

PROCESO EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SIGC

**PROCEDIMIENTO DE
ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y
DE MEJORA.**

CUADRO CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	Fecha	Descripción del Cambio
01	19/08/2009	Creación (Reemplaza el Procedimiento de Acciones Correctivas V-ECI-P02 y Acciones Preventivas E-ADR-P01)
02	25/11/2009	Eliminar la Política N° 2 del Documento. Modificar la Actividad 2,9 y10
03	05/03/2010	Actualización de la versión de la Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública 1000:2009
04	01/06/2010	Inclusión de política relacionada con el término máximo para formular acciones de mejoramiento. Ajuste en la estructura de autoridad y responsabilidad del procedimiento. Ajuste en referencias de términos y definiciones directamente relacionados con el procedimiento. Modificación de actividades clarificando los criterios para la presentación de reportes de mejoramiento, el seguimiento a la formulación y aplicación de acciones, así como la definición de controles.
05	27/02/2013	MODIFICACIÓN (Sol 1225) Inclusión en el alcance de los criterios para la identificación y gestión de acciones de mejoramiento del Sistema Integrado de Gestión y Control al Sistema de Calidad del Laboratorio; Inclusión de nuevos criterios en el ítem Documentación de Referencia o Soporte conforme a los nuevos Sistemas de Gestión NTC ISO 14001, NTC ISO7IEC 17025 y NTC OHSAS 18001; Inclusión de nuevas Políticas relacionadas con el sistema de calidad implementado en el laboratorio de aguas y suelos; Cambios en la actividad 01 de las instrucciones donde se incluyen nuevas fuentes de información conforme al sistema de gestión ambiental y Sistema de Seguridad y Salud Ocupacional; Cambios en la Actividad 13 donde se incluye nota relacionada con el laboratorio de aguas y suelos.
06	21/05/2013	MODIFICACIÓN (Sol 1247) actualización del procedimiento conforme a la Directriz de Control Interno N003 del 2012, en las actividades 1, 3, 4, 5, 10, 13 y 14 de las instrucciones, igualmente responsables y registros respectivos; eliminación de la actividad 15 relacionada con evaluar la efectividad de las acciones debido a cambios en el formato de mejoramiento continuo versión 4, esta actividad se realizará mediante auditorías.
07	09/06/2014	MODIFICACIÓN (Sol 1465) actualización del procedimiento conforme a la Directriz de control interno N004 del 2013, actualización conforme al acuerdo del consejo directivo 1262 de diciembre de 2013.
08	16/12/2014	MODIFICACIÓN (Sol 1630) Se actualiza la Documentación de Referencia y soporte con el MECI2014-Plan de Mejoramiento



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL PARA LA DEFENSA DE LA
MESETA DE BUCARAMANGA -CDMB.**

CODIGO: V-ES-PR02	VERSIÓN: 12	ELABORÓ: Jefe Oficina Control Interno	REVISÓ: Delegado Dirección SIGC	APROBÓ: Director General
FECHA: 06/05/2025	PÁGINA: Pág. 2 de 18	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA.		

CUADRO CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del Cambio
09	24/08/2015	MODIFICACIÓN (Sol 1657) Se actualiza el documento de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none">• Se cambia el nombre del procedimiento de acciones correctivas y preventivas por procedimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora• Se actualiza los ítems de políticas, autoridad y responsabilidad, Documentación de referencia y soporte e instrucciones de acuerdo con las nuevas exigencias institucionales, directrices y normas internas y externas
10	24/10/2017	MODIFICACIÓN (Sol 2365) Se actualiza el documento de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none">• Se actualiza la versión de la NTC ISO9001:2008 por la NTC ISO9001:2015.• Inclusión política donde se excluye la aplicabilidad de este procedimiento para la identificación de acciones preventivas para el sistema de gestión de calidad bajo la norma NTC ISO9001:2015 y Sistema de Gestión Ambiental NTC ISO14001:2015 y se aclara el uso de las directrices del manual de administración del riesgo y se incluye política relacionada con laboratorios de aguas y suelos.• Cambio en las instrucciones.
11	01/08/2022	Modificación (Sol. 3221) Articulación del Sistema de Vigilancia de la Calidad del Aire – SVCA, inclusión de la competencia del auditor externo para la NTC ISO/ IEC 17025:2017
12	06/05/2025	Modificación (Sol. 3858) Se artículo el Laboratorio de aguas suelos e hidrobiológicos LASH.



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL PARA LA DEFENSA DE LA
MESETA DE BUCARAMANGA -CDMB.**

CODIGO: V-ES-PR02	VERSIÓN: 12	ELABORÓ: Jefe Oficina Control Interno	REVISÓ: Delegado Dirección SIGC	APROBÓ: Director General
FECHA: 06/05/2025	PÁGINA: Pág. 3 de 18	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA.		

1. OBJETO

Establecer la metodología necesaria para la identificación, formulación, seguimiento y control adecuado de acciones que orienten el mejoramiento continuo de la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema Integrado de Gestión y Control, a partir de la gestión de No Conformidades, No Conformidades Potenciales o Situaciones de Mejora.

2. ALCANCE

Las actividades descritas en el presente procedimiento son de aplicación a los diferentes Sistemas de Gestión implementados en la Entidad; desde la identificación, hasta el seguimiento y cierre de las acciones encaminadas a la mejora continua en procesos y servicios de la CDMB.

3. POLITICAS

- Los responsables de los diferentes procesos del Sistema Integrado de Gestión y Control son las personas encargadas de asegurar el seguimiento necesario al desempeño de los procesos, a fin de tomar las acciones necesarias para conducir la Mejora Continua, a partir de la eliminación de No Conformidades, No Conformidades Potenciales o la gestión de Situaciones de Mejora.
- Los resultados de Auditorías Internas, los Reportes de Acciones de Mejoramiento – RAM, las decisiones de Revisión por la Dirección, el Seguimiento a los Procesos, el Seguimiento a la Administración del Riesgo, las desviaciones en el Sistema de Calidad del Laboratorio de Aguas, Suelos e Hidrobiológicos (proceso analítico, resultados, instalaciones y condiciones ambientales, equipos, reactivos, entre otros), así como las Peticiones, Quejas y Reclamos, se constituyen en fuentes esenciales para la definición de acciones correctivas, preventivas y de Mejora conforme a los parámetros definidos en el presente procedimiento.
- Los responsables de procesos tendrán cinco (5) días hábiles contados a partir del día de la recepción del *Reporte de Acciones de Mejoramiento – V-ES-FO10*, para enviar diligenciado a la Oficina de Control Interno el respectivo Formato de Registro de Mejoramiento Continuo – V-ES-FO01.
- Los responsables de los procesos acatarán los criterios establecidos en las directrices que sobre el tema *emitan la Dirección General y la Oficina de Control Interno*.
- El Sistema de Calidad implementado para el Laboratorio de Aguas, Suelos e Hidrobiológicos – LASH complementa las directrices definidas en el presente procedimiento con los siguientes lineamientos:
 - Cuando se detecte una desviación dentro del sistema de calidad o de las operaciones técnicas, el funcionario que la identifica la registra en el formato Reporte de Trabajo No conformes del SVCA y LASH M-CA-FO146 y se la comunica al Líder técnico del Laboratorio y el líder de Aseguramiento de la Calidad para definir la acción a tomar.
 - En el momento que se presenten no conformidades o trabajos No conformes que afecten el desarrollo del proceso analítico y la obtención de resultados, el Líder técnico del laboratorio en consenso con el Líder de aseguramiento de la calidad, debe ordenar la suspensión de las actividades relacionadas los trabajos. La reanudación de las actividades estará condicionada a la definición y aplicación de una corrección / acción correctiva que elimine la situación de desviación detectada, y esta solo puede ser autorizada por el líder del laboratorio.
 - Las acciones correctivas en el proceso analítico están orientadas a cumplir con los lineamientos del control de calidad analítico y se pueden adelantar durante el proceso analítico cuando sea necesario o



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL PARA LA DEFENSA DE LA
MESETA DE BUCARAMANGA -CDMB.**

CODIGO: V-ES-PR02	VERSIÓN: 12	ELABORÓ: Jefe Oficina Control Interno	REVISÓ: Delegado Dirección SIGC	APROBÓ: Director General
FECHA: 06/05/2025	PÁGINA: Pág. 4 de 18	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA.		

cuando los datos del control de calidad lo indiquen. Las posibles acciones correctivas incluyen, pero no se limitan a repetición de análisis, chequeo de cálculos, re calibración de equipos, preparación de estándares y blancos nuevos, entrenamiento adicional a los analistas, entre otras.

- El Sistema de vigilancia de la calidad del aire – SVCA complementa las directrices definidas en el presente procedimiento con el siguiente lineamiento:

A partir de la identificación y el tratamiento de trabajos y salidas no conformes propias del SVCA se podrán iniciar acciones correctivas, preventivas y de mejora para ello será el líder del proceso el responsable de reportar las necesidades de mejora.

4. AUTORIDAD Y RESPONSABILIDAD

La Dirección General, en sesión de Comité Coordinador del SIGC, cuenta con la facultad para aprobar cambios en las acciones, plazos y/o responsables determinados para la gestión de planes de mejoramiento de procesos.

Todos los funcionarios de la Entidad son responsables de adoptar una cultura de autocontrol, representada por la identificación, formulación y aplicación de acciones que orienten el mejoramiento continuo del Sistema Integrado de Gestión y Control, a través de los Reportes de Acciones de Mejoramiento - RAM (V-ES-FO10) y de los Formatos de Registro de Mejoramiento Continuo - RMC (V-ES-FO01).

Para el SVCA y el LASH, el líder de aseguramiento de la calidad se encarga de gestionar y apoyar el levantamiento de trabajos no conformes que lleven a una acción correctiva, preventiva o de mejora, a través de la recolección de las evidencias para el cierre de las actividades.

La Oficina de Control Interno es responsable de realizar seguimiento a las acciones que se establezcan en los Formatos de Mejoramiento Continuo, en atención de criterios de oportunidad y objetividad.

5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA O SOPORTE

- Norma Técnica de Calidad NTC ISO 9001: Vigente
- Norma Técnica de Calidad NTC ISO 45001: Vigente
- Norma Técnica de Calidad NTC ISO/IEC 17025:2017
- Norma Técnica de Calidad NTC ISO 14001: Vigente
- Modelo Estándar de Control Interno - MECI 2014
- Reporte de Acciones de Mejoramiento
- Inventario de Acciones de Mejoramiento
- Registro de Mejoramiento Continuo
- Mapa de Riesgos



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL PARA LA DEFENSA DE LA
MESETA DE BUCARAMANGA -CDMB.**

CODIGO: V-ES-PR02	VERSIÓN: 12	ELABORÓ: Jefe Oficina Control Interno	REVISÓ: Delegado Dirección SIGC	APROBÓ: Director General
FECHA: 06/05/2025	PÁGINA: Pág. 5 de 18	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA.		

6. TERMINOLOGÍA

Acción Correctiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

NOTA 1 Puede haber más de una causa para una no conformidad.

NOTA 2 La acción correctiva se toma para prevenir que algo vuelva a producirse, mientras que la acción preventiva se toma para prevenir que algo suceda.

NOTA 3 Existe diferencia entre corrección y acción correctiva.

Acción Preventiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.

NOTA 1 Puede haber más de una causa para una no conformidad potencial.

NOTA 2 La acción preventiva se toma para prevenir que algo suceda, mientras que la acción correctiva se toma para prevenir que vuelva a producirse.

Conformidad. Cumplimiento de un requisito

Corrección: Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

NOTA 1 Una corrección puede realizarse junto con una acción correctiva.

NOTA 2 Una corrección puede ser, por ejemplo, un reproceso o una reclasificación

Mejora Continua: Acción permanente realizada, con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.

No Conformidad: Incumplimiento de un requisito de la norma de referencia.

Requisito: Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

NOTA 1 "Generalmente implícita" significa que es habitual o una práctica común para la entidad, sus clientes y otras partes interesadas, el que la necesidad o expectativa bajo consideración esté implícita.

NOTA 2 La palabra *obligatoria*, se refiere, generalmente, a disposiciones de carácter legal.

NOTA 3 Pueden utilizarse calificativos para identificar un tipo específico de requisito, por ejemplo, requisito de un producto y/o servicio, requisito de la gestión de la calidad, requisito del cliente.

NOTA 4 Los requisitos pueden ser generados por las diferentes partes interesadas.

Riesgo: Toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda entorpecer el desarrollo normal de las funciones de la entidad y le impidan el logro de sus objetivos.

SVCA: Sistema De Vigilancia De Calidad De Aire

LASH: Laboratorio de Aguas, Suelos e Hidrobiológicos.

Producto y/o servicio. Resultado de un proceso o un conjunto de procesos. NOTA En esta Norma, el término "producto y/o servicio" se aplica únicamente a: a) el producto y/o servicio destinado a un cliente o solicitado por él, y b) cualquier resultado previsto de los procesos de realización del producto o prestación del servicio

Trabajo, Producto y/o Salida: Trabajo, Producto y/o salida, que no cumple con los requisitos especificados



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL PARA LA DEFENSA DE LA
MESETA DE BUCARAMANGA -CDMB.**

CODIGO: V-ES-PR02	VERSIÓN: 12	ELABORÓ: Jefe Oficina Control Interno	REVISÓ: Delegado Dirección SIGC	APROBÓ: Director General
FECHA: 06/05/2025	PÁGINA: Pág. 6 de 18	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA.		

7. INSTRUCCIONES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS / REGISTROS
1	<p>IDENTIFICAR NECESIDADES DE MEJORAMIENTO</p> <p>Los Líderes de Procesos son responsables por la detección y gestión de oportunidades de mejoramiento para el fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión y Control.</p> <p>Las siguientes fuentes de información se constituyen en proveedores para la identificación de necesidades de mejoramiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento y Medición al desempeño de los procesos • Reporte de Acciones de Mejoramiento - RAM • Seguimiento a la Satisfacción de partes interesadas • Peticiones, Quejas, Reclamos, sugerencias y denuncias • Índices de desempeño del personal • Seguimiento a la Administración del Riesgo • Decisiones de Revisión por la Dirección • Informes de Auditorías Internas • Informes de Auditoría de Entes Externos <p>La identificación de necesidades de mejoramiento la puede hacer el Líder del proceso, el personal participe del mismo, o bien, cualquier Servidor Público.</p> <p>NOTA 1: Los Reportes de Acciones de Mejoramiento – RAM, así como los Registros de Mejoramiento Continuo – RMC, deben ser identificados por un solo Servidor y vincular como responsable de gestionar la mejora a un solo proceso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servidores Públicos al servicio de la CDMB 	<ul style="list-style-type: none"> • Informe Seguimiento y Medición del Proceso (E-GE-FO01). • Reporte de Acciones de Mejoramiento – RAM (V-ES-FO10) • Control de Procesos (E-GE-FO02). • Encuestas de Satisfacción del Cliente (A-PI-FO01). • Mapa de Riesgos por proceso • Formato Acta de Revisión por la Dirección (E-GE-FO04) • Reporte de Auditorias (V-ES-FO08). • Informes de Auditoría Entes de Control.
2	<p>¿LA SITUACIÓN ES IDENTIFICADA POR UN SERVIDOR PÚBLICO ADSCRITO AL PROCESO VINCULADO?</p> <p>SI: Continuar en el Numeral 6</p> <p>NO: Continuar en el Numeral 3.</p>		



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL PARA LA DEFENSA DE LA
MESETA DE BUCARAMANGA -CDMB.**

CODIGO:
V-ES-PR02

VERSIÓN:
12

ELABORÓ:
Jefe Oficina Control Interno

REVISÓ:
Delegado Dirección SIGC

APROBÓ:
Director General

FECHA:
06/05/2025

PÁGINA:
Pág. 7 de 18

**PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y
DE MEJORA.**

No.	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS / REGISTROS
3	<p>GENERAR REPORTE DE LA SITUACIÓN IDENTIFICADA</p> <p>Cuando la necesidad de mejoramiento es detectada por cualquier servidor público de la Entidad ajeno al proceso objeto de la mejora, éste debe reportar la situación en el Formato de Reporte de Acciones de Mejoramiento - RAM (V-ES-FO10) y remitirlo a la Oficina de Control Interno, en medio físico, con el fin de registrar y controlar la formulación de las acciones de mejoramiento y el seguimiento a su ejecución.</p> <p>La descripción de la situación se debe hacer con la mayor claridad posible, evitando ambigüedades.</p> <p>El servidor Público en la elaboración del Reporte debe contestar explícitamente las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué se detectó? • ¿Cómo fue detectado? • ¿Cómo se afecta el proceso? <p>En ningún momento se deben generar propuestas de mejora a la situación de no conformidad (real/potencial) detectada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los Servidores de la Corporación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato Reporte de Acciones de Mejoramiento (V-ES-F10)
4	<p>REVISAR Y VALORAR EL REPORTE DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO</p> <p>El Jefe de la Oficina de Control Interno junto con su Equipo de Trabajo, revisa el Reporte de Acciones de Mejoramiento (V-ES-FO10) presentado, con el objeto de establecer si la información registrada cumple con los criterios mínimos de aceptación para darle trámite.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jefe Oficina de Control Interno 	<ul style="list-style-type: none"> • Reporte de Acciones de Mejoramiento (V-ES-F10). • Acta de reunión (A-PI-FO05).
5	<p>¿EL RAM ES VIABLE?</p> <p>SI: Continuar en el Numeral 6 NO: Retornar al Numeral 3</p> <p>En caso de que el RAM no sea viable, se comunicará al servidor que lo envió, indicando los motivos de su devolución, para su corrección o desistimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jefe Oficina de Control Interno • Servidor de la Oficina de Control Interno asignado 	<ul style="list-style-type: none"> • Reporte de Acciones de Mejoramiento - RAM (V-ES-F10). • Correo Electrónico para comunicar la devolución.
6	<p>ENTREGAR RAM AL PROCESO VINCULADO</p> <p>La Oficina de Control Interno remite el Reporte de Acción de Mejoramiento al proceso vinculado, registrando en el mismo la fecha, el nombre y firma del servidor que recepciona el RAM.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servidor de la Oficina de Control Interno asignado • Servidor del proceso vinculado que recepciona el RAM. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reporte de Acciones de Mejoramiento (V-ES-F10).
7	<p>¿EL RAM ES ACEPTADO POR EL PROCESO VINCULADO?</p>		



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL PARA LA DEFENSA DE LA
MESETA DE BUCARAMANGA -CDMB.**

CODIGO:
V-ES-PR02

VERSIÓN:
12

ELABORÓ:
Jefe Oficina Control Interno

REVISÓ:
Delegado Dirección SIGC

APROBÓ:
Director General

FECHA:
06/05/2025

PÁGINA:
Pág. 8 de 18

**PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y
DE MEJORA.**

No.	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS / REGISTROS
	<p>SI: Continuar en el Numeral 9 NO: Continuar en el Numeral 8</p>		
8	<p>RAM NO ACEPTADO POR EL PROCESO VINCULADO</p> <p>Cuando no es aceptado el Reporte de Acción de Mejoramiento (RAM) por el proceso vinculado, éste lo devolverá mediante memorando a la Oficina de Control Interno explicando las razones por las cuales no lo acepta, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha del recibo.</p> <p>La Oficina de Control Interno tratará el asunto en Comité Primario, al cual serán invitados quienes intervienen en el RAM (Los responsables de los procesos involucrados así como el servidor que identifica la acción de mejora), para dirimir la situación y en caso de seguirse presentando diferencias de criterio e interpretación, el Jefe de Control Interno podrá decidir y/o tramitar, si es del caso, ante el Comité Coordinador del SIGC, el respectivo RAM para su análisis, discusión y decisión al respecto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable del proceso vinculado • Jefe Oficina de Control Interno • Servidor de la Oficina de Control Interno asignado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Memorando • Acta de reunión (A-PI-FO05).
9	<p>ELABORAR EL REGISTRO DE MEJORAMIENTO CONTINUO - RMC</p> <p>A partir del Reporte de Acciones de Mejoramiento (V-ES-FO10) suministrado por la Oficina de Control Interno, o bien, de la situación identificada en las diferentes fuentes de información de necesidades de mejoramiento, el Responsable del proceso vinculado debe dar apertura al Formato de Registro de Mejoramiento Continuo - RMC (V-ES-FO01), en los términos estipulados en el "Numeral 3: Políticas" de este procedimiento, es decir, tendrán cinco (5) días hábiles contados a partir del día de la recepción del Reporte de Acciones de Mejoramiento o de la situación identificada, para enviar diligenciado a la Oficina de Control Interno el respectivo RMC.</p> <p>La validez del plan de mejoramiento se encuentra condicionada a la radicación del Formato de Registro de Mejoramiento Continuo (V-ES-FO01) en la Oficina de Control Interno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable del proceso vinculado. • Comité Coordinador del SIGC 	<ul style="list-style-type: none"> • Reporte de Acciones de Mejoramiento (V-ES-FO10) • Registro Mejoramiento Continuo- RMC (V-ES-FO01)



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL PARA LA DEFENSA DE LA
MESETA DE BUCARAMANGA -CDMB.**

CODIGO: V-ES-PR02	VERSIÓN: 12	ELABORÓ: Jefe Oficina Control Interno	REVISÓ: Delegado Dirección SIGC	APROBÓ: Director General
FECHA: 06/05/2025	PÁGINA: Pág. 9 de 18	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA.		

No.	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS / REGISTROS
10	<p>FORMULAR ACCIONES DE CONTENCIÓN</p> <p>En el caso de No Conformidades y/o Situaciones Indeseables es posible formular Acciones de Contención.</p> <p>El responsable del Proceso debe establecer y registrar en el Formato Registro de Mejoramiento Continuo (V-ES-FO01) las acciones de contención que se consideren pertinentes para aislar la situación detectada del Cliente Interno / Externo.</p> <p>En la elaboración de los RMC que ameriten la definición de Acciones de Contención, igualmente se debe definir un Plan de Acción que dé tratamiento adecuado a la situación identificada. Para el caso de los Riesgos, estos no requerirán de la definición de Acciones de Contención, solo se reportarán las Acciones preventivas en el respectivo plan de Acción a que haya lugar.</p> <p>NOTA 2: Las acciones de contención son conocidas también como correcciones y plantean soluciones directas al problema detectado. Cuando se trata de la definición de Acciones Preventivas, no se aplican Acciones de Contención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable del proceso vinculado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de Mejoramiento Continuo- RMC (V-ES-FO01)
11	<p>ESTABLECER UN GRUPO MULTIDISCIPLINARIO</p> <p>El Líder del Proceso debe establecer un grupo multidisciplinario de personas con el conocimiento del proceso / servicio, tiempo asignado, autoridad y habilidad en las disciplinas y técnicas requeridas para el análisis e identificación de acciones para la situación presentada. La conformación del grupo multidisciplinario debe registrarse en el Formato de Registro de Mejoramiento Continuo - RMC (V-ES-FO01).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable del proceso vinculado 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de Mejoramiento Continuo – RMC (V-ES-FO01)



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL PARA LA DEFENSA DE LA
MESETA DE BUCARAMANGA -CDMB.**

CODIGO: V-ES-PR02	VERSIÓN: 12	ELABORÓ: Jefe Oficina Control Interno	REVISÓ: Delegado Dirección SIGC	APROBÓ: Director General
FECHA: 06/05/2025	PÁGINA: Pág. 10 de 18	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA.		

No.	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS / REGISTROS
12	<p>IDENTIFICAR LAS CAUSAS RAICES</p> <p>El Equipo Multidisciplinario identifica las causas potenciales que pudieran justificar la necesidad de mejoramiento.</p> <p>Se deben aislar y verificar las causas reales probando cada causa potencial contra la descripción de la necesidad de mejoramiento.</p> <p>Debe registrarse en el Formato Registro de Mejoramiento Continuo – RMC.</p> <p>La identificación de las Causas Raíces debe ser producto de un proceso riguroso, basado en la aplicación de herramientas estadísticas como Lluvia de Ideas, Cinco Por qué, Diagrama de Causa – Efecto, entre otros.</p> <p>Para un acercamiento a estas herramientas metodológicas puede verse el ANEXO 2 de este procedimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable del proceso vinculado. • Equipo Multidisciplinario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de Mejoramiento Continuo - RMC (V-ES-FO01)
13	<p>ESTABLECER EL PLAN DE ACCION</p> <p>El Equipo Multidisciplinario debe determinar, de acuerdo con las causas raíces definidas, las actividades a desarrollar, su responsable, fecha de inicio y fecha de cierre. Este Plan de Acción debe quedar registrado en el Formato Registro de Mejoramiento Continuo – RMC.</p> <p>Se deben obtener las firmas de los responsables de las acciones definidas, antes de entregar dicho formato diligenciado a la Oficina de Control Interno.</p> <p>Los responsables asignados a la ejecución de las actividades determinadas en el Plan de Acción del RMC por el grupo multidisciplinario, deben asegurarse de su cumplimiento en los términos definidos.</p> <p>NOTA 3: En la elaboración del Plan de Acción, las Acciones determinadas deben tener Fecha de Inicio y Fecha de Cierre definidas específicamente. No se aceptarán espacios en blancos o expresiones tales como “permanente, periódico” o cualquier otro término.</p> <p>Cuando una Acción consignada en el Plan de Acción</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo Multidisciplinario. • Responsables Asignados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de Mejoramiento Continuo – RMC (V-ES-FO01).



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL PARA LA DEFENSA DE LA
MESETA DE BUCARAMANGA -CDMB.**

CODIGO: V-ES-PR02	VERSIÓN: 12	ELABORÓ: Jefe Oficina Control Interno	REVISÓ: Delegado Dirección SIGC	APROBÓ: Director General
FECHA: 06/05/2025	PÁGINA: Pág. 11 de 18	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA.		

No.	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS / REGISTROS
	<p>del RMC deba mantener su implementación y su ejecución de forma permanente, además de registrarse una fecha de inicio deberá reportarse una fecha de cierre, entendiéndose esta última como la fecha para la primera verificación del cumplimiento de la citada Acción. Abonado a lo anterior y teniendo en cuenta la continuidad de la Acción en el tiempo, deberá registrarse en el campo denominado "Controles implementados en el proceso": describiendo el tipo de control, el responsable de la aplicación y la periodicidad del mismo.</p> <p>NOTA 4: Las Fechas de inicio y de cierre determinadas para cada una de las Acciones del Plan de Acción del Registro de Mejoramiento Continuo (RMC), deben ser posteriores a la fecha de radicación del registro en la Oficina de Control Interno.</p> <p>En todo caso y con el fin de optimizar el seguimiento a los Planes de Acción contemplados en los Registros de Mejoramiento Continuo (RMC), la evaluación por parte de la Oficina de Control Interno y la Revisión adelanta por la Dirección General al SIGC, las fechas de las acciones allí contenidas deben guardar directa relación con el grado de complejidad de las mismas y de la fecha de radicación del citado registro. Igualmente, y en la medida de lo posible, se recomienda que la fecha planificada para el cierre de estas acciones, no supere el último día hábil del mes de Noviembre de cada anualidad.</p>		
14	<p>ENTREGA DEL REGISTRO DE MEJORAMIENTO CONTINUO – RMC</p> <p>El proceso vinculado deberá allegar el Registro de Mejoramiento Continuo - RMC debidamente diligenciado a la Oficina de Control Interno dentro de los cinco (5) días hábiles contados a partir del día de la recepción del Reporte de Acciones de Mejoramiento o de la situación identificada.</p> <p>En caso de no ser entregado en el término establecido, la Oficina de Control Interno requerirá por escrito al (los) responsable(s) de proceso(s) para que justifiquen la demora y entreguen en el menor tiempo posible el respectivo RMC. En caso de nuevo incumplimiento se comunicará al superior inmediato quien deberá tener en cuenta esta situación para la respectiva Evaluación del Desempeño.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable del Proceso vinculado 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de Mejoramiento Continuo



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL PARA LA DEFENSA DE LA
MESETA DE BUCARAMANGA -CDMB.**

CODIGO: V-ES-PR02	VERSIÓN: 12	ELABORÓ: Jefe Oficina Control Interno	REVISÓ: Delegado Dirección SIGC	APROBÓ: Director General
FECHA: 06/05/2025	PÁGINA: Pág. 12 de 18	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA.		

No.	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS / REGISTROS
15	<p>REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL REGISTRO DE MEJORAMIENTO CONTINUO</p> <p>La Oficina de Control Interno adelanta la revisión y aprobación del RMC teniendo en cuenta los criterios y requisitos mínimos consignados en el presente procedimiento y en el formato destinado para tal fin (V-ES-FO01)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jefe Oficina de Control Interno 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de Mejoramiento Continuo – RMC (V-ES-FO01).
16	<p>¿EL RMC ES APROBADO POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO?</p> <p>SI: Continuar en el Numeral 18 NO: Continuar en el Numeral 17</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jefe Oficina de Control Interno 	
17	<p>RMC NO APROBADO POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO</p> <p>Cuando existan diferencias de criterio en la definición de los Registros de Mejoramiento Continuo (RMC), entre la Oficina de Control Interno y los procesos involucrados en el mismo; o el Registro de Mejoramiento Continuo (RMC) no garantice que la situación identificada sea subsanada, esta oficina procederá a solicitar al responsable del proceso vinculado su modificación, para lo cual dispondrá de cinco (5) días hábiles, siguientes a la fecha de su devolución, para hacer llegar el documento ajustado; si persisten las diferencias el Jefe de la Oficina de Control Interno decidirá y/o tramitará, si es del caso ante el Comité Coordinador del SIGC, el respectivo RMC para su análisis, discusión y decisión al respecto.</p> <p>NOTA 5: En caso de no ser allegado en los términos establecidos, la Oficina de Control Interno requerirá por escrito al(os) responsable(s) del(os) proceso(s) para que justifiquen la demora y entregue(n) el RMC respectivo. En caso de nuevo incumplimiento, se comunicará al superior inmediato quien deberá tener en cuenta esta situación para la respectiva evaluación del desempeño.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jefe Oficina de Control Interno 	
18	<p>REALIZAR SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES</p> <p>El Jefe de la Oficina de Control Interno junto a su Equipo de trabajo debe realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones planteadas, registrando</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jefe Oficina de Control Interno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inventario de Acciones de Mejoramiento (V-ES-F11). • Registro de visita de seguimiento a cumplimiento de RMC (V-ES-FO24).



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL PARA LA DEFENSA DE LA
MESETA DE BUCARAMANGA -CDMB.**

CODIGO:
V-ES-PR02

VERSIÓN:
12

ELABORÓ:
Jefe Oficina Control Interno

REVISÓ:
Delegado Dirección SIGC

APROBÓ:
Director General

FECHA:
06/05/2025

PÁGINA:
Pág. 13 de 18

**PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y
DE MEJORA.**

No.	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS / REGISTROS
	<p>el resultado del seguimiento en el formato V-ES-F11 Inventario de Acciones de Mejoramiento.</p> <p>El seguimiento que realice el personal de la Oficina de Control Interno se verá reflejado en el diligenciamiento del formato Registro de visita de seguimiento al cumplimiento de RMC (V-ES-FO24).</p> <p>Cuando la Oficina de Control Interno evidencie en sus visitas de seguimiento el incumplimiento o vencimiento reiterado de los términos establecidos para el cierre de una o más acciones consignadas en los registros de Mejoramiento Continuo (RMC), se requerirá al(os) funcionario(s) responsable(s) de su ejecución, para que en un término no superior a cinco (5) días hábiles presenten ante esta Oficina la justificación respectiva, para su análisis en comité primario.</p> <p>En caso de no recibir justificación o ésta no sea procedente, el jefe de la Oficina de Control Interno solicitará al subdirector o superior inmediato del responsable del incumplimiento detectado, tenga en cuenta esta situación para la respectiva evaluación del desempeño, estableciendo además la obligatoriedad de subsanar en el menor tiempo posible dicho incumplimiento.</p> <p>NOTA 6: En el evento en que el proceso determine la imposibilidad de ejecutar la(s) acción(es) definidas en el RMC dentro de los plazos allí establecidos, el responsable del proceso vinculado, deberá remitir comunicación escrita a la Oficina de Control Interno, antes de la fecha de vencimiento de dichas acciones, exponiendo claramente las razones que impiden su cumplimiento y proponiendo las nuevas fechas para su ejecución. En la medida de lo posible, se recomienda que la nueva fecha propuesta para el cierre de estas acciones, no supere el último día hábil del mes de Noviembre de cada anualidad.</p>		
19	<p>GENERAR REPORTE DEL ESTADO DE LAS ACCIONES</p> <p>Trimestralmente, el Jefe de la Oficina de Control Interno deberá generar un Informe del Estado (Abiertas/Cerradas) de los Registros de Mejoramiento Continuo, el cual será presentado en la siguiente reunión del al Comité Asesor y Coordinador del Sistema Integrado de Gestión y Control.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Jefe Oficina de Control Interno	<ul style="list-style-type: none">• Registro de visita de seguimiento a cumplimiento de RMC (V-ES-FO24).



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL PARA LA DEFENSA DE LA
MESETA DE BUCARAMANGA -CDMB.**

CODIGO:
V-ES-PR02

VERSIÓN:
12

ELABORÓ:
Jefe Oficina Control Interno

REVISÓ:
Delegado Dirección SIGC

APROBÓ:
Director General

FECHA:
06/05/2025

PÁGINA:
Pág. 14 de 18

**PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y
DE MEJORA.**

No.	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTOS / REGISTROS
20	<p>REALIZAR SEGUIMIENTO DE LA EFICACIA A LOS REGISTROS DE MEJORAMIENTO CONTINUO IDENTIFICADOS EN EL SVCA Y EL LASH</p> <p>Posterior al cierre del registro de mejoramiento continuo y en un tiempo no superior a 6 meses del cierre, el Jefe de la Oficina de Control Interno junto a su Equipo de trabajo, y en apoyo con el equipo de aseguramiento de calidad del SVCA/LASH, debe realizar seguimiento a la continuidad del cumplimiento de las acciones planteadas, que eviten la reiteración de las No Conformidades, situaciones indeseables, y/o no se mantenga la implementación de una acción de mejora planteada, con el fin de determinar que el sistema de gestión frente al cierre del registro de mejoramiento continuo fue eficaz.</p> <p>En caso de presentarse de manera ineficaz el cumplimiento de las acciones del mejoramiento continuo, se debe proponer una nueva acción y se debe argumentar por parte del responsable del proceso las razones del incumplimiento al plan propuesto como evidencia. Esta nueva acción debe ser evaluada por la oficina de control interno y proceder con las actividades del numeral 14, 15 y 16.</p> <p>NOTA 7: Para el SVCA y el LASH se realizarán cierres parciales de acuerdo al criterio técnico del líder del SVCA y líder técnico del LASH. Posteriormente el líder de aseguramiento de calidad realizara el cierre general con la oficina de control interno quien se encarga de realizar seguimiento de la eficiencia a las acciones tomadas a los PNC, TNC o SNC, acciones correctivas y de mejora identificadas.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Jefe Oficina de Control Interno	<ul style="list-style-type: none">• Registro de Mejoramiento Continuo - RMC (V-ES-FO01)• Oficio de la Oficina de Control Interno

8. ANEXOS

Anexo 1: Metodologías para la identificación de cusas raíces.



CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL PARA LA DEFENSA DE LA MESETA DE BUCARAMANGA -CDMB.

CODIGO: V-ES-PR02	VERSIÓN: 12	ELABORÓ: Jefe Oficina Control Interno	REVISÓ: Delegado Dirección SIGC	APROBÓ: Director General
FECHA: 06/05/2025	PÁGINA: Pág. 15 de 18	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA.		

ANEXO 1. METODOLOGIAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS RAICES

Como una manera de ayudar en la Identificación de Causas Raíces, a continuación, se exponen algunas de las metodologías más empleadas para este propósito; sin embargo, cabe resaltar que estas herramientas no deben ser asumidas como las únicas alternativas disponibles, dado que existen muchas otras metodologías que pueden ser aplicadas para el desarrollo de esta actividad.

I. LOS CINCO PORQUES

Es una metodología sistemática de preguntas que, utilizada en la fase de análisis de un determinado problema, ayuda a explorar las relaciones de causa-efecto que lo originan. Su aplicación requiere que el equipo de trabajo se pregunte, al menos cinco veces, el “*Por qué*” del problema. De esta manera, cuando el equipo no sea capaz de responder al “*Por qué*”, habrá encontrado la causa más probable del problema.

El siguiente ejemplo, nos permitirá conocer como se aplica este método:

PROLBEMA: El auto no arranca.

¿Por qué no arranca?	Porque la batería está muerta.
¿Por qué la batería está muerta?	Porque el alternador no funciona.
¿Por qué el alternador no funciona?	Porque se rompió la cinta.
¿Por qué se rompió la cinta?	Porque el alternador ya cumplió su vida útil y no fue reemplazado.
¿Por qué no fue reemplazado?	Porque no se está efectuando el mantenimiento del auto de acuerdo a las recomendaciones del fabricante y/o mecánico (<i>Causa más probable del problema</i>)

Si el equipo quisiera llegar más profundo en el análisis, se pueden seguir haciendo más preguntas al respecto (“*Por qué*”). Es el interés y el punto de vista del equipo el que determinará hasta donde se efectuará el análisis para determinar la causa raíz del problema. En el ejemplo anterior, si el análisis se hace desde el punto de vista del propietario del auto, el quinto “*Por qué*” sería suficiente para determinar la causa raíz; pero si se hace desde el punto de vista del fabricante, sería necesario continuar el análisis hasta llegar al nivel del diseño del automóvil.

Se debe tener en cuenta que la causa raíz de un problema es aquella causa inicial de una cadena de causas que originan el problema que se está analizando.

II. DIAGRAMA CAUSA – EFECTO (ESPINA DE PESCADO - DIAGRAMA ISHIKAWA)

Es una metodología de análisis de tipo gráfico que permite apreciar las relaciones existentes entre un problema determinado y las posibles causas de su ocurrencia. Su apariencia con una espina de pescado es la razón para que se le conozca también con ese nombre. Fue propuesta en Japón por el profesor Kaoru Ishikawa, en el año 1943.

Entre las ventajas que se pueden obtener al aplicar esta metodología tenemos:

- Visualizar, en equipo, las causas principales y secundarias de un problema.
- Ampliar la visión de las posibles causas de un problema, enriqueciendo su análisis y la identificación de las posibles soluciones.
- Analizar los procesos en búsqueda de mejoras.
- Conduce a la modificación de procedimientos, métodos, costumbres, actitudes o hábitos, con soluciones



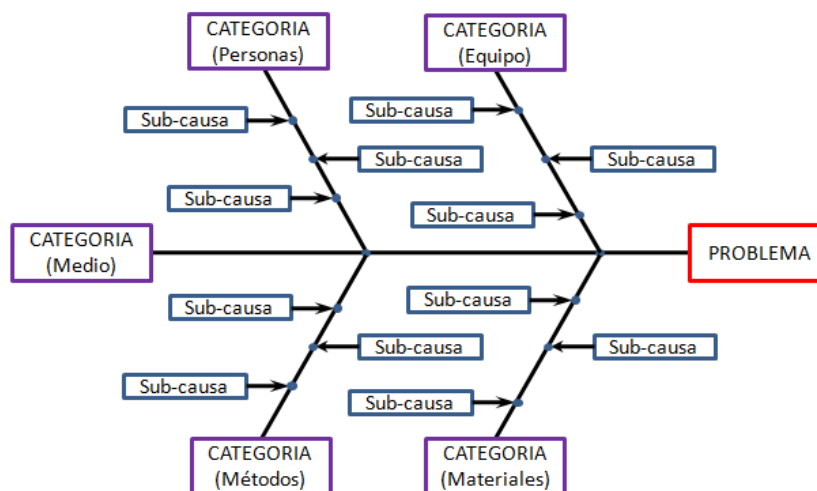
CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL PARA LA DEFENSA DE LA MESETA DE BUCARAMANGA -CDMB.

CODIGO: V-ES-PR02	VERSIÓN: 12	ELABORÓ: Jefe Oficina Control Interno	REVISÓ: Delegado Dirección SIGC	APROBÓ: Director General
FECHA: 06/05/2025	PÁGINA: Pág. 16 de 18	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA.		

- prácticas y económicas en la mayoría de las ocasiones.
- Educa sobre la comprensión de un problema.
- Muestra el nivel de conocimientos técnicos que existen sobre un determinado problema.
- Prevé los problemas y ayuda a controlarlos, no sólo al final, sino durante cada etapa del proceso.
- Sirve de guía objetiva para la discusión de los problemas y sus causas.

Para aplicar esta metodología en la resolución de problemas, se deben seguir los siguientes pasos:

1. *Identificar el Problema:* El problema es algo que queremos mejorar o controlar. Deberá estar descrito de forma específica y concreta.
2. *Registrar la frase que resume el problema:* Se debe registrar el problema en forma de una frase dentro de un cuadro dibujado en la parte derecha de la hoja o el tablero donde se está trabajando, cuidando de dejar el espacio necesario para el resto del diagrama en el lado izquierdo.
3. *Dibujar y marcar las espinas principales:* Las espinas principales representan las categorías de recursos o los factores causales del problema analizado. Las categorías o factores más empleados son: Materiales, métodos, Maquinas, Personas y/o el Medio. Sin embargo, no es obligatorio el emplear exclusivamente estas categorías, dependerá del criterio del equipo de trabajo. Cada categoría o factor deberá ir dentro de un cuadro.
4. *Realizar una lluvia de ideas de las causas del problema:* En este paso se identificarán las causas que originan el problema. En ningún momento se deberán dar soluciones. La efectividad de este paso permitirá identificar las causas raíces. Una forma de verificar el nivel de profundidad del ejercicio, consiste en formular para cada una de las causas identificadas la pregunta “Por qué”.
5. *Identificar la causa más probable:* Las causas identificadas en la lluvia de ideas son inicialmente opiniones y requieren de ser verificadas con mayor información. En esta etapa, el equipo reduce el análisis y selecciona solamente aquellas que tengan una mayor relación con el problema analizado, identificando las causas más probables mediante su señalización por medio de asteriscos o encerrándolas en círculos.



III. LLUVIA DE IDEAS (Brainstorming)

Es una técnica de grupo creada en 1941 por Alex Osborne, quien descubrió que mediante el trabajo grupal se podían



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL PARA LA DEFENSA DE LA
MESETA DE BUCARAMANGA -CDMB.**

CODIGO: V-ES-PR02	VERSIÓN: 12	ELABORÓ: Jefe Oficina Control Interno	REVISÓ: Delegado Dirección SIGC	APROBÓ: Director General
FECHA: 06/05/2025	PÁGINA: Pág. 17 de 18	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA.		

generar más y mejores ideas en comparación con las que se generaban de manera individual, gracias al aprovechamiento de la capacidad creativa de los participantes.

Esta técnica se debe emplear cuando exista la necesidad de liberar la creatividad de los equipos, generar un número extenso de ideas, involucrar a todos los miembros del área en el proceso, identificar oportunidades de mejora, plantear y resolver los problemas existentes, establecer las posibles causas, plantear soluciones alternativas, desarrollar la creatividad y discutir nuevos conceptos.

Los pasos para aplicar esta técnica son los siguientes:

1. Escoger a un facilitador que apunte las ideas en un tablero.
2. Escribir en un tablero, mediante una frase, el problema identificado.
3. Explicar las reglas de la lluvia de ideas: No se analizarán las ideas durante la aplicación de la técnica, No se juzgarán las ideas propuestas, No se extraerán conclusiones en esta etapa, Todas las ideas son aceptadas, Se pueden aprovechar las ideas de otros para elaborar las propias, Es importante generar una cantidad significativa de ideas, No se deben repetir ideas, Es importante la creatividad.
4. Cada idea debe ser escrita en el tablero con el menor número de palabras posible.
5. Se debe establecer un tiempo límite para la ejecución de esta etapa. (Aproximadamente 25 minutos).
6. El ejercicio finaliza cuando ya no se proponen nuevas ideas.
7. Al final se revisa la lista de ideas para verificar su comprensión.
8. De acuerdo al consenso del grupo se eliminan las ideas duplicadas, los problemas no importantes y aquellos que sean redundantes.
9. Por último, se analizan, evalúan y organizan las ideas, para valorar su utilidad en función del objetivo que se pretendía lograr.

Para lograr un mejor resultado en la aplicación de la técnica se recomienda seguir estos cuatro pasos:

- i. Definir los objetivos: Se deben fijar los objetivos de la reunión (primarios y secundarios).*
- ii. Elegir a los participantes: Es un tema importante, dado que el éxito de la reunión depende mucho de los participantes.*
- iii. Planificar el desarrollo de la reunión: Se debe tener claro cuál será el orden del día, los tiempos que se tomarán para las actividades, las herramientas adicionales que serán aplicadas.*
- iv. Organizar el material de la reunión: Se deben preparar los documentos, el sitio de la reunión, la papelería, etc.*

Esta metodología de análisis de problemas tiene a su vez tres subdivisiones que se pueden emplear según sea necesario. Estas técnicas son:

- **No estructurado (flujo libre):** Corresponde a la aplicación de los pasos ya descritos.
- **Estructurado (en círculo):** Consiste en que cada miembro del equipo presenta sus ideas en un formato ordenado. Es posible ceder el turno si no se tiene una idea para proponer.
- **Silenciosa (lluvia de ideas escritas):** Los participantes registran sus ideas en una hoja de papel y luego la ponen en la mesa, paso seguido la intercambia por la hoja de otro participante. Basados en la hoja del otro participante se procede a agregar otras ideas relacionadas o pensar en nuevas ideas. Este proceso continúa por aproximadamente 30 minutos y permite a los participantes construir sobre las ideas de otros y evitar conflictos o intimidaciones por parte de los miembros dominantes.

El conductor de la reunión cumple una función muy importante, ya que será el facilitador de todo el proceso, para



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL PARA LA DEFENSA DE LA
MESETA DE BUCARAMANGA -CDMB.**

CODIGO: V-ES-PR02	VERSIÓN: 12	ELABORÓ: Jefe Oficina Control Interno	REVISÓ: Delegado Dirección SIGC	APROBÓ: Director General
FECHA: 06/05/2025	PÁGINA: Pág. 18 de 18	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA.		

ello debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Debe dar claridad de los objetivos de la reunión a los participantes de la misma.
- Debe explicar la metodología a seguir y asegurarse de que todos la entiendan.
- Controla que el grupo de trabajo establezca procedimientos o normas para la realización de la actividad y la facilitación de la comunicación.
- Regular el desarrollo de la reunión para evitar que algunos de los participantes la monopolicen.
- Estimular la participación de todos los miembros del grupo.
- Administrar el tiempo de tal manera que su uso sea efectivo.
- Facilitar el buen desarrollo de la reunión, eliminando toda tensión que pueda presentarse entre los participantes.
- Crear el clima de confianza y relajamiento que permita el buen desarrollo de la actividad.

Finalmente, adicional a estas metodologías presentadas, también se pueden emplear otras técnicas existentes, de las cuales existe abundante material en internet. Algunas de ellas son:

- Diagrama de Afinidad.
- Diagrama de Árbol.
- Hoja de Revisión (Check Sheet)
- Checklist para la Reunión de Datos.
- Multivotación.
- Gráfica de Pareto.
- Gráfica de Radar.