	<b>PROCESO CONTROL DE GESTION</b>	CODIGO:CG-P-05
		VERSIÓN: 5
	<b>PROCEDIMIENTO DE ACCIONES DE MEJORA</b>	FECHA:15/05/2015 Pág.: 1 de 5

## 1. OBJETO

Asegurar que se investiguen las no conformidades reales, potenciales, incidentes u oportunidades de mejora detectadas en el Sistema Integral de Gestión de CORPOGUAJIRA, con el propósito de establecer las Acciones Correctivas, Preventivas o de Mejora necesarias que eliminen las causas de las No Conformidades, permitan la mejora continua del sistema, sean apropiadas a la magnitud, proporcional con el impacto ambiental y los riesgos de seguridad y salud ocupacional encontrados, además de establecer el seguimiento al cumplimiento de su eficacia.

## 2. ALCANCE

Este procedimiento aplica a todas las áreas y procesos de CORPOGUAJIRA, donde se detecten no conformidades originadas por:

- Quejas y reclamos de los clientes, comunidad y empleados,
- No cumplimiento de una meta u objetivo
- Auditorías internas y externas
- Revisiones por la Dirección
- Detección de productos o servicios no conformes que afecte significativamente el cumplimiento de los requisitos,
- Investigación de Incidentes
- Emergencias,
- Incumplimiento de requisitos Legales de calidad, ambiente, seguridad en el trabajo.

## 3. RESPONSABILIDADES

Responsables de Procesos, Jefe Oficina de Control Interno, Profesional Grado 19, Profesional Grado 11 Oficina Asesora de Planeación

## 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- ❖ NTC-ISO 9001:2008
- ❖ NTCGP 1000:2009
- ❖ ISO 14001:2004
- ❖ MECI 1000:2005
- ❖ NTC/IEC 17025:2005

## 5. DEFINICIONES

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


**Acción Preventiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

Nota 1: Puede haber más de una causa para una no conformidad potencial.

Nota 2: La acción preventiva se toma para prevenir que algo suceda, mientras que la acción correctiva se toma para prevenir que vuelva a producirse.

Nota 3: Se homologa el término no conformidad potencial con riesgo potencial definido en el Modelo Estándar de Control Interno MECI.



	<b>PROCESO CONTROL DE GESTION</b>	CODIGO:CG-P-05
		VERSIÓN: 5
	<b>PROCEDIMIENTO DE ACCIONES DE MEJORA</b>	FECHA:15/05/2015
		Pág.: 2 de 5

**Acción de Mejora:** son aquellas que se toman para agilizar o maximizar un proceso, es decir, no parten de ninguna No conformidad real o potencial.

**No Conformidad:** El no cumplimiento de un requisito especificado.

**Corrección:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

**Plan de Mejoramiento Institucional:** Recoge las recomendaciones y análisis generados en los componentes autoevaluación y evaluación independiente por proceso evaluado los cuales se complementan con las recomendaciones de los diferentes órganos de control externo a la entidad. Que tengan relación con el desempeño de la unidad o dependencia y los procesos bajo su responsabilidad, estructurando los planes de mejoramiento que han de adelantarse en un periodo de tiempo determinado.

Constituyen los planes administrativos que contienen las acciones de mejoramiento a nivel de los PROCESOS y responsables dentro de la organización, que han de adelantarse para fortalecer su desempeño y funcionamiento en procura de los objetivos institucionales.

**Reclamos:** es una protesta o exigencia presentada por cualquier ciudadano ante la ausencia, irregular o inadecuada prestación de un servicio público, por una obligación incumplida o por la prestación deficiente de una función a cargo de una entidad pública o cuando se da a conocer a las autoridades noticia de la suspensión injustificada o de la prestación deficiente de un servicio público, con el fin de reivindicar un derecho que ha sido conculcado o amenazado ya sea por fallas del servicio o de desatención a los usuarios de la Corporación.


**Responsable de Procesos:** Funcionarios que lideran los procesos de la Entidad.

## 6. PROCEDIMIENTO

Todos los funcionarios contribuyen con la detección de la no conformidad, real, potencial u oportunidades de mejora mediante la comunicación de las no conformidades que identifique en el desarrollo normal de sus actividades, del sistema de gestión integral.


Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTROS
6.1	<b>Identificación del Proceso, Fuente y Hallazgo</b>		
	<p>Identifica el nombre del proceso, la fuente (la cual puede ser generada por: auditorías internas, auditorías externas, ejecución y seguimiento de los procesos, quejas y reclamos, reportes de no conformidad) y el hallazgo.</p> <p><b>Aclaraciones:</b></p> <p>* Las acciones de mejora generada por (resultados de la revisión por la Dirección, resultados de análisis de datos, resultados de satisfacción de los usuarios, reuniones revisión de los procesos, evaluaciones de desempeño, evaluación de los riesgos, Resultados de la participación en pruebas de evaluación del desempeño, •el control de trabajo No Conforme, Procedimiento para la selección, formación y evaluación del personal, inspecciones planeadas,</p>	Responsables de Procesos	<p>Solicitud de Acción Preventiva, Correctiva o de Mejora.</p> <p>Plan de Acción o de Mejoramiento</p>



	<b>PROCESO CONTROL DE GESTION</b>		CODIGO:CG-P-05
			VERSIÓN: 5
	<b>PROCEDIMIENTO DE ACCIONES DE MEJORA</b>		FECHA: 15/05/2015
			Pág.: 3 de 5


	<p>investigación de incidentes y accidentes ambientales y de salud ocupacional, cambio de normatividad, entre otras) se plantearan en las actas de reunión respectivas o en los formatos definidos para tal fin y se les realizará seguimiento en las auditorías internas.</p> <p>* El directivo encargado o Responsable del proceso deberá elaborar y presentar el plan de mejoramiento dentro de los 15 (quince) días hábiles, contados a partir del recibo del informe de auditoría y/o evaluación de desempeño ante la oficina de control interno.</p> <p>"El Responsable del proceso podrá solicitar, si lo requiere, el acompañamiento de la Oficina de Control interno para que participe en el equipo de investigación.</p> <p>*En el evento que se detecte una ACCIÓN DE MEJORA por parte del líder o Persona (responsable o encargada de ejecutar la actividad, procedimiento o proceso) debe informar mediante el correo interno a la Oficina Asesora de Planeación, la acción de mejora, el responsable y fuente de identificación, para que sea remitida a la oficina de Control Interno con el fin de ser incluida en el plan de mejoramiento</p>		
<b>6.2</b>	<b>Determinación de Causas</b>		
	<p>Realiza reunión con su equipo de trabajo, para lo cual debe analizar el hallazgo, hasta determinar las causas reales o su raíz, aplican la metodología de los cinco ¿por qué? para investigar causa raíz, además las técnicas estadísticas de Lluvia de Ideas, Diagrama causa efecto, diagrama de Pareto, entre otras.</p> <p>Aclaración: *Para las No conformidades detectadas durante la revisión y evaluación del sistema de gestión de la calidad del laboratorio ambiental de Corpoguajira, con base en la norma ISO 17025, se realiza el análisis de causas en el formato del plan de mejoramiento identificando la causa raíz en la columna correspondiente.</p>	Responsables de los procesos	<p>Plan de Acción o mejoramiento</p> <p>Tratamiento de Acciones correctivas, preventivas, quejas, y mejora interna laboratorio ambiental.</p>
<b>6.3</b>	<b>Definición de las Acciones</b>		
	<p>Define el tipo de acción (correctora (CO), correctiva (AC), preventiva (AP) o mejora (AM)) y acciones a seguir, responsable y fecha límite para su ejecución. Dicho plan deberá ser definido por el Responsable del proceso, afectado al igual que la fecha de Seguimiento.</p> <p>Se debe hacer un análisis de las causas y planteamiento de las acciones de mejora para</p>	Responsables de Procesos	<p>Plan de Acción o mejoramiento</p> <p>Tratamiento de Acciones</p>



	<b>PROCESO CONTROL DE GESTION</b>	CODIGO:CG-P-05
		VERSIÓN: 5
	<b>PROCEDIMIENTO DE ACCIONES DE MEJORA</b>	FECHA:15/05/2015
		Pág.: 4 de 5

	subsananlas diligenciado el formato Solicitud de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora". Se envía a las Oficinas de Control Interno y a la Asesora de Planeación.		correctivas, preventivas, quejas, y mejora interna laboratorio ambiental.
6.4	Verifica que los procesos hayan entregado el Plan de Mejoramiento, evalúan que las acciones planteadas sean las más adecuadas al efecto o problema presentado. Si no son adecuadas se solicita al Responsable del proceso proponer nuevas acciones	Representante de la Dirección, Jefe de Control Interno y Equipo de Oficina y Profesional oficina Asesora de Planeación.	Seguimiento a las acciones de Mejora.
6.5	Si no lo han entregado en el plazo establecido se deberá enviar memorando a cada responsable de proceso para que informe sobre dicho Plan	Representante de la Dirección, Jefe de Control Interno, Profesional oficina Asesora de Planeación	Memorando
6.6	<b>Ejecución de Acciones:</b>		
	Implanta o ejecuta la acción propuesta. El planteamiento de las acciones se realiza teniendo en cuenta el ciclo de Deming (PHVA), en donde se definen los planes, responsables y fechas de cierre de cada actividad.	Responsables de procesos	Evidencias o soportes de ejecución.
6.8	<b>Seguimiento a las Acciones Tomadas</b>		
	<b>Programa de Seguimiento a la Implementación de las acciones de los Planes</b> PC: Verifica la eficacia de las acciones tomadas para eliminar las causas o el estado actual en que se encuentra su implementación y registra los resultados, la fecha en que se realizó el seguimiento y el estado en que se encuentran. Si no se implementó hace el requerimiento al Responsable del proceso para que ejecute la acción correctiva y programa un nuevo seguimiento. Si se implementó parcialmente se registra el porcentaje de avance y se reprograma nuevo seguimiento. Si se implementó 100%, verifica que la acción haya sido eficaz (se eliminó la no conformidad), o si por el contrario no lo fue, devuelve al Líder del proceso el registro para que se diligencie nuevamente el análisis de causas, hasta que se obtenga la certeza de su efectividad.  En el caso del laboratorio ambiental Si fueron efectivas se da el cierre de la No Conformidad, el registro es llevado a PDF y se guarda en el archivo magnético respectivo	Oficina Asesora de Planeación, Profesional  Profesional Universitario Código 2044 Grado 11 de Laboratorio.	Plan de Mejoramiento

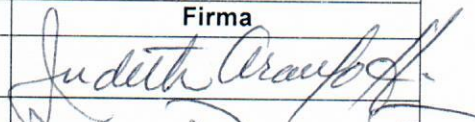



	<b>PROCESO CONTROL DE GESTION</b>	CODIGO:CG-P-05
		VERSIÓN: 5
	<b>PROCEDIMIENTO DE ACCIONES DE MEJORA</b>	FECHA: 15/05/2015
		Pág.: 5 de 5

<b>6.9</b>	<b>Plan de mejoramiento Institucional</b>		
	Realiza solicitud de informe de avance del plan de mejoramiento institucional. Recibe del líder del proceso el avance del plan de mejoramiento institucional en el término establecido. Revisa y elabora informe semestral del plan de mejoramiento institucional para enviarlo a la CGR a través del SIRECI. Elabora informe trimestral de acuerdo a la Directiva Presidencial N° 08 de 1993 y publica en la página web de la Corporación.	Jefe Oficina control Interno	Informes
	Se archiva conforme a las Tablas de Retención documental	Secretaria Oficina control Interno	-Informes de Avance. -Plan(es) de Mejoramiento
	Autoevaluación Institucional del proceso o procedimiento y establecen los compromisos y acciones a seguir, cuando se requiera.	Jefe Oficina de control Interno	Acta de Reunión.
	Mejoramiento del procedimiento		
	Definen acciones correctivas, preventivas y/o de mejora. Realizan seguimiento de las acciones establecidas. Reportan las acciones establecidas y la evaluación a la implementación de las mismas a La Oficina de Control Interno y/o Planeación.	Jefe oficina de control Interno  Profesional Oficina Asesora de planeación	Planes de Mejoramiento

## 7. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN No.	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
1	Octubre de 2006	Versión inicial
2	Agosto de 2007	Ajustes de norma
3	30 de agosto de 2010	Ajuste por reestructuración de la entidad
4	30 de abril de 2013	Ajustes para atender observaciones ICONTEC
5	15 de mayo de 2015	Ajuste de acuerdo al nuevo Mapa de Procesos por proceso de Reorganización de la entidad.

Aprobación del documento		
Acción	Funcionario	Firma
Elaborado ó Actualizado por:	Judith Araujo Hernández, Profesional Universitario Grado 11	
Revisado por:	Fare Romero Peláez Jefe Oficina Asesora de Planeación	
Aprobado por:	Fare Romero Peláez Representante de la Dirección	