	GESTIÓN DE CALIDAD	Código: GSC- P05
		Fecha: 01/03/2021
	PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA	Versión: 006
		Página 1 de 6

1. OBJETIVO

Establecer la metodología para revisar, determinar, analizar y eliminar la causa de las No Conformidades reales o potenciales que se presenten en el Sistema de Gestión de Calidad Institucional, e implementar acciones correctivas y de mejora.

2. ALCANCE

Aplica a todos los procesos en la institución. El procedimiento inicia con el hallazgo de una No Conformidad dentro del proceso del Sistema de Gestión de Calidad y finaliza con el cierre de las acciones implementadas para la solución de la No Conformidad.


3. RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO Y CONTROL

El responsable del seguimiento y control de la adecuada ejecución de este procedimiento es el líder del proceso de Gestión de Calidad.

4. DESCRIPCIÓN GENERAL

Este procedimiento puede ser ejecutado en el momento que el responsable del proceso lo considere necesario, y se realizara obligatoriamente cuando aparezca una No Conformidad dentro del seguimiento a los procesos del Sistema de Gestión de Calidad.

Estas No Conformidades pueden venir de un comentario, queja o reclamo de los clientes; servicio no conforme, oportunidades de mejora y NO Conformidades resultantes de las auditorias de calidad tanto internas como externas, de acciones correctivas implementadas previamente, resultado del seguimiento y medición de los procesos, resultados de las mediciones de satisfacción de los usuarios, resultados de la revisión de los procesos por parte de la Alta Dirección, resultados del análisis de datos, evaluaciones y autoevaluaciones internas y externas y de la revisión de las necesidades y expectativas de los clientes, entre otros.

	GESTIÓN DE CALIDAD	Código: GSC- P05
		Fecha: 01/03/2021
	PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA	Versión: 006
		Página 2 de 6

La documentación de estas Acciones es llevada mediante el formato de reporte acciones correctivas y mejora (GDC-P05-F01). La asignación de un responsable que será el líder del proceso afectado por la no conformidad, garantizara la idoneidad del responsable y el seguimiento que se haga a las acciones correctivas o de mejora que se realicen sobre la no conformidad, permitirán llegar a un cierre de la misma retroalimentando el sistema y llevándolo siempre a una mejora continua.

5. DEFINICIONES

NO CONFORMIDAD: incumplimiento de un requisito

ACCIÓN CORRECTIVA: acción para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseada


CORRECCIÓN: acción tomada para eliminar una no conformidad detectada

MEJORA CONTINUA: Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos

PLAN DE MEJORAMIENTO: Documento que especifica las actividades que se deben realizar para eliminar una No conformidad.

GESTIÓN DE MEJORA: Sistema de apoyo al mejoramiento continuo.


COPIA NO CONTROLADA AL IMPRIMO DESCARGAR

	GESTIÓN DE CALIDAD	Código: GSC- P05
		Fecha: 01/03/2021
	PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA	Versión: 006
		Página 3 de 6

6. DESCRIPCIÓN


ACCION CORRECTIVA

No	Responsable/ Dependencia	Descripción de la Actividad	Registros	Sistemas de Información/ Aplicativos/ Equipo
1.	Líder de proceso / director de calidad	Identificar la situación que requiere acción correctiva o de mejora		
2.	Líder de proceso asignado y su grupo de trabajo	En caso de ser una No conformidad identificar las causas, este análisis puede realizarse por medio de las metodologías de las técnicas de los cinco porque, lluvia de ideas o causa y efecto.	GDC-P05-F01 Formato de reporte acciones correctivas o GGR-F06 plan de mejoramiento	SAYC
3.	Líder de proceso asignado y su grupo de trabajo	Dependiendo la causa raíz identificada se define una acción, la cual se planifica según el ciclo PHVA,	GDC-P05-F01 Formato de reporte acciones correctivas	
4.	Líder de proceso asignado y su grupo de trabajo	En caso de ser una acción de mejora utilizar el formato de plan de mejoramiento GGR-F06	Formato de plan de mejoramiento GGR-F06	
5.	Director de Calidad	Registrar la acción correctiva o de mejora en el Registro de control de ACPM GDC-P05-F02	Registro de control de ACPM GDC-P05-F02	
6.	Líder de proceso o Funcionario(s) asignado(s)	Se Implementan las acciones de solución y se hace el seguimiento y verificación de las actividades por parte del líder de proceso asignado	Registro de control de ACPM GDC-P05-F02	SAYC

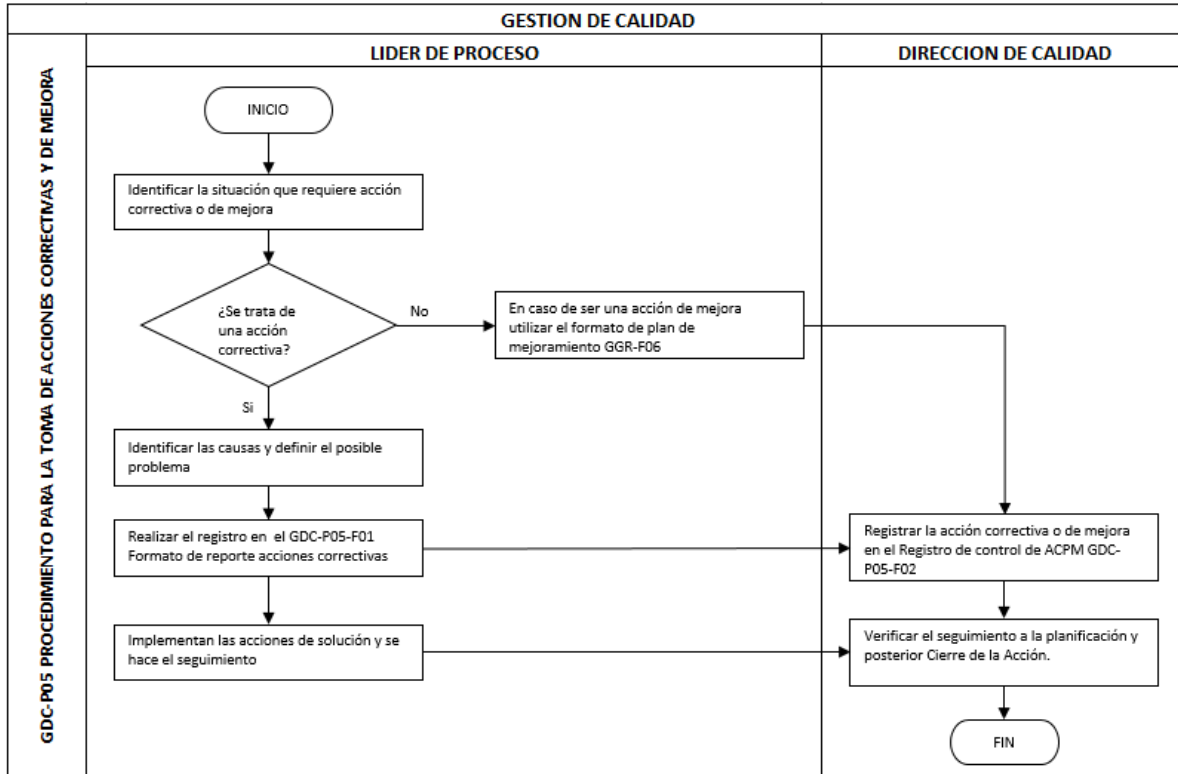
 TEINCO Corporación Tecnológica Industrial Colombiana	GESTIÓN DE CALIDAD	Código: GSC- P05
		Fecha: 01/03/2021
	PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA	Versión: 006
		Página 4 de 6

No	Responsable/ Dependencia	Descripción de la Actividad	Registros	Sistemas de Información/ Aplicativos/ Equipo
7.	Director de Calidad	Verificación de seguimiento a la planificación y posterior Cierre de la Acción.	GDC-P05-F01 Formato de reporte acciones correctivas y mejora Formato de plan de mejoramiento GGR-F06	SAYC
8.	Director de Calidad	Consolidación y presentación de informe de gestión por cada proceso	Informes Gestión	SAYC

COPIA NO CONTROLADA AL IMPRIMIR O DESCARGAR

 TEINCO Corporación Tecnológica Industrial Colombiana	GESTIÓN DE CALIDAD	Código: GSC- P05
		Fecha: 01/03/2021
	PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA	Versión: 006
		Página 5 de 6

7. RUTA METODOLÓGICA.




8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

NTC-ISO 9001:2015 Requisitos (10) Mejora

NTC-ISO 21001:2019 Requisitos (10) Mejora

9. REGISTRO DE MODIFICACIONES

Versión	Fecha	Ítem Modificado	Descripción
002	22-07-2015	Descripción General	Se agrega la descripción de la documentación de las acciones correctivas, preventivas y de mejora.
002	22-07-2015	Descripción	Se agrega la descripción de la documentación de las acciones correctivas, preventivas y de mejora.

	GESTIÓN DE CALIDAD	Código: GSC- P05
		Fecha: 01/03/2021
	PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA	Versión: 006
		Página 6 de 6

Versión	Fecha	Ítem Modificado	Descripción
002	22-07-2015	Ruta Metodológica	Se cambia la redacción de un ítem de la ruta metodológica del procedimiento.
003	15-01-2018	Se actualiza el documento de referencia	Se actualiza el documento de referencia ISO 9001:2015
004	18/07-2020		Actualización Códigos Listado Maestro de Documentos y de descripción
005	27/01/2021		Se define un formato solo para el manejo de acciones de mejora (Formato de plan de mejoramiento GGR-F06) y otro para acciones correctivas (GDC-P05-F01 Formato de reporte acciones correctivas)
006	01/03/2021	8. Documentos de referencia	Se revisa y actualiza según lo establecido en la norma ISO 21001:2019

Elaboró	Revisó	Aprobó
Dirección de Calidad 01/03/2021	Vicerrectoría de gestión 01/03/2021	Rector 01/03/2021

COPIA NO CONTROLADA