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

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:

- ***Auditoria 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.

- ***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 al respectivo responsable la evaluación intermedia.

PÚBLICA

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:

- ***Auditoria 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 registrada 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. Para las no conformidades detectadas mediante *Auditoría Interna SIGE* en las regionales, si una vez realizado el análisis de causas, se determina que la competencia para formular e implementar la acción correctiva es del líder o responsable de proceso de la Sede de la Dirección General, la Dirección Regional deberá concertar previamente con la Dependencia que lidera o es responsable del proceso, la generación de la acción correctiva en Isolucion y posterior registro del Plan de Acción.

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 de procesos 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.

3.13. La reformulación de la Acción Correctiva (Plan de Acción) se podrá realizar máximo dos (2) veces.

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 la eliminación eficaz de la causa raíz identificada o que la causa raíz tratada no es la causa real de la no conformidad, podrá solicitar mediante correo electrónico al proceso que generó la no conformidad, la evaluación del plan de acción como no eficaz y a partir de allí, proceder con la reformulación de la acción correctiva.

PÚBLICA

3.16. 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 de no eficaz de dicha acción

3.17. 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.

3.18. 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	Detectar la no conformidad que se presenta en algún 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 determinará la pertinencia de la no conformidad y su respectivo registro a cualquier proceso del Instituto	Representante de la Dirección ante el SIGE Líderes o Responsables Procesos	Informes Actas Correos electrónicos
2	Registrar la No Conformidad	Ingresar al Módulo de *Mejoramiento,* opción *Acción Correctiva* del aplicativo Isolucion, registrar la no conformidad identificada en los procesos, seleccionando en la opción *solicitado a,* al Líder o Responsable del proceso según corresponda. La redacción de la no conformidad debe ser acorde con las políticas de operación 3.4 y 3.5 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. **Nota1:** Para la formulación y redacción de la no conformidad se cuenta con el apoyo del Referente de Calidad en las regionales y Promotor Épico en la Sede de la Dirección General.	Representante de la Dirección ante el SIGE Líder o Responsable de proceso en Sede de la Dirección General o Regional (Solicitante)	Registro de la No Conformidad en Isolucion
3 P.C	Realizar evaluación intermedia	Verificar que la no conformidad cumple 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:	Profesional Subdirección de Mejoramiento	Registro Evaluación intermedia en Isolucion

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

PÚBLICA

No	Actividad	Descripción	Responsable	Registro
		• 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. 4. **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. 2. Igualmente, se debe enviar correo electrónico al solicitante para que la genere nuevamente. **Nota 1**: 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.	Organizacional Sede de la Dirección General Referentes de Calidad en Regional	
4	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 requiere corrección, se debe registrar *No Aplica Corrección* en el campo *Corrección* del aplicativo Isolucion.	Líder o Responsable de proceso en Sede de la Dirección General o Regional (Solicitado a)	Registro en Isolucion Modulo de Mejoramiento
5	Realizar análisis de causas	Revisar y analizar la no conformidad para determinar sus causas y si se está presentado en alguna otra parte del Instituto (tres niveles de la entidad). Posteriormente, registrar las causas identificadas y relacionadas en el formato *Análisis de Causas* en el campo *Posibles Causas* del aplicativo Isolucion. **Nota 1:** Para esta actividad se debe tener en cuenta la *Guía para la identificación de causas.* **Nota 2:** El análisis realizado debe documentarse en el formato *Análisis de Causas* y cargarse como evidencia en el aplicativo Isolucion. **Nota 3:** El análisis de causas debe realizarlo el o los profesionales designados por el líder o responsable del proceso en conjunto con los Referentes (Calidad, Ambiental, SST, SGSI) o Promotores Épicos y en los	Líder o Responsable de proceso en Sede de la Dirección General o Regional (Solicitado a)	Registro (cargue) Análisis de Causas en Isolucion Módulo de Mejoramiento

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

No	Actividad	Descripción	Responsable	Registro
		casos que sea necesario el apoyo del profesional de la Subdirección de Mejoramiento Organizacional.		
6	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 los procesos y la organización. • Registrar las acciones planteadas en el aplicativo Isolucion. **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.	Líder, Responsable del proceso y colaboradores del ICBF	Registro en Isolucion Modulo de Mejoramiento
7	Gestionar las acciones	**Implementar Corrección y Acción Correctiva (Plan de Acción):** • Ejecutar cada una de las actividades planteadas como Corrección y Acción Correctiva de acuerdo con las fechas programadas. • Registrar el tratamiento en el aplicativo Isolución y relacionar las respectivas evidencias y/o soportes. **Nota 1:** 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. 8	Líder, responsable del Proceso y colaboradores del ICBF	Registro en Isolucion Modulo de Mejoramiento
8 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. • 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 solicita reformular el análisis de causas y el plan de acción, e informar mediante correo	Representante de la Dirección ante el SIGE Líder o Responsable de proceso en Sede de la Dirección General o Regional	Registro en Isolucion Modulo de Mejoramiento

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

PÚBLICA

No	Actividad	Descripción	Responsable	Registro
		electrónico al responsable de tramitarla, con el fin de proceder con la gestión de la Acción Correctiva, volver a la actividad No. 4. • 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. 9 **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:** El ejercicio de la reformulación de la acción correctiva debe cumplir con las políticas 3.13 y 3.14 de este procedimiento.	(Solicitante)	
9	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 *Cierre* en el aplicativo Isolucion.	Representante de la Dirección ante el SIGE Líder o Responsable de proceso en Sede de la Dirección General o Regional (Solicitante)	Registro en Isolucion Modulo de Mejoramiento
		Fin		

P.C: Punto de Control

5. RESULTADO FINAL:

Acciones correctivas cerradas eficazmente y registradas en el aplicativo Isolucion con las cuales se eliminaron las causas raíz de la no conformidad detectada

6. DEFINICIONES:

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

- **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. 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, Procedimientos, Guías, Instructivos.

- **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:

- NTCGP 1000: 2009
- NTC-ISO 27001: 2013
- NTC-ISO 9001:2015
- NTC-ISO 14001: 2015
- OHSAS 18001: 2007

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

PÚBLICA

- 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 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

Fuente	Sede de la Dirección General	Regional	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
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

10. CONTROL DE CAMBIOS:

Fecha	Versión	Descripción del Cambio
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 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 ✓ 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

PÚBLICA