1. OBJETIVO:

Establecer las actividades para la identificación de no conformidades, tratamiento, seguimiento, control y cierre eficaz de acciones correctivas de tal forma que se eliminen las causas, se prevenga que vuelvan a ocurrir y se promueva la mejora continua.

2. ALCANCE:

Inicia con la identificación de la No Conformidad y termina con la revisión y aprobación del informe semestral del estado de las Acciones Correctivas.

Aplica para todos los procesos del Instituto en sus diferentes niveles: Nacional, Regional y Zonal.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

a) Para la ejecución del presente procedimiento se utiliza el aplicativo ISOLUCION.

b) Para definir el responsable de generar las No Conformidades en ISOLUCION tener en cuenta el anexo No 1.

c) Las acciones correctivas deberán ser adecuadas a la importancia de los efectos de las no conformidades encontradas.

d) Para la redacción de las no conformidades, priorizar cual es el requisito interno que se incumple es decir; procedimiento, guía, manual, lineamiento, requisitos establecidos dentro del Sistema Integrado de Gestión del ICBF entre otros y externos como normativa vigente aplicable.

e) Cuando la fuente que dio origen a la No Conformidad sea auditoria SIGE, se debe registrar el número del hallazgo al inicio de la redacción de la no conformidad.

f) Para el análisis de causas y la formulación del plan de acción de las no conformidades derivadas de la auditoría SIGE realizada por la Oficina de Control Interno, se contará con veinte (20) días hábiles siguientes al recibo del informe final de auditoría.

g) Cuando la No Conformidad es por otras fuentes diferentes auditorias SIGE, se contará con diez (10) días hábiles para la determinación de las causas y la formulación del correspondiente plan de acción.

h) Las No Conformidades generadas por auditoria SIGE se deben mantener como un único hallazgo, no pueden ser duplicadas o divididas.

i) En el eje ambiental y de Seguridad y Salud en el trabajo, cualquier acción correctiva tomada para eliminar las causas de no conformidades reales, deberá ser apropiada a la magnitud de los problemas y estar en proporción con los aspectos ambientales y los riesgos de Seguridad y Salud en el Trabajo identificados.

PÚBLICA

j) Los profesionales de la Subdirección de Mejoramiento Organizacional brindarán asesoría en la metodología para la formulación de la no conformidad, identificación de causas y la definición del plan de acción de forma presencial o virtual.

k) Para el análisis de causas de las no conformidades y formulación de las acciones, los líderes de los procesos o responsables cuentan con la asesoría y acompañamiento de los Promotores Épicos en la sede de la Dirección General y de los Referentes del Sistema integrado de Gestión en las Direcciones Regionales.

l) La gestión de las acciones correctivas implica la integración de un equipo conformado por personas que conozcan del problema y puedan generar posibles soluciones, asignadas o convocadas por el líder o responsable del proceso en donde se llevará a cabo la gestión de dicha acción.

m) Una vez realizado el análisis de causas y se identifique que no amerita corrección, necesariamente se formulará plan de acción.

n) Para las no Conformidades resultado de las auditorías internas al Sistema Integrado de Gestión SIGE será siempre necesario formular acción correctiva, la cual puede estar dirigida a la eliminación de una sola causa raíz que genera varias no conformidades detectadas en la auditoría.

o) Para las no conformidades detectadas por auditorías internas al Sistema Integrado de Gestión SIGE en las regionales, una vez realizado el análisis de causas y se determine que la competencia es del líder o responsable de proceso de la Sede de la Dirección General; la Dirección Regional debe concertar previamente y de mutuo acuerdo con la dependencia de la Sede de la Dirección General que lidera o es responsable del proceso, para generar la No Conformidad en Isolución y posterior registro del Plan de Acción.

p) Cuando se realicen evaluaciones de casos específicos por parte de la Oficina de Control Interno, se debe identificar y registrar la No Conformidad en Isolucion, seleccionando como fuente “evaluación de casos específicos”, basándose en las recomendaciones o conclusiones de estas evaluaciones.

q) Quien genera la No Conformidad es el responsable de verificar la eficacia de la acción tomada, asegurando que se eliminó la causa raíz del problema.

r) Los líderes de proceso son responsables de monitorear y gestionar el estado de todas las acciones correctivas que se estén implementando para la mejora de sus procesos; igualmente la Subdirección de Mejoramiento Organizacional realizará seguimiento a través de los resultados de los indicadores.

s) Cuando se presenten cambios normativos, estructurales, de política o de competencia, los líderes de los procesos podrán ordenar el cierre de la acción correctiva con la debida justificación.

t) La Oficina de Control Interno es la responsable de verificar la eficacia de las acciones correctivas en la siguiente auditoría realizada al Sistema Integrado de Gestión.

u) La eficacia se mide en razón a que la acción correctiva haya eliminado la(s) causa(s) que dieron origen a la no conformidad y esta no se vuelva a presentar al menos por esas mismas causas.

PÚBLICA

v) La eficacia de la acción correctiva se puede ver reflejada en la mejora de indicadores, inclusión o ajuste a algún procedimiento, manual, guía, lineamiento o cualquier otro documento del sistema, reducción de tiempos o ahorro de recursos.

Si para la eficacia de las acciones correctivas se requiere la elaboración, modificación o anulación de guías, instructivos, formatos, lineamientos o procedimientos afectados o que requieren ajuste, se debe aplicar el Procedimiento de Elaboración y Control de Documentos.

w) Si como producto del seguimiento a las acciones correctivas generadas para eliminar las causas raíz de una no conformidad, se logra detectar que las mismas no cumplen con el objetivo propuesto, el líder del proceso podrá proceder a realizar la reformulación de la acción correctiva.

x) Cuando al evaluar la eficacia de las acciones correctivas se determine que su implementación (ejecución del plan) no tuvo el impacto esperado, es decir que esta no fue eficaz; es necesario reformular la acción correctiva, lo cual implica realizar un nuevo análisis de causas y formular un nuevo plan de acción, así como ajustar fecha de cierre de la acción correctiva de acuerdo con el nuevo plan.

Cabe recordar que el objetivo de la reformulación es generar acciones que ataquen la(s) causa(s) raíz que dieron origen a la no conformidad. Cuando en el ejercicio de la auditorías internas al Sistema Integrado de Gestión se retomen no conformidades, la regional o líder de proceso en la Sede de la Dirección General debe proceder a dar cierre no eficaz a la acción correctiva, aunque tenga acciones o actividades en gestión y generar una nueva acción correctiva para la no conformidad generada en el informe de auditoría interna, donde se cite que se retoma con la generación de la nueva acción correctiva transcribiendo el número consecutivo de la acción retomada.

y) Cuando las actividades no se hayan cumplido en los tiempos establecidos, registrar los avances pertinentes y realizar la reformulación de la acción correctiva. La Subdirección de Mejoramiento Organizacional no actualizará en Isolucion la fecha prevista de cierre pues para ello se aplica la reformulación. *En Isolucion solo se permite realizar la reformulación 2 veces*.

z) Para realizar los cambios en Isolucion de responsables de las actividades o solicitantes de las no conformidades, el proceso interesado remitirá correo electrónico a MIS (mesa de informática de soluciones) con copia al administrador del aplicativo de la Subdirección de mejoramiento Organizacional.

aa) Cuando se presenten fallas en el aplicativo Isolucion se requiere remitir correo MIS (mesa de informática de soluciones) con copia al administrador de dicho aplicativo de la Subdirección de Mejoramiento Organizacional evidenciando el pantallazo con la inconsistencia presentada.

4. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:

No	Actividad	Descripción de la actividad	Responsable	Registro
		Inicio		
1	Identificar la no conformidad	Todos los colaboradores del ICBF pueden identificar no conformidades y comunicarlas al líder o responsable	Todos los Colaboradores del ICBF	Informes Actas Correos electrónicos

		del proceso para su análisis y evaluación.		
2	Analizar la no conformidad	Se analiza la pertinencia de la no conformidad. En caso de no ser pertinente la no conformidad, se informa a quien inicialmente la identificó, dejando registro (acta o correo electrónico), en donde se explican las razones por las cuales no va a ser gestionada y se da por terminado el procedimiento. Con el apoyo del Promotor Épico, se verifica que no haya duplicidad de las acciones registradas por una misma situación.	Líder o responsable de Proceso	Correo Electrónico
3	Registrar la no conformidad	Se redacta, con apoyo del referente de Calidad o del Promotor Épico, la no conformidad siguiendo los parámetros establecidos en el aplicativo ISOLUCION. Para la redacción de las no conformidades se describe en primer lugar el problema presentado, seguido por la evidencia y se finaliza con la referencia del requisito que se incumple. *Ejemplo: "No se han determinado métodos apropiados para hacer seguimiento y medición de la eficiencia de los servicios misionales, lo cual se evidencia en la ausencia de indicadores de eficiencia en el Tablero de Control 2014; incumpliendo con el numeral 8.2.3 de la norma NTCGP1000:2009".* (Para registro en el aplicativo, ver Documento: *Manual de usuario por módulos Isolucion)*	Líder o responsable de Proceso	Registro en ISOLUCION Módulo de Mejoramiento
4	Realizar evaluación intermedia	Verificar que la no conformidad o situación no deseable cumpla con los requisitos establecidos descritos en la anterior actividad. Si cumple con estos se aprueba y se genera consecutivo de la acción correctiva en el aplicativo	Referentes de Calidad en Regional Profesional Subdirección de Mejoramiento Organizacional	Registro en ISOLUCION Módulo de Mejoramiento Evaluación intermedia

PÚBLICA

		Isolución, si se descarta se genera notificación al responsable de la acción para realizar las correcciones.	Sede de la Dirección General	
5 P.C.	Realizar análisis de causas	Se hace un análisis de la situación con el fin de identificar las causas que originan la no conformidad o situación no deseable. Las personas que defina el Líder o responsable de Proceso, identifican la(s) causa(s) raíz mediante la aplicación de una herramienta de calidad (ej.: 5 por que's, espina de pescado, lluvia de ideas, etc.) de acuerdo con la Guía para la Identificación de Causas. El análisis realizado se debe documentar en el formato *Análisis de Causa*, y posteriormente se debe anexar en ISOLUCION. Dicho ejercicio debe ser acompañado por los colaboradores con rol de Referentes de Calidad, Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo y Seguridad de la Información o Promotores Épicos y profesional de la Subdirección de Mejoramiento Organizacional en la Sede de la Dirección General Se registra la causa o causas que generaron la no Conformidad	Líder o responsable de Proceso en Sede de la Dirección General y Regional	Registro del análisis de causas en ISOLUCION Módulo de Mejoramiento
6	Evaluar la necesidad de adoptar Acción Correctiva	De acuerdo con el análisis de causas, se toman las correcciones inmediatas que haya lugar y se define la necesidad de adoptar acción correctivas. Registrar en Isolucion la justificación de la evaluación de la necesidad de adoptar acción correctiva.	Líder o responsable de Proceso	Registro en ISOLUCION Módulo de Mejoramiento
7	Definir plan de acción	Se define el plan (acciones con cronograma y responsables de ejecución) que apunta a la eliminación de las causas raíz, utilizando para ello el ciclo de mejora PHVM: Planear, Hacer, Verificar y Mejorar.	Líder o responsable de Proceso	Registro en ISOLUCION Módulo de Mejoramiento

		Se revisa si las acciones propuestas pueden generar riesgos o impactos en los procesos y la organización. Para definir las actividades del plan de acción se debe concertar previamente y de mutuo acuerdo con los colaboradores del nivel Nacional, Regional y Zonal que intervendrán en la ejecución del mismo. No se puede asignar una acción del plan a un responsable que no haya sido consultado o que haya participado en su formulación. Este ejercicio debe ser acompañado por los colaboradores con rol de Referentes de Calidad, Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo y Seguridad de la Información o Promotores Épicos y profesional de la Subdirección de Mejoramiento Organizacional en la Sede de la Dirección General		
8	Gestionar las acciones	Ejecutar cada una de las acciones definidas en el plan establecido de acuerdo a las fechas programadas y registrar sus avances y evidencias en ISOLUCION.	Líder, responsable de Proceso y colaboradores del ICBF	Registro en ISOLUCION Módulo de Mejoramiento
9 P.C	Verificar cumplimiento del plan de acción	Verificar el cumplimiento de las acciones del plan y en el evento de evidenciar incumplimiento, tomar las decisiones o emprender las acciones que sean necesarias según corresponda. Dicho ejercicio debe ser acompañado por los colaboradores con rol de Referentes de Calidad, Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo y Seguridad de la Información o Promotores Épicos y profesional de la Subdirección de Mejoramiento Organizacional en la Sede de la Dirección General	Líder o responsable de Proceso	Registro en ISOLUCION Módulo de Mejoramiento

P.C: Punto de Control

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

10	Evaluar eficacia de las acciones y Cierre	Evaluar la eficacia de las acciones tomadas verificando que se haya eliminado la(s) causa(s) raíz de la no conformidad o situación no deseable identificada. La verificación se hace una vez se haya ejecutado el plan de acción. En caso de que el plan de acción no se reformula la acción correctiva para lo cual se debe volver a la actividad 4, manteniéndose abierta la no conformidad.	Líder o responsable de Proceso quien solicitó la no conformidad	Registro en ISOLUCION Módulo de Mejoramiento
11 P.C	Realizar seguimiento consolidado al estado general de las acciones correctivas	Se lleva a cabo seguimiento mensual del estado de las acciones correctivas (abiertas, abiertas sin gestión, vencidas y cerradas), con el fin de generar alertas y tomar acciones para garantizar el cumplimiento del plan de acción y la eficacia de las acciones correctivas.	Referentes de Calidad, Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo y Seguridad de la Información y Promotores Épicos	Correo Electrónico (Alertas)
12	Generar informe consolidado del estado general de las acciones correctivas	Elaborar informe semestral del estado de las Acciones Correctivas para su revisión en los Comités de coordinación SIGE en la Sede Dirección General y Estratégico en las regionales. *Ver formato registro revisión por la dirección entrada 4. Estado de las acciones Correctivas*	Referentes de Calidad, Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo y Seguridad de la Información y Promotores Épicos	Formato Registro revisión por la Dirección
13	Revisar y aprobar el informe semestral	Revisar y aprobar el informe consolidado semestralmente.	(Líder o responsable del proceso)	Informe consolidado
		Fin		

5. RESULTADO FINAL:

Acciones correctivas eficaces para mejorar los procesos y la prestación del Servicio Público de Bienestar Familiar**.**

6. DEFINICIONES:

a) Acción Correctiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no Conformidad detectada u otra situación no deseable. Es decir, la acción correctiva actúa sobre las causas de no conformidades que han ocurrido.

b) Corrección: acción inmediata tomada para eliminar una no conformidad detectada.

c) Conformidad: Cumplimiento de un requisito.

d) No Conformidad: Incumplimiento de un requisito.

e) Requisito: Condición necesaria para dar cumplimiento a lo establecido en el marco normativo aplicable u otros parámetros establecidos por la entidad.

f) Puntos de control (PC): Se consideran puntos de control aquellas actividades que permiten evaluar el correcto desarrollo del procedimiento. Para identificar los puntos de control en el procedimiento se debe sombrear la actividad que cumple esta función.

g) Revisión: Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, la adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.

h) Eficacia: Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados. La medición de la eficacia se denomina en la Ley 872 de 2003 como una medición de resultado. La eficacia debe contribuir en la mejora de indicadores, inclusión o ajuste a algún procedimiento, reducción de tiempos o ahorro de recursos.

i) Reformular: Definir una(s) nueva(s) acción(es) para resolver las causas del hallazgo, de manera que sustituya la(s) inicialmente prevista(s), la reformulación es el resultado de un nuevo análisis de causas y plan de acción.

j) Oportunidad de Mejora: Acción emprendida para optimizar y potencializar el desempeño de un proceso o el cumplimiento de los requisitos.

k) Proceso: conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entradas en resultados (Ver Mapa de Procesos de la entidad en el Manual del Sistema Integrado de Gestión)

l) Líder de proceso: se denominan líderes de proceso a los Directivos de la Sede de la Dirección General que gestionan los recursos y articulan las actividades y los actores de los diferentes niveles, requeridos para la sostenibilidad de los procesos a su cargo, promoviendo la correcta implementación y mejora continua.

m) Responsable de Proceso: Directivos de la Sede de la Dirección General, Directores Regionales, Coordinadores de Grupo y Coordinadores de Centro Zonal, responsables de la planeación, ejecución y seguimiento de los procesos a su cargo.

PÚBLICA

n) Referentes del Sistema: se denomina referente a la persona encargada de orientar y acompañar la implementación de cambios en los procesos y la sostenibilidad y mejora del Sistema Integrado de Gestión (Calidad, gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo y seguridad de la información) en las regionales.

7. DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

NTCGP 1000: 2009
NTC-ISO 9001:2008
NTC-ISO 14001: 2004
OHSAS 18001: 2007
Procedimiento auditorías internas SIGE
Procedimiento de evaluación casos específicos
Procedimiento Elaboración y control de documentos.
Manual de usuario por módulos Isolucion
Guía para la Identificación de Causas

8. RELACIÓN DE FORMATOS

CODIGO	NOMBRE DEL FORMATO
F1.G1.MI	Formato Identificación de Causas

9. ANEXOS:

Anexo No 1. Responsables para la Generación de No Conformidades según las fuentes.

Fuente	Sede de la Dirección General	Regional	Centro Zonal
Aspectos e Impactos y Planes de Gestión Ambiental	Directores de área y Jefe de Oficina	Director Regional / Coordinadores de grupo	Coordinador de Centro Zonal
Audiencias Públicas y Rendición de cuentas	Líder de Proceso de Coordinación y articulación del SNBF y agentes. Directores de área y jefe de oficina	Director Regional / Coordinador de grupo	Coordinador de Centro zonal
Auditorías externa ambiental	Directores de área y Jefe de Oficina	NA	NA

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

Auditorías externa seguridad y salud en el trabajo	Directores de área y Jefe de Oficina	NA	NA
Auditorías externa seguridad de la información	Directores de área y Jefe de Oficina	NA	NA
Auditorías externa calidad	Directores de área y Jefe de Oficina	NA	NA
Auditorías Internas SIGE	Directores de área y Jefes de Oficina	Director Regional	NA
Cambios en el SIGE	Directores de área y Jefes de Oficina	Director Regional / Coordinador de grupo	Coordinador de Centro Zonal
Comité de defensa judicial y conciliación	Directores de área y Jefe de Oficina	Director Regional / Coordinador de grupo	Coordinador de Centro Zonal
Encuestas de satisfacción a los servicios del ICBF	Líder de Proceso de Relación con el Ciudadano Directores de área y Jefes de Oficina	Director Regional	Coordinador de Centro Zonal
Evaluación de Casos específicos	Directores de área y Jefes de Oficina	Director Regional / Coordinador de grupo	Coordinador de Centro zonal
Incumplimiento de Requisitos Legales y/o Reglamentarios	Directores de área y Jefes de Oficina	Director Regional / Coordinador de Grupo	NA
Investigación de Incidentes y Accidentes de Trabajo	Director de Gestión Humana	Director Regional/ Coordinador Administrativo	NA

Identificación de Peligros y Valoración de riesgos	Directores de área y Jefe de Oficina	Director Regional / Coordinadores de grupo	NA
Resultados del diagnóstico de condiciones de salud	Director de Gestión Humana	Director Regional/ Coordinador Administrativo	NA
Resultados de inspecciones ambientales	Director Administrativo	Director Regional/ Coordinador Administrativo	NA
Resultados de inspecciones de Seguridad y Salud en el Trabajo	Director de Gestión Humana	Director Regional/ Coordinador Administrativo	NA
Riesgos materializados	Directores de área y Jefe de Oficina	Director Regional	Coordinador Centro Zonal
Quejas, reclamos, sugerencias o peticiones de los usuarios y demás grupos de interés	Directores de área y Jefe de Oficina	Director Regional	Coordinador de Centro Zonal
Resultados de autoevaluación	Directores de área y Jefe de Oficina	Director Regional	Coordinador de Centro Zonal
Resultados de las de auditorías e inspección de la Oficina de Aseguramiento de la Calidad	Jefe de Oficina Aseguramiento de la Calidad	Director Regional	NA
Revisión por la Dirección	Director de Planeación y Control de Gestión	Director regional	Coordinador de Centro Zonal
Supervisión Contractual	Directores de área Subdirectores Coordinadores de Grupo y Jefe de Oficina	Director Regional	Coordinador de Centro Zonal

Servicios No Conformes	Directores de las áreas Misionales Director de Servicio y Atención	Director Regional / Coordinador Asistencia Técnica/	Coordinador de Centro Zonal
Resultados de seguimiento y medición de los procesos	Directores de área y Jefe de Oficina	Director Regional/coordinadores de Grupo	Coordinador de Centro Zonal
Visitas de asistencia técnica	Director de Planeación y Control de Gestión	Director Regional	Coordinador de Centro Zonal
Incidentes de Seguridad de la Información	Directores de área y Jefe de Oficina	Director Regional/coordinadores de Grupo	Coordinador de Centro Zonal
Plan de respuesta ante emergencia	Directores de área y Jefe de Oficina	Director Regional/coordinadores de Grupo	Coordinador de Centro Zonal

CONTROL DE CAMBIOS:

Fecha	Versión	Descripción del Cambio
03/11/2016	V1	Se actualiza en documentos de referencia y donde se relacionaba en el contenido del procedimiento el l instructivo por módulos en isolucion por manual usuario por módulos isolucion.
21/10/2014	V 10 PR2.MPE2	Se actualiza procedimiento al nuevo formato establecido Se cambia el termino de dueños por líder o responsable de proceso Se actualiza Objetivo se incluye tratamiento, control seguimiento y cierre de no conformidades.
		Se actualizan e incluyen políticas de operación correspondiente a temas referentes a los cambios en ISOLUCION, reformulación de acciones correctivas y evaluación de casos específicos
		Se ajusta las actividades “analizar la no conformidad” y “Registrar la no conformidad” aclarando cada una de estas en la descripción. se incluye las siguiente: ✓ Establecer la causa Raíz ✓ Evaluar la necesidad de adoptar acción correctiva

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

PÚBLICA

		✓ Realizar seguimiento consolidado al estado general de las acciones correctivas ✓ Generar informe consolidado del estado de las acciones ✓ Revisar y aprobar informe Igualmente en la descripción de cada una de la actividades se complementa la información
		Se incluye anexo responsables para la Generación de no conformidades y se completa con la fuente Se actualiza listados de las fuente para la generación de no conformidades en el aplicativo ISOLUCION

PÚBLICA