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Nombre:	Nombre:	Nombre:
Cargo:	Cargo:	Cargo:
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha:	Fecha:	Fecha:

22. Control de Calidad:

CONTROL DE CALIDAD	
Verificado por:	Autorizado por:
Nombre:	Nombre:
Cargo:	Cargo:
Firma:	Firma:
Fecha:	Fecha:

Responsables de la Sección de Control de Calidad:

22.1. Sección "Verificado por" - Analista de Calidad:

- **Función:** El Analista de Calidad es responsable de asegurar que la descripción narrativa y secuencial del procedimiento cumpla con los parámetros de calidad establecidos. Esto incluye verificar la claridad, coherencia, precisión, gramática, ortografía, formato y el cumplimiento de las normativas internas de la universidad. El analista garantiza que el procedimiento sea fácil de entender y aplicar por los usuarios.

- **Detalles:**
 - **Nombre:** El Analista de Calidad anota su nombre completo.
 - **Cargo:** Se especifica "Analista de Calidad".
 - **Firma:** El Analista firma para certificar que ha realizado la revisión y que la descripción del procedimiento cumple con los criterios de calidad determinados.
 - **Fecha:** Se anota la fecha en que se realizó la verificación.

22.2 Sección "Autorizado por" - Director (a) de la Dirección de Gestión y Calidad:

- **Función:** Después de la verificación del analista, el Director (a) de la Dirección de Gestión y Calidad, procede a autorizar y sellar el documento del procedimiento, certificando que cumple con todos los requerimientos. Esta aprobación final permite la implementación y difusión del procedimiento en la universidad.

Detalles:

- **Nombre:** El Director (a) anota su nombre completo.
- **Cargo:** Se especifica "Director (a) de la Dirección de Gestión y Calidad"
- **Firma:** El Director (a) firma para indicar su aprobación sobre el documento del procedimiento.
- **Fecha:** Se anota la fecha en que se otorgó la autorización.

23. Sello de Aprobación:

Este espacio está destinado a la colocación del sello oficial de aprobación por parte del Director (a) de la Dirección de Gestión y Calidad. El sello certifica que el procedimiento ha sido revisado y aprobado, cumpliendo con todos los estándares de calidad reglamentados.

El sello de aprobación añade un nivel adicional de formalidad y seguridad al proceso de control de calidad. Es una evidencia tangible de que el procedimiento ha sido validado por la autoridad competente.

Ejemplo:



4.4. Diagrama de Flujo

Es la representación visual que, mediante símbolos y conectores, muestra la secuencia de tareas, decisiones y responsabilidades necesarias para desarrollar un trabajo determinado. La construcción de un diagrama eficaz comienza con la selección cuidadosa del formato visual y de los símbolos a utilizar.

4.4.1 Ventajas que ofrece la técnica de diagramación



4.4.2. Reglas Esenciales en la Elaboración de Diagramas de Flujo

- ➔ Analizar los datos recopilados para determinar la complejidad del proceso y seleccionar la forma de diagramación más efectiva: un diagrama único o una serie de diagramas interconectados que ilustren las etapas del procedimiento completo.
- ➔ La selección de ciclos lógicos en un diagrama de flujo es un proceso creativo que depende de la experiencia, el conocimiento del proceso y el juicio del diseñador. Si bien no existen reglas absolutas, es fundamental que los ciclos reflejen la lógica interna del proceso y faciliten su comprensión.

➔ Los diagramas de flujo deben construirse siguiendo estos principios básicos:

- a) El diagrama funcional es una excelente opción para representar procesos. Su estructura vertical u horizontal permite visualizar claramente la secuencia de actividades y asignar responsabilidades a cada sector o cargo, en el cual el flujo o secuencia de las actividades va de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha, y en el que cada actividad se ubica en la columna (si es un diagrama vertical) o fila (si es horizontal).
- b) En el Diagrama Funcional Vertical, enumere de izquierda a derecha los sectores/cargos involucrados en el proceso, sin importar el nivel jerárquico. Cada uno debe ocupar su columna respectiva para una mejor visualización.
- c) Emplee el símbolo de 'Inicio/Fin' al comienzo y al final del diagrama de flujo para indicar claramente el punto de partida y finalización del proceso.
- d) Inmediatamente después del símbolo 'Inicio', se debe indicar el símbolo de 'Operación', excepto al finalizar el diagrama.
- e) Si decide describir la actividad dentro del símbolo la frase debe ser corta y en tiempo presente.
- f) La conexión entre símbolos se realizará mediante *conectores*, utilizando flechas lineales o de ángulos rectos.
- g) No se permite tener más de una línea de unión entre dos símbolos.
- h) No se debe señalar múltiples líneas de entrada o salida en el mismo lado del símbolo.
- i) El rombo es el único símbolo de "Decisión" que puede tener hasta tres líneas de salida.

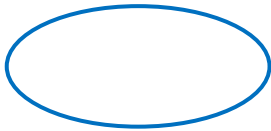
➔ Una vez que haya creado el diagrama, asegúrese de que no falte información en ningún paso. En caso de que haya alguna omisión, solicite la información necesaria al personal oportuno y añádala al diagrama.

- ➔ Asegúrese de que el diagrama esté "equilibrado", ni tan elaborado que resulte complicado de seguir, ni tan simplificado como para que al lector le resulte difícil interpretar lo que se debe realizar.
- ➔ Si es necesario, combine la simbología con descripciones breves para identificar claramente las tareas involucradas en una actividad. Luego de identificar las tareas con sus respectivas descripciones, se pueden organizar en secuencia cronológica para facilitar la comprensión y ejecución de la actividad. (puede ser en el mismo diagrama o en un procedimiento descriptivo asociado).
- ➔ Presente el diagrama a los participantes del procedimiento para que lo validen.
- ➔ Realice los ajustes en el diagrama según las sugerencias de los participantes o exponga el procedimiento actualizado a nivel de propuesta para mejorar el sistema y lograr su validación.

4.4.3. Simbología ANSI para Diagramas de Flujo

La simbología ANSI (American National Standards Institute) para diagramas de flujo, constituye un conjunto estandarizado de representaciones gráficas, utilizado para ilustrar de manera clara y concisa los procesos y las secuencias de operaciones, en diversos ámbitos. Su adopción facilita la comunicación de ideas y procedimientos, en entornos técnicos y empresariales, al proporcionar un lenguaje visual común, que puede ser comprendido por diferentes profesionales.

Este sistema de símbolos permite a los equipos de trabajo comunicar de forma efectiva las fases de un proceso, las decisiones a tomar, las entradas y salidas de información, así como las interacciones entre diferentes elementos del sistema. Además, promueve la consistencia en la documentación de procesos. Al seguir un conjunto estandarizado de símbolos, la institución puede asegurar que todos los diagramas de flujo generados por distintos equipos o individuos mantengan un estilo y formato similar.



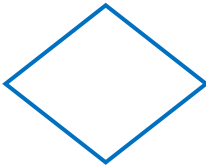
Terminal

Indica el inicio o terminación del flujo del proceso.



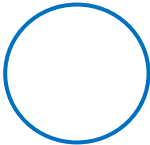
Actividad / Operación

Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento.



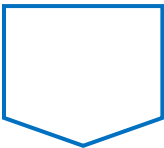
Decisión

Señala un punto en el flujo de toma de decisión. Las salidas del rombo son dos y de tipo: Sí / No.



Conector

Conecta una actividad con otra en una misma página dando continuidad y secuencia al procedimiento.



Conector de página

Conecta una actividad con otra que se encuentra en diferente página indicando continuidad del diagrama de flujo en una hoja adicional.



Documento

Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.



Líneas de Flujo o de unión

Conecta símbolos, señalando la secuencia en que deben realizarse las tareas.



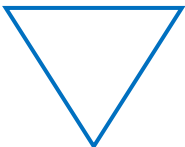
Nota

Se utiliza para indicar comentarios o aclaraciones adicionales a una tarea y se puede conectar a cualquier símbolo del diagrama en el lugar donde la anotación sea significativa.



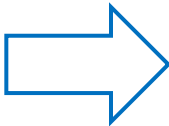
Datos

Indica salida y entrada de datos.



Archivo

Representa un archivo común y corriente de oficina, donde se guarda un documento en forma permanente.



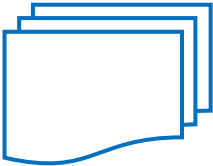
Transporte

Señala el traslado de un bien o de información a otra localización.



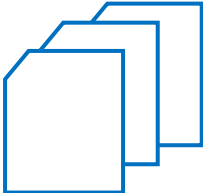
Base de datos

Indica el almacenamiento en base de datos en un sistema de información existente.



Documento Múltiple

Se refiere a un conjunto de documentos. Por ejemplo, un expediente.



Listado

Listados / Notas de trabajo acumulado



Documento adicional

Representa un documento que dentro del procedimiento puede elaborarse, requerirse o utilizarse.



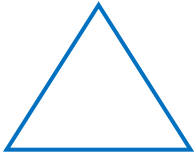
Entrada Manual

Representa a los datos o la información que se debe ingresar manualmente al sistema.



Exposición

Indica un paso en el que se expone información importante.



Almacenamiento

Almacenamiento controlado que requiera de una orden o solicitud para que el ítem pase a la siguiente actividad programada.

V. Puesta en Marcha

La Universidad Autónoma de Chiriquí implementará una metodología integral para la gestión digital de sus procedimientos a través de su sistema universitario. Este sistema establecerá un flujo jerárquico de aprobación, culminando en un detallado control de calidad. Este proceso garantizará que cada procedimiento cumpla con los estándares de calidad definidos.

Los esquemas típicos de aprobación de procedimientos suelen seguir una jerarquía de cuatro niveles: En primer lugar, la elaboración, donde se asigna la responsabilidad de crear el procedimiento. Le sigue la revisión técnica del documento, generalmente llevada a cabo por el líder del proceso involucrado. Posteriormente, la aprobación formal es realizada por la máxima autoridad de la unidad.

Como cuarto nivel del proceso, el procedimiento se someterá a un control de calidad para garantizar su viabilidad, correcta alineación y cumplimiento con los parámetros definidos en este manual. Una vez obtenida la certificación de calidad en el sistema universitario, los responsables remitirán el documento firmado a la Dirección de Gestión y Calidad para su sellado y autorización. Acto seguido, el documento será enviado a la unidad responsable para su escaneo y publicación en el sistema de procedimientos, donde quedará registrado como parte del proceso de control de documentos codificados que demanda el Sistema de Gestión Integral de Calidad. Concluido este paso, se iniciará su puesta en marcha e implementación. Este paso podrá incluir acciones de capacitación y comunicación, asegurando su correcta y efectiva aplicación por parte de los funcionarios involucrados.

Durante esta fase, quienes estén a cargo de desarrollar el procedimiento deben monitorear cuidadosamente el nivel de adecuación práctica y la eficiencia de los resultados logrados; y después de un período razonable, llevar a cabo las modificaciones necesarias en el documento a fin de actualizar el número de versión. La validez de la nueva versión, así como las modificaciones realizadas, deberán estar claramente identificadas en el procedimiento; las cuales estarán sujetas nuevamente al esquema de aprobación.

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-02
	Dirección General de Planificación	Página:	80/80
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual para la Elaboración de Procedimientos	Vigente a partir de:	10/03/2026

VI. Referencias Bibliográficas

International Organization for Standardization. (2015). *Sistemas de gestión de la calidad: Requisitos (ISO 9001:2015)*.

Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección de Desarrollo Institucional del Estado. (2009). *Guía de trabajo para el estudio de procedimientos*. República de Panamá.

U.S. Agency for International Development (USAID) & Centro de Estudios Ambientales y Sociales (CEAMSO). (s.f.). *Guía de elaboración de procedimientos*.

Universidad de Panamá, Dirección General de Planificación y Evaluación Universitaria. (2009). *Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos*.

Universidad Tecnológica de Panamá, Dirección General de Planificación Universitaria, Departamento de Evaluación y Calidad. (s.f.). *Instructivo para elaborar documentos*.

Universidad Veracruzana, Dirección de Planeación Institucional, Unidad de Organización y Métodos. (2023). *Guía para la elaboración de procedimientos*. Xalapa, México.

UNACHI

Ciudad Universitaria, David,
Provincia de Chiriquí, República de Panamá

www.unachi.ac.pa
dirgestionycalidad@unachi.ac.pa
Tel. 730 - 5300 Ext. 1406

Diseño: Dirección de Relaciones Públicas

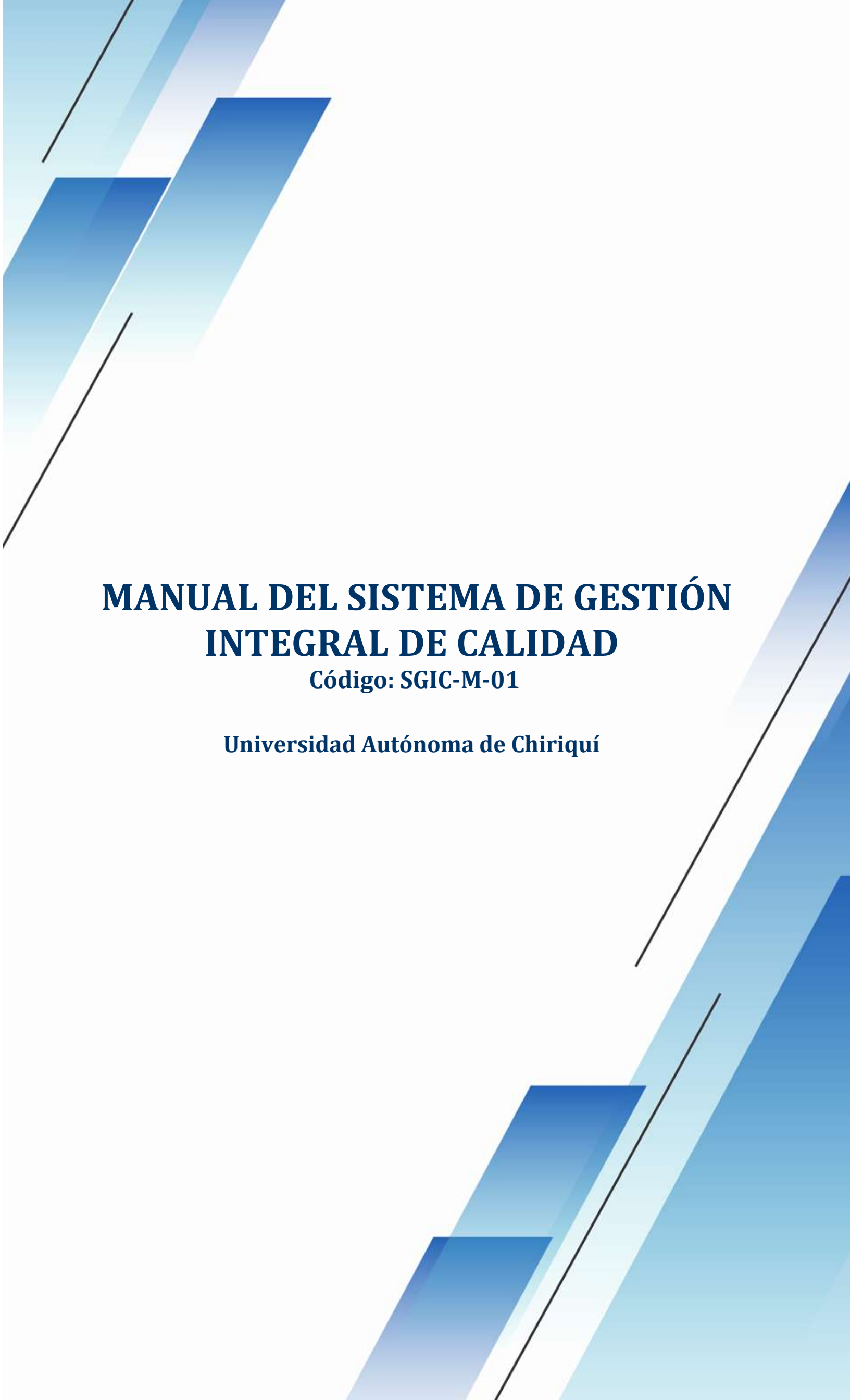


Universidad Autónoma de Chiriquí

Re Acreditada por el CONEAUPA, Resolución AI-009-2022

DIRECCIÓN DE GESTIÓN Y CALIDAD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE LA CALIDAD



MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD

Código: SGIC-M-01

Universidad Autónoma de Chiriquí

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-01
	Dirección General de Planificación	Página:	4/44
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual del Sistema de Gestión Integral de Calidad	Vigente a partir de:	10/03/2026

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIRIQUÍ

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD
Octubre 2025

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN

Dra. Iris Fuentes
Directora General de Planificación

DIRECCIÓN DE GESTIÓN Y CALIDAD

Mgtra. Linneth Morales
Directora de Gestión y Calidad

Mgtra. Maryelis Ibarra
Elaboración del documento

DISEÑO DE PORTADA Y CONTRAPORTADA

Licda. Sara Castillo
Dirección de Relaciones Públicas

DISTRIBUCIÓN

Este manual es propiedad de la Universidad Autónoma de Chiriquí y queda prohibida su reproducción total o parcial en cualquier medio. El otorgamiento de una copia a terceros deberá ser bajo la autorización de la Rectora de esta institución.

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-01
	Dirección General de Planificación	Página:	5/44
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual del Sistema de Gestión Integral de Calidad	Vigente a partir de:	10/03/2026

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

MAGÍSTER ETELVINA DE BONAGAS
RECTORA

MAGÍSTER JORGE BONILLA
VICERRECTOR ACADÉMICO

DOCTOR PEDRO GONZÁLEZ
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

DOCTORA ROSA MORENO
VICERRECTORA ADMINISTRATIVA

DOCTORA OLDA CANO
VICERRECTORA DE ASUNTOS ESTUDIANTILES

DOCTOR JORGE LÓPEZ
VICERRECTOR DE EXTENSIÓN

DOCTORA ENIS GRAJALES
SECRETARIA GENERAL

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-01
	Dirección General de Planificación	Página:	7/44
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual del Sistema de Gestión Integral de Calidad	Vigente a partir de:	10/03/2026

TABLA DE CONTENIDO

Presentación	9
Objetivo del manual	9
Términos y Siglas	10
1. Contexto Institucional	11
1.1. Generalidades de la Universidad Autónoma de Chiriquí	11
1.2. Marco Estratégico	11
1.3. Misión	11
1.4. Visión	12
1.5. Valores Institucionales	12
1.6. Referencias Normativas	12
2. Sistema de Gestión Integral de Calidad	13
2.1. Objetivo del SGIC	13
2.2. Ámbito de Aplicación	13
2.3. Política de la Gestión Integral de Calidad	13
2.4. Beneficios de la implementación del SGIC	14
2.5. Principios para la Gestión Integral de Calidad	15
2.6. Funciones del Sistema de Gestión Integral de Calidad	17
2.7. Etapas de Implementación del SGIC	19
2.8. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	20
2.9. Documentos para la administración del SGIC	24
2.10. Fases del SGIC (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar)	25
3. Enfoque a Procesos	27
3.1. Mapa de Proceso	27
4. Estructura Documental para la Gestión Integral de Calidad	31
4.1. Nivel Estratégico Institucional	32
4.2. Documentación del Sistema de Gestión Integral de Calidad	32
4.3. Elementos obligatorios y opcionales según tipo de documento	35
4.4. Control de Documentos	36
4.4.1. Elementos del control documental	36
4.5. Control de Archivos	38
4.5.1. Aspectos fundamentales para el control de archivos	38
4.6. Aprobación de la documentación del SGIC	39

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-01
	Dirección General de Planificación	Página:	8/44
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual del Sistema de Gestión Integral de Calidad	Vigente a partir de:	10/03/2026

5. Liderazgo	40
5.1. Compromiso de la Alta Dirección	40
5.2. Enfoque a clientes	40
5.3. Política	41
5.3.1. Establecimiento de la Política de Calidad	41
5.3.2. Comunicación de la Política de Calidad	42
5.3.3. Roles, responsabilidades y autoridades en la organización	42
6. Planificación del SGIC	42
6.1. Acciones para abordar la planificación	42
6.2. Objetivos de calidad y planificación para lograrlos	43
6.2.1. Criterios para el establecimiento de los objetivos de calidad	43
6.2.2. Objetivos de Calidad Institucional	44
6.3. Planificación de los cambios	44

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-01
	Dirección General de Planificación	Página:	9/44
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual del Sistema de Gestión Integral de Calidad	Vigente a partir de:	10/03/2026

PRESENTACIÓN

El presente documento es una guía para establecer la planificación, operación y el control de los procesos de la Universidad Autónoma de Chiriquí, establecidos dentro del Sistema de Gestión Integral de Calidad (SGIC); cuya estructura se adecúa a las normas nacionales e internacionales, y demás requisitos legales aplicables.

El SGIC de la UNACHI constituye un conjunto de acciones planificadas que garantizan la calidad de los procesos académicos, administrativos, de investigación y de extensión. A través de este sistema, se establece un marco de actuación que genera la confianza necesaria para nuestros grupos de interés y para la sociedad en general.

La Dirección de Gestión y Calidad, responsable de la implementación y dirección del sistema, ha elaborado este manual con el fin de guiar las actividades de todas las dependencias universitarias, incluyendo facultades, escuelas y direcciones. Esto asegura que cada unidad contribuya al cumplimiento de la misión, visión y los objetivos estratégicos de la UNACHI.

Este sistema, al integrar las operaciones de todas las áreas de la institución, proporcionará a los directivos la información necesaria para una gestión más informada y proactiva, garantizando que la universidad no solo cumpla con sus metas, sino que también optimice el uso de sus recursos para alcanzar los objetivos de calidad establecidos.

OBJETIVO DEL MANUAL

Establecer el Sistema de Gestión Integral de Calidad (SGIC) que permita optimizar los procesos académicos, administrativos, de extensión e investigación, promoviendo una cultura de mejora continua basada en la evidencia y garantizando la calidad de los servicios ofrecidos a toda la comunidad universitaria.

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-01
	Dirección General de Planificación	Página:	10/44
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual del Sistema de Gestión Integral de Calidad	Vigente a partir de:	10/03/2026

TÉRMINOS Y SIGLAS

Términos

- **Ciclo PHVA:** Un modelo de mejora continua que consta de cuatro fases: Planificar, Hacer, Verificar y Actuar.
- **Control de Archivos:** La gestión física o digital de los documentos, centrada en su organización, almacenamiento, protección y recuperación segura.
- **Control de Documentos:** El proceso que abarca el ciclo de vida completo de un documento, desde su creación y aprobación hasta su revisión, distribución y descarte.
- **Enfoque a Procesos:** La metodología utilizada para integrar sus procesos y actividades, transformando elementos de entrada en elementos de salida para aportar valor al cliente o usuario.
- **Funciones Sustantivas:** Las actividades esenciales de la universidad, como la docencia, la investigación y la extensión, que son la razón de ser de la institución.
- **Partes Interesadas (o Grupos de Interés):** Personas o grupos con un interés en el éxito de la universidad, lo que incluye tanto a públicos internos (como estudiantes, docentes, etc.) como externos (entidades gubernamentales, proveedores, etc.).
- **Política de Calidad:** Una declaración formal de la institución sobre sus compromisos y directrices en materia de calidad.
- **Proceso:** Conjunto de recursos y actividades interrelacionadas que transforman elementos de entrada en resultado.
- **Requisitos:** Las necesidades y expectativas que deben cumplirse en la documentación y procesos internos.

Siglas

- **CONEAUPA:** Consejo Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria de Panamá.
- **SGIC:** Sistema de Gestión Integral de Calidad.
- **ISO 9001:2015:** Norma internacional que establece los requisitos para un sistema de gestión de la calidad.
- **ISO 21001:2018:** Norma internacional específica para sistemas de gestión de la calidad en organizaciones educativas.

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-01
	Dirección General de Planificación	Página:	11/44
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual del Sistema de Gestión Integral de Calidad	Vigente a partir de:	10/03/2026

1. CONTEXTO INSTITUCIONAL

1.1. GENERALIDADES DE LA UNACHI

La Universidad Autónoma de Chiriquí (UNACHI), es una institución estatal de la República de Panamá, creada mediante Ley No. 26 del 30 de agosto de 1994; cuyo Campus Central está ubicado en la ciudad de David, provincia de Chiriquí. La UNACHI tiene presencia a nivel provincial, con tres centros regionales: Centro Regional Universitario de Barú, Centro Regional Universitario de Chiriquí Oriente y Centro Universitario de Tierras Altas. Además, cuenta con la Extensión Universitaria de Boquete y dos Sub-Sedes Regionales: Llano Nopo y Aserrió.

Su antecedente se remonta al año 1951, cuando la Universidad de Panamá, dio inicio a la educación superior en la provincia con varios cursos de verano en instalaciones prestadas del Centro Escolar Antonio José de Sucre. En 1969 logra establecerse oficialmente como Centro Regional Universitario de Chiriquí y consecutivamente en 1971 alcanza la adquisición de 10 hectáreas de terreno a fin de establecerse allí como sede central.

La Universidad Autónoma de Chiriquí ha alcanzado un hito significativo en su trayectoria académica al ser acreditada institucionalmente mediante la Resolución N°4 del 20 de julio de 2012. Este logro fue un reconocimiento a la calidad y excelencia de sus procesos educativos y administrativos. Más recientemente, la UNACHI reafirmó su compromiso con la mejora continua y la calidad educativa, obteniendo la reacreditación institucional según la Resolución CONEAUPA N°9 del 7 de noviembre de 2022. Este nuevo reconocimiento acentúa el cumplimiento de los más altos estándares de calidad en la educación superior en Panamá, consolidando a la UNACHI como una institución líder en la región.

1.2. MARCO ESTRATÉGICO

En lo que respecta al marco estratégico institucional, tanto la misión como la visión y los valores de la UNACHI, fueron establecidos en el Plan Estratégico Institucional 2023-2028, aprobado en el Consejo General Universitario No.04-2024, del 16 de julio de 2024.

1.3. Misión

Somos una institución de educación superior multidisciplinaria, protagonista en la construcción de oportunidades de desarrollo, basadas en la gestión del conocimiento, para el mejoramiento continuo de la sociedad panameña, contribuyendo al desarrollo local, nacional e internacional mediante la formación de profesionales de excelencia, a través de una gestión académica y administrativa con altos estándares, ética, responsabilidad, equidad y calidad humana.

1.4. Visión

Ser una universidad con creciente liderazgo nacional e internacional por la pertinencia y calidad de la formación profesional basada en docencia con estándares de calidad, investigación, innovación y emprendimiento; con capacidad de resiliencia ante los constantes cambios en el escenario local, nacional, regional y global. (Aprobado en Consejo General Universitario No.04-2024, del 16 de julio de 2024)

1.5. Valores Institucionales

- **Pertinencia**
- **Innovación**
- **Liderazgo**
- **Responsabilidad**
- **Ética**
- **Resiliencia**
- **Equidad**

1.6. Base Legal

- Ley 4 del 16 de enero de 2006, que reorganiza la UNACHI.
- La Universidad Autónoma de Chiriquí ha sido acreditada institucionalmente, mediante Resolución No. 4 de 20 de julio de 2012, cumpliendo con los lineamientos e indicadores y estándares establecidos en el Modelo de Evaluación y Acreditación Institucional Universitaria de Panamá por el CONEAUPA.
- Reacreditación según Resolución CONEAUPA No. 9 del 7 de noviembre de 2022
- Estatuto Universitario
- Ley N° 52 de 26 de junio de 2015. Que crea el sistema nacional de evaluación y acreditación para el mejoramiento de calidad de la educación superior universitaria de panamá, y deroga la ley 30 de 2006.
- Cuarto Plan para la Integración Regional de la Educación Superior de Centroamérica y República Dominicana PIRESC IV. Guatemala, 2016.
- Circular AIG-AG-IAH-C-No. 5-2019. Tramitación Digital en la AIG (Recibo y Envío de Documentos o Correspondencia Digital).
- Decreto Ejecutivo No. 357 de 9 de agosto de 2016. Que modifica el Decreto Ejecutivo No. 719 de 15 de noviembre de 2013 y dictan otras disposiciones para la ejecución de acciones de modernización gubernamental y de gobierno digital.
- Política de Calidad Institucional aprobada en Consejo Académico No. 08-2024 del 31 de mayo de 2024 y ratificada en el Consejo General Universitario No. 03-2024 del 21 de junio de 2024.

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-01
	Dirección General de Planificación	Página:	13/44
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual del Sistema de Gestión Integral de Calidad	Vigente a partir de:	10/03/2026

2. SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD

2.1. Objetivo del SGIC

El Sistema de Gestión Integral de Calidad (SGIC) de la UNACHI tiene como propósito central estandarizar y optimizar todos sus procesos y servicios para asegurar la satisfacción de nuestros grupos de interés. A través de la mejora continua, este sistema permite el cumplimiento de nuestra misión, visión y objetivos institucionales, y simultáneamente consolida una identidad universitaria apreciada por su dedicación a la excelencia académica y la cultura de calidad.

2.2. Ámbito de Aplicación

El Sistema de Gestión Integral de Calidad (SGIC) de la Universidad Autónoma de Chiriquí (UNACHI), documentado en este manual, abarca todos los programas académicos, servicios administrativos, investigaciones y actividades de extensión que realiza la institución. Este sistema, diseñado para asegurar la calidad de sus servicios y procesos, se rige por los principios de las normas ISO 9001:2015 e ISO 21001:2018.

2.3. Política de la Gestión Integral de Calidad

Ofrecer servicios académicos de alta calidad en los ámbitos de la docencia, administración, investigación y extensión, con el propósito de promover la formación integral de profesionales que satisfagan las necesidades y expectativas de nuestros grupos de interés. Este compromiso se respalda mediante un seguimiento académico y movilidad estudiantil efectivos, garantizando la pertinencia, eficiencia y coherencia de los procesos. Además, pretende asegurar que la enseñanza esté fundamentada en sólidas competencias disciplinarias, pedagógicas, tecnológicas, éticas, personales e investigativas, todas alineadas con los objetivos de excelencia institucional y en concordancia con los principios de los derechos humanos, con el propósito de fomentar la mejora continua. *(Aprobada en Consejo Académico No. 08-2024 del 31 de mayo de 2024 y ratificada en el Consejo General Universitario No. 03-2024 del 21 de junio de 2024).*

2.4. Beneficios de la implementación del Sistema de Gestión Integral de Calidad



2.5. Principios para la Gestión Integral de Calidad

Los principios para la gestión de la calidad son los fundamentos técnicos, organizacionales, estratégicos y éticos sobre los que se sustenta el Sistema de Gestión Integral de Calidad (SGIC). La aplicación de estos principios es clave para crear una cultura de mejora continua y excelencia. Son la brújula que guía la toma de decisiones y el diseño de los procesos, asegurando que el sistema sea robusto y eficaz.

Considerando esta importancia, se han adoptado los siguientes principios clave para la operación del SGIC:



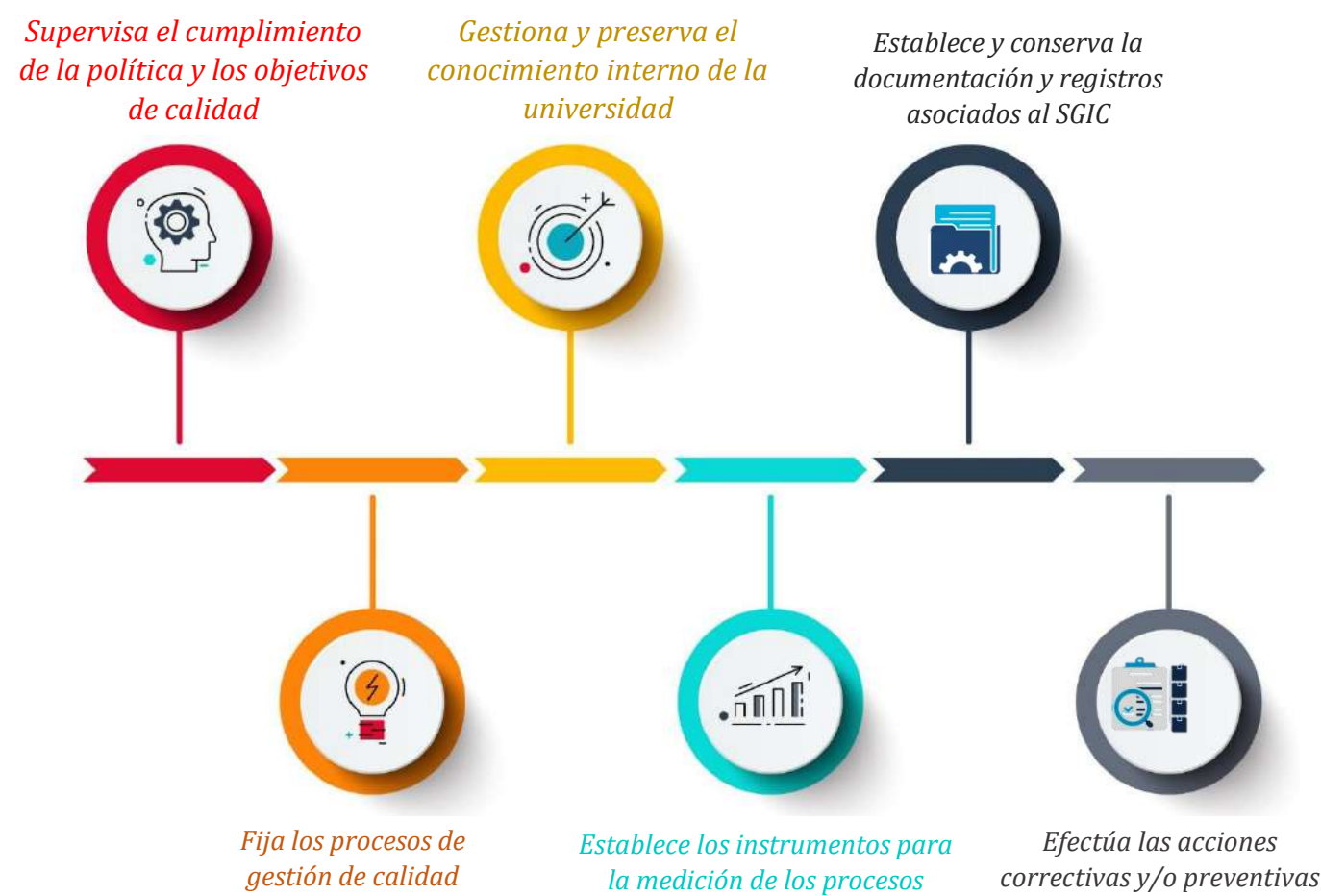
	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-01
	Dirección General de Planificación	Página:	16/44
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual del Sistema de Gestión Integral de Calidad	Vigente a partir de:	10/03/2026

A continuación, se describen los principios clave de la gestión de la calidad:

- **Compromiso.** Contempla la responsabilidad de cada estamento con las necesidades y prioridades de los clientes, complementando sus competencias y obligaciones con empatía y sensibilidad; para ello, es necesario que tanto administrativos como docentes conozcan las fortalezas y debilidades de los productos y servicios que ofrece la UNACHI, y los estudiantes transmitan con sus homólogos los beneficios que aporta la institución de la cual forman parte.
- **Liderazgo.** Las autoridades universitarias liderarán la implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión Integral de Calidad, proporcionando los recursos, apoyos y creando conciencia de una cultura de calidad en cada uno de sus integrantes.
- **Mejora continua.** La UNACHI fomentará la mejora continua en todos los procesos y actividades, a través de la identificación de áreas de oportunidad y la implementación de acciones correctivas y preventivas.
- **Toma de decisiones fundamentada en acciones.** Las decisiones deben desarrollarse analizando informes, documentos y datos administrativos o académicos; precisos y confiables, con la finalidad de demostrar su efectividad y pertinencia.
- **Relaciones colaborativas.** Se promoverá una relación colaborativa con los proveedores académicos y administrativos de la UNACHI mediante alianzas estratégicas, con el objetivo de mejorar su productividad y rentabilidad, generando valor para ambas partes.
- **Modelo de procesos.** Los procesos, funciones y mecanismos están claramente definidos por cada integrante de la UNACHI, interrelacionándose como un sistema, de tal manera que se atiendan sus objetivos y propósitos.

2.6. FUNCIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD

El Sistema de Gestión Integral de Calidad (SGIC) opera a través de un conjunto de funciones esenciales y coherentes que permiten a la UNACHI alcanzar sus objetivos estratégicos. Estas funciones son el motor que impulsa la mejora continua y aseguran que la institución no solo cumpla con sus propios estándares, sino que también responda de manera efectiva a los requisitos de las partes interesadas y a la normativa aplicable. A continuación, se describen las funciones clave que guían la operación del SGIC.



Descripción de las funciones del SGIC:

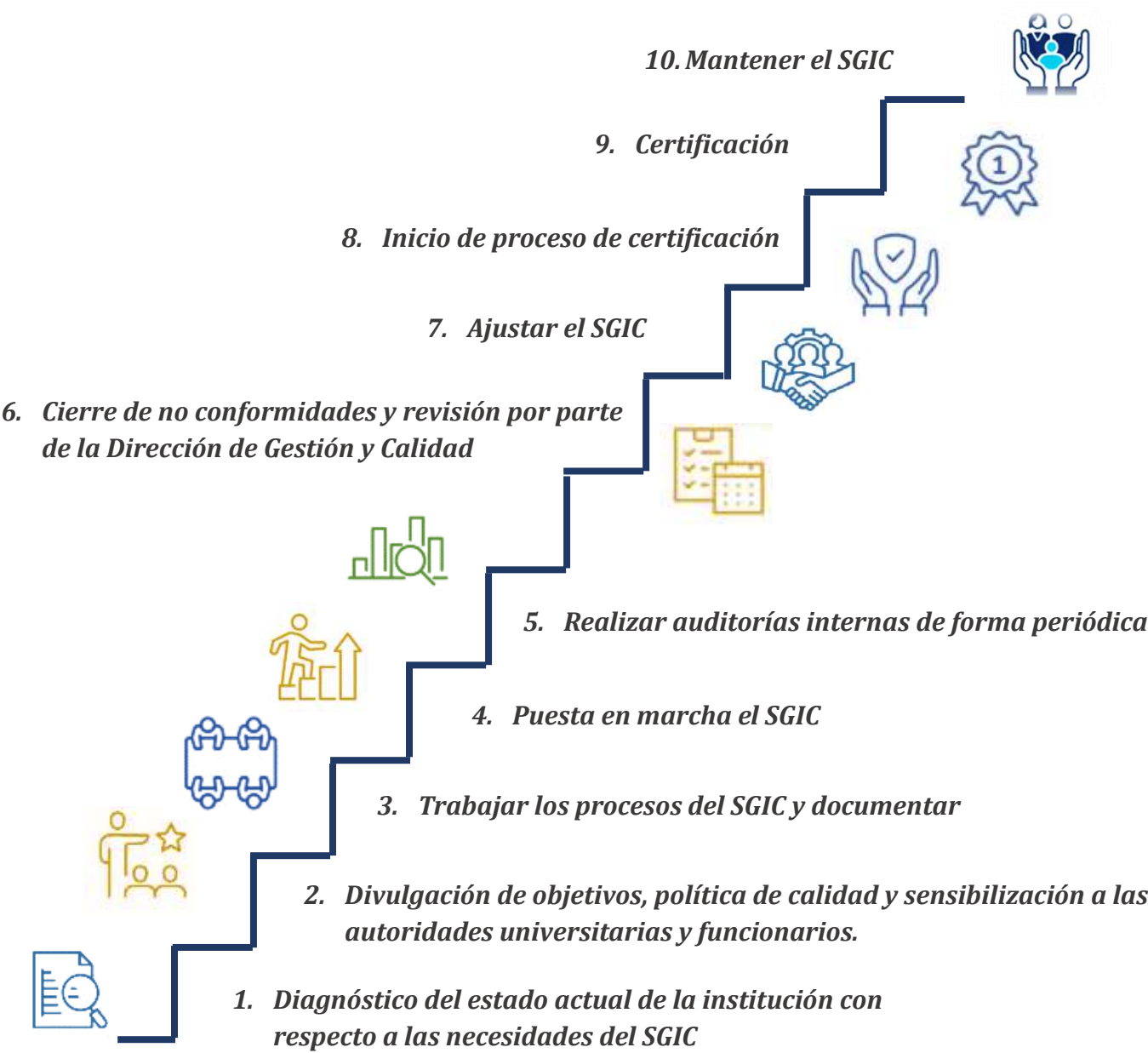
- **Supervisión y Control:** El SGIC supervisa el cumplimiento de la política y los objetivos de calidad en todos los procesos de la universidad. Esto asegura que la calidad de los servicios ofrecidos se mantenga en línea con las disposiciones y normas institucionales.
- **Planificación Estratégica:** El sistema define y establece procesos de gestión de calidad que se alinean con la estructura académico-administrativa de la UNACHI. Con esta planificación, se analiza el impacto que el sistema genera en las funciones sustantivas y de apoyo de la universidad.

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-01
	Dirección General de Planificación	Página:	18/44
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual del Sistema de Gestión Integral de Calidad	Vigente a partir de:	10/03/2026

- **Gestión del Conocimiento de la Organización:** La norma ISO 9001:2015 enfatiza la importancia de gestionar y preservar el conocimiento interno de la universidad. Esto incluye el conocimiento derivado de la experiencia del personal, los resultados de auditorías y la información histórica del sistema, que es vital para la continuidad de los procesos. Esta función asegura que el conocimiento no se pierda y esté disponible para las generaciones futuras.
- **Medición y Evaluación:** El SGIC establece los instrumentos para medir el desempeño de los procesos. Esto permite verificar que se alcancen los resultados planificados y que se cumplan los requisitos establecidos, proporcionando datos concretos para la toma de decisiones.
- **Gestión Documental:** El sistema establece y conserva la documentación y los registros asociados al SGIC. Esta función asegura que toda la información se genere y gestione de acuerdo con los requisitos legales y reglamentarios, sirviendo como evidencia objetiva y confiable.
- **Mejora Continua:** El SGIC define las estrategias y los métodos necesarios para el plan de mejora continua de los procesos. Esto incluye la aplicación de acciones correctivas o preventivas para eliminar las causas de las no conformidades (reales o potenciales) y evaluar la eficacia de estas acciones para prevenir su recurrencia.

2.7. Etapas de Implementación del Sistema de Gestión Integral de Calidad

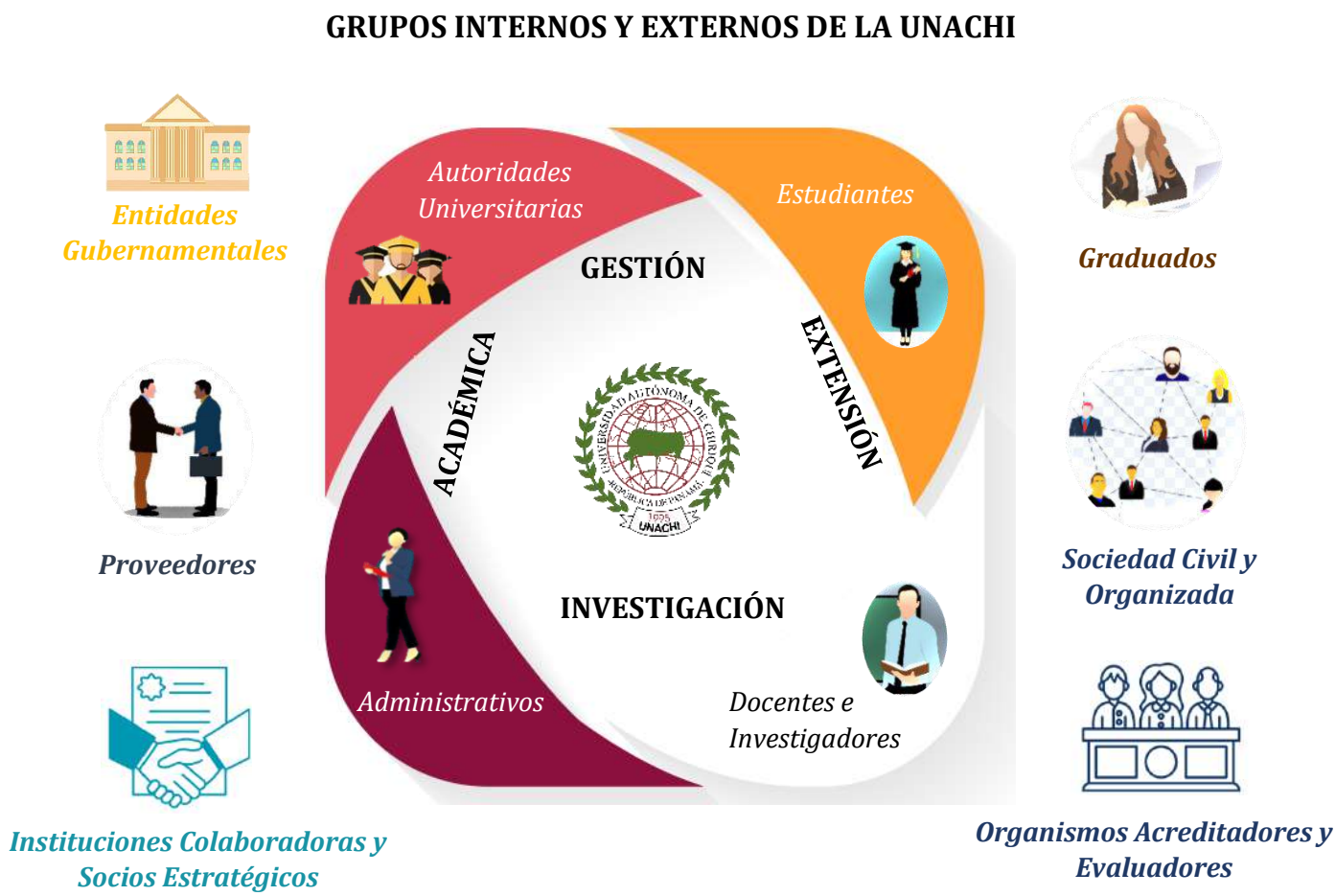
La implementación del Sistema de Gestión Integral de Calidad es un proceso organizado que se lleva a cabo en fases bien definidas. Estas etapas, que se describen a continuación, aseguran que la integración del sistema sea progresiva, ordenada y exitosa, permitiendo a la UNACHI construir una base sólida para la mejora continua.



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

Según la norma ISO 9001:2015 se define por “grupo de interés” a las personas, individuos o grupo de personas con un interés en la operación o el éxito de una organización. Grupo de interés es sinónimo de “públicos internos y externos” o “clientes internos y externos”, o “partes interesadas”. El análisis de las necesidades y expectativas de estas poblaciones dentro de los procesos competentes representa un pilar para la toma de decisiones y la mejora continua de la Universidad.

La institución realizó la identificación y clasificación de los grupos de interés señalados gráficamente a continuación:



ANÁLISIS DE LAS PARTES INTERESADAS

PARTES INTERESADAS INTERNA	NECESIDAD / EXPECTATIVA	RESPECTIVO SEGUIMIENTO
Autoridades Universitarias	✓ Reconocimiento institucional ✓ Direccionamiento estratégico definido e implementado. ✓ Planes, programas y proyectos que promuevan la calidad de la institución. ✓ Disponibilidad y uso eficiente de los recursos para el cumplimiento de los objetivos institucionales. ✓ Participación en procesos de mejora continua.	✓ Informe de gestión ✓ Actas de consejo ✓ Reporte estadístico y nivel de cumplimiento de los indicadores estratégicos ✓ Informes de avance y resultados de planes y proyectos ✓ Resultado de auditorías internas y externas ✓ Reportes financieros y de gestión de recursos ✓ Registro de asistencia y participación en comités y reuniones de mejora continua
Personal Docente	✓ Estabilidad laboral ✓ Capacitación permanente y desarrollo profesional ✓ Beneficios y reconocimientos laborales y económicos. ✓ Condiciones laborales apropiadas y equitativas ✓ Recursos y herramientas tecnológicas ✓ Participación en procesos académicos y de mejora continua.	✓ Cumplimiento de la normativa docente ✓ Evaluación docente ✓ Encuesta de clima organizacional ✓ Registros de reconocimientos formales ✓ Soporte técnico y evaluación de la satisfacción con las herramientas. ✓ Indicadores de calidad académica ✓ Registro de participación en comités, reuniones de mejora y planes de desarrollo institucional
Personal Administrativo	✓ Estabilidad laboral ✓ Beneficios y reconocimientos laborales y económicos. ✓ Espacios y recursos adecuados para el desarrollo de su labor. ✓ Capacitación permanente y desarrollo profesional ✓ Participación en mejoras continua.	✓ Cumplimiento de la normativa ✓ Encuesta de clima organizacional ✓ Indicadores de calidad administrativa ✓ Registro de asistencia y participación
Estudiantes	✓ Calidad en el servicio y formación académica óptima. ✓ Alianzas para pasantías y transferencia de conocimiento. ✓ Apoyos académicos, psicológicos y financieros. ✓ Espacios y recursos físicos adecuados	✓ Encuesta de clima organizacional ✓ Encuestas de satisfacción de los servicios universitarios ✓ Quejas o sugerencias ✓ Registro y análisis de solicitudes y otorgamiento de apoyos ✓ Indicadores de calidad estudiantil
Investigadores	✓ Acceso a recursos y soporte institucional para proyectos de investigación. ✓ Participación en líneas de investigación y grupos académicos ✓ Reconocimiento académico y protección de la propiedad intelectual. ✓ Colaboración transparente y efectiva con la universidad.	✓ Convenios y acuerdos de investigación. ✓ Informes periódicos de avances y resultados de investigaciones. ✓ Evaluaciones de desempeño y cumplimiento de proyectos. ✓ Participación en eventos académicos institucionales.

ANÁLISIS DE LAS PARTES INTERESADAS

PARTES INTERESADAS EXTERNAS	NECESIDAD / EXPECTATIVA	RESPECTIVO SEGUIMIENTO
Graduados	✓ Formación óptima conforme a la demanda profesional. ✓ Mecanismos de participación y vinculación institucional. ✓ Reconocimiento como integrantes activos de la comunidad universitaria. ✓ Programas específicos para graduados. ✓ Fomento del sentido de pertenencia. ✓ Alianzas y convenios con entidades nacionales e internacionales. ✓ Oferta de programas de posgrado y educación continua para complementar su desarrollo.	✓ Encuesta de seguimiento de graduados. ✓ Seguimiento estadístico y cualitativo de la participación y satisfacción de los graduados ✓ Difusión pública del impacto y logros de los graduados ✓ Indicadores de calidad y empleabilidad. ✓ Redes y canales de comunicación con graduados. ✓ Informes oficiales de estado y resultados de convenios ✓ Análisis de impacto profesional y social de los graduados. ✓ Registro y evaluación de los programas ofrecidos
Sociedad Civil y Organizada	✓ Participación en programas de responsabilidad social y comunitaria ✓ Impacto positivo a la sociedad ✓ Convocatorias académicas ✓ Programas académicos y culturales ✓ Acceso a servicios de formación técnica o vocacional	✓ Registro y evaluación de participación ✓ Participación en proyectos de impacto social ✓ Gestión de convocatorias académicas ✓ Seguimiento a solicitudes de la sociedad. ✓ Registro y reportes de programas específicos para formación técnica
Organismos Acreditadores y Evaluadores	✓ Cumplimiento estricto de criterios, estándares y requisitos normativos. ✓ Transparencia y disponibilidad de la documentación institucional y evidencias. ✓ Resultados fiables en procesos de autoevaluación y auditorías externas. ✓ Mejoras continuas basadas en recomendaciones y planes de acción.	✓ Presentación y revisión de informes de autoevaluación institucional y planes de mejora ✓ Reportes de cumplimiento normativo entregados en tiempos establecidos. ✓ Mantenimiento de un sistema documental accesible y actualizado disponible para revisión. ✓ Informes de auditorías con hallazgos documentados y evidencias sustentadas. ✓ Elaboración y seguimiento de planes de acción derivados de hallazgos y recomendaciones.
Instituciones Colaboradoras y Socios Estratégicos	✓ Establecimiento de acuerdos claros, definidos y mutuamente beneficiosos. ✓ Gestión eficiente y oportunidad en la ejecución de proyectos y actividades conjuntas. ✓ Programas de capacitación y talleres planificados y evaluados. ✓ Reconocimiento mutuo en publicaciones, eventos y resultados compartidos. ✓ Fortalecimiento de capacidades mediante capacitaciones y transferencia de conocimientos.	✓ Registro y actualización periódica de convenios y acuerdos institucionales. ✓ Reportes de avance de proyectos conjuntos ✓ Canales formales (plataformas digitales, boletines) para la difusión de información relevante. ✓ Reuniones de coordinación y seguimiento a proyectos conjuntos. ✓ Registro y seguimiento de menciones y reconocimientos en documentos y eventos institucionales. ✓ Programas de capacitación y talleres planificados y evaluados.

ANÁLISIS DE LAS PARTES INTERESADAS

PARTES INTERESADAS EXTERNAS	NECESIDAD / EXPECTATIVA	RESPECTIVO SEGUIMIENTO
Proveedores / Contratistas	✓ Cumplimiento de los requisitos establecidos y las condiciones pactadas en los procesos de contratación. ✓ Pagos oportunos ✓ Procesos administrativos ágiles y eficientes ✓ Establecimiento y mantenimiento de convenios claros.	✓ Evaluación de indicadores clave del desempeño según criterios de calidad ✓ Registros de cumplimiento administrativo y financiero ✓ Control y seguimiento de contratos.
Entidades Gubernamentales	✓ Desempeño del proceso ✓ Cumplimiento de los requisitos legales. ✓ Transparencia en la gestión institucional. ✓ Información actualizada y confiable sobre procesos y resultados. ✓ Coordinación efectiva en la ejecución de políticas públicas. ✓ Respuesta oportuna a solicitudes y órdenes gubernamentales.	✓ Documentación oficial del proceso ✓ Publicación de informes de gestión accesibles públicamente ✓ Auditorías y evaluaciones gubernamentales. ✓ Indicadores de Gestión ✓ Informes de cumplimiento. ✓ Actas y seguimiento de compromisos ✓ Registro y seguimiento de comunicaciones y trámites realizados.

2.9. Documentos para la administración del SGIC

La UNACHI, mediante su Sistema de Gestión Integral de Calidad, mantiene documentados sus procesos para asegurar su eficaz planificación, funcionamiento y control, garantizando así que los servicios proporcionados cumplan con los requisitos especificados. Estos documentos específicos son fundamentales para la operación, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Gestión Integral de Calidad y se integran en su estructura documental.

Estos documentos son la base para estandarizar las operaciones en toda la institución. El propósito principal de estos documentos es servir como la fuente de información oficial del sistema, las cuales el personal debe seguir rigurosamente al momento de desarrollar sus actividades, procedimientos y procesos. Entre los documentos clave se encuentran:

- ✓ Política de Calidad
- ✓ Reglamento para la Gestión Integral de Calidad
- ✓ Manual del Sistema de Gestión Integral de Calidad.
- ✓ Manuales de Procedimientos para administrar el SGIC:



- ✓ Políticas Operativas
- ✓ Lineamientos
- ✓ Guías e Instructivos
- ✓ Formato y Formularios

Toda esta documentación que regula y administra el Sistema de Gestión Integral de Calidad es elaborada por la Dirección de Gestión y Calidad, garantizando el cumplimiento de las normas internas. La Dirección también asegura el control y la actualización de estos documentos, incluyendo la codificación, revisión, aprobación y la disponibilidad para todos los usuarios.

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-01
	Dirección General de Planificación	Página:	25/44
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual del Sistema de Gestión Integral de Calidad	Vigente a partir de:	10/03/2026

2.10. Fases del SGIC (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar)

El enfoque en procesos permite que se desarrolle la mejora continua en la institución, tomando como referente el Ciclo PHVA: planear, hacer, verificar y actuar; este ciclo es la base para el desarrollo del SGIC en la universidad, donde cada componente se describe de la siguiente manera:

- **Planear:** Es el cimiento de todo el ciclo de mejora. En este paso, se establecen la estrategia, las metas y las bases para un cambio exitoso. Se trata de determinar los objetivos que se quieren alcanzar, definir los procesos necesarios para lograrlos y recopilar toda la información relevante. Se utiliza la información del mapa de procesos del Sistema de Gestión Integral de Calidad (SGIC), incluyendo la política de calidad, los objetivos institucionales y los indicadores clave de los procesos.
- **Hacer:** Una vez que la etapa de planificación ha establecido los objetivos y procesos necesarios, la fase de "Hacer" es donde se ejecutan los planes. Este paso crucial implica poner a prueba los procesos conforme a los manuales de procedimientos y operarlos tal como han sido documentados, siguiendo las directrices generales establecidas en el manual del SGIC.
- **Verificar:** Después de la implementación, es crucial analizar los resultados para identificar oportunidades de mejora. Esta fase asegura que el Sistema de Gestión Integral de Calidad avanza hacia sus objetivos y que se detectan inconsistencias antes de que se conviertan en problemas mayores. El análisis se obtiene de las auditorías de calidad (internas y externas), puntos de control establecidos en los procedimientos, indicadores de procesos y la revisión del desempeño del SGIC.
- **Actuar:** Es la culminación del ciclo, donde se implementan las mejoras resultantes de la revisión y evaluación del desempeño. Su objetivo es asegurar que las prácticas exitosas se estandaricen y se conviertan en parte de la operación diaria, permitiendo así que la universidad no solo mantenga la calidad, sino que la eleve de manera constante. Esta fase implica el desarrollo, la comunicación de las acciones de mejora y la rendición de cuentas a las poblaciones de interés.

CICLO DE MEJORA DEL SGIC DE LA UNACHI



	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-01
	Dirección General de Planificación	Página:	27/44
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual del Sistema de Gestión Integral de Calidad	Vigente a partir de:	10/03/2026

3. Enfoque a Procesos

La UNACHI ha estructurado su “Mapa de Proceso”, esquema que integra todos los procesos y su conjunto de actividades y recursos que transforman elementos de entrada en elementos de salida, aportando valor añadido para el cliente o usuario. El propósito de todo proceso es ofrecer al cliente/usuario un servicio correcto que cubra sus necesidades, que satisfaga sus expectativas, con el mayor grado de rendimiento en coste, servicio y calidad. Un procedimiento es la forma concreta de llevar a término un proceso, o una parte del mismo.

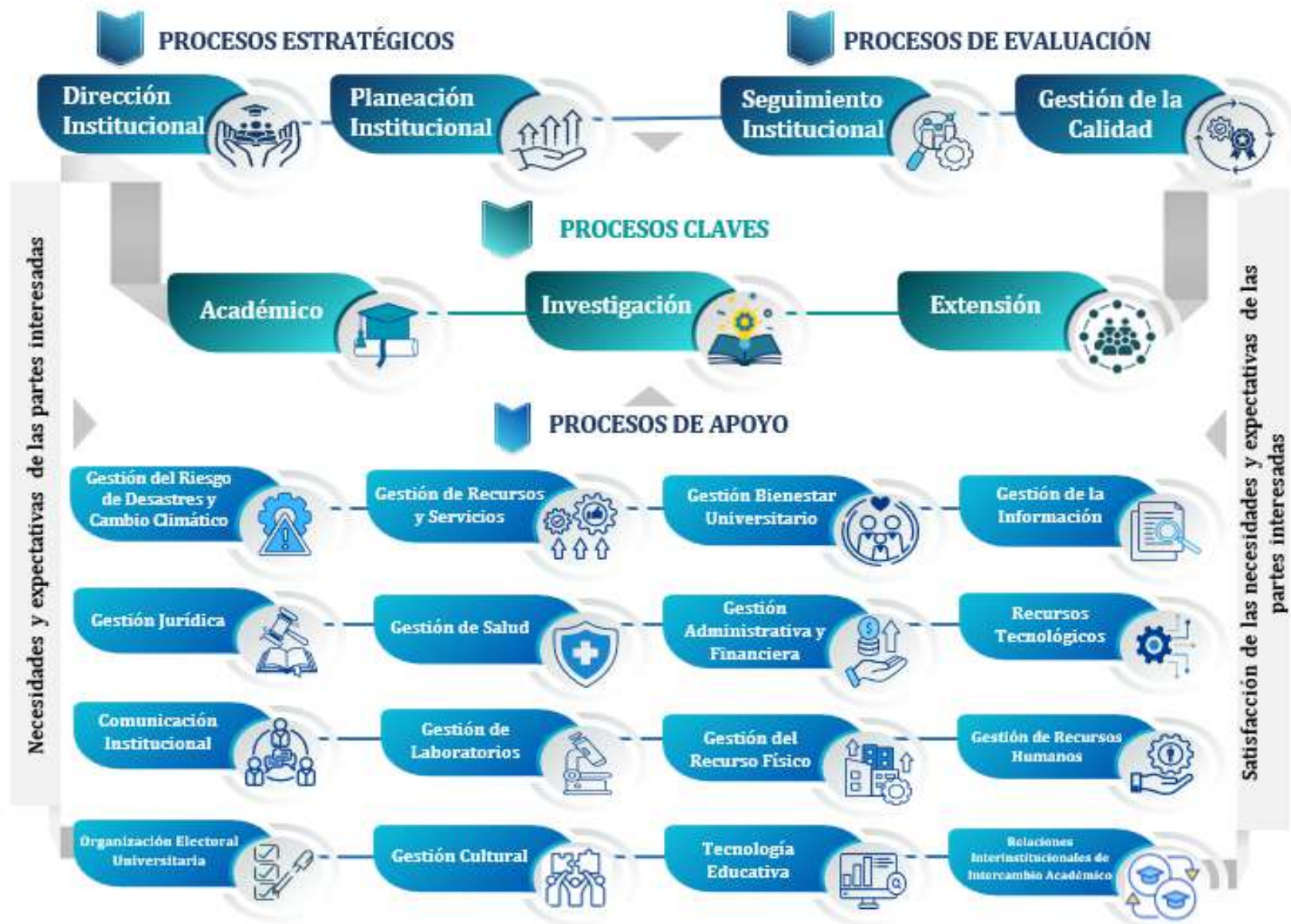
Los procesos y su interacción dentro del Sistema de Gestión Integral de Calidad se clasifican en cuatro categorías fundamentales: estratégicos, de evaluación, claves y de apoyo. Estos procesos se evalúan mediante unidades de medición que permiten estimar el rendimiento interno de cada unidad académica y administrativa, identificar oportunidades de mejora, detectar fallas y aplicar acciones correctivas. Las altas autoridades y responsables de las diferentes instancias académicas, administrativas, de investigación y extensión, son quienes definen los procesos internos que les competen, su caracterización, así como la interacción y secuencia entre ellos.

La Dirección de Gestión y Calidad establecerá los criterios y métodos necesarios para garantizar la eficacia en la operación y control de estos procesos. Asimismo, realizará el seguimiento, la medición y el análisis continuo, implementando las acciones requeridas para la mejora constante del sistema y la satisfacción del cliente.

3.1. Mapa de Proceso

A continuación, se presenta el mapa de procesos de la UNACHI, un instrumento esencial para la gestión de la calidad. Este diagrama ilustra de manera clara y organizada los procesos que conforman la estructura operativa de la universidad, garantizando la eficiencia, la calidad y el cumplimiento de la misión institucional.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIRIQUÍ
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD
MAPA DE PROCESO



	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-01
	Dirección General de Planificación	Página:	29/44
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual del Sistema de Gestión Integral de Calidad	Vigente a partir de:	10/03/2026

El mapa de procesos se compone de cuatro procesos importantes:

- **Procesos Estratégicos:** Son los procesos que establecen las directrices y la orientación general de la universidad. Se encargan de planificar, dirigir y controlar el cumplimiento de la misión, visión y objetivos institucionales. También supervisan el desempeño de toda la organización para asegurar que se mantenga alineada con sus metas de calidad y de mejora continua.
- **Procesos de Evaluación:** Estos procesos tienen la función de revisar y verificar que los demás procesos (estratégicos, clave y de apoyo) estén cumpliendo con los estándares y criterios de calidad establecidos. Actúan como una garantía interna que identifica oportunidades de mejora, desarrolla auditorías y asegura la integración armónica de todo el SGIC. Estos procesos actúan como un guardián de la calidad y del correcto funcionamiento interno.
- **Procesos Claves:** Los procesos clave, también conocidos como procesos misionales, están directamente relacionados con la función principal y la razón de ser de la institución. Estos procesos incluyen, de forma primordial, las actividades de carácter académico (proceso de enseñanza y aprendizaje), de investigación y de extensión. Son los que transforman los insumos en resultados concretos, tales como la formación de profesionales, la generación de conocimiento y la interacción con el entorno social y productivo.
- **Procesos de Apoyo:** Son aquellos que facilitan y complementan el desarrollo de los demás procesos al proporcionar los recursos y medios, tanto tangibles como intangibles, necesarios para su ejecución. Además, incluyen actividades que contribuyen al logro de los objetivos y al desarrollo integral de la institución. Estos procesos son esenciales para el funcionamiento general de la universidad y para el cumplimiento de sus estándares de calidad y servicio. Sin el adecuado desempeño de los procesos de apoyo; los procesos clave y estratégicos no podrían llevarse a cabo eficazmente. Por tanto, son determinantes para alcanzar los objetivos enfocados en satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes y usuarios.

Los procesos que lo componen se mencionan a continuación:

- Gestión de Recursos y Servicios
- Bienestar Universitario
- Gestión de la Información
- Gestión Jurídica

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-01
	Dirección General de Planificación Dirección de Gestión y Calidad Manual del Sistema de Gestión Integral de Calidad	Página:	30/44
		Versión:	1.0
		Vigente a partir de:	10/03/2026

- Gestión de la Salud
- Gestión Administrativa y Financiera
- Recursos Tecnológicos
- Gestión de Laboratorios
- Tecnología Educativa
- Comunicación Institucional
- Gestión del Recurso Físico
- Relaciones Interinstitucionales de Intercambio Académico
- Organización Electoral Universitaria
- Gestión Cultural
- Gestión de Recursos Humanos
- Gestión del Riesgo de Desastres y Cambio Climático

4. Estructura Documental para la Gestión Integral de Calidad

La estructura documental para la gestión integral de calidad es la organización jerárquica de todos los documentos necesarios para asegurar la calidad en todas las áreas de la institución. Similar a lo que ocurre en otras entidades, dicho esquema ofrece un contexto para la elaboración, administración, supervisión y optimización de la documentación vinculada a la calidad de sus procedimientos. Incluye desde la documentación estratégica hasta los registros operativos.

La documentación que conforma el SGIC de la UNACHI se organiza y clasifica de manera jerárquica en una pirámide documental. Esta estructura está subordinada al *Marco Estratégico Institucional*, el cual, por su naturaleza, se encuentra por encima del SGIC. A pesar de que la documentación del SGIC tiene su propia jerarquía, opera bajo el paraguas de este marco superior, que define el rumbo de toda la universidad.

A continuación, se detalla la composición de esta estructura, partiendo del nivel que define la estrategia institucional.

- Nivel Estratégico Institucional:**
Marco de Referencia Institucional:
- Leyes, Decretos, Resoluciones
 - Estatuto y Reglamentos de la UNACHI
 - Políticas y otros documentos rectores

Estructura documental del SGIC

Nivel 1: Documentos de alto nivel del SGIC

- Política de Calidad
- Reglamento para la Gestión Integral de Calidad
- Manual del SGIC

Nivel 2: Documentación de Procesos y Procedimientos

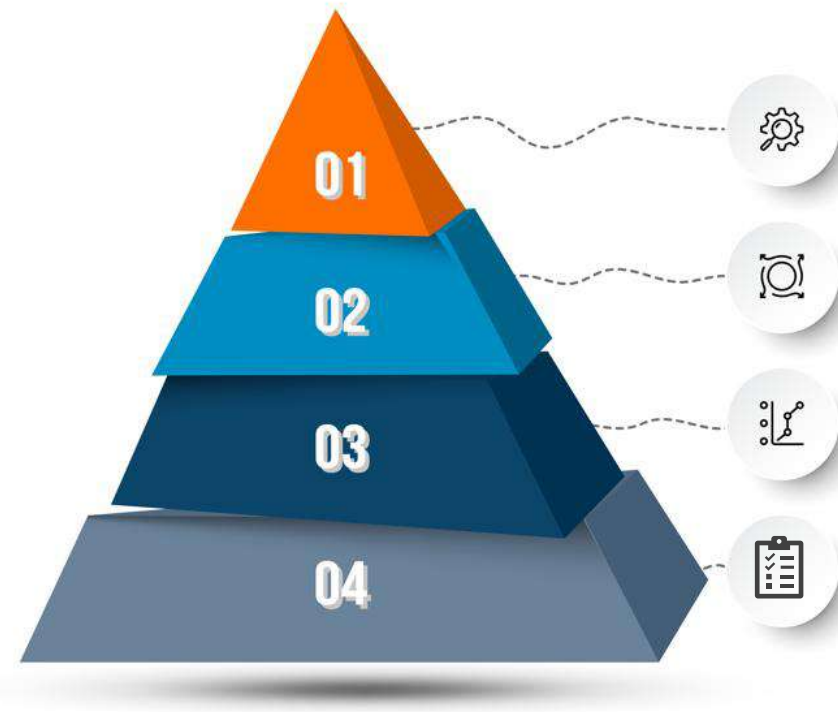
- Manuales de Procedimientos

Nivel 3. Documentación Operativa y de Apoyo a la Ejecución

- Políticas Operativas
- Lineamientos
- Guías
- Instructivos

Nivel 4. Documentación de Registros y Evidencia

- Formatos y Formularios



	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-01
	Dirección General de Planificación	Página:	32/44
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual del Sistema de Gestión Integral de Calidad	Vigente a partir de:	10/03/2026

4.1. Nivel Estratégico Institucional

Se ubica en la cúspide de la estructura documental representando el marco de referencia superior y legal para toda la institución, al que el Sistema de Gestión Integral de Calidad (SGIC) debe estar sujeto. Los documentos en este nivel tienen la máxima autoridad y sirven como la brújula que guía la operación y la toma de decisiones en la Universidad Autónoma de Chiriquí (UNACHI). Su cumplimiento es de carácter obligatorio para toda la comunidad universitaria.

Este nivel incluye:

- ↳ Leyes, Decretos y Resoluciones nacionales
- ↳ El Estatuto y Reglamentos de la UNACHI.
- ↳ Políticas y otros documentos que definen los principios rectores de la universidad.

4.2. Documentación del Sistema de Gestión Integral de Calidad

- **Nivel 1: Documentación de alto nivel**

Estos documentos son el pilar fundamental de la gestión de calidad, la base para el funcionamiento y cumplimiento del sistema, estableciendo directrices, objetivos y normativas que guían todos los procesos y procedimientos operativos. Incluye documentos normativos que establecen el marco general del Sistema de Gestión Integral de Calidad, entre los cuales se encuentran:

- ↳ **La Política de Calidad:** Establece los principios y objetivos generales de la institución para asegurar la satisfacción de sus grupos de interés. Su propósito es respaldar la mejora continua de todos los procesos (académicos, administrativos, de investigación y de extensión). Esta política es definida, revisada y comunicada por la Alta Dirección para asegurar que sea comprendida y aplicada en toda la organización.
- ↳ **El Reglamento para la Gestión Integral de Calidad:** Establece los protocolos de la Universidad Autónoma de Chiriquí para el diseño, implementación y certificación del Sistema de Gestión Integral de Calidad en la UNACHI.
- ↳ **El Manual del Sistema de Gestión Integral de Calidad:** Documento que establece y describe los estándares, procesos y objetivos relacionados al cumplimiento de los criterios de evaluación de la calidad. Es una herramienta fundamental para asegurar la calidad y excelencia en todas las actividades, promoviendo la mejora continua y satisfacción de todas las partes interesadas.

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-01
	Dirección General de Planificación	Página:	33/44
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual del Sistema de Gestión Integral de Calidad	Vigente a partir de:	10/03/2026

- **Nivel 2. Documentación de Procesos y Procedimientos:**

Comprende los manuales específicos que registrarán la administración del SGIC. Estos manuales detallan los procesos y pautas para la correcta ejecución y control de actividades clave en la gestión integral de calidad. Los manuales específicos que conforman este nivel son:

- **Manual de Procedimientos para la Información Documentada y Control de Cambios:** Este manual establece los lineamientos y pasos específicos para la gestión, control, actualización, distribución y resguardo de toda la información documentada del SGIC. Asegura que los documentos estén actualizados, accesibles, controlados y se mantenga un historial de cambios riguroso que garantice la integridad y disponibilidad de la información para apoyar la operación y mejora continua de la institución.
- **Manual de Procedimiento para Auditorías Internas:** Describe el proceso para planificar, ejecutar, reportar y dar seguimiento a las auditorías internas del SGIC. Este manual establece las pautas para evaluar la conformidad y eficacia del SGIC, identificando oportunidades de mejora y asegurando el cumplimiento de las políticas, procedimientos y requisitos normativos.
- **Manual de Procedimiento para Control de Salidas No conforme:** Establece los pasos para identificar, registrar, evaluar y gestionar productos, servicios o procesos que no cumplen con los requisitos establecidos. Este documento asegura que cualquier desviación encontrada durante una auditoría sea atendida de manera oportuna, garantizando que las salidas no conformes sean controladas eficazmente.
En esencia, su propósito es prevenir que cualquier servicio, producto o proceso que no cumpla con los estándares de calidad sea utilizado o entregado a las personas interesadas.
- **Manual de Procedimiento de Acciones Correctivas:** Establece las directrices para la investigación, identificación de causas, planificación, implementación y seguimiento de acciones correctivas destinadas a eliminar las causas de no conformidades detectadas. Este manual promueve la prevención de recurrencias y mejora la eficacia del SGIC mediante la resolución efectiva de problemas.
- **Manual de Procedimiento para llevar a cabo las Revisiones de la Dirección:** Describe el proceso mediante el cual la alta dirección revisa periódicamente el desempeño y la adecuación del SGIC para asegurar su continua idoneidad, eficacia y alineación con los objetivos estratégicos institucionales. Esta revisión facilita la toma de decisiones informadas para la mejora continua del sistema.

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-01
	Dirección General de Planificación	Página:	34/44
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual del Sistema de Gestión Integral de Calidad	Vigente a partir de:	10/03/2026

- Nivel 3. Documentación Operativa y de Apoyo a la Ejecución**

En este nivel se encuentran los documentos que facilitan la aplicación práctica de los procesos de calidad y que, además, sirven como soporte directo para la gestión y ejecución del SGIC. Incluye:

- **Políticas Operativas:** Son documentos que establecen las directrices, normas y compromisos generales para la operación diaria en áreas específicas del SGIC. Definen principios obligatorios que guían las decisiones y actividades, asegurando que todas las acciones estén alineadas con los objetivos y valores del sistema.
- **Lineamientos:** Documentos que establecen directrices o indicaciones específicas que orientan la implementación y aplicación de políticas, procedimientos y otros aspectos del Sistema de Gestión Integral de Calidad (SGIC). Los lineamientos facilitan la interpretación uniforme y adaptativa de normas en contextos concretos, asegurando que su desarrollo y gestión se realice conforme a estándares establecidos, promoviendo la coherencia, eficacia y calidad en la documentación y en los procesos del sistema. Ejemplo: Manuales institucionales.
- **Guías:** Documentos que proporcionan orientaciones, recomendaciones detalladas y mejores prácticas sobre un tema en particular para facilitar la comprensión y ejecución de procesos o actividades relacionados con el SGIC. Sirve como base para la creación de instructivos, formatos y formularios que facilitan el desarrollo de procesos relacionados. Su diseño tiene como objetivo principal orientar y simplificar la comprensión y ejecución de estos procesos, pudiendo incluir una secuencia de pasos lógicos para lograr objetivos específicos.
- **Instructivos:** Documentos que proporcionan instrucciones detalladas de cómo llevar a cabo procesos y actividades relacionadas con la calidad, así como documentos necesarios, herramientas o recursos requeridos, plazos, las responsabilidades de las partes involucradas, roles específicos y expectativas de desempeño.

- Nivel 4. Documentación de Registros y Evidencia:**

Este nivel está integrado por documentos que recopilan información para el seguimiento, evaluación y mejora del sistema. Incluye:

- **Formato:** Es una plantilla prediseñada que opera como un documento preestablecido dentro del Sistema de Gestión Integrado de la Calidad (SGIC). Su propósito principal es facilitar la recopilación, el registro y la presentación ordenada de información. Al estandarizar la manera en que se gestionan los datos, los formatos aseguran la uniformidad y contribuyen directamente a la trazabilidad y consistencia en el seguimiento y control de todos los procesos del sistema.

➤ **Formulario:** Documento diseñado para la recopilación estructurada de información específica, que permite el seguimiento, evaluación y control de indicadores clave dentro del Sistema de Gestión Integral de Calidad. Los formularios cumplen una función esencial para identificar áreas de mejora y aplicar medidas correctivas, garantizando la calidad de los servicios ofrecidos.

4.3. Elementos obligatorios y opcionales según el tipo de documento

Tipo de Documento						
 ELEMENTOS	 POLÍTICA	 MANUAL	 PROCEDIMIENTO	 INSTRUCTIVO	 GUÍA	 FORMULARIO
Encabezado	OP	OB	OB	OB	OB	OB
Portada	OB	OB	OB	OB	OB	N/A
Índice	OP	OB	OP	OB	OP	N/A
Introducción	OB	OB	OP	OB	OP	N/A
Objetivo	OB	OB	OB	OB	OB	OP
Alcance	OP	OB	OB	OB	OB	OP
Referencias Normativas	OB	OB	OB	OP	OB	OB
Términos	OP	OB	OB	OP	OP	N/A
Responsables	OB	OB	OB	OB	OB	OB
Requisitos	OP	OP	OB	OP	OP	OP
Actividades	OP	OP	OB	OB	OB	OP
Descripción	OB	OB	OB	OP	OP	OP
Procedimiento	N/A	OB	N/A	OP	OB	OP
Flujograma	N/A	N/A	OB	OP	OP	N/A
Registros	N/A	OP	N/A	N/A	N/A	N/A
Control de Cambio	OB	OB	OB	OB	OB	OB
Anexos	OP	OP	OP	OP	OP	N/A

Estado de los Elementos: OB para obligatorio, OP para opcional, N/A para no aplica.

4.4. Control de Documentos

Proceso que garantiza que la documentación del Sistema de Gestión Integral de Calidad esté actualizada, accesible, controlada para respaldar las operaciones universitarias y la mejora continua. Aspectos importantes del control de documentos para mantener la integridad, confidencialidad y la efectividad de los procesos de gestión de calidad:



4.4.1. Elementos del Control Documental

Los aspectos más importantes del control de documentos, que mantienen la integridad, confidencialidad y la efectividad de los procesos de gestión de calidad, son:

1. Identificación y Codificación:

Se asigna un código único a cada documento del SGIC para su identificación, facilitando su trazabilidad.

2. Revisión y Aprobación:

Los documentos son sometidos a un proceso minucioso de revisión, validación y autorización técnica de calidad por parte del personal competente.

3. Distribución y Accesibilidad:

Solo las versiones vigentes son publicadas y distribuidas a los usuarios para su consulta, garantizando que el personal siempre trabaje con la información más reciente.

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-01
	Dirección General de Planificación	Página:	37/44
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual del Sistema de Gestión Integral de Calidad	Vigente a partir de:	10/03/2026

4. Control de Cambios:

Todo cambio en la documentación debe seguir un procedimiento estricto para su solicitud, revisión y aprobación, asegurando que las modificaciones sean coherentes con los objetivos del SGIC.

5. Gestión de Documentos Obsoletos:

Se garantiza la correcta identificación y retiro de la circulación de cualquier documento que haya sido reemplazado por una versión más reciente. Los registros históricos se conservan para fines de referencia y auditoría, si es necesario.

6. Almacenamiento y Acceso: La documentación del SGIC se almacena en un repositorio digital centralizado para garantizar su seguridad, integridad y disponibilidad. El acceso está restringido a personal autorizado, y las versiones vigentes están siempre accesibles para su consulta.

7. Auditorías: El control documental es un punto clave en las auditorías internas y externas. Un sistema de control bien gestionado facilita la revisión y demostración del cumplimiento de los requisitos de calidad y normativos, lo que es esencial para la certificación y el mantenimiento del sistema.

8. Eficiencia Operativa: Un control de documentos eficaz reduce la duplicidad de esfuerzos, minimiza los errores causados por el uso de información obsoleta y optimiza los flujos de trabajo. Esto contribuye a una mayor eficiencia y productividad en las operaciones diarias de la universidad.

9. Transparencia y Rendición de Cuentas: Se promueve la transparencia en la gestión documental al garantizar que la información relevante del SGIC esté accesible para la comunidad universitaria. Esto facilita la rendición de cuentas sobre los procesos y resultados, promoviendo una cultura de mejora continua y confianza.

10. Cumplimiento Normativo: La UNACHI asegura que todos los documentos del SGIC cumplen con los estándares y regulaciones aplicables. Este compromiso con el cumplimiento normativo es fundamental para mantener la validez del SGIC ante organismos de acreditación y auditoría.

4.5. Control de Archivos

Los archivos son elementos claves para el aseguramiento de calidad, ya que estos custodian y respaldan las decisiones, actuaciones y memoria, que sirven como fuentes fiables para garantizar la transparencia de los procesos académicos, administrativos, de extensión e investigación de la UNACHI.

Los archivos tienen un propósito fundamental que radica en la organización efectiva de la documentación, asegurando así que la información institucional esté disponible de manera rápida y oportuna; esto se logra para el beneficio tanto de la comunidad universitaria como de los organismos encargados de la supervisión y la administración. Además, los archivos cumplen la función de servir como una fuente invaluable para la consulta de la historia institucional.

4.5.1. Aspectos fundamentales para el control de archivos

Algunos aspectos fundamentales del control de archivo se observan en el siguiente esquema:



- **Transparencia de procesos (o de la información):** Se refiere a la facilidad con la que la información del sistema puede ser consultada y auditada. Un sistema transparente asegura que los documentos sean accesibles para el personal autorizado, promoviendo la rendición de cuentas y la confianza en los procesos de la universidad.

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-01
	Dirección General de Planificación	Página:	39/44
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual del Sistema de Gestión Integral de Calidad	Vigente a partir de:	10/03/2026

- Almacenamiento y Protección de la Información:** Este aspecto asegura que los documentos se guarden en un lugar seguro. Esto incluye la protección contra daños físicos (en el caso de documentos impresos) o la seguridad digital (a través de copias de seguridad, encriptación y acceso restringido). Es vital para garantizar la integridad y confidencialidad de la información.
- Recuperación de datos (o de información):** Implica la capacidad de encontrar y obtener un documento o registro de manera rápida y eficiente cuando sea necesario. Un sistema de recuperación eficaz se basa en una buena organización, lo que es esencial para apoyar las operaciones diarias y las auditorías sin demoras.
- Organización eficiente e identificación:** Se refiere a la estructura lógica que se utiliza para clasificar y ordenar los documentos. Esto incluye la asignación de códigos únicos, la categorización por temas o procesos, y el uso de un sistema de nomenclatura estandarizado. Una buena organización es la base para una recuperación rápida y evita la duplicación de información.
- Reducción de riesgos:** Un control de archivos robusto minimiza los riesgos asociados con la pérdida de información, el uso de versiones obsoletas o la exposición de datos confidenciales. Al gestionar correctamente la documentación, la universidad reduce su vulnerabilidad y asegura el cumplimiento legal y normativo.

4.6. Aprobación de la documentación del SGIC

La Dirección de Gestión y Calidad es la unidad competente para el control y la supervisión de toda la documentación que forma parte del Sistema de Gestión Integral de Calidad. Esto incluye el ciclo de vida completo de los documentos, desde la aprobación inicial, la revisión, la modificación, la difusión y el archivo, hasta la identificación, conservación de registros, tratamiento de versiones obsoletas y su disponibilidad.

Para ello, la Dirección de Gestión y Calidad se encarga específicamente de la revisión (asegurando la conformidad con la plantilla y el formato estándar), la validación (verificando la trazabilidad del código, la fecha de aprobación y el número de versión) y la autorización técnica basada en criterios de calidad, proceso que certifica que el documento es técnicamente correcto y se alinea con los requisitos internos de la institución. Este proceso aplica a todos los manuales, procedimientos, guías, instructivos, formatos y formularios, garantizando que se adhieren a la normativa vigente. Es importante destacar que, a excepción de los manuales institucionales, esta documentación no requiere la aprobación de los órganos de gobierno de la universidad.

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-01
	Dirección General de Planificación	Página:	40/44
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual del Sistema de Gestión Integral de Calidad	Vigente a partir de:	10/03/2026

5. Liderazgo

5.1. Compromiso de la Alta Dirección

La alta dirección de la Universidad Autónoma de Chiriquí, ejerce un liderazgo y compromiso con el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión Integral de Calidad, dirigiendo las acciones e iniciativas desde el nivel estratégico y operativo en la institución. Este compromiso conlleva lo siguiente:

- Demostrar un compromiso visible y activo con la calidad, respaldando iniciativas y proyectos relacionados con la mejora de procesos.
- Desarrollar y comunicar la política de la calidad institucional y los objetivos, procurando que éstos sean compatibles con el contexto y dirección estratégica de la institución.
- Garantizar el cumplimiento de los indicadores a través de la interacción de todos los procesos establecidos para satisfacer las necesidades y expectativas de las partes interesadas.
- Involucrar activamente a todos los miembros de la comunidad universitaria en los procesos de mejora de la calidad.
- Asignar y gestionar los recursos necesarios, ya sea financieros, humanos o tecnológicos para apoyar el desarrollo y mejora del Sistema de Gestión Integral de Calidad.
- Fomentar una cultura organizacional orientada a la calidad, donde la excelencia, la innovación y el compromiso con la mejora continua sean valores fundamentales compartidos en toda la universidad.
- Supervisar regularmente los avances hacia los objetivos de calidad establecidos, tomando medidas correctivas según sea necesario.

5.2. Enfoque a Clientes

El enfoque a cliente implica centrarse en las necesidades, expectativas y satisfacción de los principales clientes de la institución, adoptando para ello el compromiso de:

- Hacer de la satisfacción del cliente una prioridad en todas las actividades y decisiones de la universidad.
- Realizar investigación periódica para comprender las necesidades de los diferentes grupos de clientes y partes interesadas, mediante la aplicación de encuestas de satisfacción y análisis de retroalimentación.

	Universidad Autónoma de Chiriquí	Código:	SGIC-M-01
	Dirección General de Planificación	Página:	41/44
	Dirección de Gestión y Calidad	Versión:	1.0
	Manual del Sistema de Gestión Integral de Calidad	Vigente a partir de:	10/03/2026

- Adaptar los servicios educativos, académicos y de apoyo para satisfacer las necesidades individuales de los estudiantes con necesidades especiales.
- Mantener una comunicación clara y transparente, proporcionando información relevante sobre programas académicos, servicios estudiantiles, políticas y procedimientos, y respondiendo de manera oportuna a consultas e inquietudes.
- Utilizar la retroalimentación de los clientes para identificar áreas de mejora y medidas correctivas o preventivas para abordar las sugerencias recibidas.
- Establecer indicadores claves de desempeño relacionada con la satisfacción del cliente y evaluar el rendimiento de la universidad en este aspecto.

5.3. Política

5.3.1. Establecimiento de la Política de Calidad

Una política de calidad sólida proporciona un marco para guiar las acciones y decisiones de la universidad en busca de la excelencia académica; la alta dirección lidera el proceso de establecimiento de la política de calidad, lo revisa y aprueba. Una vez establecida la comunica a todos los miembros de la comunidad universitaria, asegurando su comprensión, implementación y empleando todos los recursos técnicos, económicos y humanos a su alcance, siempre dentro del estricto cumplimiento de los requisitos legales aplicables. La alta dirección declara la siguiente Política de la Calidad:

POLÍTICA DE LA CALIDAD DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIRIQUÍ

“Ofrecer servicios académicos de alta calidad en los ámbitos de la docencia, administración, investigación y extensión, con el propósito de promover la formación integral de profesionales que satisfagan las necesidades y expectativas de nuestros grupos de interés. Este compromiso se respalda mediante un seguimiento académico y movilidad estudiantil efectivos, garantizando la pertinencia, eficiencia y coherencia de los procesos. Además, pretende asegurar que la enseñanza esté fundamentada en sólidas competencias disciplinarias, pedagógicas, tecnológicas, éticas, personales e investigativas, todas alineadas con los objetivos de excelencia institucional y en concordancia con los principios de los derechos humanos, con el propósito de fomentar la mejora continua.” *(Aprobada en Consejo Académico No. 08-2024 del 31 de mayo de 2024 y ratificada en el Consejo General Universitario No. 03-2024 del 21 de junio de 2024).*

5.3.2. Comunicación de la Política de la Calidad

La Alta Dirección se asegura que la política de calidad:

- a) Esté disponible y se mantenga como información documentada en su página web.
- b) Se difunda mediante la distribución del Manual del Sistema Integral de Gestión de la Calidad de UNACHI.
- c) Se divulgue ampliamente a través de actividades y mecanismo de comunicación interna.

5.3.3. Roles, responsabilidades y autoridades en la organización

La estructura organizacional de la UNACHI, incluyendo los roles, responsabilidades y autoridades, está formalmente definida en su organigrama general, en los organigramas específicos de cada unidad y en el Manual de Organización y Funciones. La alta dirección se asegura de que estas responsabilidades, esenciales para la operación y mejora del Sistema de Gestión Integral de Calidad (SGIC), sean asignadas, comunicadas y comprendidas en toda la organización.

6. Planificación del SGIC

La planificación del Sistema de Gestión Integral de Calidad implica establecer metas y acciones específicas que se llevaran a cabo en diferentes horizontes temporales para mejorar la calidad de la educación y los servicios ofrecidos por la institución.

6.1. Acciones para abordar la planificación

Algunas consideraciones de esta planificación implican lo siguiente:

 **A corto y mediano plazo:**



1. Asignación de Recursos: Determinar los recursos necesarios financieros, humanos y tecnológicos para apoyar la implementación y mantenimientos del SGIC, asegurando que se asignen de manera adecuada y eficaz.



2. Implementación de Planes y Programas: Lanzar planes y programas para abordar áreas de mejora identificadas que tienen un impacto significativo en la calidad de los servicios.

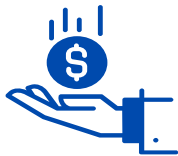


3. Capacitación: Proporcionar capacitación y desarrollo profesional continuo en habilidades clave de gestión de calidad, liderazgo, servicio al cliente y mejora de procesos.



4. Monitoreo de Desempeño: Definir indicadores de desempeño clave que puedan ser monitoreados y evaluados en un plazo prudente para medir el progreso hacia las metas establecidas.

 A largo plazo:



- **Inversiones:** Planificar y llevar a cabo inversiones significativas en infraestructura, tecnología, personal y otros recursos necesarios para alcanzar los objetivos de calidad.

6.2. Objetivos de calidad y planificación para lograrlos

6.2.1. Criterios para el establecimiento de los objetivos de la calidad

Los objetivos del Sistema de Gestión Integral de Calidad se planifican, implementan y controlan, al igual que cualquier cambio que se realice a sus políticas, alcance y procedimiento. Para ser efectivos, los objetivos deben cumplir las siguientes condiciones:



Estar alineados con la política de calidad de la institución



Ser medibles y cuantificables para permitir su seguimiento y evaluación.



Contribuir a la satisfacción de estudiantes, personal y otros beneficiarios.



Ser objeto de seguimiento y comunicación continua.



Actualizarse según sea necesario para mantener su relevancia



Mantenerse como información documentada.



Mantener continuamente la eficacia del Sistema de Gestión Integral de Calidad.



Analizar los resultados del servicio e implementar acciones que aseguren una mejora constante.

6.2.2 Objetivos de Calidad Institucional

Los siguientes objetivos de calidad se han establecido para orientar el Sistema de Gestión Integral de Calidad (SGIC) de la UNACHI. Estos objetivos están directamente alineados con los ejes del Plan Estratégico Institucional 2023-2028, asegurando que cada acción del SGIC contribuya de manera medible y significativa al logro de las metas estratégicas de la universidad.

Objetivos de Calidad alineados con el Plan Estratégico Institucional 2023-2028

Eje Estratégico		
	Objetivo Estratégico (PEI)	Objetivo de Calidad (SGIC)
Docencia	Fortalecer y modernizar los planes de estudio y procesos de enseñanza-aprendizaje.	Optimizar la calidad de los procesos académicos para la formación de profesionales competentes.
Estudiantil	Ofrecer las condiciones necesarias para asegurar el progreso y desarrollo académico de los estudiantes.	Mejorar la satisfacción estudiantil con los servicios y programas de apoyo académico y administrativo.
Investigación	Fortalecer la actividad de investigación para el desarrollo de productos científicos y tecnológicos con impacto.	Incrementar la producción científica y de innovación de la universidad.
Extensión y Vinculación	Fortalecer la vinculación de la UNACHI con los sectores productivos y sociales del país.	Mejorar la calidad y el impacto de los proyectos de extensión y vinculación con la comunidad.
Gestión Institucional	Fortalecer la calidad de la gestión administrativa con el uso eficiente de los recursos.	Optimizar la eficiencia de los procesos administrativos y el uso de los recursos institucionales.

6.3. Planificación de los cambios

Los cambios en el Sistema de Gestión Integral de Calidad (SGIC) deben ser aprobados por la alta dirección. Una vez que se identifica la necesidad de un cambio, este debe ser ejecutado de forma planificada. Para gestionar estos cambios de manera efectiva, la alta dirección debe considerar los siguientes aspectos:

- El propósito de los cambios y sus posibles consecuencias en el sistema.
- La integridad del SGIC para asegurar que no se vean comprometidos sus objetivos.
- La disponibilidad y asignación de recursos (humanos, financieros y tecnológicos) para la implementación.
- La revisión de responsabilidades y autoridades necesarias para ejecutar los cambios.
- La preparación de proveedores externos para apoyar la implementación, si es necesario.

UNACHI

Ciudad Universitaria, David,
Provincia de Chiriquí, República de Panamá

www.unachi.ac.pa
dirgestionycalidad@unachi.ac.pa
Tel. 730 - 5300 Ext. 1406

Diseño: Dirección de Relaciones Públicas