 <p>1827 ¡Siempre a la altura de los tiempos!</p>	UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	CÓDIGO: MP-GQ-003
	DIVISIÓN DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	VERSIÓN: 01
	MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS	PÁGINA: 1

1. OBJETIVO

Evaluar, ejecutar, hacer seguimiento, verificar y cerrar las acciones preventivas o correctivas a no conformidades potenciales y/o reales emprendidas como resultado de los hallazgos reportados por: quejas de los usuarios, ejecución de los procesos, revisiones por la dirección, resultados de indicadores, servicios o productos no conformes, las auditorías internas, y todas aquellas no conformidades que se puedan generar en el Sistema de Gestión de Calidad de la Universidad de Cartagena, e identificar las causas reales de no conformidades, con el fin de darles el tratamiento adecuado mediante un plan de acción que permita el mejoramiento continuo del sistema.

2. ALCANCE

Este procedimiento para todos los procesos del SGC de la Universidad de Cartagena y cubre desde la detección o identificación del incumplimiento de un requisito (real o potencial) hasta que se determina el cierre eficaz de la acción preventiva o correctiva. Este documento debe ser aplicado por todos los involucrados en determinar y dar solución a las no conformidades y observaciones presentadas.

3. RESPONSABLE

El Jefe de la División de Calidad y Mejoramiento Institucional es el responsable de que este procedimiento se cumpla y de asegurar el entrenamiento del personal en el entendimiento e implementación del mismo para que se aplique correctamente.


4. DEFINICIONES

4.1 Acción preventiva. Es una acción tomada para eliminar las causas potenciales de una no conformidad, defecto o situación no deseable de un proceso o servicio con el propósito de evitar su ocurrencia.

4.2 Acción Correctiva. Acción tomada para eliminar la causa de una No - Conformidad detectada u otra situación indeseable.

4.3 Corrección. Acción **inmediata** tomada para eliminar una no conformidad detectada. (La corrección elimina el **efecto** de la no conformidad, más no su causa raíz).

4.4 Comité de Mejora o grupo de mejoramiento continuo (Grupo MC). Es el grupo de personas que se reúnen periódicamente con el objeto de analizar situaciones específicas y resolverlas determinando las causas potenciales y los efectos de la misma, con el fin de poderlas prevenir, para ello crea planes de acción que aportan al mejoramiento del Sistema de Gestión de Calidad.

 <p>1827 ¡Siempre a la altura de los tiempos!</p>	UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	CÓDIGO: MP-GQ-003
	DIVISIÓN DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	VERSIÓN: 01
	MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS	PÁGINA: 2

4.5 Cliente o Usuario/beneficiario. Organización, entidad o persona que recibe un producto y/o servicio.

4.6 Falla. Desviación de lo esperado.

4.7 Hallazgo. Resultado de la comparación de los criterios (Procedimientos, instructivos, etc.) frente a las evidencias (Registros).

4.8 No conformidad: Incumplimiento de un requisito. (Para eliminar una no conformidad puede ser necesario implementar una corrección y dependiendo del impacto se puede requerir de implementar una acción correctiva).

4.9 Plan de Acción. Elección de las actividades más adecuadas para realizar una acción preventiva. El plan de acción se compone de un cronograma en el cual se señalan los responsables en las áreas de posible afectación, fecha máxima de ejecución, las observaciones y recursos necesarios entre otros, junto con su seguimiento.

4.10 Problema. Consecuencia de una falla aún sin ocurrir.

4.11 Queja o Reclamo: Expresión de insatisfacción hecha a una organización, con respecto a sus productos o al propio proceso del tratamiento de las quejas donde se espera una respuesta o resolución explícita o implícita.

4.12 Responsabilidad. Derecho natural u otorgado a un individuo en función de su competencia para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho.

4.13 Requisito. Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.


4.11 Sistema. Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan con el fin de lograr un propósito.

4.14 Sistema de Gestión de Calidad. Herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades. Está enmarcado en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades.

5. CONTENIDO DEL DOCUMENTO

5.1 GENERALIDADES

5.1.1 Todo reporte de no conformidad en sus respectivos registros (ej. de: Auditoria, servicio/producto no conforme, quejas de clientes, etc.) que haya ameritado una acción correctiva debe ser analizado y sometido a estudio por el Jefe de la División de Calidad y Mejoramiento Institucional junto con el Rector y responsables implicados en el mismo, quienes deben definir las acciones preventivas o correctivas a tomar.

 <p>1827 ¡Siempre a la altura de los tiempos!</p>	UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	CÓDIGO: MP-GQ-003
	DIVISIÓN DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	VERSIÓN: 01
	MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS	PÁGINA: 3

5.1.2 El Jefe de la División de Calidad y Mejoramiento Institucional es quien define las prioridades en el evento de presentarse varias no conformidades a la vez, teniendo en cuenta el grado afectación y los recursos disponibles.

5.1.3 Las acciones preventivas y correctivas se consideran como herramientas fundamentales para propiciar el mejoramiento de los procesos que están asociados con el Sistema de Gestión de Calidad.

5.1.4 Se debe tener claro que en caso de que existan varias no conformidades que requieran acciones preventivas o correctivas, su aplicación está supeditada a la prioridad que se establezca, dependiendo del grado de afectación al usuario, de los recursos disponibles, entre otros; Esta prioridad la define el Jefe de la División de Calidad y Mejoramiento Institucional y/o el Rector.

5.1.5 El plazo para el cumplimiento de una acción preventiva o correctiva será de acuerdo a la naturaleza de la no conformidad; en caso contrario de requerirse un mayor plazo debe ser justificado. En cualquier caso este plazo debe quedar claramente registrado en el plan de acción (Formato de acciones de mejoramiento-FO-GQ-006).

5.1.6 El responsable de la ejecución de la acción preventiva o correctiva debe liderar y realizar el seguimiento hasta que esta acción implementada sea efectiva, a la vez el Jefe de la División de Calidad debe realizar seguimiento de acuerdo al plan de seguimiento para verificar que la acción fue eficaz y proceder a cerrar la acción.

5.1.7 Toda acción preventiva o correctiva ejecutada se registra en el formato de acciones de mejoramiento.


5.1.8 Toda acción preventiva o correctiva que se determine debe ser de un grado adecuado, o proporcional, a la magnitud de la no conformidad, y a los riesgos identificados.

5.1.9 El responsable de la ejecución de la acción preventiva o correctiva debe liderar y realizar el seguimiento hasta que esta acción implementada sea efectiva.

5.1.10 El Rector es quien asigna los recursos necesarios para la ejecución de las acciones preventivas o correctivas, y el Jefe de la División de Calidad y Mejoramiento Institucional realiza el seguimiento del cumplimiento y efectividad en la ejecución e implementación de estas acciones.

5.1.11 Se debe analizar si la aplicación de esas acciones preventivas o correctivas afectan o no algún procedimiento ya establecido, con el fin de llevar a cabo los cambios en dichos documentos a través de la “solicitud de actualización de documentos FO-GQ-004”, según lo establecido en el procedimiento de elaboración y control de documentos.

5.1.12 Se debe asegurar que la información pertinente sobre las acciones preventivas o correctivas definidas, se sometan a revisión por la Rectoría.

 <p>1827 ¡Siempre a la altura de los tiempos!</p>	UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	CÓDIGO: MP-GQ-003
	DIVISIÓN DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	VERSIÓN: 01
	MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS	PÁGINA: 4

5.1.13 Se debe cumplir con los parámetros de archivo de toda la documentación y registros que se generen en el desarrollo e implementación de este procedimiento de acuerdo a lo establecido en el procedimiento de “Control de Registros”.

5.1.14 Para la aplicación del presente procedimiento, este debe ser leído y comprendido en su totalidad por parte de las personas responsables de su aplicación; en caso de existir dudas, estas deben ser consultadas para su aclaración al Jefe de la División de Calidad y Mejoramiento Institucional o al Rector.

6. PROCEDIMIENTO

El flujograma del Procedimiento Acciones Preventivas y/o Correctivas Código PP-GQ-003, se encuentra en el anexo 1.

7. CONTROL DE REGISTROS

Identificación	Clasificación	Almacenamiento	Tiempo de Retención	Acceso	Disposición
Acciones de mejoramiento FO-GQ-006	Por proceso	Responsable: Jefe de la División de Calidad y Mejoramiento Institucional Lugar: Archivador, carpeta Sistema de Gestión de Calidad, Acciones de mejora. Medio: Físico.	3 años	Toda la organización	Eliminar (destruir el documento)
Plan de Mejoramiento para No Conformidades y Observaciones FO-GQ-007	Por ciclo de auditoría	Responsable: Jefe de la División de Calidad y Mejoramiento Institucional Lugar: Carpeta Sistema de Gestión de Calidad, Acciones de mejora. Electrónico en carpeta de acciones de mejora en computador de calidad. Medio: Físico y virtual.	3 años	Toda la organización	Eliminar (Destruir el documento)

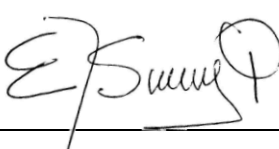
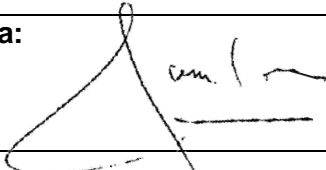
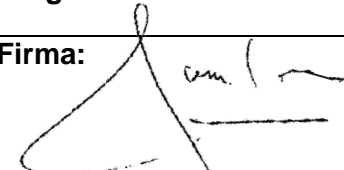
8. ANEXOS

- Anexo 1. Procedimiento Acciones Preventivas y/o Correctivas Código PP-GQ-003
- Anexo 2. Formato Acciones de Mejoramiento. Código FO-GQ-006
- Anexo 3. Formato Plan de Mejoramiento para No Conformidades y Observaciones. Código FO-GQ-007

 <p>1827 ¡Siempre a la altura de los tiempos!</p>	UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	CÓDIGO: MP-GQ-003
	DIVISIÓN DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	VERSIÓN: 01
	MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS	PÁGINA: 5

9. CONTROL DE CAMBIOS



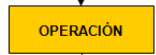

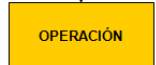



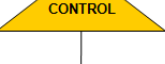
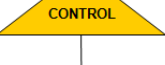

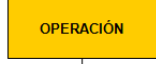

CONTROL DE CAMBIOS			
VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCION DEL CAMBIO	RESPONSABLE APROBACIÓN
00	02-08-2010 01-12-2010	-Se consolidaron los procedimientos básicos de acciones preventivas y correctivas -El formato Acciones de mejoramiento FO-GQ-006 cambió de versión; se reorganizó el contenido del formato.	Jefe División de Calidad y Mejoramiento Institucional

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Nombre: Ederlinda Sierra Puente	Nombre:	Nombre: Germán Sierra Anaya
Cargo: Jefe División de Calidad y Mejoramiento Institucional	Cargo: Comité Directivo	Cargo: Rector
Firma: 	Firma: 	Firma: 


 <p>1827 <i>¡Siempre a la altura de los tiempos!</i></p>	UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	CÓDIGO: MP-GQ-003
	DIVISIÓN DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	VERSIÓN: 01
	MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS	PÁGINA: 6

ANEXOS

ANEXO 1. Procedimiento Acciones Preventivas y/o Correctivas Código PP-GQ-003

		UNIVERSIDAD DE CARTAGENA			CÓDIGO: PP- GQ-003
		DIVISIÓN DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL			VERSIÓN: 00
		PROCEDIMIENTO			FECHA: 02-08-2010
PROCESO	Gestión de la Calidad y La Mejora		SUBPROCESO	No aplica	PROCEDIMIENTO
OBJETIVO. Evaluar, ejecutar, hacer seguimiento, verificar y cerrar las acciones preventivas o correctivas a no conformidades potenciales y/o reales emprendidas como resultado de los hallazgos reportados por: quejas de los usuarios, ejecución de los procesos, revisiones por la dirección, resultados de indicadores, servicios o productos no conformes, las auditorías internas, y todas aquellas no conformidades que se puedan generar en el Sistema de Gestión de Calidad de la Universidad de Cartagena, e identificar las causas reales de no conformidades, con el fin de darles el tratamiento adecuado mediante un plan de acción que permita el mejoramiento continuo del sistema.					
Nº	ACTIVIDAD	FLUJOGRAMA	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y REGISTROS
					
1	Identificar el hallazgo (Observación/no conformidad)		Identifica el hallazgo (Observación/no conformidad), el cual puede provenir de una queja o reclamo del usuario, de la ejecución diaria de los procesos, revisión por la dirección, comportamiento de los indicadores de gestión, auditorías internas, etc.	Funcionario, usuario/beneficiario, autoridades de control, auditores.	
2	Reportar (Observación/no conformidad)		Reporta (Observación/no conformidad). Cuando se reporte una no conformidad o una observación, el responsable de la solución debe analizar el impacto del incumplimiento y determinar si se requiere dar solución inmediata al hallazgo. Si requiere de acción inmediata ir a la actividad 3, sino ir a la actividad 4	Responsable solución a la no conformidad/observación	
3	Corregir (Observación/no conformidad)		Corrige (Observación/no conformidad). Cuando se requiere dar solución inmediata a una no conformidad se deben aplicar las disposiciones del procedimiento PP-GQ-005 Servicio/producto no conforme o cuando la no conformidad proviene de una queja o reclamo deben tenerse en cuenta las disposiciones del procedimiento de quejas y reclamos	Responsable de dar solución e implementar las acciones preventivas o correctivas	
4	Abrir acción preventiva o correctiva (no conformidad/observación)		Abre acciones preventivas o correctivas en los casos que se requiera implementar, estas deben ser diligenciadas en el FO-GQ-006. Se debe tener en cuenta al abrir la no conformidad la fuente que identifica ésta. Adicionalmente, se debe relacionar el o los procesos que podrán estar relacionados en la solución	Responsable de dar solución e implementar las acciones correctivas.	Formato acciones de mejoramiento FO-GQ-006
5	Determinar la acción preventiva o correctiva		Determina la acción preventiva o correctiva que se va a abrir y se realiza un análisis de las causas que generaron la no conformidad.	Responsable del proceso en donde se abre la acción preventiva o correctiva.	Formato acciones de mejoramiento FO-GQ-006
6	Realizar plan de acción		Realiza plan de acción por causa analizada en donde se asignan responsables y fechas.	Responsable del proceso	Formato acciones de mejoramiento FO-GQ-006
7	Realizar seguimiento al plan de acción		Realiza seguimiento al plan de acción en donde se verifican las actividades ejecutadas y se registra la fecha en que se hizo el seguimiento.	Jefe de la División de Calidad y Mejoramiento Institucional. Auditor Interno	Formato acciones de mejoramiento FO-GQ-006
8	Hacer seguimiento a la acción preventiva o correctiva		Hace seguimiento a la acción preventiva o correctiva para determinar que realmente las actividades implementadas eliminen las causas de la no conformidad y consolida el seguimiento en el plan de mejoramiento para no conformidades y observaciones	Jefe de la División de Calidad y Mejoramiento Institucional. Auditor Interno	Plan de mejoramiento para no conformidades y observaciones FO-GQ-007
9	Verificar la eficacia de las acciones preventivas o correctivas implementadas		Verifica la eficacia de las acciones preventivas o correctivas implementadas. Si la acción preventiva o correctiva fue eficaz ir a la actividad 10 sino ir a la actividad 7	Jefe de la División de Calidad y Mejoramiento Institucional. Auditor Interno	
10	Cerrar la no conformidad		Cierra la no conformidad en caso que la acción preventiva o correctiva sea eficaz, si no lo es se debe solicitar una nueva acción	Jefe de la División de Calidad y Mejoramiento Institucional. Auditor Interno	
					

ANEXO 2. Formato Acciones de Mejoramiento. Código FO-GQ-006

 <p>1827 ¡Siempre a la altura de los tiempos!</p>	UNIVERSIDAD DE CARTAGENA		CÓDIGO: FO-GQ-006
	DIVISIÓN DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL		VERSIÓN: 01
	ACCIONES DE MEJORAMIENTO		FECHA: 11-09-2008
Glosario de términos			
No conformidad	Incumplimiento de un requisito		
Acción correctiva	Acciones tomadas para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable		
Acción preventiva	Acciones tomadas para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación no deseable		
Corrección	Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada		
PROCESO:			
FECHA	<input type="text"/>	HORA	<input type="text"/> AM <input type="text"/> PM ACCIÓN N° <input type="text"/>
1. FUENTE DE IDENTIFICACIÓN			
Queja, reclamo y sugerencias	<input type="checkbox"/>	Resultado indicadores	<input type="checkbox"/> Encuesta de satisfacción
Ejecución de proceso	<input type="checkbox"/>	Auditoría interna	<input type="checkbox"/> Auditoría externa
Producto no conforme	<input type="checkbox"/>	Evaluación	<input type="checkbox"/> Auto-evaluación
Revisión general por la dirección	<input type="checkbox"/>	Grupos de calidad	<input type="checkbox"/> Auditoría de evaluación
Otra	<input type="checkbox"/>	Cuál?	<input type="text"/>
2. DESCRIPCIÓN DE: NO CONFORMIDAD <input type="checkbox"/> ASPECTO POR MEJORAR <input type="checkbox"/>			
REQUIERE ACCIÓN PREVENTIVA	<input type="checkbox"/>	Si marco este espacio, vaya al <i>punto 4</i>	
REQUIERE CORRECCIÓN	<input type="checkbox"/>	Si marco este espacio, vaya al <i>punto 3</i>	
REQUIERE ACCIÓN CORRECTIVA	<input type="checkbox"/>	Si marco este espacio, vaya al <i>punto 4</i>	
3. CORRECCIÓN (Es la corrección inmediata por parte del responsable del proceso de la no conformidad)			
ACTIVIDAD		RESPONSABLE (CARGO)	FECHA
4. ANÁLISIS DE CAUSAS (Responsable del Proceso)			
5. PLAN DE ACCIÓN POR CAUSAS ANALIZADAS (Responsable del Proceso)			
ACTIVIDAD		RESPONSABLE (CARGO)	FECHA
6. APROBACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN (Responsable del Proceso)			
Firma Responsable del Proceso			
7. SEGUIMIENTO DE LA ACCIÓN POR LA DIVISIÓN DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL (Esta parte debe ser diligenciada solo por la División de Calidad y Mejoramiento Institucional)			
FECHA	ACTIVIDADES EJECUTADAS		
EFICACIA ACCIÓN			
ACCIÓN EFICAZ	SI <input type="checkbox"/>	CIERRE NO CONFORMIDAD	<input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>	SOLICITUD NUEVA ACCIÓN	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES			
RESPONSABLE VERIFICACIÓN			

