

DIRECTIVA
DI-018-OPP/002

TRATAMIENTO DE HALLAZGOS

PRIMERA VERSIÓN

OFICINA DE PLANIFICACIÓN Y PRESUPUESTO

ÍNDICE

- I. OBJETIVO
- II. ALCANCE
- III. BASE LEGAL
- IV. TÉRMINO Y DEFINICIONES
- V. RESPONSABILIDAD
- VI. DISPOSICIONES GENERALES
- VII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS
- VIII. VIGENCIA
- IX. APROBACIÓN
- X. ANEXOS

ANEXO N° 01 : FORMATO "SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA".

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

ANEXO N° 03 : "EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE OBSERVACIONES".

ANEXO N° 04 : "DIAGRAMA GANTT Y REPORTE PARA TRATAMIENTO DE OPORTUNIDADES O POTENCIALES DE MEJORA Y OBSERVACIONES".

ANEXO N° 05 : "ESTADO DE SOLICITUDES DE ACCIÓN CORRECTIVA"

ANEXO N° 06 : "ESTADO DE OPORTUNIDADES O POTENCIALES DE MEJORA Y OBSERVACIONES"

ANEXO N° 07 : INVESTIGACIÓN DE CAUSA RAÍZ

I. OBJETIVO

Establecer los lineamientos para el tratamiento de hallazgos que puedan generarse por incumplimiento de los compromisos adquiridos en la Carta de Servicios, requisitos de los Sistemas de Gestión y Sistema de Producción y Almacenamiento de Microformas Digitales del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil – Reniec.

II. ALCANCE

La presente directiva es administrada por la Oficina de Planificación y Presupuesto (OPP), a través de la Unidad de Racionalización y Modernización (URM), y sus disposiciones son aplicables a los órganos y unidades orgánicas involucradas en la Carta de Servicios, Sistemas de Gestión y Sistema de Producción y Almacenamiento de Microformas Digitales del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil – Reniec.

III. BASE LEGAL

- 3.1. **Ley N° 26497**, Ley Orgánica del RENIEC, del 12 de julio de 1995, y sus modificatorias.
- 3.2. **Ley N° 27658**, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, del 30 de enero de 2002 y sus modificatorias.
- 3.3. **Ley N° 28716**, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado, del 18 de abril de 2006 y sus modificatorias.
- 3.4. **Decreto Legislativo N° 1412**, aprueba la Ley de Gobierno Digital, del 13 de setiembre 2018.
- 3.5. **Decreto Supremo N° 015-98-PCM**, aprueba el Reglamento de Inscripciones del RENIEC, del 25 de abril de 1998 y sus modificatorias.
- 3.6. **Decreto Supremo N° 030-2002-PCM**, aprueba el Reglamento de la Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, del 03 de mayo de 2002.
- 3.7. **Decreto Supremo N° 072-2003-PCM**, que aprueba el Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, del 07 de agosto de 2003, y sus modificatorias.
- 3.8. **Decreto Supremo N° 054-2018-PCM**, que aprueba los Lineamientos de Organización del Estado, del 18 de mayo de 2018 y sus modificatorias.
- 3.9. **Decreto Supremo N° 004-2019-JUS**, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 – Ley de Procedimiento Administrativo General, del 25 de enero de 2019 y sus modificatorias.
- 3.10. **Decreto Supremo N° 021-2019-JUS**, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, del 11 de diciembre de 2019, y su modificatoria.
- 3.11. **Decreto Supremo N° 029-2021-PCM**, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1412, Decreto Legislativo que aprueba la Ley del Gobierno Digital, y establece disposiciones sobre las condiciones, requisitos y uso de las tecnologías y medios electrónicos en el procedimiento administrativo, del 19 de febrero del 2021.
- 3.12. **Decreto Supremo N° 103-2022-PCM**, aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2030, del 21 de agosto de 2022.

- 3.13. Resolución Ministerial N° 186-2015-PCM**, aprueba el Manual para Mejorar la Atención a la Ciudadanía en las Entidades de la Administración Pública, del 12 de agosto de 2015.
- 3.14. Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG**, aprueba las Normas de Control Interno, del 03 de noviembre de 2006.
- 3.15. Resolución de Contraloría N° 146-2019-CG**, aprueba la Directiva N° 006-2019-CG/INTEG "Implementación del Sistema de Control Interno en las entidades del Estado", del 17 de mayo de 2019.
- 3.16. Resolución de Secretaría de Integridad Pública N° 002-2021-PCM/SIP**, aprueba la Directiva N° 002-2021-PCM/SIP "Lineamientos para fortalecer una cultura de integridad en las entidades del sector público", del 28 de junio de 2021.
- 3.17. Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 011-2022-PCM/SGP**, aprueba la Norma Técnica N° 001-2022-PCM-SGP, Norma Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios del Sector Público, del 17 de noviembre de 2022.
- 3.18. Resolución Directoral N° 001-2015-INACAL/DN**, aprueban y dejan sin efecto diversas Normas Técnicas Peruanas, conforme al procedimiento establecido en la Ley N° 30224 - Ley que crea el Sistema Nacional para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad, del 05 de octubre de 2015.
- 3.19. Resolución Directoral N° 012-2017-INACAL/DN**, aprueban Norma Técnica Peruana denominada Sistemas de gestión antisoborno, del 29 de marzo de 2017.
- 3.20. Resolución Directoral N° 014-2018-INACAL/DN**, aprueban Normas Técnicas Peruanas, Especificación Técnica Peruana y Reporte Técnico Peruano sobre cereales y menestras, gestión del riesgo y otras, del 4 de julio de 2018.
- 3.21. Resolución Jefatural N° 156-2017/JNAC/RENIEC**, aprueba el Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil, del 22 de noviembre de 2017.
- 3.22. Resolución Jefatural N° 086-2021/JNAC/RENIEC**, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones y la Estructura Orgánica del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil, del 04 de mayo del 2021 y su modificatoria.
- 3.23. Resolución Jefatural N° 144-2021/JNAC/RENIEC**, aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2021 – 2025 del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil – RENIEC, con eficacia anticipada al 13 de mayo de 2021), del 02 de agosto de 2021.
- 3.24. Resolución Secretarial N° 107-2019/SGEN/RENIEC**, aprueba la Directiva DI-438-GCI/017 sobre "Implementación de la Gestión por procesos en el Reniec", del 09 de octubre de 2019.
- 3.25. Resolución Secretarial N° 092-2021/SGEN/RENIEC**, aprueba los Mapas de Procesos de Nivel 0 y 1 de los procesos transversales del Reniec, del 09 de diciembre de 2021.
- 3.26. Resolución Secretarial N° 030-2022/SGEN/RENIEC**, aprueba la Directiva DI-001-OPP/001 sobre "Documentos Normativos del Reniec", primera versión, del 17 de abril de 2022.
- 3.27. Norma Internacional ISO 9000:2015** "Sistema de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario, publicada en 2015.

- 3.28. Norma Internacional ISO 27001:2013** “Tecnologías de la información. Técnicas de seguridad. Sistemas de gestión de seguridad de la información. Requisitos, publicada en 2013.
- 3.29. Norma Internacional ISO 9001:2015** “Sistema de Gestión de la Calidad. Requisitos, publicada en 2015.
- 3.30. Norma española UNE 93200 Carta de Servicios. Requisitos.** Norma internacional que describe los requisitos para la implementación, medición, seguimiento y actualización de Cartas de Servicio, publicada en 2008.
- 3.31. Norma Internacional ISO 37001:2016** “Sistema de gestión antisoborno. Requisitos con orientación para su uso, publicada en 2016.

IV. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

4.1 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.

4.2 Actividad

Acción que desarrolla un individuo, un grupo de trabajo o una institución como parte de sus obligaciones, tareas, funciones o procesos.

4.3 Alta Dirección

Persona o grupo de personas que dirige y controla una organización al más alto nivel.

4.4 Auditor/evaluador

Persona con atributos personales demostrados y competencia que lleva a cabo una auditoría/evaluación.

4.5 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.

4.6 Carta de servicios

Documento escrito por medio del cual, el RENIEC informa públicamente a los clientes sobre los servicios que gestionan, los compromisos de calidad en la prestación de los servicios y los derechos y obligaciones que les asisten.

4.7 Calidad

Grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos.

4.8 Competencia

Capacidad para aplicar conocimientos y habilidades con el fin de lograr los resultados previstos.

4.9 Conformidad (C)

Cumplimiento de un requisito.

4.10 Corrección

Acción para eliminar una no conformidad identificada.

4.11 Dueño del proceso

Es quien tiene la responsabilidad y la autoridad definidas para diseñar, implementar, controlar y mejorar los procesos a su cargo, con el propósito de asegurar que se cumpla su resultado previsto.

4.12 Eficacia

Grado en que se realizan las acciones planificadas y se logran los resultados planificados.

4.13 Evidencia de auditoría

Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que es pertinente para los criterios de auditoría y que son verificables.

4.14 Gestión

Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.

4.15 Hallazgos

Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría y del análisis de los Sistemas de Gestión.

4.16 Inquietudes:

Para el SGAS del RENIEC, se entiende por inquietudes a:

- Las denuncias por presuntos actos de corrupción y otros actos que contravengan la Política de Integridad y Lucha Contra la Corrupción y Política Antisoborno del RENIEC
- Las consultas, dudas u observaciones que comunique el personal sobre el SGAS.

4.17 Información documentada

Información que una organización tiene que controlar y mantener, y el medio en el que la contiene.

4.18 Medición

Proceso para determinar un valor

4.19 Mejora Continua

Actividad recurrente para mejorar el desempeño.

4.20 No Conformidad (NC)

Incumplimiento de un requisito.

4.21 Observación

Desviación puntual del proceso en el cual no se detecta suficiente evidencia para declararla como no conformidad, soportada con evidencia objetiva.

4.22 Oportunidad o Potencial de mejora

Situación que no representa incumplimiento, pero puede ser mejorada por la organización para incrementar la eficacia del proceso.

4.23 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.

4.23 Requisito

Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

4.24 Responsable del sistema de gestión

Persona que tiene la responsabilidad de la implementación y mantenimiento de los sistemas de gestión (Función de Cumplimiento Antisoborno, Oficial de Seguridad Digital y Oficial de la Calidad).

4.25 Salida

Resultado de un proceso.

4.26 Salida no conforme (SNC)

El incumplimiento de un requisito, defecto o desviación. Puede ser identificado durante el proceso o como producto final.

4.27 Seguimiento

Determinación del estado de un sistema, un proceso o una actividad

4.28 Sistema de gestión

Conjunto de elementos de una organización interrelacionados o que interactúan para establecer políticas, objetivos y procesos para lograr estos objetivos.

4.29 Solicitud de Acción Correctiva (SAC)

Formato donde se registra la no conformidad identificada, la corrección – cuando esta aplica-, la investigación de la causa raíz, las acciones correctivas propuestas, la verificación de su implementación y la verificación de su eficacia.

V. RESPONSABILIDADES**5.1 Es atribución del responsable del Sistema de Gestión**

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 proveniente del Sistema de Gestión de la Calidad, Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, Sistema de Gestión Antisoborno y Carta de Servicios, según corresponda, adjuntando la Solicitud de Acción Correctiva en caso se hayan identificado no conformidades.

5.2 Es responsabilidad de la Gerencia General

Difundir el informe de resultado de la auditoría interna y externa a los órganos y unidades orgánicas que forman parte del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, Sistema de Gestión de Seguridad de la Información y Carta de Servicios, adjuntando la Solicitud de Acción Correctiva en caso se hayan identificado no conformidades.

5.3 Es responsabilidad de la Secretaria General

Difundir el informe de resultado de la auditoría o evaluación interna y externa a los órganos y unidades orgánicas que forman parte del alcance del Sistema de Gestión Antisoborno y Sistema de Producción y Almacenamiento de Microformas Digitales, adjuntando la Solicitud de Acción Correctiva en caso se hayan identificado no conformidades.

5.4 Es responsabilidad de la Unidad de Racionalización y Modernización:

5.4.1 Actualizar la presente directiva.

5.4.2 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 y Sistema de Producción y Almacenamiento de Microformas Digitales.

5.4.3 Proporcionar asesoría técnica para el análisis de causas de las no conformidades y planificación de acciones correctivas.

5.4.4 Designar a los auditores encargados para la verificación y evaluación de la implementación de las acciones correctivas propuestas para tratar las no conformidades identificadas por medición, análisis de datos, auditorías o evaluaciones internas, auditorías o evaluaciones externas o incidentes de seguridad de la información.

5.4.5 Designar a los auditores encargados para la verificación y evaluación de la eficacia de las acciones correctivas implementadas para tratar las no conformidades identificadas por medición, análisis de datos, auditorías o evaluaciones internas, auditorías o evaluaciones externas o incidentes de seguridad de la información.

5.5 Es responsabilidad del Dueño del Proceso:

5.5.1 Emitir la Solicitud de Acción Correctiva correspondiente a las no conformidades identificadas como resultado de:

- Auditorías o evaluaciones internas, o
- auditorías o evaluaciones externas, o
- medición y análisis de datos, o
- incidentes de seguridad de la información, o

Para el Sistema de Gestión Antisoborno, la Oficina de Integridad y Riesgos es la responsable de emitir la Solicitud de Acción Correctiva.

5.5.2 Dar atención a las Solicitudes de Acción Correctiva identificadas por medición, análisis de datos, auditorías o evaluaciones internas, auditorías o evaluaciones externas o incidentes de seguridad de la información mediante el formato establecido en el **Anexo N° 01 “Solicitud de Acción Correctiva”**.

5.5.3 Evaluar y dar atención a las oportunidades o potenciales de mejoras identificadas en auditorías o evaluaciones 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 y Reporte para Tratamiento de Oportunidades o Potenciales de Mejora y Observaciones**.

5.5.4 Evaluar y dar atención a las observaciones identificadas en auditorías o evaluaciones externas haciendo uso de los formatos establecidos en los **Anexos N° 03 “Tratamiento de Observaciones”** y **N° 04 Diagrama Gantt y Reporte para Tratamiento de Oportunidades o Potenciales de Mejora y Observaciones**.



- 5.5.5** Informar semestralmente a la Unidad de Racionalización y Modernización con copia a la Gerencia General el estado de las Solicitudes de Acción Correctiva, Oportunidades o Potenciales de Mejora y Observaciones relacionados a los Sistemas de Gestión de la Calidad y Carta de Servicios 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”**.
- 5.5.6** Informar semestralmente a la Oficina de Integridad y Riesgo con copia a la Secretaría General y a la Unidad de Racionalización y Modernización, el estado de las Solicitudes de Acción Correctiva, Oportunidades o Potenciales de Mejora y Observaciones relacionado a los Sistemas de Gestión Antisoborno adjuntando los **Anexos N° 05 “Estado de Solicitudes de Acción Correctiva”** y **N° 06 “Estado de Oportunidades o Potenciales de Mejora y Observaciones”**.
- 5.5.7** Informar semestralmente a la Oficina de Tecnología de la Información con copia a la Gerencia General, Secretaría General y a la Unidad de Racionalización y Modernización, el estado de las Solicitudes de Acción Correctiva, Oportunidades o Potenciales de Mejora y Observaciones relacionado al Sistema de Gestión de Seguridad de la Información adjuntando los **Anexos N° 05 “Estado de Solicitudes de Acción Correctiva”** y **N° 06 “Estado de Oportunidades o Potenciales de Mejora y Observaciones”**.
- 5.5.8** Informar semestralmente a la Secretaría General, el estado de las Solicitudes de Acción Correctiva, Oportunidades o Potenciales de Mejora y Observaciones relacionadas al Sistema de Producción y Almacenamiento de Microformas Digitales adjuntando los **Anexos N° 05 “Estado de Solicitudes de Acción Correctiva”** y **N° 06 “Estado de Oportunidades o Potenciales de Mejora y Observaciones”**.
- 5.5.9** 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”**.

5.6 Es responsabilidad del personal encargado de la verificación de la implementación de las acciones correctivas

- 5.6.1** Verificar y evaluar la correcta aplicación de la metodología aplicada para el análisis de causa.
- 5.6.2** Verificar y evaluar la consistencia entre la causa(s) raíz identificada y las acciones correctivas planificadas.
- 5.6.3** Verificar que se hayan ejecutado las acciones correctivas planificadas para el tratamiento de la no conformidad.
- 5.6.4** Comunicar el resultado de la verificación de la implementación de las acciones correctivas al Dueño del Proceso o a la Oficina de Integridad y Riesgos e involucrados en el hallazgo, con copia a la Gerencia General, Secretaría General y Oficina de Tecnologías de la Información, según corresponda, así como a la Unidad de Racionalización y Modernización y al responsable del tratamiento de la no conformidad.



5.6.5 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**.

5.7 Es responsabilidad del personal encargado de la verificación de la eficacia de las acciones correctivas implementadas para tratar la no conformidad:

5.7.1 Verificar y evaluar que las acciones correctivas implementadas para tratar la no conformidad hayan sido eficaces.

5.7.2 Comunicar el resultado de la verificación de la eficacia de las acciones correctivas al Dueño del Proceso o a la Oficina de Integridad y Riesgos e involucrados en el hallazgo, con copia a la Gerencia General, Secretaria General y Oficina de Tecnologías de la Información, según corresponda, así como a la Unidad de Racionalización y Modernización y al responsable del tratamiento de la no conformidad.

5.7.3 Cerrar las Solicitudes de Acción Correctiva verificadas cuando las acciones correctivas implementadas hayan sido eficaces.

5.7.4 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**.

VI. DISPOSICIONES GENERALES

6.1 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.

6.2 Las no conformidades pueden identificarse por medición, análisis de datos, auditorías o evaluaciones internas, auditorías o evaluaciones externas o incidentes de seguridad de la información, o durante el desarrollo de cualquier actividad dentro de los Sistemas de Gestión, Sistema de Producción y Almacenamiento de Microformas Digitales o la Carta de Servicios.

6.3 La eficacia de las acciones correctivas implementadas para tratar no conformidades identificadas en auditorías o evaluaciones externas es verificada por un auditor externo en posteriores auditorías de seguimiento o recertificación.

En caso la empresa certificadora que gane el servicio de auditoría externa sea diferente a la que identificó la no conformidad, la verificación de la eficacia la realiza el personal del Reniec, conforme a lo establecido en los numerales 5.6.

6.4 Las observaciones deben ser evaluadas a fin de definir e implementar las acciones para su tratamiento.

6.5 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.

VII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

7.1 IDENTIFICACIÓN DE UNA NO CONFORMIDAD

Las no conformidades pueden generarse por:





- 7.1.1 Auditorías externas/internas al Sistema de Gestión.
- 7.1.2 Evaluaciones externas/internas al Sistema de Producción y Almacenamiento de Microformas Digitales.
- 7.1.3 Medición y análisis de datos, cuando los resultados de los indicadores de los Sistemas de Gestión, Sistema de Producción y Almacenamiento de Microformas Digitales o incumplimiento de los compromisos de la Carta de Servicios han obtenido resultados de nivel "Malo".
- 7.1.4 Incidentes de seguridad de la información que afecten la disponibilidad, integridad o confidencialidad de la información del proceso.
- 7.1.5 Incumplimiento de requisitos legales aplicables.
- 7.1.6 Inquietudes cuyo contexto afecten algún requisito del Sistema de Gestión Antisoborno.

7.2 EMISIÓN DE LA SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA

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

- 7.2.1 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**.
- 7.2.2 Cuando se trata de no conformidades identificadas en auditorías o evaluaciones internas/externas: El Dueño del proceso o la Oficina de Integridad y Riesgos, según corresponda, emite la Solicitud de Acción Correctiva al responsable de su atención a través de la Gerencia General o la Secretaría General, a fin de que implemente las acciones necesarias para que la no conformidad no vuelva a ocurrir.
- 7.2.3 Cuando se trata de no conformidades identificadas por medición y análisis de datos, incumplimiento de requisitos legales aplicables, inquietudes cuyo contexto afecten algún requisito del SGAS e incumplimiento de compromisos de la Carta de Servicios: El Dueño del proceso o la Oficina de Integridad y Riesgos, según corresponda, emite la Solicitud de Acción Correctiva al responsable de su atención con copia a Gerencia General, Secretaría General y Oficina de Tecnologías de la Información según el Sistema de Gestión o Sistema de Producción y Almacenamiento de Microformas Digitales que corresponda, así como a la Unidad de Racionalización y Modernización.
- 7.2.4 Cuando se trata de no conformidades identificadas por incidentes de seguridad de la información: la Oficina de Tecnología de la Información emite la Solicitud de Acción Correctiva al responsable de su atención con copia a Gerencia General o Secretaría General, así como a la Unidad de Racionalización y Modernización.

7.3 ATENCIÓN DE LA SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA

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

- 7.3.1 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, debe realizar la de las causas raíz por las cuales se produjo la no conformidad, a través de una de las metodologías propuestas en





el **Anexo N° 07 “Investigación de causa raíz”** u otra que estimen pertinente.

7.3.2 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.

7.3.3 Remite al Dueño Proceso o a la Oficina de Integridad y Riesgos, según 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.

7.3.4 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.

7.3.5 Puede solicitar al Dueño del proceso o a la Oficina de Integridad y Riesgos, según 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:

7.3.5.1 Se presenten cambios en aspectos externos a la organización que afecten al Sistema de Gestión o Sistema de Producción y Almacenamiento de Microformas Digitales y se requiera realizar cambios a las acciones previstas.

7.3.5.2 Se presente un posible incumplimiento de los plazos para la implementación de alguna(s) de las acciones correctivas planificadas.

7.3.6 Conserva información documentada como evidencia de las acciones tomadas y de sus resultados.

7.4 VERIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS

Para la verificación de la implementación de las acciones correctivas para las NC identificadas en auditorías o evaluaciones internas y externas, por medición y análisis de datos, Incidentes de Seguridad de la Información e Incumplimiento de los requisitos legales aplicables entre otros, se procederá de la siguiente manera.

7.4.1 El Dueño del proceso o la Oficina de Integridad y Riesgos, según corresponda, solicita a la Unidad de Racionalización y Modernización la designación de auditores o evaluadores 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).

7.4.2 La Unidad de Racionalización y Modernización una vez recibida la solicitud de la verificación de la implementación cuenta con un plazo máximo de diez (10) días hábiles para designar al(os) auditor(es) o





evaluador(es) 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 o la Oficina de Integridad y Riesgos, según corresponda, la fecha y hora de ejecución de la verificación de la implementación de las acciones.

7.4.3 El Equipo de verificación designado verifica:

7.4.3.1 La correcta aplicación de la metodología elegida para el análisis de causas, para eliminar la ocurrencia de la no conformidad, el cual debe estar sustentado con evidencias.

7.4.3.2 La consistencia entre las causas raíz identificadas y las acciones correctivas planificadas.

7.4.3.3 La ejecución de las acciones correctivas planificadas.

7.4.4 Culminada la verificación de la implementación de las acciones correctivas, el responsable del equipo emite un informe dirigido al Dueño del Proceso o a la Oficina de Integridad y Riesgos, según corresponda, con copia a la Gerencia General, Secretaria General y Oficina de Tecnologías de la Información, así como a la Unidad de Racionalización y Modernización y al responsable del levantamiento de la no conformidad.

7.4.4.1 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.

7.4.4.2 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 o la Oficina de Integridad y Riesgos emita una nueva Solicitud de Acción Correctiva), sin descartar el formato primigenio.

7.4.4.3 Actualiza el formato "**Solicitud de Acción Correctiva**", el cual se aprecia en el **Anexo N°01**.

7.4.4.4 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.

7.4.5 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 o a la Oficina de Integridad y Riesgos, según corresponda, dentro de los cinco (05) días hábiles posteriores a la recepción del informe del responsable de la verificación de la implementación.

7.5 VERIFICACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS



7.5.1 Para las NC identificadas en auditorías o evaluaciones internas y externas, por medición y análisis de datos, Incidentes de Seguridad de la Información e Incumplimiento de los requisitos legales aplicables entre otros:

7.5.1.1 El Dueño del Proceso o la Oficina de Integridad y Riesgos, según corresponda, solicita a la Unidad de Racionalización y Modernización la designación de auditores o evaluadores 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.

7.5.1.2 La Unidad de Racionalización y Modernización una vez recibida la solicitud de la verificación de la eficacia cuenta con un plazo máximo de diez (10) días hábiles para designar al(os) auditor(es) o evaluador(es) que llevarán a cabo la verificación de la eficacia de las acciones correctivas, nombrando a un responsable del equipo de corresponder;

7.5.1.3 El responsable del equipo, al culminar con la verificación de la eficacia, emite un informe dirigido al Dueño del proceso o a la Oficina de Integridad y Riesgos, según corresponda, con copia a la Gerencia General, Secretaria General, Oficina de Integridad y Riesgos y Oficina de Tecnologías de la Información, así como a la Unidad de Racionalización y Modernización y al responsable del levantamiento de la no conformidad, comunicando si las acciones implementadas han sido eficaces:

7.5.1.3.1 Cuando las acciones correctivas hayan sido eficaces, registra el cierre de la SAC en el campo previsto para tal fin (**Anexo N°01**).

7.5.1.3.2 Cuando las acciones correctivas implementadas no hayan sido eficaces, indica a qué etapa del tratamiento de la no conformidad deberá retornarse, para lo cual adjunta un nuevo formato de SAC desde el campo al que debe retornar, sin descartar el formato primigenio.

7.5.1.3.3 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 al no haber sido apropiadas las acciones correctivas implementadas.

7.5.1.3.4 Actualiza el formato "**Solicitud de Acción Correctiva**", establecido en el **Anexo N°01**.

7.5.1.4 El responsable del levantamiento de la NC actualiza la Matriz "**Estado de Solicitudes de Acción Correctiva**", cuyo formato se aprecia en el **Anexo N°05**, el estado de la SAC, de lo contrario procede a tomar acción sobre las observaciones emitidas por el equipo auditor e informa al Dueño del proceso o a la Oficina de Integridad y Riesgos, según corresponda, dentro de los cinco (05) días hábiles posteriores a la recepción del informe del responsable de la verificación de la implementación.

7.5.2 Para las NC identificadas en auditorías o evaluaciones externas:

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

En caso la empresa certificadora que gane el servicio de auditoría externa es diferente al que identificó la no conformidad por el personal del Reniec siguiendo lo establecido en los 7.5.1.

7.6 ATENCIÓN DE OPORTUNIDADES o POTENCIALES DE MEJORAS IDENTIFICADAS EN AUDITORIAS o EVALUACIONES INTERNAS Y EXTERNAS

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

- 7.6.1** 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:

- 7.6.1.1** Registra en el **Anexo N° 04 “Diagrama Gantt y Reporte para Tratamiento de Oportunidades o Potenciales de mejora y Observaciones”**, las acciones para tratar la oportunidad/potencial de mejora.

- 7.6.1.2** Realiza el seguimiento de las acciones propuestas a fin de dar cumplimiento a los plazos establecidos en el plan de acción.

- 7.6.2** Puede solicitar al Dueño del proceso o a la Oficina de Integridad y Riesgos, según corresponda, la reprogramación del plan de acción antes de cumplirse el plazo para la implementación de las acciones, debidamente sustentado. La reprogramación puede darse por:

- 7.6.2.1** Se presenten cambios en aspectos externos a la organización que afecten al Sistema de Gestión o Sistema de Producción y Almacenamiento de Microformas Digitales y se requiera realizar cambios a las acciones previstas.

- 7.6.2.2** Se presente un posible incumplimiento de los plazos para la implementación de alguna(s) de las acciones planificadas.

- 7.6.3** Conserva información documentada como evidencia de las acciones tomadas y de sus resultados.

- 7.6.4** Si producto de la evaluación no amerita implementar la oportunidad/potencial de mejora:

- 7.6.4.1** Registra en el **Anexo N° 04 “Diagrama Gantt y Reporte para Tratamiento de Oportunidades o Potenciales de mejora y Observaciones”**, la justificación por el cual no amerita implementar la oportunidad/potencial de mejora.

- 7.6.5** 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 o a la Oficina de Integridad y Riesgos, según corresponda.

7.7 ATENCIÓN DE LAS OBSERVACIONES IDENTIFICADAS EN AUDITORIAS Y EVALUACIONES EXTERNAS

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

7.7.1 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 y Reporte para Tratamiento de Oportunidades o Potenciales de mejora y Observaciones”.

7.7.2 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 y Reporte para Tratamiento de Oportunidades o Potenciales de mejora y Observaciones”**.

7.7.3 Puede solicitar al Dueño del proceso o a la Oficina de Integridad y Riesgos, según corresponda, la reprogramación del plan de acción antes de cumplirse el plazo para la implementación de las acciones, debidamente sustentado. La reprogramación puede darse por:

7.7.3.1 Se presenten cambios en aspectos externos a la organización que afecten al Sistema de Gestión o Sistema de Producción y Almacenamiento de Microformas Digitales y se requiera realizar cambios a las acciones previstas.

7.7.3.2 Se presente un posible incumplimiento de los plazos para la implementación de alguna(s) de las acciones planificadas.

7.7.4 Conserva información documentada como evidencia de las acciones tomadas y de sus resultados.

7.7.5 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 o a la Oficina de Integridad y Riesgos, según corresponda.

VIII. VIGENCIA

Entrará en vigencia a partir de su aprobación.

IX. APROBACIÓN

Será aprobada mediante Resolución Secretarial.

X. ANEXOS

ANEXO N°01

FORMATO DE SOLICITUD DE ACCION CORRECTIVA

 SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA		SAC N° XXX-202X-XX	
1. Detalle de la emisión			
Sistema de Gestión:		Generada por:	
☐ De la calidad		☐ Auditoria/Evaluación interna	
☐ De seguridad de la información		☐ Auditoria externa	
☐ Antisoborno		☐ Análisis de datos	
☐ Producción y almacenamiento de microformas digitales		☐ Salida no conforme	
		☐ Eventos o incidentes de seguridad de la información	
Fecha de emisión: ____/____/____		Proceso donde se identifica la NC:	
Nombre y cargo del emisor:		Nombre y cargo del responsable de la NC:	
Documento relacionado:		Requisito afectado:	
2. Descripción de la no conformidad:			
3. Corrección (Corresponde a una acción inmediata)			
Fecha de ejecución de la corrección: ____/____/____		Nombre y cargo del responsable de la corrección:	

4. Investigación de causas (indicar solo las causas raíz):

Fecha de ejecución del análisis de causas:

____/____/____

Nombre y cargo del responsable de la NC:

.....

5. Acción correctiva propuesta:

Acciones	Responsable (s)	Recursos	Tiempo

Fecha prevista para culminar la implementación de las acciones:

____/____/____

Nombre y cargo del Responsable de la NC:

.....

6. Verificación de la implementación de la acción correctiva

Fecha de ejecución de la verificación:

/ /

Nombre y cargo del responsable de la verificación:

Fecha propuesta para la verificación de la eficacia:

/ /

7. Primera verificación de la eficacia de la acción correctiva

La solicitud de acción correctiva queda:

☐ Cerrada☐ Abierta

Fecha de ejecución de la verificación:

____/____/____

Nombre y cargo del responsable de la verificación:

.....

Fecha propuesta para segunda verificación de la eficacia:

____/____/____

8. Segunda verificación de la eficacia de la acción correctiva:

La solicitud de acción correctiva queda:

☐ Cerrada☐ Abierta

Fecha de ejecución de la verificación:

____/____/____

Nombre y cargo del responsable de la verificación:

.....

Nota: El Formato de Solicitud de Acción Correctiva será firmado digitalmente conforme se vaya desarrollando cada sección del formato.

ANEXO N° 02

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE OPORTUNIDADES O POTENCIALES DE MEJORA

N° DE OPORTUNIDAD O POTENCIAL DE MEJORA		
DESCRIPCIÓN DE LA OPORTUNIDAD O POTENCIAL DE MEJORA PROPUESTA POR EL EQUIPO AUDITOR		
Órgano y unidad orgánica a la que se propone la oportunidad de mejora		
Tipo de proceso		
Nombre del proceso		
Fecha de emisión de la oportunidad o potencial de mejora		
Fecha del análisis de la oportunidad o potencial de mejora		
Participantes del análisis de la oportunidad o potencial de mejora		
ASPECTOS A EVALUAR		
¿Hay gestiones en proceso para alcanzar el objetivo enunciado en la oportunidad/potencial 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 o potencial 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 o potencial de mejora?		
Si la respuesta es "SI", responder: ¿Qué recursos demanda la implementación de la oportunidad o potencial de mejora?		
Qué		
Quién		
Cuándo		
Dónde		
Cuánto		
SI LA RESPUESTA ES "NO", JUSTIFIQUE LAS RAZONES:		
Si se implementará la oportunidad o potencial de mejora		
No se implementará la oportunidad o potencial de mejora		
Acciones planificadas	Responsable (Roles)	Fecha final de Implementación de cada acción planificada
Nota: las tareas específicas para lograr la acción deben ser detallados en la hoja 2 "Plan de acción"; asimismo, se pueden agregar fila para incluir mas acciones.		
Fecha de culminación del plan de acción de mejora:		

Analizado por

Validado por

Aprobado por

ANEXO N° 03

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE OBSERVACIONES

N° OBSERVACIÓN		
DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN - AUDITORIA EXTERNA		
Nombre del proceso donde se identificó la observación		
Tipo de proceso		
Requisito al que se ha asociado la observación		
Fecha de identificación de la observación		
Fecha del análisis de la observación		
Participantes del análisis		
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
Nota: las tareas específicas para lograr la acción deben ser detallados en la hoja 2, "Plan de acción"; asimismo, se pueden agregar fila para incluir más acciones.		
Fecha de culminación del plan de acción:		

Analizado por

Validado por

Aprobado por



ANEXO N° 04

DIAGRAMA GANTT Y REPORTE PARA EL TRATAMIENTO DE OPORTUNIDADES O POTENCIALES DE MEJORA Y OBSERVACIONES

DIAGRAMA GANTT Y REPORTE

Acciones y tareas planificadas	Responsable														
		MES					MES					MES			
		S1	S2	S3	S4	S5	S1	S2	S3	S4	S5	S1	S2	S3	S4
Acción 1															
Tarea 1															
Tarea 2															
Acción 2															
Tarea 1															
Tarea 2															

FORMATO PARA REPORTE DE SEGUIMIENTO

Evidencia generada	De fecha	Ruta de almacenamiento	¿Cumplió?
		-	
		-	
		-	
		-	
		-	
		-	





ANEXO N° 05

ESTADO DE LAS SOLICITUDES DE ACCIÓN CORRECTIVA



PROCESO DE NIVEL 1	NORMA ISO	AÑO	SAC N°	GENERADO POR	FECHA DE AUDITORIA	DETALLE DE LA EMISIÓN								CORRECCIÓN (CUANDO APLIQUE)				
						EMISOR			RESPONSABLE			DOCUMENTO RELACIONADO	REQUISITO	DESCRIPCIÓN DE LA NC	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE		FECHA DE EJECUCIÓN
						NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA	CARGO	ORGANO/UNOO DONDE SE DETECTA	NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO					NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO	

INVESTIGACIÓN DE LA CAUSA				ACCION CORRECTIVAS							VERIFICACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN								
CAUSA RAIZ	RESPONSABLE DEL ANALISIS		FECHA	ACCIONES CORRECTIVA	RESPONSABLE DE EJECUTAR LA ACCIÓN		RECURSOS	FECHA PREVISTA PARA IMPLEMENTAR ACCIÓN	FECHA PREVISTA PARA CULMINAR IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN	EVIDENCIAS DE LA EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN		FECHA	EVIDENCIAS DE LA IMPLMBANTACIÓN DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS	HAY CONSISTENCIA ENTRE LA CAUSA RAIZ Y LAS ACCIONES CORRECTIVAS PROPUESTAS?	SE IMPLEMENTARON LAS ACCIONES CORRECTIVAS?	DEBERETORNAR A LA ETAPA DE:	FECHA PROGRAMADA PARA LA VERIFICACIÓN DE LA ERICACIA	EVIDENCIAS DE LA EJECUCIÓN DE LA IMPLMENTACIÓN LAS ACCIONES CORRECTIVAS
	NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO			NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO					NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO							

PRIMERA VERIFICACIÓN DE LA EFICACIA DEL PLAN DE ACCIÓN									SEGUNDA VERIFICACIÓN DE LA EFICACIA DEL PLAN DE ACCIÓN (CUANDO APLIQUE)							
RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN		FECHA	EVIDENCIAS ANALIZADAS	¿FUERON EFICACES LAS ACCIONES CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS?	¿SE CIERRA LA SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA?	DEBE RETORNAR A LA ETAPA DE:	FECHA PROGRAMADA PARA LA SEGUNDA VERIFICACIÓN DE LA EFICACIA	EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN DE LA VERIFICACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE		FECHA	EVIDENCIAS ANALIZADAS	¿FUERON EFICACES LAS ACCIONES CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS?	¿SE CIERRA LA SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA?	EVIDENCIAS DE LA VERIFICACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS	
NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO								NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO						





ANEXO N° 06

ESTADO DE LAS OPORTUNIDADES O POTENCIAL DE MEJORA Y OBSERVACIONES



PROCESO DE NIVEL 1	NORMA ISO	AÑO	FECHA	IDENTIFICADA EN:	DATOS DEL HALLAZGO				ANÁLISIS EVALUACIÓN				
					TIPO (OBS/OM)	N°	ORGANO/ UJOO DONDE IDENTIFICA	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE		FECHA	DEBE IMPLEMENTARSE LA OM? (No aplica para Observaciones)	JUSTIFICACIÓN DE LA DECISIÓN DE NO IMPLEMENTARSE LA OM (No aplica para Observaciones)
									NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO			

PLAN DE ACCIÓN				IMPLEMENTACIÓN DE LA ACTIVIDAD		ESTADO DE LA OPORTUNIDAD O POTENCIAL DE MEJORA U OBSERVACIÓN
DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA	RESPONSABLE		EVIDENCIAS DE LA EJECUCIÓN	ESTADO	
		NOMBRE Y APELLIDOS	CARGO			





ANEXO N° 07

INVESTIGACIÓN DE CAUSA RAÍZ

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 generar 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.

DESCRIPCIÓN DE LA SAC			
LLUVIA DE IDEAS ORIGINAL		LLUVIA 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	

Nota:

• La idea debe ser lo más preciso posible.

• Al ordenar y depurar las ideas, considerar:

- a) Agrupar ideas que puedan ser causas una de la otra.
- b) Agrupar ideas similares

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.



VALORACIÓN							
CAUSAS	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4	Participante 5	VALOR TOTAL	COMPOSICIÓN PORCENTUAL
						0	#DIV/0!
						0	#DIV/0!
						0	#DIV/0!
						0	#DIV/0!
						0	#DIV/0!
						0	#DIV/0!
						0	#DIV/0!

Nota:

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

El participante no debe dar el mismo valor a dos causas.

El valor de n es para la causa más importante y 1 para la menos importante.

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?

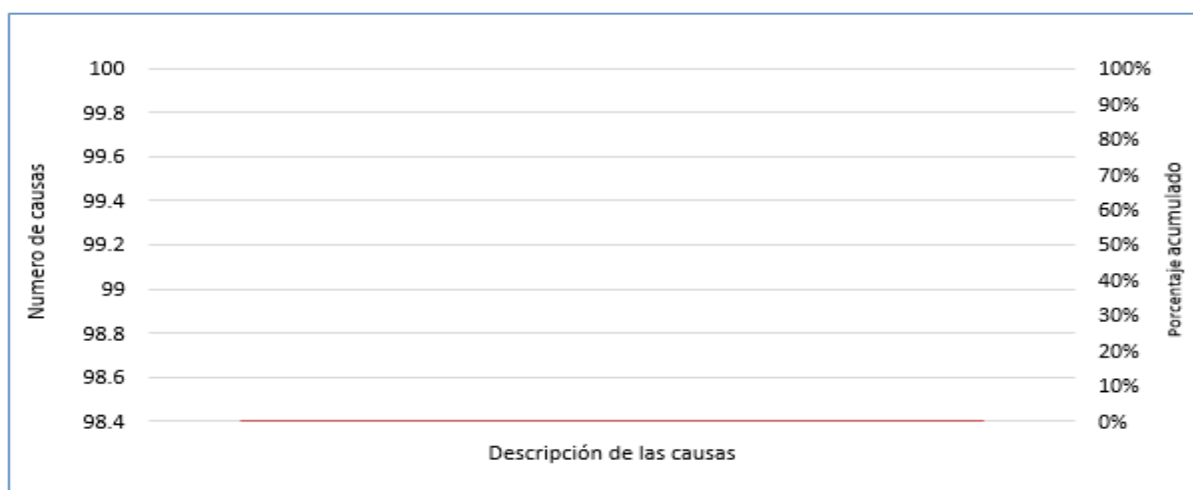
- ✓ Cuando se requiere identificar el orden y prioridad de una solución o soluciones.
- ✓ Cuando se busca analizar las causas de los problemas identificados.

¿Cómo se elabora?

Dibujar dos ejes verticales y un eje horizontal

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

Ten 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 QUÉS					
CAUSA PRINCIPAL	1ER POR QUÉ	2DO POR QUÉ	3ER POR QUÉ	4TO POR QUÉ	5TO POR QUÉ
Causa principal 1					
Causa principal 2					
Causa principal 3					
Causa principal 4					
Causa principal 5					
Causa principal 6					

D. ISHIKAWA

¿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: Maquina, Mano de obra, Medio ambiente, Métodos y Medición (6M) de corresponder, estas categorías serán como los sub temas que englobara una serie de causas.

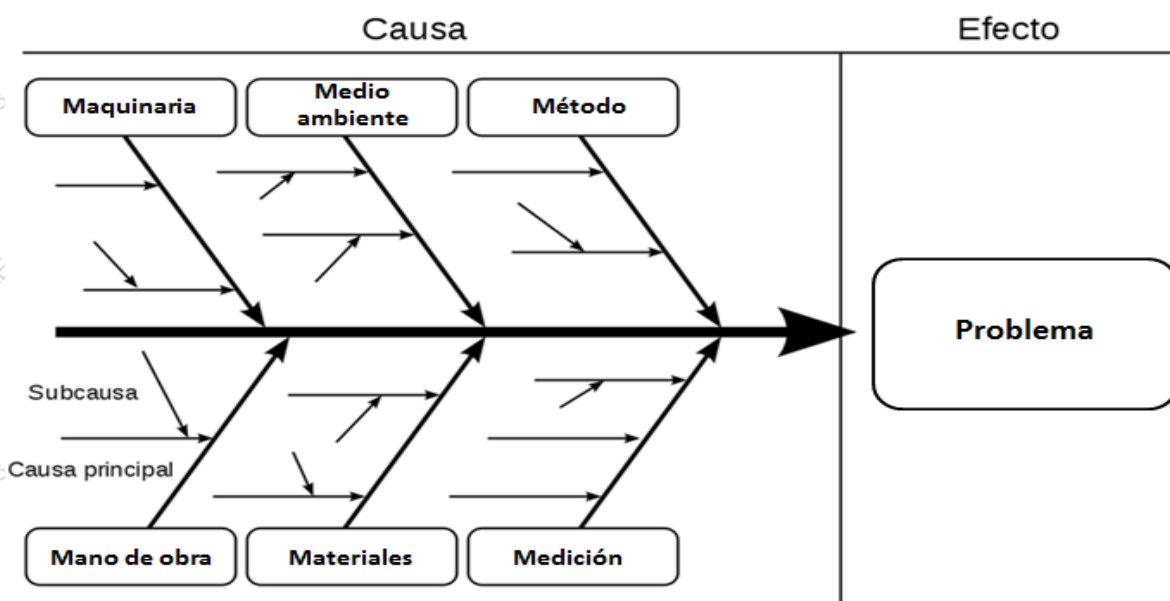
- **La Mano de obra** involucra en el proceso: el recurso humano que participan en la ejecución del proceso.
- **Las máquinas** del proceso: hardware y software, equipos, instrumentos, entre otros, que se utilizados para ejecutar el proceso.
- **Los materiales** que se usan en el proceso: insumos, información,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



Ejemplo desarrollado:

