**ANEXO 1 CORRECCIONES, CAUSAS Y ACCIONES CORRECTIVAS.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA** | | | **No.**  1 de 2 | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | X | No - Conformidad Mayor | Norma(s):  ISO 9001:2015 | Requisito(s): | |  | | |  | | |  |  | No - Conformidad Menor | 8.2.3.1. d) | | | | | |
| **Descripción de la no conformidad:**  La organización no ha asegurado la capacidad para cumplir los requisitos legales y reglamentarios aplicables al servicio de protección en el CBAM San Pedro Claver ubicado en la avenida caracas 1- 16 sur Localidad Antonio Nariño. | | | | |
| **Evidencia:**  El Centro de Bienestar para Adulto Mayor San Pedro Claver no cuenta con la habilitación de la SDS como centro de bienestar del anciano.  Vigilancia y Control de la SDS ha realizado 5 inspecciones sanitarias con enfoque de riesgo para instituciones de protección integral para la persona mayor con servicios de larga estancia desde febrero 2022 hasta el 4 de marzo 2024 con concepto desfavorable. Actas # Acta # 124511 y # 004068.  La certificación de la visita de inspección de Bomberos Acta # 2023-0036817- YHQSVPJ63G32052. Indica que No secumple con las condiciones de seguridad humana y sistemas de protección contra incendio de acuerdo con la ley 1572:2012. | | | | |
| **Corrección** | | **Evidencia de Implementación** | | **Fecha** |
| Formalizar ante el ente de control ICONTEC la solicitud para reducir el alcance del certificado, excluyendo al CBAM San Pedro Claver. | | Acta Reunión – Comité Institucional gestión y Desempeño | | 14/06/2024 |
| **Descripción de la (s) causas (s)**  (Por favor use este espacio para realizar el análisis de causa. Por ejemplo: porqués, espina de pescado, etc…).  **Porque 1:** Porque no cumple con los requisitos de habilitación sanitaria y de seguridad establecidos por la SDS.  **Porque 2:** Porque las instalaciones no cumplen con las condiciones de seguridad humana y sistemas de protección contra incendios, y las inspecciones sanitarias han sido desfavorables.  **Porque 3:** las instalaciones son patrimonio cultural, lo que limita la capacidad de realizar modificaciones necesarias para cumplir con los estándares actuales de seguridad y salubridad. | | | | |
| **Acción correctiva** | **Evidencia de Implementación** | | | **Fecha** |
| Evaluar las causas de la no conformidad y el incumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios y estimar acciones. | Acta Reunión – Comité Institucional gestión y Desempeño | | | 12/06/2024 |
| Redactar y enviar una carta formal emitida por la Gerencia General al ente de control ICONTEC solicitando la reducción del alcance del certificado, excluyendo al CBAM San Pedro Claver. | Carta Formal  Acta Reunión – Comité Institucional gestión y Desempeño | | | 13/06/2024 |
| Comunicar los cambios relacionados con la reducción del alcance a todos los procesos. | Comunicación electrónica interna (correo electrónico) | | | 14/06/2024 |

Nota: Es importante que la organización realice un buen análisis de causa para evitar que la no conformidad se repita y el plan de acción sea devuelto por el equipo auditor, por lo cual les sugerimos consultar la guía para la solución de no conformidades, disponible en la página web de Icontec.

Consulte la [*Guía para la solución de no conformidades*](https://www.icontec.org/wp-content/uploads/2019/08/DOC-Plan_accion_no_conformidad.pdf) en la página web de Icontec [www.icontec.org](http://www.icontec.org), en la ruta Nuestra Compañía – Documentos servicios – Evaluación de la Conformidad

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA** | | **No.**  2 de 2 | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | No - Conformidad Mayor | Norma(s):  ISO 9001:2015 | Requisito(s): | |  | | |  | | |  | X | No - Conformidad Menor | 9.1.1 | | | | |
| **Descripción de la no conformidad:**  La organización no evalúa la eficacia de los procesos de apoyo del sistema de gestión: inventario y almacén, informática y contractual, de acuerdo con lo establecido por la norma ISO 9001:2015. | | | |
| **Evidencia:**  Plan de acción inventario y almacén 2024 código FT-5020-01-01.01  Plan de acción informática 2024 código FT-5020-01-01.01  Plan de acción contractual 2024 código código FT-5020-01-01.01 | | | |
| **Corrección** | **Evidencia de Implementación** | | **Fecha** |
| Revisar y actualizar los planes de acción para 2024, estableciendo indicadores clave de eficacia, eficiencia y efectividad, y definiendo métricas de rendimiento específicas para cada proceso. | FT 5020-01-03.14  Seguimiento al plan de acción y plan departamental de desarrollo de cada uno de los procesos de apoyo | | 26/06/2024 |
| **Descripción de la (s) causas (s)**  (Por favor use este espacio para realizar el análisis de causa. Por ejemplo: porqués, espina de pescado, etc…).  **Porque 1:** Porque no existen procedimientos específicos ni indicadores definidos para evaluar la eficacia de los procesos de apoyo.  **Porque 2:** Porque durante la planificación del sistema de gestión de la calidad no se identificó la necesidad de estos procedimientos para los procesos de apoyo.  **Porque 3:** Porque la organización no realizó un análisis exhaustivo de todos los procesos de apoyo y su impacto en la calidad del sistema general. | | | |
| **Acción correctiva** | **Evidencia de Implementación** | | **Fecha** |
| Realizar un análisis exhaustivo de los procesos de apoyo (inventario y almacén, informática, contractual) para identificar los indicadores de eficacia, eficiencia y efectividad. | FT 5020-01-03.14  Seguimiento al plan de acción y plan departamental de desarrollo de cada uno de los procesos de apoyo | | 26/06/2024 |
| Incluir y definición los indicadores, métodos de medición, frecuencia de evaluación y responsables de cada actividad | FT 5020-01-03.14  Seguimiento al plan de acción y plan departamental de desarrollo de cada uno de los procesos de apoyo | | 26/06/2024 |
| Capacitar al personal involucrado en los procesos de apoyo sobre los nuevos indicadores y la importancia de evaluar la eficacia | Lista de asistencia | | 02/07/2024 |
| Auditoría Interna de Indicadores de Gestión y análisis de datos, según el resultado de esta auditoría se cerraría este plan de Acción. | Informe de Auditoria | | 30/12/2024 |