



Código:	Página
PRO MCO 01	1 de 8
Aprobó:	Rev. 1
	

PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA CONTINUA

1. PROPÓSITO Y ALCANCE

1.1 PROPÓSITO

Mejorar de forma continua mediante la utilización de la Política Integral, los Objetivos Integrales, seguimiento de acciones que permitan conseguir los objetivos planteados, y la revisión periódica del SGI, **además de establecer los lineamientos para la realización de Acciones Correctivas, Preventivas en los procesos definidos dentro del mismo.**

1.2 ALCANCE

Aplica a **todos los procesos del** Sistema de Gestión Integral del Sistema Universitario de Bibliotecas Académicas (SUBA) de la Universidad Autónoma de Chihuahua (UACH).

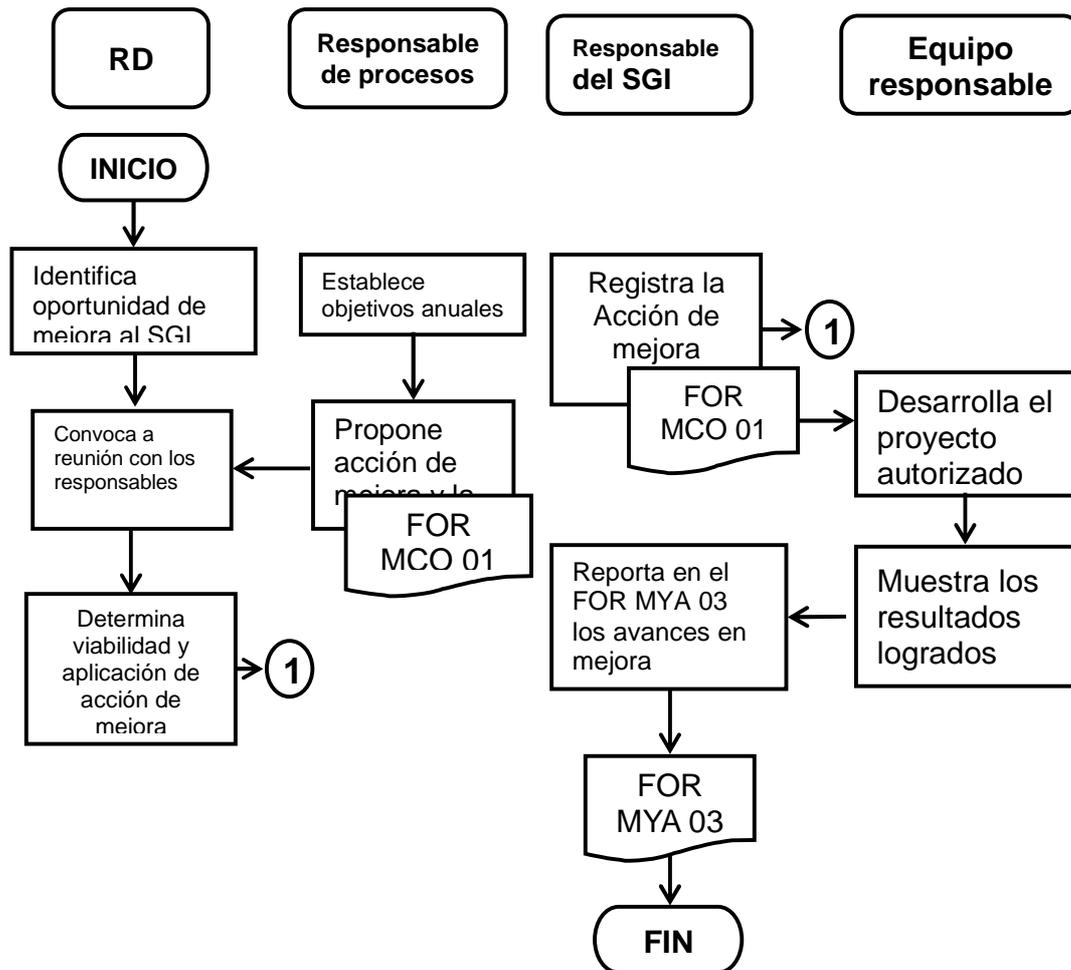
2. DEFINICIONES Y TERMINOLOGÍAS.

Mejora	Parte de la administración orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos.
Mejora Continua	Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.
Acción Correctiva	Acción tomada para eliminar la causa de una No Conformidad detectada u otra situación indeseable.
Acción Preventiva	Acción tomada para eliminar la causa de una No Conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.
Auditoría tercera de parte	Evaluación realizada por un organismo independiente del Sistema Universitario de Bibliotecas Académicas, para determinar si el SGI ha sido documentado e implantado de acuerdo con una norma específica o bien para verificar otro requerimiento aplicable a su operación.
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. Realizada por personal del Sistema Universitario de Bibliotecas Académicas.
Corrección No Conformidad Verificación	Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada Incumplimiento de un requisito especificado en el SGI. Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva que se han cumplido con los requisitos especificados.
Personal Asignado	Responsable de implantar la Acción Correctiva o Preventiva.



Código:	Página
PRO MCO 01	2 de 8
Aprobó:	Rev. 1

3. DIAGRAMA DE FLUJO





Código:	Página
PRO MCO 01	3 de 8
Aprobó:	Rev. 1
	

4. PROCEDIMIENTO.

4.1 IDENTIFICACION DE OPORTUNIDAD DE MEJORA

4.1.1 Responsable del SGI

Utiliza las diversas herramientas de gestión para la identificación de oportunidad de mejora al Sistema de Gestión Integral. Estas herramientas son:

- La Política Integral del SUBA
- Los Objetivos Integrales
- Planes de Acción
- Revisión de la Dirección
- **Resultados de Auditorías Internas como de terceras partes.**
- **Reuniones de Consejo Consultivo del SUBA**

(párrafo suprimido)

4.1.2. Propuesta de una Acción de Mejora

4.1.2.1 Todo el personal

El personal involucrado en el GSI, tiene la facultad de proponer una acción de mejora, al Representante de la Dirección y/o responsable de SGI para analizar la factibilidad y designar un responsable.

La acción de mejora se documenta en la FOR MCO 01 Reporte de Acción.

4.1.2.2 Representante de la Dirección / Coordinador General del SUBA

Convoca a una reunión con los responsables donde evalúa y determina la viabilidad y aplicación de la acción de mejora.

(párrafo suprimido)

Registra en el FOR MYA 03 Seguimiento a la Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora.

Reporta en cada FOR MYA 02 Revisión por la Dirección, los avances en mejora continua. Se requiere al menos un proyecto al año.



Código:	Página
PRO MCO 01	4 de 8
Aprobó:	Rev. 1
	

Los resultados de la acción de mejora se difunden a las áreas mediante el proceso de comunicación.

4.1.2.3 Equipo responsable

Desarrolla el proyecto autorizado, solicitando los recursos necesarios y reportando internamente los avances. Se **deben presentar** claramente los resultados logrados a través de gráficas o reportes y **anexarlos al Reporte de Acción** como evidencia.

(párrafo suprimido)

4.2 ACCIONES CORRECTIVAS O PREVENTIVAS

Se realizan Acciones Correctivas o Preventivas por el incumplimiento real o potencial de un requisito, el cual puede ser detectado por:

- 1. Auditorias Internas ó de Terceras Partes.**
- 2. Análisis de la información procedente de:**
 - a. Seguimiento de los Procesos y Productos.**
 - b. Determinación del grado de Satisfacción del Usuario.**
 - c. Bitácoras para Producto o Servicio No Conforme.**
 - d. Seguimiento a quejas, sugerencias y/o felicitaciones del Usuario.- Se evalúa si la queja procede y si es pertinente realizar una acción correctiva.**
 - e. Seguimiento a indicadores de Calidad, Ambientales o Seguridad y Salud en el trabajo.**

Lo anterior no es limitativo, de encontrarse otra causal se evalúa la conveniencia de ser agregada a este procedimiento.

4.2.1 Incumplimientos

Incumplimientos derivados de auditorias internas:

- a. El Comité de Calidad establece, al término de la reunión de cierre, el plazo en días para elaborar los Reportes de Acción, esto con el fin de evitar demoras injustificadas en la toma de acciones encaminadas a atender los incumplimientos.**
- b. Se entrega el Reporte de Acción al Auditor líder; quien lo analiza y determina si el Plan de Acción propuesto corresponde al impacto de los efectos del incumplimiento. Si hay correspondencia lo firma en señal de aprobación para su realización; en caso contrario lo rechaza y retro informa al generador sobre los motivos de su decisión.**

Incumplimientos de auditorias de terceras partes:



Código:	Página
PRO MCO 01	5 de 8
Aprobó:	Rev. 1

- a. ***El plazo para tomar e implantar las acciones es de 45 días naturales, a partir de la fecha de la Auditoría. En aquellas acciones en donde se requiera un plazo de realización mayor, se deberá contar con un Plan de Acción que permita verificar la congruencia entre lo planificado y lo que se está haciendo.***
- b. ***El Reporte de Acción se entrega al Representante de la Dirección; quien lo remite al Auditor Líder para su valoración.***

Para los incumplimientos derivados del seguimiento a procesos y productos, Bitácoras de Producto y Servicio no Conforme, cumplimiento con indicadores de Calidad, Ambiental, Seguridad y Salud en el trabajo y demás requisitos del SGI.

- a. ***Documenta el Plan de Acción en el FOR MCO 01 Reporte de Acción en un período máximo de 10 días hábiles después de detectar el problema, le asigna el número de folio y le da seguimiento. A su término lo entrega al Representante de la Dirección o en el caso de los Jefes de Biblioteca, al Secretario Académico de su Facultad, para que verifique la pertinencia de las acciones, haga las observaciones necesarias o cierre el Plan de Acción.***

4.2.2 Representante de la Dirección

Registra la información derivada de los Reportes de Acción en el formato FOR MYA 03 Seguimiento a Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora y se asegura que las acciones hayan sido implantadas en forma eficaz. Publica su seguimiento en el UniQ para mantener informado al personal sobre el estado de las acciones correctivas / preventivas.

Da seguimiento y verifica la eficacia de las acciones. Asegura que las acciones se implementan en el tiempo comprometido y son efectivas. Para esto se apoya con el Auditor Líder cuando las acciones se derivan de auditorías internas y de terceras partes. Las de origen distinto a los mencionados son atendidas por el mismo Representante de la Dirección o los Secretarios Académicos de Facultades.

Del seguimiento y verificación de la eficacia de las acciones correctivas se desprenden dos posibles escenarios que a continuación se describen y se indica la forma de proceder en cada uno:



Código:	Página
PRO MCO 01	6 de 8
Aprobó:	Rev. 1
	

- 1. El Plan de Acción es efectivo.- El Auditor Líder, Coordinador General o Secretario Académico de la Facultad, documenta en el campo “Comentarios al seguimiento a la efectividad de la acción” del FOR MYA 01 Reporte de Acción ó anexa la evidencia objetiva que sustenta la eficacia de la acción (reportes, fotografías, facturas, entrevistas, minutas). Cierra escribiendo su nombre y firmando en el Reporte de Acción.**
- 2. El Plan de Acción no se ha implantado.- El Auditor Líder, Coordinador General o Secretario Académico de la Facultad se entrevista con el Responsable del proceso, se le hace entrega de la FOR MCO 02 Carta por Incumplimiento, se trata el asunto y toma las acciones pertinentes.**
- 3. El Plan de Acción no es efectivo.- El Auditor Líder, Coordinador General o Secretario Académico de la Facultad, documenta en el campo “Comentarios al seguimiento a la efectividad de la acción” del Reporte de Acción ó anexa la evidencia objetiva que sustenta por lo cual la acción no es eficaz (reportes, fotografías, facturas, entrevistas, minutas). No cierra el Reporte de Acción y lo entrega al Representante de la Dirección, quien otorga por única vez, una prórroga no mayor de 10 días hábiles al Responsable del Proceso para que atienda el incumplimiento.**

Al término de la prórroga los involucrados se reúnen. Si el Plan de Acción es eficaz, entonces se cierra. De no ser efectivo el Responsable del Proceso es puesto a disposición de su jefe inmediato para que le explique la situación y queda a su discreción las acciones a seguir derivadas del resultado de la entrevista.

Registra el resultado de la fase verificación/cierre en el Seguimiento a las Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora, a efecto de actualizarlo y tenerlo disponible en línea para su consulta en el UniQ.

Desarrolla, en la Revisión por la Dirección, el punto referente al estado de las Acciones Correctivas y Preventivas.

4.2.3 Responsable de proceso

Identifica o atiende el incumplimiento real o potencial y lo trata en forma individual o en equipo. Recaba la información pertinente, la analiza empleando la



Código:	Página
PRO MCO 01	7 de 8
Aprobó:	Rev. 1

metodología más adecuada para determinar su causa raíz y define un Plan de Acción orientado a eliminarla.

Documenta el Plan de Acción en el FOR MCO 01 Reporte de Acción en un período máximo de 10 días hábiles después de detectar el problema, le asigna el número de folio y le da seguimiento. A su término lo entrega al Representante de la Dirección o en el caso de los Jefes de Biblioteca, al Secretario Académico de su Facultad, para que verifique la pertinencia de las acciones, haga las observaciones necesarias o cierre el Plan de Acción.

Las metodologías están disponibles para su consulta y aplicación en el documento DOC GSI 02 Técnicas para Análisis de Datos publicado en el UniQ.

Realiza lo conveniente para ejecutar el Plan de Acción en tiempo y forma. Si en su desarrollo encuentra alguna situación que impida su realización la notifica de manera oportuna y explícita al Representante de la Dirección para encontrar conjuntamente la forma más adecuada de solventarla. En el entendido que el referido Plan de Acción es adecuado a las nuevas condiciones de realización.

Los Jefes de Biblioteca deberán enviar la FOR MYA 03 Seguimiento a las Acciones Correctivas o Preventivas y de Mejora, mensualmente por correo electrónico a la Coordinadora General del SUBA con el fin de mantenerla informada del estatus de las actividades programadas en las FOR MCO 01 Reporte de Acción. Los primeros cinco días hábiles de cada mes.

5. REFERENCIAS

5.1 Procedimientos e Instrucciones de trabajo Relacionados.

PRO GSI 04 Procedimiento de Comunicaciones

PRO MYA 01 Procedimiento para auditorías internas

PRO MYA 03 Procedimiento de seguimiento y medición

5.2 Documentos de Referencia.

ISO **9000** - Sistema de Gestión de la Calidad - Fundamentos y Vocabulario.

ISO **9001** - Sistema de Gestión de la Calidad – Requisitos.

ISO **14001** Sistemas de Gestión Ambiental – Requisitos con orientación para su uso.

OHSAS **18001** Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo - Requisitos

MAN GSI 01 Manual de Gestión Integral

DOC GSI 04 Matriz de comunicación

DOC GSI 02 Técnicas para Análisis de Datos, determinación de la causa raíz y mejora continua.

FOR MYA 02 Revisión por la dirección



Código:	Página
PRO MCO 01	8 de 8
Aprobó:	Rev. 1
	

6. FORMATOS.

Nombre	Código
Reporte de Acción	FOR MCO 01
Carta por incumplimiento	FOR MCO 02
Seguimiento a la Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora	FOR MYA 03

7. HISTORIAL DE REVISIONES.

Número de Revisión	Modificación	Fecha de revisión
0	Se fusiona el procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas con el de Mejora	24/02/2014