

		PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA		
VERSIÓN: 02	RESPONSABLE: JEFE DE CONTROL INTERNO	FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN: 9-05-2023	PÁGINA: 1 DE 9	CÓDIGO: CI-P-004

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos para identificar, reportar, analizar y eliminar las causas e implementar acciones correctivas, preventivas o mejora para no conformidades potenciales y reales, incluyendo quejas del cliente, desviaciones de producto y/o servicios, además de la asignación de responsabilidades.

2. ALCANCE

Es de aplicación obligatoria en todas las áreas de la organización, cada vez que se detecte un incumplimiento o riesgo de incumplimiento de los requisitos estipulados por la Lotería del Tolima y el cliente.

3. DEFINICIONES

ACCIÓN CORRECTIVA

Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable, y prevenir que vuelva a ocurrir.

ACCION DE MEJORA

Acción tomada para mejorar una situación que no representa una no conformidad real ni potencial, pero que puede hacerse de una mejor manera para aumentar la eficacia o calidad del servicio.

ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ: Es el análisis de las causas que generan un problema, no conformidad o situación indeseada.

MEJORA CONTINUA

Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos

CAUSA RAÍZ

Motivo o razón por la cual se presenta una No Conformidad

PRODUCTO NO CONFORME

Es el resultado tangible de un proceso que no cumple con algún requisito de funcionamiento especificado para dicho producto.

VERIFICACIÓN

Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.

HALLAZGO: “*Algo encontrado*”. Corresponde a la identificación de una situación que no cumple con un requerimiento, o condición establecida; que podría llegar a no cumplir aquello establecido o que podría permitir mejorar algún aspecto de la gestión.

		PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA		
VERSIÓN: 02	RESPONSABLE: JEFE DE CONTROL INTERNO	FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN: 9-05-2023	PÁGINA: 2 DE 9	CÓDIGO: CI-P-004

CUMPLIMIENTO: Acción y efecto de cumplir con un determinado requerimiento en periodos de tiempos establecidos.

CONFORMIDAD: Cumplimiento de un requisito.

NO CONFORMIDAD (NC): Incumplimiento de un requisito. Ej.: Legal, Contractual, Normativo, Cliente, norma ISO 9001.

NO CONFORMIDAD MENOR, NCM: Incumplimiento puntual, único de un requisito de la norma de certificación que no afecta la capacidad de cumplir los requisitos especificados.

NO CONFORMIDAD MAYOR, NCM: Incumplimiento que ocasiona una falla total del Sistema de Gestión para cumplir un requisito de la norma de certificación o una falla que reduce la capacidad de cumplir requisitos especificados. Un número de no conformidades menores contra un requisito puede representar una falla total del sistema y por tanto ser consideradas como una no-conformidad mayor.

4. CONDICIONES GENERALES

Las Acciones Correctivas y de mejora realizadas en el Sistema Integrado de Gestión de Calidad de la **Lotería del Tolima E.I.C.E.**, se toman básicamente de los problemas detectados o manifestados por los clientes internos o externos. Los clientes internos se determinan en todos los procesos de la Empresa. Se tienen en cuenta todas las fuentes adecuadas de información tales como procesos y operaciones de trabajo que afecten el Sistema Integrado de Gestión de Calidad, los resultados de las auditorías, los registros, quejas y reclamos de los clientes, el control estadístico de los procesos y la revisión gerencial.

Las fuentes desde las cuales se pueden identificar las diferentes acciones son:

ACCIONES CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORA
Control de No conforme	Análisis del entorno, tendencia en las ventas
No conformidades identificadas en auditorías internas y externas.	Aspectos de Legislación o socioeconómicos
Quejas y reclamos	Aspectos estratégicos y tecnológicos
Revisión de satisfacción del cliente	Acciones de mejora identificadas en auditorías internas y externas.
Incumplimiento de Objetivos de Calidad	Alianzas estratégicas
Desempeño de proveedores	Análisis de competencia
Desempeño de procesos	Minimización de riesgos, ahorro costos y prevención errores.
Desviación importante de requisitos	Planes de contingencia frente a posibles eventualidades

		PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA		
VERSIÓN: 02	RESPONSABLE: JEFE DE CONTROL INTERNO	FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN: 9-05-2023	PÁGINA: 3 DE 9	CÓDIGO: CI-P-004

4.1. MÉTODO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Cuando algún colaborador detecta un problema real o potencial por medio de los aspectos nombrados anteriormente, que pueda afectar la calidad del servicio suministrado por **Lotería del Tolima E.I.C.E.**, lo manifiesta ante la Gerencia.

La gerencia identifica el problema y en Comité del sistema integrado de gestión de calidad SIGC, cita a las personas involucradas para que en conjunto se analice el problema a través de la metodología: lluvia de ideas y/o aplicación del diagrama causa y efecto. Por estos métodos, se identifica la verdadera causa del problema y se define un plan de acción que permita solucionar o prevenir la dificultad el cual debe quedar evidenciado en acta respectiva. Reporte de Seguimiento y Mejora; de tal manera que las personas que requieran documentar una acción correctiva y de mejora.

Los métodos que aplicamos en la Solución de Problemas son:

4.1.1. LLUVIA DE IDEAS:

Es una técnica para estimular el pensamiento creativo del equipo interdisciplinario, con el propósito de generar y aclarar una lista de ideas, problemas o asuntos.

La lluvia de ideas tiene dos fases:

- La fase creativa: Todos los integrantes del grupo generan un listado de ideas que pueden estar ocasionando el problema. El objetivo es generar tantas ideas como sea posible.
- La fase de aclaración: El equipo de trabajo revisa la lista de ideas para asegurarse que todos los participantes en la sesión entienden las ideas y procedan a su evaluación.

Una vez evaluadas las ideas factibles, identificado el problema y su solución, se procede a realizar un plan de acción que permita la rápida implementación definitiva de la acción correctiva.

4.1.2. DIAGRAMA CAUSA Y EFECTO

El diagrama de causa y efecto es una herramienta utilizada para dilucidar y presentar relaciones entre un efecto dado y sus causas potenciales. Las muchas causas potenciales se organizan en categorías principales y subcategorías, en tal forma que la presentación se parece a un esqueleto de pescado. Por esto, la herramienta también se conoce como Diagrama de Espina de Pescado.

La aplicación de este método de Solución de Problemas se realiza de la siguiente manera:

		PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA		
VERSIÓN: 02	RESPONSABLE: JEFE DE CONTROL INTERNO	FECHA DE INICIO/ ACTUALIZACIÓN: 9-05-2023	PÁGINA: 4 DE 9	CÓDIGO: CI-P-004

- Se define el efecto en forma clara y concisa.
- Se definen las principales categorías de causas posibles.

Los factores por considerar incluyen:

- Datos y Sistemas de Información
- Ambiente
- Equipo
- Materiales
- Mediciones
- Métodos
- Personas

Se comienza a elaborar el diagrama, definiendo el efecto en una caja ubicada al lado derecho y colocando las categorías principales como alimentadores de la caja del efecto.

Se desarrolla el diagrama analizando y escribiendo todas las causas el nivel siguiente, y se continúa este procedimiento hasta los niveles de orden superior. Un diagrama bien desarrollado no tendrá ramas de menos de dos niveles y muchas con tres o más niveles.

Se selecciona y se identifica un pequeño número de las causas de nivel superior que posiblemente tengan la mayor incidencia sobre el efecto y que requieran acción adicional, tal como recolección de datos, esfuerzo de control, etc.

4.1.3 METODOLOGÍA 5 POR QUÉ

Los 5 Por que's es una técnica sistemática de preguntas utilizada durante la fase de análisis de problemas para buscar sus posibles causas principales.

La técnica requiere que se pregunte "por qué" al menos cinco veces, o se trabaje a través de cinco niveles de detalle. Una vez que sea difícil responder al "por qué", la causa más probable habrá sido identificada.

Se utiliza de la siguiente forma:

- Se comienza realizando una lista de ideas, normalmente utilizando un Diagrama de causa y efecto.
- Una vez se hayan identificado las causas, se empieza a preguntar "¿por qué es así?" o "¿por qué está pasando esto?"
- Se continúa preguntando por qué al menos cinco veces. Esto permite buscar a fondo y no conformarse con causas ya "probadas y ciertas".
- Surgirán ocasiones donde se podrá ir más allá de las cinco veces preguntando por qué para poder obtener las causas principales.

		PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA		
VERSIÓN: 02	RESPONSABLE: JEFE DE CONTROL INTERNO	FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN: 9-05-2023	PÁGINA: 5 DE 9	CÓDIGO: CI-P-004

- Durante este tiempo se debe tener cuidado de no empezar a preguntar “¿Quién?”. Hay que recordar que el proceso debe enfocarse hacia los problemas y no hacia las personas involucradas.

4.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Para la descripción del problema se debe tener en cuenta lo siguiente:

- ¿Existe alguna evidencia, que el problema se haya presentado con anterioridad?
- ¿Cuál es el alcance del problema?
- ¿El problema ha estado aumentando, disminuyendo o permaneciendo constante?
- ¿El proceso es estable?
- ¿Existen indicadores que permitan cuantificar el problema?
- ¿Puede determinarse la severidad del problema?
- ¿Pueden determinarse los costos del problema?
- Cuando sea no conformidad de auditoría interna hay que tener en cuenta que la redacción del problema sea en forma clara y sencilla, además que contenga la evidencia con la cual se demuestra el incumplimiento e incluir el requisito incumplido.

El problema potencial se redacta en términos futuros donde se identifica el riesgo potencial, se pueden utilizar términos como: Podría, a futuro se ve, más adelante se puede evidenciar que, etc.

4.3. IMPLEMENTAR Y VERIFICAR CORRECCIONES

Cuando sea necesario adoptar una corrección para algún proceso, esta se evalúa por el responsable del proceso y/o procesos involucrados para determinar sus efectos. Estas correcciones pueden ser adoptadas por los responsables de los procesos respectivos.

Muchas acciones temporales o intermedias se olvidan fácilmente porque se consideran como soluciones permanentes al problema. Estas acciones sólo enfrentan el problema y sólo pueden ser consideradas como primeros auxilios inmediatos, que deben ser revisados rápidamente y deben desaparecer a corto plazo.

Después de implementar acciones intermedias, estas deben ser verificadas por la persona que toma la respectiva acción midiendo su efectividad en términos cuantificables.

4.4. PUESTA EN MARCHA Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS

Una vez determinada la causa del problema y su solución por medio de la lluvia de ideas, y/o del diagrama causa efecto, se definen los responsables de ejecutar el plan de acción y el periodo en el cual se ejecuta.

		PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA		
VERSIÓN: 02	RESPONSABLE: JEFE DE CONTROL INTERNO	FECHA DE INICIO/ACTUALIZACIÓN: 9-05-2023	PÁGINA: 6 DE 9	CÓDIGO: CI-P-004

El responsable de verificar el cumplimiento y efectividad del plan de acción tomado, durante el tiempo de ejecución y a la finalización del mismo.

4.5. SEGUIMIENTO

El seguimiento se realiza a través del formato CI-R-015 plan y seguimiento de acciones correctivas y de mejoras que contiene los datos fundamentales de la Acción correctiva y/o de mejora, dejando registrado allí cada seguimiento que se realiza y el nivel de eficacia una vez se cierra la acción. (Una acción se considera cerrada una vez cumple los objetivos propuestos o se desecha totalmente la idea)

5.0. Reporte de No Conformidades del Sistema de Gestión

El registro de las no conformidades de proceso derivadas de auditorías, inspecciones, revisiones de procesos, desempeño de procesos, revisiones gerenciales y quejas de clientes se realizan en el formato CI-R-010 Formato de seguimiento de acciones correctivas y de mejora.

5.1. TRATAMIENTO DE NO CONFORMIDADES DEL SIGC

ETAPA	QUE HACER	RESPONSABLE	HERRAMIENTA
1. identificación de la no conformidad	Definir claramente la no conformidad y reconocer su importancia.		N/A
2. Aplicación de la acción inmediata o corrección	Realizar acciones inmediatas para eliminar la no conformidad / mitigar las consecuencias en el sistema de gestión, removiendo el síntoma encontrado o realizando acciones necesarias para retornar a condición de normalidad.	Cualquier empleado de la Lotería del Tolima que detecte una no conformidad real o potencial	Si son modificaciones, actualizaciones y/o creación de procedimientos y/o formatos de realiza la solicitud por medio del formato de DI-R-008 y aprobación por el comité institucional de gestión y desempeño.
3. Reporte de la No Conformidad / incidente	Reportar la anomalía tan pronto sea identificada para su corrección inmediata.		Para reportar observaciones y/o No conformidades de calidad de todos los procesos, se hace por medio del formato CI-R-010
4. Investigación de la No Conformidad.	Recolectar información que permite entender la naturaleza de la no conformidad.		Análisis de causa.
5. Análisis de causas	Analizar la información para descubrir las causas fundamentales de la no conformidad, con el fin de establecer el Plan de acción que elimine su recurrencia y asignar el responsable de la implementación.	Persona o grupo de personas a cargo de la investigación	Análisis de Causa Raíz (Diagrama de causa y efecto, Método 5 porqués, Mapa de Causa). Herramientas de análisis de causa raíz.

VERSIÓN: 02

RESPONSABLE:
JEFE DE CONTROL INTERNO

FECHA DE INICIO/
ACTUALIZACIÓN:
9-05-2023

PÁGINA:
7 DE 9

CÓDIGO:
CI-P-004

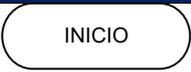
6. Identificación e Implementación de Acciones correctivas y preventivas	Establecer las acciones correctivas y preventivas necesarias e implementarlas a través de un plan de acción que defina las acciones a tomar, el responsable y los plazos de cumplimiento	La(s) persona(s) asignada(s) como responsable(s) de la implementación de la acción correctiva o Preventiva serán los dueños de los procesos. La aplicación del control para asegurar la implementación de las acciones correctivas y preventivas es responsabilidad del dueño del proceso.	La persona asignada para establecer las acciones correctivas/preventivas debe establecer un plan de acción que debe: <ul style="list-style-type: none"> • Identificar y documentar la causa raíz de la NCN real o potencial. • Contener las acciones recomendadas para eliminar la causa raíz identificada. • Evidencia del cierre de las acciones.
--	--	--	---

Nota: Las observaciones generadas durante los diferentes procesos de auditoria se evaluarán por parte del jefe del proceso y del Representante auditoría interna de la entidad para decidir si se debe realizar análisis de causa raíz o solo corrección teniendo en cuenta lo siguiente:

- Si se trata de un hecho aislado que no representa un riesgo de incumplimiento potencial de algún requisito legal, del cliente o de los requisitos del SIGC, o cualquier otro requisito; se realizará solo la corrección del hecho reportado, para lo cual se documentará la justificación correspondiente. En caso contrario, se debe hacer el análisis de causa raíz correspondiente de acuerdo con alguna de las metodologías establecidas.

Nota 2: Las oportunidades de mejora detectadas durante los procesos de auditoria tanto internas como externas se deben realizar las respectivas correcciones o actualizaciones, dependiendo de la naturaleza de esta, sin necesidad de realizar investigación y análisis de causa raíz.

6.0. PROCEDIMIENTO

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
			
1	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Identifica las no conformidades u observaciones detectadas según las fuentes registra en el Formato CI-R-010 Formato de seguimiento de acciones correctivas y de mejora </div>	Proceso/funcionario	



VERSIÓN: 02
RESPONSABLE:
JEFE DE CONTROL INTERNO
FECHA DE INICIO/
ACTUALIZACIÓN:
9-05-2023
PÁGINA:
8 DE 9
CÓDIGO:
CI-P-004

No	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
2	Identifica las posibles causas para la no conformidad real o potencial encontrada	Líder de Proceso	
3	Establece cual es la causa raíz. (Metodología 5 Porques) (CI-R-014 matriz de análisis de causa) Solo para No conformidades	Líder de Proceso	
4	Asignar a un funcionario la ejecución de la acción correctiva, y de Mejora para la eliminación de la no conformidad real o potencial u observación. Tramita los recursos necesarios.	Líder de Proceso	
5	Acuerda la fecha de los resultados, es decir la fecha de cierre de la no conformidad	Líder de Proceso	
8	Verifica el cierre de la no conformidad real o potencial y su eficacia una vez vencida el tiempo acordado cierra o deja observación. CI-R-015 Plan de acción no conformidades – acciones de mejora - observaciones	Jefe de control Interno	
9	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;"> <p style="text-align: center;">Cumple</p> </div> <div style="margin-right: 10px;"> <p>No →</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Solicitar Informe de justificación</p> </div> </div> <p style="margin-left: 20px;">Si ↓</p>	Jefe de control Interno	Se solicita al dueño del proceso, un informe donde se explique la razón del incumplimiento y presente alternativas.
10	Verifica la eficacia de las acciones tomadas, registrándolas en el espacio destinado para tal fin en el formato de acciones correctivas, y de mejora y actualiza en el plan de mejoramiento	Jefe de control Interno	
	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>FIN</p> </div>		

VERSIÓN: 02

RESPONSABLE:
JEFE DE CONTROL INTERNOFECHA DE INICIO/
ACTUALIZACIÓN:
9-05-2023PÁGINA:
9 DE 9CÓDIGO:
CI-P-004**Control de cambios**

Rev.	Fecha	Elaboro	Reviso / Aprobó	Observaciones y/o Ajustes
2	9-05-2023	Jefe de Control Interno	Comité de calidad	<ol style="list-style-type: none">1. Se modifica el cuadro de control de cambios con la Rev. y fecha de elaboración.2. Se modifica la codificación de los documentos de acuerdo con el procedimiento control de la información documentada.
1	30-06-2022	Jefe de Control Interno	Comité de calidad	<ol style="list-style-type: none">1. Se implementa el SIGC.2. Se actualiza por revisión y ajuste del formato del SIGC.
0	18-08-2020	Jefe de Control Interno	Comité de calidad	<ol style="list-style-type: none">1. Creación del documento