

NO CONFORMIDADES, ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

SISTEMA DE GESTIÓN SSOMA

INGENIERIA METALMECANICA ECKERDT GORDILLO ARGENTINA SRL

 CUIT: 30-71463934-6
 Av. Dr. Leandro N. Alem 696 - Campana (2804)
 info@i-mega.com.ar
 www.i-mega.com.ar
 Tel. +54 (11) 5272 1235 / 1236

TABLA DE REVISIONES

REV.	DESCRIPCION	FECHA	REALIZÓ	REVISÓ	APROBÓ
0	Emisión inicial	06/01/2024	PM	JAG	RRG
1	Cambio de código y correcciones de contenido	12/02/2026	JLM	JAG	RRG

REV.	DESCRIPCION	FECHA	REALIZÓ	REVISÓ	APROBÓ

INDICE

INDICE	2
1. OBJETO	2
2. ALCANCE	2
3. DEFINICIONES	2
4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA	3
5. RESPONSABILIDADES	3
6. DESARROLLO.....	4
7. REGISTROS ASOCIADOS.....	7
8. ANEXOS	7

1. OBJETO

Establecer la metodología para la identificación, registro, análisis, tratamiento, verificación de eficacia y cierre de las No Conformidades (NC) detectadas en el sistema SSOMA, y para la definición de Acciones Correctivas (AC) y Acciones Preventivas (AP) que eliminen sus causas raíz y prevengan recurrencia.

Este procedimiento se aplica de manera coordinada con el procedimiento equivalente del sistema de Calidad 9001-26-INT-Q-PR-XXX (NC y AC). Ambos comparten el registro de NC/AC/OM y se mantienen alineados en flujo, criterios y terminología. El instructivo de nomenclatura común es 9001-26-INT-Q-IN-101.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica al alcance definido en el Manual SSOMA 1000-26-INT-S-MA-001, que cubre la totalidad del grupo (I-MEGA Ingeniería Metalmecánica S.R.L. y AMG Consultores S.A.).

Comprende NC originadas en investigaciones de incidentes, auditorías internas y externas, inspecciones de seguridad, evaluaciones de cumplimiento legal, observaciones del personal o de clientes, y revisiones por la dirección.

3. DEFINICIONES

Aplican las definiciones de la sección 5 del Manual SSOMA. Adicionalmente:

No Conformidad (NC): incumplimiento de un requisito establecido en el sistema, en procedimiento, en instrucción, en requisito legal o de cliente.

Acción Correctiva (AC): acción tomada para eliminar la causa raíz de una NC detectada y evitar su recurrencia.

Acción Preventiva (AP): acción tomada para eliminar la causa de una NC potencial.

Oportunidad de Mejora (OM): sugerencia para mejorar más allá del cumplimiento del requisito.

Causa raíz: deficiencia sistémica que origina la NC.

Contención: acción inmediata para limitar el efecto del incumplimiento; no resuelve la causa.

4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

ISO 45001:2018 cláusula 10.2.
 ISO 14001:2015 cláusula 10.2.
 ISO 9001:2015 cláusula 10.2 (referencial — sistema Calidad).
 IRAM 3800 (referencial).
 Manual SSOMA 1000-26-INT-S-MA-001.
 1000-26-INT-S-PR-004 Investigación de Incidentes.
 1000-26-INT-S-PR-005 Auditorías Internas.
 1000-26-INT-S-PR-003 Control de Documentación.

5. RESPONSABILIDADES

5.1. ROLES PRINCIPALES

Rol	Responsabilidad
Detector de la NC	Cualquier persona (empleado, supervisor, cliente, auditor) registra la NC en el formato vigente.
Responsable del Proceso/Sector afectado	Participa del análisis de causa raíz, define las acciones, ejecuta y aporta evidencia objetiva.
Responsable SSOMA	Gestiona el registro, asegura el análisis de causa raíz con técnica adecuada, hace seguimiento, verifica eficacia y firma el cierre.
Dirección	Aprueba el plan de acción cuando la NC es de impacto significativo o requiere recursos, y revisa los indicadores en la Revisión por la Dirección.
Auditor (interno o externo)	Levanta NC durante la auditoría con redacción objetiva, evidencia y requisito incumplido identificado.

5.2. MATRIZ DE RESPONSABILIDAD POR ETAPA

Etapa	Detector	Responsable de Proceso	de	Responsable SSOMA	Dirección
Detección y registro	R	C	I	I	I
Contención inmediata	I	R	C	I	I
Análisis causa raíz	C	R	A	I	I
Definición de acciones	I	R	A	C	I
Ejecución	I	R	C	I	I
Verificación de eficacia	I	C	R	I	I
Cierre	I	C	R	I	I
Aprobación de NC mayor	I	C	R	A	I

R = Responsable · A = Aprueba · C = Consulta · I = Informado.

6. DESARROLLO

6.1. CLASIFICACIÓN DE HALLAZGOS

Tipo	Definición	Ejemplo SSOMA	Plazo objetivo de cierre
NC mayor	Incumplimiento sistémico, ausencia total de un requisito, riesgo grave inminente o reiteración de NC menor sin acción eficaz.	Ausencia de IPER en una obra activa. Personal trabajando en altura sin permiso ni habilitación.	≤ 60 días corridos
NC menor	Incumplimiento puntual de un requisito sin afectar la integridad del sistema.	Una planilla sin firma del responsable. Demora en cierre de manifiesto.	≤ 30 días corridos
Observación	Desvío incipiente o riesgo potencial sin incumplimiento consumado.	Señalización deteriorada pero legible.	≤ 45 días corridos
Oportunidad de Mejora (OM)	Sugerencia para mejorar más allá del cumplimiento.	Digitalizar planillas que hoy son manuales.	Sin plazo obligatorio (planificación)

Toda NC mayor obliga a comunicación a la Dirección dentro de las 24 h hábiles desde su detección.

6.2. ETAPAS DEL PROCESO

#	Etapas	Salida esperada	Plazo desde detección
1	Detección	Hallazgo identificado con evidencia y requisito incumplido.	t = 0
2	Registro	NC cargada en registro común SSOMA/Calidad con número correlativo.	≤ 48 h
3	Contención inmediata	Efecto contenido, no recurrencia del incidente inmediato.	≤ 24 h
4	Análisis de causa raíz	Causas inmediatas, básicas y raíz identificadas con técnica formal.	≤ 7 días (NC mayor: ≤ 5 días)
5	Plan de Acción Correctiva	Acciones, responsables, plazos, indicadores definidos y aprobados.	≤ 10 días (NC mayor: ≤ 7 días)
6	Difusión	Plan comunicado al personal involucrado, contratistas o clientes según corresponda.	≤ 5 días desde aprobación
7	Ejecución	Acciones implementadas con evidencia objetiva archivada.	Conforme plazo del plan
8	Verificación de eficacia	Confirmación de eliminación de la causa raíz y de no recurrencia.	30 a 90 días post implementación
9	Estandarización	Documentación, capacitación y registros actualizados.	Antes del cierre
10	Cierre	NC firmada, archivada y reportada en indicadores.	Tras verificación positiva

6.3. PLAZOS POR TIPO DE NC

Tipo	Análisis causa	Definición de plan	Implementación	Verificación eficacia	Cierre total
NC mayor	≤ 5 días	≤ 7 días	≤ 45 días	30 a 60 días post implementación	≤ 60 días corridos
NC menor	≤ 7 días	≤ 10 días	≤ 20 días	30 días post implementación	≤ 30 días corridos
Observación	≤ 10 días	≤ 15 días	≤ 30 días	Verificación documental	≤ 45 días corridos
OM	A criterio	Planificación anual	Conforme planificación	Conforme planificación	Sin plazo obligatorio

6.4. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ

El Responsable SSOMA selecciona la técnica adecuada según el tipo y complejidad del hallazgo:

Técnica	Cuándo aplicarla	Salida típica	Ventaja	Limitación
5 Por qué	NC menor, hallazgo con cadena causal simple.	Cadena de 4 a 6 niveles de "por qué".	Rápida, no requiere formación avanzada.	Riesgo de sesgo si la usa una sola persona.
Ishikawa (espina de pescado)	NC con múltiples factores: persona, máquina, método, medio ambiente, medición (6M).	Diagrama 6M con factores agrupados.	Visualiza causas paralelas; ideal para taller en grupo.	No prioriza, debe combinarse con 5 por qué.
Árbol de causas (incidentes)	Investigación de incidente conforme 1000-26-INT-S-PR-004. NC originada en incidente.	Diagrama lógico de hechos y causas.	Trazabilidad cronológica de hechos.	Requiere entrenamiento del facilitador.
Análisis de barreras	Cuando se sospecha falla de control existente.	Mapa de barreras previstas vs. que fallaron.	Identifica controles ausentes o ineficaces.	Necesita modelo de barreras documentado.
Pareto	NC recurrentes para priorizar causa dominante.	Diagrama 80/20 con causas ordenadas.	Identifica concentración.	Requiere histórico cuantitativo.

La aplicación de la técnica queda registrada como parte del expediente de NC. Para todo incidente con potencial alto se aplica obligatoriamente árbol de causas.

6.5. DEFINICIÓN DE ACCIONES

Para cada causa raíz se define al menos una Acción Correctiva. Cada acción debe contener:

Campo	Contenido
Descripción de la acción	Acción concreta y verificable, no enunciado de intención.
Responsable de ejecución	Nombre y cargo.
Recursos requeridos	Económicos, humanos, materiales.
Plazo de implementación	Fecha calendario.
Indicador de eficacia	Métrica concreta a medir post implementación.
Criterio de cierre	Valor del indicador que confirma eficacia.

Las acciones se toman sobre las causas, no sobre los efectos. Para situaciones potenciales no consumadas se define Acción Preventiva con la misma estructura. Para mejoras voluntarias se registra Oportunidad de Mejora sin obligatoriedad de implementación.

6.6. DIFUSIÓN, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO

El Responsable SSOMA comunica el plan de acción al personal involucrado, asegurando comprensión. Cuando la NC involucra a proveedores, contratistas o clientes, se les notifica formalmente la acción a implementar.

El responsable de la acción ejecuta en el plazo y archiva la evidencia. El Responsable SSOMA hace seguimiento mediante el Registro de Seguimiento de NC (compartido SSOMA/Calidad). Si el progreso no es el esperado, se ajusta el plan y se documenta el motivo.

6.7. VERIFICACIÓN DE EFICACIA

Una vez cumplido el plazo de implementación se verifica con evidencia objetiva:

- Si la acción se implementó completamente.
- Si la NC no recurrió en el período de observación.
- Si las causas raíz fueron efectivamente eliminadas.

Si la verificación es positiva, se procede al cierre. Si es negativa, se reabre el análisis y se redefinen acciones. Una NC reabierto en dos ocasiones se escala a la Dirección.

6.8. ESTANDARIZACIÓN Y CIERRE

Cuando la acción evidencia la necesidad de modificar procedimientos, instructivos o registros, el Responsable SSOMA gestiona los cambios documentales conforme 1000-26-INT-S-PR-003 y la capacitación correspondiente.

El Responsable SSOMA firma el cierre del registro de NC con fecha, anexa la documentación de soporte (evidencias de implementación, registros de capacitación, modificaciones documentales) y actualiza el registro de seguimiento.

6.9. INDICADORES DE GESTIÓN DE NC

Se reportan mensualmente, son entrada de la Revisión por la Dirección (1000-26-INT-S-PR-006):

Indicador	Fórmula	Meta	Frecuencia
NC abiertas en plazo	NC vigentes con plazo no vencido	Análisis de tendencia	Mensual
NC fuera de plazo al cierre del mes	NC vigentes con plazo vencido	0	Mensual
Tiempo medio de cierre NC menor	Promedio de días entre detección y cierre	≤ 30 días	Mensual
Tiempo medio de cierre NC mayor	Promedio de días entre detección y cierre	≤ 60 días	Mensual
% eficacia verificada	AC con verificación positiva / AC implementadas	≥ 90 %	Trimestral
NC por fuente	Distribución por origen (auditoría, incidente, inspección, cliente)	Análisis de tendencia	Trimestral
NC por área	Distribución por sector responsable	Análisis de concentración	Trimestral
NC reabiertas	Cantidad de NC reabiertas tras verificación negativa	≤ 5 % del total cerrado	Trimestral
Tasa de recurrencia	NC del mismo tipo en 12 meses	Tendencia decreciente	Anual

CODIGO	1000-26-INT-S-PR-019
REVISION:	1
FECHA	12/02/2026

7. REGISTROS ASOCIADOS

Registro de NC, Acciones Preventivas y Correctivas — formato compartido SSOMA/Calidad (código a definir conforme 9001-26-INT-Q-IN-101).

Registro de Seguimiento de NC-AC-OM — formato compartido SSOMA/Calidad (código a definir).

Informe de Investigación de Incidentes — 1000-26-INT-S-RG-016 cuando aplica.

Estos registros son comunes a SSOMA y Calidad; la trazabilidad por sistema se preserva mediante el campo de origen y la clasificación del hallazgo.

8. ANEXOS

Anexo I: flujograma del proceso de NC.

Anexo II: criterios para diferenciar AC, AP y OM.

Anexo III: plantillas de 5 por qué e Ishikawa.