# Propósito

Establecer los lineamientos para tomar acciones que eliminen las causas de No Conformidad de los Sistemas de Gestión con objeto de prevenir la recurrencia.

# Alcance

Aplica a todos los Institutos o Centro del TecNM.

# Políticas de operación.

* 1. Las Acciones Correctivas pueden surgir a partir del análisis de las causas que originan las No Conformidades encontradas que provengan de:
		1. Auditorías Internas.
		2. Auditorías Externas.
		3. Análisis de Datos.
		4. Análisis de la Eficacia de los Procesos.
		5. Seguimiento a la Revisión del SGC /SGA por parte de la Alta Dirección.
		6. Análisis de Quejas y/o Sugerencias de los clientes.
		7. Identificación de Producto No Conforme
		8. Auditorías de Servicio.
		9. Análisis de Ambiente de Trabajo
		10. Incumplimiento a las declaraciones de los manuales del SGC/SGA. 3.1.11Incumplimiento a los requisitos de la norma aplicable.

3.2. La/él RS debe ser informado en todo momento acerca de las No Conformidades detectadas y de las Acciones Correctivas implementadas en la organización para eliminar la No Conformidad.

* 1. El análisis de la Causa Raíz de las No Conformidades debe ser realizado por los responsables del proceso al que pertenece ésta, en el seno del Comité de Calidad y/o del Comité Ambiental según sea necesario y determinar la acción correctiva o corrección de la misma.
	2. Es responsabilidad de los Subdirectores dueños del proceso al que impacta la No conformidad verificar la efectividad de las Acciones Correctivas o correcciones implementadas.
	3. Las Acciones Correctivas son consideradas como concluidas una vez que hayan sido verificadas y evaluadas por los comités responsables, así como al eliminar las causas que dieron origen a las No conformidades.
	4. La/él RS es responsable de Informar al Director/a del Instituto Tecnológico o Centro y al Coordinador del SGC/SGA a nivel central, sobre el estado que guardan las Acciones Correctivas implementadas en el Instituto Tecnológico o Centro.

|  |
| --- |
| **CONTROL DE EMISIÓN** |
| **ELABORÓ** | **REVISÓ** | **AUTORIZÓ** |
| Arq. Oswaldo Leyva ChávezResponsable de Sistemas | Arq. Oswaldo Leyva ChávezCoordinador del SG | Dr. José Javier Torres HernándezDirector del Instituto Tecnológico de la Zona Olmeca |
| Firma:  | Firma:  | Firma:  |
| Febrero de 2020 | Febrero de 2020 | Febrero de 2020 |

# Diagrama del procedimiento

## Área Responsable Comité de Calidad

**/Ambiental**

**/Subdirectores**

**Responsable del sistema**

**Director/a del Instituto o Centro/ Coordinador/a del SG en TecNM**

3

Inicio

2

Revisa No Conformidades.

1

Realiza análisis de causa y requisita RAC.

Implementa acciones correctivas.

4

Evalúa eficacia de las acciones correctivas.

5

Evalúa necesidad de implantar acciones.

Revisa efectividad de las acciones tomadas.

**NO**

6

¿Elimina las causas

7

8

de la NC? **SI**

Registra, cierra y elabora informe

Recibe informe

RAC

Término

# Descripción del procedimiento

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Secuencia de etapas** | **Actividad** | **Responsable** |
| 1. Revisa No Conformidades. | * 1. Revisa No Conformidades detectadas derivada de las fuentes declaradas en la política de operación 3.1 e informa al Comité de Calidad/ Ambiental.
	2. Solicita a l a/ é l Responsable del sistema análisis de causa raíz para identificar la causa de la NC y Programar Reunión de Comité de Calidad / Ambiental para llevar a cabo el análisis

de la causa raíz. | Área Responsable. |
| 2. Evalúa necesidad de implantar acciones. | * 1. Analiza la No Conformidad detectada y se determina la necesidad de llevar a cabo una corrección o una acción correctiva.
	2. Si se lleva a cabo una corrección se informará a la/el responsable del sistema para su control y liberación.
	3. En caso de llevar a cabo una acción correctiva se selecciona la técnica estadística (lluvia de ideas o Ishikawa) a utilizar para realizar el análisis de la causa raíz.
 | Área responsable. |
| 3. Realiza análisis de causa y requisita RAC. | * 1. Identifica la causa raíz que dio origen a la No Conformidad y solicita al área responsable evalúe la necesidad de abrir un RAC, si es necesario.
	2. Elabora Requisición de Acción Correctiva ITZO-**TecNM-CA-PG-005-01** y definen las acciones correctivas a implantar.
 | Comité Calidad / Ambiental/Subdirectores/ Área responsable |
| 4. Implanta acciones correctivas. | * 1. Implanta acciones con el fin de prevenir que las No Conformidades vuelvan a ocurrir.
	2. Da Seguimiento a las Acciones implementadas y supervisa que las acciones determinadas se hayan implementado.
	3. Registra resultados de las acciones tomadas en él, Informa de manera periódica a la/él Responsable del sistema acerca de los resultados de las acciones tomadas para eliminar la No Conformidad o prevenir su recurrencia.
 | Área Responsable. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre del documento: Procedimiento para Acciones Correctivas** | **Código: ITZO-TecNM-CA-PG-005** |
| **Revisión: O** |
| **Referencia a la norma ISO 9001:2015 10.2.1****ISO 14001:2015 10.2** | **Página 1 de 5** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5. Evalúa eficacia de acciones correctivas. | * 1. Recibe el informe de resultados de las acciones y requisita Formato Electrónico para el Estado de Acciones Correctivas (pantalla de captura) para ITZO-**TecNM-CA-PG- 08-03** con el fin de llevar un control del estado que guardan las acciones implantadas.
	2. Solicita a los miembros del Comité de Calidad / Ambiental que revisen dicha efectividad
 | Comité de Calidad/ Ambiental / Subdirectores. |
| 6. Revisa Efectividad de las Acciones Tomadas. | 6.1 Revisa la efectividad de las Acciones Correctivas implantadas e informa a la/el Responsable del sistema.**SI** son efectivas informa a la/el Responsable del sistema p a r a que registre el avance y/o cierre de la RAC. **NO** son efectivas regresa a etapa 2. | Comité de Calidad. / Ambiental/Subdirectores. |
| 7. Registra, cierra RAC y elabora informe. | * 1. Registra el avance de las acciones implementadas y cuando hayan alcanzado el 100%, cierra RAC y anota la fecha de cierre en formato ITZO-**TecNM-CA-PG-005-01** y Formato Electrónico para Estado de Acciones Correctivas (pantalla de captura) ITZO-**TecNM-CA-PG-07-03.**
	2. Informa al Director del Instituto Tecnológico o Centro y al Coordinador del SGC en la Revisión por la Dirección a nivel central, acerca del estado de las Acciones Correctivas.

NOTA: Esta información sirve de entrada para la Revisión por la Dirección. (Ver programa de Rev. por la Dirección). | Responsable del sistema en el Instituto Tecnológico oCentro. |
| 8. Recibe información. | * 1. Recibe el informe sobre el estado que guardan las Acciones Correctivas para proponer y establecer acciones de mejora al sistema.
	2. Término.
 | Director de Instituto Tecnológico o Centro/ Coordinación General del SGC |

1. **Documentos de referencia**

|  |
| --- |
| **Documentos** |
| Manual de Calidad. |
| Planes de Calidad. |
| Informes de Auditorias. |
| Identificación, Registro y Control del Producto No Conforme. |
| Informe de Resultados de las Auditorias de Servicio. |
| Resultados de la encuesta para la determinación y gestión del ambiente de trabajo. |
| Procedimiento del SGC para la Atención de Quejas y/o Sugerencias. |

1. **Registros**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Registros** | **Tiempo****de Retención** | **Responsable de conservarlo** | **Código de registro** |
| Requisición de Acciones Correctivasy/o Correcciones. | 1 año | Responsable del Área | ITZO-TecNM-CA-PG-005-01 |
| Formato Electrónico para Estado de Acciones Correctivas. | 1 año | Responsable del sistema | ITZO-TecNM-CA-PG-007-03 |

1. **Glosario**

**Acción Correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una **No Conformidad** detectada u otra situación indeseable en la operación de los SG.

**Corrección:** Acción tomada para eliminar una No conformidad detectada.

# Anexos

N/A

# Cambios de esta versión

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Número de Revisión** | **Fecha de actualización** | **Descripción del cambio** |
| O | Mayo 15, 2017. | ORIGINAL. Creación del TecNM y actualización a la Norma ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015. |