



### 1. Propósito.

Establecer los criterios para determinar e implementar acciones preventivas y correctivas, a fin de eliminar no conformidades u observaciones así como sus causas, y para asegurar que no vuelvan a ocurrir y prevenir su ocurrencia; de acuerdo con los requisitos que señala la norma ISO 9001 versión vigente en los apartados 8.5.2 y 8.5.3.

### 2. Alcance.

Aplica a los procesos que conforman el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad.

### 3. Políticas de Operación.

3.1.- Las acciones correctivas y preventivas pueden surgir a partir del análisis de causa de las No Conformidades y Observaciones detectada a través de:

- Auditorías internas y externas.
- Fuera de auditoría:
  - Resultado de desempeño de los procesos (Objetivos/indicadores)
  - Resultado de la satisfacción al cliente
  - Producto o servicio no conforme.

3.2.- El Proceso que tiene una No conformidad u Observación, su titular coordina la elaboración del análisis de causas y plan de acción; validando la propuesta de actores de procesos en las Unidades donde se detectó el hallazgo, asegurándose que se elimine el hallazgo y causas que lo originaron. Para tal efecto se apoya del Diagrama de Ishikawa y Gráfica de Gantt; los cuales se localizan en la página web del SGC, sección herramientas de trabajo.

3.3.- El análisis de causa y plan de acción debe ser entregado a la Jefatura de Sección de Auditorías Internas, en un plazo no mayor a 15 días naturales a partir de la fecha de registro de la no conformidad u observación, así mismo, ser comunicado al resto de las Unidades por el Titular de Proceso.

Para los hallazgos de auditoría, el conteo se realiza a partir de la fecha del informe, para los detectados fuera de auditoría, de la fecha en que se levantó la no conformidad u observación.

CONTROL DE EMISIÓN:			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre y puesto</b>	MC. María del Carmen Bojorquez Valdez. Jefe de Sección Auditorías Internas	Lic. Claudia T. Palacios Burgos. Jefe Departamento del SGC	Dr. Sergio Alvarado Altamirano Representante de la Dirección
<b>Firma</b>			



3.4.- La No conformidad u Observación debe solventarse en un plazo no mayor a 30 días naturales a partir de la fecha que se levanta la misma; en el caso de no ser posible por naturaleza del proceso o el hallazgo se amplía la fecha con justificación.

3.5.- El proceso que tiene una No conformidad u Observación su titular y actores de procesos correspondientes realizan el seguimiento del plan de acción, a fin de eliminar el hallazgo detectado y sus causas según aplique.

3.6.- Los Directores y Subdirectores de Unidad coadyuvan para que los actores de proceso de su adscripción realicen oportunamente el seguimiento de las no conformidades u observaciones detectadas y envían las evidencias al titular del proceso, conforme al plan de acción documentado.

3.7.- Concluido el plan de acción los actores de proceso envían las evidencia al titular del proceso quien coordina el envío de evidencias a la Jefatura sección de auditorías internas, la cual con apoyo del equipo auditor durante o fuera de una auditoria interna verifica (previa notificación) la eficacia de acciones tomadas y determinar el estatus del mismo. Si la verificación se realiza dentro de auditoría en el informe se detalla el estatus de los hallazgos.

El hallazgo quedará cerrado si se demuestra eficacia de las acciones tomadas, después de que el titular del proceso verifique resultados obtenidos en mínimamente dos ciclos naturales de operación del proceso (quincenal, mensual, semestral, anual etc.); pudiendo ampliarse a más ciclos según el hallazgo y proceso; así como, la no reincidencia del incumplimiento.

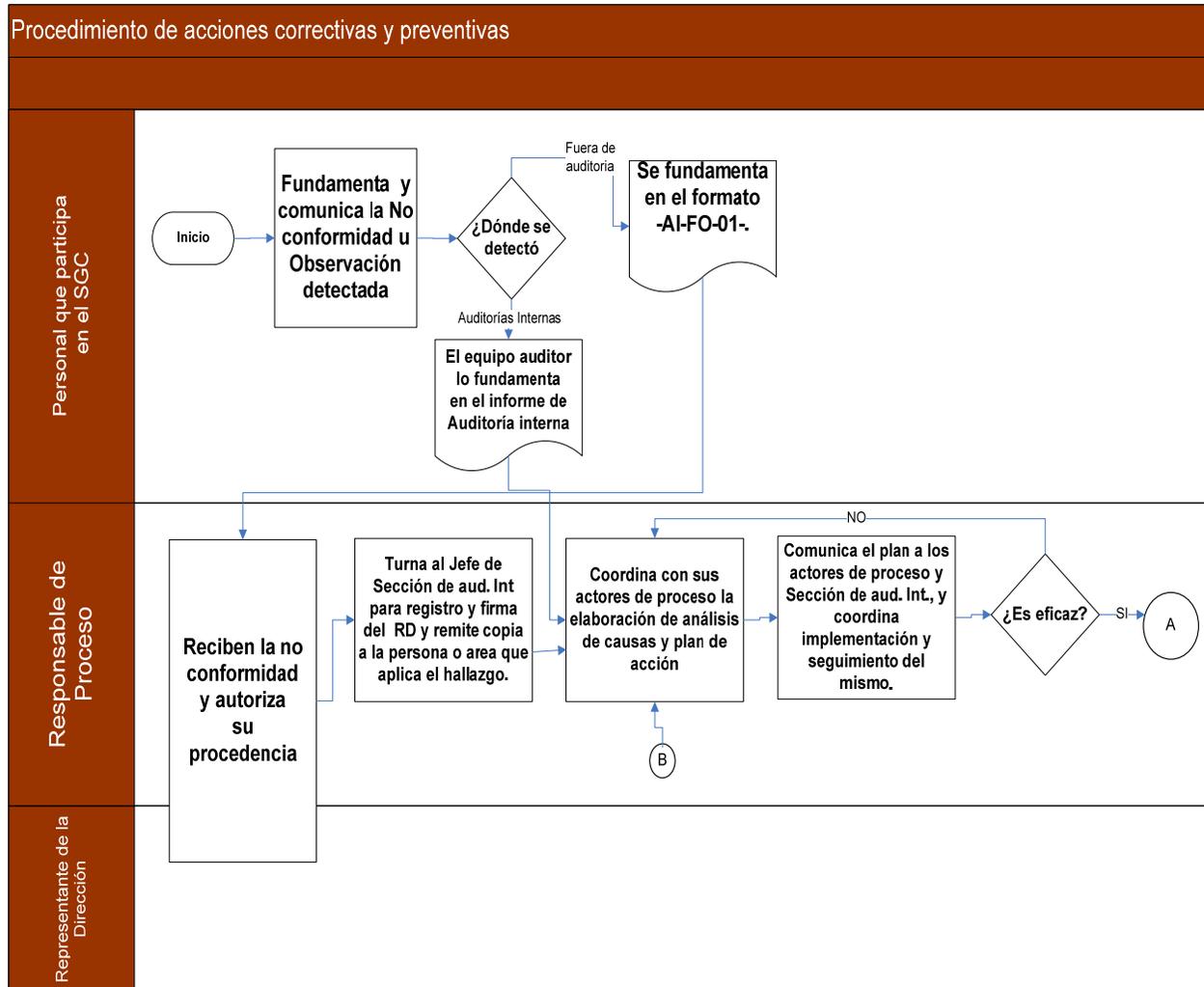
Si las acciones tomadas no fueron eficaces el titular del proceso debe coordinar el replanteamiento del análisis de causa y plan de acción según sea el caso.

3.8.- Las observaciones y no conformidades detectadas se le asigna folio para dar trazabilidad al hallazgo como sigue:

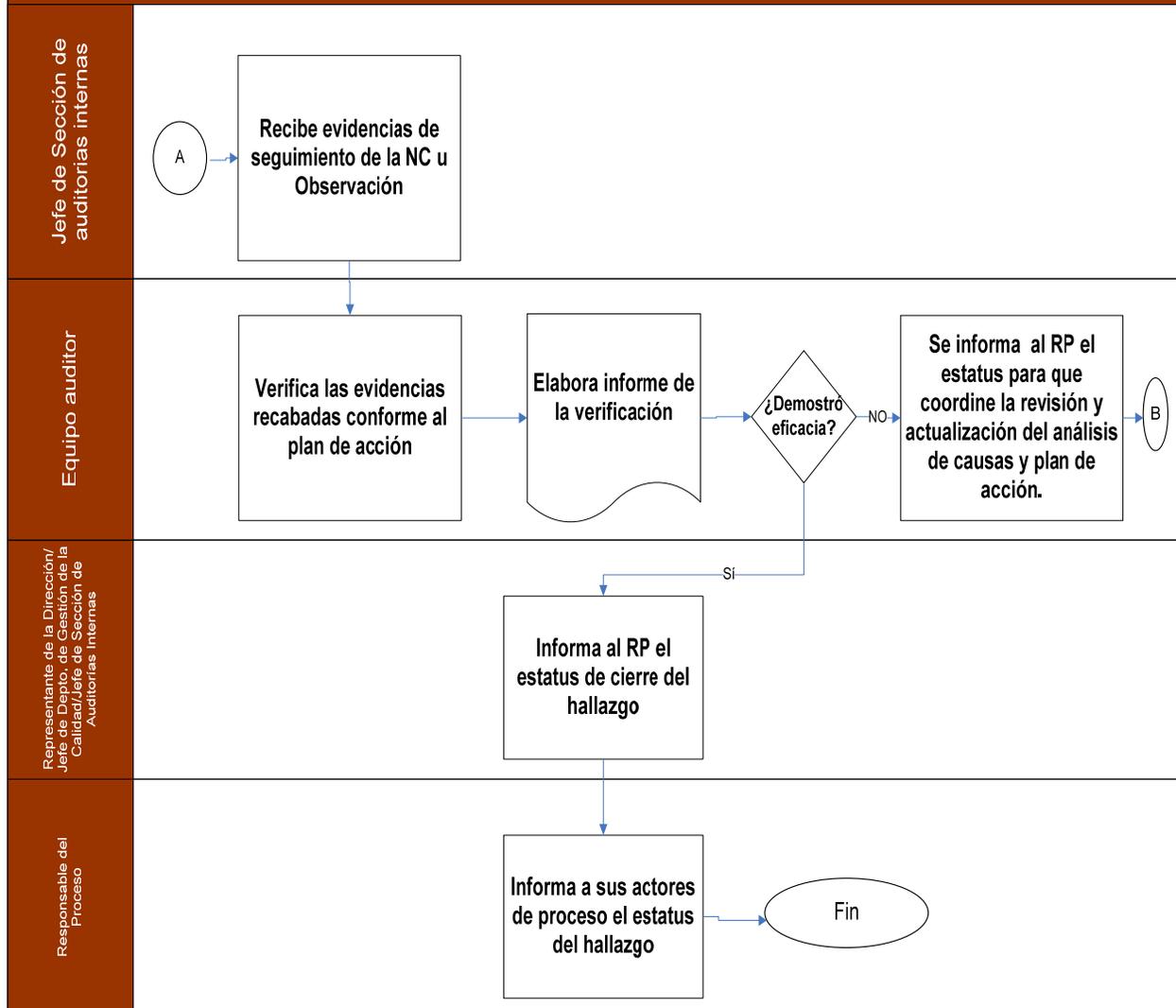
- 1.- Identificada en Auditoría Externa: Tipo de hallazgo-número consecutivo del hallazgo/clave de la auditoria/año de la auditoria. Ej: NC-05/RE02/2013.
- 2.- Identificada en Auditoría Interna: Año y mes en que se detecta el hallazgo-Nomenclatura del proceso-Tipo de hallazgo-Referencia auditoría interna-Consecutivo. Ejemplo: 201306-SS-NC-AI-01.
- 3.- Identificación fuera de auditoría. Se debe documentar en el formato (AI-FO-01). En las anteriores y cuando se trate de una acción preventiva se prescinde de éste.

3.9. Se implementarán acciones preventivas cuando los índices de satisfacción del cliente y de las metas de los procesos se encuentren en el rango de "Suficiente" según criterios de evaluación establecidos.

#### 4. Diagrama de flujo.



Acciones correctivas y preventivas



## 5. Desarrollo.

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1.- Detecta y comunica la No Conformidad u Observación dentro o fuera de auditoría.	<p>1.1. Si es en auditoría interna o externa: Se fundamenta y comunica al Responsable y actores de proceso a través del informe correspondiente.</p> <p>1.2. Si es fuera de auditoría: Se fundamenta en el formato (AI-FO-01) y se turna al Responsable de Proceso para su autorización y turna al Jefe de Sección de Auditorías Internas para registro y firma del Representante de la Dirección. (Ver política 3.8)</p> <p>1.3. Comunica l</p>	<p>Personal que participa en el SGC</p> <p>Responsable del Proceso</p>
2.- Realiza el análisis de causas y plan de acción.	<p>2.1. Según las herramientas descritas en la política 3.2.</p> <p>2.2. Valida o autoriza del plan de acción y análisis de causas.</p>	<p>Actores de proceso que aplica el hallazgo</p> <p>Titular del proceso</p>
3.- Comunica e implementa y seguimiento del plan de acción.	<p>3.1. Retroalimentan el plan de acción y análisis de causas a la Jefatura de auditorías internas y a los actores del proceso para su verificación e implementación correspondiente.</p> <p>3.2. Implementan y realizan seguimiento al plan de acción para eliminar la no conformidad u observación detectada y sus causas recabando las evidencias correspondientes.</p>	<p>Titular o actores de proceso</p>
4.- Eficacia de las acciones.	<p>4.1. ¿Las acciones fueron eficaces? No: Inicia el paso 2.</p> <p>Sí: Remite evidencias a la sección de auditorías internas.</p>	<p>Titular o actores de proceso.</p>
5.- Verificación del seguimiento e informe del estado de las acciones correctivas y preventivas.	<p>5.1. Verifica las evidencias recabadas conforme al plan de acción, tanto en auditorías como fuera de ellas.</p> <p>5.2. Elabora informe de los resultados.</p> <p>5.3. ¿Se constató eficacia en las acciones tomadas? No: El hallazgo continúa abierto y se informa al</p>	<p>Equipo auditor</p> <p>“ “</p> <p>Representante de</p>



RP para que establezca compromisos para la nueva verificación. Inicia 2

Sí: Se informa al Responsable del Proceso del estatus del hallazgo.(Ver política 3.7) y este a sus actores de proceso.  
Fin.

la Dirección o Jefe Depto. de Gestión de la Calidad o Jefe de Sección de Auditorías Internas

## 6. Responsabilidad y autoridad.

### 6.1 Representante de la Dirección:

#### Responsabilidad:

6.1.1. Comunicar a la Alta Dirección el estatus de las acciones implementadas por los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad.

6.1.2. Implementar acciones de mejora al presente procedimiento documentado.

#### Autoridad:

6.1.3. Implementar las medidas pertinentes para que las áreas que tienen la no conformidad u observación tomen acciones oportunas para eliminarlas y con ello asegurar la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad.

6.1.4. Delegar al Responsable de Auditorías Internas de Calidad (RAIC) el registro de las no conformidades recibidas; la recepción de planes de acción; verificar la eficacia de las acciones implementadas por el área que tuvo la no conformidad y determinar conforme a evidencias el cierre y/o status de las no conformidades encontradas.

### 6.2. Jefe de Sección de Auditorías Internas:

#### Responsabilidad:

6.2.1. Llevar el registro en bitácora de las no conformidades y observaciones recibidas, la recepción de planes de acción y verificar la eficacia de las acciones implementadas por el área que tuvo la no conformidad.

#### Autoridad:

6.2.3. Determinar conforme a evidencias el cierre y/o status de las no conformidades encontradas.



### 6.3. Responsable de Proceso

#### Responsabilidad:

6.3.1. Asegurar que se toman e implementan acciones oportunas para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas.

6.3.2. Dar seguimiento a las acciones descritas en el plan de acción establecido para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas.

### 6.4. Personal o actores de proceso que participa en el SGC

#### Responsabilidad

6.4.1. Apoyar la elaboración de análisis de causas y plan de acción.

6.4.2. Dar seguimiento al plan de acción.

6.4.3. Turnar al RP las evidencias de seguimiento de las no conformidades y plan de acción.

### 7. Registros.

Identificación	Almacenamiento	Protección	Recuperación	Tiempo de retención y disposición
No conformidades. (AI-FO-01)	Jefatura de Sección de Auditorías Internas  N/A respaldo	Carpeta física	Por proceso y folio del hallazgo	Hasta el cierre de la no conformidad posteriormente se destruye
Análisis de Causa y Plan de acción.	Jefatura de Sección de Auditorías Internas  N/A respaldo	Carpeta física	Por proceso y folio del hallazgo	Hasta el cierre de la no conformidad posteriormente se destruye
Bitácora de seguimiento de las acciones. (AI-FO-07)	Jefatura de Sección de Auditorías Internas  N/A respaldo	Archivo electrónico	Por año y proceso	2 años al término se destruye.



## 8. Control de documentos de origen externo.

Control de documentos de origen externos		
Nombre y/o identificación del documento.	Responsable de control y distribución.	Personal con acceso al documento.
Norma ISO 9000 Vigente. Fundamentos y Vocabulario.	Responsable de control de documentos	Todo el personal de la institución. (página web del SGC)
Norma ISO 9001 Vigente. Requisitos para los SGC.	Responsable de control de documentos	“ “

## 9. Definiciones.

**9.1. Requisito:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

**9.2. Conformidad:** Cumplimiento de un requisito.

**9.3. No conformidad:** Incumplimiento de un requisito.

**9.4 No conformidad Real:** Es una condición que contradice o impide el cumplimiento de algún requisito de la norma ISO 9001 o del SGC.

**9.5 No conformidad potencial:** Es la existencia de una condición que pueda generar en el futuro incumplimiento de algún requisito del SGC. Situación que de no controlarse se puede convertir en el incumplimiento de algún requisito.

**9.4. Acción correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable. Se toma para prevenir que **algo vuelva a producirse.**

**9.5. Acción Preventiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente no deseable. Se toma para **prevenir que algo suceda.**

**9.6. Corrección:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

Nota 1: Una corrección puede realizarse junto con una acción correctiva.

También se le conoce como acción inmediata.

**9.7 Personal que participa en el SGC:** Es todo el personal que tiene una función dentro del SGC, Alta dirección, RD, RP, Actores de procesos y Auditores Internos.

**9.8 Trazabilidad:** Capacidad para seguir la historia, la aplicación o la localización de todo aquello que está bajo consideración. (Referencia: pol. 3.9 y 3.10).

**9.9. RP:** Responsable de Proceso.

**9.10. RD:** Representante de la Dirección.

**9.11. Observación:** Incumplimiento de algún requisito que no pone en riesgo al Sistema, la Calidad o Conformidad del producto o servicio.



## 10. Control de cambios.

No. de Ver.	Fecha de:		Descripción de cambios en el documento
	autorización	implementación	
4	30-Jun.-'10	30-Jun.-'10	Se actualizan las referencias a la norma ISO 9001:2008 según lo precisa el manual de la calidad. Se actualizaron las políticas de operación del apartado 3. Y se incluyó la definición 9.7. Y se actualizó el diagrama de flujo, respecto del personal que participa en el SGC.
5	14-dic.-'10	14-dic.-'10	Se incluyen las políticas de operación 3.9 y 3.10 y la definición 9.8.
6	30-abril-'13	02-mayo-'13	Se fusionan los procedimientos de acciones correctivas y preventivas quedando para su implementación (AI-PR-02) Se actualiza el diagrama de flujo y desarrollo del procedimiento. Se actualiza el control de emisión por el RD. Se modifican las políticas de operación. Se complementan las definiciones 9.4 y 9.5. Se incluyen la 9.9 y 9.10. En referencia solo se deja la referencia de las normas, se elimina el año.
7	15-03-2015	15-03-2015	Se precisan las políticas 3.2, 3.7 y 3.8.3. Se incluye la política 3.9 y el concepto 9.11.

## 11. Referencias.

11.1. Norma ISO 9000 –versión vigente-. Fundamentos y vocabulario.

11.2. Norma ISO 9001 –versión vigente-. Requisitos SGC.

11.3 Norma ISO 19011 –versión vigente- Directrices para auditoría a los SGC y/o ambiental.

11.4. Procedimiento de auditorías internas. (AI-PR-01)

11.5. Manual de la Calidad. (SGC-MC-01)