1. **OBJETO**

Establecer la metodología, para asegurar que los servicios no conformes se identifiquen y controlen para prevenir su uso o entrega no intencional que puedan afectar el cumplimiento de la política y los objetivos de calidad de la Institución Universitaria mayor de cartagena , estableciendo acciones oportunas y asignando responsabilidades para su tratamiento.

1. **ALCANCE**

Aplica para todos los procesos o actividades desarrolladas en cumplimiento de la misión institucional, y va desde la identificación del servicio no conforme hasta la implementación de acciones preventivas y correctivas (si fuesen necesarias) y la presentación del respectivo informe a la dirección de la Institución.

1. **RESPONSABLE**

Es responsabilidad del Director de Planeación y Mejoramiento de la Calidad.

1. **DEFINICIONES**

**Acción correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

**Corrección:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

**No Conformidad:** Incumplimiento de un requisito.

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

**Servicio o Producto:** Resultado de un proceso.

**Servicio o Producto No Conforme:** El que no cumple con los requisitos, necesidades o expectativas establecidas.

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

1. **CONTENIDO**
   1. **GENERALIDADES**

Un servicio no conforme puede ser detectado por alguien dentro de la Institución o por alguien externo a la Institución. Si lo hace alguien al interior de la Entidad, puede ser un funcionario que reciba o revise un servicio de algún proceso durante cualquier etapa de la prestación del mismo, por lo tanto es responsabilidad de dicho funcionario documentarlo y reportarlo en forma inmediata al dueño del proceso al cual corresponda dicho servicio, para que este tome las medidas pertinentes. Si la detección la hace una persona externa a la Institución, como es el caso de los clientes (estudiantes), éste reporte de servicio no conforme podrá llegar por diferentes medios como quejas, reclamos, sugerencias (bien sean escritos o verbales), en cuyo caso el funcionario que las reciba y que tiene responsabilidad de atenderla, debe registrada y reportarla al dueño del proceso al cual corresponda dicho servicio.

El análisis de causas que originan el servicio no conforme que se detecte y el planteamiento de las acciones a seguir para evitar su recurrencia estará a cargo del responsable del proceso, y para ello puede apoyarse en la metodología establecida dentro de los procedimientos acciones mejora cuando el servicio no cumple con lo establecido dentro de la entidad y cuando el servicio se encuentra en riesgo de no cumplir con lo establecido.

**5.2 PROCEDIMIENTO**

| SECUENCIA | ACTIVIDAD | RESPONSABLE | REGISTRO |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | Identificar los servicios no conformes reportados. | Líderes de proceso | Formato quejas y sugerencias  FT-AL-003  Encuestas de satisfacción del cliente  FT-SM-011  Formato Servicio No conforme  FT-SM-020  Página WEB  Encuestas de procesos |
|  | Analizar y definir tratamiento. | Líderes de proceso | Formato no conformidades del servicio  FT-SM-020 |
|  | Registrar y ejecutar las acciones para darle tratamiento a los servicios no conformes | Líderes de proceso | Acta de comité de atención al ciudadano  Formato Servicio No conforme  FT-SM-020  Control de Servicio no conforme  FT-SM-007 |
|  | Verificar la eficacia del tratamiento | Líderes de proceso | Control de Servicio no conforme  FT-SM-007 |
| NO | ¿El servicio es conforme con los requisitos? |  |  |
| SI | Divulgar o socializar a los interesados, sobre las acciones correctivas implementadas. | Director de Planeación y mejoramiento de la calidad |  |
|  |  |  |  |

**6. DOCUMENTOS REFERENCIADOS**

Formato no conformidades del servicio.

**7. ANEXOS**

Informe de servicio no conforme por proceso.

**8. CONTROL DE MODIFICACIONES**

| **CONTROL DE CAMBIOS** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **VERSIÓN** | **FECHA** | **DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO** | **RESPONSABLE APROBACIÓN** |
| 0 | 15-09-2009 | Elaboración del documento | Representante por la dirección |
| 1 | 10-05-2012 | Modificación del documento | Representante por la dirección |
| 2 | 07-03-2016 | Modificación del objetivo, alcance y actividades 2, 3 y 4. | Representante por la dirección |
| 3 | 22-03-2017 | Se agregó en la actividad 1 como registro la pagina web, debido que desde allí se atienden quejas del cliente. | Representante por la dirección |
| 4 | 15/12/2017 | Se Modificó la Actividad 1, se agregó en actividad 1 como registro las encuestas aplicadas por los procesos | Representante por la dirección |
| 5 | 2/07/2018 | Modificación sección 7 control de registros | Coordinadora SIG |
| 6 | 23/01/2019 | Modificación de responsable del procedimiento | Director de Planeación y mejoramiento de la calidad |
| 7 | 22/06/2021 | Cambio de logo y denominación de los cargos por cambio de carácter institucional | Director de Planeación y mejoramiento de la calidad |