1. OBJETIVO

Documentar la metodología utilizada por la Universidad Francisco de Paula Santander – UFPS para llevar a cabo la formulación, seguimiento y verificación de las Acciones Correctivas y Oportunidades de Mejora implementadas por los procesos a través de la utilización de la herramienta Planes de Mejoramiento.

2. ALCANCE

Este procedimiento Inicia con la formulación de las acciones a implementar y termina con la verificación de la eficacia de las acciones implementadas para el levantamiento de los hallazgos. Aplica para todos los procesos de la institución que hacen parte de los Sistemas de Gestión de la UFPS y están contenidos en el Mapa de Procesos del SIGC.

3. RESPONSABLE

3.1 Líder de Calidad. Es el responsable de cumplir y hacer cumplir este procedimiento siguiendo las especificaciones establecidas y supervisando la ejecución de las personas involucradas. Coordina la revisión metodológica de los Planes de Mejoramiento con su equipo operativo y consolida datos para los informes de seguimiento que sean requeridos.

3.2 Equipo Operativo de Calidad. Son los responsables de realizar la revisión metodológica de los Planes de Mejoramiento formulados y emitir las observaciones pertinentes para su ajuste de ser requerido. Asignan los consecutivos a los planes de mejoramiento aprobados para su control y seguimiento.

3.3 Responsable de la Formulación: Persona que formula el plan de mejoramiento. Registra las acciones correctivas u oportunidades de mejoramiento a implementar para dar tratamiento a los hallazgos y situaciones identificadas en la revisión de los procesos.

3.4 Responsable del Seguimiento: Persona que realiza el seguimiento de las actividades formuladas en los planes de Mejoramiento aprobados. Culminados los plazos de ejecución de las actividades, el responsable del seguimiento al plan, reporta los resultados de avance y cumplimiento para las actividades formuladas estableciendo finalmente su eficacia.

3.5 Responsable de la Verificación: Persona que realiza la verificación de la eficacia de los Planes de Mejoramiento y determina si es posible o no su cierre. Reporta a los responsables de la formulación, las acciones no eficaces, para que sean trasladadas a vigencias posteriores donde serán objeto nuevamente de verificación.

3.6 Responsables de Sistemas de Gestión. Son las personas facultadas en la universidad para estructurar, mantener y mejorar los Sistemas de Gestión implementados asegurando su cumplimiento, conveniencia, adecuación y eficacia. Dichas designaciones se encuentran evidenciadas en resoluciones emitidas por la rectoría en uso de sus facultades legales y estatutarias.

4 DEFINICIONES

4.1 Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad u otra situación indeseable detectada, con el propósito de evitar que vuelva a ocurrir.

4.2 Oportunidad de Mejora: Es un hallazgo en el cual sí existe un cumplimiento, pero a pesar de ello se determina, bajo criterios objetivos, que existe un margen de mejora para optimizar más una actividad, tarea o proceso concreto.

4.3 Plan de Mejoramiento: Documento que registra las acciones correctivas, oportunidades de mejoramiento requeridas para corregir las desviaciones detectadas en los procesos y/o sistemas revisados para que se desarrollen de manera eficiente y trasparente.

4.4 Planes de Mejoramiento Interno: Aquellos derivados de Auditorías Internas, Procesos de Autoevaluación. Evaluación Independiente, Evaluación de Desempeño desarrolladas internamente por la institución.

4 DEFINICIONES

4.5 Planes de Mejoramiento Externo: Aquellos que se derivan de Auditorías Externas y Observaciones formales externas provenientes de informes de Órganos de Control).

4.6 Hallazgo: Resultado de la comparación de los criterios (Procedimientos, instructivos, etc.) frente a las evidencias (Registros) y pueden constituirse en Conformidades, No Conformidades y Oportunidades me Mejora.

4.7 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).

4.8 Producto/ Servicio No conforme: Producto o Servicio que no cumple con los requisitos del cliente. Es el resultado de un proceso que no cumple con una necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

5 CONTENIDO

ITEM	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO Y/O REGISTRO
1	**IDENTIFICAR LOS HALLAZGOS O SITUACIONES A INTERVENIR** Los Hallazgos (No Conformidades y Oportunidades de mejora) pueden ser identificadas por cualquier funcionario que desarrolle o participe en actividades como las listadas a continuación: • Auditorías Internas y Externas • Resultados de Revisión por la Dirección • Análisis de datos (Indicadores de Gestión) • Análisis de datos (Salidas No Conformes) • Análisis de datos (Riesgos materializados) • Análisis de datos (PDQRS del cliente) • Análisis de datos (Evaluación de satisfacción) • Análisis de datos (Evaluación de proveedores) • Seguimiento y medición de procesos • Evaluación independiente de la Oficina de Control Interno • Evaluación de Audiencia Pública de Rendición de Cuentas • Evaluación independiente de Entes Externos • Observación Directa **Sistemas de Gestión de Calidad acreditados bajo NTC ISO IEC/17025** Para el caso de los laboratorios de la UFPS acreditados bajo esta normatividad, adicional a las entradas anteriores, se deben considerar: 1) Los Trabajos de Ensayos No Conformes, 2) Los desvíos de las políticas y procedimientos del Sistema de Gestión y 3) Los desvíos de las operaciones técnicas. Los hallazgos detectados deben reportarse formalmente a los responsables de la formulación de los Planes de Mejoramiento para que se realice el análisis de los casos y se establezca la necesidad real de formular el plan de mejoramiento.	Funcionario que detecta el hallazgo o situación a intervenir	No Aplica

5 CONTENIDO

ITEM	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO Y/O REGISTRO
2	**FORMULAR EL PLAN DE MEJORAMIENTO.** Una vez identificado un hallazgo o situación a intervenir, la formulación del Plan de Mejoramiento la realiza la persona responsable del sistema de gestión, proceso y/o actividad afectada diligenciando el formato FO-GQ-04 Plan de Mejoramiento con la siguiente información: **INFORMACIÓN GENERAL** • **Fecha de formulación.** Registrar la fecha en la que ese formulado el Plan de Mejoramiento presentado para dar tratamiento a los hallazgos identificados en formato DD/MM/AA. • **Fecha de Actualización. (Opcional)** Utilice este espacio para actualizar la fecha de actualización del Plan de Mejoramiento de ser requerido en formato DD/MM/AA. • **Responsable formulación del Plan de Mejoramiento**. Persona que formula el plan de mejoramiento presentado. Registra los hallazgos, analiza las causas y determina las acciones correctivas u oportunidades de mejoramiento a implementar para dar tratamiento. • **Tipo de Plan de Mejoramiento a Formular.** De acuerdo al origen de los hallazgos, el tipo de plan a formular puede ser de los siguientes tipos: a) **Institucional**: Permite el mejoramiento continuo y cumplimiento de los objetivos institucionales e integra las acciones de mejoramiento que a nivel de sus procesos debe operar para fortalecer integralmente su desempeño institucional y cumplir con su función, misión y objetivos teniendo en cuenta los compromisos adquiridos con los organismos de control fiscal, de control político y con las partes interesadas. b) **Procesos:** Planes administrativos con las acciones de mejoramiento que a nivel de los procesos y las áreas responsables de la organización deben adelantarse para fortalecer su desempeño y funcionamiento. c) **Individual:** Acciones de mejoramiento que debe ejecutar cada uno de los Servidores Públicos para mejorar su desempeño y el del área organizacional a la cual pertenece, en un marco de tiempo y espacio definidos, para una mayor productividad de las actividades y/o tareas bajo su responsabilidad. • **Proceso/Sistema de Gestión responsable de la formulación del Plan de Mejoramiento.** Asociar el Plan de Mejoramiento formulado con el proceso y/o Sistema de Gestión responsable de su implementación. **IMPORTANTE: Esta asociación solo aplica para planes por PROCESOS, para los otros tipos siempre seleccione NO APLICA**	Rector Vicerrectores Decanos Jefes de Oficinas Jefe de Divisiones Directores Departamentos. Directores de Programas Académicos Líderes de Procesos Responsables del Sistema de Gestión	FO-GQ-04 Plan de Mejoramiento Correo Electrónico Comunicación de DatarSoft GI-GQ-02 Análisis de Causas y Formulación de Acciones

5 CONTENIDO

ITEM	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO Y/O REGISTRO
	• **Fuente del hallazgo o situación a intervenir.** Registre la fuente del hallazgo o situación a intervenir. **Nota Importante:** En caso de Indicar la opción "¿Otro/Cuál?", en la casilla siguiente se debe registrar claramente la fuente respectiva. **INFORMACIÓN HALLAZGO O SITUACION A INTERVENIR** • **Fecha de Identificación.** Fecha en la que se detectó el hallazgo o situación a intervenir que requiere ser analizado y atendido, debe registrarse en formato dd/mm/aa. • **Tipo de hallazgo**. Seleccione de la lista desplegable el tipo de hallazgo identificado que debe ser objeto de atención. • **Descripción**. Describir concretamente los aspectos o situaciones a intervenir que generan la necesidad de formular e implementar el Plan de Mejoramiento presentado. **Nota Importante:** Teniendo en cuenta los resultados obtenidos con el análisis de causas, un hallazgo o situación a intervenir, podría ser tratada con una o varias acciones. De la misma manera una misma acción puede apuntar a diferentes hallazgos. **ANALISIS DE CAUSAS Y FORMULACIÓN DE ACCIONES** • **Análisis de Causas del hallazgo o situación a intervenir.** En un trabajo conjunto con las personas responsables de desarrollar la actividad, se realiza el análisis de causas y priorización de acciones para establecer la causa raíz y determinar las acciones requeridas para darle tratamiento. a) **METODO:** Seleccionar del menú desplegable, el método implementado para realizar el análisis de causas. En la GUIA GI-GQ-02 ANALISIS DE CAUSAS Y FORMULACION DE ACCIONES se establecen las especificaciones de la Universidad para llevar a cabo este proceso de análisis de forma estandarizada dejando siempre las evidencias requeridas. b) **CAUSA RAIZ IDENTIFICADA:** Registrar de forma muy concreta, la CAUSA RAIZ IDENTIFICADA, sobre la cual se le formularan las acciones del Plan de Mejoramiento para dar tratamiento a los hallazgos. Las evidencias del ejercicio para el análisis de causas deben reposar en los archivos de gestión de los equipos de trabajo encargados de dicha formulación para su consulta posterior de ser requerido. • **Tipo de acción.** Indicar el tipo de acción formulada: Acción Correctiva (AC) u Oportunidad de Mejora (OM).		

5 CONTENIDO

ITEM	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO Y/O REGISTRO
	• **Actividades.** Registrar la actividad (es) formulada (s) para dar tratamiento a la CAUSA RAIZ IDENTIFICADA, es decir el: ¿que se hará como tratamiento del hallazgo o situación a intervenir? o ¿Qué vamos a hacer para solucionar el hallazgo o situación a intervenir? **Nota Importante:** Se pueden presentar 1, 2 o más actividades para el tratamiento de un hallazgo o situación a intervenir. El responsable de la ejecución de la acción, debe liderar y reportar los avances realizados hasta que ésta, sea efectiva. • **Indicador.** Formular un indicador que perita realizar el seguimiento a cada acción formulada (fórmula o parámetro de medición). **Nota Importante:** Puede establecerse un indicador para más de una actividad o para una misma actividad varios indicadores. • **Meta (Planificación).** Se debe registrar la meta que se espera cumplir en números (valor cuantitativo) y porcentajes. Se debe definir lo que se quiere lograr con la ejecución de cada actividad (acción), con el fin de garantizar el seguimiento y medición de la eficacia del mismo. • **Tipos de Recursos.** Identificar los recursos necesarios para implementar la actividad (es) que pueden ser: Humanos (HUM), Financieros (FIN), Tecnológicos (TEC) y de Infraestructura (INF). • **Responsable de Implementación de la actividad.** Registrar el nombre completo y cargo de la persona (s) responsable (s) de ejecutar y responder por cada una de las actividades formuladas en el Plan de Mejoramiento presentado. • **Plazo de Ejecución.** Planeación del periodo en que se ejecutará la actividad (es) formulada (s), se debe indicar la Fecha de Inicio y Fecha de cierre en formato dd/mm/aa. **Nota importante aplicable solo al Laboratorio CIMAC:** 1. Las acciones correctivas formuladas por el laboratorio no deben superar el plazo de ejecución superior de 2 o 3 meses, para las acciones de mejora es tiempo no debe superar los 6 meses. 2. Las acciones correctivas derivadas de auditorías externas, se deberán implementar dentro de los tiempos definidos por el ente acreditador sin superar los plazos ya estipulados internamente. En caso de superar el plazo se debe presentar justificación al área de calidad. Terminada la formulación del Plan de Mejoramiento, se remite a la oficina de Planeación para su revisión metodológica, aprobación y codificación.		

5 CONTENIDO

ITEM	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO Y/O REGISTRO
3	**REVISAR METODOLOGICAMENTE EL PLAN DE MEJORAMIENTO FORMULADO.** El jefe de la Oficina de Planeación recibe los Planes de Mejoramiento formulados y coordina con su equipo operativo de calidad, la revisión metodológica en la que se valida la plantilla utilizada y su correcto diligenciamiento. Producto de dicha revisión para determinar el paso a seguir se establece lo siguiente: • **Planes de Mejoramiento conformes (Aprobados):** El equipo operativo de calidad, emite concepto positivo y asigna el consecutivo para el control y seguimiento del plan de mejoramiento aprobado. Notifica al Jefe de Planeación los resultados de la revisión y devuelve los planes de mejoramiento aprobados y codificados al remitente para dar continuidad con el proceso. (Va al paso 4) • **Planes de Mejoramiento No Conformes (No Aprobados):** El equipo operativo de calidad, emite concepto negativo con las respectivas observaciones para el ajuste de la información. Notifica al Jefe de Planeación los resultados de la revisión y devuelve los planes de mejoramiento no aprobados al remitente original para las correcciones requeridas. (Vuelve al paso 2).	Jefe de Planeación Equipo Operativo de Calidad	FO-GQ-04 Plan de Mejoramiento Correo Electrónico Comunicación de DatarSoft
4	**REALIZAR SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO IMPLEMENTADO.** **Informes de Avance y Cumplimiento:** Cumplidos los plazos de ejecución, los responsables de la formulación reportan los resultados obtenidos para cada actividad implementada teniendo en cuenta: • **Meta (Cumplimiento).** Indicar con corte a la fecha de cierre (Plazo de ejecución), el avance cuantitativo obtenido en cada actividad teniendo en cuenta el indicador previamente formulado. El porcentaje de cumplimiento de las metas se calcula de forma automática en el formato teniendo en cuenta la meta planificada Vrs la meta cumplida. • **Evidencia.** Se debe indicar de forma concreta, el soporte que evidencia el cumplimiento de cada actividad implementada a la fecha de cierre. • **Fecha de la Medición.** Se debe indicar la fecha en la que se realizó el seguimiento de cada actividad implementada en formato DD/MM/AA.	Rector Vicerrectores Decanos Jefes de Oficinas Jefe de Divisiones Directores Departamentos. Directores de Programas Académicos Líderes de Procesos Responsables del Sistema de Gestión	FO-GQ-04 Plan de Mejoramiento

5 CONTENIDO

ITEM	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO Y/O REGISTRO
	• **Eficacia de la Actividad.** La eficacia es el cumplimiento de cada actividad implementada con respecto a la meta propuesta, es decir verificar si la actividad cumplió o no con su finalidad. La eficacia de cada actividad se calcula de forma automática en el formato teniendo en cuenta la siguiente condición: "Si el porcentaje de cumplimiento de la acción es del 100% se indica que la acción fue eficaz, de lo contrario se indica que no". • **Responsable del Seguimiento de las Actividades.** Registrar el nombre completo y cargo de la persona responsable de reportar el seguimiento de las actividades implementadas. • **Observaciones.** Registrar comentarios, recomendaciones o sucesos importantes acerca del seguimiento a cada actividad implementada. Los planes de mejoramiento actualizados, se revisan junto con los responsables de la verificación de la eficacia para determinar si es posible o no su cierre.		
5	**VERIFICAR LA EFICACIA DEL PLAN DE MEJORAMIENTO IMPLEMENTADO.** Los responsables de la verificación, analizan la información de los avances y cumplimiento reportados, corroboran los datos con las evidencias aportadas y determinan la eficacia del plan de mejoramiento implementado de acuerdo a lo siguiente: • **Aspectos considerados para verificar la eficacia de un Plan de Mejoramiento Implementado.** Registrar el aspecto general por el cual se determina si el plan cumplió con su objetivo principal, como por ejemplo, cumplimiento de actividades, inspecciones, auditorias, entre otros. • **¿El plan de mejoramiento implementado fue eficaz?** Un Plan de Mejoramiento se considera EFICAZ si todas sus acciones implementadas fueron eficaces y cumplidas según las metas planificadas siendo posible determinar con esto su cierre. Los planes de Mejoramiento no eficaces, se reportan nuevamente al responsable de la formulación para un nuevo análisis y tratamiento volviendo así a iniciar con el proceso. Para este caso no es posible determinar su cierre. • **Fecha de cierre del plan de mejoramiento (dd/mm/aa)** Fecha en la que se da por cerrado el Plan de Mejoramiento siempre y cuando éste haya sido eficaz. Si no es posible cerrar el plan se registra No aplica.	Líder de Calidad Jefe Oficina Control Interno	FO-GQ-04 Plan de Mejoramiento Correo Electrónico Comunicación de DatarSoft

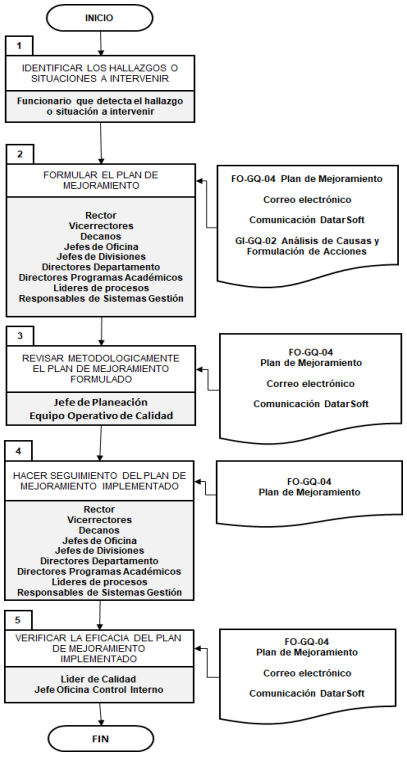
5 CONTENIDO

ITEM	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO Y/O REGISTRO
	• **Responsable del cierre del plan de mejoramiento** Nombre completo, cargo y firma de la persona responsable de dar cierre al Plan de Mejoramiento implementado siempre y cuando haya sido eficaz. **FIN DEL PROCEDIMIENTO**		

6 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

TIPO	CODIGO	NOMBRE
INTERNOS	FO-GQ-04	Plan de Mejoramiento
	GI-GQ-02	Guía Análisis de Causas y Priorización de Acciones
EXTERNOS	N.A	Norma NTC ISO 9001:2015 Numeral 8.7 Control de las Salidas No Conformes
	N.A	Norma NTC ISO 9001:2015 Numeral 10.2 No Conformidad y Acción Correctiva
	N.A	Norma NTC ISO 9001:2015 Numeral 10.3 Mejora Continua
	N.A	NTC ISO/IEC 17025 Numeral 4.10 Mejora y 4.11 Acciones Correctivas

7 FLUJOGRAMA



8 CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	FECHA	RESPONSABLES
01	**Creación de Documento.** Se modificó por cambio de encabezado y ajuste de contenido teniendo en cuenta los requisitos de la NTC GP 1000:2009 y MECI 1000:2014	02/03/2016	Líder de Calidad
02	**Actualización de Documento.** Se modificó por cambio de encabezado teniendo en cuenta el acuerdo 014 del 24 de febrero del 2017 que ajusta lo referido a la imagen corporativa de la Universidad como requisito a lo exigido en la resolución 12220 del 20 de junio del 2016 emitida por el Ministerio de Educación Nacional.	03/04/2017	Líder de Calidad
03	**Actualización de Documento.** Se ajusta por completo para hacerlo más acorde a las condiciones actuales de trabajo e incorporar EN SU CONTENIDO los componentes de la norma NTC ISO 9001:2015.	11/03/2021	**Elaborado por:** Mónica Bautista (Profesional Planeación – Calidad) **Aprobado por**: Nelson García (Líder de Calidad)
04	**Actualización de Documento.** Ajustes de contenido por mejoras realizadas al formato plan de mejoramiento FO.GQ-04: **<u>ITEM 2- FORMULAR EL PLAN DE MEJORAMIENTO</u>** • **Se ajusta la descripción correspondiente a:** Fecha de Formulación, Responsable formulación del Plan de Mejoramiento, Proceso/Sistema de Gestión responsable de la formulación del Plan de Mejoramiento, Método, Causa Raíz Identificada • **Se incluyen la información de**: Fecha de Actualización y Tipo de Hallazgo. • **Se ajusta el flujograma** para incluir la Guía Análisis de Causas y Priorización de Acciones GI-GQ-02 en el ítem 2	29/04/2021	**Elaborado por:** Mónica Bautista (Profesional Planeación – Calidad) **Aprobado por**: Nelson García (Líder de Calidad)
05	**Actualización de Documento.** Se ajusta el documento para incorporar en el ITEM 2 FORMULAR EL PLAN DE MEJORAMIENTO, la siguiente nota aplicable únicamente para el Laboratorio CIMAC: **Nota importante aplicable solo al Laboratorio CIMAC:** 1. Las acciones correctivas formuladas por el laboratorio no deben superar el plazo de ejecución superior de 2 o 3 meses, para las acciones de mejora es tiempo no debe superar los 6 meses. 2. Las acciones correctivas derivadas de auditorías externas, se deberán implementar dentro de los tiempos definidos por el ente acreditador sin superar los plazos ya estipulados internamente. En caso de superar el plazo se debe presentar justificación al área de calidad.	29/05/2023	**Elaborado por:** Mónica Bautista (Profesional Planeación – Calidad) **Aprobado por**: Henry Luna (Líder de Calidad)