



PAUTAS DE TRATAMIENTO DE HALLAZGO

I. OBJETIVO

Establecer los lineamientos para el tratamiento de hallazgos que puedan generarse por incumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad del Archivo General de la Nación – AGN.

II. ALCANCE

El presente lineamiento es de aplicación obligatoria para las unidades de organización del Archivo General de la Nación – AGN.

III. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- 3.1. Acción correctiva (AC):** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada. La acción correctiva se realiza para prevenir que la no conformidad vuelva a producirse.
 - 3.2. Actividad:** Acción que desarrolla un individuo, un grupo de trabajo o una institución como parte de sus obligaciones, tareas, funciones o procesos.
 - 3.3. Alta Dirección:** Persona o grupo de personas que dirige y controla una organización al más alto nivel, quienes serán designados por el Jefe Institucional.
 - 3.4. Auditor/evaluador:** Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría.
 - 3.5. Auditoría:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias objetivas y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría.
 - 3.6. Calidad:** Grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos.
 - 3.7. Competencia:** Capacidad para aplicar conocimientos y habilidades con el fin de lograr los resultados previstos.
 - 3.8. Conformidad (C):** Cumplimiento de un requisito.
 - 3.9. Corrección:** Acción para eliminar una no conformidad identificada.
 - 3.10. Dueño del proceso:** Persona que tiene la responsabilidad y la autoridad definida para diseñar, implementar, controlar y mejorar los procesos a su cargo, con el propósito de asegurar que se cumpla su resultado previsto.
 - 3.11. Eficacia:** Grado en que se realizan las acciones planificadas y se logran los resultados planificados.
 - 3.12. Evidencia de auditoría:** Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que es pertinente para los criterios de auditoría y que son verificables.
-



- 3.13. Gestión:** Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.
- 3.14. Hallazgos:** Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.
- 3.15. Información documentada:** Información que una organización tiene que controlar y mantener, y el medio en el que la contiene.
- 3.16. Medición:** Proceso para determinar un valor.
- 3.17. Mejora Continua:** Actividad recurrente para mejorar el desempeño.
- 3.18. No Conformidad (NC):** Incumplimiento de un requisito.
- 3.19. Observación:** Desviación puntual del proceso en el cual no se detecta suficiente evidencia para declararla como no conformidad, soportada con evidencia objetiva.
- 3.20. Oportunidad o potencial de mejora:** Situación que no representa incumplimiento, pero puede ser mejorada por la organización para incrementar la eficacia del proceso.
- 3.21. Proceso:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas y que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en productos o servicios, luego de la asignación de recursos.
- 3.22. Requisito:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.
- 3.23. Salida:** Resultado de un proceso.
- 3.24. Salida no conforme (SNC):** El incumplimiento de un requisito, defecto o desviación. Puede ser identificado durante el proceso o como producto final.
- 3.25. Seguimiento:** Determinación del estado de un sistema, un proceso o una actividad.
- 3.26. Sistema de gestión:** Conjunto de elementos de una organización interrelacionados o que interactúan para establecer políticas, objetivos y procesos para lograr estos objetivos.
- 3.27. Solicitud de Acción Correctiva (SAC):** Formato donde se describe la no conformidad identificada, la corrección, la investigación de causa raíz, el plan de acción conteniendo las acciones correctivas propuestas, la verificación de la implementación de las acciones correctivas y la verificación de su eficacia.

IV. RESPONSABILIDADES

4.1. Responsabilidad de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto

- 4.1.1. Revisar el informe de resultado de la auditoría interna y externa en coordinación con el dueño del proceso a fin de determinar la responsabilidad del tratamiento de los hallazgos del Sistema de Gestión de la Calidad,
-



adjuntando la Solicitud de Acción Correctiva en caso se hayan identificado no conformidades.

- 4.1.2. Difundir el informe de resultado de la auditoría interna y externa a las unidades de organización que forman parte del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, adjuntando la Solicitud de Acción Correctiva en caso se hayan identificado no conformidades.
- 4.1.3. Actualizar la presente pauta, de corresponder.
- 4.1.4. Proporcionar asesoría técnica para el análisis de causas de las no conformidades y planificación de acciones correctivas.
- 4.1.5. Designar al equipo de trabajo encargado para la verificación y evaluación de la implementación de las acciones correctivas propuestas para tratar las no conformidades identificadas.
- 4.1.6. Designar al equipo de trabajo encargados para la verificación y evaluación de la eficacia de las acciones correctivas implementadas para tratar las no conformidades identificadas.
- 4.1.7. Emitir la solicitud de acción correctiva correspondiente a las no conformidades identificadas por:
 - a) Auditorías internas, o
 - b) Auditorías externas, o
 - c) Revisión por la Dirección

4.2. Responsabilidad del dueño del proceso

- 4.2.1. Emitir la solicitud de acción correctiva a los procesos estratégicos y apoyo con quienes se haya suscrito acuerdos de partes, en el marco de los Sistemas de Gestión de la Calidad.
 - 4.2.2. Emitir la solicitud de acción correctiva correspondiente a las no conformidades identificadas como, resultado de:
 - a) Medición y análisis de datos
 - b) Salidas No Conforme.
 - 4.2.3. Dar atención a las solicitudes de acción correctiva identificadas por medición, análisis de datos, auditorías internas, auditorías externas mediante el formato establecido en el **Anexo N° 01 “Solicitud de Acción Correctiva”**.
 - 4.2.4. Evaluar y dar atención a las oportunidades o potenciales de mejoras identificadas en auditorías internas y externas haciendo uso de los formatos establecidos en los **Anexos N° 02 Evaluación y Tratamiento de Oportunidades o Potenciales de Mejora”** y **N° 04 Diagrama Gantt para Tratamiento de Oportunidades o Potenciales de Mejora y Observaciones”**.
-



- 4.2.5. Evaluar y dar atención a las observaciones identificadas en auditorías o evaluaciones externas haciendo uso de los formatos establecidos en los **Anexos N° 03 “Evaluación y Tratamiento de Observaciones”** y **N° 04 Diagrama Gantt para Tratamiento de Oportunidades o Potenciales de Mejora y Observaciones**.
 - 4.2.6. Informar semestralmente a la Oficina de Planeamiento y Presupuesto con copia a la Secretaría General, el estado de las solicitudes de acción correctiva, oportunidades o potenciales de mejora y observaciones relacionados al Sistema de Gestión de la Calidad haciendo uso de los formatos establecidos en los **Anexos N° 05 “Estado de Solicitudes de Acción Correctiva”** y **N° 06 “Estado de Oportunidades o Potenciales de Mejora y Observaciones”**.
 - 4.2.7. Mantener actualizados los formatos establecidos en los **Anexos N° 01 “Solicitudes de Acción Correctiva”, N° 05 “Estado de Solicitudes de Acción Correctiva”** y **N° 06 “Estado de Oportunidades o Potenciales de Mejora y Observaciones”**.
- 4.3. Responsabilidad del personal encargado del equipo de la verificación de la implementación de las acciones correctivas**
- 4.3.1. Aplicar, verificar y evaluar la correcta aplicación de la metodología aplicada para el análisis de causa.
 - 4.3.2. Aplicar, verificar y evaluar la consistencia entre la(s) causa(s) raíz identificada(s) y las acciones correctivas planificadas.
 - 4.3.3. Verificar que se hayan ejecutado las acciones correctivas planificadas para el tratamiento de la no conformidad.
 - 4.3.4. Comunicar el resultado de la verificación de la implementación de las acciones correctivas al Dueño del Proceso.
 - 4.3.5. Registrar el resultado de la verificación de la implementación de las acciones correctivas en el formato **“Solicitud de Acción Correctiva”**, el cual se aprecia en el **Anexo N° 01**.
- 4.4. Responsabilidad del personal encargado del equipo de la verificación de la eficacia de las acciones correctivas implementadas para tratar la no conformidad:**
- 4.4.1. Verificar y evaluar que las acciones correctivas implementadas para tratar la no conformidad hayan sido eficaces.
 - 4.4.2. Comunicar el resultado de la verificación de la implementación de las acciones correctivas al Dueño del Proceso.
 - 4.4.3. Cerrar las solicitudes de acción correctiva verificadas cuando las acciones correctivas implementadas hayan sido eficaces.
 - 4.4.4. Registrar el resultado de la verificación de la eficacia de las acciones correctivas en el formato **“Solicitud de Acción Correctiva”**, el cual se aprecia en el **Anexo N° 01**.

V. DISPOSICIONES GENERALES

- 5.1. Los hallazgos deben considerarse como una oportunidad para mejorar el desempeño de los procesos y el logro de los objetivos institucionales, por lo que su identificación y
-



posterior tratamiento deben orientarse a la mejora continua.

- 5.2. La eficacia de las acciones correctivas implementadas para tratar no conformidades identificadas en auditorías externas es verificada por un auditor externo en posteriores auditorías de seguimiento o recertificación.
- 5.3. Las observaciones deben ser evaluadas a fin de definir e implementar las acciones para su tratamiento.
- 5.4. Las oportunidades o potenciales de mejoras deben ser evaluadas a fin de establecer la pertinencia de su implementación y las acciones para su tratamiento, según corresponda.

VI. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

6.1. Identificación de una no conformidad

Las no conformidades pueden generarse por:

- 6.1.1. Auditorías externas e internas al Sistema de Gestión.
- 6.1.2. Medición y análisis de datos, cuando los resultados de los indicadores de los Sistemas de Gestión han obtenido resultados de nivel no aceptable.
- 6.1.3. Revisión por la Dirección.
- 6.1.4. Salida No Conforme, por una situación cuando es recurrente por el mismo motivo o causa.
- 6.1.5. Incumplimiento de requisitos legales, se da cuando cuyo requisito ha sido identificado como aplicable a la entidad y no se está cumpliendo total o parcial.

6.2. Emisión de la solicitud de acción correctiva

La emisión de una SAC se realiza de la siguiente manera:

- 6.2.1. El emisor registra la información pertinente en los campos 1 (Detalle de la emisión) y 2 (Descripción de la no conformidad) de la **Solicitud de Acción Correctiva**, cuyo formato se indica en el **Anexo N° 01**.
- 6.2.2. Cuando se trata de no conformidades identificadas en auditorías, revisión por la Dirección: la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, emite la Solicitud de Acción Correctiva al responsable de su atención a través de la Secretaría General, a fin de que implemente las acciones necesarias para que la no conformidad no vuelva a ocurrir.
- 6.2.3. Cuando se trata de no conformidades identificadas por medición y análisis de datos, incumplimiento de requisitos legales aplicables, el dueño del proceso emite la Solicitud de Acción Correctiva al responsable de su atención con copia a Oficina de Planeamiento y Presupuesto.

6.3. Atención de la solicitud de acción correctiva

El responsable de la atención de la Solicitud de Acción Correctiva:



- 6.3.1. Completa los campos 3 (Corrección, cuando aplica), 4 (Investigación de causas) y 5 (Plan de acción) del formato de SAC (**Anexo N°01**), para tal efecto, se debe realizar el análisis de la causa raíz, las cuales originó la no conformidad; ello, se realiza a través de una de las metodologías propuestas en el **Anexo N° 07 “Investigación de causa raíz”** u otra que estimen pertinente.
- 6.3.2. Documenta el proceso de identificación de las causas raíz y conserva las evidencias de la misma. Asimismo, en caso se aplique una metodología diferente a las descritas en el **Anexo N° 07 “Investigación de causa raíz”** debe describirse el marco metodológico y fuente bibliográfica respectiva.
- 6.3.3. Remite al Dueño Proceso o a quien corresponda, la Solicitud de Acción Correctiva con la información requerida en los campos 4 (Investigación de causas) y 5 (Plan de acción) en un plazo máximo de diez (10) días hábiles posteriores a la recepción de la SAC.
- 6.3.4. Implementa las acciones correctivas en conjunto con el equipo de trabajo designado, de acuerdo a los plazos establecidos. Estas acciones deben implementarse en el tiempo planificado.
- 6.3.5. Puede solicitar al Dueño del Proceso o a quien corresponda la reprogramación de los plazos para la implementación de dicha(s) acción(es) correctiva(s) debidamente sustentado y adjuntando un nuevo formato de SAC desde el campo “5: Plan de Acción”, antes de cumplirse el plazo para la implementación de la acción correctiva, sin descartar el formato primigenio. La reprogramación se puede dar cuando:
 - a) Se presenten cambios en aspectos externos a la organización que afecten al Sistema de Gestión de la Calidad y se requiera realizar cambios a las acciones previstas.
 - b) Se presente un posible incumplimiento de los plazos para la implementación de alguna(s) de las acciones correctivas planificadas.
- 6.3.6. Conserva información documentada como evidencia de las acciones tomadas y de sus resultados.

6.4. Verificación de la implementación de las acciones correctivas

Para la verificación de la implementación de las acciones correctivas de las NC identificadas en auditorías internas y externas, por medición y análisis de datos, e incumplimiento de los requisitos legales aplicables entre otros, se procede de la siguiente manera:

- 6.4.1. En caso corresponda, el Dueño del proceso designa al equipo de trabajo para la verificación de la implementación o solicita a la Oficina de Planeamiento y Presupuesto la designación de un equipo de trabajo para la verificación de la implementación de las acciones correctivas adjuntando la SAC y el análisis de causa, teniendo como plazo máximo diez (10) días hábiles posterior a la implementación de última acción prevista en el numeral 5 de la Solicitud de Acción Correctiva (Anexo N° 01).
 - 6.4.2. La Oficina de Planeamiento y Presupuesto una vez recibida la solicitud de la verificación de la implementación cuenta con un plazo máximo de diez (10) días hábiles para designar al equipo de trabajo que llevarán a cabo la verificación de la implementación de las acciones correctivas, nombrando a un
-



responsable del equipo de corresponder; asimismo, coordina con el Dueño del Proceso la fecha y hora de ejecución de la verificación de la implementación de las acciones.

6.4.3. El Equipo de verificación designado realiza:

- a) La aplicación, verificación y evaluación de la metodología elegida para el análisis de causas, para eliminar la ocurrencia de la no conformidad, el cual debe estar sustentado con evidencias.
- b) La aplicación, verificación y evaluación de la consistencia entre las causas raíz identificadas y las acciones correctivas planificadas.
- c) La verificación de la ejecución de las acciones correctivas planificadas.

6.4.4. Culminada la verificación de la implementación de las acciones correctivas, el responsable del equipo emite un informe dirigido al Dueño del Proceso.

- a) Cuando concluye que las acciones correctivas han sido implementadas, indica la fecha propuesta para la verificación de la eficacia de las acciones correctivas en coordinación con el proceso.
- b) Cuando la aplicación del análisis de causas no ha sido pertinente a la no conformidad, no haya consistencia entre las causas raíz y las acciones correctivas planificadas, o no se hayan implementado las acciones correctivas, registra en el formato de SAC a qué etapa del proceso de atención de la no conformidad debe retornar, para lo cual adjunta un nuevo formato de SAC, desde el campo al que debe retornar (análisis de causa raíz o propuesta de plan de acción o recomienda que el Dueño del Proceso emita una nueva Solicitud de Acción Correctiva), sin descartar el formato primigenio.
- c) Actualiza el formato "**Solicitud de Acción Correctiva**", el cual se aprecia en el **Anexo N°01**.
- d) En ambos casos, el responsable del levantamiento de la NC actualiza en la Matriz "**Estado de Solicitudes de Acción Correctiva**", cuyo formato se aprecia en el **Anexo N°05**, el estado de la SAC.

6.4.5. El responsable del levantamiento de la no conformidad actualiza la Matriz el "**Estado de Solicitudes de Acción Correctiva**" cuyo formato se aprecia en el **Anexo N°05** e informa al Dueño del proceso, dentro de los cinco (05) días hábiles posteriores a la recepción del informe del responsable de la verificación de la implementación.

6.5. Verificación de la eficacia de las acciones correctivas implementadas

6.5.1. Para las NC identificadas en auditorías internas y externas, por medición y análisis de datos e incumplimiento de los requisitos legales aplicables entre otros:

- a) En caso corresponda, el Dueño del proceso designa al equipo de trabajo para la verificación de la eficacia o solicita a la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la designación de un equipo de trabajo para que realicen la verificación de la eficacia de las acciones correctivas, teniendo como plazo quince (15) días hábiles antes de la fecha prevista para la precitada verificación.
-



- b) La Oficina de Planeamiento y Presupuesto una vez recibida la solicitud de la verificación de la eficacia cuenta con un plazo máximo de diez (10) días hábiles para designar al equipo de trabajo que llevarán a cabo la verificación de la eficacia de las acciones correctivas, nombrando a un responsable del equipo de corresponder;
- c) El responsable del equipo de trabajo, al culminar con la verificación de la eficacia, emite un informe dirigido al Dueño del proceso, comunicando si las acciones implementadas han sido eficaces:
 - Cuando las acciones correctivas hayan sido eficaces, registra el cierre de la SAC en el campo previsto para tal fin (**Anexo N°01**).
 - Cuando las acciones correctivas implementadas no hayan sido eficaces, indica a qué etapa del tratamiento de la no conformidad debe retornarse, para lo cual adjunta un nuevo formato de SAC desde el campo al que debe retornar, sin descartar el formato primigenio.
 - Cuando se desarrolle una segunda verificación de la eficacia de las acciones correctivas, y estas no hayan sido eficaces, se cierra la SAC y se emite una nueva SAC al no haber sido apropiadas las acciones correctivas implementadas.
 - Actualiza el formato “**Solicitud de Acción Correctiva**”, establecido en el **Anexo N°01**.
- d) De corresponder el responsable del levantamiento de la NC actualiza la Matriz Anexo N° 05 “**Estado de Solicitudes de Acción Correctiva**”, de haber observaciones emitidas por el equipo de trabajo se informa al Dueño del proceso dentro de los cinco (05) días hábiles posteriores a la recepción del informe emitido por el responsable de la verificación de la implementación.

6.5.2. Para las NC identificadas en auditorías externas

La verificación de la eficacia de las acciones correctivas implementadas para no conformidades identificadas en auditorías externas es realizada por el auditor en las posteriores auditorías de seguimiento o recertificación.

6.6. Atención de oportunidades o potenciales de mejoras identificadas en auditorías internas y externas

Para el tratamiento de las oportunidades o potenciales de mejora el responsable del tratamiento realiza:

- 6.6.1. Evalúa si amerita o no ser implementada las oportunidades/potenciales de mejora, para lo cual utiliza el **Anexo N° 02 “Evaluación y Tratamiento de Oportunidades o Potenciales de Mejora”**, si producto de la evaluación amerita implementar la oportunidad/potencial de mejora:
 - a) Registra en el **Anexo N° 04 “Diagrama Gantt para Tratamiento de Oportunidades o Potenciales de mejora y Observaciones”**, las acciones para tratar la oportunidad/potencial de mejora.

- b) Realiza el seguimiento de las acciones propuestas a fin de dar cumplimiento a los plazos establecidos en el plan de acción.
- 6.6.2. Puede solicitar al dueño del proceso, la reprogramación del plan de acción antes de cumplirse el plazo para la implementación de las acciones, debidamente sustentado. La reprogramación puede darse por:
- a) Se presenten cambios en aspectos externos a la organización que afecten al Sistema de Gestión y se requiera realizar cambios a las acciones previstas.
 - b) Se presente un posible incumplimiento de los plazos para la implementación de alguna(s) de las acciones planificadas.
- 6.6.3. Conserva información documentada como evidencia de las acciones tomadas y de sus resultados.
- 6.6.4. Si producto de la evaluación no amerita implementar la oportunidad/potencial de mejora, se registra en el **Anexo N° 04 “Diagrama Gantt para Tratamiento de Oportunidades o Potenciales de mejora y Observaciones”**, la justificación por el cual no amerita implementar la oportunidad/potencial de mejora.
- 6.6.5. El responsable del tratamiento de las oportunidades o potenciales de mejora actualiza el **Anexo N° 06 “Estado de las Oportunidades o Potenciales de mejora y Observaciones”** e informa al dueño del proceso.

6.7. Atención de las observaciones identificadas en auditorías internas y externas

Para el tratamiento de las observaciones el responsable del tratamiento realiza:

- 6.7.1. Registra la evaluación y las acciones para tratar la observación en los formatos establecidos en los **Anexos: N° 03 “Evaluación y Tratamiento de Observaciones”** y N° 04 **“Diagrama Gantt para Tratamiento de Oportunidades o Potenciales de mejora y Observaciones”**.
 - 6.7.2. Realiza el seguimiento de las acciones propuestas a fin de dar cumplimiento a los plazos establecidos en el plan de acción detallado en el formato establecido en el **Anexo N° 04 “Diagrama Gantt para Tratamiento de Oportunidades o Potenciales de mejora y Observaciones”**.
 - 6.7.3. Puede solicitar al dueño del proceso, la reprogramación del plan de acción antes de cumplirse el plazo para la implementación de las acciones, debidamente sustentado. La reprogramación puede darse por:
 - a) Se presenten cambios en aspectos externos a la organización que afecten al Sistema de Gestión y se requiera realizar cambios a las acciones previstas.
 - b) Se presenta un posible incumplimiento de los plazos para la implementación de alguna(s) de las acciones planificadas.
 - 6.7.4. Conserva información documentada como evidencia de las acciones tomadas y de sus resultados.
 - 6.7.5. El responsable del tratamiento de las oportunidades o potenciales de mejora actualiza el **Anexo N° 06 “Estado de las Oportunidades o Potenciales de mejora y Observaciones”** e informa al dueño del proceso.
-



VII. ANEXOS

- 7.1. Anexo N° 01 – Formato de solicitud de acción correctiva
 - 7.2. Anexo N° 02 – Evaluación y tratamiento de oportunidades o potenciales de mejora
 - 7.3. Anexo N° 03 – Evaluación y tratamiento de observaciones
 - 7.4. Anexo N° 04 – Diagrama Gantt para el tratamiento de oportunidades potenciales de mejora y observaciones
 - 7.5. Anexo N° 05 – Estado de las solicitudes de acción correctiva.
 - 7.6. Anexo N° 06 – Estado de las oportunidades o potencial mejora y observaciones.
 - 7.7. Anexo N° 07 – Investigación de causa raíz
-



PERÚ

Ministerio de Cultura

Archivo General de la Nación

ANEXO N° 01 FORMATO DE SOLICITUD DE ACCION CORRECTIVA

		SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA		SAC N° ____	
1. Detalle de la emisión:					
Auditoria: <input type="checkbox"/>		Análisis de Datos: <input type="checkbox"/>		Revisión por la Dirección: <input type="checkbox"/>	
Salida No Conforme:(SNC) <input type="checkbox"/>		Otros: _____			
Nombre y cargo del Emisor:		Órgano u oficina Orgánica donde se detecta NC			
Fecha de Emisión:		Nombre y cargo del Responsable de la NC			
Firma del Emisor:		Firma del Responsable de la NC			
2. Descripción de la No Conformidad: (Para ser llenado por el emisor)					
3. Corrección (corresponde a una acción inmediata)					
Nombre y cargo del Responsable de la Corrección:		Firma del responsable de la NC		Fecha de ejecución:	
4. Investigación de Causas (indicar solo la causa raíz)					
Nombre y cargo del Responsable de la NC		Firma del responsable de la NC		Fecha de ejecución:	
5. Acción Correctiva Propuesta: (Para ser llenado por responsable de la NC)					
ACCIONES		RESPONSABLE (S)		RECURSOS	
Nombre y cargo del Responsable de la NC:		Fecha prevista para culminar la implementación:			
6. Verificación de la implementación de la Acción Correctiva (Para ser llenado por el responsable de la verificación)					
Nombre y cargo del responsable de la verificación:		Firma			
Verificación: Fecha:		Fecha propuesta para la verificación de la eficacia:			
7. Verificación de la eficacia de la Acción Correctiva: (Para ser llenado por el responsable de la verificación)					
Nombre y cargo del responsable de la verificación:		Firma:			
1° Verificación: Fecha:		Cerrada <input type="checkbox"/> Abierta <input type="checkbox"/>		Fecha propuesta para la segunda verificación de la eficacia:	
Nombre y cargo del responsable de la verificación:		Firma:		2° Verificación: Cerrada <input type="checkbox"/> Abierta <input type="checkbox"/> Fecha:	



ANEXO N° 02 EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE OPORTUNIDADES O POTENCIALES DE MEJORA

N° DE OPORTUNIDAD DE MEJORA		
DESCRIPCIÓN DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA PROPUESTA POR EL EQUIPO AUDITOR		
Organo o Unidad Funcional a la que se propone la oportunidad de mejora		
Tipo de proceso		
Nombre del proceso		
Fecha de emisión de la oportunidad de mejora		
Fecha del análisis de la oportunidad de mejora		
Participantes del analisis de la oportunidad o potencial mejora		
ASPECTOS A EVALUAR		
¿Hay gestiones en proceso para alcanzar el objetivo enunciado en la oportunidad de mejora propuesta por el equipo auditor?		
Si las hay, enunciarlas:		
¿Cuáles son las evidencias de esas gestiones y su seguimiento?		
Considera que la oportunidad de mejora propuesta por el equipo auditor es pertinente? (Marque con un aspa)		
SI		
NO		
Si la respuesta es "SI", responder: ¿Cómo podría implementarse la oportunidad de mejora?		
Si la respuesta es "SI", responder: ¿Qué recursos demanda la implementación de la oportunidad de mejora?		
Qué		
Quién		
Cuándo		
Dónde		
Cuánto		
Si la respuesta es "NO", justifique las razones:		
SI SE IMPLEMENTARÁ LA OPORTUNIDAD DE MEJORA		
NO SE IMPLEMENTARÁ LA OPORTUNIDAD DE MEJORA		
Acciones planificadas	Responsable (Roles)	Fecha final de implementacion de cada accionplanificada
Fecha de culminacion del Plan de accion de mejora		

Analizado por

Validado por

Aprobado por



ANEXO N° 03 EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE OBSERVACIONES

N° DE OBSERVACION		
DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACION - AUDITORIA EXTERNA		
Nombre del proceso donde se identifico la observacion		
Tipo de proceso		
Requisito al que se ha asociado la observacion		
Fecha de identificacion de la observacion		
Fecha del analisis de la observacion		
Participantes del analisis		
ASPECTOS A EVALUAR		
¿A qué se debió el incumplimiento? / ¿Cuáles fueron las causas que generaron la observación?		
¿Amerita actualizar la Gestión de riesgos del proceso?		
¿Cuáles son las acciones de mejora que se deberían implementar?		
¿Qué recursos demanda la implementación del plan de acción de mejora?		
Qué		
Quién		
Cuándo		
Dónde		
Cuánto		
Acciones planificadas	Responsable (Roles)	Fecha final de implementación de cada acción planificada
Fecha de culminación del Plan de acción de mejora		

Analizado por

Validado por

Aprobado por



ANEXO N° 07 INVESTIGACION DE CAUSA RAIZ

Metodologías propuestas para el análisis de causas e identificación de causas raíz:

A. LLUVIA DE IDEAS:

¿Qué es?

Es una técnica que permite aprovechar el pensamiento creativo de un equipo para identificar posibles soluciones de problemas y potenciales oportunidades de mejoramiento de la calidad.

¿Cuándo se usa?

- Cuando exista la necesidad de liberar la creatividad de los equipos.
- Cuando se desea genera un número extenso de ideas.
- Cuando se desee involucrar a todos los miembros de un proceso.
- Cuando se quiere identificar oportunidades de mejora.

¿Cómo se elabora?

1. Fase de generación:

- Nombrar al facilitador del grupo.
- El facilitador explica concretamente el tema a tratar.
- El facilitador concede la palabra a cada uno de los miembros por turno hasta agotar las ideas.
- Las ideas se deben escribir en un lugar visible por todos.
- Las ideas propuestas pueden servir como base a otras ideas.
- En esta etapa, las ideas no deben ser criticadas.

En esta fase, las ideas pueden recogerse de diversas formas, por ejemplo, escribiéndose en un formato preestablecido o realizándose de manera silenciosa por un espacio de tiempo previamente definido.

2. Fase de aclaración:

- Proceder a la aclaración de cada una de las ideas.
 - Se puede criticar, apoyar o cuestionar las ideas, no a las personas.
 - Se pueden unir dos ideas si son similares
-



DESCRIPCION DE LA SAC	
LLUVIAS DE IDEAS ORIGINAL	LLUVIAS DE IDEAS ORDENADA Y DEPURADA
IDEA 1	IDEA 1
IDEA 2	IDEA 2
IDEA 3	IDEA 3
IDEA 4	IDEA 4
IDEA 5	IDEA 5
IDEA 6	IDEA 6
IDEA 7	IDEA 7
IDEA 8	IDEA 8
IDEA 9	IDEA 9
IDEA 10	IDEA 10

3. Fase de votación:

- Se procede en función a su importancia o incidencia en el problema.
- Se puede emplear un sistema de ponderación para calificar las ideas.
- Debe ser secreta para evitar influencias hacia determinadas ideas

DESCRIPCION DE LA SAC						
CAUSAS	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4	Valor total	Composicion Porcentual

Nota:

Valorar de 1 a n, donde n= cantidad de causas que se valoran.

El participante no debe dar el mismo valor a dos causas

B. DIAGRAMA PARETO

¿Qué es?

Es una comparación a través de un gráfico de barras verticales que ayuda a determinar qué problemas resolver y en qué orden. Afirma que en todo grupo de problemas que contribuyen a un mismo efecto, unos pocos son responsables de la mayor parte de dicho efecto (Por ejemplo, el 80% de los problemas de una entidad son debidos a un 20% de las causas posibles). Así permite decidir sobre qué problema debemos concentrarnos nuestros esfuerzos y priorizar su solución o soluciones.

¿Cuándo se usa?

- Cuando se requiere identificar el orden y prioridad de una solución o soluciones.
- Cuando se busca analizar las causas de los problemas identificados.

¿Cómo se elabora?

Dibujar dos ejes verticales y un eje horizontal

a. Ejes verticales

- Eje izquierdo: marque este eje desde 0 hasta el total general.
- Eje derecho: marque este eje con una escala de 0% a 100%. b.

b. Eje horizontal

Divida este eje en un número de intervalos igual al número de ítems clasificados (tipo de causas identificadas).



Nota:

Seleccionar las columnas "Causas", "Valor total" y "Porcentaje acumulado", una vez seleccionada las columnas insertar el grafico "Columnas agrupadas".

C. 5 POR QUÉ

¿Qué es?

Los 5 Por qué 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 detalles.

¿Cuándo se usa?

Para identificar, tener en cuenta que el "5" es solo un número. Pregúntate el "Por qué" tantas veces como sea necesario para completar el proceso y tomar las medidas apropiadas.

¿Cómo se desarrolla?

- Una vez que las causas probables hayan sido identificadas, empezar a preguntar "¿Por qué es así?" o "¿Por qué está pasando esto?".
- Continuar preguntando Por qué al menos cinco veces. Esto reta al equipo a buscar a fondo y no conformarse con causas ya "probadas y ciertas".
- Habrá ocasiones en las que se podrá ir más allá de las cinco veces preguntando Por qué para poder obtener las causas principales.
- Durante este tiempo se debe tener cuidado de NO empezar a preguntar "Quién". Se debe recordar que el equipo está interesado en el Proceso y no en las personas involucradas.



5 POR QUES					
CAUSA PRINCIPAL	1ER PORQUE	2DO PORQUE	3ER PORQUE	4TO PORQUE	5TO PORQUE
Causa principal 1					
Causa principal 2					
Causa principal 3					
Causa principal 4					
Causa principal 5					

D. SHIKAWA

¿Qué es?

El diagrama de Ishikawa o espina de pescado es un diagrama para detectar las causas y los efectos de un problema, donde la cabeza del pescado representa el problema, mientras que las espinas mayores o grande representan la causa y las espinas menores o pequeñas representan las sub causas.

¿Cuándo se usa?

- Para ver las causas principales y secundarias de un problema (efecto).
- Para ampliar la visión de las posibles causas de un problema, visualizándola de manera sistémica y completa.
- Para generar mejora en los procesos

¿Cómo se elabora?

Paso 1: Define o identifica el problema (efecto) que se va analizar.

Paso 2: Dibuje una flecha horizontal apuntando hacia la derecha y escriba el problema dentro de un rectángulo ubicado en la punta de la flecha que sería la cabeza del pescado.

Paso 3: Establecer las categorías que son esenciales en nuestro diagrama como por ejemplo: Máquina, Mano de obra, Medio ambiente, Métodos y Medición (6M) de corresponder, estas categorías serán como los sub temas que englobará una serie de causas.

- **La mano de obra involucrada en el proceso:** el recurso humano que participan en la ejecución del proceso.
- **Las máquinas que se usan en el proceso:** hardware y software, equipos, instrumentos, entre otros, que se utilizados para ejecutar el proceso.
- **Los materiales que se usan en el proceso:** insumos, información, entre otros, que ingresan al proceso.

- **La medición de los procesos:** indicadores sobre calidad, oportunidad, cantidad, entre otros que miden el proceso.
- **El medio ambiente que rodea al proceso:** factores externos, tales como el clima, el gobierno, el entorno, la sociedad entre otros.
- **Los métodos del proceso:** conocimiento, documentos normativos, políticas, manuales entre otros.

Paso 4: Realice una lluvia de ideas para cada categoría que identificó para levantar las posibles causas que puedan estar generando el problema. Para ello procure responder a la siguiente pregunta ¿Por qué esto está sucediendo?

Paso 5: Ordene y añada las causas identificadas en el paso anterior de acuerdo a la categoría que pertenece.

Paso 6: Profundiza en las causas, asignando sub causas que hayan ocasionado la ocurrencia de las causas identificadas en el paso 4 y 5.

Paso 7: Analiza cada sub causa y en caso no pueda descomponerse más, está se define como causa raíz.

