



## PROCEDIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS

### 1.- OBJETIVO Y ALCANCE

Establecer la metodología para implementar y controlar Acciones Preventivas/Correctivas necesarias para eliminar Potenciales No Conformidades y No conformidades del Sistema de Gestión de la DEC de la UC Temuco.

### 2.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA

No tiene.

### 3.- DEFINICIONES

Requisito Normativo: Requisito de cumplimiento establecido en la Norma Chilena 2728.

Oportunidad de Mejora: Recomendaciones no mandatarias emanadas de un proceso de auditoría (interno, o externo) cuyo tratamiento y aplicación queda a consideración de la organización. Se levanta mediante formulario de acciones preventivas. Si la organización así lo decide puede llevar a cabo un análisis de causa y determinar un plan de acción correctiva.

Observaciones: Desvíos puntuales o parciales en el cumplimiento de requisitos normativos con relación al referencial auditado. La organización debe llevar a cabo un análisis de causa y determinar un plan de acción correctiva. Además, debe medir la eficacia de las acciones tomadas. Se levanta mediante formulario de acciones correctivas.

En caso de ser Observaciones derivadas de una auditoría externa (etapa I, etapa II, seguimiento I, seguimiento II) deberán levantarse en los plazos estipulados en el informe de auditoría emitido por el organismo certificador.

No conformidades: Incumplimientos sistemáticos respecto de los requisitos normativos, o incumplimientos puntuales relevantes con relación al referencial auditado. La organización debe llevar a cabo un análisis de causa y determinar un plan de acción correctiva. Además, debe medir la eficacia de las acciones tomadas. En caso de ser No conformidades derivadas de una auditoría externa (etapa I, etapa II, seguimiento I, seguimiento II) deberán levantarse en los plazos estipulados en el informe de auditoría emitido por el organismo certificador.

<p><b>REVISADO POR:</b></p> <p>Coordinadora de Procesos y Calidad.</p> <p>Soledad Durán B.</p> <p><b>FIRMA</b> </p>	<p><b>APROBADO POR:</b></p> <p>Director</p> <p>Claudio Escobedo S.</p> <p><b>FIRMA</b> </p>
--	---



Acción preventiva: Acciones tomadas por la organización para prevenir que ocurran No conformidades, eliminando las causas de no conformidades potenciales.

Acción Correctiva: Conjunto de actividades emprendidas para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable, para evitar que ésta vuelva a ocurrir.

Corrección: Acción o disposición inmediata tomada por la organización para corregir No Conformidades, Observaciones y oportunidades de mejora. La Corrección no aborda el problema desde la raíz, por cuanto no conduce a su solución definitiva.

#### 4.- DESARROLLO

Los criterios establecidos para la revisión de hallazgos de no conformidades y no conformidades potenciales, se determinan según el ámbito de la gestión que afecta:

- ECONÓMICOS
- DOCUMENTALES Y DE REGISTROS
- DE PLANIFICACIÓN

Estableciéndose un procedimiento que permita:

- DETERMINAR DISPOSICIONES INMEDIATAS (CORRECCIONES)
- IMPLEMENTAR DISPOSICIONES INMEDIATAS (CORRECCIONES)
- HACER SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE DISPOSICIONES INMEDIATAS (CORRECCIONES)
- DETERMINAR LAS CAUSAS
- EVALUAR LA NECESIDAD DE ADOPTAR ACCIONES
- DETERMINAR ACCIONES
- REGISTRAR LAS ACCIONES
- IMPLEMENTAR ACCIONES CORRECTIVAS (Según análisis de causa)
- VERIFICAR LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS
- EVALUAR LA EFICACIA DE LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS
- DETERMINACIÓN DEL IMPACTO DE LA NO CONFORMIDAD

Generándose el registro correspondiente cuyo formato lleva por nombre “Formulario de acciones correctivas” y “Formulario de acciones preventivas”. Acciones que son controladas a través de una planilla de control de acciones correctivas y preventivas.



#### 4.1) Acción preventiva

Para la detección de una acción preventiva se utiliza los indicadores cuantitativos y cualitativos de desempeño del SGC y oportunidades de mejora recomendadas en procesos de auditoría, además de sugerencias de mejora del personal de la organización.

Una vez detectada una Potencial No Conformidad el/la Coordinador/a de Procesos y Calidad completa el “Formulario de acciones preventivas” registrando en el mismo los datos solicitados.

El/la Coordinador/a de Procesos y Calidad lleva el control de las acciones preventivas a través de la Planilla de Control de Acciones Preventivas.

De ser necesario, el/la Coordinador/a de Procesos y Calidad. Solicita al Director/a DEC los recursos adecuados para implementar la Acción Preventiva definida.

Cumplido el plazo de implementación (plazo para el levantamiento de la acción-corrección-disposición inmediata), el Coordinador de Procesos y Calidad realiza directamente el seguimiento al tratamiento de la acción o designa un responsable del seguimiento, quien verifica la implementación y la efectividad de la Acción Preventiva correspondiente.

El Coordinador/a de Procesos y Calidad, con los antecedentes del seguimiento efectuado, actualiza la Planilla de Control de Acciones Preventivas.

Si la información indica que la Acción Preventiva fue implementada y fue efectiva, el Coordinador/a de Procesos y Calidad cierra el ciclo para esa potencial No Conformidad. En caso contrario, fija un nuevo seguimiento.

Realizada la verificación de cumplimiento de la efectividad de la implementación de la acción correctiva, el coordinador de procesos y calidad registra el estado definitivo de CERRADO en formulario de acciones preventivas para dar por finalizado el proceso.

La información de la Planilla de Control de Acciones Preventivas, constituye un input para la preparación del Resumen Ejecutivo que el Coordinador/a de Procesos y Calidad presenta a la Revisión de Gerencia.

#### 4.2) Acción correctiva

Se realizará tratamiento a todas las No conformidades y Observaciones emanadas de procesos de auditorías de certificación y de seguimiento, así como también las No conformidades detectadas por la propia organización. Abriendo en éste caso una acción correctiva, completando el “Formulario de acciones correctivas” registrando los datos solicitados en el mismo y declarando las acciones



comprometidas. La Dirección establece según sea el caso, no acoger una determinada OBSERVACION, dejándolo declarado en el formulario de hallazgos y en planilla de control de hallazgos.

De ser necesario, el/la Coordinador/a de Procesos y Calidad solicita al Director/a DEC los recursos adecuados para **implementar la Acción Correctiva**.

Cumplido el plazo de implementación, el/la Coordinador de procesos y Calidad realiza seguimiento, quien **verifica la implementación** y la efectividad de la Acción Correctiva correspondiente.

El Coordinador/a de Procesos y Calidad, con la información del seguimiento efectuado actualiza la Planilla de Control de Acciones Correctivas.

Si la información indica que la Acción Correctiva fue implementada y fue efectiva, el Coordinador/a de Procesos y Calidad cierra el ciclo para esa No Conformidad. En caso contrario, fija un nuevo seguimiento.

Realizada la **verificación de cumplimiento de la efectividad de la implementación de la acción correctiva**, el coordinador de procesos y calidad registra el estado definitivo de CERRADO en formulario de acciones correctivas para dar por finalizado el proceso.

Según la planificación del Sistema de la Calidad, la **verificación de la eficacia de las acciones correctivas/ preventivas** se realizará en los meses de junio, septiembre y diciembre.

La información de la Planilla de Control de Acciones Correctivas, constituye un input para la preparación del Resumen Ejecutivo que el Coordinador/a de Procesos y Calidad presenta a la Revisión de Gerencia.

#### HERRAMIENTAS DE ANALISIS DE CAUSA:

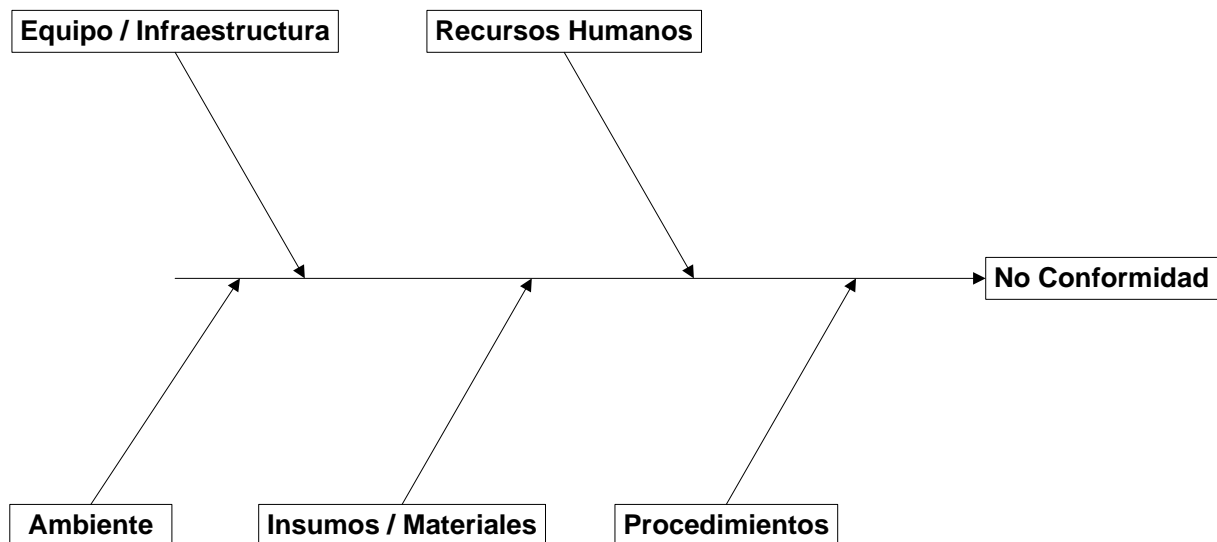
El/la Coordinador/a de Procesos y Calidad, analizando los datos disponibles y/o utilizando el Diagrama de Causa y Efecto (ISHIKAWA) y análisis de los 5 porqué predetermina causas del problema y plan de acción correctiva que permita eliminar la causa raíz del problema y, con ello evitar que la NC y OB vuelva a presentarse en la organización. Las causas predeterminadas y el plan de acción predeterminado se someten a consulta y retroalimentación del comité de análisis de acciones correctivas y preventivas, que sesiona cada vez que es solicitado por la coordinadora de procesos.

El método de trabajo para determinar las causas de las no conformidades es el siguiente:



- a) Análisis de datos e información del hallazgo. Esto lo realiza directamente la Coordinadora de Procesos y Calidad o bien con el apoyo del Director de la organización y/o el Asesor en gestión.
- b) Trabajar en el modelo causa-efecto y cinco porqués, directamente en el formulario de hallazgos Aquí se debe determinar las posibles causas que generan la no conformidad, teniendo como “cabezas de serie” los siguientes conceptos: Recursos humanos, Equipo/infraestructura, Ambiente, Insumo/materiales y Procedimientos.
- c) Concluir, en base a la experiencia y datos recopilados, cuáles de las posibles causas contenidas en el diagrama causa-efecto, son las causas básicas de la no conformidad.
- d) Registrar los resultados en el registro denominado “Informe de hallazgos” (auditorías internas y externas).

Diagrama causa-efecto para determinar causas de las no conformidades, potenciales no conformidades y observaciones.



Nota:

- Las acciones correctivas derivadas de Auditorías Internas se tratarán a través del procedimiento de acciones correctivas, y se controlarán a través de la Planilla de control de hallazgos de acciones correctivas.
- Las acciones preventivas y correctivas del sistema derivadas del servicio y las derivadas de Auditorías de seguimiento y certificación, se tratarán a través de formulario de acciones preventivas y correctivas respectivamente, y se controlarán por medio de la planilla de control de hallazgos.



- En reunión de Revisión de la Dirección se analiza la efectividad de las Acciones Correctivas definidas.
- Cuando el Director/a lo requiera puede solicitar al El Coordinador/a de Procesos y Calidad un informe o estadística sobre las Acciones Correctivas, adicionalmente a lo mostrado en la Revisión de la Dirección.

La DEC determina realizar seguimiento y monitoreo a acciones correctivas y preventivas comprometidas y el seguimiento de las acciones al inicio de cada mes.

## 5. CONTROL DE REGISTROS

Identificación Del registro	Almacenamiento	Protección	Recuperación	Tiempo retención y disposición
Planilla de Control de Acciones Correctivas	Planilla de Control de Acciones correctivas/registro/ Carpeta Documentos de Calidad DEC-UCT escritorio PC Coordinadora de Procesos y Calidad	Grabación en disco duro externo	Disco externo. Desde PC Coordinadora procesos y calidad	Permanente y actualizar
Planilla de Control de Acciones Preventivas	Planilla de Control de Acciones preventivas/ registro/ Carpeta Documentos de Calidad DEC-UCT/escritorio PC Coordinadora de Procesos y Calidad	Grabación en disco duro externo	Disco externo. Desde PC Coordinadora procesos y calidad	Permanente y actualizar
Formulario de acciones correctivas	Archivador "Registros de Acciones correctivas / preventivas" Oficina del Coordinador/a de Procesos y Calidad. Por fecha	Grabación en disco duro externo	Disco externo. Desde PC Coordinadora procesos y calidad	Permanente y actualizar
Formulario de acciones correctivas.	Carpeta Acciones correctivas/registros/ Carpeta Documentos de Calidad DEC-UCT/escritorio PC Coordinadora de Procesos y Calidad	Grabación en disco duro externo	Disco externo. Desde PC Coordinadora procesos y calidad	Permanente y actualizar
Formularios de Acciones Preventivas	Archivador "Registros de Acciones correctivas / preventivas" Oficina del	Grabación en disco duro externo	Disco externo. Desde PC Coordinadora	Permanente y actualizar



	Coordinador/a de Procesos y Calidad. Por fecha		procesos y calidad	
Formulario de acciones preventivas.	Carpeta Acciones preventivas/registros/ Carpeta Documentos de Calidad DEC- UCT/escritorio PC Coordinadora de Procesos y Calidad	Grabación en disco duro externo	Disco externo. Desde PC Coordinadora procesos y calidad	Permanente y actualizar

## 6. LISTA DE DISTRIBUCIÓN

Coordinador/a de procesos y calidad:

- Acceso directo a carpeta digital procedimiento documentados/procedimiento de acciones correctivas.

## 7. TABLA DE MODIFICACIONES

REVISION	PAG. MODIFICADA	MOTIVO DEL CAMBIO	FECHA APROBACION	APROBO
05	9	Se modifica lista de distribución. Y se modifican nombres de cargos personal	29.06.2013	Claudio Escobedo Director
06	4-5	Se describe en detalle, el método de trabajo para determinar las causas de las no conformidades Y se indica el diagrama ISIKAWA	09.08.2013	Claudio Escobedo Director
06	6	Se rectifica el tipo de protección para los registros de calidad.	09.08.2013	Claudio Escobedo Director
07	2	Se readecuó procedimiento indicando los criterios para la revisión y el tratamiento de no conformidades y tratamiento de no conformidades potenciales.	16.06.2014	Claudio Escobedo Director
07	Todas	Se modifica encabezado por cambio de vicerrectoría	16.06.2014	Claudio Escobedo Director
07	11	Se modifica acceso en lista de distribución y anexos. Se indica que documentos están disponibles en dropbox.	16.06.2014	Claudio Escobedo Director
08	10	Se modifica lugar de disposición de anexos. Punto 8.	02.07.2014	Claudio Escobedo Director
09	Todas	Se modifica encabezado de página dado que cambia logo DEC	13.03.2015	Claudio Escobedo Director
10	Todas	Cambia logo	10/06/2016	Claudio Escobedo Director
10	5	Cambia, • se tratarán a través del procedimiento de auditoría interna y informe de control de hallazgos, y se controlarán a través de la Planilla de control de hallazgos de auditoría interna. Quita: en hojas por separado y separadas por año	10/06/2016	Claudio Escobedo Director
10	6	Indica que: La DEC determina realizar seguimiento y monitoreo a acciones correctivas y preventivas comprometidas y el seguimiento de las acciones al inicio de cada mes. Y modifica lo indicado que hace referencia a que se hace al termino de mes en ocasión de reunión de calidad, por esta no son periódicas.	10/06/2016	Claudio Escobedo Director

Contacto

[econtinua@uctemuco.cl](mailto:econtinua@uctemuco.cl)  
<https://econtinua.uctemuco.cl/>

+56 45 2 205 397



11	todas	Cambia formato de hoja que actualiza logo y pie de pagina	15/12/2016	Claudio Escobedo Director										
11	1	. Está dirigido a las Potenciales No Conformidades y No conformidades detectadas en el	15/12/2016	Claudio Escobedo Director										
11	7	<p>Con el objeto de tender hacia el cuidado de la casa común. Evitar imprimir. Se implementa la acción de almacenar registros sólo en digital.</p> <table border="1"> <tr> <td>Formulario de acciones correctivas. Desde presente actualización en adelante.</td> <td>Carpeta Acciones correctivas/ registros/ Carpeta Documentos de Calidad DEC-UCT/escritorio PC Coordinadora de Procesos y Calidad</td> <td>Grabación en disco duro externo</td> <td>Disco externo. Desde PC Coordinadora procesos y calidad</td> <td>Permanente y actualizar</td> </tr> <tr> <td>Formulario de acciones preventivas. Desde presente actualización en adelante.</td> <td>Carpeta Acciones preventivas/ registros/ Carpeta Documentos de Calidad DEC-UCT/escritorio PC Coordinadora de Procesos y Calidad</td> <td>Grabación en disco duro externo</td> <td>Disco externo. Desde PC Coordinadora procesos y calidad</td> <td>Permanente y actualizar</td> </tr> </table>	Formulario de acciones correctivas. Desde presente actualización en adelante.	Carpeta Acciones correctivas/ registros/ Carpeta Documentos de Calidad DEC-UCT/escritorio PC Coordinadora de Procesos y Calidad	Grabación en disco duro externo	Disco externo. Desde PC Coordinadora procesos y calidad	Permanente y actualizar	Formulario de acciones preventivas. Desde presente actualización en adelante.	Carpeta Acciones preventivas/ registros/ Carpeta Documentos de Calidad DEC-UCT/escritorio PC Coordinadora de Procesos y Calidad	Grabación en disco duro externo	Disco externo. Desde PC Coordinadora procesos y calidad	Permanente y actualizar	15/12/2016	Claudio Escobedo Director
Formulario de acciones correctivas. Desde presente actualización en adelante.	Carpeta Acciones correctivas/ registros/ Carpeta Documentos de Calidad DEC-UCT/escritorio PC Coordinadora de Procesos y Calidad	Grabación en disco duro externo	Disco externo. Desde PC Coordinadora procesos y calidad	Permanente y actualizar										
Formulario de acciones preventivas. Desde presente actualización en adelante.	Carpeta Acciones preventivas/ registros/ Carpeta Documentos de Calidad DEC-UCT/escritorio PC Coordinadora de Procesos y Calidad	Grabación en disco duro externo	Disco externo. Desde PC Coordinadora procesos y calidad	Permanente y actualizar										
11	10	Cambia en punto 7. Dropbox por google drive	15/12/2016	Claudio Escobedo Director										
12	1	Quita texto: , y en la Norma ISO 90001/2008	07/06/2017	Claudio Escobedo Director										
12	2	Quita texto: El/la Coordinador/a de procesos y calidad informa al Director de la DEC la situación que se encuentra afectando el sistema y consulta si la situación amerita o no llevar a cabo un análisis de causa y determinación del plan de acción correctiva que permitirá determinar la causa raíz del problema y con ello evitar que la potencial no conformidad vuelva a producirse.	07/06/2017	Claudio Escobedo Director										
12	4	Se HERRAMIENTAS DE ANALISIS DE CAUSA	07/06/2017	Claudio Escobedo Director										
12	4	Se incorpora e inserta texto: y análisis de los 5 porqué predetermina .Las causas predeterminadas y el plan de acción predeterminado se someten a consulta y retroalimentación del comité de análisis de acciones correctivas y preventivas, que sesiona cada vez que es solicitado por la coordinadora de procesos.	07/06/2017	Claudio Escobedo Director										
12	4	Se quita texto: (modelo se presenta más adelante). podrá	07/06/2017	Claudio Escobedo Director										
12	Todas	Se cambia el formato del documento, a formato de instructivo	07/06/2017	Claudio Escobedo Director										
12	11	Se cambia asistente por secretarias en lista de distribución	07/06/2017	Claudio Escobedo Director										
12	13	Quita texto: Para el análisis de causa y determinación del plan de acción el/la Coordinador/a de Procesos y Calidad solicita la intervención del Director/a DEC.	07/06/2017	Claudio Escobedo Director										
13	4	Según la planificación del Sistema de la Calidad, verificación de la eficacia de las acciones correctivas se realizará en los meses de junio, septiembre y diciembre.	25/06/2018	Claudio Escobedo Director										
14	Todas	Se cambia formato de hoja de documento	02/08/2019	Claudio Escobedo Director										

Contacto

[econtinua@uctemuco.cl](mailto:econtinua@uctemuco.cl)  
<https://econtinua.uctemuco.cl/>  
+56 45 2 205 397





14	2	Se cambia la forma de almacenamiento. De físico a digital. Se elimina frase: desde la presente actualización en adelante.	02/08/2019	Claudio Escobedo Director
14	2	Se inserta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• DETERMINAR DISPOSICIONES INMEDIATAS (CORRECCIONES)</li> <li>• IMPLEMENTAR DISPOSICIONES INMEDIATAS (CORRECCIONES)</li> <li>• HACER SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE DISPOSICIONES INMEDIATAS (CORRECCIONES)</li> <li>•</li> <li>• IMPLEMENTAR ACCIONES CORRECTIVAS (Según análisis de causa)</li> <li>• VERIFICAR LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS</li> <li>• DETERMINACIÓN DEL IMPACTO DE LA NO CONFORMIDAD</li> </ul>	02/08/2019	Claudio Escobedo Director
14	3	Se elimina control de cambio de los años 2011-2012	02/08/2019	Claudio Escobedo Director
14		Se agrega a frase "verificación de la eficacia de las acciones correctivas", lo siguiente "/ preventivas".	02/08/2019	Claudio Escobedo Director

## 8. ANEXOS.

Se encuentran ubicado en Carpeta Documentos de Calidad DEC- UCT/formatos/escritorio PC Coordinadora de Procesos y Calidad:

- Anexo 1: Planilla de control de acciones correctivas.
- Anexo 2: Planilla de control de acciones preventivas.
- Anexo 3: Formulario de acciones preventivas.
- Anexo 4: Formulario de acciones correctivas.