

Copia No Controlada

 <u>Universidad del Valle</u>	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 1 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		
Elaborado por: Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional -Área de Calidad y Mejoramiento-	Revisado por: Coordinadora Área de Calidad y Meioramiento	Aprobado por: Jefe de Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional	

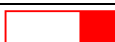
TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO	4
2. ALCANCE	4
3. DEFINICIONES	4
3.1. Definiciones – Servicio No Conforme	4
3.1.1. Acción a Seguir de Producto y/o Servicio No Conforme.....	4
3.1.2. Producto y/o Servicio No Conforme.....	4
3.2. Definiciones – Auditorías Internas	4
3.2.1. Alcance de la Auditoría.....	4
3.2.2. Auditoría Interna Calidad	4
3.2.3. Auditado	5
3.2.4. Auditor	5
3.2.5. Auditor Líder	5
3.2.6. Ciclo de Auditoría	5
3.2.7. Criterios de Auditoría	5
3.2.8. Conclusiones de la Auditoría	5
3.2.9. Efectividad	5
3.2.10. Eficacia	5
3.2.11. Eficiencia	5
3.2.12. Equipo Auditor	5
3.2.13. Evidencia de la Auditoría	6
3.2.14. Hallazgos de la Auditoría	6
3.2.15. No Conformidad.....	6
3.2.16. Observación.....	6
3.2.17. Programa de Auditorías	6
3.2.18. Plan de Auditorías.....	6
3.3. Definiciones - Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejoramiento	6
3.3.1. Acción Correctiva.....	6
3.3.2. Acción de Mejoramiento	6

DEFINITIVO

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL

Copia No Controlada

 <u>Universidad del Valle</u>	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 2 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

3.3.3	Acción Preventiva	7
3.3.4	Indicadores de Gestión	7
3.3.5	Mapa de Riesgos	7
3.3.6	Mejora Continua	7
3.3.7	Problema	7
3.3.8	Requisito	7
4	POLÍTICAS Y CONDICIONES GENERALES	8
4.3	Políticas y Condiciones Generales - Servicio No Conforme	8
4.3.1	Identificación del Servicio No Conforme	8
4.4	Políticas y Condiciones Generales Auditorías Internas	9
4.4.1	Funciones y Responsabilidades del Auditor	9
4.4.2	Perfil del Auditor	10
4.4.3	Funciones y Responsabilidades del Auditor Líder	10
4.4.4	Preparación de Las Auditorías	10
4.4.5	Ejecución de las Auditorías	11
4.4.6	Informe	13
4.4.7	Plan de Acción	13
4.4.8	Seguimiento	13
4.4.9	Informe Final para la Alta Dirección	14
4.4.10	Evaluación de Desempeño del Auditor	14
4.5	Políticas y Condiciones Generales: Acciones Correctivas y Preventivas	14
4.5.1	Fuentes de la Información para la Identificación de Problemas	14
4.5.2	Identificación del Problema	15
4.5.3	Análisis de Causas	16
4.5.4	Plan de Acción	17
4.5.5	Seguimiento a las Acciones	18
4.5.6	Estandarización	19
4.6	Políticas y Condiciones Generales: Revisión por la Dirección	19
5	DIAGRAMA DE FLUJO GENERAL	21
6.	PROCEDIMIENTOS	22
6.3.	Servicio No Conforme (Aplicado a Subprocesos Misionales)	22

DEFINITIVA

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL

Copia No Controlada

 <u>Universidad del Valle</u>	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 3 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

5.3	Auditorías Internas	23
5.4	Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejoramiento	25
5.5	Revisión por la Dirección	26
6	PROCESOS RELACIONADOS	28
7	FORMATOS	28
8	ANEXOS	28

DEFINITIVA

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL

Copia No Controlada

 <u>Universidad del Valle</u>	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 4 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

1. OBJETIVO

Establecer los diferentes procedimientos, criterios y disposiciones en la Universidad, para el desarrollo de la gestión en términos del mejoramiento continuo, enmarcado dentro de los requisitos del Sistema de Gestión Integral de Calidad de la Universidad del Valle.

2. ALCANCE

Aplica para todos los subprocesos de la Universidad e incluye los procedimientos de Servicio no Conforme, Auditorías Internas, Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejoramiento, y Revisión por la Dirección.

3. DEFINICIONES

3.1. Definiciones – Servicio No Conforme

3.1.1. Acción a Seguir de Producto y/o Servicio No Conforme

Acción tomada para garantizar que el producto y/o servicio sea conforme con los requisitos establecidos.

3.1.2. Producto y/o Servicio No Conforme

Es el resultado en la prestación de los servicios que no es conforme con los requisitos establecidos. La identificación y control para prevenir su uso o entrega no intencional. Se aplicará a los servicios misionales.

3.2. Definiciones – Auditorías Internas

3.2.1. Alcance de la Auditoría

Extensión y límites de una auditoría.

3.2.2 Auditoría Interna Calidad

Proceso sistemático, independiente y documentado para determinar si las actividades y los resultados del desempeño del sistema de gestión de calidad, cumplen de manera

DEFINITIVA

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL

Copia No Controlada

 <u>Universidad del Valle</u>	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 5 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

eficaz las disposiciones previstas y planificadas, y permiten lograr los objetivos propuestos.

3.2.3 Auditado

Organización, área o subproceso objeto del ejercicio de auditoría.

3.2.4 Auditor

Persona con la competencia requerida para realizar auditorías.

3.2.5 Auditor Líder

Responsable por la planificación de las auditorías internas de calidad y la elaboración del programa de auditorías.

3.2.6 Ciclo de Auditoría

Periodo de tiempo menor o igual a un año, en el cual se auditan los subprocesos de la Institución; cada ciclo es dirigido y controlado por un Auditor Líder asignado por el Coordinador Sistema de Gestión Integral de Calidad.

3.2.7 Criterios de Auditoría

Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos.

3.2.8 Conclusiones de la Auditoría

Resultado de una auditoría que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.

3.2.9 Efectividad

Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.

3.2.10 Eficacia

Grado o extensión en el que se alcanzan los resultados previstos o planificados.

3.2.11 Eficiencia

Es la relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

3.2.12 Equipo Auditor

Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría, con el apoyo del auditor líder.

DEFINITIVA

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL

Copia No Controlada

 <u>Universidad del Valle</u>	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 6 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

3.2.13 Evidencia de la Auditoria

Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoria.

3.2.14 Hallazgos de la Auditoria

Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoria recopilada frente a los criterios de auditoria.

Nota: Los hallazgos de la auditoria pueden indicar tanto conformidad o no conformidad con los criterios de auditoria, como oportunidades de mejora y observaciones.

3.2.15 No Conformidad

Incumplimiento de un requisito.

3.2.16 Observación

Situación que potencialmente puede afectar el Sistema de Gestión.

3.2.17 Programa de Auditorias

Conjunto de una o más auditorias planificadas para un período de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

3.2.18 Plan de Auditorias

Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoria.

3.3 Definiciones - Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejoramiento

3.3.1 Acción Correctiva

Actividad que se establece con el propósito de reducir o eliminar un problema inherente de calidad, corrigiendo el incumplimiento en los objetivos de calidad planteados.

3.3.2 Acción de Mejoramiento

Actividad que se presenta cuando existiendo cumplimiento de lo planeado se quiere lograr un mejor nivel de ejecución, o cuando se presentan problemas de tipo crónico que requiere de una acción amplia y definitiva, para su solución.

DEFINITIVA

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL

Copia No Controlada

 <u>Universidad del Valle</u>	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 7 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

3.3.3 Acción Preventiva

Actividad que se determina con el fin de evitar futuros incumplimientos en la ejecución de una actividad o servicio planeados.

3.3.4 Indicadores de Gestión

Relación entre las variables cuantitativas o cualitativas, que permite observar la situación y las tendencias de cambio generadas en el objeto o fenómeno respecto de objetivos y metas previstos e influencias esperadas.

3.3.5 Mapa de Riesgos

Es una herramienta que se utiliza para diseñar las situaciones que pueden ocasionar riesgos (potenciales) y que obstaculicen el normal desarrollo de la Institución.

3.3.6 Mejora Continua

Es la parte de la gestión de la organización encargada de ajustar las actividades y subprocesos que desarrolla la organización para proporcionarles una mayor eficacia y/o una mayor eficiencia.

3.3.7 Problema

Resultado no esperado en la ejecución de una actividad o servicio que causa un incumplimiento en relación con sus especificaciones.

3.3.8 Requisito

Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita (habitual o común) u obligatoria.

DEFINITIVA

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL

Copia No Controlada

 <u>Universidad del Valle</u>	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 8 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

4 POLÍTICAS Y CONDICIONES GENERALES

4.3 Políticas y Condiciones Generales - Servicio No Conforme

A. Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004. 8.3 Control del Producto o Servicio No Conforme

- La Universidad debe tratar servicios no conformes mediante una o más de las siguientes maneras:
 - a) la definición de acciones para eliminar la no conformidad detectada;
 - b) la autorización de su uso, aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente y, cuando sea aplicable, por el usuario;
 - c) la definición de acciones para impedir su uso o aplicación originalmente prevista.¹

4.3.1 Identificación del Servicio No Conforme

El servicio no conforme se puede identificar a partir de la gestión propia de la ejecución de los subprocesos de prestación de los servicios misionales, se detecta antes de que lo perciban los usuarios, un incumplimiento de políticas y directrices internas de la organización que afecten la prestación del servicio, incumplimiento en las actividades descritas en la documentación del Sistema de Gestión de Integral Calidad GICUV, que afecten el servicio y su resultado final.

Cuando el servidor público identifica un servicio no conforme y determina la naturaleza del incumplimiento, debe implantar una estrategia de solución inmediata para eliminar el problema detectado. La acción a seguir debe ser inmediata.

El responsable del subproceso mensualmente realiza la revisión de los servicios no conformes y de las estrategias de solución implantadas.

¹ Norma Técnica de Calidad para la Gestión pública NTCGP 1000: 2004

Copia No Controlada

 <u>Universidad del Valle</u>	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 9 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

4.4 Políticas y Condiciones Generales Auditorías Internas

A. Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 8.2.2 Auditoría Interna

B. Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 19011: Directrices para la Auditoría de los Sistemas de Gestión de Calidad y/o Ambiental.

- Las auditorías internas se realizan con los siguientes propósitos:
 - Determinar la conformidad del Sistema de Gestión con las disposiciones establecidas en la documentación del Sistema.
 - Proporcionar elementos de juicio para introducir programas de mejoramiento.
 - Determinar la efectividad del Sistema de Gestión para cumplir con los requisitos establecidos en la norma y con los objetivos propuestos para un período de tiempo específico.

4.4.1 Funciones y Responsabilidades del Auditor

- Ser independiente con relación al área auditada.
- Planificar la auditoría y elaborar lista de chequeo
- Realizar la auditoría teniendo en cuenta el alcance
- Recolectar y analizar la evidencia objetiva que sea pertinente y suficiente para obtener conclusiones.
- Documentar las observaciones.
- Tratar la información confidencial con discreción.
- Reportar las no conformidades encontradas
- Reportar los resultados de las auditorías.
- Verificar la implantación de las acciones correctivas.
- Reportar cualquier obstáculo importante encontrado al ejecutar la auditoría.
- Realizar reunión de cierre con el auditado, dándole a conocer los resultados de la auditoría.

DEFINITIVA

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL

Copia No Controlada

 <u>Universidad del Valle</u>	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 10 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

4.4.2 Perfil del Auditor

Educación: Estudios Universitarios en cualquier Área de Conocimiento

Formación: Es preferible haber realizado el Curso en Sistemas de Gestión de Calidad.

Experiencia: Mínimo seis (6) meses laborando en la Institución.

Habilidades: Comunicación Oral y escrita, Buenas Relaciones Interpersonales y Trabajo en Equipo.

Actitud: Disposición para desempeñar el Rol en la Universidad.

4.4.3 Funciones y Responsabilidades del Auditor Líder

- Planificar la auditoria.
- Llevar a cabo la reunión de Apertura
- Organizar y dirigir a los integrantes del equipo auditor.
- Asesorar al equipo auditor para llegar a las conclusiones de la auditoria.
- Asegurar el seguimiento por parte del equipo auditor a los planes de mejoramiento.
- Controlar el estado de las no conformidades derivadas de la auditoria

4.4.4 Preparación de Las Auditorias

Los Equipos Auditores y el Auditor Líder serán propuestos por el Representante de la Dirección al Equipo Directivo GICUV quien los aprobará.

El Auditor Líder realiza la programación de auditorías internas, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- El Mapa de Procesos
- El estado y la importancia de los procesos y subprocesos.
- Los resultados obtenidos en auditorías previas tanto externas como internas
- Cambios organizacionales.
- Implantación de nuevos procesos o subprocesos.
- Cambios coyunturales (Normativos, reestructuración de personal)

DEFINITIVA

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL

Copia No Controlada

 <u>Universidad del Valle</u>	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 11 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

- Procesos, subprocesos o procedimientos que tengan muchas no conformidades

Los Auditores Internos realizan la preparación de cada auditoría asignada, donde se deben definir: los requisitos del Sistema de Gestión Integral de Calidad GICUV a auditar, las preguntas de ayuda para verificar el cumplimiento de los requisitos y conocimiento general del subproceso a auditar.

Los criterios para realizar la auditoría incluyen principalmente:

- Manual del Sistema de Gestión de Calidad
- Documentación del sistema a auditar
- Normatividad que regula el subproceso a auditar
- Registros del Sistema de Gestión Integral de Calidad
- Política de Calidad
- Norma NTCGP 1000:2004
- Modelo Estándar de Control Interno – MECI -
- Sistema de Desarrollo Administrativo – SISTEDA -.

Si en la revisión del Plan de Auditorías Internas, el auditado y/o los demás participantes de la auditoría objetan alguna o varias de sus disposiciones, éstas se deben resolver con el Auditor Líder antes de iniciar la auditoría.

En la Preparación de la Auditoría el equipo Auditor diligencia la Lista de Verificación F-05-MP-12-02-OPDI, la cual le permite:

- Ayudar al control del tiempo de la auditoría, indicando lo que ha de cubrirse en cada subproceso.
- Recopilar las evidencias de la Auditoría en un Orden Lógico.
- Facilitar el cubrimiento de cada actividad, obteniendo respuesta para los requerimientos.

4.4.5 Ejecución de las Auditorías

La reunión de apertura tiene como propósito la presentación de los auditores, ratificar el objeto y alcance de la auditoría, definir la metodología a emplear para el desarrollo de la misma, confirmar asignación de recursos, resolver posibles dudas de los auditados,

DEFINITIVA

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL

Copia No Controlada

 <u>Universidad del Valle</u>	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 12 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

confirmar los canales de comunicación entre el equipo auditor y el auditado, aclarar el proceso de presentación del informe, aclarar cualquier aspecto delicado o confidencial, determinar aspectos o requisitos relacionados con la seguridad.

Mediante las entrevistas con los auditados, observación directa del desarrollo de las actividades, verificación de registros (reportes e informes, resultados de las mediciones, acciones correctivas, acciones preventivas, resultados de desempeño de los subprocesos, comportamiento de los indicadores de gestión establecidos, etc.), se reúnen las evidencias objetivas que permiten verificar y/o comprobar el desarrollo de las actividades previstas y/o planificadas, y se estén adelantando planes y acciones, orientadas al mejoramiento del desempeño del Sistema de Gestión Integral de la Calidad.

Todo hallazgo que se obtiene en el desarrollo de una auditoria debe ser corroborado en el sitio de trabajo donde fue obtenido o donde se aplica.

Los hallazgos pueden ser No Conformidades, Observaciones y oportunidades de mejora.

Si en el desarrollo de una auditoria, un auditor detecta dificultades para el logro de los objetivos inicialmente propuestos, debe informar las razones al auditado para solucionarlas o comunicarlas al Auditor Líder.

Finalizada la etapa de recolección de las evidencias objetivas, el equipo auditor se reúne para realizar el balance final de los resultados, determinar los hallazgos que constituyen tanto cumplimiento como incumplimiento en la gestión, y prepara las conclusiones de la auditoría.

En la Reunión de Cierre, después de determinar los hallazgos, se realizan las siguientes actividades:

- Recuento del procedimiento seguido.
- Presentación de los hallazgos obtenidos en el desarrollo de la auditoria, de tal manera que se garantice una comprensión clara de los resultados y las No Conformidades y Observaciones detectadas.

Cualquier opinión divergente relativa a los hallazgos de la auditoria y/o conclusiones entre el equipo auditor y el auditado deben de discutirse y si es posible resolverse. Si no se resolvieran, las opiniones deben registrarse en la presentación del informe final.

DEFINITIVA

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL

Copia No Controlada

 <u>Universidad del Valle</u>	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 13 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

4.4.6 Informe

Cada equipo auditor prepara y presenta el informe correspondiente, el cual constituye el registro completo, y conciso de los resultados de dicho ejercicio.

El informe de auditoría traduce fielmente los hallazgos de la reunión de cierre, recuerda el objetivo y alcance de la auditoría, indica la fecha de la auditoría, establece la composición del equipo auditor, referencia los documentos examinados, define no conformidades mayores, menores y relaciona los puntos fuertes de la actividad auditada.

4.4.7 Plan de Acción

El responsable de cada subproceso auditado lidera la adopción y aplicación de las acciones correctivas pertinentes para solucionar las no conformidades encontradas, mediante la aplicación de la metodología establecida en el procedimiento Acciones Correctivas y Preventivas, la cual incluye la investigación e identificación de las causas, el establecimiento de la acción, la definición del plan de acción a ejecutar según las soluciones propuestas.

4.4.8 Seguimiento

Con base en los resultados obtenidos y según las fechas de implantación de las acciones correctivas determinadas por los auditados, los auditores internos efectúan las auditorías de seguimiento, para verificar la eficacia de las acciones correctivas tomadas.

Cada auditor (equipo auditor) realiza el respectivo seguimiento al subproceso asignado.

Este verifica la eficacia, eficacia y efectividad de las acciones tomadas y los resultados del seguimiento deben ser registrados en el formato "Reporte Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora" F-07-MP-12-02-OPDI. Dicho seguimiento se debe dar a conocer al Auditado.

DEFINITIVA

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL

Copia No Controlada

 <u>Universidad del Valle</u>	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 14 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

4.4.9 Informe Final para la Alta Dirección

Una vez se ejecuta la totalidad del programa de auditorías internas de calidad, con base en los informes de auditoría presentados por cada equipo auditor, el Auditor Líder elabora el informe general para presentarlo a la dirección, como información de entrada para la revisión del Equipo Directivo del Sistema de Gestión Integral de Calidad (GICUV). Procedimiento No. 4.4. Revisión por la Dirección

4.4.10 Evaluación de Desempeño del Auditor

Terminado cada ciclo de auditoría, los auditados y el auditor líder evaluarán al grupo de auditores por medio de una evaluación del auditor, la cual sirve para detectar habilidades y fortalezas que permitan demostrar la competencia del auditor. Las debilidades deberán ser analizadas por el Auditor Líder con el fin de determinar las acciones de mejoramiento.

4.5 Políticas y Condiciones Generales: Acciones Correctivas y Preventivas

- La entidad debe tomar acciones para eliminar la causa de no conformidades con el objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas. **NTCGP 1000:2004 8.5.2 Acción Correctiva**
- La entidad debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales. **NTCGP 1000:2004 8.5.3 Acción Preventiva**

4.5.1 Fuentes de la Información para la Identificación de Problemas

Para la identificación de problemas u oportunidades de mejora se cuenta con las siguientes fuentes de información:

- Informes de No Conformidades de las Auditorías Internas.
- Informe de Servicios No Conformes

DEFINITIVA

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL

Copia No Controlada

 <u>Universidad del Valle</u>	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 15 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

- Resultados de la revisión por parte de la alta dirección
- Auditorías Internas de Control Interno / Planes de Mejoramiento.
- Proyectos de Mejora.
- Mapa de riesgos.
- Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.
- Gestión de los subprocesos: Resultados de indicadores.
- Cambios en el entorno del subproceso: cambios en los beneficiarios o usuarios del subproceso y/o de las necesidades de éstos respecto de dicho subproceso.
- Cambios organizativos o normativos que provocan cambios en las entradas, salidas y límites del subproceso.

4.5.2 Identificación del Problema

Cuando se está definiendo un problema o proyecto es útil tener en cuenta lo siguiente:

- o Se debe concentrar en el efecto para que quede claro el QUÉ y no el POR QUÉ.
- o Mostrar la diferencia entre lo que es y lo que debería ser, comparándola con los requerimientos del usuario, la normatividad y las especificaciones
- o Cuantificar la diferencia estableciendo cuándo, cuánto o qué tan frecuente ocurre.
- o Evitar términos y conceptos muy amplios o ambiguos.
- o Se debe señalar los subprocesos, las personas o dependencias que son afectadas por el problema

DEFINITIVA

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL

Copia No Controlada

 <u>Universidad del Valle</u>	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 16 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

4.5.3 Análisis de Causas

En este punto es importante tener en cuenta:

- Identificar los procesos y subprocesos directamente relacionadas con el problema (donde se observan los síntomas, en donde se pueda estar generando las causas del problema, y aquellos que puedan contribuir al análisis cuantificado, diseño o implantación de la solución). Utilización de diagramas de flujo, etc.
- Para formar el equipo de trabajo se debe seleccionar el nivel jerárquico que debe integrarlo y las personas adecuadas según el conocimiento directo del problema, tiempo disponible, aptitudes para el trabajo en equipo y representatividad. Asignar responsabilidades especiales (en el caso que se requiera): coordinación, secretario, etc.

A- Observación de la Situación Actual

- El objetivo es mirar el problema desde todos los ángulos posibles para identificar los factores que tienen mayor incidencia sobre él.
- En esta etapa se reúne gran parte de la información que va a sustentar el análisis posterior, por tanto su recolección se debe planear con cuidado de manera que refleje la situación actual. Es muy importante planear cuidadosamente la recolección de los datos para garantizar su confiabilidad.
- No se debe descartar ningún factor por creer que no tiene incidencia en el problema. Apóyese en la experiencia de quienes son los expertos del subproceso, aquellas personas que lo ejecutan diariamente.

B- Análisis

- En este paso se busca profundizar en los factores relacionados con el problema, para identificar aquellos que tienen la mayor incidencia sobre él.

DEFINITIVA

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL

Copia No Controlada

 <u>Universidad del Valle</u>	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 17 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

- Cada consideración que se realice sobre las causas debe estar respaldada con datos, ya que el acierto con que se identifiquen dependerá la efectividad de las acciones que se tomen.
- Cuando se este abordando el problema o proyecto se debe cuestionar todos los datos disponibles. Es importante contar con el aporte de todas las personas involucradas o que conozcan sobre el tema, esto reduce la posibilidad que se omitan o descarten aspectos importantes.
- Se pueden usar técnicas como la Lluvia de Ideas, la Técnica de los 5 por Qué's, Planeación Estratégica para la Solución de Problemas, etc.
- El responsable del subproceso utilizando las metodologías anteriormente citadas debe reunir al personal involucrado en la situación o no conformidad detectada, con el fin de realizar en forma grupal el análisis de causas, el cual debe quedar documentado en el formato "Reporte de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora" F-06-MP-12-02-OPDI.

4.5.4 Plan de Acción

Durante esta etapa se determinan las acciones concretas a ejecutar y que conduzcan a minimizar o eliminar las causas raizales.

El propósito es implantar las mejores soluciones, mediante la definición y documentación del plan de acción. La metodología utilizada corresponde a la definida como 5W – 2H (en inglés W= what?, why?, where?, who?, when?, y H= how?, how much?). Esto en español es: Qué se hará, por qué se debe hacer (qué se espera obtener), dónde se ha de implantar la solución, quién debe implantarla, cuándo se debe implantar, cómo se debe hacer la implantación y cuánto se debe invertir en la implantación.

El responsable del subproceso en coordinación con el personal involucrado, si se amerita, serán quienes deleguen cada una de las tareas o actividades involucradas, como también de controlar su ejecución en los plazos o tiempos previstos, manteniendo a su vez un seguimiento en la implantación las cuales quedarán documentadas en el Formato "Reporte de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora" F-06-MP-12-01-03

DEFINITIVA

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL

Copia No Controlada

 <u>Universidad del Valle</u>	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 18 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

Se debe asegurar de cuáles son las acciones que necesitan de la activa cooperación de todos, para iniciar con el proceso de sensibilización y entrenamiento.

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.

4.5.5 Seguimiento a las Acciones

Todas las acciones se deben revisar tanto en su implantación como en su desempeño posterior.

Se debe hacer una verificación permanente de los resultados parciales.

Esta actividad debe ser desarrollada por los responsables del subproceso donde se aplicó la acción. Para poder efectuar este seguimiento cada responsable del subproceso debe realizar retroalimentación de las no conformidades, situaciones de mejora y acciones planteadas en reuniones con su grupo de trabajo.

Los auditores Internos así como el Área de Calidad y Mejoramiento coordinarán las actividades de seguimiento puntuales a cada acción planteada en las Auditorías internas distribuidas por subproceso.

La Oficina de Control Interno debe realizar el seguimiento a las acciones derivadas de las Auditorías de la Contraloría y de las derivadas de las auditorías programadas en el Plan de Auditoría de Control Interno.

El registro del seguimiento se efectúa mediante la definición de un PLAN DE ACCION y es el documento referencial para evaluar el desarrollo y cumplimiento de las acciones.

ESTADO:

- Cuando las acciones han sido eficaces, es decir se han realizado las acciones planteadas y se logran los objetivos planteados; el responsable del subproceso registra en el campo de “estado” como acción “cerrada”.

DEFINITIVA

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL

Copia No Controlada

 <u>Universidad del Valle</u>	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 19 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

- Cuando las acciones han sido parcialmente implantadas, es decir parcialmente eficaces, el responsable del subproceso registra en el campo de “estado” como acción “abierta” y se anotan las observaciones al respecto.
- Cuando las acciones no han sido eficaces, se registra en el campo de “estado” como acción “abierta”; y en el campo “observaciones”, del formato “Reporte de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora” F-06-MP-12-01-03. se especifican las razones y se determina si se requiere establecer un nuevo plan de acción o se replantean las fechas para su ejecución.

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 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.

Teniendo en cuenta las acciones que se encuentren abiertas en el momento del seguimiento, se concertará con el auditado una nueva fecha de cumplimiento.

En el caso en que se requiera realizar un nuevo análisis o realizar unas acciones complementarias se deberá elaborar un nuevo plan de acción.

4.5.6 Estandarización

Durante esta etapa se busca:

- Garantizar que al pasar el tiempo no vuelvan a aparecer las causas que ocasionaron el problema o que los beneficios logrados se pierdan.
- Conservar la documentación necesaria para entrenar a las personas nuevas en sus cargos.
- Tener un sistema de comunicación único entre dependencias, subprocesos y personas.

4.6 Políticas y Condiciones Generales: Revisión por la Dirección

La alta dirección debe, a intervalos planificados, revisar el sistema de gestión de la calidad de la Universidad para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad continuas. La revisión debe realizarse por lo menos una vez al

DEFINITIVA

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL

Copia No Controlada

 <u>Universidad del Valle</u>	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 20 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

año, e incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluidos la política de la calidad y los objetivos de la calidad.

La información de entrada para la revisión por la dirección debe incluir:

- a) resultados de auditorías,
- b) retroalimentación del usuario,
- c) desempeño de los subprocesos y conformidad del producto y/o servicio,
- d) estado de las acciones correctivas y preventivas,
- e) acciones de seguimiento de revisiones previas efectuadas por la dirección,
- f) cambios que podrían afectar al Sistema de Gestión Integral de la Calidad,
- g) recomendaciones para la mejora, y
- h) riesgos actualizados e identificados para la entidad.

Los resultados de la revisión por la dirección deben incluir todas las decisiones y acciones relacionadas con:

- a) la mejora de la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y sus subprocesos;
- b) la mejora del servicio en relación con los requisitos del usuario , y
- c) las necesidades de recursos.

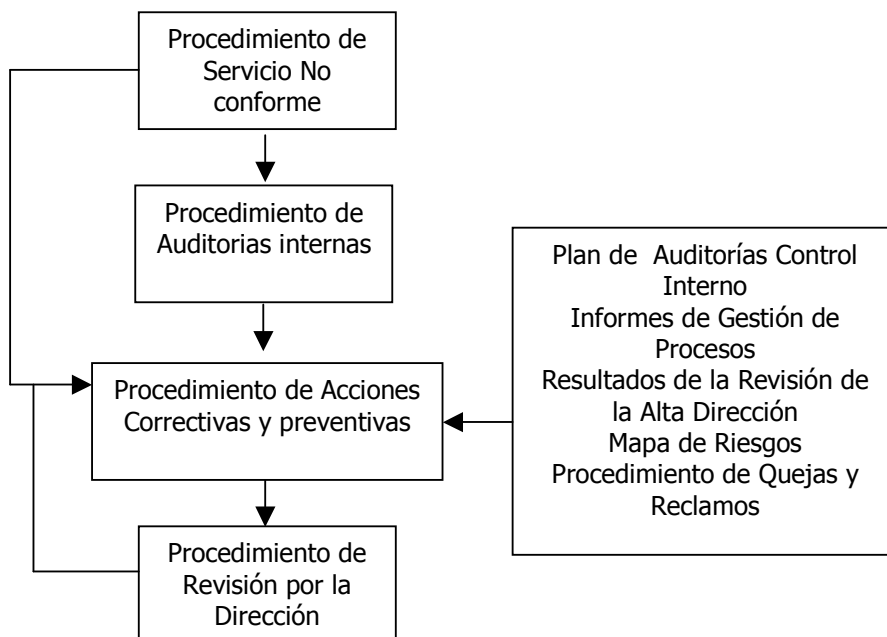
DEFINITIVA

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL

Copia No Controlada

 <u>Universidad del Valle</u>	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 21 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

5 DIAGRAMA DE FLUJO GENERAL



DEFINITIVA

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL

Copia No Controlada

 <u>Universidad del Valle</u>	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 22 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

6. PROCEDIMIENTOS

▲ : Indica que se trata de una Actividad de Control.

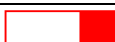
6.3. Servicio No Conforme (Aplicado a Subprocesos Misionales)

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
1. Establecimiento de No Conformidades por Servicios Misionales	A- Identificar las posibles No Conformidades del Servicio Misional y registrarlas en el listado Servicios no Conformes F-01-MP-12-01-03	Responsable del Subproceso	Servicios No Conformes F-01 - MP-12-02-OPDI
	B- Definir las acciones y responsables en caso de que se presente un Servicio no Conforme	Responsable del Subproceso	Servicios No Conformes F-01 - MP-12-02-OPDI
2. Detectar y Aplicar Acciones a las No Conformidades en la Prestación del Servicio	A- Identificar las desviaciones presentadas en la prestación del servicio	Funcionario Público	
	B- Establecer las acciones a seguir según las no conformidades identificadas en el listado de servicios no conformes	Funcionario Público	Servicios No Conformes F-01 - MP-12-02-OPD
	C- Si las acciones están establecidas, Seguir las acciones y dejar registro o evidencia	Funcionario Público	
	D- Si no están establecidas proceder así: D1- Definir las acciones a tomar con su Jefe Inmediato D2- Informar al Responsable del Subproceso con el fin de actualizar el listado de Servicios No Conformes	Funcionario Público	
	E- Actualizar el listado de Servicios No Conformes	Responsable del Subproceso	
3. Seguimiento a los Servicios No Conformes	A- Realizar seguimiento a los servicios no conformes presentados durante el mes. ▲	Responsable del Subproceso	Informe de Seguimiento
	B- Verificar si se hace necesario tomar acciones correctivas. Ver procedimiento 6.3 Acciones Correctivas, Preventivas o de Mejoramiento. ▲	Responsable del Subproceso	

DEFINITIVA

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL

Copia No Controlada

 <u>Universidad del Valle</u>	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 23 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

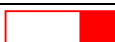
5.3 Auditorías Internas

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
1. Selección de Auditores Internos	A- Seleccionar Auditores de acuerdo al perfil y a los procesos y subprocesos del Mapa de Procesos Institucional.	Auditor Líder	
	B- Aprobar la Selección de Auditores Internos. ▲	Representante de la Dirección	
	C- Programar Curso de Formación o Actualización a los Auditores.	Auditor Líder	
	D- Evaluar a los Auditores internos para realizar el Programa de Auditorías. ▲ (Tener en cuenta desempeños anteriores auditorías).	Auditor Líder	Evaluación de Auditores internos
2. Preparación de las Auditorías Internas	A- Establecer el Programa de Auditorías: (Objetivos y alcance, responsabilidades, recursos, calendario, auditor líder, equipos auditores)	Auditor Líder	Programa de Auditorías F-02-MP-12-01-03
	C- Aprobar el Programa de Auditorías	Representante de la Dirección	
	D- Comunicar y enviar información relacionada con el subproceso a auditar al Equipo Auditor	Auditor Líder	
	E- Revisar documentación y Requisitos soportes ▲	Equipo Auditor	
	F- Elaborar el Plan de Auditoría y la Lista de Verificación	Equipo Auditor	Plan de Auditoría F-03 - MP-12-01-03 y Lista de Verificación F-04-MP-12-01-03
	F- Revisar y Aprobar el Plan de la Auditoría ▲	Auditor Líder	Plan de Auditoría F-03 - MP-12-01-03
3. Ejecución de las Auditorías	A- Realizar reunión de apertura	Auditor Líder Equipo Auditor Auditado	
	B- Llevar a cabo la auditoría	Equipo Auditor Auditado	
	C- Generar hallazgos de la auditoría	Equipo Auditor	

DEFINITIVA

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL

Copia No Controlada

 <u>Universidad del Valle</u>	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 24 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
	D- Preparar las conclusiones de la Auditoría	Equipo Auditor	
	E- Retroalimentar al auditado de las Conclusiones de la Auditoría	Equipo Auditor	
	F- Realizar reunión de cierre	Auditor Líder Equipo Auditor Auditado	
	G- Realizar la Evaluación de Auditores Internos de Calidad	Auditor Líder Auditado	Formato de Evaluación de Auditores Internos de Calidad F-07-MP-12-01-03
4. Informe de la Auditoría	A- Preparar el informe de Auditoría	Equipo Auditor	Informe de Auditoría F-05-MP-12-01-03
	B- Entregar Informe al Auditor Líder	Equipo Auditor	
	C- Revisar Informe y entregar al Responsable del Subproceso. ▲	Auditor Líder	
5. Plan de Acción	A- Con base en el Informe de Auditoría, seguir procedimiento de Acciones correctivas, preventivas y de Mejoramiento, Ver 6.3	Responsable del Subproceso	
6. Seguimiento	A- Realizar Seguimiento según procedimiento de Acciones correctivas ▲, preventivas y de Mejoramiento, Ver 6.3	Equipo Auditor	
7. Informe Final	A- Elaborar con base en los Informes de Auditoría y el seguimiento realizado por los Equipos Auditores el Informe final para el Representante de la Dirección.	Auditor Líder	Informe Final
	B- Revisar y aprobar el Informe Final. ▲ Ver procedimiento revisión por la Dirección	Representante de la Dirección	

DEFINITIVA

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL

Copia No Controlada

 <u>Universidad del Valle</u>	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 25 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

5.4 Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejoramiento

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
1. Identificación del Problema	A- Identificar el riesgo, problema o situación a mejorar que se está presentando.	Responsable del Subproceso	
	B- Reunir toda la información disponible, cualitativa o cuantitativa.	Responsable del Subproceso	
	C- Establecer de acuerdo a la información suministrada, el equipo de trabajo que debe analizar el problema.	Responsable del Subproceso	
2. Análisis de Causas	A- Analizar la situación actual de acuerdo a la información suministrada.	Equipo de Mejoramiento	
	B- Escoger la metodología para la determinación de las causas.	Equipo de Mejoramiento	
	C- Realizar el análisis de causas de acuerdo con la metodología escogida y determinar la o las causas que originan el riesgo, problema o situación a mejorar.	Equipo de Mejoramiento	
3- Plan de Acción	A-Determinar si la acción debe ser Correctiva o Preventiva, dependiendo de la naturaleza del problema.	Responsable del Subproceso	
	B- Establecer las posibles acciones concretas a ejecutar.	Equipo de Mejoramiento	
	C- Definir el plan de acción: Quién, cuándo, dónde, recursos necesarios.	Equipo de Mejoramiento	
	D- Diligenciar el Formato de Reporte de Acciones Correctivas, Preventivas o de Mejoramiento.	Responsable del Subproceso	Reporte de Acciones Correctivas, Preventivas o de Mejoramiento F-06- MP-12-01-03
	E- Socializar el Plan de Acción si se requieren acciones con responsabilidad por fuera del Equipo.	Responsable del Subproceso	
	F- Informar al Responsable del Proceso del Plan de Acción.	Responsable del Subproceso	Plan de Acción
4- Ejecutar el Plan de Acción	A- Ejecutar las acciones planteadas y dejar evidencia de su cumplimiento.	Responsable de las acciones	

DEFINITIVA

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL

Copia No Controlada

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 26 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
5- Seguimiento a las Acciones	A-Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones del plan. ▲	Responsable del Subproceso	Reporte de Acciones Correctivas, Preventivas o de Mejoramiento F-06- MP-12-01-03
	B- Realizar seguimiento al cumplimiento de acciones preventivas y / o correctivas. ▲	Equipo Auditor Responsable del Subproceso	Reporte de Acciones Correctivas, Preventivas o de Mejoramiento F-06- MP-12-01-03
	C- Realizar el Cierre de la Acción cuando se haya cumplido en las fechas establecidas y fueron eficaces.	Responsable del Subproceso	
	D- Si no se han cumplido las acciones dejar en estado abierto.	Responsable del Subproceso	
	E- Si las acciones no fueron eficaces, convocar de nuevo al equipo y establecer nuevas acciones.	Responsable del Subproceso	
6- Estandarización	A- Estandarizar los cambios en la documentación del subproceso si fuera necesario.	Responsable del Subproceso Área de Calidad y Mejoramiento	

5.5 Revisión por la Dirección

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
1. Preparación del Comité Equipo Directivo GICUV	A- Definir los temas a tratar en el orden del día, teniendo en cuenta los requisitos del 5.6.2 (NTCGP 1000:2004).	Coordinadora Área de Calidad y Mejoramiento	
	B- Aprobar el Orden del Día del Comité. ▲	Representante de la Dirección	
	C- Elaborar Informe Ejecutivo de los temas a tratar en la reunión.	Coordinadora Área de Calidad y Mejoramiento	Informe Ejecutivo

DEFINITIVA

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL

Copia No Controlada

 Universidad del Valle	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 27 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

ETAPA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	REGISTROS
	D- Revisar y aprobar informe ejecutivo. ▲	Representante de la Dirección	
	E- Definir la fecha para la realización del Comité.	Rector	
2- Durante el Comité Equipo Directivo GICUV	A- Poner a consideración el orden del día.	Representante de la Dirección	
	B- Aprobar el Acta del Comité anterior. ▲	Comité Equipo Directivo GICUV	Acta de Comité aprobada
	C- Presentar resultados del comportamiento del Sistema integral de Gestión.	Representante de la Dirección Coordinadora Área de Calidad y Mejoramiento	
	D- Analizar la información y los inconvenientes para alcanzar los resultados deseados.	Comité Equipo Directivo GICUV	
	E- Determinar un plan de acción. Procedimiento de Acciones Correctivas, Preventivas o de Mejora.	Comité Equipo Directivo GICUV	Reporte de Acciones Correctivas, Preventivas o de Mejoramiento F-06- MP-12-01-03
3- Después del Comité	A- Elaborar el proyecto de Acta de la Reunión del Comité.	Coordinadora Área de Calidad y Mejoramiento	Acta del comité
	B- Enviar a los integrantes del comité para su revisión el proyecto de acta.	Coordinadora Área de Calidad y Mejoramiento	
	C- Enviar los comentarios sobre el acta.	Comité Equipo Directivo GICUV	
	D- Realizar las modificaciones al acta correspondiente.	Coordinadora Área de Calidad y Mejoramiento	
	E- Ejecutar el Plan de Acción propuesto por el Comité.	Responsables por las Acciones	
	F- Realizar seguimiento según Procedimiento de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejoramiento. ▲	Auditor Interno de Calidad	

DEFINITIVA

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL

Copia No Controlada

 <u>Universidad del Valle</u>	Manual de Procedimientos	Número: MP-12-01-03	Versión: 2.0
		Página: 28 de 28	
Fecha de Emisión: Marzo 2009	Título: GESTIÓN DEL MEJORAMIENTO		

6 PROCESOS RELACIONADOS

- Todos los subprocesos de la Universidad

7 FORMATOS

- Listado de Servicios No Conformes F-01- MP-12-01-03
- Programa de Auditorías F-02- MP-12-01-03
- Plan de Auditoría F-03- MP-12-01-03
- Lista de Verificación F-04- MP-12-01-03
- Informe de Auditoría F-05- MP-12-01-03
- Reporte Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejoramiento F-06- MP-12-01-03
- Evaluación de Auditores Internos de Calidad F-07-MP-12-01-03

8 ANEXOS

CONTROL DE CAMBIOS

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	FECHA
1.0	Versión Inicial de Documento	Agosto 2008
2.0	Cambios en la codificación del manual y formatos. Actualización de procedimientos del manual. Eliminación del formato de Registro de Servicio No Conforme	Marzo 2009

DEFINITIVA

FAVOR ELIMINAR UNA VEZ RECIBA UNA NUEVA VERSIÓN DEL MANUAL