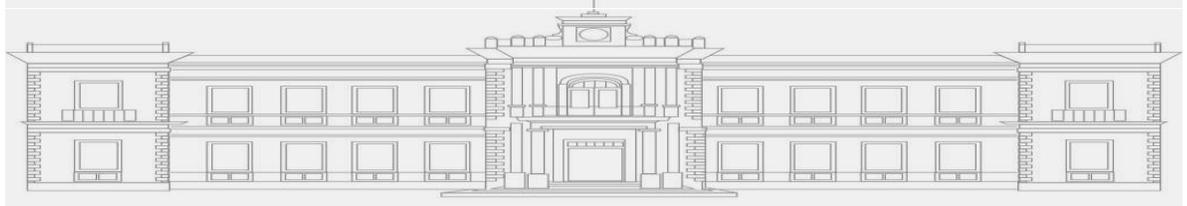




UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
CHIHUAHUA

PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA CONTINUA



Código: PRO 8.5 ISO 01	Página 1 de 6
Fecha de Emisión: 01/06/2015	Fecha de Rev: 01/06/2015
	No. de Rev: 0
Elaboró: REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	
Aprobado por: DIRECTOR ADMINISTRATIVO	

1. Propósito y Alcance

Propósito

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

Alcance

Aplica a todos los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad de la Dirección Administrativa de la Universidad Autónoma de Chihuahua (UACH).

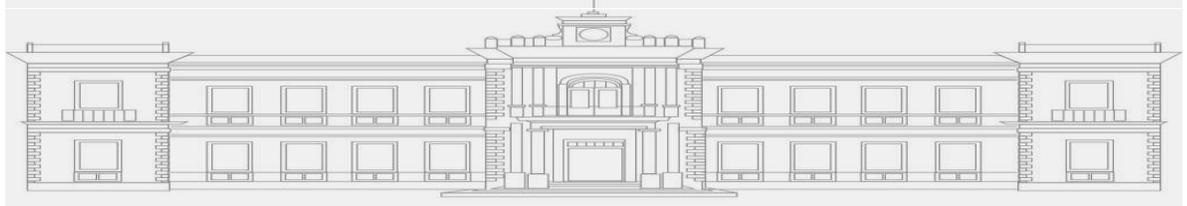
2. Definiciones y Terminología

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 de tercera parte	Evaluación realizada por un organismo independiente de la Dirección administrativa, para determinar si el SGC 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 de la Dirección Administrativa.
Corrección	Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
CHIHUAHUA

PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA CONTINUA



Código: PRO 8.5 ISO 01	Página 2 de 6
Fecha de Emisión: 01/06/2015	Fecha de Rev: 01/06/2015
	No. de Rev: 0
Elaboró: REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	
Aprobado por: DIRECTOR ADMINISTRATIVO	

No Conformidad
Verificación

Incumplimiento de un requisito especificado en el SGC.
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.

3. Responsables

DAD	Dirección Administrativa
ISO	Representante de la Dirección
RESP	Responsables de Área
EUA	Cualquier empleado autorizado de la Dirección Administrativa

4. Procedimiento

4.1 ISO

Identificación de Oportunidad de Mejora

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

- La Política de Calidad
- Los Objetivos de Calidad
- Planes de Acción
- Revisión de la Dirección
- Resultados de Auditorías Internas como de terceras partes.
- Reuniones de Consejo Consultivo Administrativo

Propuesta de una Acción de Mejora

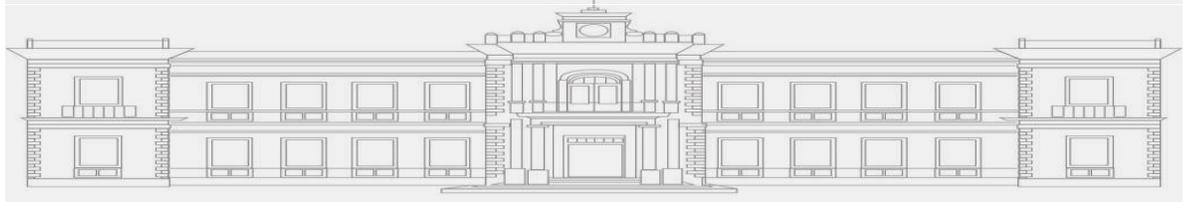
EUA 4.1.2 El personal involucrado en el SGC, tiene la facultad de proponer una acción de mejora al Representante de la Dirección y/o responsable de SGC para analizar la factibilidad y designar un responsable.
La acción de mejora se documenta en la FOR 8.5 ISO 01 Reporte de Acciones.

ISO/DAD 4.1.3 Convoca a una reunión con los responsables donde evalúa y determina la viabilidad y aplicación de la acción de mejora.
Registra en el FOR 8.5 ISO 05 Seguimiento a la Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora. Reporta en cada FOR 5.6 DAD 01 Revisión al Sistema de Calidad, los avances en



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
CHIHUAHUA

PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA CONTINUA



Código: PRO 8.5 ISO 01	Página 3 de 6
Fecha de Emisión: 01/06/2015	Fecha de Rev: 01/06/2015
	No. de Rev: 0
Elaboró: REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	
Aprobado por: DIRECTOR ADMINISTRATIVO	

mejora continua. Se requiere al menos un proyecto al año. Los resultados de la acción de mejora se difunden a las áreas mediante el proceso de comunicación.

RESP

4.1.4 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.

4.2 RESP

Acciones Correctivas o Preventivas

4.2.1 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 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,

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

4.2.2 Incumplimientos

Incumplimientos derivados de auditorías 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 Acciones 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.

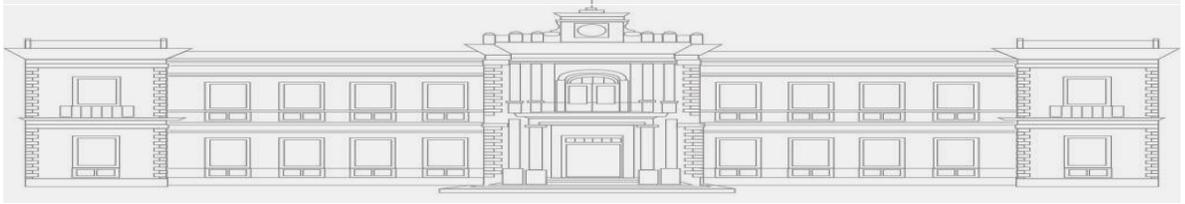
Incumplimientos de auditorías de terceras partes:

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.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
CHIHUAHUA

PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA CONTINUA



Código: PRO 8.5 ISO 01	Página 4 de 6
Fecha de Emisión: 01/06/2015	Fecha de Rev: 01/06/2015
	No. de Rev: 0
Elaboró: REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	
Aprobado por: DIRECTOR ADMINISTRATIVO	

b. El Reporte de Acciones 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 y demás requisitos del SGC

a. Documenta el Plan de Acción en el FOR 8.5 ISO 01 Reporte de Acciones 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, para que verifique la pertinencia de las acciones, haga las observaciones necesarias o cierre el Plan de Acción.

4.3 ISO

4.3.1 Registra la información derivada de los Reportes de Acciones en el formato FOR 8.5 ISO 05 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

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:

1. El Plan de Acción es efectivo.- El Auditor Líder documenta en el campo "Comentarios sobre la eficacia de las acciones" del FOR 8.5 ISO 01 Reporte de Acciones 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.

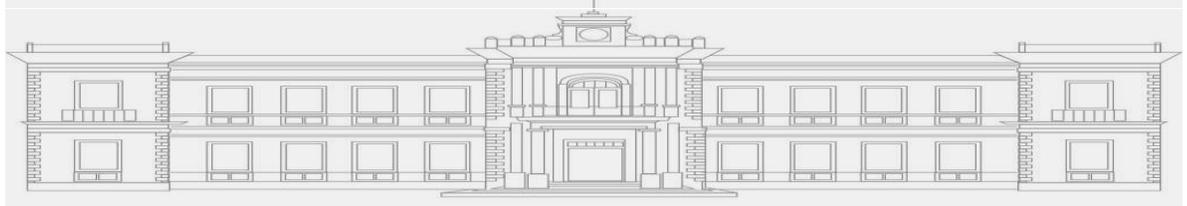
2. El Plan de Acción no se ha implantado.- El Auditor Líder, se entrevista con el Responsable del proceso, se le hace entrega del FOR 8.5 ISO 06 Carta por Incumplimiento, se trata el asunto y toma las acciones pertinentes.

3. El Plan de Acción no es efectivo.- El Auditor Líder documenta en el campo "Comentarios sobre la eficacia de las acciones" del Reporte de Acciones 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 Acciones y lo entrega al Representante de la Dirección, quien otorga por única vez, una prorroga no mayor de 10 días hábiles al Responsable del Proceso para que atienda el incumplimiento.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
CHIHUAHUA

PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA CONTINUA



Código: PRO 8.5 ISO 01	Página 5 de 6
Fecha de Emisión: 01/06/2015	Fecha de Rev: 01/06/2015
	No. de Rev: 0
Elaboró: REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	
Aprobado por: DIRECTOR ADMINISTRATIVO	

Al término de la prorroga los involucrados se reúnen. Si el Plan de Acciones 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.

En caso de que el responsable de proceso haya realizado las actividades en tiempo y forma o haya realizado un esfuerzo adicional para la mejora o continuidad del sistema, el Representante de la Dirección, podrá generar el FOR 8.5 ISO 07 Carta de Felicitación, con el fin de motivar al personal en la realización de lo establecido en el Sistema de Gestión de la Calidad.

RESP

4.3.2 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 (FOR 8.5 ISO 04) y define un Plan de Acción orientado a eliminarla.

Documenta el Plan de Acción en el FOR 8.5 ISO 01 Reporte de Acciones 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, para que verifique la pertinencia de las acciones, haga las observaciones necesarias o cierre el Plan de Acción.

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 responsables de proceso deberán enviar la FOR 8.5 ISO 05 Seguimiento a las Acciones Correctivas o Preventivas y de Mejora, mensualmente por correo electrónico a la representante de la Dirección con el fin de mantener la informada del estatus de las actividades programadas en las FOR 8.5 ISO 01 Reporte de Acciones. Los primeros cinco días hábiles de cada mes.

