

1. OBJETIVO GENERAL DEL PROCEDIMIENTO:	Establecer los lineamientos para el tratamiento de las no conformidades y la gestión las oportunidades de mejora con el fin de minimizar el impacto generado por el incumplimiento de los requisitos establecidos en los Sistemas de Gestión implementados en la Entidad y promover la mejora continua del desempeño institucional.
2. ALCANCE	Aplica a todos los procesos de la Entidad. Inicia con la identificación de la situación no deseada o la oportunidad de mejora y finaliza con la verificación de la eficacia del plan de actividades correspondiente.
3. DEFINICIONES	<p><b>Acción correctiva:</b> Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad (3.6.2) detectada u otra situación no deseada. <b>NOTA 1</b> Puede haber más de una causa para una no conformidad. <b>NOTA 2</b> La acción correctiva se toma para evitar que algo vuelva a producirse, mientras que la acción preventiva se toma para prevenir que algo suceda.</p> <p><b>NOTA 3</b> Existe diferencia entre corrección y acción correctiva.</p> <p><b>Auditoria:</b> Es un proceso sistemático en el que se persigue conocer el grado de cumplimiento de los requisitos. Los incumplimientos detectados son documentados como "no conformidades".</p> <p><b>Hallazgo de auditoría:</b> Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría respecto frente a los criterios de auditoría. <b>Nota 1:</b> Los hallazgos de la auditoría indican conformidad o no conformidad. <b>Nota 2:</b> Los hallazgos de la auditoría pueden conducir a la identificación de oportunidades para la mejora o el registro de buenas prácticas. <b>Nota 3:</b> Si los criterios de auditoría no se refieren a procedimientos legales o normativos, los hallazgos de auditoría indican conformarse cumplimiento o no cumplimiento.</p> <p><b>Líderes de las subsecciones de Gestión:</b> Personas designadas a su cargo la dirección de cada sistema de gestión.</p> <p><b>No conformidad:</b> Un incumplimiento de un requisito de la norma, incumplimiento de un requisito legal o de cualquier requisito especificado en los procedimientos de nuestro sistema de gestión de la calidad referente a los productos o servicios que suministra nuestra organización.</p> <p><b>corrección:</b></p> <p><b>Oportunidad de mejora:</b> Diferencia detectada en la organización, entre una situación real y una situación deseada. La oportunidad de mejora puede afectar a un proceso, producto, servicio, recurso, sistema, habilidad, competencia o área de la organización. [Fuente: UNE 66178:2004, 3.2]</p> <p><b>Observación:</b> Es un hallazgo en el cual si existe un cumplimiento pero que en el futuro puede convertirse en un incumplimiento debido a cómo se está desarrollando una actividad, tarea o proceso concreto.</p> <p><b>Oportunidad de mejora:</b> es un hallazgo en el cual si existe un cumplimiento, pero a pesar de ello se determina, bajo criterios objetivos, que existe un margen de mejora para optimizar más una actividad, tarea o proceso concreto.</p> <p><b>SGSi:</b> Sistema de Gestión de Seguridad de la Información</p> <p><b>Incidente:</b> Un evento o serie de eventos de seguridad de la información no deseados o inesperados, que tienen una probabilidad significativa de comprometer las operaciones del negocio y amenazar la seguridad de la información.</p>

1. NORMATIVIDAD APLICABLE	<p>Decreto 1076 de 2015, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible.*</p> <p>Decreto 1076 de 2015, "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones"</p> <p>Decreto 1008 de 2018, "Por el cual se establecen los lineamientos generales de la política de Gobierno Digital y se sobrege el capítulo 1 del título 9 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1078 de 2015"</p> <p>Ley 1562 de 2012 y sus decretos reglamentarios: 1072 de 2015</p> <p>Resolución 312 de 2019, Por la cual se definen los estándares mínimos del SG-SST</p> <p>Normas Técnicas</p> <p>NTC-IE-ISO 27001:2013: Sistemas de gestión de la seguridad de la información.</p> <p>NTC ISO 9001:2015: Sistemas de Gestión de Calidad — Requisitos.</p>
2. POLITICAS DE OPERACION	<p>2.1 El análisis de causas nos debe llevar a identificar la raíz del problema y el agente generador;</p> <p>2.2 La evaluación de efectividad de las acciones correctivas es realizado por el GIT de Control Interno de acuerdo con la periodicidad definida por esta área</p> <p>2.3 Las acciones correctivas y oportunidades de mejora, se formularán para ser ejecutadas en un plazo máximo de un (1) año.</p>
4. CONDICIONES GENERALES	<p>3.1 Fuentes de acciones correctivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditorías internas y externas</li> <li>• Resultados de las evaluaciones de la medición de indicadores</li> <li>• Procesos o servicios no conformes</li> <li>• Análisis de los reclamos</li> <li>• Desempeño no conforme de los procesos</li> <li>• Evaluación no conforme de la satisfacción de los usuarios o grupos de interés</li> <li>• Visitas técnicas realizadas por la Secretaría Distrital de Ambiente</li> <li>• Gestión de Incidentes de seguridad de la información</li> <li>• Investigación de incidentes y accidentes de trabajo</li> </ul> <p>3.2 Fuentes de identificación de Oportunidades de mejora:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditorías internas y externas</li> <li>• Resultado de las sugerencias de usuarios, colaboradores u otras partes interesadas</li> <li>• Autoevaluaciones de los sistemas de gestión</li> <li>• Reportes de la situación de los sistemas</li> <li>• Oportunidades de mejora detectadas en la verificación de eficacia del cierre de las no conformidades</li> <li>• Visitas técnicas realizadas por la Secretaría Distrital de Ambiente</li> <li>• Revisiones a la Dirección a los sistemas de gestión</li> <li>• Revisiones del Ministerio de Tecnologías de la Información</li> <li>• Cambios en los métodos de trabajo</li> <li>• Reportes de incidentes o accidentes de trabajo</li> <li>• Reporte de condiciones de salud y/o de trabajo</li> </ul> <p>3.3 Herramientas para el análisis de causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagrama de Ishikawa o espina de pescado: Permite identificar, clasificar y poner de manifiesto posibles causas, tanto de problemas específicos como de características de calidad. Ilustra gráficamente las relaciones existentes entre un resultado dado (efectos) y los factores (causas) que influyen en ese resultado.</li> <li>• Metodología de los 5 por qué: Esta técnica requiere que se pregunte "por qué" al menos cinco veces, o se trabaje a través de cinco niveles de detalle. Una vez que sea difícil responder al "por qué", la causa más probable habrá sido identificada. (Fuente: Asociación Española para la Calidad)</li> </ul>

5. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO					
No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE DE REALIZAR LA ACTIVIDAD	PUNTO DE CONTROL	REGISTRO
1	Comprender la no conformidad, hallazgo o identificar la oportunidad de mejora	<p>Reconoce el problema, el requisito que se está incumpliendo y la evidencia de incumplimiento.</p> <p><b>NOTA 1:</b> En el caso de no conformidades originadas en auditorias, se puede aprovechar la reunión de cierre de la auditoria para hacer las preguntas y aclaraciones que permitan tener un buen entendimiento de las mismas.</p> <p><b>NOTA 2:</b> En el caso de los hallazgos generadas por entes de control: el GIT de Control Interno remite el informe a las áreas responsables y coordina las reuniones para el su análisis, conforme a la actividad N°. 1 del procedimiento "PD-ECI-06. Formulación y Seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional"</p>	Auditados o áreas involucradas	No aplica	No aplica
2	Analizar la no conformidad, hallazgo u oportunidad de mejora	<p>Revisa la situación no deseada, identifica el origen del problema, revisa si es una no conformidad relativa, las consecuencias que puede generar y decide si es necesario implementar acciones inmediatas de contención (corrección) y/o si se requiere implementar acciones correctivas para eliminar las causas de la no conformidad.</p> <p>Si la situación identificada corresponde a una no conformidad, continua con la siguiente actividad, si es una oportunidad de mejora pasa a la actividad N°.5</p> <p><b>NOTA:</b> Si las No conformidades provienen de entes de control o auditoria interna se diligencia el formato "ECI-FM-03. Plan de Mejoramiento" y continua en la actividad N.0.2 del procedimiento "PD-ECI-06. Formulación y Seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional"</p>	Auditados o áreas involucradas	No aplica	Formato "Formulación y seguimiento de acciones correctivas u oportunidades de mejora"
3	Determinar las causas del hallazgo o no conformidad	<p>Se identifican las causas de la no conformidad haciendo uso de cualquiera de las herramientas para la identificación la causa raíz de un problema: lluvia de ideas, los 5 porques, diagrama de pareto, espina de pescado entre otras.</p> <p><b>NOTA:</b> El formato para la formulación de acciones correctivas y oportunidades de mejora contiene la orientación para realizar el análisis de causas.</p> <p>En caso de requerir correcciones continua con la siguiente actividad, sino pasa a la actividad N°.5</p>	Auditados o área involucrada	No aplica	Formato "Formulación y seguimiento de acciones correctivas u oportunidades de mejora"
4	Implementar las correcciones	Procede a ejecutar acciones inmediatas para controlar la situación, con el fin de evitar que el problema y el impacto sea mayor.	Auditados o áreas involucradas	No aplica	Formato "Formulación y seguimiento de acciones correctivas u oportunidades de mejora"
5	Formular las acciones	<p>Conjuntamente entre las áreas involucradas se describen las acciones a implementar con el fin de subsanar el hallazgo, eliminar la causa de la no conformidad o resolver la situación potencial; así mismo se definen los responsables, plazos y recursos necesarios para su implementación.</p> <p><b>NOTA 1:</b> Si las No conformidades provienen de entes de control o auditoria interna se diligencia el formato "ECI-FM-03. Plan de Mejoramiento" y continua en la actividad N.0.3 del procedimiento "PD-ECI-06. Formulación y Seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional"</p> <p><b>NOTA 2:</b> Si las acciones a formular requieren recursos que implicuen contratación y tiempo superior a un (1) año, estas se pueden incluir en el Plan de Acción de la dependencia.</p>	Líder de proceso, profesionales designados de las áreas involucradas	No aplica	Formato "Formulación y seguimiento de acciones correctivas u oportunidades de mejora"

6	Revisar las acciones definidas	El líder del proceso revisa que la identificación de las causas y las acciones definidas sean pertinentes para resolver la situación o no conformidad identificada, que las acciones sean coherentes con la causa raíz del problema. Si esta conforme envía al GIT de Control Interno o a los líderes de los componentes del Sistema Integrado de Gestión (MPC-Calidad, Seguridad y Salud en el Trabajo, Seguridad de la información, Ambiental) según la competencia.	Líder de proceso		Formato "Formulación y seguimiento de acciones correctivas u oportunidades de mejora"
7	Implementar las acciones establecidas	Implementa las acciones de acuerdo con la planificación realizada, conservando las evidencias objetivas que permita la posterior verificación y comprobación de las correcciones aplicadas y la eliminación de las causas de la no conformidad.	Líder de proceso, profesionales designados de las áreas involucradas	No aplica	Evidencias objetivas de cumplimiento de la acción.
8	Realizar seguimiento a las acciones	Revisan que se hayan ejecutado las actividades planeadas para eliminar las causas de la no conformidad y que los resultados obtenidos sean los previstos. En caso que las acciones planificadas no hayan sido efectivas, se cierra la acción de mejora y se solicita establecer nuevas acciones. <b>Notificación: Iniciado nuevamente el procedimiento desde la actividad N° 2.</b> Si la acción es adecuada y correctamente implementada se cierra la no conformidad y se da por cumplido el plan de mejoramiento.  NOTA: Si las acciones corresponden a hallazgos de entes de control ver actividades N° 7 y 8 del Procedimiento "PD-ECI-05. Formulación y Seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional"	Audtores, Líderes de cada uno de los Subsistemas de Gestión		Formato "Formulación y seguimiento de acciones correctivas u oportunidades de mejora"
9	Actualizar los riesgos del proceso si fuese necesario	Identifica si el incumplimiento que genera la no conformidad evidencia la materialización de un riesgo, si lo es, se procede a actualizar la clasificación del riesgo y revisar los controles de acuerdo con lo establecido en la "Guía para la administración de riesgos de la ART"; si el riesgo no estaba identificado y controlado, se analiza conjuntamente con la oficina de planeación la necesidad de gestionarlo. Si el riesgo materializado es del componente de Seguridad y Salud en el Trabajo; se actualiza la matriz de peligros y riesgos de acuerdo con lo establecido en la La Guía Técnica Colombiana GTC 45 "Guía para la identificación de los peligros y la valoración de los riesgos en seguridad y salud ocupacional".	Líder de proceso, profesionales designados de las áreas involucradas	No aplica	No aplica
10	Realizar cambios al sistema de gestión si a ello hubiere lugar	Analiza si el tratamiento de la no conformidad requiere hacer adecuaciones a los sistemas de gestión, y procede de acuerdo con lo establecido en el procedimiento de Gestión del cambio.	Líderes de cada uno de los Subsistemas de Gestión, Jefe Oficina de Planeación	No aplica	No aplica
<b>6. PRODUCTO O SERVICIO QUE SE ENTREGA</b>		Acciones de mejoramiento implementadas			
<b>7. DOCUMENTOS ASOCIADOS</b>		<a href="#">1. Caracterización del proceso de Evaluación y Control Independiente</a> <a href="#">2. Formato para la formulación y seguimiento de acciones correctivas y oportunidades de mejora</a> <a href="#">3. Mapa de riesgos del proceso</a>			
<b>8. CONTROL DE CAMBIOS</b>					
VERSIÓN		FECHA	DESCRIPCIÓN DE LOS CAMBIOS		
1		17-06-2022	Versión inicial del documento.		
<b>Elaboró</b>					
Nombre: Mary Luz Arango Marisol Gutierrez/Miguel Angel Saavedra/Claudia Patricia Butragó/Freddy Alejandro Agusa/Yuli Andrea Paredes/	Nombre: María Victoria Pineda K. Cargo: Jefe Oficina de Planeación Fecha: Abril de 2022	Nombre: Gimena Melegaro P. Cargo: Coordinadora GIT de Servicios Administrativos Fecha: Abril de 2022	Nombre: Ofi Marmolejo Dueque B. Cargo: Coordinadora GIT de Talento Humano Fecha: Abril de 2022	Nombre: Sofía Salamanca B. Cargo: Jefe Oficina de Tecnologías de la Información-OTI Fecha: Mayo de 2022	Nombre: Vilma Coy Cruz Cargo: Jefe GIT de Control Interno Fecha: Mayo de 2022