



|                                                                                                |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Código: PRO MCO 02                                                                             | Pág. 1 de 6 |
| <br>Aprobó: | Rev. 0      |

## PROCEDIMIENTOS PARA ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS O DE MEJORA

### 1. PROPÓSITO Y ALCANCE.

#### Propósito.

Establecer los lineamientos para la realización de Acciones Correctivas, Preventivas en los procesos definidos dentro del Sistema de Gestión Integral (SGI) del Sistema Universitario de Bibliotecas Académicas (SUBA) de la Universidad Autónoma de Chihuahua (UACH)

#### Alcance.

Este procedimiento es aplicable a los procesos que están definidos en el alcance del SGI.

### 2. DEFINICIONES Y TERMINOLOGÍAS.

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Acción Correctiva</b>          | Acción tomada para eliminar la causa de una No Conformidad detectada u otra situación indeseable.                                                                                                                                                                                       |
| <b>Acción Preventiva</b>          | Acción tomada para eliminar la causa de una No Conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.                                                                                                                                                                        |
| <b>Auditoria tercera de parte</b> | 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.              |
| <b>Auditoría interna</b>          | 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. |
| <b>Corrección</b>                 | Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>No Conformidad</b>             | Incumplimiento de un requisito especificado en el SGI.                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Verificación</b>               | Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva que se han cumplido con los requisitos especificados.                                                                                                                                                                         |
| <b>Personal Asignado</b>          | Responsable de implantar la Acción Correctiva o Preventiva.                                                                                                                                                                                                                             |

### 3. DIAGRAMA DE FLUJO

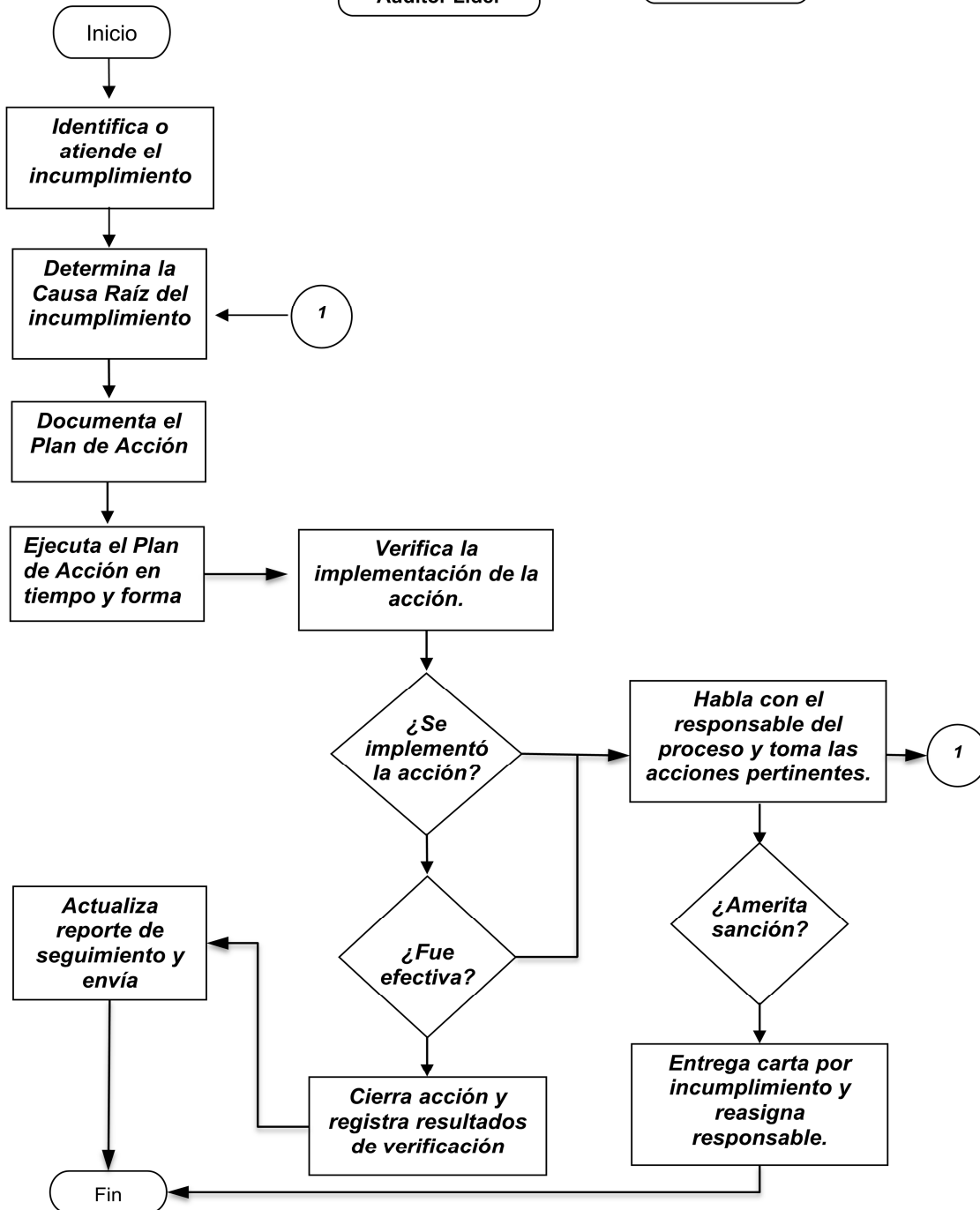


|                                          |             |
|------------------------------------------|-------------|
| Código: PRO MCO 02                       | Pág. 2 de 6 |
| <div><div></div><div>Aprobó:</div></div> | Rev. 0      |

Responsable de proceso

Representante de la Dirección / Auditor Líder

RD o Jefe de Biblioteca





|                                                                                                |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Código: PRO MCO 02                                                                             | Pág. 3 de 6 |
| <br>Aprobó: | Rev. 0      |

#### 4. PROCEDIMIENTO.

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

1. Auditorías 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 No Conforme.
  - d. Quejas del Usuario.- Se evalúa si la queja procede y si es pertinente realizar una acción correctiva.

**Nota 1:** Lo anterior no es limitativo, de encontrarse otra causal se evalúa la conveniencia de ser agregada a este procedimiento.

##### 4.1 Responsable de proceso: Identifica o atiende el incumplimiento real o potencial y determina su causa raíz.

- 4.1.1** 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 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.

**Nota 2:** Para los incumplimientos derivados de auditorías internas:

- a. El Comité de Calidad establece, al término de la reunión de cierre, el plazo en días para aplicar el punto 4.1.1.; esto, para evitar demoras injustificadas en la toma de acciones encaminadas a atender los incumplimientos. (Ver Procedimiento para PRO MYA 01 Auditoría Interna punto 4.11 a)
- 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 remitiéndolo al punto 4.1.1 de este procedimiento.

**Nota 3:** Para los incumplimientos de auditorías de terceras partes:



|                                                                                                |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Código: PRO MCO 02                                                                             | Pág. 4 de 6 |
| <br>Aprobó: | Rev. 0      |

- a. El plazo para tomar e implantar las acciones es de trece semanas 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 como fue indicado en la Nota 2 b).

Nota 4: Para los incumplimientos derivados del seguimiento a procesos y productos, Bitácoras de Producto no Conforme y demás requisitos del SGI, los Jefes de Biblioteca podrán realizar los pasos establecidos en el punto 4.4.1. de este procedimiento. Párrafo 2

#### **4.2. Representante de la Dirección: Registra información de la Acción Correctiva o Preventiva para su seguimiento.**

- 4.2.1. Registra la información 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.

#### **4.3. Responsable de proceso: Ejecuta el Plan de Acción.**

- 4.3.1. 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.

#### **4.4. Representante de la Dirección: Da seguimiento y verifica la eficacia de las acciones.**

- 4.4.1. El Representante de la Dirección con el FOR MYA 03 Seguimiento a las Acciones Correctivas o Preventivas y de Mejora, 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.

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.

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: PRO MCO 02                                                                             | Pág. 5 de 6 |
| <br>Aprobó: | Rev. 0      |

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, de 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, Coordinadora 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.

#### 4.5. Representante de la Dirección: Actualiza reporte e informa.

- 4.5.1. 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.
- 4.5.2. Desarrolla, en la Revisión por la Dirección, el punto referente al estado de las Acciones Correctivas y Preventivas.

## 5. REFERENCIAS.

### 5.1 Documentos de Referencia.

ISO 9000:2008 - Sistema de Gestión de la Calidad - Fundamentos y Vocabulario.  
ISO 9001:2008 - Sistema de Gestión de la Calidad – Requisitos.  
ISO 14001:2004 Sistemas de Gestión Ambiental – Requisitos con orientación para su uso.  
OHSAS 18001:2007 Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo - Requisitos  
MAN GSI 01 Manual de la Calidad  
DOC GSI 02 Técnicas para Análisis de Datos



|                                                                                                |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Código: PRO MCO 02                                                                             | Pág. 6 de 6 |
| <br>Aprobó: | Rev. 0      |

## 5.2 Procedimiento Relacionados

PRO MYA 01 Procedimiento para auditorias internas

## 6. FORMATOS.

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

## 7. HISTORIAL DE REVISIONES.

| Número de Revisión | Modificación | Fecha de revisión |
|--------------------|--------------|-------------------|
|                    |              |                   |
|                    |              |                   |
|                    |              |                   |