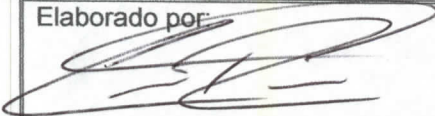
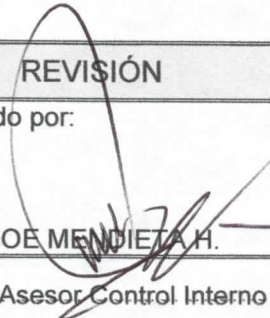
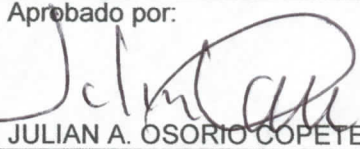


# AGENCIA PARA LA INFRAESTRUCTURA DEL META

## PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS, OPORTUNIDADES DE MEJORA Y/O CORRECTIVAS.

**101-GEC-PR-003      VERSIÓN 01**

ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
Elaborado por: 	Revisado por: 	Aprobado por: 
CARLOS ROJAS HERNANDEZ	ARID NOE MENDIETA H.	JULIAN A. OSORIO COPETE
Cargo: CPS 076 de 2018	Cargo: Asesor Control Interno	Cargo: Gerente

## TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO .....	3
2. ALCANCE .....	3
3. DEFINICIONES .....	3
4. POLÍTICAS DE OPERACIÓN .....	5
5. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD .....	8
5.1 PLAN DE MEJORAMIENTO .....	8
5.2 ACCIONES ESTABLECIDAS EN AUTOEVALUACIÓN DEL PROCESO .....	9
6. CONTROL DEL CAMBIO .....	9
7. REGISTROS DE CALIDAD .....	9

## 1. OBJETIVO

Establecer la metodología para implementar las acciones necesarias para abordar riesgos, hallazgos y oportunidades de mejora, responsabilidades y controles necesarios que permitan lograr los resultados previstos en los sistemas integrados de gestión y garanticen el cumplimiento de los requisitos establecidos por la Agencia y la ley.

## 2. ALCANCE

Este procedimiento aplica a todos los procesos de la Agencia. Inicia con la identificación del hallazgo, observaciones y oportunidades de negocio, a través de auditorías internas y externas, revisiones por la dirección, análisis de los datos, retroalimentación del cliente, satisfacción del cliente, control de salidas no conformes y disposiciones propias de los Sistema de Gestión de Calidad-MECI, y finaliza con la revisión de la eficacia de la acción tomada o actualización de los riesgos y oportunidades.

## 3. DEFINICIONES

**ACCIÓN CORRECTIVA:** Acción para eliminar la causa de una no conformidad y evitar que vuelva a ocurrir.

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

NOTA 2 La acción correctiva se toma para evitar que algo vuelva a ocurrir, mientras que la acción preventiva se toma para prevenir que algo ocurra.

**CORRECCIÓN:** Acción para eliminar una no conformidad detectada.

NOTA 1 Una corrección puede realizarse con anterioridad, simultáneamente, o después de una acción correctiva.

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

**ACCIÓN DE MEJORA:** Acción continua emprendida para incrementar la eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos y la satisfacción de los usuarios y otras partes interesadas.

**ACCIÓN PREVENTIVA:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

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

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

**CONFORMIDAD:** Cumplimiento de un requisito.

**CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN:** Combinación de cuestiones internas y externas que pueden tener un efecto en el enfoque de la organización para el desarrollo y logro de sus objetivos.

**DESEMPEÑO:** Resultado medible



**EFICACIA:** Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se logran los resultados planificados.

**NOTA:** La medición de la eficacia se denomina en la Ley 872 de 2003 como una medición de resultado.

**EFICIENCIA:** Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

**EFFECTIVIDAD:** Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.

**NOTA** La medición de la efectividad se denomina en la Ley 872 de 2003 como una medición del impacto.

**HALLAZGOS DE LA AUDITORIA:** Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.

**NOTA 1** Los hallazgos de la auditoría indican conformidad o no conformidad.

**NOTA 2** Los hallazgos de la auditoría pueden conducir a la identificación de oportunidades para la mejora o el registro de buenas prácticas.

**MEJORA CONTINUA:** Actividad recurrente para mejorar el desempeño.

**NO CONFORMIDAD:** Incumplimiento de un requisito.

**PLAN DE MEJORAMIENTO:** Se entiende por plan de mejoramiento, el conjunto de elementos que consolidan las acciones de mejoramiento necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Gestión de Calidad, de Control Interno, MIPG y en la gestión de operaciones que se generan como consecuencia de los componentes de MECI Autoevaluación, Evaluación Independiente y de las observaciones formales provenientes de los órganos de control.

**PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL:** Recoge las recomendaciones y análisis generados en el desarrollo de los elementos de auditoría Interna, evaluación independiente y observaciones del órgano de control fiscal, permite el mejoramiento continuo y cumplimiento de los objetivos institucionales de la Agencia.

**PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS:** Son los planes administrativos con las acciones de mejoramiento que a nivel de los procesos y de las áreas responsables dentro de la Agencia, deben adelantarse para fortalecer su desempeño y funcionamiento, en procura de las metas y resultados que garanticen el cumplimiento de los objetivos de la Agencia en su conjunto.

**REVISIÓN:** Determinación de la conveniencia, adecuación o eficacia de un objeto para lograr unos objetivos establecidos.

**RIESGO:** Efecto de la incertidumbre.

#### 4. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Los funcionarios de la Agencia pueden identificar la necesidad de crear correcciones, acciones: correctivas, preventivas o para abordar riesgos u oportunidades de mejora a partir de las siguientes fuentes (entre otras):

Acciones Correctivas	Acciones Preventivas o para abordar riesgos	Acciones de Mejora	Oportunidades
No conformidades de auditorias	Observación Auditoria	Observación Auditoria	Utilización de nuevas tecnologías
Análisis de Peticiones, Quejas y Reclamos de clientes	Sugerencias de clientes	Sugerencias de clientes	Adopción de nuevas prácticas
Incumplimiento en los límites mínimos de calificación de los indicadores de gestión de los procesos.	Tendencias en el análisis de indicadores de gestión de los procesos.	Tendencias en el análisis de indicadores de gestión de los procesos.	Acercamiento a nuevos clientes
Autoevaluación por procesos	Autoevaluación por procesos	Autoevaluación por procesos	
Revisión por parte de la dirección	Revisión por parte de la dirección	Revisión por parte de la dirección	
Control de las salidas no conformes			
Resultados de las mediciones de satisfacción del cliente.	Resultados de las mediciones de satisfacción del cliente.	Resultados de las mediciones de satisfacción del cliente.	
Incumplimiento de requisitos de ley, normas o definidos por la organización.			
Materialización de un riesgo	Análisis del mapa de Riesgos	Análisis del mapa de Riesgos	

El responsable del proceso es quien realiza la apertura de acciones correctivas, preventivas o de mejora, producto de alguna de las anteriores fuentes:

- ✓ Las acciones correctivas, preventivas o correcciones originadas por auditorías internas o externas en los sistemas de gestión implementados, resultados de las encuestas de satisfacción, revisión por la dirección y control de las salidas no conformes, el responsable del proceso es quien a través del formato 101-GEC-FR-010 Plan de Mejoramiento, apertura las acciones presentándolas a la oficina de control interno quien verificará que la (s) acción (es) tomadas son pertinentes, convenientes o adecuadas.
- ✓ Las acciones preventivas o para abordar riesgos, se realizará acorde con el procedimiento 102-GES-PR-02 Gestión Del Riesgo. Estas acciones se establecerán



## PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS, OPORTUNIDADES DE MEJORA Y/O CORRECTIVAS

101-GEC-PR-003-V01  
10/10/2018

en el mapa de riesgos, formato 101-GEC-FR-001, presentándolas a la oficina de control interno para su aprobación; una vez aprobadas el Asesor de Control Interno le informará al coordinador de calidad, para que actualice el mapa de riesgos ubicado en el servidor.

- ✓ Para la apertura de acciones de mejora u oportunidades producto de auditorías internas o externas, se establecen en el formato 101-GEC-FR-010 Plan de Mejoramiento y no requiere de análisis de causa.
  - ✓ Las acciones de mejora generadas en el proceso y que no son producto de auditoría interna o externa, deben ser documentadas en las Acta de Comité 112-ECP-FR-001, las cuales serán enviadas en medio magnético o correo electrónico a la oficina de control interno.
  - ✓ Toda acción correctiva requiere de una corrección, la cual se debe ejecutar máximo dentro de los 90 días calendario, contados a partir de la aprobación del plan de mejoramiento y corresponde a la primera actividad en el plan.
  - ✓ Las Oportunidades pueden conducir a la adopción de nuevas prácticas, lanzamiento de nuevos servicios, apertura de nuevos mercados, acercamiento a nuevos clientes, utilización de nuevas tecnologías y otras posibilidades deseables y viables para abordar las necesidades de la organización o la de sus clientes. Estas serán documentadas en las actas reunión de Comité de Institucional de Gestión y Desempeño y serán socializadas por el líder del proceso; Las oportunidades serán incluidas en el formato 101-GEC-FR-001.
  - ✓ Para la identificación de la(s) causa(s) de no conformidades reales o potenciales, puede utilizar entre otras las siguientes herramientas,:
    - ✓ Lluvia de ideas
    - ✓ Diagrama causa-efecto
    - ✓ 5 ¿Por qué?
    - ✓ Espina de pescado
    - ✓ Histograma, entre otros.
- La oficina de control interno hará el acompañamiento en la apertura de las acciones correctivas, preventivas y/o de mejora cuando sea necesario.
  - El responsable o los responsables asignados para ejecutar las acciones correctivas, preventivas, de mejora o correcciones, las ejecutarán dentro de los términos aprobados en el plan de mejoramiento, formato 101-GEC-FR-010, una vez cumplido el tiempo para su ejecución y en el seguimiento el Asesor de control interno, no evidencie avance, le comunicará al responsable de la acción y verificará en el siguiente seguimiento su cumplimiento.
  - Si la acción propuesta obedece a la modificación o creación de un documento es necesario que esta sea solicitada a través del formato 102-SIG-FR-001 Solicitud Elaboración, Modificación y Anulación de Documentos, según lo define el procedimiento 102-SIG-PR-001 Control de Documentos y Registros.
  - El Asesor de control interno y su equipo auditor evaluarán como mínimo dos (2) veces al año, en cada proceso que la(s) acción(es) tomadas fueron eficaces, eficientes y efectivas cerrando las acciones basados en evidencias.

## PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS, OPORTUNIDADES DE MEJORA Y/O CORRECTIVAS

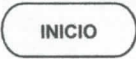
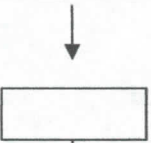
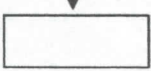
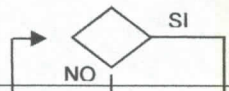
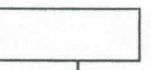
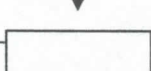
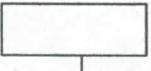
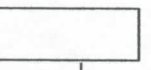
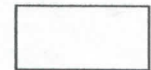

101-GEC-PR-003-V01  
10/10/2018

- El Asesor de control interno, tendrá la responsabilidad de controlar las fechas de cumplimiento de las acciones propuestas e informar al Gerente sobre el proceso de implementación, gestión y control de las acciones correctivas, preventivas y de mejora.
- Es responsabilidad de todos los funcionarios vinculados a la Agencia informar al responsable del proceso, la aparición de una no conformidad; a fin de que éste realice la apertura de la acción pertinente.
- Las no conformidades que sean transversales, se podrán realizar mesas de trabajo entre quienes intervienen en el proceso para establecer las acciones y serán incluidas en el plan de mejoramiento (formato 101-GEC-FR-010) del responsable del proceso al que corresponda subsanarla.
- Los planes de mejoramiento deben ser revisados y aprobados dentro de los diez (10) días hábiles a partir de la fecha de presentación por el responsable del proceso; una vez aprobados tienen vigencia por un año, para la ejecución de las acciones; si al cabo de este tiempo no se han completado las acciones propuestas en el plan de mejoramiento, se suscribirá uno nuevo que incluya las acciones pendientes y será aprobado por el Asesor de Control Interno y al cual realizará mayor seguimiento a las acciones hasta su cumplimiento.
- Cuando las acciones propuestas a realizar consideren la disposición de recursos físicos y financieros para la eliminación de la no conformidad, el Gerente autorizará la asignación de los recursos para dar cumplimiento a la acción.
- Cerrada la acción correctiva, preventiva o de mejora, se procede al archivo del plan de mejoramiento y la documentación que soporta la acción, de acuerdo a las tablas de retención documental.
- La oficina de control interno liderará la suscripción de los planes de mejoramiento con entes de control y cada líder de proceso es responsable de definir y gestionar las acciones e indicadores para el cumplimiento del plan en los términos indicados. El seguimiento a los planes de mejoramiento con entes de control lo realizará la Oficina de Control Interno de acuerdo a la periodicidad en que se deben presentar avance e informe al ente de control.
- Los planes de acción suscritos con entes acreditadores o certificadores una vez aprobados por la respectiva entidad, se transcribirán al formato 101-GEC-FR-010 y enviará a la Oficina de Control Interno para su conocimiento y seguimiento al cumplimiento de las acciones.
- Los líderes de procesos o responsables de dar cumplimiento a las acciones establecidas en los planes de mejoramiento, realizarán seguimiento trimestral, evidenciando en el Acta de Comité 112-ECP-FR-001 el avance, recursos si se requieren para su cumplimiento y evidencias que soporten la gestión de las acciones.



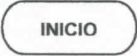

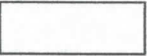

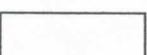



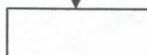

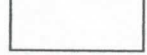

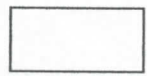


## 5. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

### 5.1 PLAN DE MEJORAMIENTO

FLUJOGRAMA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
		
	Apertura de las acciones (Correctiva, Preventiva o de mejora y corrección), si la fuente del hallazgo es por Auditoría Interna, externa, Encuesta Satisfacción del Cliente, Producto o servicio no conforme o Revisión por la dirección, se diligencia el formato 101-GEC-FR-010 Plan de Mejoramiento. El líder del proceso cuenta con diez (10) días hábiles a partir de la fecha de recibo del informe final de auditoría para presentar el plan de mejoramiento a la oficina de control interno.	Responsable de proceso
	Aprobación del Plan de mejoramiento Analiza y revisa cada una de las acciones y el análisis de causas evaluando que se elimina la causa raíz de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir.	Asesor de Control Interno
	¿Las acciones y tiempo suscrito en los planes son convenientes, adecuados o pertinentes?	
	Comunicar y devolver el plan de mejoramiento con las recomendaciones pertinentes dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo del plan de mejoramiento.	Asesor de Control Interno.
	Realizar los ajustes o correcciones y presentar al Asesor de Control Interno de Gestión, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de devolución.	Responsable del proceso
	Revisar y aprobar el plan de mejoramiento para lo cual contará con diez (10) días hábiles a partir de la fecha de presentación de los planes de mejoramiento. Notifica al Responsable del proceso de su aprobación y entrega copia del plan aprobado.	Asesor de Control Interno.
	Verificación de las acciones y su eficacia: analizar y determinar el cumplimiento a las acciones, diligenciando el formato 101-GEC-FR-010 Plan de Mejoramiento, sección seguimiento a las acciones; excepto para los planes suscritos con entes de control, los cuales tienen definidos sus formatos.	Asesor de Control Interno.
	Se cierra el ciclo de mejora para el periodo programado	Asesor de control interno y/o ente de control
		



## 5.2 ACCIONES ESTABLECIDAS EN AUTOEVALUACIÓN DEL PROCESO

FLUJOGRAMA	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
		
 	Realizar la evaluación del desempeño del proceso, (ver procedimiento 101-GEC-PR-001 Autoevaluación y Control). Al analizar los resultados de seguimiento, medición y evaluación del proceso, se determina las acciones de mejora a implementar por el líder del proceso.	Responsable de proceso
   	Si en la Evaluación del proceso se identifican no conformidades, establecerá las acciones correctivas y correcciones diligenciando el formato 101-GEC-FR-010 Plan de Mejoramiento y presenta a la oficina de Control Interno, para su aprobación y consolidación con otros planes si los hay. (ver numeral 5.1). Si establece acciones preventivas o acciones para abordar riesgos se documentan en el Acta de Comité 112-ECP-FR-001 y se sigue el procedimiento 102-GES-PR-02 Gestión del Riesgo.	Responsable de proceso
 	Enviar copia del acta de reunión en digital al Asesor de Control Interno.	Responsable de proceso
  	Realiza la implementación de las acciones y seguimiento de las acciones establecidas. Realiza seguimiento trimestral al avance y cumplimiento de las acciones, evidenciando en el Acta de Comité 112-ECP-FR-001.	Responsable de proceso
 	Se cierra el ciclo de mejora para el periodo programado	Responsable de proceso
		

## 6. CONTROL DEL CAMBIO

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSION	FECHA	DESCRIPCIÓN
Versión inicial del documento		

## 7. REGISTROS DE CALIDAD

101-GEC-FR-010 Plan de Mejoramiento  
112-ECP-FR-001 Acta de Comité  
102-SIG-FR-001 Solicitud Elaboración, Modificación y Anulación de Documentos

## ANEXO 1: METODOLOGÍA PARA ANÁLISIS CAUSAL

Para el análisis causal se pueden aplicar las siguientes metodologías:

5M que corresponden:

- Mano de obra: el personal cuenta con entrenamiento, calificación, formación, experiencia, habilidades, motivación, atención, disciplina, dedicación, relaciones con los demás, etc.
- Materiales: cuenta con los materiales y especificaciones para la ejecución de la actividad (dimensión, composición, propiedades mecánicas, almacenamiento, embalaje, transporte), etc.
- Maquinaria: cuenta con: equipos, dispositivos, herramientas, presión, precisión, lubricación, mantenimiento, ajuste, instrumentación, velocidad, limpieza, etc.
- Mediciones: indicadores, estadísticas, bases de datos, información de datos, etc.
- Métodos: especificaciones, procedimientos, instrucciones, diseño, esquemas, etc.

5 ¿POR QUÉ?: Los cinco por qué es una técnica sistemática de preguntas utilizada durante la fase de análisis de problemas para buscar posibles causas principales. Durante esta fase, los miembros del equipo pueden sentir que tienen suficientes respuestas a sus preguntas. La técnica requiere que el equipo pregunte "Por Qué" al menos cinco veces, o trabaje a través de cinco niveles de detalle. Una vez que sea difícil para el equipo responder al "Por Qué", la causa más probable habrá sido identificada.

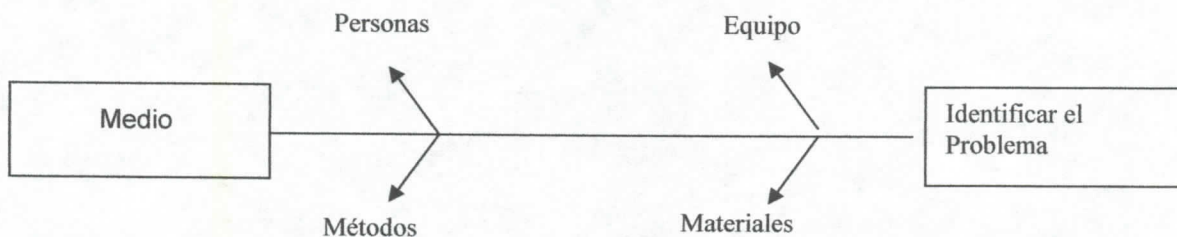
### DIAGRAMA CAUSA Y EFECTO:

- Identificar el problema: el problema (el efecto generalmente está en la forma de una característica de calidad) es algo que queremos mejorar o controlar.
- El problema deberá ser específico y concreto: incumplimiento con las citas para instalación, cantidades inexacta en la facturación, errores técnicos en las cuentas de proveedores, etc.
- Registrar la frase que resume el problema: escribir el problema identificado en la parte extrema derecha del papel y dejar espacio para el resto del diagrama hacia la izquierda. Dibujar una caja alrededor de la frase que identifica el problema (algo que se denomina algunas veces como la cabeza del pescado).
- Dibujar y marcar las espinas principales: las espinas principales representan el input principal/ categorías de recursos o factores causales. No existen reglas sobre qué categorías o causas se deben utilizar, pero las más comunes utilizadas por los equipos son los materiales, métodos, máquinas, personas, y/o el medio.
- Dibujar una caja alrededor de cada título. El título de un grupo para su diagrama de causa y efecto puede ser diferente a los títulos tradicionales; esta flexibilidad es apropiada y se invita a considerarla.
- Realizar una lluvia de ideas de las causas del problema: este es el paso más importante en la construcción de un diagrama de causa y efecto. Las ideas generadas en este paso guiarán la selección de las causas de raíz. Es importante



que solamente causas, y no soluciones del problema sean identificadas. Para asegurar que su equipo esté al nivel apropiado de profundidad, se deberá hacer continuamente la pregunta Por Qué para cada una de las causas iniciales mencionadas. Si surge una idea que se ajuste mejor en otra categoría, no discuta la categoría, simplemente escriba la idea. El propósito de la herramienta es estimular ideas, no desarrollar una lista que esté perfectamente clasificada.

- Identificar los candidatos para la “causa más probable”. Las causas seleccionadas por el equipo son opiniones y deben ser verificadas con más datos. Todas las causas en el diagrama no necesariamente están relacionadas de cerca con el problema; el equipo deberá reducir su análisis a las causas más probables. Encerrar en un círculo la causa(s) más probable seleccionada por el equipo o marcarla con un asterisco.
- Cuando las ideas ya no puedan ser identificadas, se deberá analizar más a fondo el diagrama para identificar métodos adicionales para la recolección de datos.



### LLUVIA DE IDEAS (No estructurado (Flujo libre)):

- Escoger a alguien para que sea el facilitador y apunte las ideas.
- Escribir en un rotafolio o en un tablero una frase que represente el problema y el asunto de discusión.
- Escribir cada idea en el menor número de palabras posible. Verificar con la persona que hizo la contribución cuando se esté repitiendo la idea. No interpretar o cambiar las ideas.
- Establecer un tiempo límite – aproximadamente 25 minutos.
- Fomentar la creatividad. Construir sobre las ideas de otros. Los miembros del grupo de lluvia de Ideas y el facilitador nunca deben criticar las ideas.
- Revisar la lista para verificar su comprensión.
- Eliminar las duplicaciones, problemas no importantes y aspectos no negociables. Llegar a un consenso sobre los problemas que parecen redundantes o no importantes.

**LLUVIA DE IDEAS ESTRUCTURADO (En círculo):** Tiene las mismas metas que la lluvia de ideas no estructurada. La diferencia consiste en que cada miembro del equipo

presenta sus ideas en un formato ordenado (ej. de izquierda a derecha). No hay problema si un miembro del equipo cede su turno si no tiene una idea en ese instante.

Consejos para la construcción/ interpretación:

- Hacer una lista de las ideas que pueden ser criticadas, editadas por duplicación, y clasificadas de la más importante a la menos importante.
- Soluciones creativas para problemas basados en las contribuciones hechas por todos los miembros del equipo.

**COSTO/BENEFICIO:** el análisis de costo / beneficio involucra los siguientes 6 pasos:

- Llevar a cabo una lluvia de ideas o reunir datos provenientes de factores importantes relacionados con cada una de sus decisiones.
- Determinar los costos relacionados con cada factor.
- Algunos costos, como la mano de obra, serán exactos mientras que otros deberán ser estimados.
- Sumar los costos totales para cada decisión propuesta.
- Determinar los beneficios en dólares para cada decisión.
- Poner las cifras de los costos y beneficios totales en la forma de una relación donde los beneficios son el numerador y los costos son el denominador: Beneficios/Costos.
- Comparar las relaciones beneficios a costos para las diferentes decisiones propuestas. La mejor solución, en términos financieros es aquella con la relación más alta beneficios a costos.

**HISTOGRAMA:** es una gráfica de la distribución de un conjunto de medidas. Un Histograma es un tipo especial de gráfica de barras que despliega la variabilidad dentro de un proceso. Un histograma toma datos variables (tales como alturas, pesos, densidades, tiempo, temperaturas, etc.) y despliega su distribución. Los patrones inusuales o sospechosos pueden indicar que un proceso necesita investigación para determinar su grado de estabilidad.

**DIAGRAMA RADAR:** es una herramienta muy útil para mostrar visualmente los gaps entre el estado actual y el estado ideal.

- Conformar el equipo correcto.
- Reunir o verificar los datos a representar.
- Definir las categorías de calificación (normalmente de 5 a 10 categorías).
- Construir la gráfica de radar en el rotafolio si no cuenta con una gráfica de radar pre-impresa:
  - Dibujar un círculo en el rotafolio con tantos radios como categorías existan.
  - Escribir cada título al final de cada radio alrededor del perímetro del círculo.
  - Numerar los radios de 0 (más bajo) hasta 10 (más alto) empezando con el cero en el centro del círculo y terminar con el 10 en el perímetro.
- Calificar todas las categorías.



## PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS, OPORTUNIDADES DE MEJORA Y/O CORRECTIVAS

101-GEC-PR-003-V01  
10/10/2018

- Cada miembro del equipo puede calificar en dónde siente que la organización o el equipo se encuentra en la actualidad.
- Esto puede realizarse en silencio utilizando puntos adhesivos.
- El equipo puede desarrollar un puntaje para el equipo ya sea por consenso o calculando un promedio de los puntajes individuales.
- Definir la calificación del equipo para cada categoría.
- Interpretar y utilizar los resultados para mejorar.
- Indicar la fecha en la Gráfica de Radar.

Ejemplo:

