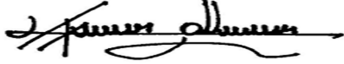
 UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1803	<b>ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y  DE MEJORA</b>	<b>FACULTAD DE  MEDICINA</b>
		<b>CÓDIGO  P-04</b>
		<b>VERSIÓN  01</b>
<b>AREAS ADMINISTRATIVAS</b>		
<b>ELABORÓ</b> <i>Douglas L. Alarcón S</i> Douglas Lanny Alarcón Salazar Profesional de Apoyo SG	<b>REVISÓ</b>  Faber Andrés Gallego Figueroa Coordinador de Calidad	<b>APROBÓ</b> <i>Gloria Lucia Jiménez V</i> Gloria Lucia Jiménez Valdés Asistente del Decano
<b>FECHA</b> 13-06-2014	<b>FECHA</b> 24-06-2014	<b>FECHA</b> 01-07-2014

## 1 DEFINICIÓN

### 1.1 OBJETIVO

Establecer las acciones correctivas y preventivas necesarias para eliminar las causas de una no conformidad real o potencial, con el fin de prevenir o evitar su ocurrencia.

### 1.2 ALCANCE

Aplica a todas las no conformidades reales o potenciales identificadas dentro del Sistema de Gestión (SG) de cada Área Administrativa de la Facultad.

## 2 NOTAS DE CAMBIO

N°	Descripción	Página (s)
01		1
02		
03		
04		


## 3 RESPONSABILIDAD

### 3.1 PERSONAL ADMINISTRATIVO

Detectar, dar tratamiento y reportar las no conformidades reales y potenciales al responsable del área o a quien este deleguen.

### 3.2 LÍDER, COORDINADOR Y/O JEFE DE CADA AREA ADMINISTRATIVA

Proveer los recursos necesarios para la implementación de las acciones correctivas, preventivas y de mejora.

 <p>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1803</p>	<p><b>ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA</b></p>	<p><b>FACULTAD DE MEDICINA</b></p>
		<p><b>CÓDIGO</b> P-8314-05</p>
		<p><b>VERSIÓN</b> 02</p>
<p><b>SERVICIOS DE LABORATORIO Y VACUNACIÓN</b></p>		

#### 4. GLOSARIO Y SIGLAS

**4.1 ACCIÓN CORRECTIVA:** Es aquella emprendida para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseada, con el propósito de evitar que vuelva a ocurrir.

**4.2 ACCIÓN PREVENTIVA:** Es aquella tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

**4.3 CAUSA:** Es la razón por la cual se ha presentado, o es posible que se presente una no conformidad.

**4.4 CORRECCIÓN:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada. Tratamiento de la no conformidad.

**4.5 NO CONFORMIDAD:** Incumplimiento de un requisito especificado o convenio.

**4.6 PLAN DE ACCIÓN:** Conjunto de actividades que se implementan para eliminar la causa de las no conformidades reales o potenciales.

**4.7 QUEJA:** Manifestación de insatisfacción o no conformidad de los usuarios acerca del incumplimiento de un requisito.


#### 5 CONTENIDO

##### 5.1 GENERALIDADES

###### 5.1.1 Acciones Correctivas y Preventivas

La necesidad de implementar una acción correctiva o preventiva según sea el caso, puede surgir de la detección de no conformidades derivadas de: servicios no conformes, quejas y sugerencias de los usuarios, auditorías internas y externas, revisión por la dirección, análisis de datos, mediciones de satisfacción, análisis de indicadores del proceso y retroalimentación u observaciones del personal.

La información relacionada con la implementación de acciones correctivas y preventivas, se registra en el formato de Acciones Correctivas, Preventivas (F-06) y se archiva como evidencia del tratamiento y cierre de la no conformidad real o potencial, siguiendo las directrices dadas en el procedimiento "Control de Registros (P-02)".


 <p>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1803</p>	<b>ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA</b>	<b>FACULTAD DE MEDICINA</b>
		<b>CÓDIGO P-</b>
		<b>VERSIÓN 01</b>
<b>AREAS ADMINISTRATIVAS</b>		

La eficacia de las acciones emprendidas, se registra en la casilla “Observaciones” y en caso que no sea eficaz, se revisan las causas, siguiendo las especificaciones del presente procedimiento. Igualmente el campo “Observaciones” permite registrar el seguimiento a las acciones tomadas.

## 5.2 DESCRIPCIÓN

### 5.2.1 Acciones Correctivas y Preventivas

- El personal administrativo, identifica, trata y redacta la no conformidad real o potencial, utilizando el formato “Acciones Correctivas y Preventivas (F-04)”.
- El Líder, Coordinador o Jefe del Área Administrativa o quién él delegue:
  - Evalúa el tratamiento dado a la no conformidad, con el fin de identificar la necesidad de adoptar acciones para asegurar que las no conformidades no vuelvan a ocurrir; en caso afirmativo, conforma un equipo de mejoramiento para la identificación de las posibles causas.
  - Inicia el análisis de las posibles causas que originaron la no conformidad real o potencial, con el grupo de personas convocadas, teniendo en cuenta los componentes del proceso según el diagrama causa-efecto o de Ishikawa: personas (usuarios y personal de cada Área Administrativa), identifican y registran la(s) causa(s) fundamental(es) o causa(s) raíz, en el formato “Acciones Correctivas y Preventivas (F-06)”.
  - Registra el resumen de la información de las acciones correctivas, preventivas y de mejora en el formato “Consolidado de Acciones Correctivas y Preventivas (F-06), para ser analizada en las reuniones de Las Áreas Administrativas y en la Revisión por la Dirección del SG, con el fin de recopilar las acciones correctivas, preventivas y de mejora de todos Áreas Administrativas.
- El equipo de mejoramiento responsable, establece las acciones correctivas y/o preventivas para eliminar la(s) causa(s) de la no conformidad real o potencial, la(s) cual(es) se registra(n) en el plan de acción (acciones, responsables de la ejecución y verificación de las acciones y fechas de implementación y verificación programadas y reales). Esto se registra en el formato “Acciones Correctivas y Preventivas (F-06)”.

 <p>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1803</p>	<p><b>ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA</b></p>	<p><b>FACULTAD DE MEDICINA</b></p>
		<p><b>CÓDIGO P-</b></p>
		<p><b>VERSIÓN 01</b></p>
<p><b>AREAS ADMINISTRATIVAS</b></p>		

## **6 DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

En el formato “Listado de Documentos de Origen Externo (F-02)” se referencia el control que se tiene sobre este tipo de documentos.

**6.1 NTC-ISO 9000:2008: SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.** Fundamentos y vocabulario.

**6.2 NTC-ISO 9001:2008: SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.** Requisitos.

## **7 LISTA DE REGISTROS**

En el formato “CONTROL DE REGISTROS (F-03)”, se referencia el control que se tiene sobre los registros generados por este documento.

**7.1 ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS (F-06).**

**7.2 CONSOLIDADO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS (F-06).**


## **8 ANEXOS**

**8.1 ANEXO 1: FORMATO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS (F-06).**

**8.2 ANEXO 2: FORMATO DE CONSOLIDADO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA (F-07).**



**ANEXO N°2: FORMATO CONSOLIDADO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS**

 UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1803	<b>CONSOLIDADO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS</b>	<b>FACULTAD DE MEDICINA</b>
		CÓDIGO: F-07
		VERSIÓN: 01
<b>AREAS ADMINISTRATIVAS</b>		

Año \_\_\_\_\_

<b>Convenciones: A.C:</b> Acción Correctiva; <b>A.P:</b> Acción Preventiva; <b>A:</b> Abierta; <b>C:</b> Cerrada.																											
N°	Proceso:				Proceso:				Proceso:				Proceso:				Proceso:				Proceso:						
	A.C		A.P		A.C		A.P		A.C		A.P		A.C		A.P		A.C		A.P		A.C		A.P				
	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A
01																											
02																											
03																											
04																											
05																											
06																											
07																											
08																											
09																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											
16																											
<b>TOTAL</b>																											
<b>%</b>																											