

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN	P2.MI	18/02/2019
	PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS	Versión 5	Página 1 de 14

1. OBJETIVO:

Identificar no conformidades, determinar e implementar acciones correctivas encaminadas a eliminar su causa raíz, previniendo que éstas vuelvan a ocurrir.

2. ALCANCE:

Inicia con la identificación de la no conformidad y finaliza con la revisión y evaluación de la eficacia de la acción correctiva.

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

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Para la identificación de no conformidades y la formulación de acciones correctivas:

- 3.1. Para la ejecución del presente procedimiento, se emplea el aplicativo Isolucion.
- 3.2. Los responsables del registro de las Acciones Correctivas se encuentran estipulados en el *Anexo No. 1. Responsables para la Generación de No Conformidades según las fuentes.*
- 3.3. El Representante de la Dirección ante el SIGE puede identificar no conformidades en cada proceso y registrarlas en el aplicativo de acuerdo con su pertinencia.
- 3.4. La redacción de los hechos que describen la no conformidad debe contener los siguientes elementos:
 - Situación en la cual se identifica la no conformidad.
 - Evidencia de la no conformidad.
 - Requisito que se incumple.

Ejemplo: “No se han determinado métodos apropiados para hacer seguimiento y medición de la eficacia de los servicios misionales, lo cual se evidencia en la ausencia de indicadores de eficacia en el Tablero de Control 2014; incumpliendo con el numeral 8.2.3 de la norma NTCGP1000:2009”.

- 3.5. En caso de que la fuente de la no conformidad sea:
 - **Auditoría Interna SIGE**, la redacción debe ser transcrita del informe de auditoría e iniciar con el código del hallazgo asignado para éste.
 - **Auditoría Externa (Calidad, Ambiental, SST, SGSI)**: la redacción de la no conformidad debe ser transcrita del informe de auditoría externa.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN	P2.MI	18/02/2019
	PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS	Versión 5	Página 2 de 14

- **Salida No Conforme:** la redacción debe iniciar con las iniciales (SNC) y el número asignado por el aplicativo Isolucion seguido por la descripción de la no conformidad de la Salida No Conforme de la cual se deriva la acción correctiva.
- 3.6. Una vez registrada la no conformidad en el aplicativo debe enviarse de manera inmediata un correo solicitando evaluación intermedia al responsable de esta actividad.
 - 3.7. El tiempo para realizar la evaluación intermedia de la no conformidad por parte del responsable de la actividad, es máximo dos (2) días hábiles desde que éste recibe el correo electrónico por parte del solicitante.
 - 3.8. Para realizar el análisis de causas y elaborar el plan de acción de las no conformidades derivadas de:
 - **Auditoría Interna SIGE,** se contará con veinte (20) días hábiles una vez recibido el informe final de auditoría de la Oficina de Control Interno
 - **Auditoría Externa (Calidad, Ambiental, SST, SGSI):** El plazo será el definido por el ente certificador, en cualquier caso, no podrá superar veinte (20) días hábiles una vez recibido el informe final.
 - **Otras fuentes diferentes a auditorías,** se contará con quince (15) días hábiles, una vez se registre la no conformidad en el aplicativo Isolucion.
 - 3.9. Para cada no conformidad producto de una *Auditoría Interna o externa SIGE*, se debe generar una Acción Correctiva.
 - 3.10. Si una vez realizado el análisis de causas de una no conformidad detectada en la regional mediante *Auditoría Interna SIGE*, se determina que la competencia para formular e implementar la acción correctiva es del líder o responsable de proceso en la Sede de la Dirección General, la Dirección Regional deberá concertar la generación de la acción correctiva en Isolucion y el registro del Plan de Acción previamente con la Dependencia que lidera o es responsable del proceso.
 - 3.11. 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 los hallazgos o conclusiones de estas evaluaciones.
 - 3.12. Los líderes o responsables de proceso deben 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 monitoreo a través de los resultados de los indicadores.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN	P2.MI	18/02/2019
	PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS	Versión 5	Página 3 de 14

Para la evaluación de la eficacia de las actividades de la Acción Correctiva “Plan de Acción”:

- 3.13. El tiempo para realizar la evaluación de la eficacia de la no conformidad por parte del solicitante, es máximo cinco (5) días hábiles desde que éste recibe el correo electrónico para tramitar la acción.
- 3.14. Si el resultado de la evaluación de la eficacia del plan de acción es “no eficaz” el solicitante de la acción correctiva debe indicar al responsable de la gestión (Solicitado a) cuales fueron las falencias o debilidades del plan que generaron este resultado.
- 3.15. Si el proceso responsable de gestionar la acción correctiva determina durante el desarrollo de las actividades que el plan de acción no cumple con eliminar la causa raíz identificada o que la causa raíz tratada no es la causa real de la no conformidad, podrá solicitar mediante correo electrónico la evaluación del plan de acción como “no eficaz” y la viabilidad de la reformulación de la acción correctiva al proceso que generó la no conformidad.

Para la reformulación de la Acción Correctiva “Plan de Acción”:

- 3.16. La reformulación de la Acción Correctiva (Plan de Acción) se podrá realizar máximo dos (2) veces.
- 3.17. Cuando el solicitante de la no conformidad otorgue la viabilidad para reformular el plan de acción en el aplicativo, debe enviar de manera inmediata un correo solicitando la reformulación al responsable de gestionar la acción correctiva.
- 3.18. El responsable de generar la reformulación del plan de acción tendrá cinco (5) días hábiles para registrar las nuevas actividades en el aplicativo Isolucion, contados a partir de la fecha de evaluación como “no eficaz” de dicha acción.
- 3.19. Para la reformulación de la acción correctiva “Plan de Acción” se debe analizar nuevamente las causas por las cuales se presentó la no conformidad

Para el seguimiento de las acciones correctivas del Proceso:

- 3.20. El seguimiento del estado de las acciones correctivas (abiertas, abiertas sin gestión, vencidas y cerradas) se debe realizar mensualmente con el fin de generar alertas y tomar acciones para garantizar el cumplimiento y cierre eficaz de éstas; la responsabilidad de dicho seguimiento será de los referentes SIGE e ingeniero de sistemas en regionales y promotores EPICO en la Sede de la Dirección General.
- 3.21. Cada proceso al realizar el seguimiento de la gestión de las acciones correctivas debe analizar el tipo de fuente más frecuente por el que las no conformidades se están

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS	P2.MI	18/02/2019
		Versión 5	Página 4 de 14

presentando en su gestión en el nivel de la Sede Nacional, Regional y Centro Zonal, con el fin de generar acciones macro que eliminen en el instituto la causa raíz de la no conformidad.

- 3.22. Cada proceso debe analizar semestralmente el comportamiento de sus Acciones Correctivas tanto a nivel de sede como regionales, generar un informe de seguimiento al estado de las mismas. Para la Revisión por la Dirección se consolidará y presentará un análisis general.

4. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:

No	Actividad	Descripción	Responsable	Registro
		Inicio		
1	Identificar la no conformidad	Identificar, revisar y analizar la no conformidad que se presenta en el proceso. Nota 1: Todos los colaboradores del ICBF pueden identificar no conformidades, las cuales deben ser reportadas a los líderes o responsables de su proceso, el cual revisará la pertinencia de la no conformidad y su respectivo registro a cualquier proceso del Instituto	Director o Jefe de Oficina en Sede / Director Regional o Coordinador de Grupo y colaboradores del ICBF	Informes Actas Correos electrónicos
2	Definir y redactar la no conformidad	La redacción de la no conformidad debe ser acorde con las políticas de operación 3.4 y 3.5 Posteriormente, se deberá entregar el proyecto de la redacción de la descripción de la no conformidad al Director o Jefe de Oficina en Sede / Director, Coordinador de Grupo en Regional / Coordinador Centro Zonal, para que este la registre en el aplicativo Isolucion. Nota 1: Para la formulación y redacción de la no conformidad se cuenta con el apoyo del Profesional designado por el Director o Jefe de Oficina en Sede con el Rol de Promotor Épico o en la Regional y Centro Zonal con el profesional del Grupo de Planeación y Sistemas con Rol de Referente de Calidad.	Profesional designado por el Director o Jefe de Oficina en Sede / Profesional designado por el Coordinador de Grupo en Regional o el Coordinador de Centro Zonal	Correo electrónico con el proyecto de la no conformidad
3	Registrar la No Conformidad	Ingresa al Módulo de <i>Mejora</i> , opción <i>Acción Correctiva</i> del aplicativo Isolucion, registrar la no conformidad identificada en el proceso conforme a lo estipulado en el <i>PU1.MI Paso a paso Modulo de Mejora Isolucion</i> . Una vez la no conformidad se registre en el aplicativo, se debe informar de manera inmediata, mediante correo electrónico al profesional designado (referentes SIGE en regionales o colaboradores de la Subdirección de Mejoramiento en la Sede) para realizar la evaluación intermedia. Nota 1: Los responsables están descritos de acuerdo con el nivel de autoridad establecido en el <i>Anexo 1</i>	Director o Jefe de Oficina en Sede / Director, Coordinador de Grupo en Regional / Coordinador Centro Zonal (Solicitante)	Registro de la No Conformidad en Isolucion

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN	P2.MI	18/02/2019
		Versión 5	Página 5 de 14

No	Actividad	Descripción	Responsable	Registro
		<i>responsables para la Generación de No Conformidades según las fuentes</i>		
4 P.C	Realizar evaluación intermedia	Verificar que la no conformidad cumpla con las políticas de operación 3.4 y 3.5, y que la información registrada en el aplicativo es acorde con la descripción de los hechos, es decir, que: - El proceso seleccionado es en el que se presenta el resultado no conforme. - El responsable seleccionado para tratar la no conformidad es quién tiene la autoridad para hacerlo. Si cumple con los requisitos, se aprueba la No Conformidad, lo cual permite que el aplicativo Isolucion genere el consecutivo de la Acción Correctiva, adicionalmente, se debe informar de manera inmediata mediante correo electrónico al solicitante de la No Conformidad, que ya se realizó la evaluación intermedia, continuar con la actividad No. 5. En caso contrario, se descarta la No Conformidad mediante el aplicativo, el cual genera una notificación al solicitante para que éste la cree nuevamente, teniendo en cuenta las observaciones realizadas por el responsable de esta actividad, continuar con la actividad No. 3. Igualmente, se debe enviar correo electrónico al solicitante para que la genere nuevamente. Nota 1: Para realizar la evaluación intermedia se debe tener en cuenta lo estipulado en el <i>PU1.MI Paso a paso Modulo de Mejora Isolucion</i>. Nota 2: Una vez el solicitante reciba la notificación de aprobación de la No Conformidad, deberá informar al responsable de tramitar la acción correctiva, con el fin de no afectar el tiempo estipulado en la política de operación 3.8.	Profesional Subdirección de Mejoramiento Organizacional / Profesional Grupo de Planeación y Sistemas de la Regional	Registro Evaluación intermedia en Isolucion
5	Evaluar la necesidad de realizar corrección	Se realiza análisis y de ser necesario se determinan las acciones para corregir inmediatamente la no conformidad evitando que el flujo normal del proceso se altere. En caso de que no se requiera corrección, se debe registrar <i>No Aplica Corrección</i> en el campo <i>Corrección</i> del aplicativo Isolucion. Nota 1: Para registrar la corrección en el aplicativo se debe tener en cuenta lo estipulado en el <i>PU1.MI Paso a paso Modulo de Mejora Isolucion</i>.	Profesional designado por el Director o Jefe de Oficina en Sede / Director o Coordinador de Grupo en Regional / Coordinador de Centro Zonal	Registro en Isolucion Modulo de Mejoramiento
6	Realizar análisis de causas	Revisar y analizar la no conformidad para determinar sus causas. Si la no conformidad se identificó en uno de los procesos de la Sede de la Dirección General, se debe analizar si	Profesional designado por el Director o Jefe de Oficina en Sede /	F1.G1.MI Análisis de Causas

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS	P2.MI	18/02/2019
		Versión 5	Página 6 de 14

No	Actividad	Descripción	Responsable	Registro
		ésta se está presentado en el nivel regional o zonal con el fin de determinar la mayor cantidad de causas posibles según se indica en la política de operación 3.20. Posteriormente, se debe relacionar las causas identificadas en el formato <i>Análisis de Causas</i> y registrar las causas principales resultantes del ejercicio en el campo <i>Posibles Causas</i> del aplicativo Isolucion. Nota 1: Para cargar el documento análisis de causas y registrar las causas principales en el aplicativo se debe tener en cuenta lo estipulado en el <i>PU1.MI Paso a paso Modulo de Mejora Isolucion</i>. Nota 2: Para esta actividad se debe tener en cuenta la <i>Guía para la identificación de causas</i>. Nota 3: El análisis realizado debe documentarse en el formato <i>Análisis de Causas</i> y cargarse como evidencia en el aplicativo Isolucion. Nota 4: El análisis de causas debe realizarlo el o los profesionales designados por el líder o responsable del proceso en el nivel Sede, Regional y Centro Zonal. - En el nivel sede, esta actividad debe realizarse en conjunto con el Promotor Épico. - En el nivel regional y zonal, esta actividad se deberá realizar en conjunto con el o los Referente(s) (Calidad, Ambiental, SST, SGSI según la naturaleza de la no conformidad). En los casos que sea necesario podrán solicitar el apoyo del Profesional de la Subdirección de Mejoramiento Organizacional. Una vez se cuenta con la información registrada, el profesional designado por el Director o Jefe de Oficina / Director Regional o Coordinador de Grupo debe citar a reunión a los colaboradores (parte interesada) que se encuentran involucrados o tienen incidencia en la no conformidad con el fin de elaborar y definir en consenso el plan de acción.	Director o Coordinador de Grupo en Regional / Coordinador de Centro Zonal	Registro del Análisis de Causas en Isolucion Módulo de Mejoramiento Correo electrónico
7	Definir Plan de Acción	Proponer Acción Correctiva (Plan de Acción): Determinar las acciones apropiadas que permitan eliminar la causa raíz de la no conformidad identificada o prevenir que esta vuelva a ocurrir. Adicionalmente, se debe evaluar si las acciones propuestas pueden generar riesgos o impactos en el Instituto.	Profesional designado por el Director o Jefe de Oficina en Sede / Director o Coordinador de Grupo en	Registro en Isolucion Modulo de Mejoramiento

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN	P2.MI	18/02/2019
		Versión 5	Página 7 de 14

No	Actividad	Descripción	Responsable	Registro
		- Antes de registrar el plan de acción en el aplicativo Isolucion se debe definir la fecha prevista de cierre, la cual debe tener en cuenta las fases de gestión de cada una de las actividades propuestas y la evaluación de la eficacia por parte del solicitante de la acción correctiva conforme a las políticas de operación 3.8 y 3.13 (en el caso de que se esté reformulando el plan de acción). - Registrar las acciones planteadas en el aplicativo Isolucion, teniendo en cuenta lo estipulado en el <i>PU1.MI Paso a paso Modulo de Mejora Isolucion</i>. Nota 1: 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. Nota 2: No se puede asignar como responsable de una actividad del plan a una persona que no haya sido consultada o que haya participado en su formulación. Nota 3: Este ejercicio debe ser acompañado por los Referentes (Calidad, Ambiental, SST, SGSI según la naturaleza de la no conformidad) o Promotores EPICOS y en caso de ser necesario por el profesional de la Subdirección de Mejoramiento Organizacional.	Regional / Coordinador de Centro Zonal	
8	Gestionar las acciones	<u>Implementar Corrección y Acción Correctiva (Plan de Acción):</u> - Ejecutar cada una de las actividades planteadas como Corrección y Acción Correctiva de acuerdo con las fechas programadas. - Registrar el tratamiento en el aplicativo Isolucion y relacionar las respectivas evidencias y/o soportes. Nota 1: Para gestionar las actividades y reportar las evidencias en el aplicativo se debe tener en cuenta lo estipulado en el <i>PU1.MI Paso a paso Modulo de Mejora Isolucion</i>. Nota 2: Una vez se registre el tratamiento y se carguen las evidencias, se debe informar mediante correo electrónico al responsable de evaluar la eficacia de la acción, continuar con la actividad No. 9	Profesionales designados como responsables en el plan de acción	Registro en Isolucion Modulo de Mejoramiento
9 P.C	Verificar cumplimiento del plan de acción	Verificar el cumplimiento de cada una de las actividades estipuladas en el plan de acción, para lo cual se debe: Revisar las evidencias cargadas para cada una de las acciones implementadas.	Director o Jefe de Oficina en Sede / Director Regional o Coordinador de Grupo y	Registro en Isolucion Modulo de Mejoramiento

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN	P2.MI	18/02/2019
		Versión 5	Página 8 de 14

No	Actividad	Descripción	Responsable	Registro
		- Verificar si el plan de acción realizado elimina la causa raíz de la no conformidad identificada en proceso. Si la verificación da como resultado que la acción correctiva fue: - No eficaz, se debe solicitar reformular el análisis de causas y el plan de acción, e informar mediante correo electrónico al responsable de tramitarla, con el fin de proceder con la gestión de la Acción Correctiva, volver a la actividad No. 5. - Eficaz, se debe evaluar el plan de acción como Eficaz e indicar que se no se requiere Reformular en el aplicativo Isolucion y continuar con la actividad No. 10 Nota 1: Este ejercicio debe ser acompañado por los Referentes (Calidad, Ambiental, SST, SGSI según la naturaleza de la no conformidad) o Promotores EPICOS y en caso de ser necesario profesional de la Subdirección de Mejoramiento Organizacional. Nota 2: La evaluación de la eficacia del plan de acción se hace una vez éste se haya ejecutado por completo. Nota 3: Para evaluar la eficacia de las acciones en el aplicativo se debe tener en cuenta lo estipulado en el <i>PU1.MI Paso a paso Modulo de Mejora Isolucion</i> Nota 4: El ejercicio de la reformulación de la acción correctiva debe cumplir con las políticas 3.15, 3.16, 3.17 y 3.18 de este procedimiento.	colaboradores del ICBF (Solicitante)	
10	Cerrar la Acción Correctiva	De acuerdo con el resultado de la verificación se debe generar el cierre de la Acción Correctiva, seleccionado la opción de <i>Cierre</i> en el aplicativo Isolucion. Nota 1: Para realizar el cierre de la acción correctiva en el aplicativo se debe tener en cuenta lo estipulado en el <i>PU1.MI Paso a paso Modulo de Mejora Isolucion</i>	Director o Jefe de Oficina en Sede / Director Regional o Coordinador de Grupo y colaboradores del ICBF (Solicitante)	Registro en Isolucion Modulo de Mejoramiento
		Fin		

P.C: Punto de Control

5. RESULTADO FINAL:

Acción correctiva cerrada eficazmente y registrada en el aplicativo Isolucion con la cual se eliminó la causa raíz de la no conformidad detectada.

6. DEFINICIONES:

- Acción Correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad u otra situación no deseable y evitar o prevenir que vuelva a ocurrir.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN	P2.MI	18/02/2019
	PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS	Versión 5	Página 9 de 14

- **Calidad:** Grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos.
- **Conformidad:** Cumplimiento de un requisito.
- **No Conformidad:** Incumplimiento de un requisito.
- **Corrección:** Acción inmediata tomada para eliminar una no conformidad detectada.
- **Eficacia:** Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.
Nota 1: La eficacia debe contribuir en la mejora de indicadores, inclusión o ajuste a algún procedimiento, reducción de tiempos o ahorro de recursos.
- **Grupo de Evaluación Intermedia:** Hace referencia a los Profesionales de la Subdirección de Mejoramiento Organizacional (Enlace de los Procesos) y Referentes de Calidad de las Regionales que se encargan de verificar y aprobar la *descripción de los hechos* de las Acciones de Mejora.
- **Líder de Proceso:** Se denomina líder de proceso a los directores y jefe de oficina del nivel nacional, responsables de la correcta ejecución de los procesos a su cargo y de administrar el mejoramiento continuo a través de la implementación y sostenibilidad del Sistema Integrado de Gestión.
- **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).
- **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.
- **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.
- **Reformular:** Definir una(s) nueva(s) acción(es) para resolver las causas del hallazgo, de manera que sustituya la(s) inicialmente prevista(s), basado en un nuevo análisis de causas y plan de acción.
- **Requisito:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN	P2.MI	18/02/2019
	PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS	Versión 5	Página 10 de 14

Nota: Un requisito especificado es aquel que se declara generalmente en documentos. Los requisitos para el ICBF están establecidos en la Constitución Política de Colombia, Leyes, Decretos, Sentencias, Resoluciones, Lineamientos, Manuales, Procedimientos, Guías, Instructivos.

- **Requisito de la Calidad:** Requisito relativo a la calidad.
- **Requisitos legales y otros requisitos:** Requisitos legales que una organización debe cumplir toda vez que lo especifica un organismo legislativo; los otros requisitos son los que una organización decide cumplir.

Nota: El “debe” es sinónimo de obligatoriedad.

- **Requisito Reglamentario:** Requisito obligatorio especificado por una autoridad que recibe el mandato de un órgano legislativo
- **Responsable de Proceso:** Directores, Subdirectores y Jefes de Oficina 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.
- **Revisión:** Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, la adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.

7. DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

- NTC-ISO 27001: 2013
- NTC-ISO 9001:2015
- NTC-ISO 14001: 2015
- OHSAS 18001: 2007
- Procedimiento Auditorías Internas SIGE
- Procedimiento de Evaluación casos específicos
- Procedimiento Elaboración y control de documentos.
- Manual de usuario por módulos Isolucion
- Paso a paso Modulo Mejora Isolucion
- Guía para la Identificación de Causas

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS	P2.MI	18/02/2019
		Versión 5	Página 11 de 14

8. RELACIÓN DE FORMATOS

CODIGO	NOMBRE DEL FORMATO
F1.G1.MI	Formato Análisis 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 externas ambiental	Directores de área y Jefe de Oficina	NA	NA
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 otros requisitos.	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

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS	P2.MI	18/02/2019
		Versión 5	Página 12 de 14

Fuente	Sede de la Dirección General	Regional	Centro Zonal
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
Salidas 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
Visitas de acompañamiento o inspección de Seguridad de la Información	Directores de área y Jefe de Oficina	Director Regional / Coordinador de grupo	Coordinador de Centro Zonal

10.CONTROL DE CAMBIOS:

Fecha	Versión	Descripción del Cambio
28/03/2018	V4	Se incluye la Política de Operación: 3.13 y 3.17 Se ajusta la Política de Operación: 3.10 Se actualizó la descripción de la actividad No. 1, 2, 3, 5 y 6 Se incluye como referencia el documento <i>PU1.MI Paso a paso Modulo de Mejora Isolucion</i> en la nota 1 de las actividades 2, 3, 4, 7 y 9; la nota 3 en la actividad 8.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN	P2.MI	18/02/2019
	PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS	Versión 5	Página 13 de 14

Fecha	Versión	Descripción del Cambio
		Se ajustó la definición de <i>Eficacia</i> conforme a la correlación de las definiciones de las NTC ISO – OHSAS. Se agregaron las definiciones de: Calidad, Requisito de Calidad, Requisitos legales y otros requisitos, y requisitos reglamentarios. Se ajustó en el Anexo 1, el nombre de la fuente de <i>Requisitos legales y reglamentarios</i> por <i>Requisitos legales y otros requisitos</i> y se incluyó la fuente “<i>Visitas de acompañamiento o inspección de Seguridad de la Información</i>”. Se actualizaron los responsables de las actividades teniendo en cuenta que se deben relacionar el cargo o denominación del mismo según las directrices dadas por la SMO referente a cargas de trabajo. Se ajusta el nombre del F1.G1.MI de <i>Identificación de causas</i> a <i>Análisis de Causas</i>.
16/02/2018	V3	Se incluye la Política de Operación: 3.3 Se ajusta la Política de Operación: 3.6, 3.7, 3.14, 3.15, 3.16, 3.18 Se actualizó la descripción de la actividad No. 1, 2, 3, 8 Se actualizó el responsable de la actividad No. 1, se deja únicamente al Representante de la Dirección ante el SIGE y Líderes o Responsables Procesos Se incluye como responsable al Representante de la Dirección ante el SIGE en las actividades No. 2, 8 y 9
02/01/2017	V2	De acuerdo con el Plan de Transición de la NTC ISO 9001 y 14001 versión 2015 se realizan los siguientes cambios en el contenido del procedimiento: • Se modifica el objetivo y el alcance. • Se modificaron las políticas de operación. • Se modificó la descripción de las actividades del procedimiento, se incluyeron los controles para conocer cuándo se genera una no conformidad y se tramita una la acción correctiva. • Se eliminaron las actividades No. 2, 11, 12 y 13 • Se modificaron las definiciones y se actualizaron los documentos de referencia.
03/11/2016	V1	Se actualiza en documentos de referencia y donde se relacionaba en el contenido del procedimiento, el I 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 ✓ 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 las actividades se complementa la información
		Se incluye el anexo Responsables para la Generación de no conformidades y se completa con la fuente Se actualiza listados de las fuentes para la generación de no conformidades en el aplicativo ISOLUCION

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS	P2.MI	18/02/2019
		Versión 5	Página 14 de 14

PÚBLICA

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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