

<b>1. Objetivo:</b>	Describir las actividades para establecer los criterios y disposiciones para la implementación de acciones correctivas, administración para la gestión de los riesgos y planes de mejora, a partir de las necesidades detectadas en todas las fuentes de información consideradas, y de cuyo análisis se determina que impactan significativamente el sistema, los procesos y / o los servicios.
<b>2. Alcance:</b>	Este procedimiento inicia con la identificación de la necesidad y termina con el seguimiento a las acciones establecidas.
<b>3. Responsable:</b>	Todos los Procesos

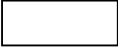
**4. Definiciones:**

NO CONFORMIDAD:	incumplimiento de un requisito establecido. Los requisitos pueden ser: los de los clientes (usuarios), los de la Entidad (INFITULUA), los legales (normatividad del Estado) y los de la NTCGP 1000:2009 e ISO – NTC 9001:2015)
CORRECCIÓN:	Acción tomada para eliminar el efecto de una no conformidad detectada. Una corrección puede realizarse junto con una acción correctiva. La corrección también suele llamarse inmediata o "apaga incendio".
ACCIÓN CORRECTIVA:	Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable. Incumplimiento de un requisito asociado a un uso previsto o especificado.
ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO:	Definición de estrategias que a partir de los recursos (físicos, humanos y financieros) busca, en el corto plazo minimizar las pérdidas ocasionadas por la ocurrencia de dichos riesgos y, en el largo plazo, cumplir con la misión y visión asignada.
ACCIÓN DE MEJORA:	Conjunto de acciones tomadas para optimizar o mejorar una situación existente con el propósito de obtener beneficios internos y externos. Estas acciones también son conocidas como planes de mejora, proyectos de mejora o planes estratégicos de mejora.
MAPA DE RIESGOS:	Es una herramienta que se utiliza para administrar las situaciones que pueden ocasionar riesgos y que obstaculicen el normal desarrollo de la entidad.
PLAN ESTRATEGICO O DE DESARROLLO:	Es un proceso social continuo, permanente y sostenible orientado a la identificación de una serie de objetivos, estrategias, metas, procedimientos y recursos disponibles, que respondan a los propósitos de progreso y bienestar identificados en un momento dado por la sociedad.
CONTROL INTERNO:	La Oficina de Control Interno es el control de controles en INFITULUA, pues mediante su función evaluadora establece la efectividad del sistema de Control Interno de la entidad, lo que permite proponer a la dirección las recomendaciones y correctivos que permitan el cumplimiento de las metas y objetivos de la entidad.
EFICACIA:	Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados. La medición de la eficacia es la medición de los resultados.
EFICIENCIA:	Es la relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.
EFFECTIVIDAD:	Medida del impacto de la gestión.

**5. Base legal / normativa:**

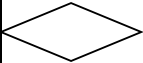
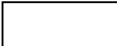
VER NORMOGRAMA

**6. Desarrollo:**

FLUJOGRAMA	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	DOCUMENTO O REGISTRO SOPORTE	RESPONSABLE		CLIENTE INTERNO O EXTERNO
				Unidad administrativa	Cargo	
	<b>1. DETECTAR PROBLEMA O DESVIACIÓN</b>	<p>El proceso de implementación de estas acciones se inicia con la detección de la situación (real, potencial, o de mejora), la cual puede identificarse a través de diferentes fuentes, como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditorías Interna de Calidad.</li> <li>• Auditorías Internas de Control Interno/Planes de Mejoramiento.</li> <li>• Resultados de la Revisión por la Dirección.</li> <li>• Gestión de los procesos.</li> <li>• Proyectos de Mejora.</li> <li>• Mapa de riesgos.</li> <li>• Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.</li> </ul>	<b>INFORMES</b>	Todas las unidades administrativas	Todos los cargos	Directores Coordinador de calidad

<input type="text"/>	<b>2. IDENTIFICAR LA SITUACIÓN REAL O POTENCIAL</b>	<p>Cualquier funcionario del Instituto tiene la capacidad para detectar no conformidades reales o potenciales o situaciones a mejorar, las cuales deberán ser documentadas en el formato F-401-06 REPORTE DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS O DE MEJORA comunicadas al jefe inmediato y retroalimentadas en su grupo de trabajo.</p> <p>De acuerdo al impacto o repetitividad de la no conformidad o situación a mejorar sobre el proceso o sobre el Sistema de Gestión de la Calidad, el responsable del proceso debe definir la necesidad de implementar una acción correctiva, realizar el seguimiento para la gestión del riesgo o de mejora.</p>	<b>F-401-06 REPORTE DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS O DE MEJORA</b>	Todas las unidades administrativas	Todos los cargos	Directores Coordinador de calidad
<input type="text"/>	<b>3. IDENTIFICAR CAUSA DEL PROBLEMA</b>	<p>La identificación de la causa del problema se realiza cuando se van a hacer acciones correctivas las cuales se derivan de una No conformidad real.</p> <p>Mediante el uso de la herramienta de lluvia de ideas o los 5 por qué?, se determinan las verdaderas causas del problema.</p> <p><b>LLUVIA DE IDEAS:</b> La lluvia de ideas es una técnica para generar muchas ideas en grupo. Con la utilización de la lluvia de ideas se alcanzan nuevas ideas y soluciones creativas e innovadoras, rompiendo paradigmas establecidos. El clima de participación y motivación generado por la lluvia de ideas asegura mayor calidad en las decisiones tomadas por el grupo, más compromiso con la actividad y un sentimiento de responsabilidad compartido por todos.</p> <p><b>5 POR QUÉ'S?:</b> Es una técnica que se utiliza como herramienta en la fase de análisis de causas, correspondiente a los planes de solución de no conformidades, riesgos o situación de mejora, y que tiene su fundamento en realizar la pregunta "por qué?, por qué?, por qué?" varias veces. Hasta que se obtenga la respuesta adecuada a la no conformidad, riesgo o situación de mejora planteada.</p> <p>El sistema no indica que solamente se han de efectuar 5 preguntas, sino que el No.5, representa la filosofía del sistema, esto es, no parar de hacer preguntas hasta encontrar la solución.</p>	<b>F-401-06 REPORTE DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS, GESTIÓN DE RIESGOS O DE MEJORA</b>	Todas las unidades administrativas	Todos los cargos	Directores Coordinador de calidad
	<b>4. ANALIZAR ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA</b>	<p>Los responsables de la No conformidad se reuniran con el fin de realizar el análisis de causas.</p> <p>Una vez definidas y agrupadas las causas, se procede a plantear las posibles soluciones o actividades de mejora.</p>	<b>F-401-06 REPORTE DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS, GESTIÓN DE RIESGOS O DE MEJORA</b>	Todas las unidades administrativas	Todos los cargos	Coordinador de Calidad

<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 10px auto;"></div>	<p><b>5. DOCUMENTAR EN EL FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO</b></p>	<p>El propósito es implementar las mejores soluciones, mediante la definición y documentación del plan de mejoramiento.</p> <p>Una vez detectada la no conformidad o situación a mejorar, la elaboración de los planes de mejoramiento debe realizarse de forma inmediata o dependiendo de los tiempos establecidos en procedimientos particulares como son: auditorías integrales.</p> <p>La magnitud de las acciones a emprender debe ser proporcional a la importancia de las situaciones o no conformidades que eliminan, previenen o mejoran la situación actual. Es decir que las acciones que se planteen deben eliminar, prevenir o solucionar realmente las causas analizadas.</p>	<p><b>F-401-06 REPORTE DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS, GESTIÓN DE RIESGOS O DE MEJORA</b></p>	<p>Lider del Proceso</p>	<p>Nivel directivo</p>	<p>Coordinador de calidad Control Interno Entes auditores</p>
<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 10px auto;"></div>	<p><b>6. REALIZAR SEGUIMIENTO</b></p>	<p>Los responsables del proceso están comprometidos en el seguimiento permanente a las acciones planteadas. Para poder efectuar este seguimiento, cada lider del proceso debe realizar retroalimentación de las no conformidades, situaciones de mejora y acciones planteadas en las reuniones con su grupo de trabajo.</p> <p>Los auditores externos así como el Coordinador de Calidad coordinarán las actividades de seguimiento puntuales a cada acción planteada distribuida por proceso. Igualmente el seguimiento a las acciones será distribuido entre los auditores de acuerdo a las diferentes fuentes por las cuales se pueden identificar no conformidades, riesgos o situaciones a mejorar. Esta distribución estará a cargo del Auditor Líder y se realizará de acuerdo al desempeño del grupo auditor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditorias Internas de Calidad</li> <li>• Auditorias Internas de Control Interno/planes de mejoramiento</li> <li>• Resultados de Revisión por la Dirección</li> <li>• Gestión de los procesos</li> <li>• Proyectos de mejora</li> <li>• Mapa de riesgos</li> <li>• Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.</li> </ul> <p>La Dirección de Control Interno es la encargada de realizar el seguimiento a las auditorias internas de control interno, planes de mejoramiento y mapas de riesgos los cuales quedaran documentados en el formato F-201-07, Plan de mejoramiento.</p>	<p><b>F-201-07 PLAN DE MEJORAMIENTO</b></p>	<p>COMITÉ TÉCNICO DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN  RESPONSABLE DEL PROCESO</p>	<p>Integrantes</p>	<p>Director Financiero y Administrativo</p>

		<p>Quien realice el seguimiento debe comprobar la implementación de las acciones previstas y verificar la efectividad de las mismas en la gestión del proceso y/o Sistema Integral de Gestión. Los resultados del seguimiento deben quedar registrados en el formato F-201-07 PLAN DE MEJORAMIENTO, en términos de eficacia, eficiencia y efectividad.</p> <p>A partir de los resultados de dicho seguimiento, se puede determinar el estado de cada una de las acciones planteadas.</p> <p>Los auditores internos deben reportar el estado de las acciones al Auditor Líder, con el fin de alimentar la "Base de datos de acciones correctivas, preventivas y de mejora"</p>				
	<b>7. VERIFICAR EFICACIA DE LA ACCIÓN</b>	<p>Si los resultados obtenidos no son satisfactorios, es decir no logran el impacto deseado (efectivos), se regresa a la fase de análisis, para replantear las causas o tiempos y ajustar de ser necesario los planes de acción. El tiempo requerido de seguimiento para comprobar la eficacia de las acciones correctivas, preventivas y de mejora dependerá de la situación presentada.</p>	<b>F-401-06 REPORTE DE NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS, GESTIÓN DE RIESGOS O DE MEJORA</b>	Dirección Administrativa y Financiera	<p>Director administrativo y Financiero</p> <p>Coordinador de Calidad</p>	<p>Lider del proceso</p> <p>Revisión por la dirección</p>
	<b>8. EFECTUAR REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>	<p>Cada año, el Coordinador de Calidad realizará un consolidado para retroalimentar al Gerente General, en el cual dejará evidencia clasificada de las no conformidades por proceso, el número de planes de acción, las acciones que a la fecha estén abiertas o cerradas, y la efectividad de las acciones que así lo demuestren, información que será obtenida de la "Base de datos de la gestión de riesgos, acciones correctivas, y de mejora".</p> <p>Para la revisión por la dirección efectuada por el Gerente del Instituto, se debe presentar un informe consolidado de la misma información anteriormente citada con el fin de que se pueda determinar también con esta fuente el desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad.</p> <p><i>Ver procedimiento de Revisión por la Dirección</i></p>	<b>ACTA DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>	Dirección Administrativa y Financiera	Coordinador de calidad	Gerente General
<b>ELABORÓ</b>					<b>APROBÓ</b>	
LIDER DEL PROCESO					GERENTE GENERAL	