
ANEXO II

**Registros del Sistema
de Gestión de Calidad**

Nº	MANUAL Y PROCEDIMIENTOS	VIGENCIA		Nº	INSTRUCCIONES	VIGENCIA		Nº	REGISTROS	VIGENCIA	
		Desde	Hasta			Desde	Hasta			Desde	Hasta
M 4.2 01 1	Manual de la Calidad	27-01-15	27-01-18								
P 4.2 01 1	Control de los documentos y registros	09-02-15	09-02-18					R 4.2 01 0	Relación de Documentos y Registros	09-02-15	09-02-18
								R 4.2 02 0	Registro de Back Up	09-02-15	09-02-18
P 5.6 01 0	Revisión por la Dirección	09-02-15	09-02-18					R 5.6 01 0	Registro de Reuniones (TEMA CALIDAD)	09-02-15	09-02-18
								R 5.6 02 0	Registro de Revisión por la Dirección	09-02-15	09-02-18
								R 5.6 03 0	Registro de Comunicaciones	09-02-15	09-02-18
P 6.2 01 1	Recursos Humanos	20-03-15	20-03-18					R 6.2 01 0	Requerimiento del Puesto de Trabajo	11-02-15	11-02-18
								R 6.2 02 0	Puestos de Trabajo	11-02-15	11-02-18
								R 6.2 03 0	Calificación del Personal	13-02-15	13-02-18
								R 6.2 04 0	Registro del Personal Ingresante	25-03-15	25-03-18
								R 6.2 05 0	Pedido de Capacitación	17-02-15	17-02-18
								R 6.2 06 0	Ficha de Capacitación	17-02-15	17-02-18
								R 6.2 07 0	Evaluación de la Capacitación	17-02-15	17-02-18
								R 6.2 08 0	Especificaciones de la Capacitación	13-02-15	13-02-18
P 6.3 01 1	Infraestructura	17-02-15	17-02-18					R 6.3 01 1	Planilla de Mantenimiento Anual	23-02-15	23-02-18
								R 6.3 02 0	Planilla de Mantenimiento Correctivo	17-02-15	17-02-18
								R 6.3 03 1	Planilla de Mantenimiento Preventivo	23-02-15	23-02-18
								R 6.3 04 0	Planilla de identificación de Maquina	19-02-15	19-02-18
P 6.4 01 1	Ambiente de Trabajo	28-04-15	28-04-18					R 6.4 01 0	Lista de Chequeo	27-04-15	27-04-18
								R 6.4 02 0	Encuesta de Satisfacción laboral	28-04-15	28-04-18
P 7.2 01 1	Relación con el cliente	30-03-15	30-03-18					R 7.2 01 1	Registro de Presupuesto	30-03-15	30-03-18
								R 7.2 02 0	Registro Índice de Ordenes de Trabajo	30-03-15	30-03-18
								R 7.2 03 1	Registro de Ordenes de Trabajo	30-03-15	30-03-18
P 7.3 01 1	Diseño	30-03-15	30-03-18								
P 7.3 02 1	Desarrollo	30-03-15	30-03-18					R 7.3 01 0	Listado de Comerciales v materia prima	30-03-15	30-03-18
								R 7.3 02 0	Desarrollo de Ordenes de Trabajo	30-03-15	30-03-18
P 7.4 01 0	Compras	06-04-15	06-04-18					R 7.4 01 0	Evaluación y Selección de Proveedores	11-05-15	11-05-18
								R 7.4 02 0	Registro de Solicitud de Material de Trabajo	11-05-15	11-05-18
								R 7.4 03 0	Calificación de Proveedores	12-05-15	12-05-18
P 7.5 01 0	Producción y Servicio Posventa	08-04-15	08-04-18	I 7.5 01 0	Preservación del producto	08-04-15	08-04-18	R 7.5 01 0	Puesta a Punto de Máquinas	08-04-15	08-04-18
				I 7.5 03 1	Propiedad del Cliente	08-04-15	08-04-18	R 7.5 02 0	Tarjetas de identificación	08-04-15	08-04-18
				I 7.5 04 1	Identificación y trazabilidad del producto	08-04-15	08-04-18				
P 7.6 01 1	Control de los dispositivos de seguimiento y medición	19-03-15	19-03-18					R 7.6 01 1	Registro de Equipos y Calibración	11-03-15	11-03-18
P 8.2 01 0	Satisfacción del Cliente	13-04-15	13-04-18					R 8.2 05 0	Encuesta de satisfacción del Cliente	13-04-15	13-04-18
P 8.2 02 0	Auditoria Interna	13-04-15	13-04-18					R 8.2 01 0	Selección y Calificación de Auditores	13-04-15	13-04-18
								R 8.2 02 0	Convocatoria de Auditoria	13-04-15	13-04-18
								R 8.2 03 0	Lista de Verificación	13-04-15	13-04-18
								R 8.2 04 0	Informe de Auditoria	13-04-15	13-04-18
P 8.2 03 1	Seguimiento y medición de los procesos y productos	13-04-15	13-04-18					R 8.2 06 0	Registro de Control de Calidad	13-04-15	13-04-18
P 8.3 01 0	Control de los productos No Conformes	13-04-15	13-04-18					R 8.3 01 0	Registro Reclamos y Rechazos de Clientes	13-04-15	13-04-18
								R 8.3 02 0	Registro de Pedido de Desviaciones al Cliente	13-04-15	13-04-18
P 8.4 01 0	Análisis de Datos	13-04-15	13-04-18					R 8.4 01 0	Formato de Indicadores	13-04-15	13-04-18
P 8.5 01 0	Mejora, Acciones Correctivas y Preventivas	15-04-15	15-04-18					R 8.5 01 0	Acciones Correctivas, Preventivas y Mejora	15-04-15	15-04-18



REGISTRO DE BACKUP

Documento: R 4.2 02 0
Vigencia: 09/02/15
Pagina **2**

Plan de Backup año

Nº	FECHA	Nº CINTA	MARCA	RESPONSABLE	ENTR.	FINAL MENSUAL
1						
Comentario:						
2						
Comentario:						
3						
Comentario:						
4						
Comentario:						
5						
Comentario:						
6						
Comentario:						
7						
Comentario:						
8						
Comentario:						
1						
Comentario:						
2						
Comentario:						
3						
Comentario:						
4						
Comentario:						
5						
Comentario:						
6						
Comentario:						
7						
Comentario:						
8						
Comentario:						
1						
Comentario:						
2						
Comentario:						
3						
Comentario:						
4						
Comentario:						
5						
Comentario:						
6						
Comentario:						
7						
Comentario:						



REGISTRO DE REUNIÓN

Documento
Vigencia
Página

R 5.6 01 0
09-02-15
3

TEMA:

FECHA:

HORARIO:

TIEMPO:

LUGAR:

COORDINADOR:

GRUPO:

ASISTENTES:

AUSENTES:

TEMAS TRATADOS	
ITEM	DESCRIPCION / OBSERVACIONES

ACCIONES NECESARIAS				
ITEM	DESCRIPCION	RESPONSABLE	FECHAS	
			ESTIMADA	REAL

FECHA:

HORARIO:

LUGAR:

COORDINADOR:

ITEM	TEMAS TRATADOS Y SUS ANÁLISIS
1.	RESULTADOS DE AUDITORIAS INTERNAS O EXTERNAS:
2.	RETROALIMENTACIÓN DEL CLIENTE:
3.	DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD DE LOS PRODUCTOS:
4.	SITUACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA CONTINUA:
5.	SITUACIÓN DE ACCIONES SURGIDAS DE REVISIONES PREVIAS:
6.	RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA:

ITEM	DECISIONES Y ACCIONES NECESARIAS	RESPONSABLES
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

ASISTENTES CONVOCADOS:**AUSENTES CONVOCADOS:**

Departamento:

Superior:

1 - Función y responsabilidades:

2 – Conocimientos/Habilidades:

3 – Educación:

4 – Experiencia laboral:

5 – Firma:

Responsable del Dpto.

Responsable de RRHH.

1. Dpto/Sección:

2. Puesto de Trabajo:

3. Cantidad de personas en ese puesto:

4. Apellido y nombre del ocupante titular del puesto de trabajo:

5. Apellido y nombre del reemplazante del puesto de trabajo:

6. Ultimo cambio realizado en el Dpto/Sección

Causas:

Fecha:

7. Firma:

----- Responsable del área	----- Responsable de RRHH
-------------------------------	------------------------------

a.

<u>Apellido y Nombre</u>	<u>Puesto de Trabajo</u>	<u>Área</u>

b.

Estándar del Puesto (R 6.2 01 X)					
Conocimientos/ Habilidades	Valor Estándar	70% del Estándar	Calificación obtenida	% de Calificación	Calificac Final *

*Para la calificación final se pondrá: A A Capacitar
 C Capacitado

c.

<u>CALIFICACION</u>	
----- Nota(Promedio de Calificaciones)	----- % Obtenido (Promedio de % de Calificación)

d.

Firma:	
----- Responsable de la Calificación.	----- Responsable de RRHH.

Datos Personales

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS PERSONALES

Apellido y Nombres: D. N. I.: C.U.I.L.: Fecha de Nacimiento: Edad: Nacionalidad: Estado Civil: Domicilio: calle: Barrio: Localidad: CP: Provincia: Tel. Particular: Tel. P/Mensajes: Percibe Jubilación Ordinaria: SI NO Posee otro Empleo: SI NO Percibe Asignaciones familiares en su otro Empleo: SI NO

GRUPO FAMILIAR

Parentesco	Apellido y Nombres	Edad	Ocupación	Domicilio
Padre				
Madre				
Hermano				
Hermano				
Cónyuge				
Hijo				
Hijo				
Hijo				

ESTUDIOS CURSADOS

	INSTITUCION	DOMICILIO	AÑO
PRIMARIOS			
SECUNDARIOS			
TERCIARIOS-UNIV.			
OTROS			

DATOS DEL BENEFICIARIO DEL SEGURO DE VIDAApellido y Nombres D.N.I: Fecha de Nacimiento: Nacionalidad: Estado Civil: Domicilio: Parentesco: **DESCRIPCIÓN DEL MEDIO Y RECORRIDO DE SU DOMICILIO AL LUGAR DE TRABAJO:**

Declaro que los datos consignados en esta DECLARACIÓN JURADA DE DATOS PERSONALES son correctos y completos, y que la he confeccionado sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.

Lugar y Fecha:

Firma y Aclaración:

Seguro de Vida

TALON PARA EL EMPLEADOR	FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74						Nro. de legajo, registro, ficha, etc.		
							N° POLIZA:		
	Compañía Aseguradora: SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA.								
	Nombre y Apellido:								
	Documento Tipo:		Nro.:		Expedido por:		C.U.I.L. (o Nro. Libreta de Ahorro)		
	Domicilio Particular (Calle):				Nro.:	Piso:	Dto.:	Código Postal:	
	Localidad:				Provincia:				
	FECHA DE NACIMIENTO			CAPITAL ASEGURADO			FECHA DE INGRESO AL EMPLEO		
	DIA	MES	AÑO	\$ 12.000			DIA	MES	AÑO
	Empleador:						C.U.I.T.:		
Domicilio (Calle):				Nro.:	Piso:	Dto.:	Código Postal:		
Localidad:				Provincia:					
BENEFICIARIOS <small>Todo el personal Asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad)</small>									
NOMBRE Y APELLIDO		PARENTESCO		DOMICILIO		DOCUMENTO		%	
Lugar y fecha:						Firma del Asegurado o Impresión Digital:			

ORIGINAL

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio

F. 25/77 – 50.000 02/06 (10) CM.OS.

TALON PARA EL EMPLEADOR	FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74						Nro. de legajo, registro, ficha, etc.		
							N° POLIZA:		
	Compañía Aseguradora: SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA.								
	Nombre y Apellido:								
	Documento Tipo:		Nro.:		Expedido por:		C.U.I.L. (o Nro. Libreta de Ahorro)		
	Domicilio Particular (Calle):				Nro.:	Piso:	Dto.:	Código Postal:	
	Localidad:				Provincia:				
	FECHA DE NACIMIENTO			CAPITAL ASEGURADO			FECHA DE INGRESO AL EMPLEO		
	DIA	MES	AÑO	\$ 12.000			DIA	MES	AÑO
	Empleador:						C.U.I.T.:		
Domicilio (Calle):				Nro.:	Piso:	Dto.:	Código Postal:		
Localidad:				Provincia:					
BENEFICIARIOS <small>Todo el personal Asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad)</small>									
NOMBRE Y APELLIDO		PARENTESCO		DOMICILIO		DOCUMENTO		%	
Lugar y fecha:						Firma del Asegurado o Impresión Digital:			

ORIGINAL

La presente constancia deberá ser remitida por el Empleador a la Aseguradora en caso de reclamo del pago del beneficio

F. 25/77 – 20.000 02/06 (10) CM.OS.

TALEN PARA EL EMPLEADOR	FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74						Nro. de legajo, registro, ficha, etc. N° POLIZA:		
	Compañía Aseguradora: SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA								
	Nombre y Apellido:								
	Documento Tipo:		Nro.:		Expedido por:		C.U.I.L. (o Nro. Libreta de Ahorro)		
	Domicilio Particular (Calle):				Nro.:	Piso:	Dto.:	Código Postal:	
	Localidad:					Provincia:			
	FECHA DE NACIMIENTO			CAPITAL ASEGURADO			FECHA DE INGRESO AL EMPLEO		
	DIA	MES	AÑO	\$ 12.000			DIA	MES	AÑO
	Empleador:						C.U.I.T.:		
	Domicilio (Calle):				Nro.:	Piso:	Dto.:	Código Postal:	
Localidad:					Provincia:				
BENEFICIARIOS Todo el personal Asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad)									
NOMBRE Y APELLIDO		PARENTESCO		DOMICILIO		DOCUMENTO		%	
Lugar y fecha:						Firma del Asegurado o Impresión Digital:			

F. 25/77 - 20.000 02/06 (10) CM.OS.

TALEN PARA EL EMPLEADOR	FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74						Nro. de legajo, registro, ficha, etc. N° POLIZA:		
	Compañía Aseguradora: SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA								
	Nombre y Apellido:								
	Documento Tipo:		Nro.:		Expedido por:		C.U.I.L. (o Nro. Libreta de Ahorro)		
	Domicilio Particular (Calle):				Nro.:	Piso:	Dto.:	Código Postal:	
	Localidad:					Provincia:			
	FECHA DE NACIMIENTO			CAPITAL ASEGURADO			FECHA DE INGRESO AL EMPLEO		
	DIA	MES	AÑO	\$ 12.000			DIA	MES	AÑO
	Empleador:						C.U.I.T.:		
	Domicilio (Calle):				Nro.:	Piso:	Dto.:	Código Postal:	
Localidad:					Provincia:				
BENEFICIARIOS Todo el personal Asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad)									
NOMBRE Y APELLIDO		PARENTESCO		DOMICILIO		DOCUMENTO		%	
Lugar y fecha:						Firma del Asegurado o Impresión Digital:			

F. 25/77 - 20.000 02/06 (10) CM.OS.

TRIPPLICADO		TALON PARA EL EMPLEADO		FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74			Nro. de legajo, registro, ficha, etc. Nº POLIZA:		
				Compañía Aseguradora: SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA					
Documento Tipo:		Nro.:		Expedido por:			C.U.I.L. (o Nro. Libreta de Ahorro)		
Domicilio Particular (Calle):				Nro.:		Piso:	Dto.:		Código Postal:
Localidad:				Provincia:					
FECHA DE NACIMIENTO			CAPITAL ASEGURADO			FECHA DE INGRESO AL EMPLEO			
DIA	MES	AÑO	\$ 12.000			DIA	MES	AÑO	
Empleador:						C.U.I.T.:			
Domicilio (Calle):				Nro.:		Piso:	Dto.:		Código Postal:
Localidad:				Provincia:					
BENEFICIARIOS									
Todo el personal Asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad)									
NOMBRE Y APELLIDO		PARENTESCO		DOMICILIO		DOCUMENTO		%	
Lugar y fecha:						Firma del Asegurado o Impresión Digital:			

F. 25/77 - 20.000 02/06 (10) CM.OS.

TRIPPLICADO		TALON PARA EL EMPLEADO		FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DTO. 1567/74			Nro. de legajo, registro, ficha, etc. Nº POLIZA:		
				Compañía Aseguradora: SANCOR COOPERATIVA DE SEGUROS LTDA					
Documento Tipo:		Nro.:		Expedido por:			C.U.I.L. (o Nro. Libreta de Ahorro)		
Domicilio Particular (Calle):				Nro.:		Piso:	Dto.:		Código Postal:
Localidad:				Provincia:					
FECHA DE NACIMIENTO			CAPITAL ASEGURADO			FECHA DE INGRESO AL EMPLEO			
DIA	MES	AÑO	\$ 12.000			DIA	MES	AÑO	
Empleador:						C.U.I.T.:			
Domicilio (Calle):				Nro.:		Piso:	Dto.:		Código Postal:
Localidad:				Provincia:					
BENEFICIARIOS									
Todo el personal Asegurado tiene derecho a designar beneficiarios (El presente certificado anula y reemplaza a cualquier otro emitido con anterioridad)									
NOMBRE Y APELLIDO		PARENTESCO		DOMICILIO		DOCUMENTO		%	
Lugar y fecha:						Firma del Asegurado o Impresión Digital:			

F. 25/77 - 20.000 02/06 (10) CM.OS.

Capacitación Inicial Básica

- **POLITICA DE CALIDAD**
- **REGLAMENTO INTERNO**
- **ORGANIGRAMA**
- **NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD**

Normativa vigente y Sistema de Calidad

- **OBJETIVO DEL MANUAL**
- **OBJETIVOS DE LA CALIDAD**
- **MAPA DE PROCESO**
- **FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES ESPECIFICAS**

NOTA DE PEDIDO

“Me remito al área correspondiente de RRHH por el motivo de solicitar capacitación para el empleado _____, con el fin de ser tenido en cuenta en el Plan de Capacitación Anual”.

Motivo de necesidad de capacitación: _____

<u>Detalle del requerimiento puntual de capacitación</u>	<u>Fecha límite de cumplimiento de capacitación</u>

Responsable del Área

Firma

Fecha

Recepción en RRHH

Fecha

Firma

AREA:**PUESTO DE TRABAJO:****RESPONSABLE DEL AREA:****NOMBRE Y APELLIDO DEL RECEPTOR:**

Conocimiento/ Habilidad	Detalle de actividades realizadas	Firma del receptor y Fecha	Firma del responsable Fecha

TABLA I (Completa personal capacitado)

CONTENIDO

Escala:

- (5) excelente
- (4) bueno
- (3) suficiente
- (2) deficiente
- (1) nulo

Calificación _____

Observaciones puntuales:

INSTRUCTOR

Escala:

- (5) excelente
- (4) bueno
- (3) suficiente
- (2) deficiente
- (1) nulo

Calificación _____

Observaciones puntuales:

LOGISTICA

Escala:

- (5) excelente
- (4) bueno
- (3) suficiente
- (2) deficiente
- (1) nulo

Calificación _____

Observaciones puntuales:

Nombre y Apellido

Firma

Fecha

TABLA II (Completa responsable del área)

* Marque con una tilde según corresponda.

La capacitación se transfiere a la labor diaria.

Método de evaluación utilizado

<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

Se adjudica evidencia.

La capacitación no se transfiere a la labor diaria.

<u>Variables que pueden haber afectado</u>	<u>Acciones correctivas</u>

Comentarios adicionales:

Nombre y Apellido

Firma

Fecha

1. Nombre y Apellido del ocupante del Puesto

FECHA:

2. Área/Dpto

3. Nombre y Apellido del Jefe de área

FIRMA:

4. Especificaciones de puntos a Capacitar

Conocimiento/ Habilidad	Modalidad de capacitación *	
	Interna <input type="checkbox"/>	Persona encargada de capacitar -----
	Externa <input type="checkbox"/>	Instituciones sugeridas -----
	Interna <input type="checkbox"/>	Persona encargada de capacitar -----
	Externa <input type="checkbox"/>	Instituciones sugeridas -----
	Interna <input type="checkbox"/>	Persona encargada de capacitar -----
	Externa <input type="checkbox"/>	Instituciones sugeridas -----
	Interna <input type="checkbox"/>	Persona encargada de capacitar -----
	Externa <input type="checkbox"/>	Instituciones sugeridas -----
	Interna <input type="checkbox"/>	Persona encargada de capacitar -----
	Externa <input type="checkbox"/>	Instituciones sugeridas -----

DEPARTAMENTO :					RESPONSABLE :				
E1			E2	E3					
Código inventario	Cantidad	Elemento ò disposit.	Características	Fecha de alta	Plan de mantenimiento	Plan de verific.	Responsabl e	Firma responsabl e	Código Secund.

Firma del gerente: Fecha: / /

E1: Descripción de la infraestructura considerada
E2: Fecha de alta de infraestructura
E3: Tipo de mantenimiento y responsabilidades asignadas al mismo.

- Código de inventario: Reservado para el numero que asigne Administración
- Elemento ò dispositivo: Nombre que designe al elemento de la infraestructura.
- Características: Dimensión, modelo, marca que ayude a identificarlo
- Fecha de alta: Estimada desde el momento en que el elemento este en uso
- Plan de mantenimiento: De existir, será el número asignado al plan, por el responsable
- Plan de verificación: De existir, será el número asignado al plan, por el responsable
- Responsable: Nombre del área a cargo del mantenimiento, (Responsable del área)
- Código secundario: De uso opcional, reservado al responsable del mantenimiento

INSTRUCCIONES DE LLENADO

- a. Lea cuidadosamente cada pregunta.
- b. Conteste marcando con una cruz dentro del recuadro correspondiente a la columna que mejor describa lo que usted piensa, usando para ello el siguiente criterio:
 - 5 = Muy satisfecho
 - 4 = Satisfecho
 - 3 = Indiferente
 - 2 = Insatisfecho
 - 1 = Muy insatisfecho
- c. Si necesita especificar cuáles son las razones que tiene para contestar alguno de los planteamientos, sea cual haya sido su respuesta, hágalo al dorso de esta hoja asegurándose de identificarlas con el número correspondiente.

	5	4	3	2	1
PERCEPCIÓN GENERAL					
¿Cómo se ha sentido trabajando en esta empresa?					
El nombre de la empresa y su posición en el sector, ¿es graficante para usted?					
¿Conoces la historia y trayectoria de tu empresa?					
MOTIVACIÓN Y RECONOCIMIENTO					
Conozco y entiendo el propósito de la institución					
¿Sus funciones y responsabilidades estan bien definidas?					
Conozco lo que mis jefes o responsables a mi cargo esperan de mi.					
¿Recibe información de cómo desempeña su trabajo?					
Es facil acceder a mi jefe o responsable a mi cargo cuando lo necesito.					
¿Esta motivado y le gusta el trabajo que desarrolla?					
¿Las condiciones salariales para usted son buenas?					
¿Cómo califica su relación con los compañeros?					
¿Le resulta facil expresar sus opiniones en su grupo de trabajo?					
¿Se siente parte de un equipo de trabajo?					
Considero que cuando trabajo en equipo mejoran los resultados de la labor que realizo.					
Me siento motivado para sugerir maneras nuevas y eficientes de hacer las cosas.					
¿Se siente partícipe de los exitos y fracasos de su área de trabajo?					

	5	4	3	2	1
COMUNICACIÓN INTERNA					
La comunicación interna dentro de su area de trabajo funciona correctamente y contribuyen al logro de las metas.					
¿Conoce las tareas que desempeña otras áreas?					
Recibo a tiempo y tengo acceso a la información necesaria para desempeñar mi función.					
Existe la comunicación adecuada y oportuna entre mis jefes para que la información fluya hacia el equipo de trabajo.					
ÁREA Y AMBIENTE DE TRABAJO					
¿Ha recibido la formación basica sobre Prevención de Riesgos Laborales previo a la incorporación al puesto de trabajo?					
¿Conoce los riesgos y las medidas de prevencion relacionados con su puesto de trabajo?					
¿El trabajo en su área o línea está bien organizado?					
¿Las condiciones de trabajo en su línea son seguras?					
¿Las cargas de trabajo están bien repartidas?					
¿Mantiene su lugar de trabajo limpio y libre de obstáculos?					
¿Puede realizar su trabajo de forma segura?					
¿Están claros y conoce los protocolos en caso de emergencia?					
¿La empresa le facilita los Equipos de Protección Individual necesarios para su trabajo?					
En el lugar que desempeño mi labor, las condiciones fisicas (Tº, espacio, iluminación, moviliario, etc) son las adecuadas.					
CALIDAD Y ORIENTACIÓN AL CLIENTE					
Conozco las necesidades de los clientes que son beneficiarios de la labor que realizo.					
En mi centro de trabajo se aprovechan las sugerencias de los clientes para mejorar la calidad de los productos o servicios.					
Mi calidad laboral o como prestador de servicio ha mejorado					
Conozco la operación del SGC en la institución y considero que este es adecuado al logro de los propósitos de la misma.					
DESARROLLO PROFESIONAL E INFORMACIÓN					
¿Recibe la formación necesaria para desarrollar correctamente su trabajo?					
Cuando se implementan nuevos mecanismos y es necesaria formación especifica, la empresa me la proporciona.					
La empresa le proporciona oportunidades para su desarrollo profesional.					
Su trabajo le da la oportunidad de realizar cosas en las que usted se destaca.					



REGISTRO DE PRESUPUESTO

Documento: R 7.2 01 0

Vigencia: 30-03-15

Página: 16

(la validez de este presupuesto es de 30 días)

Número de Presupuesto	CUIT	30-70870488-8	Realizó: Giordano German	
	Ingresos Brutos	270417019	Firma:	
	Inicio de Actividades	06/03/2004	Fecha:	

CLIENTE	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO	
PERSONA DE CONTACTO	

Ítem	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
				\$ 0,00
				\$ 0,00
				\$ 0,00
				\$ 0,00
				\$ 0,00
				\$ 0,00
				\$ 0,00
				\$ 0,00
				\$ 0,00
				\$ 0,00
				\$ 0,00
				\$ 0,00
				\$ 0,00
			SUBTOTAL	\$ 0,00
			IVA (21%)	\$ 0,00
			TOTAL	\$ 0,00

<u>FECHA ESTIMADA DE ENTREGA</u>	<u>LUGAR DE ENTREGA</u>
<u>EMBALAJE</u>	<u>GARANTIA</u>
<u>PRECIO</u> \$ 0,00	<u>FORMA DE PAGO</u>
<u>CONDICIONES TÉCNICAS</u>	<u>CONDICIONES DE APROBACIÓN</u>
<u>DOCUMENTOS ADJUNTOS (normas, reglamentos o especificaciones):</u>	
<u>OBSERVACIONES</u>	



REGISTRO DE ORDEN DE TRABAJO

Documento: R 7.2 03 0

Vigencia: 30-03-15

Página: 18

<u>Número de Presupuesto</u>	<u>Número de Orden de Compra</u>	Realizó: Giordano German	
		Firma:	
		Fecha:	

CLIENTE	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO	
PERSONA DE CONTACTO	

Ítem	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	Tiempo Real

COMPROMISO DE FECHA DE ENTREGA

OBSERVACIONES

PROVEEDOR:**Datos de Contacto**

Domicilio:

Tel:

E-mail:

Rubro:

1. Total de pedidos/periodo	
2. Días totales de atrasos	
3. Promedio días de demora = 2/1	
4. Objetivo de "Atrasos en entregas"	

FECHA DE CALIFICACIÓN:**Decisión – Acción**

- Continuar comprándole hasta la aparición de un proveedor alternativo.
- Eliminarlo como proveedor en forma definitiva.
- Mantenerlo como segundo proveedor o proveedor alternativo.
- Analizar el desempeño posterior a la calificación (por un tiempo determinado) y decidir por alguna de las acciones anteriores.

Firma del calificador

Número Pieza:	Nombre de Pieza:
Número de Conjunto:	Nombre de Conjunto:
Número de Operación:	Nombre de Operación:
Número de Máquina:	Nombre de Máquina:
Número de Programa:	Nombre de Programa:

Nro. Hta	Descripción	Código de Herramienta	Código de Incerto
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Otros Datos

Tiempo de Puesta a Punto:	Tiempo de ciclo:
Dispositivo Número:	Nombre de Dispositivo:
Decalaje de Origen:	Condiciones iniciales de pieza:
Accesorios:	
Instrumentos de Control:	

Programador:

Fecha:.....

Supervisor:

Fecha:.....



SELECCIÓN Y CALIFICACIÓN DE AUDITORES

Documento R 8.2 01 0

Fecha 13/04/15

Página **24**

NOMBRE: LEGAJO:.....
 PUESTO QUE OCUPA:.....

A	EDUCACION (MINIMO: SECUNDARIO; EXCLUYENTE):			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
COLEGIO / ESTABLECIMIENTO				DESDE/HASTA (años)			
TITULO UNIVERSITARIO / TERCARIO / POST-GRADO				CADA TITULO 1 PUNTO			
ESTABLECIMIENTO				DESDE/HASTA (años)	PUN TOS		
B ENTRENAMIENTO (CURSO DE AUDITORIAS - EXCLUYENTE)							
DICTADO POR (ESTABLECIMIENTO, INSTITUCION, ETC.):					FECHA:		
C EXPERIENCIA EN LA INDUSTRIA (MINIMO 4 AÑOS. RUBRO AFIN - EXCLUYENTE) CADA AÑO 1 PUNTO							
EMPRESA		ACTIVIDAD DESARROLLADA		DESDE/HASTA (años)	PUN TOS		
D EXPERIENCIA EN ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD (MINIMO 1 AÑOS - EXCLUYENTE) CADA AÑO 1 PUNTO							
EMPRESA		ACTIVIDAD DE CALIDAD		DESDE/HASTA (años)	PUN TOS		
E PARTICIPACION EN AUDITORIAS (MINIMO 2 AUDITORIAS - EXCLUYENTE)							
EMPRESA		TIPO DE AUDITORIA		ACTIV. AUDITADA	FECHA		
F	ATRIBUTOS PERSONALES			ACEPTABLE <input type="checkbox"/>	BUENA <input type="checkbox"/>	MUY BUENA <input type="checkbox"/>	PUNTOS
G	CAPACIDAD DE GESTION			ACEPTABLE <input type="checkbox"/>	BUENA <input type="checkbox"/>	MUY BUENA <input type="checkbox"/>	PUNTOS
H	MANTENIMIENTO DE COMPETENCIA			ACEPTABLE <input type="checkbox"/>	BUENA <input type="checkbox"/>	MUY BUENA <input type="checkbox"/>	PUNTOS
PUNTAJE: ACEPTABLE (1 PUNTO) BUENA (2 PUNTOS) MUY BUENA (3 PUNTOS) TOTAL PUNTOS							
ITEMS EXCLUYENTES: A B C D E				PUNTAJE TOTAL OBTENIDO			
ITEMS APROBADOS:			
CALIFICADO COMO AUDITOR:							
EN FORMACION <input type="checkbox"/>		CALIFICADO <input type="checkbox"/>		RESPONSABLE <input type="checkbox"/>		NO CALIFICA <input type="checkbox"/>	
APROBADO POR PANEL EVALUADOR							
FIRMA:		FIRMA:			FECHA:/...../.....		
ACLARACION:				ACLARACION:			



CONVOCATORIA PREVIA DE AUDITORIA

Documento R 8.2 02 0

Fecha 13/04/15

Página 25

Dirigido a:

Proceso/Departamento:

Emitido por:

Fecha:

**Por la presente confirmamos la realización de la auditoría N°
Programa Anual de Auditorías año**

según el

Datos de auditoría

Fecha acordada de realización:

Fecha acordada de finalización:

Hora inicio estimada:

Hora finalización estimada:

Proceso/Departamento a Auditar	Auditor Líder	Auditor	Tipo de auditoría

Objetivo de la auditoría:

Alcance de auditoría:

Criterios de auditoria:

Solicitamos que tome las debidas precauciones para que el personal y documentación necesaria esté disponible.

Por cualquier información adicional quedamos a su entera disposición.

.....

Firma auditor responsable

Fecha:

.....

Firma auditado

Fecha:

Empresa: Hokun	Proceso o Departamento:
Fecha: / /	Alcance:
Auditoría Nº:	Tipo de auditoría:

Suma de criterios:	Suma de deméritos:	Puntaje:
---------------------------	---------------------------	-----------------

ITEM ISO Nº	CRITERIO	AREA	REGISTRO	OBSERVACIONES	SIN OBSERVACIONES	CON OBSERVACIONES	NO CONFORMIDAD		DEMÉRITO
					OK (0)	MEJORAR (0.5)	INACEPTABLE (2)	INEXISTENTE (3)	

El puntaje será obtenido a través del número de criterios evaluados y del total de deméritos, asignando a estos últimos el valor indicado entre () y aplicando luego la siguiente fórmula:

$$\text{Puntaje [\%]} = \frac{(2 \times \text{número de criterios evaluados}) - (\text{suma de deméritos})}{(2 \times \text{número de criterios evaluados})} \times 100 =$$



INFORME DE AUDITORIA

Documento
Fecha
Página

R 8.2 04 0
05/08/13
27

OBJETIVO:	ALCANCE:	CRITERIO DE AUDITORIA:
PROCESO/ DPTO AUDITADO: RESPONSABLE:	AUDITORES;	INFORME N°:

RESULTADO

Item	CRITERIO	AREA	REGISTRO	NO CONFORMIDAD/OBSERVACIÓN	CAUSA NO CONFORMIDAD	ACCIONES CORRECTIVAS PROPUESTAS	FECHA	CIERRE EFICACIA

MODIFICACIÓN	FIRMA Y ACLARACIÓN
<p style="text-align:center">MODIFICA PROCEDIMIENTO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>COMENTARIOS.</p> <p> </p> <p> </p> <p> </p>	<p>AUDITOR</p> <p>AUDITADO</p>

ESTIMADO CLIENTE: Llegamos a usted en esta oportunidad con nuestra encuesta de satisfacción del cliente. Queremos compartir con usted nuestra satisfacción de contarle dentro de nuestro sistema de calidad a través de su opinión y sugerencia.

Por todo esto lo invitamos a acompañarnos en este proceso de mejora continua que redundará directamente en un beneficio para su empresa, y le agradecemos el tiempo invertido en responder nuestra consulta.

Empresa:

Persona consultada:

Sector: Ingeniería - Compras

Le solicitamos, nos indique en el cuestionario adjunto el grado de conformidad que le merecen los distintos aspectos que componen el producto que HOKUN suministra a su empresa.

		Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo
1	Atencion y comunicación con el personal de Hokun				
2	Presentacion de las ofertas economicas por los productos y servicios de Hokun (cotizaciones)				
3	Presentacion de las ofertas tecnicas por los productos y servicios de Hokun (catalogos)				
4	Cumplimiento de lo acordado o esperado en calidad de producto y o servicio.				
5	Cumplimiento de lo acordado o esperado en plazo de entrega de producto y o servicio.				
6	Presentacion y embalaje de los productos Hokun.				
7	Identificacion de los productos Hokun				
8	Nivel de la documentacion tecnica que acompaña a los productos y servicios de Hokun (Manuales de uso o Informes)				
9	Facilidad de uso, facilidad de montaje				
10	Nivel de funcionamiento durante el uso.				
11	Tiempo de respuesta frente a reclamos y no conformidades. (tiempo de respuesta de posventa)				
12	Calidad de respuesta frente a reclamos y no conformidades. (calidad de respuesta de posventa)				

		SUPERIOR	IGUAL	INFERIOR
13	Nivel de productos HOKUN en relación al mejor competidor			

14 Basado en su experiencia como usuario de nuestros productos, Ud. recomendaría a HOKUN?.

Decididamente SI		Probablemente SI		Probablemente NO		Decididamente NO	
----------------------------	--	-------------------------	--	----------------------------	--	----------------------------	--

A continuación enumere por favor los aspectos a mejorar de los productos de Hokun SRL:

Por favor, explique sus expectativas futuras respecto a los productos existentes en el mercado ó que necesiten desarrollo para atender vuestras necesidades:

REVISADO POR:

FECHA:



**REGISTRO DE CONTROL DE CALIDAD
PLAN DE CONTROL VISUAL-DIMENSIONAL**

Documento	R 8.2 06 0
Vigencia	13/04/15
Página	29

RESULTADOS: <input checked="" type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado	(Identificación)					
CONTROL DIMENSIONAL <u>Observaciones:</u>						
CONTROL VISUAL <u>Observaciones:</u>						
<u>APROBACIÓN POR INGENIERIA (cliente):</u> Fecha: Firma:	<u>APROBADO</u> SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> Marque con una cruz lo que corresponda.			<u>Observaciones:</u>		
<u>APROBACION CALIDAD (cliente):</u> Fecha: Firma:						



**REGISTRO DE CONTROL DE CALIDAD
PLAN DE CONTROL VISUAL-DIMENSIONAL**

Documento	R 8.2 06 0
Vigencia	13/04/15
Página	29

INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

EJECUTADO POR:

FECHA:

FIRMA:

APROBADO POR:

FECHA:

FIRMA:

DOCUMENTACION ADJUNTA:

Plano liberado para ejecución N°

RECHAZO <input type="checkbox"/>		RECLAMO <input type="checkbox"/>		Nº R :	
INICIADO POR DPTO. :				FECHA : / /	
O.C. Nº:		CLIENTE:		REMITO CLIENTE Nº:	
O.T. Nº:					
DESCRIPCION PRODUCTO:				REMITO Nº:	
AFECTA OPERACIONES NORMALES DEL CLIENTE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
NO CONFORMIDAD O DEFECTO:					
CAUSA:					
INFORME DE CLIENTE Nº:				FECHA: / /	
CAUSA VERIFICADA POR:		CALIDAD <input type="checkbox"/>	INGENIERIA <input type="checkbox"/>	ACEPTADA <input type="checkbox"/>	RECHAZADA <input type="checkbox"/>
FIRMA RESPONSABLE:				FECHA:	
.....			/...../.....	
ITEM	ACCIONES NECESARIAS	RESPONS	FECHA PROGR.	FECHA REAL	
APROBADAS POR:				FECHA:	
.....			/...../.....	
LLEVA PROGRAMACION: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SE INCLUYE EN SEGUIMIENTO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Nº de O.T.:		Nº de DET.:		CANT. PZAS.:	
SE SOLICITA ACCION:		PREVENTIVA <input type="checkbox"/>		CORRECTIVA <input type="checkbox"/>	
COMUNICADO A CLIENTE					
FECHA :		COMUNICADO POR :			VIA :
PERSONA CONTACTADA EN EL CLIENTE:					
NUEVA FECHA ENTREGA PREVISTA :			VERIFICADO POR :		
FECHA REAL DE ENTREGA:					



PEDIDO DE DESVIACION AL CLIENTE

Documento
Fecha
Página

R 8.3 02 0
13/04/15
31

SOLICITADO POR :		FECHA :	/	/
CLIENTE:				
Nº ORDEN DE COMPRA:				
DESCRIPCION DEL PRODUCTO:				
Nº DE PLANO:				
Nº DE PROTOCOLO:				
NO CONFORMIDAD O DEFECTO:				
CAUSA:				
CANTIDADES:				
CAUSA VERIFICADA POR:	CALIDAD	<input type="checkbox"/>	INGENIERIA	<input type="checkbox"/>
FIRMA RESPONSABLE HOKUN:				FECHA:
.....			/...../.....

DECISION DEL CLIENTE			
APROBADAS:	<input type="checkbox"/>	NO APROBADAS:	<input type="checkbox"/>
RETRABAJAR:	<input type="checkbox"/>	DESCARTAR:	<input type="checkbox"/>
FIRMA RESPONSABLE CLIENTE:			FECHA:
.....		/...../.....

IC-

Doc: R 8.4 01 0
Vigencia: 06/09/13
Página: 1/1

FORMATO DEL INDICADOR

AREA DEL GRAFICO

OBJETIVO

FECHA DE
CUMPLIMIENTO

FORMULA DE CALCULO

Aprobado por:

Firma:

Preparado por:

Firma:

Fecha:

Departamento:

TITULO: Mejora, Acciones Correctivas y Preventivas

RESUMEN: Este registro se utiliza para dejar constancia de cada etapa de la gestión de una Mejora, Acciones Correctivas y/o Preventivas.
Cumple con los requisitos 8.5.1, 8.5.2 y 8.5.3 de la Norma ISO 9001:2008.

ÍNDICE DE MODIFICACIONES

Emisión / Revisión	Preparó	Modificaciones
0	Calidad	Documento original

Áreas	APROBACIÓN		DISTRIBUCIÓN	
	Fecha	Firma de Aprobación	Fecha	Firma de Recepción
Dirección				
Ingeniería				
Calidad				
Producción				
Compras				
Administración y Finanzas				
Recursos Humanos				
Ventas y Marketing				



**MEJORA, ACCION CORRECTIVA
Y PREVENTIVA**

Documento
Fecha
Página

R 8.5 01 0
15/04/15
33

Producto:			ACCIÓN N°:		
N° plano:	O.T. N°:	O.C. N°:			
Cliente:			AC	AP	ME
Describir no conformidad o motivo de la solicitud:					
Detectado en: _____					
					Firma:.....
					Fecha:...../...../....

Causa de no conformidad / defecto:	
Responsable Interno	
Departamento:	
Proveedor	
Nombre:	
Necesita grupo de trabajo	
Grupo N°:	
Causas definidas por :	
Fecha:...../...../....	

Item	Acción necesaria	Descripción	Responsable	Firma	Fecha prom.	Fecha cumpl.

Acciones propuestas por :			Proveedor <input type="checkbox"/>
Aprobado por:			Firma
			Fecha:...../...../....

Implementado		Verificado eficacia de las acciones	
Firma:.....		Fecha:/...../.....	
Fecha:/...../.....		Items:.....	
Aseguramiento de la Calidad		Items:..... Fecha:/...../.....	
		Comentarios:	