PROCEDIMIENTOS PARA ACCIONES CORRECTIVAS

1. PROPÓSITO Y ALCANCE.

Propósito.

Establecer los lineamientos para la realización de Acciones Correctivas en los procesos definidos dentro del Sistema de Gestión de la Calidad de la Dirección Académica, Universidad Autónoma de Chihuahua **(SGC).**

Alcance.

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

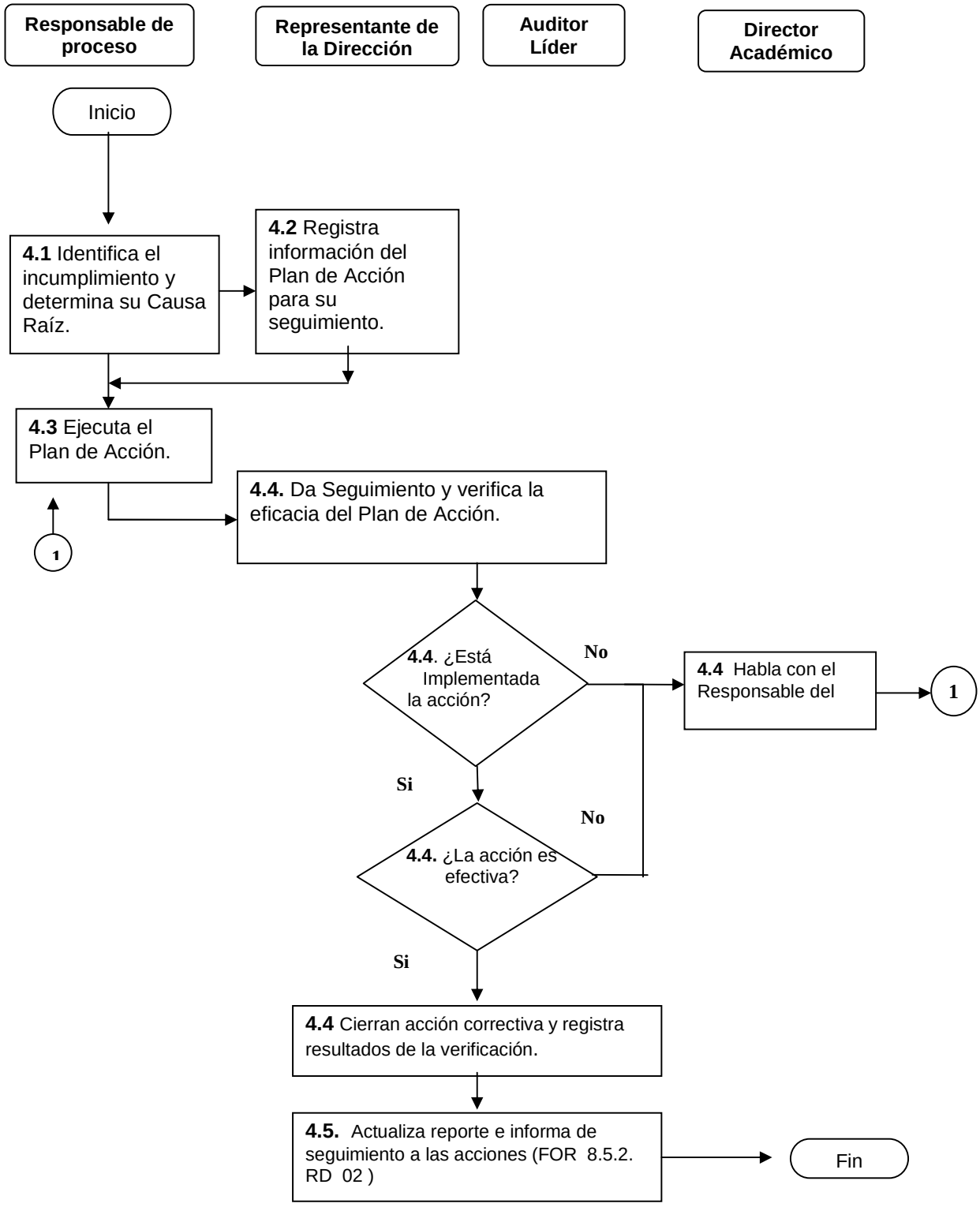
---

2. DEFINICIONES Y TERMINOLOGÍAS.

Acción Correctiva	Acción tomada para eliminar la causa raíz de una no conformidad detectada.
Auditoria tercera de parte	Evaluación realizada por un organismo independiente de la Dirección Académica, para determinar si el SGC ha sido documentado e implantado de acuerdo con una norma específica (ISO 9001:2008), o bien para verificar al otro requerimiento aplicable a su operación.
Auditoria interna	Auditoria de calidad realizada por un equipo de auditores internos seleccionados para este fin, a sus procedimientos y al SGC, a fin de asegurar el mantenimiento, desarrollo y mejoramiento del mismo.
Corrección	Acción tomada para eliminar una *no conformidad* detectada. Una corrección puede realizarse junto con una acción correctiva.
No Conformidad	Incumplimiento de un requisito especificado en el SGC.
Verificación	Actividad realizada para comprobar la eficacia de las acciones correctivas o preventivas implantadas.
Personal Asignado	Responsable de implantar la Acción Correctiva; puede ser el Director, Jefe, Coordinador ó personal que ellos asignen.

---

3. DIAGRAMA DE FLUJO.



4. PROCEDIMIENTO.

Se realizan Acciones Correctivas por el incumplimiento 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 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 el incumplimiento y determina su causa raíz.

4.1.1 Identifica el incumplimiento y lo trata en forma individual o 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 Reporte de Acción (FOR 8.5.2. RD 01) y a su al término lo entrega al Representante de la Dirección para que le asigne el número de folio, lo registre y de seguimiento.

Las metodologías están disponibles para su consulta y aplicación en el documento Técnicas para Análisis de Datos DOC 8.4 RD 01 publicado en el UniQ.

Nota 2: Para los incumplimientos derivados de auditorias 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 es para, evitar demoras injustificadas en la toma de acciones para atender los incumplimientos. (Ver Procedimiento para Auditoria 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 auditorias de terceras partes:

a. El plazo para tomar e implantar las acciones es el establecido por el organismo auditor.

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).

4.2. Representante de la Dirección: Registra información de la Acción Correctiva para su seguimiento.

4.2.1. Registra la información de los reportes de acción en el formato Seguimiento a Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora (FOR 8.5 RD 02) y les da el seguimiento necesario para asegurar su implantación y eficacia. Publica el 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 explicita 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 Seguimiento a las Acciones, Correctivas, Preventivas y de (FOR 8.5.2 RD 02) asegura que las acciones se implementan en el tiempo comprometido y son efectivas. Para esto se apoya con el respectivo Auditor Líder cuando las acciones se derivan de auditorias 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 mismos que 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 al seguimiento a la efectividad de la acción” del Reporte de Acción (8.5.2 RD. 01) ó anexa la evidencia objetiva que sustenta la eficacia de la acción (reportes, fotografías, facturas, entrevistas, minutas). Cierra plasmando su nombre y firma en el Reporte de Acción. Por último lo entrega al Representante de la Dirección para su archivo.

2. **El Plan de Acción no se ha implantado.-** El Director Académico se entrevista con el Responsable del proceso para tratar el asunto y le hace un exhorto para implementar la acción.

3. **El Plan de Acción no es efectivo.-** El Auditor Líder documenta en el campo “Comentarios al seguimiento a la efectividad de la acción” del Reporte de Acción (8.5.2 RD. 01) 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 la entrega al Representante de la Dirección quien otorga, por única vez, una prorroga no mayor 10 días hábiles al Responsable del Proceso para que atienda el incumplimiento.

   Al termino de la prorroga los tres involucrados se reúnen. Si la hay eficacia en el Plan de Acción se cierran.

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 (FOR 8.5 RD 02) 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 9000:2005 - Sistema de Gestión de la Calidad - Fundamentos y Vocabulario.
ISO 9001:2008 - Sistema de Gestión de la Calidad – Requisitos.

Manual de la Calidad	DOC 4.2.2 DIR 01
Técnicas para análisis de datos	DOC 8.4 DIR 01

5.2 Procedimiento Relacionados

Procedimiento para auditorias internas	PRO 8.2.2 RD 01

6. FORMATOS.

Nombre	Código
Reporte de Acción	FOR 8.5.2 RD 01
Seguimiento a las Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora	FOR 8.5.2 RD 02
Carta por incumplimiento	FOR 8.5.2 DIR 01
Carta por reincidencia en incumplimiento	FOR 8.5.2 DIR 02

7. HISTORIAL DE REVISIONES.

Número de Revisión	Modificación	Fecha de revisión
01	Se actualizaron las Normas de Gestión de la Calidad (Documentos de Referencia	29/09/2010
02	Se agregan al Diagrama de Flujo el código de los formatos que se utilizan	17/06/2010
03	Se cambia ISO 9001:2000 por ISO 9001:2008, se modifica RA por Reporte de Acción	06/12/2011