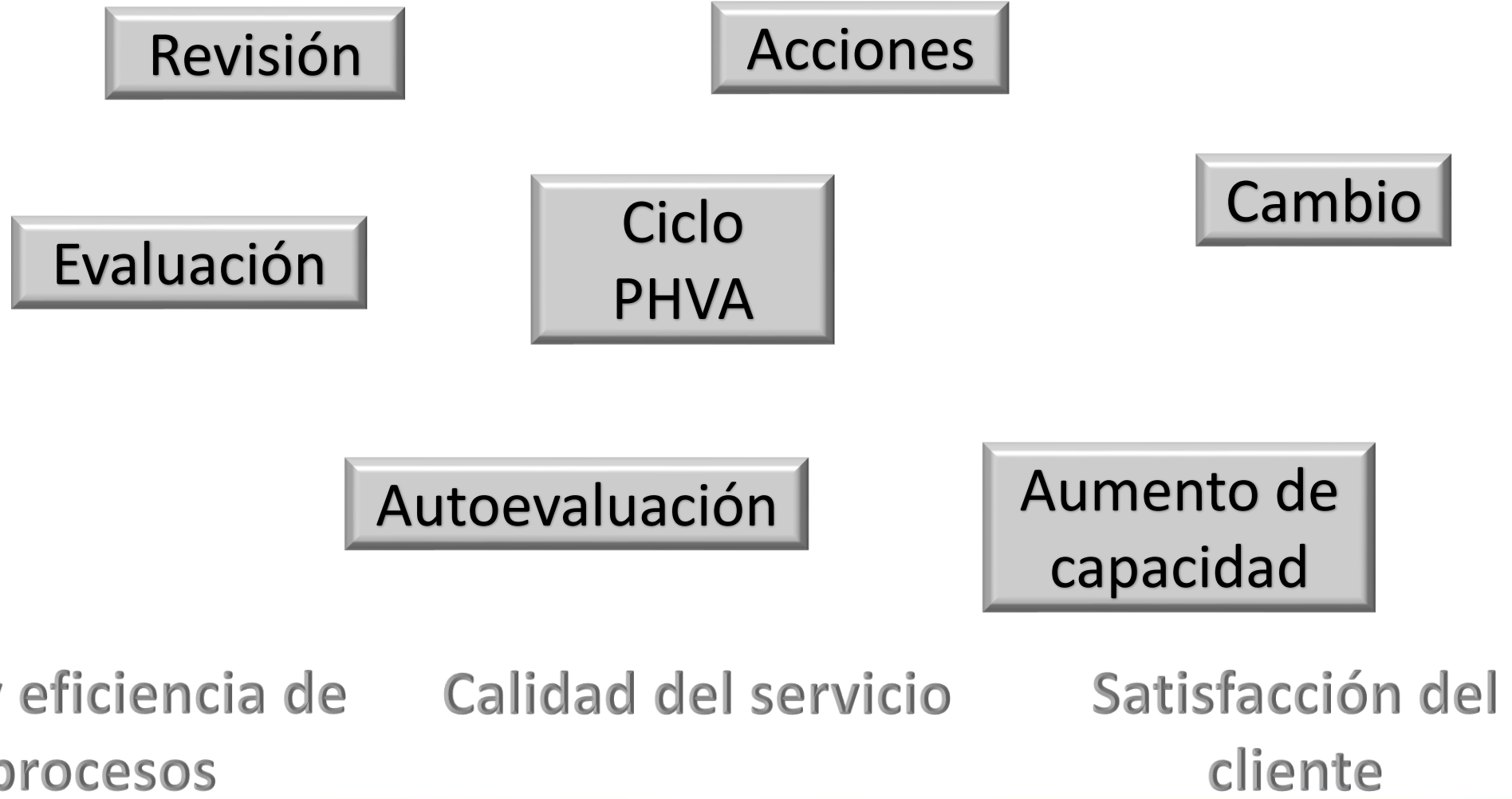


# PROCEDIMIENTOS DE MEJORA

Gestión de la Calidad

# BIENVENIDOS

# ¿Qué es mejora continua?



# ¿Qué es un hallazgo?

## Requisito Vs Evidencias

Requisitos de legales.  
Marco normativo interno.  
Requisitos Normativos.  
Requisitos procedimentales.  
Requisitos del cliente.

## Fuente del hallazgo

Auditorias  
Seguimientos internos  
Autoevaluación



# Qué Es Una Acción Correctiva y una Corrección



# Acción para abordar riesgos y oportunidad de mejora

## Observaciones

Acciones para abordar riesgo

- Minimizan el riesgo de incumplimiento.
- Previene que algo negativo suceda.

Eliminan causas de las no conformidades potenciales.

## Oportunidad de mejora

Acciones para mejora de situaciones actuales

- Mejor desempeño.
- Optimización de recursos.

Eliminan casusas de la situación actual.

# Procedimiento Acciones Correctivas

**La Norma ISO 9001** define como: “Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada”.

## **Numeral 10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA**

**10.2.1** Cuando una no conformidad incluida, cualquiera originada por quejas, la organización debe:

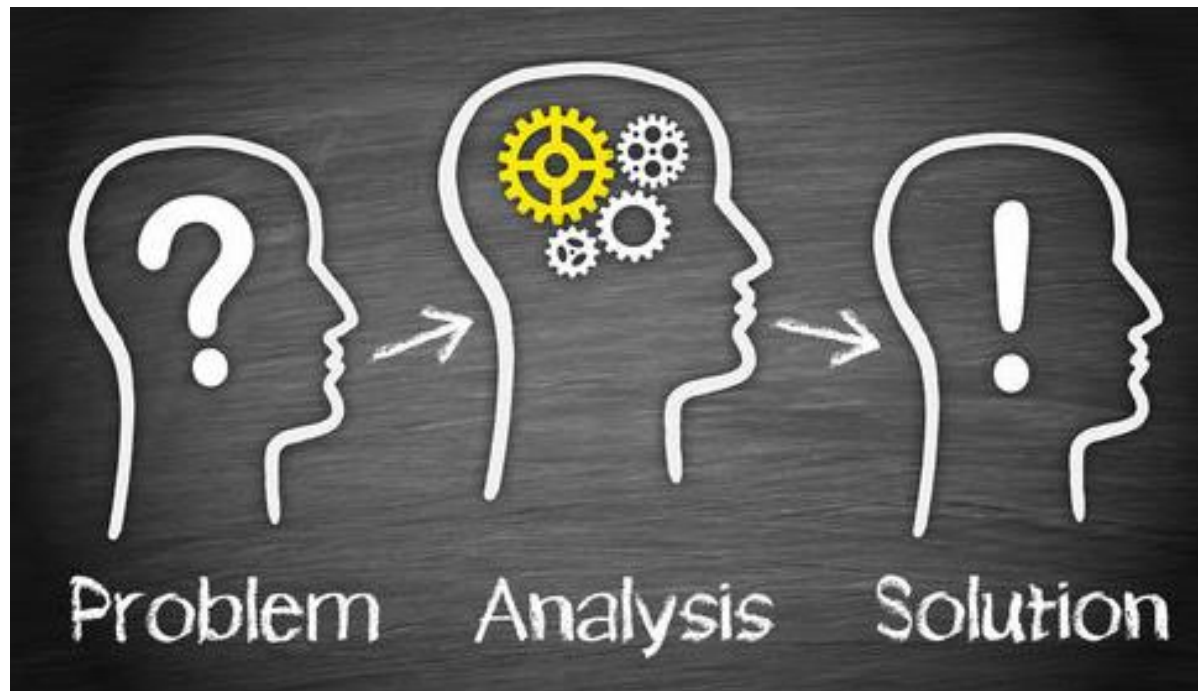
**A: Reaccionar, B: Evaluar, C: Implementar, D: Revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada E: Si es necesario actualizar los riesgos y oportunidades determinados durante la planificación y, F: si fuese necesario hacer cambios al sistema de gestión de calidad.**

**10.2.2** conservar información documentada como evidencia decisiones y resultados de ellos en cualquier acción tomada.



# Objetivo de las Acciones Correctivas

Gestionar las no conformidades del sistema de gestión de la Unidad Central de Valle del Cauca – UCEVA



# Generalidades

HALLAZGO	TIEMPO DE RESPUESTA
Auditorías internas de Gestión, Auditoria Internas del Sistema Integrado de Gestión o Resultados de FURAG:	Se contará con 5 días hábiles a partir de la fecha de notificación de la no conformidad u observación
Informe de Evaluación al Sistema de Control Interno	
Seguimiento y evaluación del Mapa de Riesgos	
Los resultados de la revisión por la dirección	
Quejas y reclamos	Se contará con 10 días hábiles a partir de la fecha de notificación de la no conformidad.
Gestión de procesos	
Auditorías externas	El tiempo estará sujeto al que estipule la entidad auditora.





## 5.1 Identificar la NO CONFORMIDAD

Responsable: Todos los funcionarios

Todos los funcionarios de la UCEVA pueden identificar no conformidades, las cuales deben ser reportadas a los líderes de proceso, el cual determinará la pertinencia de la no conformidad y su respectivo registro.

### Fuente del hallazgo

Auditorias  
Seguimientos internos  
Autoevaluación



## 5.2 Registrar NO CONFORMIDADES

**Responsable:** Líder o gestor del proceso.

<b>Declaración del Hallazgo</b>
Afirmación o negación del cumplimiento del requisito

<b>Registro del Requisito</b>
Referenciar de manera puntual el requisito que se incumple.

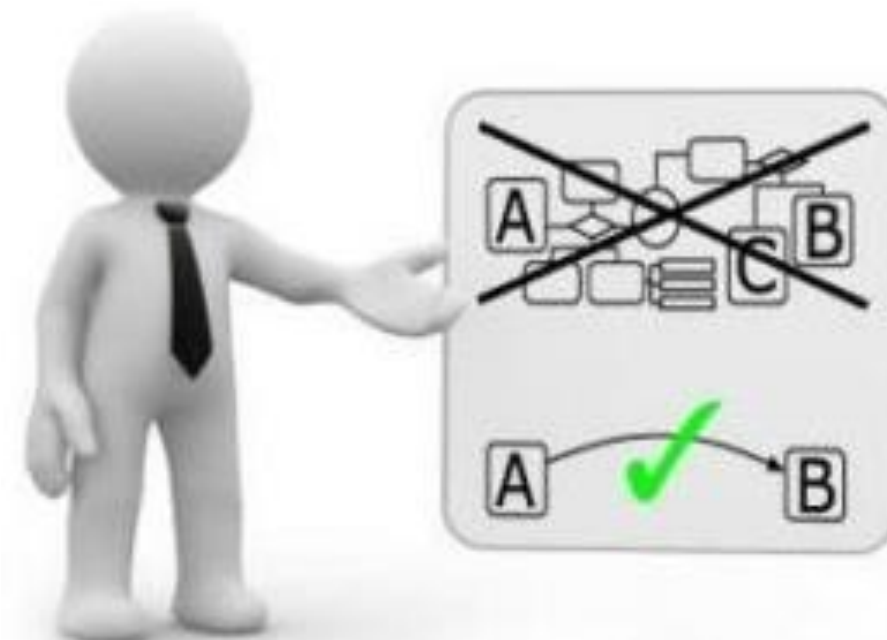
<b>Evidencia Objetiva</b>
Las pruebas de auditoría para fundamentar o soportar la declaración

Poner ejemplo de redacción

## 5.3 Asignación Auditor para el Plan de Acción.

**Responsable:** Líder del proceso de Gestión de control interno.

Una vez se realiza el reporte de la actividad anterior, se debe seleccionar al funcionario responsable para que realice seguimiento global al plan de acción y evalúe la eficacia del mismo.



## 5.4 Tomar Acción De Corrección Inmediata

**Responsable:** Líder o gestor del proceso que recibe el reporte.

La corrección tiene normalmente el carácter de **URGENTE** y la cual controla, corrige y hace frente a las consecuencias generadas. Tomar acciones frente a:

- Eliminar la no conformidad detectada.
- Autorización de uso, liberación o aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente y, cuando sea aplicable por el usuario.
- Tomando acciones para impedir su uso o aplicación originalmente previsto.



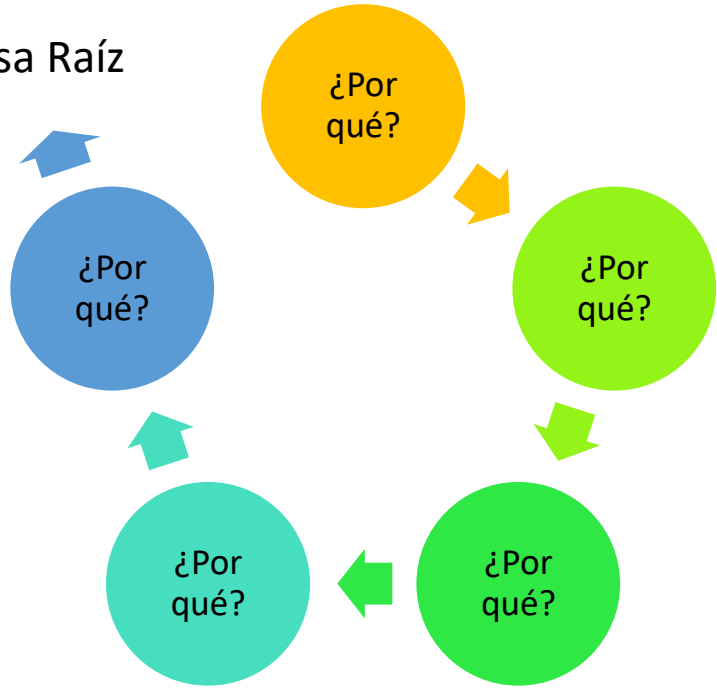
## 5.5 Realizar Análisis De Causas

**Responsable:** Líder o gestor del proceso que recibe el reporte.

Revisión y análisis e identificación de la **CAUSA RAÍZ** de la **NO CONFORMIDAD** con la participación de las personas involucradas en el proceso; método de análisis los Cinco (5) porqués.

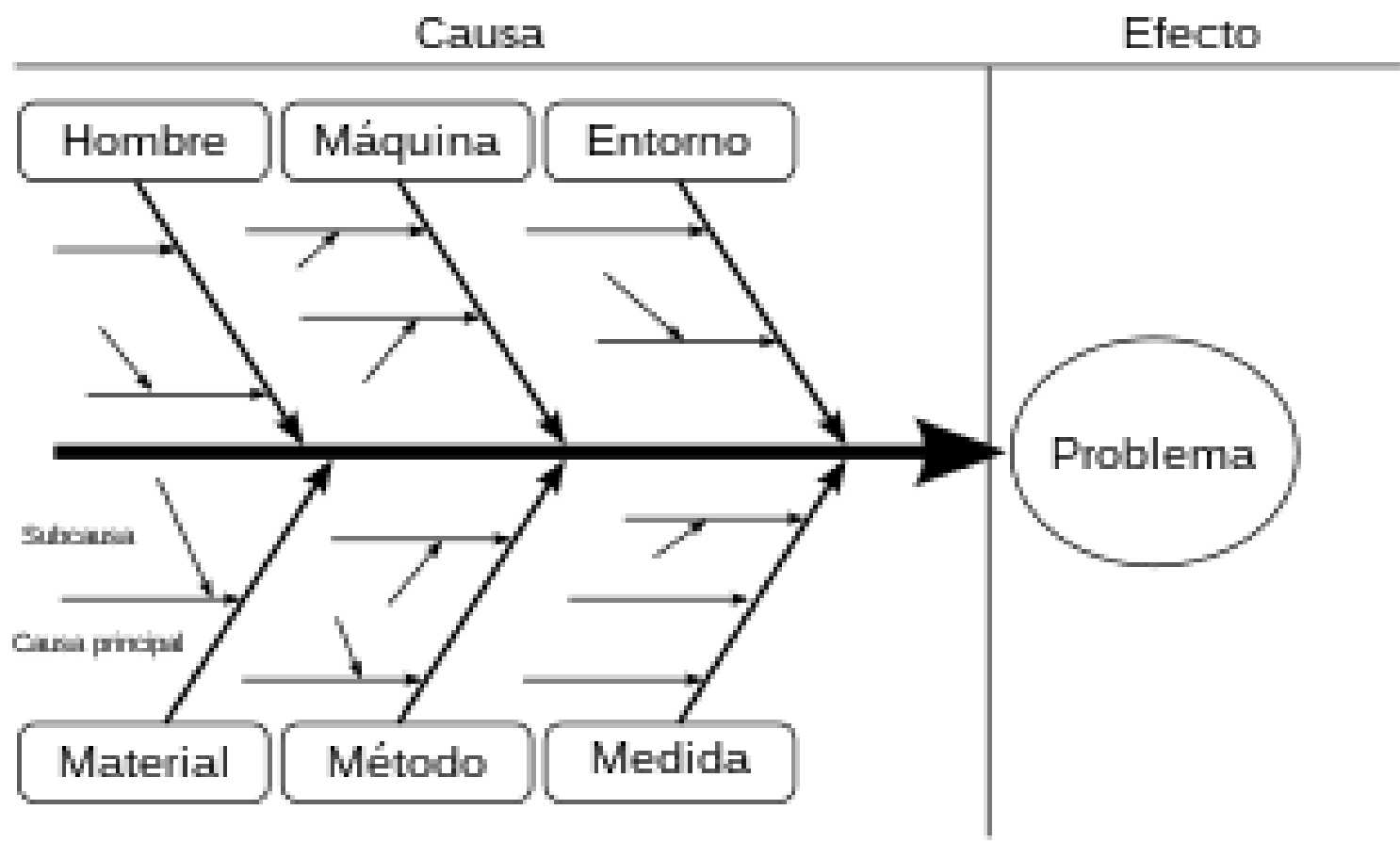


Causa Raíz



- ¿Por qué ocurre el evento? *Respuesta 1*
- ¿Por qué ocurre el evento de la respuesta 1? *Respuesta 2.*
- ¿Por qué ocurre el evento de la respuesta 2? *Respuesta 3.*
- ¿Por qué ocurre el evento de la respuesta 3? *Respuesta 4.*
- ¿Por qué ocurre el evento de la respuesta 4? *Respuesta 5.*

# 5.5 Realizar Análisis De Causas



## 5.6 Definir Plan de Acción

**Responsable:** Líder o gestor del proceso que recibe el reporte.

Debe definir las acciones a seguir para eliminar la causa raíz de la no conformidad y evitar que esta vuelva a ocurrir. Tener en cuenta:

- Responsable, Fecha de compromiso proyectada de cierre de otros planes de acción y/o fechas de próximas auditorias, Actividades definidas, Recursos necesarios, objetivo a lograr, meta deseada, presupuesto si se requiere.

***Nota 1: Para definir el plan de acción considerar los lineamientos establecidos por los procesos de Gestión en seguridad y Salud en el trabajo, Gestión ambiental y Gestión de la calidad.***

***Nota 2: No se puede asignar como responsable de una actividad del plan de acción a una persona que no haya sido consultada o que no haya participado en su formulación.***





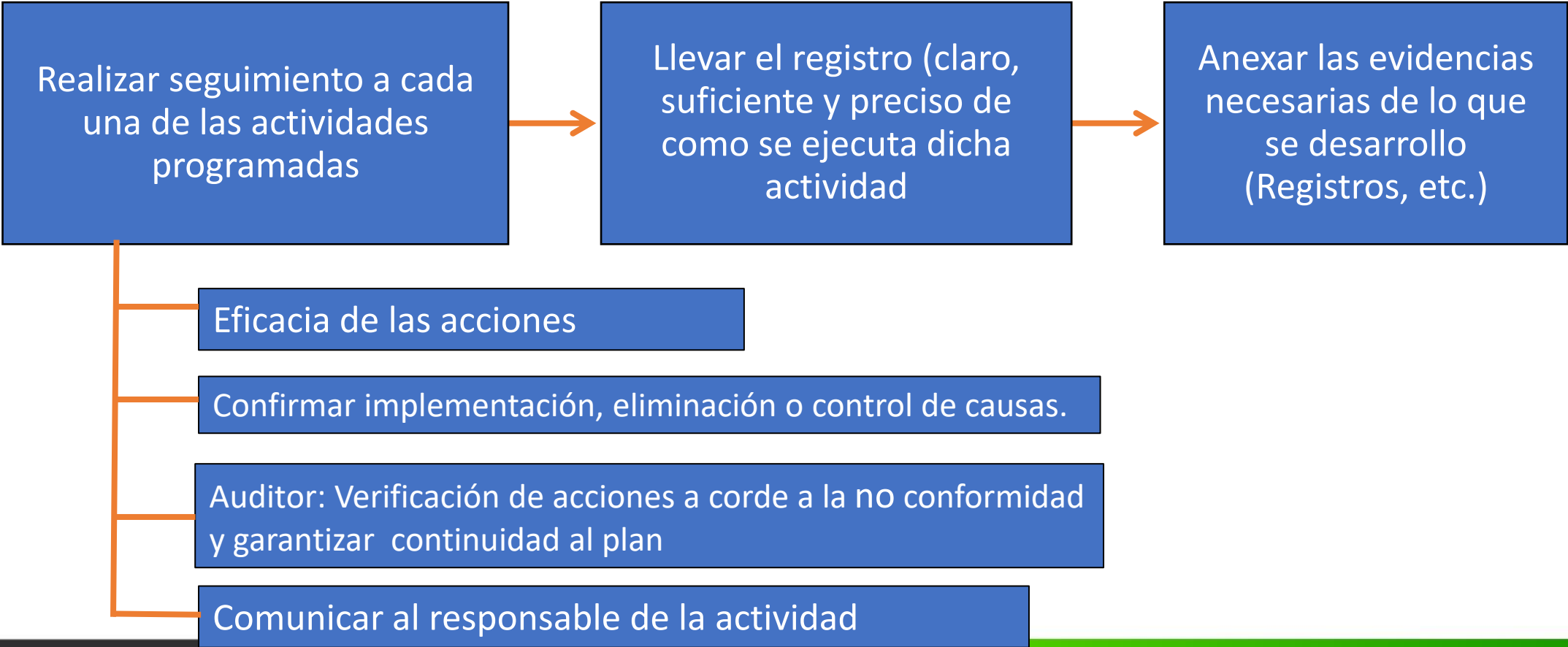
## 5.7 Ejecutar Plan de Acción

De acuerdo a lo establecido en el plan de acción los responsables asignados a cada actividad darán inicio a la ejecución de las actividades definidas teniendo en cuenta los criterios establecidos en el numeral **5.6** en los tiempos planeados.



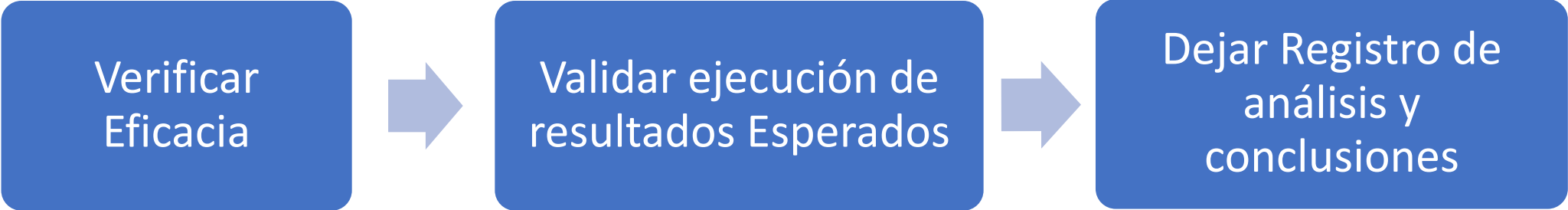
## 5.8 Realizar Seguimiento y Verificación

### SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCIÓN



## 5.9 Cerrar Plan de Acción

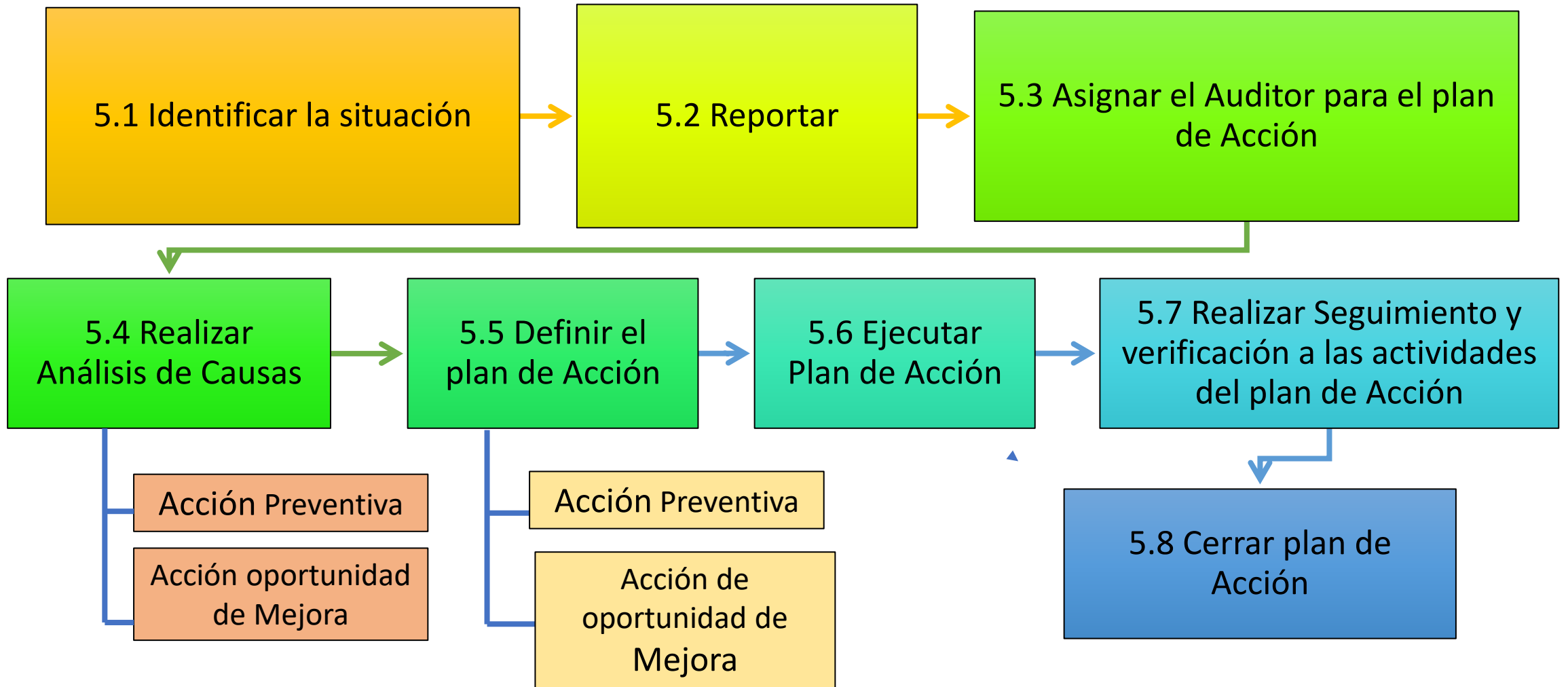
Responsable: Auditor global plan de acción.



En el caso de que el plan de acción se cierre como no eficaz, el Líder o gestor del proceso que recibe el reporte, debe reformular un nuevo plan de acción desde la etapa de análisis de causas, para lo cual contará con **5 días hábiles**.

# ACCIONES PREVENTIVAS Y DE MEJORA





## 5.1 Identificar la Situación

- **Responsable:** Todos los funcionarios

Todos los funcionarios de la UCEVA pueden identificar situaciones que pueden convertirse en no conformidades si no se tratan a tiempo, estas deben ser reportadas a los líderes de procesos y subprocesos, el cual determinará la pertinencia y su respectivo registro.

### ¿Donde se pueden presentar estas situaciones?

PROCESOS

INDICADORES

RIESGOS

LOGRO DE LOS  
OBJETIVOS

ENCUESTAS

AUDITORÍAS

## 5.2 Reportar

- **Responsable:** Líder o gestor del proceso o subproceso.

Para oportunidad de mejora:

- ✓ Situación actual: Es la situación a mejorar. Cabe anotar que esta situación no debe estar incumpliendo ningún requisito (**SERÍA NO CONFORMIDAD**) ni debe ser un posible incumplimiento (**SERÍA ACCIÓN PREVENTIVA**).
- ✓ Situación deseable: A dónde se pretende llegar.

El responsable realiza el registro de manera clara en el aplicativo para identificar la No conformidad o la oportunidad de mejora con su respectiva evidencia si lo amerita.



### 5.3 Asignar el Auditor para el plan de Acción

Redirigirse al procedimiento de acciones correctivas





## 5.4 Realizar Análisis de Causas

Responsable: Líder o gestor del proceso o subproceso que recibe el Reporte.



### Análisis de causa para la acción preventiva Metodología “lluvia de ideas”

Como identificar esas causas?

Con la participación de las personas involucradas en el proceso, por la cual se presenta la situación actual y clasificar la causa de acuerdo a su característica tal como: *Mano de obra, maquinaria y equipo, método, materiales, medición, recurso financiero, medio ambiente, y manejo.*

## 5.4 Realizar Análisis de Causas

Redirigirse al plan de acción correctivo

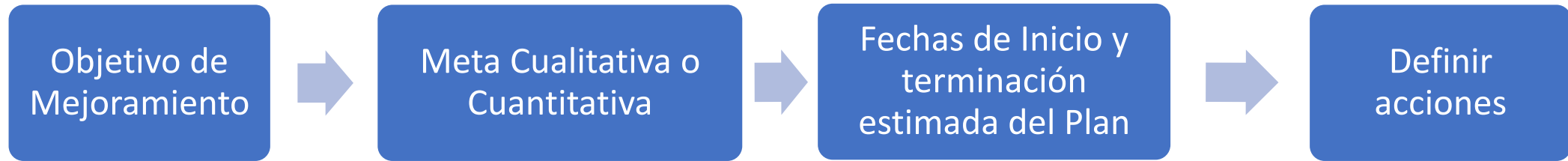
Teniendo en cuenta estas notas para definir el plan de acción preventivo

- *Nota 1: Si fuera necesario, actualizar la Matriz de riesgos de gestión, matriz de peligros y riesgos o la Matriz de aspectos e impactos ambientales, y realizar cualquier cambio en el Sistema.*
- *Nota 2: No se puede asignar como responsable de una actividad del plan de acción a una persona que no haya sido consultada o que no haya participado en su formulación*



## 5.5 Definir el plan de Acción

Definir el plan de acción de oportunidad de mejora de acuerdo a características generales como:



*Nota 1: Para definir el plan de acción se debe tener en cuenta los lineamientos del sistema de Gestión de calidad, Sistema de Gestión Ambiental y Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el trabajo.*

*Nota 2: No se puede asignar como responsable de una actividad del plan de acción a una persona que no haya sido consultada o que no haya participado en su formulación*

## 5.6 Ejecutar Plan de Acción

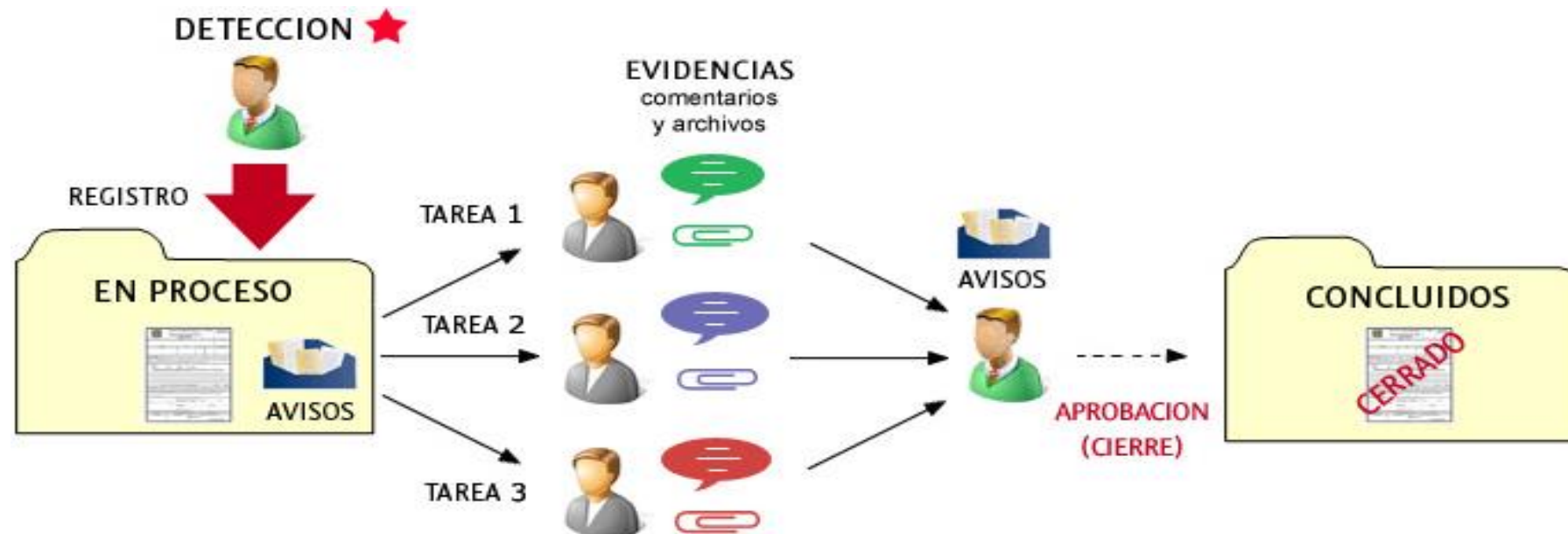
De acuerdo a lo establecido en el plan de acción los responsables asignados a cada actividad darán inicio a la ejecución de las actividades definidas, dejando evidencia de su ejecución.



## 5.7 y 5.8

El responsable asignado a cada actividad debe realizar el seguimiento a cada una de las actividades programadas y darle cierre a las acciones preventivas y de mejora.

En el seguimiento y el cierre del plan de acción se repiten las actividades vistas en el procedimiento de acciones correctiva..



# GRACIAS



| [www.uceva.edu.co](http://www.uceva.edu.co)