

## PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORAS COD. SI-P-03

4	Se cambió la imagen institucional, actualización de las referencias normativas y diseño de la estructura del documento.	Pedro L. Rodríguez. Apoyo a proceso	Celina M. Obregón Técnico Ad.	Airadin Pinedo V. Rep. Alta Dirección	16/03/20
3	Se actualizó el procedimiento en su referencias y logo institucional.	Pedro Rodríguez <i>Apoyo a procesos</i>	Airadin Pinedo <i>Rep. Alta Dirección</i>	Airadin Pinedo V <i>Rep. Alta Dirección</i>	20-08-19
2	El proceso gestión de Sistema Integrado de Gestión pasó a ser de tipo estratégico y se denomina sistema integrado de gestión, ello generó cambio en el código de la documentación del mismo.	Pedro L. Rodríguez <i>Apoyo a procesos</i>	Eicer Mejía <i>Apoyo a procesos</i>	Viviana Carrillo <i>Rep. Alta Dirección</i>	24-04-15
<b>REV No</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>ELABORÓ</b>	<b>REVISÓ</b>	<b>APROBÓ</b>	<b>FECHA</b>



## PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORAS

### CONTENIDO

	Pág.
1. OBJETO.....	3
2. ALCANCE .....	3
3. REFERENCIAS.....	3
4. DEFINICIONES.....	3
5. PROCEDIMIENTO.....	4
5.1. GENERALIDADES .....	4
5.1.1. ACCIONES CORRECTIVAS .....	5
5.1.2. ACCIONES PREVENTIVAS .....	6
5.2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN.....	7
5.3. DESCRIPCIÓN DETALLADA .....	8
6. AUTORIDAD .....	10
7. FORMATOS.....	10

COPIA NO CONTROLADA

## 1. OBJETO

Establecer los lineamientos, responsabilidades y la metodología a seguir para la implementación de acciones correctivas a partir de la identificación de no conformidades; con el fin de mejorar continuamente los productos, servicios y procesos organizacionales y aumentar la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema Integrado de Gestión para la Calidad de la Universidad de La Guajira "SIGUG", en la búsqueda permanente de la satisfacción de los usuarios externos e internos.

## 2. ALCANCE

Este procedimiento se aplica para dar tratamiento a las No Conformidades (incumplimiento de requisitos) detectadas o potenciales que se identifiquen en los procesos, servicios y/o productos de la Universidad de La Guajira. Inicia con la identificación de las no conformidades, continuando con la aplicación de las correcciones y acciones de mejora, cuando aplique, y culmina con el seguimiento y cierre de las mismas, y la respectiva retroalimentación de la eficacia de las acciones implementadas.

## 3. REFERENCIAS

**Ley 30:1992**, por la cual se organiza el sistema de educación superior en Colombia,

**Ley 87:1993**, por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado,

**Ley 489:1998**, por la cual se dictan normas de sobre la organización y funcionamiento de las entidades de orden nacional,

**MECI 1000:2014**. Modelo Estándar de Control Interno.

Manual de la calidad del Sistema Integrado de Gestión "SIGUG".

## 4. DEFINICIONES

**Procedimiento.** Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

**Acción Correctiva.** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una No Conformidad detectada u otra situación indeseable.

**Acción Preventiva.** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una No Conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

**Corrección.** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada; una corrección puede realizarse junto con una acción correctiva, una corrección puede ser, por ejemplo, un reproceso o una reclasificación.

**Calidad.** Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos; el término "calidad" puede utilizarse acompañado de adjetivos tales como pobre, buena o excelente; e "Inherente", en contraposición a "asignado", significa que existe en algo especialmente, como una característica permanente.

**Emisor.** Persona que detecta y reporta una No conformidad o situación problemática.

**Hallazgo.** Resultados de la evaluación de la *evidencia de la auditoría* recopilada frente a los *criterios de auditoría*. Los hallazgos de la auditoría pueden indicar tanto conformidad como no conformidad con los criterios de auditoría. Cuando los objetivos de la auditoría así lo especificuen, los hallazgos de la auditoría pueden identificar una oportunidad para la mejora.

**No Conformidad.** Incumplimiento de un requisito. Dicho requisito puede ser establecido por el cliente, de carácter legal, reglamentario o establecido por la Universidad de La Guajira.

**Mejora continua.** Acción permanente realizada, con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.

**Producto o Servicio no conforme.** Es aquel involucrado en la prestación del servicio y cuya deficiencia impacta la conformidad del servicio, por ejemplo: equipo utilizado, personal, documentación, incumplimiento, entre otros.

**Registro.** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades ejecutadas; los registros pueden utilizarse, por ejemplo, para documentar la trazabilidad y para proporcionar evidencia de verificaciones acciones correctivas y en general los registros no necesitan estar sujetos al control del estado de revisión.

**Requisito.** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria. Generalmente implícita" significa que es habitual o una práctica común para la entidad, sus clientes y otras partes interesadas, el que la necesidad o expectativa bajo consideración esté implícita; la palabra *obligatoria*, se refiere, generalmente, a disposiciones de carácter legal. Pueden utilizarse calificativos para identificar un tipo específico de requisito, por ejemplo, requisito de un producto y/o servicio, requisito de la gestión de la calidad, requisito del cliente y los requisitos pueden ser generados por las diferentes partes interesadas.

**Riesgo.** Toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda afectar el desarrollo normal de las funciones de la entidad y el logro de sus objetivos.

**Satisfacción del cliente.** Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos; las quejas de los clientes son un indicador habitual de una baja satisfacción del cliente, pero la ausencia de estas no implica necesariamente una elevada satisfacción del cliente e incluso cuando los requisitos del cliente se han acordado con él mismo y éstos han sido cumplidos, esto no asegura, necesariamente, una elevada satisfacción de su parte.

**SIGUG.** Sigla utilizada para identificar el Sistema Integrado de Gestión para la Calidad de la Universidad de La Guajira.

**UG.** Sigla de Universidad de La Guajira.

## 5. PROCEDIMIENTO

### 5.1. GENERALIDADES

El personal de todos los procesos es responsable de la implementación de éste procedimiento y el líder del proceso Sistema Integrado de Gestión, es responsable de la divulgación y

seguimiento de éste procedimiento al personal que le corresponda. Así mismo, debe verificar permanentemente que se cumplan los lineamientos especificados en éste.

La filosofía que refuerza la aplicación de éste procedimiento está sustentada en el hecho de que no se puede convivir con los problemas. Si no que siempre hay que buscar la manera de resolverlos definitivamente.

Cualquier funcionario de la universidad puede identificar una No Conformidad (Incumplimiento de un requisito). Una vez identificada la No Conformidad, se debe notificar al Jefe inmediato, al líder del proceso dónde se presentó, o al líder del proceso de Sistema Integrado de Gestión para analizar la gravedad de la misma y establecer los pasos a seguir para buscar su solución. Se debería registrar ésta notificación en el formato **REPORTE DE NO CONFORMIDAD** para dejar la evidencia requerida por el sistema de gestión.

### 5.1.1. ACCIONES CORRECTIVAS

Las **fuentes** para tomar acciones correctivas son:

- a. Resultados de la evaluación del servicio
- b. Resultados de la evaluación por entes de control
- c. No Conformidades detectadas en auditorias
- d. Servicio No Conforme
- e. Desempeño del Sistema Integrado de Gestión y,
- f. Cualquier otra fuente que se identifique.

Cuando se identifica la no conformidad, el personal de la universidad deberá notificarla diligenciando el formato **REPORTE DE NO CONFORMIDAD** identificando el requisito legal, normativo, reglamentario, institucional o de los usuarios que no se cumple o se cumple parcialmente. Esto se hace para dejar evidencia de la notificación. El reporte se debe hacer llegar al Jefe inmediato, al líder del proceso dónde se presentó la no conformidad, o al líder del proceso de Sistema Integrado de Gestión para analizar la gravedad de la misma y establecer si amerita la toma de una acción correctiva y en caso que lo amerite designar una persona o equipo de mejora para darle tratamiento a la no conformidad.

Si la no conformidad afecta a otros procesos, se debe conformar un equipo de mejora que incluya a los líderes de los procesos involucrados o un representante de los mismos, para entre todos buscar la mejor solución.

El Líder de proceso o jefe de dependencia, donde se presentó la No conformidad, designa un responsable o un equipo competente (dependiendo de la magnitud de la no conformidad) para investigar y analizar las causas de la no conformidad, utilizando la metodología que consideren apropiada como la técnica de los 5 ¿Por qué?, el Diagrama Causa – Efecto, entre otras que se consideren convenientes.

Una vez determinada la causa raíz se debe definir un objetivo de mejora. El responsable o el equipo designado deberá(n) definir un plan de mejoramiento, el cual contiene las correcciones, acciones correctivas, los responsables de ejecutar dichas acciones y las fechas máximas de ejecución y cierre para realizar cada acción. El líder del proceso Sistema Integrado de Gestión, es el responsable de designar o hacer supervisión y seguimiento a las acciones correctivas

planteadas en el intervalo de tiempo previamente definido en el formato **Acciones de Mejora y Correctivas** e informar si se logró el objetivo de mejora propuesto para cada acción.

En el caso de que estas acciones no hayan minimizado o eliminado las no conformidades; es decir, no hayan sido eficaces, el responsable del área y/o proceso debe plantear nuevas acciones para lo cual se debe realizar la apertura de un nuevo formato de **Acciones de Mejora y Correctivas**, referenciando en la descripción de la no conformidad que la apertura se debe a una acción que no fue eficaz.

Si el seguimiento para el cierre del segundo formato, indica que las acciones no son satisfactorias, el líder del proceso debería notificar el caso nuevamente al equipo asesor de calidad que designe el Líder del proceso de Sistema Integrado de Gestión para buscar nuevas medidas.

Para el seguimiento y control de las acciones de mejora y correctivas propuestas, se diligencia el formato **Estado de las Acciones de Mejora** con el propósito de verificar si dichas acciones se encuentran: implementadas, por iniciar implementación o parcialmente implementadas. En caso que hayan sido implementadas se verifica si han sido eficaces y si hubo oportunidad; es decir, si se cumplieron en las fechas planificadas.

### 5.1.2. ACCIONES PREVENTIVAS

La Universidad de La Guajira determina la necesidad de tomar acciones preventivas detectando situaciones problemáticas potenciales a través de:

- a. Monitoreo y controles al servicio
- b. Resultados de medición y seguimiento al proceso y al servicio
- c. Resultados de la Revisión por la Dirección
- d. Resultados de auditorías internas
- e. Sugerencias de los usuarios o el personal de la organización
- f. Desempeño del mercado
- g. Identificación de los riesgos institucionales (Mapa de riesgos).
- h. Otras fuentes que se identifiquen en el entorno.

Cualquier funcionario puede visualizar una no conformidad potencial. La persona que identifica la situación fuera de control o no conformidad potencial a través de alguna de las anteriores fuentes, informa a su superior inmediato, al líder de procesos o al líder del proceso de Sistema Integrado de Gestión.

Cuando se identifica la no conformidad potencial, el personal de la universidad deberá notificarla diligenciando el formato **REPORTE DE NO CONFORMIDAD** identificando el requisito legal, normativo, reglamentario, institucional o de los usuarios que está en riesgo de no cumplirse. Esto se hace para dejar evidencia de la notificación. El reporte se debe hacer llegar al Jefe inmediato, al líder del proceso donde se podría presentar la no conformidad potencial, o al líder del proceso de Sistema Integrado de Gestión para analizar la gravedad de la misma y establecer si amerita la toma de una acción preventiva y en caso que lo amerite designar una persona o equipo de mejora para darle tratamiento a la no conformidad potencial.

El Líder de proceso o jefe de dependencia, donde se identificó la No conformidad Potencial, designa un responsable o un equipo competente (dependiendo de la magnitud de la no

conformidad) para investigar y analizar las causas de la no conformidad potencial, utilizando la metodología que se considere apropiada, por ejemplo: la técnica de los 5 ¿Por qué?, el Diagrama Causa – Efecto, entre otras que se consideren convenientes.

Una vez determinada la causa raíz se debe definir un objetivo de mejora. El responsable o el equipo designado deberá(n) definir un plan de mejoramiento, el cual contiene las correcciones, acciones correctivas y/o preventivas, los responsables de realizar dichas acciones y las fechas límite propuestas para cerrar cada acción. El líder del proceso Sistema Integrado de Gestión, es el responsable de designar o hacer supervisión y seguimiento a las acciones correctivas y/o preventivas planteadas en el intervalo de tiempo previamente definido en el formato **Acciones de Mejora y Correctivas** e informar si se logró el objetivo de mejora propuesto para cada acción.

En el caso de que estas acciones no hayan minimizado o eliminado las no conformidades potenciales; es decir, no hayan sido eficaces, el responsable del área y/o proceso debe plantear nuevas acciones para lo cual se debe realizar la apertura de un nuevo formato de **Acciones de Mejora y Correctivas**, referenciando en la descripción de la no conformidad que la apertura se debe a una acción que no fue eficaz.

Si el seguimiento para el cierre del segundo formato, indica que las acciones no son satisfactorias, el líder del proceso debería notificar el caso nuevamente al equipo asesor de calidad que designe el Líder del proceso de Sistema Integrado de Gestión para buscar nuevas medidas.

Para el seguimiento y control de las acciones de mejora y correctivas propuestas, se diligencia el formato **Estado de las Acciones de Mejora** con el propósito de verificar si dichas acciones se encuentran: implementadas, por iniciar implementación o parcialmente implementadas. En caso que hayan sido implementadas se verifica si han sido eficaces y si hubo oportunidad; es decir, si se cumplieron en las fechas planificadas.

El responsable del área o proceso es el encargado de determinar las posibles repercusiones en caso de no tomar las acciones necesarias.

### 5.2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

En caso de presentarse una No Conformidad se toma la corrección pertinente y se evalúa la necesidad de iniciar la acción correctiva y/o preventiva según sea el caso teniendo en cuenta:

- a. La gravedad del problema,
- b. El impacto sobre el usuario, y el SIGUG.
- c. La repetitividad de la situación, entre otras.

### 5.3. DESCRIPCIÓN DETALLADA

TAREA	DESCRIPCION	RESPONSABLE	PERIODO/ TIEMPO	DOCUMENTO SOPORTE	PUNTO DE CONTROL
1. Identificación de la No Conformidad	Las no conformidades detectadas o potenciales tienen origen en el servicio al usuario, la gestión de los procesos, las auditorías internas y externas, el análisis estadístico de datos, los indicadores de gestión, la administración de los riesgos y las evaluaciones de los entes de control. El personal de la entidad es quien las identifica y documenta en el formato denominado <b>Reporte de No Conformidad</b> .	El personal de la Entidad	Permanente	Reporte de No Conformidad	
2. Registro de la No conformidad	Una vez diligenciado el formato es remitido al líder de proceso, jefe de dependencia o al líder del proceso de Sistema Integrado de Gestión para determinar la necesidad de realizar una corrección o implementar una acción de correctiva o preventiva.	Personal de la Entidad	Cuando se identifiquen no conformidades	Reporte de No Conformidad	X
3. Análisis de las causas	El líder del proceso o jefe de dependencia en la cual se identificó la No Conformidad convoca a las personas involucradas para identificar, analizar y evaluar las causas aplicando los métodos de análisis pertinentes (5 ¿Por qué?, Diagrama causa-efecto, etc.) con el fin de encontrar la causa raíz y definir las acciones a implementar en el formato de <b>Acciones de Mejora y Correctivas</b> . Se sugiere tener en cuenta el análisis de la trazabilidad (reconstrucción histórica) realizada al servicio donde se identificó la no conformidad real o potencial y la retroalimentación del personal que interviene en el proceso efectuando la clasificación de las causas principales.	El líder del proceso o Jefe de dependencia	Cuando se identifiquen No conformidades	Registro de Acciones de Mejora y Correctivas	X
4. Definición de acciones, e indicadores de eficacia	Después de determinar la(s) causa(s) de la No conformidad, el funcionario o equipo designado define un objetivo de mejora y la acción o conjunto de acciones a implementar para dar tratamiento a la no conformidad, propone el (los) responsable de ejecución, la fecha límite propuesta de implementación. Esto debe quedar registrado en el Formato <b>Acciones de Mejora y Correctivas</b> . Se sugiere establecer los indicadores mediante los cuales se comprobará que las acciones implementadas sean eficaces. Luego se le socializa al líder de proceso afectado con el fin de que se gestionen los recursos requeridos y se proceda a la implementación. Además, el líder evalúa si las causas identificadas son adecuadas a la situación, si las acciones definidas están dirigidas a las causas identificadas y si el indicador es adecuado para medir el cumplimiento del objetivo de mejora. De igual manera planea las fechas de seguimiento al cumplimiento de las acciones establecidas y las concierta con el líder del proceso de Sistema Integrado de Gestión.	Funcionario o equipo de mejora designado. El líder del proceso o de dependencia	Cuando se identifiquen No Conformidades	Acciones de Mejora y Correctivas	X
5. Implementación	La dependencia o proceso responsable implementa las Acciones de Mejora, Correctivas o Preventivas propuestas y registra los resultados obtenidos para que se autorice el cierre.	Responsable por las Acciones de Mejora y Correctivas	Según el cronograma	Acciones de Mejora y Correctivas	
6. Seguimiento	El líder de Sistema Integrado de Gestión autoriza los seguimientos en las fechas programadas para verificar el	Líder de Sistema Integrado de Gestión	Según el cronograma	Acciones de Mejora y	X



TAREA	DESCRIPCION	RESPONSABLE	PERIODO/ TIEMPO	DOCUMENTO SOPORTE	PUNTO DE CONTROL
	cumplimiento hasta el cierre de las acciones.			Correctivas	
7. Cierre	Si al realizar el seguimiento, se verifica el cumplimiento de las acciones planeadas y su eficacia a través del indicador o posteriores revisiones, el líder del proceso involucrado oficializa el cierre con su firma y luego actualiza el formato <b>Estado de las acciones de mejora.</b>	Líder de proceso y líder de Sistema Integrado de Gestión	Cuando se identifiquen	Acciones de Mejora y Correctivas	X

COPIA NO CONTROLADA

### 6. AUTORIDAD

El líder del proceso de Sistema Integrado de Gestión tiene la autoridad para tomar decisiones relativas a la implementación de acciones correctivas y preventivas y la responsabilidad de verificar el cumplimiento de este procedimiento y de coordinar el seguimiento a las acciones de mejora, correctivas o preventivas que sean implementadas.

Los líderes de proceso, jefes de dependencia o directores tienen autoridad para decidir la toma de acciones de Mejora, Correctivas. Todo el personal es responsable de la identificación de No Conformidades y de la aplicación de este procedimiento cuando se identifiquen no conformidades en su área.

Es responsabilidad de todo el personal de la Universidad de La Guajira, tanto en la sede central como en las extensiones y donde quiera que la universidad preste un servicio, la correcta aplicación de este procedimiento.

### 7. FORMATOS

Reporte de no conformidad  
Acciones de mejora y correctivas  
Tratamiento del producto o servicio no conforme  
Estado de las acciones de mejora

COPIA NO CONTROLADA