
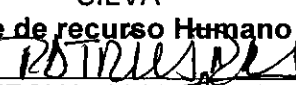

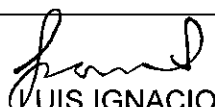
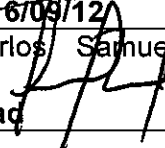


	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 2</b>	<b>Código PR-GQ-05</b>	<b>Página 1 de 11</b>	
	<b>MEDIDAS PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA</b>	<b>Fecha Vigencia 2016/10/19</b>	<b>Documento Controlado</b>		



## MEDIDAS PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA

<b>ELABORO:</b> <b>PATRICIA CABALLERO SILVA</b> <b>Jefe de recurso Humano</b> 	<b>REvisa:</b> <b>CARMELITA GARZON ESCOBAR</b> <b>Subgerente Financiera y Administrativa</b> 	 <b>LUIS IGNACIO BETANCOURT SILGUERO.</b> <b>Gerente</b> <b>APROBADO:</b> <b>RESOLUCIÓN No. 713 de 2016/10/19</b>
<b>FECHA: 2016/09/12</b> <b>Vo.Bo: Ing. Carlos Samuel Rosado Sarabia</b> <b>Oficina de Calidad</b> 	<b>FECHA: 2016/09/27</b> <b>FECHA: 2016/10/05</b>	

	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 2</b>	<b>Código PR-GQ-05</b>	<b>Página 2 de 11</b>	
	<b>MEDIDAS PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA</b>	<b>Fecha Vigencia 2016/10/19</b>	<b>Documento Controlado</b>		

## CONTENIDO

1.	OBJETIVO .....	3
2.	ALCANCE Y RESPONSABILIDAD .....	3
2.1	REPRESENTANTE DE LA ALTA DIRECCION .....	3
2.2	LÍDERES DE PROCESOS .....	3
2.3	EL LÍDER DE CALIDAD.....	3
2.4	EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO .....	3
3.	GENERALIDADES.....	3
3.1	FUENTES PARA IDENTIFICAR NO CONFORMIDADES REALES O POTENCIALES.....	4
3.2	ANÁLISIS DE LA CAUSAS .....	4
3.2.1	Lluvia De Ideas .....	4
3.2.2	¿los 5 Por qué?.....	5
3.2.3	Metodología diagrama causa-efecto .....	6
3.2.3.1	Diagrama de Causa Efecto (Ishikawa).....	6
3.2.3.2	Estructura de un diagrama de Causa y Efecto.....	7
3.3	MANEJO DE ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS.....	8
4.	DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO.....	8
5.	TERMINOS Y DEFINICIONES.....	10
6.	REGISTROS DE CALIDAD.....	11

	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 2</b>	<b>Código PR-GQ-05</b>	<b>Página 3 de 11</b>	
	<b>MEDIDAS PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA</b>	<b>Fecha Vigencia 2016/10/19</b>	<b>Documento Controlado</b>		

## 1. OBJETIVO

Las políticas, condiciones, actividades, responsabilidades y controles para lograr elaboración, ejecución, seguimiento y cierre de las acciones preventivas y correctivas, que permitan eliminar las causas de no conformidades reales y potenciales que puedan afectar la eficiencia, eficacia y efectividad del Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) y el Sistema de Gestión de Calidad.

## 2. ALCANCE Y RESPONSABILIDAD

Aplica a todos los procesos del SG-SST (Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo) y el Sistema de Gestión de Calidad de la Empresa, cubre desde la detección de una no conformidad real o potencial hasta la aplicación de las acciones necesarias para evitar su ocurrencia o establecer su corrección.

### 2.1 REPRESENTANTE DE LA ALTA DIRECCION

Es el responsable de establecer las disposiciones de este procedimiento y garantizar su cumplimiento según sea estipulado por el área de SST la cual se encargará de asegurar el entrenamiento del personal para el conocimiento y aplicabilidad del mismo.

### 2.2 LÍDERES DE PROCESOS.

Son los encargados de generar una Solicitud de Acción Preventiva y/o Correctiva y de mejora cuando sea necesario, aplicando los lineamientos descritos en este procedimiento.

### 2.3 EL LÍDER DE CALIDAD



Es el responsable de garantizar la implementación de este procedimiento, el seguimiento de las acciones correctivas y preventivas que se tomen y mantener informado al Gerente sobre la evolución de las acciones.

### 2.4 EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Es el responsable de investigar las causas de las no conformidades y proponer acciones correctivas o preventivas. Estará conformado por las personas que el dueño de proceso considere necesarias de acuerdo al tema a definir.

## 3. GENERALIDADES

La planificación de las acciones correctivas y preventivas y de mejora incluye la evaluación de la importancia de los problemas, y se hace en términos del impacto potencial en aspectos tales como costos de operación, costos de no conformidad (Incumplimiento de un requisito), desempeño del servicio, seguridad de los trabajadores. En este proceso se enfatiza la eficacia y eficiencia de los procesos

	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 2</b>	<b>Código PR-GQ-05</b>	<b>Página 4 de 11</b>	
	<b>MEDIDAS PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA</b>	<b>Fecha Vigencia 2016/10/19</b>	<b>Documento Controlado</b>		

cuando se toman las acciones, y estas deben estar enfocadas a eliminar las causas de las no conformidades para evitar que vuelvan a suceder.

### **3.1 FUENTES PARA IDENTIFICAR NO CONFORMIDADES REALES O POTENCIALES**

Todos los funcionarios de la E.S.E. Solución Salud pueden identificar la necesidad de crear acciones correctivas o preventivas y de mejora a partir de las siguientes fuentes:



- Las quejas o reclamos de los funcionarios
- Revisión por la dirección
- Los informes de servicios no conforme
- Análisis de los indicadores
- Los resultados de las inspecciones
- Accidentes de trabajo
- Reporte de condiciones o actos inseguros
- Las mediciones de los procesos, especialmente si proporcionan advertencias anticipadas a condiciones fuera de control
- La utilización de herramientas de análisis de riesgos
- Análisis de Riesgos
- Otras fuentes de información que evidencien la acción para prevenir o corregir

### **3.2 ANALISIS DE LA CAUSAS**

Todas las no conformidades reales o potenciales son originadas por causas. Para la identificación de la(s) causa(s) de no conformidades reales o potenciales se pueden utilizar diferentes herramientas estadísticas tales como:

#### **3.2.1 Lluvia De Ideas**

- **Definición:** Es una técnica de grupo que busca fomentar la generación de nuevas ideas y aprovechar la capacidad y experiencia del personal. Cualquier miembro del equipo puede presentar ideas en cualquier momento, es eficaz para dirigir una reunión en la cual se requiera una discusión abierta y activa para determinar relación entre una característica de calidad y los factores.
- **Usos:** Para identificar y desarrollar nuevos proyectos, para formular cuantas teorías sean posibles y, para identificar oportunidades de mejoramiento en el análisis de problemas de producto, proceso o sistema de calidad.
- **Procedimiento:** Se reúnen varias de las personas implicadas en el problema y se da inicio a la “Lluvia” de ideas bajo el siguiente esquema.

	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 2</b>	<b>Código PR-GQ-05</b>	<b>Página 5 de 11</b>	
	<b>MEDIDAS PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA</b>	<b>Fecha Vigencia 2016/10/19</b>	<b>Documento Controlado</b>		

Seleccionar el problema o la característica de calidad

Organizar una lluvia de ideas sobre las causas, se debe tener en cuenta:

- Escribir en una hoja o un tablero el enunciado del problema o tema examinado.
- Elegir una persona que coordine y registre las ideas.
- Motivar la participación de todos y cada uno de los participantes.
- No descartar ninguna idea por simple o irracional que parezca.
- Buscar el mayor número de ideas en el menor tiempo posible. Una idea puede inspirar otra y así llegar a la mejor solución.
- Las sugerencias no deben limitarse al plano laboral.
- Si las ideas de los jefes inmediatos parecen limitar la creatividad del grupo, pedir a estos miembros que den sus ideas al final.
- Repasar la lista de ideas para eliminar la repetición, los temas secundarios, y las propuestas visiblemente imposibles. Obtener consenso en todo el grupo.
- Imprimir dinámica a la sesión y manejar un tiempo entre 15 a 30 minutos.
- Una vez agotadas todas las ideas, se evalúan y se clasifican sistemáticamente
- Agrupar ideas en categorías y subcategorías (en ocasiones utilizar las cinco "emes": medición, materiales, método, mano de obra, maquinaria y equipo
- Escribir el problema a la derecha de la hoja y trazar la flecha de izquierda a derecha
- Dibujar flechas secundarias (arriba y debajo de la flecha principal)
- Dibujar las flechas para las subcategorías y escribir las causas como se describe en el siguiente cuadro:
- Luego de analizar de manera ordenada las causas que determinan la aparición de un efecto, se identifican los factores a controlar y se elabora un plan de trabajo para el mejoramiento.

### 3.2.2 ¿los 5 Por qué?

Esta herramienta es útil cuando el grupo requiere encontrar la causa raíz, cuando se requiere un análisis más profundo y cuando existen muchas causas lo que provoca que el problema se torne confuso.



Ante la presencia de un problema nos hacemos 5 veces seguidas la pregunta ¿por qué?

#### Ejemplo: Cómo se aplica?

##### 1. 1º ¿Por qué?

¿Por qué se ha detenido la máquina?

Porque se ha producido una sobrecarga y ha saltado el fusible

	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 2</b>	<b>Código PR-GQ-05</b>	<b>Página 6 de 11</b>	
	<b>MEDIDAS PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA</b>	<b>Fecha Vigencia 2016/10/19</b>	<b>Documento Controlado</b>		

## 2. 2º ¿Por qué?

¿Por qué se ha producido la sobrecarga?

El cojinete no estaba suficientemente lubricado y genera un esfuerzo superior al normal.

## 3. 3º ¿Por qué?

¿Por qué no estaba suficientemente lubricado?

La bomba de aceite no bombeaba lo suficiente

## 4. 4º ¿Por qué?

¿Por qué no bombeaba lo suficiente?

Porque el rotor vibraba y hacía perder presión al sistema

## 5. 5º ¿Por qué?

¿Por qué vibraba el rotor?

Porque uno de los bujes del eje tiene juego excesivo.

### 3.2.3 Metodología diagrama causa-efecto



#### 3.2.3.1 Diagrama de Causa Efecto (Ishikawa).

El Diagrama de Causa y Efecto es un instrumento eficaz para el análisis de las diferentes causas que ocasionan el problema. Su ventaja consiste en el poder visualizar las diferentes cadenas Causa y Efecto, que pueden estar presentes en un problema, facilitando los estudios posteriores de evaluación del grado de aporte de cada una de estas causas.

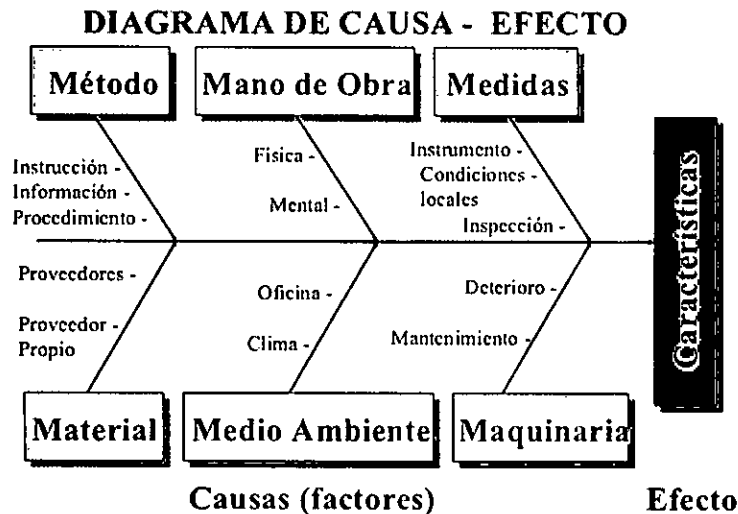
Construcción del diagrama de Causa y Efecto.

El Diagrama de Causa y Efecto es un gráfico con la siguiente información:

- Efecto: El problema que se pretende diagnosticar.
- Causas: Las causas que posiblemente producen la situación que se estudia.
- Un eje horizontal conocido como espina central o línea principal.
- El tema central que se estudia se ubica en uno de los extremos del eje horizontal. Este tema se sugiere encerrarse con un ovalo. Es frecuente que este ovalo se dibuje en el extremo derecho de la espina central.
- Líneas o flechas inclinadas que llegan al eje principal. Estas representan los grupos de causas primarias en que se clasifican las posibles causas del problema en estudio.
- A las flechas inclinadas o de causas primarias llegan otras de menor tamaño que representan las causas que afectan a cada una de las causas primarias. Estas se conocen como causas secundarias.

	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 2</b>	<b>Código PR-GQ-05</b>	<b>Página 7 de 11</b>	
	<b>MEDIDAS PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA</b>	<b>Fecha Vigencia 2016/10/19</b>	<b>Documento Controlado</b>		



### 3.2.3.2 Estructura de un diagrama de Causa y Efecto.



Las posibles causas son analizadas a través del método de las 7M, las cuales son descritas a continuación:

ITEM	TIPO DE CAUSA	DESCRIPCIÓN
M1	MÉTODO	Se registran en esta espina las causas relacionadas con la forma de realizar las operaciones, los métodos de trabajo establecidos, la falta o exceso de documentación, adecuación de los estándares determinados, etc.
M2	MÁQUINAS Y/O HERRAMIENTAS	En esta clase de causas se agrupan aquellas relacionadas con el proceso de transformación de las materias primas como las máquinas y herramientas empleadas, efecto de las acciones de mantenimiento, obsolescencia de los equipos, cantidad de herramientas, distribución física de estos, problemas de operación, eficiencia, etc.
M3	MEDIO AMBIENTE	Se incluyen en este grupo aquellas causas que pueden venir de factores externos como contaminación, temperatura, humedad, ambiente laboral, condiciones del puesto de trabajo, infraestructura, etc.
M4	MATERIALES	Se tienen en cuenta las causas que generan el problema desde el punto de vista de las materias primas empleadas para la elaboración del producto. Por ejemplo: causas debidas a la variación en las características del material, tipo de materia prima, proveedor, empaque, transporte, etc.
M5	MANO DE OBRA	En este grupo se incluyen los factores que pueden generar el problema desde el punto de vista del factor humano. Por ejemplo, falta de experiencia del personal, salario, grado de entrenamiento, creatividad, motivación, pericia, habilidad, estado de ánimo, etc.
M6	DINERO	Se tienen en cuenta en este grupo aquellas causas que pueden venir de factores externos relacionados con las posibles necesidades de la empresa y que requieren de una inversión adicional.
M7	OTRO	Se registran en este grupo las causas que no estén en ninguno de los anteriores.

Determinar las causas de mayor importancia: Cuando el Diagrama ya esté finalizado, los participantes pueden discutirlo, analizarlo y, si se requiere, realizarle modificaciones. La discusión está dirigida a identificar la(s) causa(s) más probable(s), y los planes de acción sobre dichas causas. En la metodología que utiliza la empresa se debe establecer junto con el dueño del proceso y las personas implicadas en el análisis un orden de importancia a las causas

	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 2</b>	<b>Código PR-GQ-05</b>	<b>Página 8 de 11</b>	
	<b>MEDIDAS PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA</b>	<b>Fecha Vigencia 2016/10/19</b>	<b>Documento Controlado</b>		

analizadas, para luego priorizarlas y establecer el plan de acción acorde a esa jerarquización.

### 3.3 MANEJO DE ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS



Todas las Acciones Preventivas – Correctivas deben registrarse en el Formato de inspección general la cual se establece por un Hallazgo, por la identificación del lugar en el cual se encuentra, la clasificación del riesgo, la Acción Correctiva, Preventiva y de Mejora, un responsable, y unas fechas de verificación del cumplimiento de las acciones tomadas. Teniendo en cuenta lo siguiente:

- **Descripción del aspecto por mejorar o de la no conformidad:** Indicar el incumplimiento real o potencial de un requisito en cualquier proceso.
- **Causas que originan la no conformidad real o potencial:** Indicar las causas más probables que están ocasionando que la no conformidad real o potencial se presente o se pueda presentar.
- **Plan de acción:** Indicar las tareas o acciones que permitirán eliminar las causas identificadas, asignando los responsables y las fechas de compromiso.
- **Seguimiento a los resultados obtenidos:** Indicar el seguimiento realizado con base en el plan de acción propuesto para la solución de la posible no conformidad, es decir, registrar cuáles son las evidencias que se encuentran de la ejecución del plan de acción.
- **Cierre de la solicitud de acción:** Revisar (es decir, evaluar la conveniencia, adecuación y eficacia) la Solicitud de Acción Preventiva- Correctiva, según los resultados del seguimiento, dejando registro de los resultados de la mejora implementada o de la eliminación de las causas de la no conformidad en el Formato de Solicitud de Acción Preventiva – Correctiva y de mejora en la parte de cierre de solicitud.



## 4. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

Nº	QUE DEBE HACER	QUIEN LO DEBE HACER	COMO LO DEBE HACER	CUANDO LO DEBE HACER	REGISTRO
1	Analizar la fuente que puede generar la acción correctiva, preventiva y/o Mejora.	Todos los funcionarios y responsables de los procesos	Analizar las diferentes fuentes que permiten generar acciones correctivas, preventivas y/o Mejora.	Cuando se presente una no conformidad, solicitud de acción preventiva o correctiva	Formato inspección general FR-GQ-21



	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>		<b>Versión 2</b>	<b>Código PR-GQ-05</b>	<b>Página 9 de 11</b>	
	<b>MEDIDAS PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA</b>		<b>Fecha Vigencia 2016/10/19</b>	<b>Documento Controlado</b>		

2	Identificar y registrar la No conformidad real, potencial u oportunidad de mejora.	Todos los funcionarios y responsables de los procesos	<p>El origen de la solicitud de acción puede ser entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Las quejas o reclamos de los funcionarios</li> <li>❖ Revisión por la dirección</li> <li>❖ Los informes de servicios no conforme</li> <li>❖ Análisis de los indicadores</li> <li>❖ Los resultados de las inspecciones</li> <li>❖ Accidentes de trabajo</li> <li>❖ Reporte de condiciones o actos inseguros</li> <li>❖ Las mediciones de los procesos, especialmente si proporcionan advertencias anticipadas a condiciones fuera de control</li> <li>❖ La utilización de herramientas de análisis de riesgos</li> <li>❖ Análisis de Riesgos</li> <li>❖ Otras fuentes de información que evidencien la acción para prevenir o corregir.</li> </ul>	<p>Cuando se presente una no conformidad, solicitud de acción preventiva o correctiva</p>	<p>Formato inspección general FR-GQ-21</p>
3	Análisis de las Causas y/o recomendaciones	Todos los funcionarios y responsables de los procesos	<p>Analizar las causas que están originando la No conformidad real, potencial y registrarla en "Análisis de la Causa"</p> <p>Analizar las recomendaciones de mejora para observar su conveniencia y los beneficios que se obtendrán de esta, este análisis queda registrado en el formato, se consignara la fecha, el consecutivo correspondiente a la oportunidad de mejora, la persona que realiza la recomendación de mejora y la descripción de la misma</p> <p>Para las acciones correctivas y preventivas, se debe utilizar una metodología para el análisis de causas (lluvia de ideas, causa efecto, 5 porqués, entre otras).</p>	<p>Cuando se presente una no conformidad, solicitud de acción preventiva o correctiva</p>	<p>Formato inspección general FR-GQ-21</p>
4	Definir y aprobar un plan de acción	Todos los funcionarios y responsables de los procesos	<p>Definir y aprobar un plan de acción que garantice la eliminación de la causa de la No conformidad real o potencial, identificando el responsable y el plazo establecido para ejecutar cada tarea.</p> <p>Para las propuestas de mejora se deberá planificar las actividades para llevar a término la mejora, asignar responsables a estas actividades, fechas límites de ejecución y determinar los recursos necesarios.</p>	<p>Durante el proceso de análisis para la implementación de un plan de acción de acuerdo al hallazgo o a la no conformidad</p>	<p>Formato inspección general FR-GQ-21</p>
5	Remitir formato debidamente diligenciado	Todos los funcionarios y responsables de los procesos	<p>Remitir a supervisión de mantenimiento, coordinadores de área o gerencia el formato(s) "Acciones correctivas y preventivas" y/o "Propuesta de Mejora", una vez haya(n) sido debidamente diligenciado(s), para su seguimiento y cierre.</p> <p>Se verificara el correcto diligenciamiento del formato, en términos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Claridad en la descripción de la no conformidad real, potencial u oportunidad de mejora.</li> <li>❖ Correcto análisis de causas y/o recomendaciones de mejora</li> </ul>	<p>Una vez se haya terminado de diligenciar el formato y se hayan establecido las acciones correctivas</p>	<p>Formato inspección general FR-GQ-21</p>



	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 2</b>	<b>Código PR-GQ-05</b>	<b>Página 10 de</b>	
	<b>MEDIDAS PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA</b>	<b>Fecha Vigencia 2016/10/19</b>	<b>Documento Controlado</b>		

			❖ Definición plan de acción, responsables y fechas.		
6	Realizar seguimiento del plan de acción	Todos los funcionarios y responsables de los procesos	<p>A las actividades se les debe realizar seguimiento para verificar su ejecución, resultado y evaluación para cada una de las acciones ejecutadas, por parte del dueño de proceso.</p> <p>Una vez se ejecute las Acciones Correctivas, se informa al coordinador de área para que verifique durante tres (2) meses si la no conformidad desapareció o no se volvió a presentar, si es así cierra la acción correctiva como eficaz; en el caso de que la no conformidad se vuelva a presentar</p> <p>Y si la acción correctiva no fue eficaz, se levanta una nueva acción correctiva para ser estudiada.</p>	Una vez se haya terminado de diligenciar el formato y se hayan establecido las acciones correctivas	Formato inspección general FR-GQ-21

## 5. TERMINOS Y DEFINICIONES

Para facilitar la comprensión del presente documento, se definen los siguientes términos:

- **ACCIÓN CORRECTIVA:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.
- **ACCIÓN PREVENTIVA:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.
- **CORRECCIÓN:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.
- **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.
- **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.
- **ALTA DIRECCIÓN:** Persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel una entidad.
- **EL DUEÑO DE PROCESO** es el responsable de autorizar las acciones correctivas necesarias para eliminar las no conformidades reales y las acciones preventivas necesarias para eliminar las causas de no conformidades potenciales.
- **EL LÍDER DE CALIDAD** es el responsable de garantizar la implementación de este procedimiento, el seguimiento de las acciones correctivas y preventivas que se tomen y mantener informado al Gerente sobre la evolución de las acciones.

	<b>ESE DEPARTAMENTAL SOLUCIÓN SALUD</b>	<b>Versión 2</b>	<b>Código PR-GQ-05</b>	<b>Página 11 de</b>	
	<b>MEDIDAS PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA</b>	<b>Fecha Vigencia 2016/10/19</b>	<b>Documento Controlado</b>		

- **EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO** es el responsable de investigar las causas de las no conformidades y proponer acciones correctivas o preventivas. Estará conformado por las personas que el dueño de proceso considere necesarias de acuerdo al tema a definir.

## 6. REGISTROS DE CALIDAD.

Registros	Código	Identificación	Ubicación	Responsable del Almacenamiento	Tiempo de Retención	Disposición Final
Acción Preventiva y Correctiva	FR-GQ-21	Acción Preventiva y Correctiva	Áreas de líderes de procesos	Líder de proceso	5 años.	Dstrucción.

## CONTROL DE CAMBIO

VERSIÓN No	DESCRIPCIÓN U ORIGEN DEL CAMBIO	APROBÓ	FECHA
1	Se laboro la primera versión de medidas preventivas y correctivas		
2	Se reviso y ajusto Medidas preventivas, correctivas y de mejora	Gerencia	2016/10/19

