


|   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
|  | <b>PROCEDIMIENTO PARA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO CONTINUO</b> | <b>CÓDIGO:</b> C-PGC-03  |
|   |   | <b>FECHA:</b> 14/09/2022 |
|   |   | <b>VERSIÓN:</b> 13       |

## 1. PROPÓSITO

Establecer los parámetros para la aplicación de acciones correctivas y acciones para abordar los riesgos y las oportunidades, buscando identificar y eliminar las causas de las no conformidades potenciales y reales, asegurando que no ocurran nuevamente. De igual manera, establecer las actividades y los lineamientos internos para identificar e implementar acciones de mejora al interior de la organización.

## 2. ALCANCE

El procedimiento cubre desde la identificación de la no conformidad real o potencial, el análisis de causas, la definición del plan de acción y el seguimiento de la eficacia de las acciones tomadas. Adicionalmente cubre desde la identificación de la oportunidad de mejora, la definición del plan de acción y el seguimiento a la eficacia de las acciones tomadas.

## 3. DEFINICIONES

**Acción Correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

**Acciones de Mejora:** Acción que permite aumentar la capacidad y optimizar el desempeño del proceso o del SGI, cumpliendo los requisitos.

**Acción para abordar los riesgos:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable. (acción preventiva)

**Acción para abordar las oportunidades:** proyectos y acciones estratégicas de continuidad identificadas en la planeación estratégica que son identificadas en los riesgos organizacionales que sean considerados inaceptables o importantes.

**Corrección:** Es una acción para eliminar una no conformidad detectada. Una corrección ataca directamente el problema.

**No conformidad:** Incumplimiento de un requisito.

**Responsable del seguimiento de la acción:** Para las no conformidades reales identificadas en auditorías internas y otras fuentes, el responsable de la identificación de la acción es el responsable del proceso y el responsable del seguimiento de la acción es la coordinación de calidad.

**Eficiencia:** Consiste en la medición de los esfuerzos que se requieren para alcanzar los objetivos. El costo, el tiempo, el uso adecuado de factores materiales y humanos, cumplir con la calidad propuesta, constituyen elementos inherentes a la eficiencia. Los resultados más eficientes se alcanzan cuando se hace uso adecuado de estos factores, en el momento oportuno, al menor costo posible y cumpliendo con las normas de calidad requeridas.

**Eficacia:** La eficacia mide los resultados alcanzados en función de los objetivos que se han propuesto, presuponiendo que esos objetivos se mantienen alineados con la visión que se ha definido. Mayor eficacia se logra en la medida que las distintas etapas necesarias para arribar a esos objetivos, se cumplen de manera organizada y ordenada sobre la base de su prioridad e importancia.

**Grado de eficacia:** Permite establecer un criterio de evaluación con respecto a la utilización de los diversos recursos presupuestado, previstos, incluyendo el tiempo estimado de ejecución, contra los efectivamente utilizados.

|  |  |               |
|--|--|---------------|
| <b>ELABORADO POR:</b><br>COORDINADORA DE CALIDAD | <b>REVISADO Y APROBADO POR:</b><br>COORDINADORA DE CALIDAD | PÁGINA 1 DE 7 |
|--|--|---------------|



## PROCEDIMIENTO PARA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO CONTINUO

CÓDIGO: C-PGC-03

FECHA: 14/09/2022

VERSIÓN: 13


### 4. CONDICIONES GENERALES

1. El responsable del proceso debe delegar a un cargo de su equipo de trabajo para crear acciones de mejora y/o correctivas del proceso, así mismo, debe realizar la identificación, el seguimiento y el cierre de acciones previo al ejercicio de las auditorías internas de calidad y una vez se hayan generado de otras fuentes.
2. El responsable de la ejecución del plan de la acción de mejora, acción correctiva y de la acción para abordar los riesgos y las oportunidades es el responsable del proceso.
3. El análisis de causas, el plan de acción para las acciones correctivas y el seguimiento a los mismos, deberán registrarse en el formato de Registro de acción correctiva (C-F01-PGC-03).
4. Las acciones, el análisis de causas, el plan de acción y el seguimiento de las acciones para abordar los riesgos, deberán registrarse en la matriz de riesgos de acuerdo con el documento "gestión de riesgos y oportunidades – Política y Metodología", el cual se encuentra en la intranet.

#### 5. Responsabilidades

| Responsabilidades                          | Ejecuta el plan de acción definido | Verifica si el plan de acción produjo los resultados planificados | Realiza el seguimiento a la acción |
|--|------------------------------------|---|------------------------------------|
| Responsable Proceso (director/Coord. área) | X                                  | X   | X                                  |
| Equipo de Trabajo área                     | X                                  | X   |                                    |
| Coordinador de Calidad                     |                                    |   | X                                  |

6. Si el espacio del formato de Registro de acción correctiva (C-F01-PGC-03) no es suficiente para el análisis de causas, la descripción del plan de acción a ejecutar, o el seguimiento del plan, se deberá anexar un documento con esta información.
7. El método para la generación de análisis de causas es principalmente lluvia de ideas y porqué – porqué. Sin embargo, el responsable del proceso puede utilizar otros instrumentos como el método 5M (métodos, materiales, medio Ambiente, máquinas y mano de obra).
8. Cuando la aplicación de una acción correctiva esté relacionada con un cliente, se hará bajo los parámetros establecidos en el procedimiento de atención al cliente (C-PGC-07) y se registra en el formato de Registro de acción correctiva C-F01-PGC-03.
9. Las fuentes utilizadas para la implementación de acciones correctivas son:
  - a) Análisis de indicadores de gestión (ante incumplimiento de la meta en un periodo mínimo trimestral).
  - b) Evaluación de la satisfacción del cliente, (ante incumplimiento de la meta establecida)
  - c) Identificadas por el personal de la organización.
  - d) No conformidad en el proceso o en el producto.
  - e) No conformidades identificadas en auditorías de calidad.
  - f) Lecciones aprendidas (en caso de aplicar)
  - g) Quejas y reclamos de los clientes.
10. Las fuentes utilizadas para la implementación de acciones para abordar los riesgos son:
  - a) Acciones correctivas de otros procesos.
  - b) Matriz de riesgos institucionales.
  - c) Lecciones aprendidas (en caso de aplicar)
  - d) Acciones propuestas en reuniones, juntas y comités celebrados en la organización.
  - e) Análisis de indicadores de gestión donde el resultado se encuentre muy cerca de la meta esperada.
  - f) Evaluación de la satisfacción del cliente.

|   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
|  | <b>PROCEDIMIENTO PARA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO CONTINUO</b> | <b>CÓDIGO:</b> C-PGC-03  |
|   |   | <b>FECHA:</b> 14/09/2022 |
|   |   | <b>VERSIÓN:</b> 13       |

- g) Hallazgos de observación identificados en auditorías de calidad u oportunidades de mejora.
- h) Revisión por la dirección.

11. Se debe implementar una acción correctiva o una acción para abordar los riesgos cuando la no conformidad real o potencial se presente por cualquiera de las fuentes antes mencionadas.
12. La eficacia de las acciones se debe verificar por cualquier método confiable (incluidas las auditorías internas) y la evaluación puede estar asociada a eliminar las causas reales o potenciales y a desaparecer la frecuencia de aparición de una no conformidad real o potencial.
13. Si las acciones correctivas o acciones para abordar los riesgos requieren que se realicen correcciones a través de modificaciones a documentos del SIG, estas acciones seguirán lo establecido en el Procedimiento Control de Documentos C-PGC-01.
14. Durante la Revisión por la Dirección, el Coordinador de Calidad presenta un informe consolidado con las acciones correctivas y acciones para abordar los riesgos en el periodo establecido.
15. Si como resultado de la acción de mejora, una actividad requiere formalizarse en la documentación del SGC, se deberá seguir el procedimiento de control de documentos C-PGC-01. De igual manera, si la acción de mejora a implementar requiere presupuesto, deberá seguir el procedimiento de compras C-PCP-01

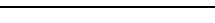
**LAS CORRECCIONES ATACAN LA NO CONFORMIDAD, MIENTRAS QUE LAS ACCIONES CORRECTIVAS ATACAN LA CAUSA DE LA NO CONFORMIDAD. UNA CORRECCIÓN NO EVITA QUE EL PROBLEMA SE VUELVA A REPRODUCIR, LO CUAL ES EL OBJETIVO DE LA ACCIÓN CORRECTIVA.**

## **5. PROCEDIMIENTO GENERAL**

### **5.1 IDENTIFICACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS**

1. Se inicia con la identificación de una no conformidad real o potencial por parte del responsable del proceso, a través del registro de la no conformidad real en el formato de Registro de Acción correctiva (C-F01-PGC-03) o no conformidad potencial en la matriz de riesgos.
2. El responsable del proceso procede a realizar el análisis de causas, identificando a través de los métodos (porque - porque, lluvia de ideas, 5M, enfoque basado en riesgos) las causas por las cuales se genera la acción correctiva real o potencial.
3. El responsable del proceso debe definir el plan de acción donde, en primera instancia, identifica las **correcciones** y en segunda instancia, las **acciones correctivas** para evitar que se vuelva a presentar la situación. Se debe evaluar la implementación y seguimiento de la acción correctiva o acción para abordar los riesgos, de acuerdo con el impacto y recurrencia de la misma.
4. El responsable del proceso debe definir como parte de los correctivos o acciones, entre otras las siguientes:
  - a) Modificación de procedimientos, formatos y documentos del Sistema de gestión,
  - b) Un reposo, reclasificación o eliminación
  - c) Completar o generar registros, recoger firmas, etc.
5. El responsable del proceso debe ejecutar el plan de acción definido dentro del plazo establecido para tal fin y debe definir actividades que logren minimizar o evitar que se vuelva a presentar la no conformidad.
6. El responsable del proceso procede a verificar la ejecución del plan de acción en los plazos establecidos registrando el seguimiento en el formato de Registro de Acción preventiva o correctiva (C-F01-PGC-03) o en un documento anexo al mismo.

|  |  |               |
|--|--|---------------|
| <b>ELABORADO POR:</b><br>COORDINADORA DE CALIDAD | <b>REVISADO Y APROBADO POR:</b><br>COORDINADORA DE CALIDAD | PÁGINA 3 DE 7 |
|--|--|---------------|

|   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
|  | <b>PROCEDIMIENTO PARA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO CONTINUO</b> | <b>CÓDIGO:</b> C-PGC-03  |
|   |   | <b>FECHA:</b> 14/09/2022 |
|   |   | <b>VERSIÓN:</b> 13       |

7. El responsable del proceso debe verificar si el plan de acción produjo los resultados esperados, logrando evaluar el grado de eficacia presentado. El **grado de eficacia** se define de acuerdo con los siguientes criterios:

**Alta:** Las actividades realizadas alcanzan los resultados planificados.

**Media:** Las actividades realizadas alcanzan los resultados planificados, pero se utilizan actividades, recursos o tiempo adicional al previsto.


**Baja:** Las actividades realizadas no alcanzan los resultados planificados.

8. Si el plan de acción produjo los resultados esperados, es decir, la causa de la no conformidad real fue eliminada, el responsable del proceso cierra la acción generada indicando el nombre del responsable del proceso y la fecha de cierre. Para los planes de acción generados en la matriz de riesgos se aplica de acuerdo con el documento “gestión de riesgos y oportunidades – Política y Metodología”, el cual se encuentra en la intranet.
9. Si después de realizado el seguimiento al plan de acción se detecta que no se produjo el resultado planificado (grado de eficacia bajo), el responsable del proceso procede a:
- Cerrar la acción, justificando los motivos del no desarrollo del plan de acción. Los motivos pueden estar relacionados con recursos o presupuesto.
  - Realizar nuevamente el análisis de causas y la definición del plan de acción, repitiendo el procedimiento desde el numeral 4.
  - Crear una nueva acción que genere los resultados esperados, haciendo el registro en el formato de Registro de Acción correctiva (C-F01-PGC-03).

## 5.2. IDENTIFICACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA

- El procedimiento inicia cuando el responsable del Proceso establece una acción de mejora derivada principalmente de:
  - Requerimientos del comité de Presidencia.
  - Reuniones de la revisión por la dirección.
  - La dinámica y cambios internos de la organización.
- La Coordinación de Calidad o el responsable del proceso identifica una oportunidad de mejora y procede a :
  - Analizar la oportunidad de mejora y establecer el objetivo de la implementación de la acción de mejora.
  - Estudiar las actividades necesarias para la implementación.
  - Determinar los responsables que inciden en cada una de las actividades a implementar.
  - Definir el costo de la implementación, si se encuentra dentro de lo presupuestado o, en cambio no necesite de presupuesto para su puesta de desarrollo y ejecución.
  - Determinar el periodo de tiempo de ejecución de la actividad.
- El responsable del proceso procede a registrar la acción en el formato Registro de acción mejora (P-F01-PGC-08) y comunicarlo a su respectivo equipo de trabajo.
- El responsable del proceso procede a realizar la implementación de la acción de mejora, de acuerdo con las fechas establecidas, verificando que las metas establecidas midan la eficacia de la acción propuesta.
- El responsable del proceso debe evaluar si el plan de acción produjo los resultados esperados con base en las metas definidas, logrando verificar el grado de eficacia. Los resultados de cada actividad del plan de acción son registrados en el formato Registro de acción mejora, en su casilla Seguimiento.

|  |  |               |
|--|--|---------------|
| <b>ELABORADO POR:</b><br>COORDINADORA DE CALIDAD | <b>REVISADO Y APROBADO POR:</b><br>COORDINADORA DE CALIDAD | PÁGINA 4 DE 7 |
|--|--|---------------|

|   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
|  | <b>PROCEDIMIENTO PARA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO CONTINUO</b> | <b>CÓDIGO:</b> C-PGC-03  |
|   |   | <b>FECHA:</b> 14/09/2022 |
|   |   | <b>VERSIÓN:</b> 13       |

6. El grado de eficacia se define de acuerdo con los siguientes criterios:

**Alta:** Las actividades realizadas alcanzan los resultados planificados.

**Media:** Las actividades realizadas alcanzan los resultados planificados, pero se utilizan actividades, recursos o tiempo adicional al previsto.

**Baja:** Las actividades realizadas no alcanzan los resultados planificados.

## 6. SEGUIMIENTO

7. El responsable del proceso debe realizar la presentación de la acción, seguimiento y el estado de las acciones de mejora, correctivas generadas y/o acciones para abordar los riesgos, en las sesiones de Revisión por la Dirección realizadas ante la Presidente Ejecutiva.

8. El Coordinador de Calidad debe verificar que se encuentre la acción de mejora, acción correctiva y/o acciones para abordar los riesgos debidamente registrada, con seguimiento y/o cerrada (cuando aplique).

## 7. ARCHIVO

Las acciones de correctivas y preventivas son guardadas en el servidor, en la carpeta magnética compartida, en el Servidor **Red\Archivos\SCC\Registros Acciones Correctivas/**.

La matriz de riesgos, donde se consolidan las acciones para abordar los riesgos son guardadas en el servidor, en la carpeta magnética compartida, en el Servidor **Red\Archivos\SCP\Riesgos/**.

Las acciones de mejora son guardadas en el servidor, en la carpeta magnética compartida, en el servidor **Red\Archivos\SCP\Registros Acciones Mejora/** en la subcarpeta del proceso implicado.

## 8. ANEXOS

Formato de Registro de Acción correctiva (C-F01-PGC-03)

Formato de Registro de acción mejora (C-F02-PGC-03)

Anexo 1 Diligenciamiento del formato de registro de acción preventiva o correctiva

## 9. HISTORIAL DE CAMBIOS

| Versión | Descripción  | Fecha emisión |
|---------|--|---------------|
| 13      | Se realizan las siguientes modificaciones: 1) Se integra el procedimiento de Implementación de acciones de mejora con el procedimiento de Implementación de acciones correctivas, 2) Se elimina el código C-PGC-08 correspondiente al procedimiento y 3) se cambia el código C-F01-PGC-08 correspondiente al formato de registro de acción de mejora por el código C-F02-PGC-03.   | 14/09/2022    |
| 12      | Se realizan las siguientes modificaciones: 1) Se actualiza el formato de registro de acción preventiva o correctiva a solo acción correctiva, 2) se cambia en el procedimiento las acciones preventivas por acciones para abordar los riesgos y se adaptan las actividades de acuerdo con el manejo de estas acciones, 3) se incorpora la Metodología de riesgos y la matriz de riesgos donde se relacionan las acciones para abordar los riesgos, 4) se actualiza el anexo 1 de acuerdo con los ajustes al formato establecido. | 25/11/2020    |
| 11      | Se realizan las siguientes modificaciones: 1) Se incluye la matriz de riesgos institucionales como fuentes de las acciones preventivas, 2) Se incluye aclaración que las acciones preventivas generadas de la gestión de los riesgos y priorizados de acuerdo con el documento Políticas y metodología Gestión de Riesgos se gestionan en la matriz de riesgos del año vigente.  | 12/01/2018    |





## PROCEDIMIENTO PARA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO CONTINUO

**CÓDIGO:** C-PGC-03

**FECHA:** 14/09/2022

**VERSIÓN:** 13

| Versión | Descripción  | Fecha emisión |
|---------|--|---------------|
| 10      | Se incluye la actividad de delegación en un cargo de un equipo de trabajo para crear acciones correctivas o preventivas. Se aclara la responsabilidad de la ejecución del plan de acción por el responsable del proceso y la verificación si produjo los resultados planificados. Se modifica la ubicación de la carpeta magnética para el registro de las acciones y se ajusta el nombre de acuerdo con las series documentales del manual de gestión documental.   | 26/08/2016    |
| 9       | Dadas las observaciones del auditor externo se modifica la forma de medición de la eficacia de las acciones.   | 01/07/2014    |
| 8       | Se crea el ítem 6. Diligenciamiento del formato identificándose el registro de cada campo y se elimina el diagrama de flujo.   | 05/06/2013    |
| 7       | Se incluye la definición "Corrección". Se aclara que en el formato de registro de las acciones correctivas se identifican <b>correcciones</b> (acciones inmediatas), en el procedimiento se presentan ejemplos aplicados a la organización. Se aclara la diferencia entre acciones correctivas y correcciones.<br><br>Se aclara en condiciones generales que "El método para la generación de análisis de causas es principalmente lluvia de ideas. Sin embargo, el responsable del proceso puede utilizar porqué – porqué y el Método que comprende 6M (mediciones, materiales, medio Ambiente, métodos, máquinas y mano de obra)"  | 10/02/2012    |
| 6       | Se aclara en el ítem 8, los criterios con los cuales se define el grado de eficacia identificado en el formato de Registro de Acción preventiva o correctiva. Se modifica los ítems No. 9 y 10 relacionados con acciones que no generaron el resultado esperado, o que las actividades tienen un grado de eficacia medio y bajo. Se crea el ítem 11 relacionado con el seguimiento a cada acción correctiva o preventiva.  | 20/10/2010    |
| 5       | Se ajustan los ítems "Condiciones Generales" y "Procedimiento" dadas las adiciones de la norma ISO 9001:2008.  | 22/07/2009    |
| 4       | Se modificó el procedimiento como una acción preventiva de acuerdo con las observaciones generadas de la auditoría externa.  | 22/05/2007    |
| 3       | Se modificó Asistente de Calidad por Coordinador de Calidad  | 30/05/2006    |
| 2       | Se Revisó el procedimiento para cumplir con el vocabulario de la Norma ISO 9000. Se Definió que el responsable del seguimiento para acciones generadas por otras fuentes es el responsable del proceso. Se estableció que todas las acciones derivadas del proceso deberán ser archivadas en una única carpeta destinada para tal fin, siendo separadas por procedimientos. Se estableció que el informe sobre el estado de las acciones se hará semestralmente. Se incluyó la numeración de las acciones por proceso. Se estableció que solo se tendrá una copia de las acciones que manejará el responsable de cada proceso. Se estableció que para el informe semestral el coordinador de calidad deberá reunir la información de todos los procesos. Se eliminó que el responsable del proceso entregue a calidad en formato de Registro de Acción preventiva o correctiva (C-F01-PGC-03) con los anexos correspondientes. Se eliminó que la definición del plan de acción se haga en compañía de calidad. | 22/09/2005    |
| 1       | Ajuste del procedimiento de acuerdo con la norma ISO 9001:2000   | 25/05/2004    |
| 0       | Creación del documento   | 19/12/2003    |



## PROCEDIMIENTO PARA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO CONTINUO

CÓDIGO: C-PGC-03

FECHA: 14/09/2022

VERSIÓN: 13

### ANEXO No. 1

#### DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE REGISTRO DE ACCIÓN PREVENTIVA O CORRECTIVA

| Nombre del campo                                   | Descripción   |
|--|---|
| Reportado Por                                      | Nombre del funcionario que reporta una acción   |
| Cargo  | Cargo del funcionario que reporta una acción.   |
| Fecha Registro                                     | Fecha del registro de la acción que fue reportada.  |
| Tipo de Acción                                     | Se marca si es acción correctiva o acción preventiva.   |
| Proceso  | Nombre del proceso que incide la acción correctiva o preventiva.  |
| Responsable del Proceso                            | Nombre del funcionario responsable del proceso.   |
| Descripción de la no conformidad real o potencial  | Identificación detallada de la no conformidad real o potencial.<br>Se debe describir el Que, Cómo, Cuando, Donde, Por qué. Adicionalmente, se debe describir el ítem de la norma que afecta la acción.<br>Si es potencial se indica "Con el fin de evitar...", "con el fin de minimizar...".    |
| Análisis de causas                                 | Se describen las causas que generan la no conformidad. El análisis se puede realizar bajo el método porqué-porqué, lluvia de ideas y 5M: <b>M</b> étodo (procedimientos, especificaciones), <b>M</b> ano de Obra, <b>M</b> edición, <b>M</b> oneda, <b>M</b> ateriales (políticas, regulación). |
| Resultados esperados                               | Se identifican los posibles resultados esperados.   |
| <b>Definición y seguimiento del plan de acción</b> |   |
| Fecha de inicio                                    | Fecha de inicio de las acciones a desarrollar.  |
| Fecha de finalización                              | Fecha estimada de finalización de las acciones a desarrollar.   |
| Acciones a desarrollar                             | Se identifica c/u de las acciones enfocadas a minimizar la no conformidad.  |
| Corrección / Correctiva                            | Se identifica de cada acción si es una corrección o una acción correctiva.<br>Las correcciones son acciones inmediatas Ej: tomar firmas, llenar el registro, solicitar documentos. Para una acción preventiva, este campo No aplica.  |
| Fecha Seguimiento                                  | Fecha que finaliza la acción definida e inicia su seguimiento por parte del responsable del proceso o del coordinador de calidad.   |
| Responsable de la acción                           | Persona de la organización que debe realizar la acción definida.  |
| Seguimiento a las acciones definidas               | Descripción detallada de los resultados de las acciones desarrolladas, presentando si con las acciones definidas se minimiza la no conformidad.   |
| Grado de eficacia                                  | Se identifica si el plan de acción realizado después del seguimiento fue Altamente eficaz, Medianamente eficaz o de Eficacia Baja.  |
| Firma cierre de la acción                          | Nombre del responsable del proceso.   |
| Fecha de cierre                                    | Fecha de cierre de la acción correctiva o preventiva, dada la medición de todas las acciones definidas en el plan de acción.  |