 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN	P2.MI	05/09/2023
	PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS	Versión 10	Página 1 de 21

1. OBJETIVO:

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

2. ALCANCE:

Aplica para todos los procesos del Instituto en sus diferentes niveles: Nacional, Regional y Zonal. Inicia con la identificación de la No Conformidad - **NC** y finaliza con la revisión, evaluación de la eficacia del plan de acción y el cierre de la Acción Correctiva - **AC**.


3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Para la identificación de no conformidades y la formulación de Acciones Correctivas:

- 3.1. Para la gestión de las Acciones Correctivas, se emplea el aplicativo Suite Visión Empresarial - **SVE**.
- 3.2. Los responsables del registro de las Acciones Correctivas se encuentran estipulados en el *Anexo No. 1. Responsables para el Registro de las Acciones Correctivas según las fuentes*.
- 3.3. El Representante de la Dirección ante el Sistema Integrado de Gestión - **SIGE** (Director de Planeación y Control de Gestión) puede identificar no conformidades en cada proceso y registrarlas en el aplicativo de acuerdo con su pertinencia.
- 3.4. Cuando se registre una AC producto de un ejercicio de evaluación independiente (Auditoría Interna SIGE, Evaluación de Casos Específicos o Informe de Normas Internas y Externas) se deberá seleccionar en el campo “Flujo de Mejoramiento” en el aplicativo SVE la opción Acciones Correctivas Evaluación Independiente, en caso contrario, seleccionar Acciones Correctivas.
- 3.5. La redacción de los hechos que describen la NC debe contener los siguientes elementos:
 - Situación en la cual se identifica la NC.
 - Evidencia de la no conformidad.
 - Requisito que se incumple.

Ejemplo: *Uso de documentación no controlada por parte de la Dirección de Planeación y Control de Gestión, que se evidencia en la remisión a las regionales del formato “Matriz de Riesgos” el cual no se encontraba publicado en el espacio de la página web del proceso de Mejora e Innovación; incumpliendo con el numeral 7.5.2 de la norma NTC ISO9001:2015.*

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

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN	P2.MI	05/09/2023
	PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS	Versión 10	Página 2 de 21

3.6. Cuando se registra una AC en el aplicativo es necesario definir el nombre de la mejora, el cual debe indicar lo siguiente dependiendo de la fuente:

- Para acciones identificadas a partir de ejercicios de evaluación independiente: **Auditoría Interna SIGE, Evaluaciones de Casos Específicos e Informes de Norma Interna y Externa**, se debe indicar el código del hallazgo asignado en el informe final de auditoría.
- Para acciones derivadas de **Salidas No Conformes** se debe registrar el código asignado por el aplicativo a la Salida No Conforme correspondiente.
- Para acciones producto de hallazgos de **Auditoría Externa** se debe registrar el nombre de la mejora con la siguiente estructura (sin dejar espacios entre los guiones):

AE-Sigla del Eje Correspondiente-Vigencia-NC-Consecutivo del Hallazgo

Ejemplo: AE-SST-2022-NC-01

Nota: Las siglas de los ejes serán: **C** para calidad, **A** para ambiental, **SI** para seguridad de la información y **SST** para seguridad y salud en el trabajo.

- Para las acciones identificadas a través de otras fuentes, el nombre de la mejora debe contener los siguientes elementos separados únicamente por un guion:
 - Sigla del proceso (de acuerdo con el P1.MI Procedimiento de Elaboración y Control de Documentos) en el cual se está identificando la no conformidad.
 - Nombre completo del Área Organizativa encargada de la gestión de la AC (dependencia solicitada a).
 - Breve descripción del tema de la No conformidad.
 - Fecha de registro (mes-tres primeras letras) y año).

Ejemplo:


Descripción: Uso de documentación no controlada por parte de la Dirección de Planeación y Control de Gestión, que se evidencia en la remisión a las regionales del formato “Matriz de Riesgos” el cual no se encontraba publicado en el espacio de la página web del proceso de Mejora e Innovación; incumpliendo con el numeral 7.5.2 de la norma NTC ISO9001:2015.

Nombre de la Mejora: MI-Dirección de Planeación y Control de Gestión-Use de documentación no controlada-Feb2022

3.7. En caso de que la fuente de la no conformidad sea:

- **Auditoría Interna SIGE, Evaluación de Casos Específicos e Informes de Norma Interna y Externa:** la redacción de la descripción de la AC debe ser transcrita del informe de auditoría.

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN	P2.MI	05/09/2023
	PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS	Versión 10	Página 3 de 21

- **Auditoría Externa (Calidad, Ambiental, SST, SGSI):** la redacción de la NC debe ser transcrita del informe de auditoría externa.
- **Salida No Conforme:** la redacción corresponde con la descripción de la SNC de la cual se deriva la AC. Esta fuente aplica únicamente para salidas no conformes registradas previamente en el aplicativo.

Cuando la descripción de un hallazgo producto de Auditoría Interna SIGE, Auditoría Externa, Evaluación de Casos Específicos o Informes de Norma Interna y Externa supere el número de caracteres permitidos en el aplicativo, se debe transcribir del informe la redacción hasta donde el aplicativo permita, seguido de puntos suspensivos y el detalle del hallazgo, asegurándose que el responsable de gestionar la acción conozca este detalle.

Ejemplo:


XXXX... El detalle del hallazgo se encuentra en el informe de auditoría XXXX de fecha XXXX.

- 3.8. Por regla general para cada NC producto de las Auditorías Internas SIGE, Auditorías Externas, Evaluaciones de Casos Específicos e Informes de Norma Interna y Externa se debe generar una AC; es decir, la relación entre NC y AC es uno a uno (*ejemplo: si el informe de auditoría contiene 50 No Conformidades, se deben abrir 50 Acciones Correctivas en el aplicativo*).
- 3.9. Una vez remitido el informe final de auditoría interna SIGE, evaluación de casos específicos e informes de norma interna y externa, el responsable tendrá máximo cinco (5) días hábiles siguientes a la comunicación del informe final para registrar las no conformidades que correspondan en el aplicativo y notificar a la Oficina de Control Interno relacionando los códigos (generados por el aplicativo) de las mismas.
- 3.10. Las acciones correctivas producto de No Conformidades detectadas en ejercicios de evaluación independiente (Auditoría Interna SIGE, Evaluación de Casos Específicos e Informes de Norma Interna y Externa) deben ser registradas por el líder o responsable del proceso en el cual se ha identificado el incumplimiento tanto a nivel regional como en la Sede de la Dirección General - **SDG** de acuerdo con el alcance de la auditoría. Ver Anexo 1.

Ejemplo: *El uso de documentos obsoletos identificado en la Dirección de Primera Infancia es un incumplimiento al procedimiento P1.MI Elaboración y Control de Documentos del Proceso Mejora e Innovación, por lo que la Acción Correctiva la debe generar el líder o responsable del Proceso Mejora e Innovación al Director de Primera Infancia.*

Para Auditorías Externas, las No Conformidades deben ser registradas por los líderes de los ejes del SIGE en la Sede de la Dirección General, en el marco del proceso en el cual se identifica la no conformidad, así:

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN	P2.MI	05/09/2023
	PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS	Versión 10	Página 4 de 21

Calidad: Subdirector de Mejoramiento Organizacional

Ambiental: Director Administrativo

Seguridad y Salud en el Trabajo: Director de Gestión Humana

Seguridad de la Información: Director de Información y Tecnología

Para No Conformidades identificadas por colaboradores, éstas deben ser remitidas al líder o responsable del proceso, quien evaluará y definirá su registro, únicamente en el marco de su proceso y nivel de su competencia. En caso contrario las remitirá al líder o responsable del proceso o nivel correspondiente.

- 3.11. Los líderes o responsables de proceso únicamente podrán registrar Acciones Correctivas en el marco de sus procesos y responsabilidades.

***Ejemplo:** Un Coordinador de Centro Zonal cuando identifique un incumplimiento en un Centro Zonal diferente al suyo, deberá informar al responsable (Coordinador del Centro Zonal en el que identifico la No Conformidad o Director Regional) para que analice la situación y proceda con las acciones correctivas que apliquen.*


De igual manera en la Sede de la Dirección General el líder o responsable de un proceso no deberá generar acciones en el marco de procesos diferentes al suyo.

- 3.12. El tiempo para realizar la evaluación intermedia de la AC es de máximo cinco (5) días calendario desde que se recibe el correo electrónico por parte del solicitante.

- 3.13. Para realizar el análisis de causas y elaborar el plan de acción de las no conformidades derivadas de:

- **Auditoría Interna SIGE, Evaluación de Casos Específicos e Informes de Norma Interna y Externa**, se contará con cincuenta y cinco (55) días calendario una vez aprobada la evaluación intermedia de la no conformidad en el aplicativo que se distribuirá de la siguiente manera:
 - 20 días calendario para realizar análisis de causas, definir y registrar las actividades de corrección y plan de acción, por parte de los responsables.
 - 20 días calendario para que la Oficina de Control Interno revise el análisis de causas, la propuesta de plan de acción, y realice las observaciones sobre la coherencia **no conformidad-causa-acción**.
 - 15 días calendario para realizar los ajustes correspondientes, por parte de los responsables de acuerdo con las observaciones de la Oficina de Control Interno.
- **Auditoría Externa (Calidad, Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo, Seguridad de la Información)**: El plazo será el definido por el ente certificador, en caso de no ser definido será de veinticinco (25) días calendario una vez aprobada la evaluación intermedia

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN	P2.MI	05/09/2023
	PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS	Versión 10	Página 5 de 21

de la no conformidad, para realizar análisis de causas y registrar actividades de corrección y plan de acción.


- **Otras fuentes**, se contará con veinticinco (25) días calendario, una vez aprobada la evaluación intermedia de la no conformidad en el aplicativo, para realizar análisis de causas y registrar actividades de corrección y plan de acción.

- 3.14. Los colaboradores encargados como aprobadores de las tareas, tanto de la corrección como del plan de acción deben hacer parte del área organizativa encargada de la gestión de la AC y ser delegados por el líder de dicha área (solicitado a).
- 3.15. Si una vez realizado el análisis de causas de una NC detectada en la regional, se determina que la competencia para formular e implementar la AC es del líder o responsable de proceso en la Sede de la Dirección General, la regional deberá concertar previamente la generación de la AC y el registro del plan de acción con la dependencia que lidera o es responsable del proceso en la Sede de la Dirección General.
- 3.16. Cuando se realicen evaluaciones de casos específicos por parte de la Oficina de Control Interno, se debe identificar y registrar las no conformidades en el aplicativo, seleccionando como fuente "Evaluación de casos específicos".
- 3.17. Cuando se realicen Informes de Norma Interna y Externa por parte de la Oficina de Control Interno, se debe identificar y registrar las no conformidades en el aplicativo, seleccionando como fuente "Informes de Norma Interna y Externa".
- 3.18. Los líderes o responsables de proceso deben hacer seguimiento 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 del indicador de acciones de mejora.

Para la evaluación de la eficacia del plan de acción de una Acción Correctiva:

- 3.19. El tiempo para realizar la evaluación de la eficacia del plan de acción de la NC por parte del solicitante (autor de la acción), es máximo ocho (8) días calendario desde que éste recibe el correo electrónico para tramitar la acción.
- 3.20. Si el resultado de la verificación de la eficacia del plan de acción es "no eficaz" el solicitante de la AC podrá devolver el flujo de la acción (reformulación) de manera que puedan ser subsanadas, e informar mediante correo electrónico al líder del área organizativa responsable de la gestión (Solicitado a), teniendo en cuenta:
 - Cuando sea una AC producto de un ejercicio de evaluación independiente (Auditoría Interna SIGE, Evaluación de Casos Específicos o Informe de Normas Internas y Externas)

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

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN	P2.MI	05/09/2023
	PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS	Versión 10	Página 6 de 21

se deberá devolver hasta el paso “*Ajustar Análisis de Causas, Corrección y Plan de Acción*”.

- Cuando sea una AC diferente a ejercicios de evaluación independiente se deberá devolver al paso “Realizar Análisis de Causas, y Definir Actividades Corrección y Plan de Acción”.

Para la reformulación de la Acción Correctiva:

3.21. El responsable de gestionar la reformulación de una AC tendrá como plazo máximo los días estipulados en la política de operación 3.13 de este procedimiento para realizar el nuevo análisis de causas (si la gestión lo amerita) y registrar las nuevas actividades del plan de acción, lo anterior dependerá del análisis que se haga por parte del responsable frente a la evaluación de eficacia de la AC.

Para el seguimiento de las Acciones Correctivas del Proceso:

3.22. El seguimiento del estado de las acciones correctivas (abiertas y vencidas) 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.


3.23. Cada líder o responsable de proceso en la Sede de la Dirección General deberá analizar anualmente el comportamiento de sus AC tanto a nivel de sede como de regionales, producto de informes evaluación de casos específicos, informes de auditorías internas SIGE, informes de norma, entre otros, así como los seguimientos específicos realizados por la Oficina de Control Interno en donde se relacionan las recurrencias de AC evidenciadas (cuando aplique), con el fin de que estas sean consolidadas en temáticas para generar por lo menos un compromiso para cada una de las temáticas (en caso de tener más de tres solo se deberá generar compromiso(s) para las tres principales) en el marco de la Revisión por Dirección al SIGE con corte a Diciembre.

3.24. En caso de requerir la eliminación de una AC, la solicitud deberá ser hecha al Subdirector de Mejoramiento Organizacional con copia al administrador del aplicativo únicamente por quien la registro (solicitante), y ser validada por el enlace correspondiente de la Subdirección de Mejoramiento Organizacional. Esta solicitud solo podrá hacerse en los siguientes casos:

- Cuando se haya duplicado la AC (dos acciones con la misma descripción, o que apunten al mismo incumplimiento).
- Cuando el responsable del registro determine que la AC no procede.

3.25. En casos excepcionales podrá ajustarse la fecha del paso “gestionar actividades” y/o de actividades antes de su vencimiento, previa solicitud debidamente justificada por el líder o

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

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN	P2.MI	05/09/2023
	PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS	Versión 10	Página 7 de 21

responsable del proceso mediante correo electrónico dirigido al Subdirector de Mejoramiento Organizacional.

4. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:

No	Actividad	Descripción	Responsable	Registro
Inicio				
1	Identificar la No Conformidad	<p>Identificar, revisar y analizar la no conformidad que se presenta en el proceso.</p> <p>Nota: Todos los colaboradores del ICBF pueden identificar no conformidades, las cuales deben ser reportadas a los líderes o responsables del proceso, quienes deben analizar su pertinencia.</p>	<p>Director, Subdirector o Jefe de Oficina en SDG / Director Regional o Coordinador de Grupo en Regional / Coordinador de Centro Zonal</p>	<p>Informes o Acta de reunión o comité o Correos electrónicos</p>
2	Redactar la No Conformidad	<p>La redacción de los hechos que describe la no conformidad (Acción Correctiva) debe ser acorde con las políticas de operación 3.5 y 3.7.</p> <p>Nota: Para la redacción de la no conformidad (Acción Correctiva) el profesional designado por el Líder o Responsable del Proceso en SDG (Sede de la Dirección General), Regional o Centro Zonal cuenta con el apoyo de los enlaces de eje del SIGE (Calidad, Ambiental, SST) e ingenieros de sistemas regionales (SGSI).</p>	<p>Director, Subdirector o Jefe de Oficina en SDG / Director o Coordinador de Grupo en Regional / Coordinador de Centro Zonal</p>	<p>Registro en el aplicativo</p>
3	Registrar la Acción Correctiva	<p>El líder o responsable del proceso debe ingresar al aplicativo y registrar la no conformidad identificada en el proceso conforme a lo estipulado en las políticas de operación 3.6, 3.8, 3.9, 3.10 y 3.11.</p> <p>Una vez la no conformidad se registre en el aplicativo, se debe informar de manera inmediata, mediante correo electrónico al profesional designado (referente calidad en Regionales o colaboradores de la Subdirección de Mejoramiento Organizacional en la SDG) para realizar la evaluación intermedia. La remisión del correo podrá realizarse por el profesional designado por el líder o responsable del registro de la AC.</p> <p>Nota: Los responsables están descritos de acuerdo con el nivel de autoridad establecido en el <i>Anexo 1 responsables para el Registro de las Acciones Correctivas según las fuentes.</i></p>	<p>Director, Subdirector o Jefe de Oficina en SDG / Director o Coordinador de Grupo en Regional / Coordinador Centro Zonal (Solicitante)</p>	<p>Registro de la No Conformidad en el aplicativo y Correo electrónico</p>
4 P.C	Realizar evaluación intermedia	<p>Verificar que la no conformidad cumpla con las políticas de operación 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.10 y 3.11, y que la información registrada en el aplicativo sea acorde con la descripción de los hechos, es decir, que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Profesional Subdirección de Mejoramiento Organizacional / Profesional Grupo de Planeación y Sistemas de la Regional</p>	<p>Registro Evaluación intermedia en el aplicativo y Correo Electrónico</p>

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



PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

PROCEDIMIENTO
ACCIONES CORRECTIVAS

P2.MI

05/09/2023

Versión 10

Página 8 de 21

No	Actividad	Descripción	Responsable	Registro
		<p>¿La Acción Correctiva cumple con los requisitos establecidos?</p> <p>SI: se aprueba la AC, y se debe informar de manera inmediata a través correo electrónico al solicitante de la Acción Correctiva, que ya se realizó la evaluación intermedia.</p> <p>Una vez el solicitante reciba la notificación de aprobación de la AC, deberá informar inmediatamente al responsable de gestionar la Acción Correctiva (solicitado a), con el fin de no afectar el tiempo estipulado en la política de operación 3.13. En este punto se puede continuar con la actividad No. 5.</p> <p>NO: en caso de requerir ajustes en:</p> <p>a. Campos relacionados con las políticas operacionales 3.5, 3.6 o en los campos alcance y área organizativa, el responsable de realizar la verificación intermedia deberá realizar la solicitud al administrador del aplicativo en la SMO por correo electrónico.</p> <p>Así mismo, el responsable de realizar la verificación intermedia deberá registrar los comentarios respectivos en el aplicativo y seleccionar guardar paso. Una vez el administrador del aplicativo informe que realizó los ajustes, el responsable de realizar la verificación intermedia deberá revisar que se cumple con los requisitos establecidos.</p> <p>b. Campo "Flujo de Mejoramiento" relacionado con la política de operación 3.4, se descarta la Acción Correctiva (cancelar el flujo) en el aplicativo, se debe enviar correo electrónico al autor de la mejora (solicitante) informando la cancelación del flujo, quien a su vez deberá solicitar la eliminación de acuerdo con la política operacional 3.24, para ser generada nuevamente- Se devuelve a la actividad 3.</p> <p>Nota.: Realizar esta actividad de acuerdo con el plazo establecido en la <i>política</i> de operación 3.12.</p>	(Referente Calidad)	
5	Realizar análisis de causas	<p>Revisar y analizar la no conformidad para determinar sus causas.</p> <p>Si la no conformidad se identificó en uno de los procesos en Sede de la Dirección General, se debe analizar si ésta se está presentado en el nivel regional o zonal con el fin de determinar la mayor cantidad de causas posibles.</p> <p>El análisis de causas se debe realizar registrando la información del ejercicio en los campos correspondientes del aplicativo, esto incluye los participantes del ejercicio, la descripción del problema, corrección (si amerita), lluvia de porque's y la(s) causa(s) raíz resultante(s) del ejercicio.</p> <p>Nota 1: El aplicativo permite al líder o responsable de proceso designar a un colaborador de su equipo para que se encargue de realizar esta actividad.</p> <p>Nota 2: Para realizar esta actividad se puede hacer uso del Formato análisis de causas publicado como material de</p>	<p>Director, Subdirector o Jefe de Oficina y Promotor EPICO en SDG / Director o Coordinador de Grupo en Regional / Coordinador de Centro Zonal y/o profesional referente del SIGE</p> <p>O</p> <p>Profesional designado como responsable</p>	Registro del Análisis de Causas en el aplicativo Módulo de Mejoras

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



PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

PROCEDIMIENTO
ACCIONES CORRECTIVAS

P2.MI

05/09/2023

Versión 10

Página 9 de 21

No	Actividad	Descripción	Responsable	Registro
		<p>apoyo, sin embargo, el único registro valido es el debido registro de la información en el aplicativo.</p> <p>Nota 3: El análisis de causas debe realizarlo el o los profesionales designados por el líder o responsable del proceso en la SDG, Regional y Centro Zonal (relacionados con la no conformidad o que puedan contribuir con la identificación de las causas).</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la SDG, esta actividad debe realizarse en conjunto con el Promotor EPICO y de ser necesario los enlaces de cada uno de los Ejes del SIGE. • En el nivel regional y zonal, esta actividad se realizará cuando se requiera con el apoyo de los Referentes del SIGE (Calidad, Ambiental, SST) e ingenieros de sistemas regionales (SGSI) según la naturaleza de la no conformidad. <p>La gestión de esta actividad se realiza en el aplicativo, en el mismo paso del flujo que las actividades 6 y 7 de este procedimiento (Realizar Análisis de Causas y definir Actividades Corrección y Plan de Acción).</p>		
6	Evaluar la aplicación de corrección	<p>Se analizan, definen y registran en el aplicativo las acciones para corregir inmediatamente la no conformidad evitando que la operación normal del proceso se altere.</p> <p>Nota: cuando se determina que no es necesario gestionar actividades o tareas de corrección se debe dejar sin diligenciar el espacio de corrección en el aplicativo.</p>	<p>Profesional designado por: Director, Subdirector o Jefe de Oficina / Director o Coordinador de Grupo en Regional / Coordinador de Centro Zonal</p>	<p>Registro en el aplicativo Módulo de Mejoras</p>
7	Definir Plan de Acción	<p>El profesional designado por el Líder o Responsable del Proceso en la SDG, Regional o Centro Zonal, debe definir el plan de acción en conjunto con los colaboradores que se encuentran involucrados o tienen incidencia en la no conformidad, y registrarlo en el aplicativo (esto incluye tareas, responsables, fechas y aprobadores).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar las acciones pertinentes que permitan eliminar la causa raíz de la no conformidad identificada o prevenir que esta vuelva a ocurrir. • Se deben definir el responsable de aprobar (aprobadores) las actividades o tareas del plan de acción. <p>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 de este.</p> <p>Nota 2: No se puede asignar como responsable de una tarea a una persona que no haya sido consultada o que no haya participado en su formulación.</p>	<p>Profesional designado por: Director, Subdirector o Jefe de Oficina / Director o Coordinador de Grupo en Regional / Coordinador de Centro Zonal</p> <p>Y</p> <p>El Promotor EPICO en SDG / Referente SIGE en Regional y Centro Zonal</p>	<p>Registro en el aplicativo Módulo de Mejora</p>

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



PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

P2.MI

05/09/2023

PROCEDIMIENTO
ACCIONES CORRECTIVAS

Versión 10

Página 10 de
21

No	Actividad	Descripción	Responsable	Registro
		<p>Nota 3: Este ejercicio debe ser acompañado por los Promotores EPICOS y de ser necesario enlaces de los ejes del SIGE en la SDG (según aplique). En las regionales puede ser acompañado por los Referentes de Calidad, Ambiental, SST e ingenieros de sistemas regionales (SGSI) según la naturaleza de la no conformidad.</p> <p>Nota 4: Cuando se esté gestionando una acción correctiva producto de un ejercicio de evaluación independiente el flujo de mejoramiento Acciones Correctivas de Evaluación Independiente establece los pasos de “Revisión OCI” y “Ajustar Análisis de Causas y Plan de Acción” de acuerdo con la política de operación 3.13, estos pasos extra deberán ser gestionados antes de avanzar a la actividad 8. Ver anexo 3.</p> <p>Al momento de avanzar al paso “Gestionar Actividades” en el aplicativo se debe definir la fecha máxima de ejecución del plan (fecha prevista de cierre), la cual debe tener en cuenta las etapas de gestión de cada una de las tareas</p>		
8	Gestionar las Actividades	<p>Implementar Corrección y Plan de Acción:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ejecutar cada una de las actividades o tareas planteadas de acuerdo con las fechas programadas. Registrar el tratamiento en el aplicativo y relacionar o cargar, según aplique las respectivas evidencias y/o soportes. <p>Nota: Una vez se registre el cumplimiento de las actividades de corrección y acción correctiva, se debe informar mediante correo electrónico al responsable de aprobarlas (aprobador).</p>	Profesionales designados como responsables de las actividades	Registro en el aplicativo Módulo de Mejoras Y Correo electrónico
9 P.C	Aprobar Tareas	<p>Posterior a la ejecución de las actividades o tareas de la corrección y plan de acción el colaborador designado como aprobador debe ingresar al aplicativo y validar su cumplimiento.</p> <p>¿Las actividades fueron desarrolladas de acuerdo con lo registrado en el aplicativo y cuentan con evidencias?</p> <ul style="list-style-type: none"> SI: se aprueban las tareas; una vez todas sean aprobadas se puede continuar con la actividad No. 10. NO: se desaprueban. El aprobador deberá realizar la respectiva justificación en el aplicativo para que el encargado de la tarea se encargue de su subsanación, devolver a la actividad No. 8. <p>Una vez reportadas y aprobadas las actividades de corrección y plan de acción, el responsable designado para la actividad 8 (cargar actividades corrección y plan de acción) debe continuar el flujo en el aplicativo.</p>	Profesionales designados como responsables de aprobar las actividades	Registro en el aplicativo Módulo de Mejoras
10 P.C	Verificar eficacia del plan de acción	<p>Verificar el cumplimiento y la eficacia del plan de acción, para lo cual se debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> Revisar las evidencias cargadas para cada una de las actividades implementadas. Verificar si el plan de acción realizado elimina la causa raíz de la no conformidad identificada en el proceso. 	Director, Subdirector o Jefe de Oficina en SDG/ Director Regional o Coordinador de Grupo en regional	Registro en el aplicativo Módulo de Mejora y Correo Electrónico

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



No	Actividad	Descripción	Responsable	Registro
		<p>Si la verificación da como resultado que la Acción Correctiva fue:</p> <p>No eficaz, se debe reformular la gestión de la acción correctiva indicando los motivos por los que se debe realizar nuevamente la gestión de acuerdo con lo establecidos en la política de operación 3.20., con el fin de proceder con la gestión de la AC, volver a la actividad No. 5.</p> <p>Eficaz, se debe evaluar el plan de acción como Eficaz y continuar con la actividad No. 11.</p> <p>Nota 1: cuando se requiera reformular una AC el responsable deberá determinar si se requiere realizar nuevamente el análisis de causas o si solamente se requiere el ajuste al plan de acción, y registrar en el comentario del paso cuales fueron los ajustes realizados.</p> <p>Nota 2: Este ejercicio podrá ser acompañado por los Referentes de Calidad, Ambiental, SST, e ingenieros de sistemas regionales (SGSI) según la naturaleza de la no conformidad, Promotores EPICOS o profesional de la Subdirección de Mejoramiento Organizacional en caso de ser necesario.</p>	/ Coordinador de Centro Zonal	
11	Cerrar la Acción Correctiva	<p>De acuerdo con el resultado de la verificación se debe generar el cierre de la Acción Correctiva, seleccionando la opción de "Finalizar Flujo" en el aplicativo.</p> <p>Nota: Este ejercicio podrá ser acompañado en las regionales por los Referentes de Calidad, Ambiental, SST e ingenieros de sistemas regionales (SGSI) según la naturaleza de la no conformidad, o Promotores EPICO en la SDG.</p>	Director, Subdirector o Jefe de Oficina en SDG / Director Regional o Coordinador de Grupo y colaboradores del ICBF (Solicitante)	Registro en el aplicativo Módulo de Mejora
		Fin		

P.C: Punto de Control


5. RESULTADO FINAL:

Acción Correctiva registrada y cerrada eficazmente en el aplicativo 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.
- **Aprobador:** colaborador designado por el Líder del Área Organizativa responsable de la gestión de la Acción Correctiva (Solicitado a) para realizar la validación del cumplimiento de las actividades de la gestión de una acción de mejora.
- **Área Organizativa:** son aquellas dependencias definidas en la estructura orgánica de la entidad, así como sus divisiones funcionales, entiéndase: Direcciones, Subdirecciones, Grupos Internos de Trabajo, Direcciones Regionales, Coordinaciones Regionales, Centros Zonales.

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN	P2.MI	05/09/2023
	PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS	Versión 10	Página 12 de 21

- **Conformidad:** cumplimiento 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.
- **Efectividad:** medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.
- **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, de conformidad con el Modelo de Operación por Procesos aprobado mediante resolución 8080 de 2016, al Director General, Subdirector General, Secretario General, Directores y Jefes de Oficina de la Sede de la Dirección General, responsables de la correcta ejecución de los procesos a su cargo y en general de la sostenibilidad y mejoramiento continuo del Sistema Integrado de Gestión.
- **No Conformidad:** incumplimiento de un requisito.
- **Otros Requisitos:** compromisos que la entidad adquiere mediante actos administrativos, para la implementación y mantenimiento del Sistema Integrado de Gestión, como los relacionados con permisos y autorizaciones y convenios interinstitucionales. Por ejemplo: normas técnicas colombianas ISO 9001, ISO/IEC 27001, ISO 45001 e ISO 14001, condiciones contractuales, acuerdos con los empleados; acuerdos con las partes interesadas; acuerdos con autoridades de salud; directrices no reglamentarias; principios voluntarios, mejores prácticas o códigos de prácticas, estatutos; compromisos públicos de la organización; requisitos internos (documentación SIGE), acuerdos sindicales, compromisos que se adquieren mediante actos administrativos, como los relacionados con: permisos, licencias, autorizaciones, convenios interinstitucionales, acuerdos voluntarios, directivas de orden estatal, territorial o de órganos de control, entre otros.
- **Proceso:** conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entradas en resultados, para el logro de un objetivo propuesto y la satisfacción de los niños, niñas, adolescentes y familias colombianas. (Ver Mapa de Procesos de la entidad en el Manual del Sistema Integrado de Gestión).
- **Promotor EPICO:** profesional delegado en cada proceso de la Sede de la Dirección General para promover en cada dependencia, la sostenibilidad y mantenimiento del Sistema Integrado

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN	P2.MI	05/09/2023
	PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS	Versión 10	Página 13 de 21


de Gestión y la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, bajo las directrices de la Subdirección de Mejoramiento Organizacional.

- **PC:** Punto de Control, actividad que permite 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 SIGE:** son colaboradores que apoyan la implementación, sostenibilidad y mantenimiento del Sistema Integrado de Gestión del Instituto, de acuerdo con las directrices de los líderes de los Ejes para el nivel regional.
- **Reformulación:** consiste en repetir alguno de los pasos “analizar posibles causas” y/o “definir actividades corrección y plan de acción” del flujo de una acción de mejora, lo anterior teniendo en cuenta el resultado de la evaluación de la eficacia de la misma.
- **Requisito:** necesidad o expectativa que pueden ser expresadas, normalmente implícitas o impuestas. Puede haber requisitos del cliente, requerimientos de la norma, requisitos internos de la organización, requisitos reglamentarios y legales, entre otros. Se habla de requisito especificado cuando está establecido, por ejemplo, en un documento como en el caso de requisitos reglamentarios y legales.
- **Requisito legal:** requisito obligatorio especificado por un organismo legislativo.
- **Requisito reglamentario:** requisito obligatorio especificado por una autoridad que recibe el mandato de un órgano legislativo.
- **Responsable de Proceso:** se denomina Responsable de Proceso a Directores, Subdirectores y Jefes de Oficina de la Sede de la Dirección General, Directores Regionales, Coordinadores de Grupo en las Regionales y Coordinadores de Centro Zonal, responsables de la ejecución y seguimiento de los procesos de su competencia.
- **Salida No Conforme (SNC):** Resultado de un proceso misional que incumple un requisito
- **Solicitante:** líder o responsable de proceso que solicita la gestión (registra en el aplicativo) de una Acción Correctiva identificada en el marco de su proceso y responsabilidad.

7. DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

- NTC-ISO 9001:2015
- NTC-ISO 14001:2015
- NTC-ISO 45001:2018
- NTC-ISO 27001:2013
- NTC-ISO 27001:2022

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

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN	P2.MI	05/09/2023
	PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS	Versión 10	Página 14 de 21

- P1.EI Procedimiento de Evaluación Casos Específicos
- P2.EI Procedimiento Auditorías Internas SIGE
- P3.EI Procedimiento Elaboración de Informes de Norma Interna y Externa Vigentes
- P1.MI Procedimiento Elaboración y Control de Documentos.

8. RELACIÓN DE FORMATOS

CODIGO	NOMBRE DEL FORMATO
F1.P2.MI	Formato Análisis de Causas
F9.P1.MI	Formato Acta de Reunión o Comité

9. ANEXOS:

Anexo No 1. Responsables para el Registro de las Acciones Correctivas según las fuentes.

Fuente	Sede de la Dirección General	Regional	Centro Zonal
Aspectos e Impactos y Planes de Gestión Ambiental	Directores de dependencia 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 dependencia y jefe de oficina	Director Regional / Coordinador de grupo	Coordinador de Centro zonal
Auditorías externas ambiental	Director Administrativo	NA	NA
Auditorías externa seguridad y salud en el trabajo	Director de Gestión Humana	NA	NA
Auditorías externa seguridad de la información	Director de Información y Tecnología	NA	NA
Auditorías externa calidad	Director de Planeación y Control de Gestión	NA	NA
Auditorías Internas SIGE	Directores y Subdirectores de dependencia, y Jefes de Oficina	Director Regional	NA
Cambios en el SIGE	Directores de dependencia y Jefes de Oficina	Director Regional / Coordinador de grupo	Coordinador de Centro Zonal
Comité de defensa judicial y conciliación	Directores de dependencia y Jefe de Oficina	Director Regional / Coordinador de grupo	Coordinador de Centro Zonal
Encuestas de satisfacción a los servicios del ICBF	Director de Servicios y Atención	NA	NA
Evaluación de Casos específicos	Directores y Subdirectores de dependencia, y Jefes de Oficina	Director Regional	NA
Incumplimiento de Requisitos Legales y otros requisitos.	Directores y Subdirectores de dependencia, 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 dependencia y Jefe de Oficina	Director Regional / Coordinadores de grupo	NA
Informes de Norma Interna y Externa	Directores y Subdirectores de dependencia, y Jefes de Oficina	Director Regional	NA

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



PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

PROCEDIMIENTO
ACCIONES CORRECTIVAS

P2.MI


05/09/2023

Versión 10

Página 15 de
21

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 y Subdirectores de dependencia, y Jefes de Oficina	Director Regional Coordinador de Grupo	Coordinador Centro Zonal
Quejas, reclamos, sugerencias o peticiones de los usuarios y demás grupos de interés	Directores de dependencia y Jefe de Oficina	Director Regional	Coordinador de Centro Zonal
Resultados de autoevaluación	Directores y Subdirectores de dependencia, y Jefes de Oficina	Director Regional	Coordinador de Centro Zonal
Revisión por la Dirección	Director de Planeación y Control de Gestión	Director regional	Coordinador de Centro Zonal
Supervisión Contractual	Directores y Subdirectores de dependencia, Coordinadores de Grupo y Jefe de Oficina	Director Regional	Coordinador de Centro Zonal
Salidas No Conformes	Directores de las dependencias Misionales	Director Regional / Coordinador Asistencia Técnica, Atención en Ciclos de Vida y Nutrición, Protección y Responsabilidad Penal o quien haga sus veces.	Coordinador de Centro Zonal
Resultados de seguimiento y medición de los procesos	Directores de dependencia y Jefe de Oficina	Director Regional / coordinadores de Grupo	Coordinador de Centro Zonal
Visitas de asistencia técnica	Directores y Subdirectores de dependencia, y Jefes de Oficina	Director Regional	Coordinador de Centro Zonal
Incidentes de Seguridad de la Información	Director de Información y Tecnología	Director Regional	NA
Plan de respuesta ante emergencia	Directores de dependencia y Jefe de Oficina	Director Regional / coordinadores de Grupo	Coordinador de Centro Zonal
Visitas de acompañamiento o inspección SIGE	Directores y Subdirectores de dependencia, y Jefes de Oficina	Director Regional / Coordinador de grupo	Coordinador de Centro Zonal

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN	P2.MI	05/09/2023
	PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS	Versión 10	Página 16 de 21

Anexo No 2. Matriz de Responsables de Generar Acciones Correctivas (Líderes o Responsables de procesos en los diferentes niveles).

Recibe Acciones / Genera Acciones		Sede de la Dirección General				Regional		
		Director	Subdirector	Jefe de Oficina	Coordinador de Grupo	Director Regional	Coordinador de Grupo	Coordinador de Centro Zonal
Sede de la Dirección General	Director	X	X	X	X*	X		
	Subdirector **	X	X	X	X*	X		
	Jefe de Oficina	X	X	X	X*	X		
Regional	Director Regional	X	X	X		X***	X*	X*
	Coordinador de Grupo						X***	X*
	Coordinador de Centro Zonal							X***

Nota: los Directores Regionales únicamente podrán registrar acciones correctivas a un responsable del nivel SDG siempre y cuando se cumpla con lo establecido en la política de operación 3.15.

*Solo aplica a los coordinadores de grupo de la misma dependencia o regional y coordinadores de centro zonal de la regional a la que pertenece el responsable de generar las acciones.

**Aplica cuando la subdirección es responsable del proceso en la Sede de la Dirección General.

***Aplica cuando se generan las acciones para sí mismo.

Anexo No 3. Flujos Acciones Correctivas SVE.

Flujo Acciones Correctivas Fuentes Diferentes a Ejercicios de Evaluación Independiente


Paso	Responsable	Plazo Gestión	Acciones
Solicitud Acción Correctiva	Líderes o responsables de proceso en Sede de la Dirección General, Regionales y Centros Zonales	N/A	Diligenciar la información correspondiente a la identificación de acciones correctivas: <ul style="list-style-type: none"> Nombre Descripción Flujo de Mejoramiento Área Organizativa Proceso Fuente Eje del SIGE
Evaluación Intermedia	Referentes Calidad En AC Regionales Equipo SMO En AC procesos SDG	5 Días Calendario	<ul style="list-style-type: none"> Aprobar la acción correctiva Desaprobar la Acción correctiva (Cancelar el flujo) Permite editar los campos Fuente, Eje del Sistema Integrado de Gestión, Proceso y Temática.

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



Paso	Responsable	Plazo Gestión	Acciones
Realizar Análisis de Causas y Definir Actividades Corrección y Plan de Acción	Líder del Área Organizativa responsable de la gestión de la Acción Correctiva (Solicitado a) Colaborador designado por el líder del Área Organizativa	25 Días Calendario	<ul style="list-style-type: none">• Registrar la descripción del problema• Indique la corrección del problema (si aplica)• Registrar las posibles causas producto del ejercicio "Lluvia de porques"• Registrar el listado de Participantes en el ejercicio de análisis de causas• Registrar hasta 3 causas raíz• Definir y grabar tareas de corrección• Asignar aprobador de tareas de corrección• Definir y grabar tareas de Plan de Acción• Asignar aprobador de tareas de Plan de Acción• Continuar con el flujo• Asignar este paso a otro usuario del sistema• Asignar al responsable del siguiente paso• Definir fecha de finalización del plan (fecha prevista de cierre)
Gestionar Actividades	Colaboradores designados como responsables de las tareas Colaboradores designados como Aprobadores de tareas Colaborador designado en el paso anterior.	Plazo definido en el paso anterior de acuerdo con las actividades planeadas.	<ul style="list-style-type: none">• Registrar seguimientos (acciones) y evidencias de las tareas de corrección y plan de acción• Aprobar tareas de corrección y plan de acción• Continuar con el flujo
Verificar Eficacia	Autor de la Acción Correctiva (Solicitante)	8 Días Calendario	<ul style="list-style-type: none">• Devolver esta instancia del flujo al paso "Realizar Análisis de Causas, y Definir Actividades Corrección y Plan de Acción" (Reformulación) de acuerdo con lo establecido en la política 3.20.• Finalizar el flujo

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN	P2.MI	05/09/2023
	PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS	Versión 10	Página 18 de 21

Flujo Acciones Correctivas Fuentes Ejercicios de Evaluación Independiente
(Auditorías Internas SIGE, Evaluación de Casos Específicos e Informes de Norma Interna y Externa)

Paso	Responsable	Plazo Gestión	Acciones
Solicitud Acción Correctiva	Líderes o responsables de proceso en Sede de la Dirección General, Regionales y Centros Zonales	N/A	Diligenciar la información correspondiente a la identificación de acciones correctivas: <ul style="list-style-type: none"> • Nombre • Descripción • Flujo de Mejoramiento • Área Organizativa • Proceso • Fuente • Eje del SIGE
Evaluación Intermedia	Referentes Calidad En AC Regionales Equipo SMO En AC procesos SDG	5 Días Calendario	<ul style="list-style-type: none"> • Aprobar la acción correctiva • Desaprobar la Acción correctiva (Cancelar el flujo) • Permite editar los campos Fuente, Eje del Sistema Integrado de Gestión, Proceso y Temática.
Realizar Análisis de Causas y Definir Actividades Corrección y Plan de Acción	Líder del Área Organizativa responsable de la gestión de la Acción Correctiva (Solicitado a) Colaborador designado por el líder del Área Organizativa	20 Días Calendario	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar la descripción del problema • Indique la corrección del problema (si aplica) • Registrar las posibles causas producto del ejercicio "Lluvia de porques" • Registrar el listado de Participantes en el ejercicio de análisis de causas • Registrar hasta 3 causas raíz • Definir y grabar tareas de corrección • Asignar aprobador de tareas de corrección • Definir y grabar tareas de Plan de Acción • Asignar aprobador de tareas de Plan de Acción • Continuar con el flujo • Asignar este paso a otro usuario del sistema • Asignar al responsable del paso "ajustar Análisis de Causas, Corrección y Plan de Acción"
Revisión OCI	Oficina de Control Interno	20 Días Calendario	<ul style="list-style-type: none"> • Asignar este paso a otro usuario • Realizar análisis de la NC, su análisis de causas y acciones propuestas, y realizar observaciones. • Continuar con el flujo
Ajustar Análisis de Causas y Plan de Acción	Colaborador designado por el líder del Área Organizativa	15 Días Calendario	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustar causas raíz • Asignar este paso a otro usuario del sistema • Ajustar y grabar tareas de corrección • Asignar aprobador de tareas de corrección • Ajustar y grabar tareas de Plan de Acción • Asignar aprobador de tareas de Plan de Acción • Continuar con el flujo • Definir fecha de finalización del plan (fecha prevista de cierre)

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



Paso	Responsable	Plazo Gestión	Acciones
Gestionar Actividades	Colaboradores designados como responsables de las tareas Colaboradores designados como Aprobadores de tareas Colaborador designado en el paso anterior.	Plazo definido en el paso anterior de acuerdo con las actividades planeadas.	<ul style="list-style-type: none">• Registrar seguimientos (acciones) y evidencias de las tareas de corrección y plan de acción• Aprobar tareas de corrección y plan de acción• Continuar con el flujo
Verificar Eficacia	Autor de la Acción Correctiva (Solicitante)	8 días Calendario	<ul style="list-style-type: none">• Devolver esta instancia del flujo a "Ajustar Análisis de Causas, Corrección y Plan de Acción" (Reformulación) de acuerdo con la política 3.20.• Finalizar el flujo

10. CONTROL DE CAMBIOS:

Fecha	Versión	Descripción del Cambio
14/02/2022	V9	Teniendo en cuenta la integración de la gestión del análisis de causas de las Acciones Correctivas en el aplicativo SVE se realizaron los siguientes ajustes al procedimiento: Se reorganiza políticas de operación. (la política 22 en la versión 9 es la 13 en la versión 10) Se ajustan las políticas 3.13, 3.20, 3.21, 3.23, 3.24. (anteriormente 3.13, 3.20, 3.22, 3.24, 3.25, respectivamente) y se incluye política de operación 3.25. Se elimina política 3.21 de la versión 9 y la actividad 8. Se ajusta actividad 4, 5, 6, 7, 11 y registros de la actividad 2, 3, 4, 5, 7 Se ajusta definición de "Proceso" y se incluye definición de "Salida No Conforme" en el numeral 6 Se incluye en documentos de referencia la nueva versión de la norma ISO27001 Se incluye nota aclaratoria al anexo No. 2. Se ajusta el anexo No. 3 de acuerdo con el nuevo flujo de actividades del procedimiento y su gestión en el aplicativo SVE.
25/02/2021	V8	Se modifica el procedimiento de acuerdo con el reemplazo de Isolucion por Suite Visión Empresarial - SVE como aplicativo de soporte a la gestión de las acciones de mejora de la entidad. Se modifican las políticas de operación 3.1, 3.22 y 3.23. Se modifican las políticas de operación 3.6, 3.7, 3.8, 3.9, 3.12, 3.12, 3.18, 3.19, 3.20, 3.21 y 3.25 (en la versión 8, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 3.10, 3.11, 3.15, 3.16, 3.17, 3.26 y 3.27 respectivamente). Se incluyen las políticas de operación 3.5, 3.11 y 3.14. Se eliminan las políticas de operación de la versión 8, 3.18, 3.19, 3.20 y 3.21. Se ajusta la descripción de las actividades No. 1, 4, 5 (6 v8), 6 (5 v8), 7, 8, 9, 11 (10 v8) y 12 (11 v8). Se incluye la actividad 10 "Aprobar Tareas". Se ajustan las definiciones del procedimiento. Se modifican los documentos de referencia del procedimiento. Se crea el Anexo No. 3 Flujos Acciones Correctivas SVE.
03/07/2020	V7	Se incluye la "nota 1" en la descripción de la actividad 9 para indicar que una vez se realicen las actividades del tratamiento y el plan de acción se debe informar mediante correo al responsable de realizar la verificación de la eficacia.
20/09/2019	V6	Se ajustan las políticas de operación 3.5, 3.6, 3.8 y 3.11 incluyendo las claridades en cuanto a la gestión de los hallazgos producto de los informes de Norma Interna y Externa adelantados por la Oficina de Control Interno. Se incluye la política de operación 3.14. Se modifica la política de operación 3.26 (3.25 en la versión 6). Se actualizan las Definiciones del procedimiento.

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



PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

P2.MI

05/09/2023

PROCEDIMIENTO
ACCIONES CORRECTIVAS

Versión 10

Página 20 de
21

Fecha	Versión	Descripción del Cambio
18/02/2019	V5	<p>Se modifica el alcance del procedimiento para dar más claridad.</p> <p>Se incluyen las políticas de operación 3.7, 3.8, 3.9, 3.24, 3.25, 3.26.</p> <p>Se actualizan las políticas 3.4, 3.5, 3.6, 3.11, 3.12, 3.13, 3.16, 3.17, 3.18 y 3.21 (anteriormente 3.9, 3.8, 3.10, 3.11, 3.14, 3.15, 3.16 y 3.18 respectivamente).</p> <p>Se incluye la actividad 8 "Cargar Plan de Acción", y se ajustan las actividades para aclarar su gestión y responsables.</p> <p>Se actualiza el nombre y contenido del Anexo 1 Responsables para el registro de las acciones correctivas según fuentes y se elimina la fuente "Resultados de las de auditorías e inspección de la Oficina de Aseguramiento de la Calidad".</p> <p>Se Incluye el anexo 2 Matriz de Responsables para Generar Acciones Correctivas (Lideres o Responsables de procesos en los diferentes niveles).</p> <p>Se incluye la definición de Solicitante.</p>
28/03/2018	V4	<p>Se incluye la Política de Operación: 3.13 y 3.17</p> <p>Se ajusta la Política de Operación: 3.10</p> <p>Se actualizó la descripción de la actividad No. 1, 2, 3, 5 y 6</p> <p>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.</p> <p>Se ajustó la definición de <i>Eficacia</i> conforme a la correlación de las definiciones de las NTC ISO – OHSAS.</p> <p>Se agregaron las definiciones de: Calidad, Requisito de Calidad, Requisitos legales y otros requisitos, y requisitos reglamentarios.</p> <p>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>".</p> <p>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.</p> <p>Se ajusta el nombre del F1.G1.MI de <i>Identificación de causas a Análisis de Causas</i>.</p>
16/02/2018	V3	<p>Se incluye la Política de Operación: 3.3</p> <p>Se ajusta la Política de Operación: 3.6, 3.7, 3.14, 3.15, 3.16, 3.18</p> <p>Se actualizó la descripción de la actividad No. 1, 2, 3, 8</p> <p>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</p> <p>Se incluye como responsable al Representante de la Dirección ante el SIGE en las actividades No. 2, 8 y 9</p>
02/01/2017	V2	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>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.</p>
21/10/2014	V 10 PR2.MPE2	<p>Se actualiza procedimiento al nuevo formato establecido</p> <p>Se cambia el termino de dueños por líder o responsable de proceso</p> <p>Se actualiza Objetivo se incluye tratamiento, control seguimiento y cierre de no conformidades.</p>
		<p>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</p>
		<p>Se ajusta las actividades "analizar la no conformidad" y "Registrar la no conformidad" aclarando cada una de estas en la descripción.</p>

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



PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

P2.MI

05/09/2023

PROCEDIMIENTO
ACCIONES CORRECTIVAS

Versión 10

Página 21 de
21

Fecha	Versión	Descripción del Cambio
		<p>se incluye las siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ 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 <p>Igualmente, en la descripción de cada una de las actividades se complementa la información</p> <p>Se incluye el anexo Responsables para la Generación de no conformidades y se completa con la fuente</p> <p>Se actualiza listados de las fuentes para la generación de no conformidades en el aplicativo ISOLUCION</p>

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

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