

	PROCEDIMIENTO MANEJO ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y/O MEJORA	CÓDIGO: P-ES-GM-002 VERSIÓN: 2 FECHA: 23/MAR/2023
--	--	--

1. OBJETIVO

Describir la metodología, actividades, responsabilidades y controles para la gestión, seguimiento y cierre de las acciones correctivas, acciones preventivas y/o de mejora que permitan la eliminación de las causas de las no conformidades reales y potenciales que puedan tener alguna incidencia en la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema Integrado de Gestión (SIG).

2. ALCANCE

Aplica a todos los procesos del Sistema Integrado de Gestión (SIG) de Sapiencia; e inicia con la detección de una no conformidad real o potencial y termina con la verificación de la eficacia de las acciones tomadas.

3. RESPONSABLE

Líderes de los procesos: son los encargados de generar una solicitud de acción correctiva y/o de mejora cuando sea necesario, aplicando los lineamientos descritos en este documento. Cabe destacar que cualquier funcionario(a) o contratista puede identificarlas, pero deben ser canalizadas por el líder del proceso.

Contratistas responsables del Sistema Integrado de Gestión: les corresponde establecer las disposiciones de este procedimiento, garantizar su cumplimiento, realizar seguimiento a todas las acciones correctivas y/o de mejora detectadas, y asegurar el entrenamiento de los(as) funcionarios(as) y contratistas para el conocimiento y aplicabilidad del mismo.

4. DEFINICIONES

- **Acción Correctiva (ISO 9001):** acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable (Fuente: Norma ISO 9001:2015 - Icontec).
- **Acción de Mejora:** acción que se establece formalmente para aumentar la capacidad de cumplir los requisitos, así como la mejora u optimización de un procedimiento (Fuente: Norma ISO 9001:2015 - Icontec).
- **Acción Preventiva:** acción para eliminar o mitigar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable (Ministerio del Trabajo - Decreto 1072 de 2015).
- **Ciclo Planear-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA):** herramienta enfocada en la mejora continua con base en un ciclo de 4 pasos: Planear, Hacer, Verificar, Actuar, comúnmente conocido como ciclo PHVA y que sirve para mantener estandarizados los procesos y darles un ciclo de mejora permanente que le permitan ser más eficientes, eficaces y efectivos en el cumplimiento de sus objetivos o fines (Fuente: Glosario de Solución de Sapiencia).
- **Conformidad (ISO 9001):** cumplimiento de un requisito (Fuente: Norma ISO 9001:2015 - Icontec).
- **No Conformidad (NC):** incumplimiento de un requisito (Fuente: Norma ISO 9001:2015-Icontec).
- **Plan de Acción:** es un instrumento gerencial cuyo propósito es articular los objetivos, indicadores, metas, productos y presupuesto, con la misión de las áreas funcionales y de éstas con las políticas, programas y proyectos de inversión programados en cada vigencia, sirve al propósito de fortalecer y ampliar el alcance de este nuevo estilo de Gestión Pública por Resultados y Desempeño, a través del uso de instrumentos técnicos de planeación, para el seguimiento y medición anual. El Plan de Acción facilita el seguimiento y evaluación de las acciones de cada proceso y/o proyecto, siendo guía para la toma oportuna de decisiones. (Fuente: Glosario Solución de Sapiencia, elaboración propia).
- **Tratamiento (Norma ISO 9001):** corrección tomada para eliminar una No Conformidad real o potencial (Fuente: Norma ISO 9001:2015-Icontec).

5. CONDICIONES INICIALES

A. La planificación de las acciones correctivas y/o de mejora incluye la evaluación de la importancia de los problemas, y se hace en términos del impacto potencial en aspectos tales como costos de operación, costos de no conformidad (incumplimiento de un requisito), desempeño del servicio, seguridad de funcionamiento, infraestructura, personal interno y satisfacción del usuario y de otras partes interesadas. Se realiza énfasis en la eficacia y eficiencia de los procesos cuando se toman las acciones, y éstas deben estar enfocadas a eliminar las causas de las no conformidades para evitar que vuelvan a suceder.

B. Las fuentes para identificar las no conformidades reales o potenciales pueden ser:

Las quejas o reclamos de los grupos de valor (personal interno y externo).
Estudio de las PQRSDF presentadas por los(as) funcionarios(as), contratistas y los diferentes grupos de valor.
Recomendaciones y propuestas emitidas por el COPASST.
Auto reportes de condiciones de salud y/o seguridad.
Informes de servicios no conforme.
Informes de auditoría interna del SIG.
Resultados de la revisión por la dirección.
Resultados del análisis de datos.
Resultados de las mediciones de la satisfacción de grupos de valor.
Resultados de los análisis de los indicadores

Registros pertinentes del Sistema Integrado de Gestión
 Utilización de herramientas de análisis de riesgos (metodología y herramientas).
 Resultados de autoevaluación de MIPG y SIG.
 Investigaciones de accidentes, incidentes y enfermedades laborales, evaluación de estándares.

C. Todas las no conformidades reales o potenciales son originadas por causas. Para su identificación, controles y tratamiento se pueden utilizar diferentes herramientas, como son:

Lluvia de Ideas

Espina de Pescado

Los 5 ¿por qué?

Estas herramientas se encuentran documentadas en el Instructivo de herramientas de mejoramiento (I-ES-GM-001 Herramientas para análisis de causas).

D. El manejo de las acciones correctivas será el siguiente:

Todas las acciones correctivas se registran en el F-ES-GM-012 Acciones correctivas y de mejora y la Matriz de Gestión de Acciones correctivas, preventivas y de mejora SGSST.

Es de anotar que el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), es el único sistema de gestión que gestiona y maneja acciones preventivas, de acuerdo a la normatividad vigente en la materia.

En qué casos se puede emprender una acción correctiva:

Una no conformidad detectada y confirmada en auditoría.

Quejas, reclamos y sugerencias sistemáticas o recurrentes por parte de los usuarios o servidores de la Agencia.

Indicadores de gestión y de proceso con resultados insatisfactorios.

Resultados de evaluación insatisfactoria por parte de los grupos de valor.

Fallas en la prestación del servicio recurrentes o sistemáticas.

Hallazgos insatisfactorios reportados en informes de evaluación independiente internos y externos.

Resultados insatisfactorios en la revisión por la dirección.

Hallazgos de inspecciones de seguridad.

Derivados de investigaciones de accidentes , incidentes y enfermedades laborales.

E. Para evidenciar si una acción correctiva tomada fue eficaz debemos preguntarnos (respecto a los planes de acción definidos para tratar las acciones correctivas):

¿Se ejecutó el plan de acción de acuerdo con lo establecido?

¿El plan de acción contribuyó a mejorar la gestión del proceso? Especifique en qué aspecto: buen uso de los recursos, calidad del producto o servicio, cumplimiento de políticas estratégicas, desempeño del proceso, satisfacción de usuario.

¿Comprobó que el hallazgo no se volvió a presentar o disminuyó su frecuencia?

F. Para evidenciar si una acción de mejora tomada fue eficaz debemos preguntarnos:

¿Las acciones de mejora ejecutadas contribuyeron a mejorar la gestión del proceso?

Especifique en que aspecto: buen uso de los recursos, calidad o producto o servicio, cumplimiento de políticas estratégicas, desempeño del proceso, satisfacción de los grupos de valor.

G. En qué casos se puede emprender una oportunidad de mejora:

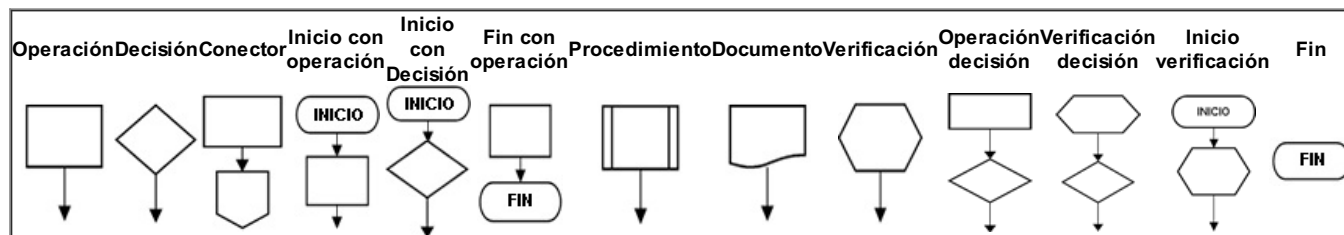
Cuando se identifica a partir de las diferentes fuentes de análisis de datos, resultados de auditorías, resultados de seguimiento y medición, revisión por la dirección, entre otras, que es posible incrementar la capacidad de cumplimiento de un proceso.

Las sugerencias de mejoramiento de los grupos de valor, identificados en la caracterización de grupos de valor que realice el proceso de atención a la ciudadanía (

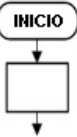
Propuestas de mejoramiento resultado del autocontrol

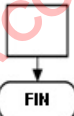
Reportes de actos y condiciones inseguras.

6. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES



N°	Actividad	Flujograma	Cargo Responsable	Referencia
1	Identificar la No Conformidad: Identificar la no conformidad real, potencial u oportunidad de mejora y registrarla en el F-ES-GM-012 Acciones correctivas y/o de mejora,		Líderes de los procesos. Equipo de apoyo	F-ES-GM-012 Acciones correctivas y/o de

	proporcionado por la administración del SIG cuando sea solicitado.			mejora
2	Asignar responsables de cada etapa de la acción correctiva y/o de mejora: diligenciar el F-ESGM-012 Acciones correctivas y/o de mejora, realizando descripción de la NC, designando los responsables para las identificación de la causas raíz, definición del plan de acción a seguir, y verificación de eficacia, cuando corresponda, y asignando las fechas máximas para dar cumplimiento a la ejecución de dichas etapas.		Líderes de los procesos	F-ES-GM-012 Acciones correctivas y/o de mejora
3	Realizar análisis de causas: cuando se trate de una acción correctiva es necesario realizar el análisis de causas, considerando la descripción registrada en la identificación y las evidencias presentadas. Se determina la causa raíz y las causas potenciales siguiendo alguna de las herramientas disponibles en el instructivo I-ES-GM-001 Herramientas para análisis de causas y registrarlas en la etapa de análisis de causas de la ocurrencia teniendo en cuenta que la causa raíz es única y permite determinar la medida correctiva apropiada. Cuando se trate de una acción correspondiente a un plan de tratamiento de riesgos o de una oportunidad de mejora, no se requiere realizar análisis de causas.		Líderes de los procesos. Equipo de apoyo	I-ES-GM-001 Herramientas para análisis de causas
4	Definir plan de acción: cuando las acciones correctivas disponen de un análisis de causas, es necesario establecer las actividades a realizar, orientadas a eliminar la causa raíz definida para la ocurrencia. En todos los casos, las actividades definidas son coherentes con el ciclo de mejora continua PHVA de tal manera que se evidencie su verificación y que su aplicación pueda ser ejecutada dentro del proceso. Las actividades definidas tendrán asignado un responsable y una fecha de inicio y fin que son determinadas considerando los imprevistos que puedan presentarse. Para el caso de las acciones correctivas se incluye una actividad asociada a la corrección correspondiente.		Líderes de los procesos. Equipo de apoyo	F-ES-GM-012 Acciones correctivas y/o de mejora
5	Aprobar plan de acción: una vez el plan de acción ha sido definido y registrado en F-ES-GM-012 Acciones correctivas y/o de mejora, se requiere que el líder del proceso, haga la aprobación de la planificación de tal forma que se garantice su pertinencia, conocimiento y respaldo, quedará aprobado mediante correo electrónico.		Líderes de los procesos	F-ES-GM-012 Acciones correctivas y/o de mejora
	Remitir formato diligenciado: el líder del proceso a cargo remite por correo			

6	electrónico a los responsables del SIG, todas las evidencias generadas una vez se haya gestionado el plan de mejoramiento, con el fin de incluir la información en la matriz. En el caso de que el plan de acción no haya sido eficaz, esta acción quedará en estado "Abierto" y se programará una nueva fecha de seguimiento.		Líderes de los procesos Contratista profesional SST. Contratista MIPG-SIG.	Correo electrónico con las evidencias.
7	Consolidar las acciones correctivas, y/o de mejora: mensualmente se realiza el consolidado reportado por los líderes de los procesos encargados de llevar a cabo las actividades derivadas del plan de mejoramiento en el formato F-ES-GM-012 Acciones correctivas y/o de mejora.		Contratista profesional SST. Contratista MIPG-SIG.	F-ES-GM-012 Acciones correctivas y/o de mejora
8	Verificar la eficacia del plan de acción: se efectúa el cierre de la acción correctiva y/o de mejora, resolviendo la etapa de verificación de eficacia respondiendo inicialmente si el plan de acción fue eficaz o no. Para la verificación de eficacia es necesario disponer de la información de: Evidencias Objetivas: datos y hechos que demuestran la existencia o veracidad de algo. Modo de Verificación: forma de revisar el cumplimiento del plan y las evidencias objetivas.		Contratista profesional SST. Contratista MIPG-SIG.	F-ES-GM-012 Acciones correctivas y/o de mejora
9	Socializar al Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) los resultados de la eficacia de las acciones tomadas de manera semestral. Esta información también será insumo para la Revisión por la Dirección anual que se realiza a todo el Sistema Integrado de Gestión (SIG).		Contratista profesional SST. Contratista MIPG-SIG.	Informes para el COPASST. Presentación para la Revisión por la Dirección.

7. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

N/A

8. LISTADO DE ANEXOS:

I-ES-GM-001 Herramientas para análisis de causas

F-ES-GM-012 Acciones correctivas y/o de mejora

F-ES-GM-013 Plan mejoramiento institucional

9. HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	RAZÓN DE LA ACTUALIZACIÓN
1	05/Abr/2018	
2	26/Abr/2023	Este procedimiento fue actualizado en: -Se agregó el Sistema Integrado de Gestión a la redacción del documento. -Se actualizaron: objetivo, alcance, roles y responsables, formato de matriz de acciones correctivas y/o de mejora, actividades a ejecutar. Elaboraron: Paula Tatiana Isaza (Contratista profesional de SST), Ditter Alfonso López (Contratista MIPG-SIG). Revisó: Ditter López (Contratista MIPG-SIG) Aprobó: Angela María Gómez Arteaga (Contratista Líder de Planeación).

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Administrador del sistema Cargo: Ninguno Fecha: 15/May/2023	Nombre: Ditter Alfonso López Ruiz Cargo: Contratista Profesional Planeación Fecha: 15/May/2023	Nombre: Ángela María Gómez Arteaga Cargo: Contratista Asesor Planeación Fecha: 18/May/2023

COPIA CONTROLADA