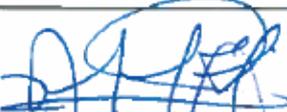




Cerro Verde

PROCEDIMIENTO MANEJO DE NO CONFORMIDADES Y OTROS HALLAZGOS

Código:	SGlpr0006	
Versión N°:	07	
Fecha de Elaboración:	24/08/2007	
Elaborado por:	Comité Técnico	
ACTUALIZADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Firma: 	Firma: 	Firma: 
Firma: 	Firma: 	
Firma: 	Firma: 	
Fiorella Zegarra Supervisor de Gestión Salud y Seguridad	Johanna Illanes Gerente de Medio Ambiente	Derek Cooke Presidente SMCV
Rodrigo Callenes Supervisor Medio Ambiente	Marco Cespedes Gerente de Salud y Seguridad	
José Quezada Coordinador ISO 9001	Javier Guevara Gerente de Servicios Técnicos	
Fecha: 10-07-2017	Fecha: 13-07-2017	Fecha: 20-07-2017

CONTENIDO

1.	OBJETIVO(S)	3
2.	ALCANCE.....	3
3.	RESPONSABLES.....	3
4.	DEFINICIONES Y ABREVIATURAS	3
	4.1. DEFINICIONES	3
	4.2. ABREVIATURAS	4
5.	DESCRIPCIÓN	4
5.1.	Identificación de Hallazgos.....	4
5.2.	Clasificación de Hallazgos.....	5
5.3.	Tratamiento de los hallazgos.....	6
5.4.	Seguimiento de hallazgos.....	7
6.	DOCUMENTOS DE REFERENCIA.....	8
7.	REGISTROS	8
8.	ANEXOS Y FORMATOS.....	8
8.1.	Anexos	8
8.2.	Formatos.....	8
9.	CONTROL DE CAMBIOS	8

1. OBJETIVO(S)

Establecer los lineamientos para el manejo de las no conformidades y otros hallazgos identificados dentro del alcance de los sistemas de gestión que conforman el SGI.

2. ALCANCE

El presente procedimiento aplica a las no conformidades y otros hallazgos identificados dentro del alcance de los sistemas de gestión que conforman el SGI.

3. RESPONSABLES

- Responsables de área usuaria
- Auditores Internos.
- Comité Técnico.
- Personal de SMCV.

4. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

4.1. DEFINICIONES

- **Acción correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.
- **Acción mitigadora:** Conjunto de medidas inmediatas tomadas para minimizar impactos ambientales, consecuencias de SSO y calidad.
- **Acción preventiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.
- **Auditoría:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener “evidencias de la auditoría” y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría. Las auditorías pueden ser de dos tipos auditoría interna o externa.
- **Auditoría interna:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría del sistema de gestión ambiental, de seguridad y salud ocupacional y calidad fijado por la organización. Denominada también como auditoría de primera parte, se realiza por personal que pertenece a la propia organización, o bien por personas externas que actúan con procedimientos de la propia organización.
- **Constatación:** Evidencia de falla en la sistemática del requisito establecido.
- **Coordinador:** cuando se mencione al coordinador se refiere al responsable de los sistemas de Gestión de Calidad, Gestión Ambiental, Gestión de Responsabilidad Social o Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional, según corresponda.
- **Corrección:** Acción tomada para eliminar una observación.
- **Criterio de auditoría:** Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencia para llevar a cabo una auditoría.
- **Eficacia:** Grado en que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

- **Evidencia objetiva:** Es aquella que identifica la falla en la sistemática del requisito establecido, por ejemplo un documento, registro, personal entrevistado, u otro.
- **Hallazgo:** Resultado de la evaluación de evidencia recopilada (de auditorías, actividades diarias, revisión del SGI, reporte de incidentes, entre otros) frente a los criterios de auditoría.
- **No conformidad potencial:** Incumplimiento de un requisito, que de no tomar acción, podrían convertirse en una no conformidad real. La no conformidad se relaciona con los requisitos de las Norma Internacionales ISO 14001, ISO 9001 y OHSAS 18001, y con los requisitos adicionales de los sistemas de gestión establecidos por la organización.
- **No conformidad real:** Incumplimiento de un requisito de las Norma Internacionales ISO 14001, ISO 9001 y OHSAS 18001, y con los requisitos establecidos por los sistemas de gestión de la organización.
- **Observación:** Desviación aislada o de menor magnitud a los requisitos de los Sistemas de Gestión y/o de las Normas Internacionales ISO 14001, ISO 9001 y OHSAS 18001 que no constituyen una no conformidad.
- **Recomendación:** Propuesta de mejora en un proceso, actividades, productos o servicios.
- **Referencia Normativa:** Requisito afectado de los criterios de auditoría (Norma involucrada y documentos relacionados).
- **Responsable de área usuaria:** Gerente, Superintendente ó Jefe del área usuaria.
- **Solicitud de Acción Correctiva (SAC):** Tipo de Registro para documentar una No Conformidad Real y que afecta a un requisito completo o parcial de la norma aplicable.

4.2. ABREVIATURAS

- **SMCV** : Sociedad Minera Cerro Verde S.A.A.
- **RAU** : Responsable de área usuaria.
- **NC** : No Conformidad.
- **SGSSO** : Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional
- **SGA** : Sistema de Gestión Ambiental
- **SGC** : Sistema de Gestión de la Calidad

5. DESCRIPCIÓN

5.1. Identificación de Hallazgos

Se pueden identificar hallazgos durante:

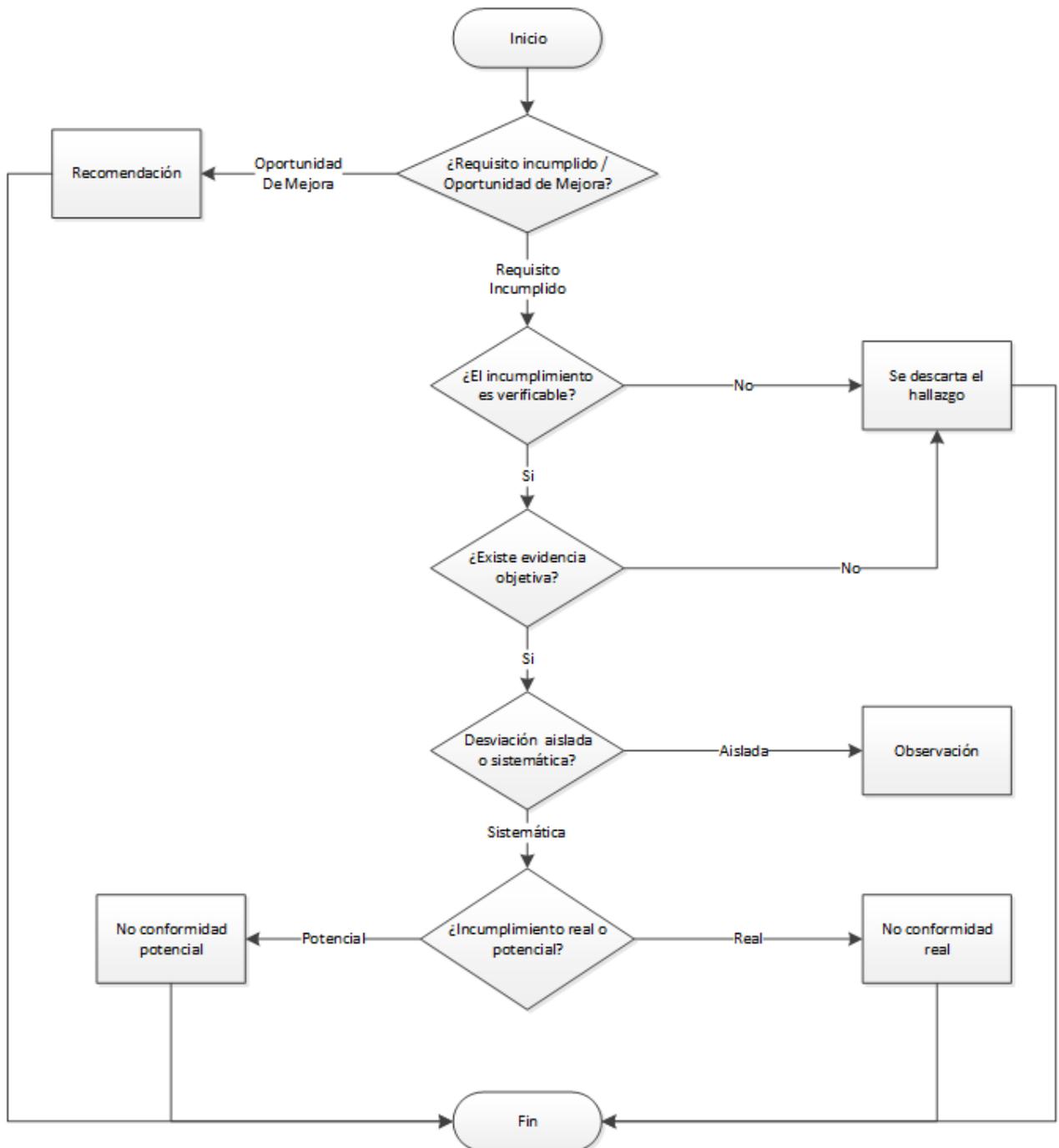
- Auditorías internas
- Auditorías externas
- Incidentes
- Inspecciones programadas o inopinadas
- Revisiones de los Sistemas
- Verificación de actividades del SGI
- Quejas de partes interesadas o clientes
- Fiscalizaciones, entre otros.

La persona que identifica el hallazgo lo comunica al Comité Técnico (Responsable del sistema involucrado), para que evalúe si corresponde registrarlo en el formato “*Registro de Hallazgos*” y determine su clasificación.

5.2. Clasificación de Hallazgos

Para la clasificación de los hallazgos el Comité Técnico emplea el Diagrama N° 1:

Diagrama N° 1 – Clasificación de hallazgos



Registro de Hallazgos

Luego de verificar el hallazgo, el Comité Técnico completa el formato "*Registro de Hallazgos*" empleando la siguiente codificación:

XXX_YYY-zzz-año

Dónde:

- XXX = Corresponde al tipo de hallazgo: SAP, Solicitud de acción preventiva (No conformidad potencial); SAC, Solicitud de acción correctiva (No conformidad real); REC, Recomendación; OBS, Observación.
- YYY = Indica que las siglas del Sistema de Gestión al que corresponde el hallazgo.
- Zzzz = Números correlativos iniciando de 001
- Año = año en el que se detectó el hallazgo

El Coordinador asigna al auditor de seguimiento y notifica al Responsable del Área Usuaría (RAU) para su aprobación y/o consideraciones.

Nota 1.- El registro de observaciones no es obligatorio, cada sistema de gestión puede determinar la forma de realizar el seguimiento a las correcciones que se requieran.

5.3. Tratamiento de los hallazgos

a) Presentación de consideraciones

Una vez recibida la notificación de la creación del registro de hallazgo, el RAU realiza la revisión, y registra sus consideraciones en caso de tenerlas.

El Coordinador analiza la evidencia presentada para sustentar las consideraciones y redacta su aceptación o negativa a la consideración realizada por el área. En caso el coordinador acepte la consideración, el hallazgo puede darse por cerrado o realizarse cambios en el formato que se requieran. En ambos casos se comunica al RAU y Auditor de Seguimiento.

b) Análisis de causa raíz

El RAU convoca al Equipo de Investigación conformado por el Coordinador del Sistema involucrado, Auditor interno de acuerdo al [Listado de Auditores Internos SMCV \(SGIpr0010 Auditorías del SGI\)](#) y otro personal que se requiera para la investigación.

El Equipo de Investigación realiza el análisis de la causa de la no conformidad real o potencial, para ello se puede utilizar diferentes metodologías dependiendo del tipo de hallazgo.

Cuando se investiga no conformidades potenciales, se debe tener en cuenta, que aún no se ha dado el incumplimiento, por lo tanto, la redacción de la causa raíz debe estar claramente orientada al control del "riesgo" de incumplimiento.

Para el Sistema de Seguridad y Salud Ocupacional OHSAS 18001 **en los casos** en los que una AC/AP identifique peligros nuevos o modificados o si es necesario implementar medidas de control nuevos o modificar los existentes, se realiza una evaluación del riesgo previa a la implementación para ello utiliza la metodología establecida en los procedimientos [SSOpr0001](#)

Identificación de Peligros, Evaluación y Control de Riesgos, SSOPr0002 Identificación de Peligros, Evaluación y Control de Riesgos de Salud Ocupacional, SGIpr0008 Identificación Potenciales Emergencias y Eventos de Crisis y **de ser necesario** revisa las matrices producto de la aplicación de los procedimientos antes mencionados. Cualquier AC/AP debe ser adecuada a la magnitud de los problemas y acorde con los riesgos para la SSO identificados.

Nota 2.- Las recomendaciones y observaciones no requieren de análisis de causa raíz.

c) Establecimiento de acciones

El RAU se asegura de que se establezcan la(s) acción(s) mitigadora(s) / corrección(es) y acciones a tomar, acción(es) preventiva(s) o correctiva(s), donde se establece(n) la(s) actividad(es) a realizar así como el(los) responsable(s) y plazo(s) para su cumplimiento. La(s) acción(s) mitigadora(s) / corrección(es) pueden implementarse antes de realizar la investigación de la causa.

El Coordinador evalúa si la(s) acción(es) propuesta(s) cumplirá(n) con la eliminación de las causas de la no conformidad, implementar la recomendación o corregir las observaciones detectadas, caso contrario, se establece en coordinación con el RAU y el auditor de seguimiento las nuevas acciones.

Una vez identificados los planes de acción, se registran el formato "*Registro de Hallazgos*" para su seguimiento.

5.4. Seguimiento de hallazgos

a) Verificación de planes de acciones

El RAU debe asegurar que las evidencias y comentarios acerca del cierre de las acciones sean enviados al Auditor interno de seguimiento para su validación.

En caso que el área no pueda cumplir con las acciones según las fechas establecidas, el RAU solicita al Auditor de Seguimiento la ampliación de los plazos, adjuntando la justificación. La ampliación de las fechas y la justificación del incumplimiento de las acciones propuestas se registran en los registros de seguimiento del hallazgo.

Si a pesar de la ampliación del plazo de cumplimiento de las acciones establecidas, el Auditor de Seguimiento verifica que dichas acciones no han sido ejecutadas, se comunica al coordinador, para que este evalúe su tratamiento, pudiendo establecerse un nuevo hallazgo con una categoría mayor a la inicial a la Gerencia del área involucrada, por ejemplo, una recomendación o no conformidad potencial puede convertirse en una no conformidad real.

b) Verificación de la eficacia y cierre de hallazgos

Una vez verificado el cumplimiento de los planes de acción, el Auditor de Seguimiento coordina con el RAU la fecha para realizar la revisión de la eficacia de las acciones propuestas y genera la actividad "Verificación de la Eficacia" en el registro correspondiente.

Si durante la revisión de la eficacia el Auditor de Seguimiento comprueba que las acciones no son eficaces, registra este hecho y comunica al coordinador del sistema Involucrado para el análisis respectivo.

El coordinador indica el tratamiento a seguir, pudiendo ser: la ampliación de fecha, apertura de un nuevo hallazgo u otros que se considere necesarios.

En caso que la revisión de la(s) acción(es) correctiva(s) / preventiva(s) propuesta(s) son eficaces, el Auditor de Seguimiento registra este hecho y cierra el hallazgo.

Nota 3.- Para el cierre de recomendaciones u observaciones no se requiere la verificación de la eficacia.

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Cláusula 4.5.3.2 de la Norma OHSAS 18001:2007
- Cláusula 4.5.3 de la Norma ISO 14001:2015
- Cláusula 10.2 de la Norma ISO 14001:2015 e ISO 9001:2015.
- Cláusula 8.5.2 y 8.5.3 de la Norma ISO 9001:2015

7. REGISTROS

Nombre del Registro	Responsable del Control	Tiempo mínimo de Conservación
Registros de hallazgos y planes de acción	Responsables de área usuaria. Coordinador.	Permanente (SharePoint del SGI)

8. ANEXOS Y FORMATOS

8.1. Anexos

- No aplica

8.2. Formatos

- Formato N° 1 – Registro de Hallazgos (Disponible en el sitio SharePoint del SGI)

9. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Descripción de Cambios	Fecha
07	<ul style="list-style-type: none"> • Se actualizó el formato del documento de acuerdo al procedimiento SGIpr0001 Control de la Información Documentada versión 01 de julio 2016. • Se elimina la definición Auditoría Externa. • Se agregó el Diagrama N° 1 – Clasificación de hallazgos • Se agregó las “Observaciones” a los tipos de hallazgos • Se cambió el nombre del documento de “SGIpr0006 Manejo de No Conformidades” a “SGIpr0006 Manejo de No Conformidades y Otros Hallazgos” • Se cambia el nombre del formato “Registro SAC-SAP-REC” por Registro de Hallazgos. • Se modificó los documentos de referencia Norma ISO 14001: 2009 por ISO 14001: 2015 y Norma ISO 9001: 2008 por ISO 9001:2015. • Se eliminaron los Anexos: Anexo N°2 Recomendaciones, Anexo N° 3 Relación de Solicitudes de acción correctiva y preventiva. Anexo N° 4 Llenado del formato Solicitud de Acción Correctiva/ Preventiva SAC-SAP. 	Julio 2017

Versión	Descripción de Cambios	Fecha
06	<ul style="list-style-type: none"> • Se cambió la estructura del documento • Se retiró el Anexo N° 4: Guía para determinación de causa raíz. • Se cambió el formato "Relación de Solicitudes de Acción Correctiva y Preventiva" 	Junio 2012
05	<ul style="list-style-type: none"> • En el ítem 4.1 se aclara las definiciones de No Conformidad Real y No Conformidad Potencial. Así mismo, se incluye le definición de Recomendación. • En el ítem 5.1.2 se cambia el término "pudiendo usar" a "para ello utiliza el formato "Relación de Solicitudes de Acción Correctiva y Preventiva" (Anexo N° 3). • En el ítem 5.1.3 se incluye que el Coordinador asigna al auditor de seguimiento y envía una copia de la SAC-SAP al auditor designado. • En el ítem 5.2.2 se incluye que el Coordinador analiza la evidencia de la consideración realizada por el área donde se detectó la no conformidad. Así mismo, se cambia el término SAC-SAP queda sin efecto por SAC-SAP "cerrada". • En el ítem 5.2.4 se aclara que el Coordinador convoca al Equipo de Investigación. Así mismo, se corrige se incluye al RAU como parte del equipos de investigación, se retira Auditor de Seguimiento y se reemplaza por Auditor miembro del equipo auditor u otro personal que se identifique como necesario para la investigación. • Se incluye el ítem 5.3.6 El auditor de seguimiento o el auditor asignado para el seguimiento a la verificación del cumplimiento de las acciones establecidas deberán realizar el seguimiento a la eficacia de las mismas. • Se retira el ítem 5.4 Otros Hallazgos y se incluye el ítem 5.4 Recomendaciones. • En el ítem 7 se retira el registro Otros Hallazgos y se incluye el registro Recomendaciones. • En el ítem 8 se modifica el Anexo N° 1: Solicitud de Acción Correctiva / Preventiva SAC-SAP. • En el Anexo 2 se modifica el punto 11 según la actualización del Anexo 1 Formato Solicitud de Acción Correctiva / Preventiva SAC-SAP. • En el Anexo 2, punto 16 se incluye "Así mismo, se coloca el nombre y firma del Auditor de Seguimiento". • En el Anexo 2 se incluye el punto 17 el cual indica "El Auditor de Seguimiento registra el(los) seguimiento(s) de la verificación de las acciones mitigadoras según corresponda, se coloca la fecha que realizo dicho seguimiento y estado de éstas según corresponda". • En el Anexo 2, punto 18 se retira "se coloca el nombre del responsable (auditor)" y se modifica a "se coloca la fecha que realizó dicho seguimiento y estado de éstas según corresponda". Así mismo se retira "Se coloca el nombre y firma del Auditor de Seguimiento". • En el Anexo 2, punto 20 se retira "el nombre del responsable (auditor) y en el punto 20 se incluye Nota: Se considera SAC-SAP cerrada cuando se ha revisado la eficacia de las acciones tomadas y estas han eliminado las causas de la no conformidad real o potencial. • En el Anexo 4 se modifica el Objetivo de la "Guía de determinación de Causa Raíz" retirándose de éste a las observaciones y se incluye a las recomendaciones. • En el ítem 8 se retira el Anexo 5 "Otros Hallazgos" y se incluye el Anexo 5 "Recomendaciones". 	20/10/2010
04	<ul style="list-style-type: none"> • En el ítem 4.1 se incluyó las definiciones de: Constatación, Evidencia objetiva y Referencia Normativa. • En el ítem 5.1.1 se incluyó la metodología que se podrá utilizar para determinar o clasificar una No Conformidad Real o Potencial. • Se adicionó el ítem 5.4 Identificación de Otros Hallazgos. • En el ítem 7 se adicionó el registro "Otros Hallazgos". • En el ítem 8 se adicionó el anexo N° 05 "Otros Hallazgos". 	14/04/2010

Versión	Descripción de Cambios	Fecha
03	<ul style="list-style-type: none"> • En el ítem 1 se aclaró el objetivo del procedimiento • En el ítem 4.1 se modificó la definición de “Acción mitigadora”, se adicionó las definiciones de: Corrección, Criterio de Auditoría, Eficacia, Coordinador, Gravemente • Cambios realizados en este Documento • En el ítem 4.2 se adicionó la sigla SAP, AC/AP • En el ítem 5, se adicionó los ítems: 5.1 Identificación de la No Conformidad, 5.2 Tratamiento de la No Conformidad, 5.3 Verificación de las Acciones Tomadas. • En el ítem 5 se modificó el término “Coordinador según norma” por “Coordinador” en todo el procedimiento • En el ítem 8, se modificó el Anexo N° 1: Solicitud de Acción Correctiva / Preventiva SAC-SAP • En el ítem 8, se adicionó el Anexo N° 2: Llenado del formato Solicitud de Acción Correctiva /Preventiva SAC-SAP 	03/09/2009
02	<ul style="list-style-type: none"> • Ítem 3. se aclaran quienes son los responsables. • Ítem 4.1, se aclaran algunas definiciones tales como: auditoría, no conformidad, potencial no conformidad, acción preventiva entre otros. • Ítem 4.2, se retiran las abreviaturas referidas a los coordinadores. • Se incluye el Ítem 5.1: Disposiciones Generales. • En el ítem 5.2 “Llenado y Seguimiento del Formato SAC”, se aclara que los sistemas relacionados con los hallazgos son: Medio Ambiente, Salud & Seguridad y Calidad, retirándose al Sistema de Calidad de Laboratorio Químico. • En el ítem 5.2 de este procedimiento se aclara que en el formato SAC (ítem 2) se identifica al área a la que corresponde la NC u observación. • En el ítem 5.2, se actualiza la versión de la Norma ISO 9001:2008. • En el ítem 5.2 de este procedimiento se aclara que en el formato SAC (ítem 12) si se trata de una observación continúa el llenado en el ítem 16 de dicho formato SAC (Determinación de la causa). • En el ítem 5.2 de este procedimiento (ítem 20) se agrega que se puede abrir una no conformidad mayor, debido a un incumplimiento de las actividades después de un plazo de ampliación. 	04/03/2009.