NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO : PROCEDIMIENTO PARA ACCIONES CORRECTIVAS			
RESPONSABLE : REPRESENTANTE DE LA DIRECCION			
REVISION : 4 22/09/2010	CODIGO :PRO 8.5 RD 01	REFERENCIA : NORMA ISO 9001:2008	Página 1 de 4

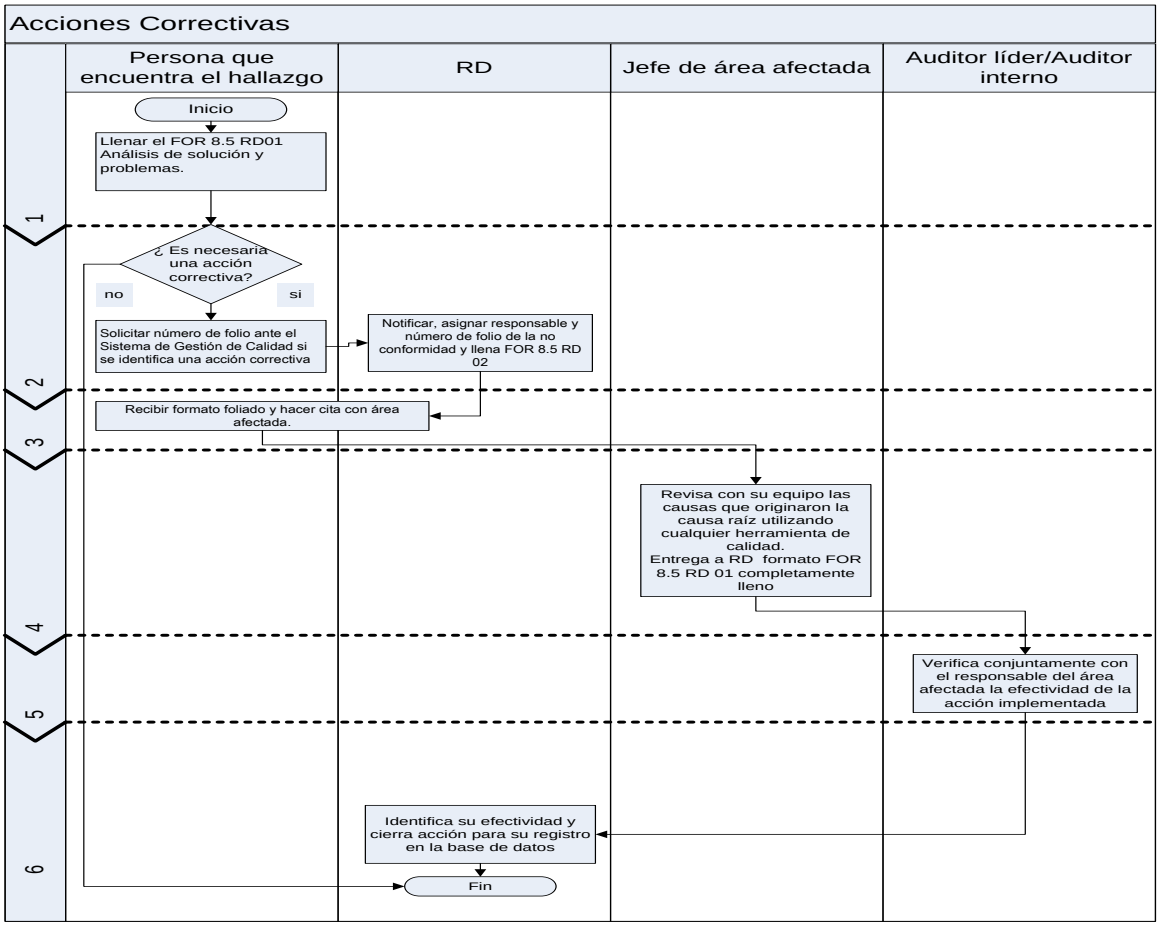
I OBJETIVO

Establecer una metodología que permita detectar, analizar y eliminar causas de No Conformidades en la Facultad de Enfermería y Nutriología.

II ALCANCE

Aplica a todas las áreas involucradas en el sistema de gestión de la calidad, en donde es necesario implementar Acciones Correctivas.

III DIAGRAMA DEL PROCESO



	Elaboró	Revisó	Autorizó
Puesto	Representante de la Dirección	Representante de la Dirección	Dirección
Fecha			
Nombre y firma	Lic. Gabriela Mar Contreras	Lic. Gabriela Mar Contreras	M.E. Ma. Teresa Pérez Piñón

Esta información es para uso exclusivo de la FEN la impresión fuera de los puntos de distribución autorizados se considerará COPIA NO CONTROLADA

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO : PROCEDIMIENTO PARA ACCIONES CORRECTIVAS			
RESPONSABLE : REPRESENTANTE DE LA DIRECCION			
REVISION : 4 22/09/2010	CODIGO :PRO 8.5 RD 01	REFERENCIA : NORMA ISO 9001:2008	Página 2 de 4

IV POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Todo el personal de la FEN debe seguir este procedimiento para la solución de no conformidades.
2. La identificación de No Conformidades pueden surgir de las siguientes fuentes de información, sin estar necesariamente limitadas a ellas:
   a. Quejas y Sugerencias de usuarios.
   b. Resultados de Auditorias de Calidad Internas y Externas.
   c. Resultado de las mediciones de Satisfacción del Usuario.
   d. Análisis derivados de los resultados de los registros de Calidad, Estadísticas e Indicadores de los Objetivos de Calidad, y de los Procesos.
   e. Resultados de la Revisión por la Dirección.
   f. Cuando la información recopilada indique una tendencia desfavorable.
   g. Cuando se represente un tipo de queja o retroalimentación del usuario y se hayan tomado Acciones Correctivas, se puede prevenir el problema potencial ampliando estas acciones a otros usuarios a quienes aun no se les ha presentado el mismo problema.
   h. En todos los casos anteriores
3. Si la clasificación de hallazgos se realiza como resultado de una auditoria Interna la persona que encuentra el hallazgo es un auditor interno y la clasificación la realizará con supervisión del Auditor Líder.
4. La verificación de la efectividad de las acciones correctivas se llevan bajo los siguientes criterios:
   a. Verificar el cumplimiento de las actividades del Plan de Acción y sus fechas de inicio y duración especificadas en el FOR 8.5 RD 01.
5. Es responsabilidad de la Dirección y todos los Secretarios dar el soporte, siendo los dueños de cada proceso, responsables de establecer los planes de acción necesarios, o dar el soporte necesario a su personal en caso de estar asignados a actividades o proyectos de solución de la NO conformidad, teniendo en cuenta las oportunidades de mejora detectadas.
6. Es responsabilidad de la Directora, Representante de la Dirección, en conjunto con los dueños de los procedimientos, el coordinar todos los esfuerzos de mejora conducidos para permanentemente remover las condiciones no-conformables y monitorear el funcionamiento del SGC, así como su status de las mismas en las Juntas de revisión de la dirección

V DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	SECUENCIA	ACTIVIDADES
Persona que encuentra el hallazgo	1	Llenar el formato FOR 8.5 RD 01 “Formato para análisis y solución de problemas según la ITR 8.5 RD 01
Persona que encuentra el hallazgo	2	Solicitar número de folio ante la Unidad de Calidad si se identifica una acción correctiva.
Representante de Dirección	2	Notificar, asignar responsable y número de folio de la posible no conformidad y llena formato FOR 8.5 RD 02 estado de acciones preventivas y correctivas.

Esta información es para uso exclusivo de la FEN la impresión fuera de los puntos de distribución autorizados se considerará COPIA NO CONTROLADA

Persona que encuentra el hallazgo/RD	3	Recibir formato foliado y notifican al área afectada.
Área afectada/Equipo de trabajo	4	Determinar con su equipo de trabajo la(s) causa(s) que originaron la no-conformidad y determinarán el plan de acción a implementar, utilizando cualquier método para analizar las causas de la no-conformidad presentada. Redactar lo más detallado y sencillo posible, de preferencia con evidencias anexas. Entregar el formato FOR 8.5 RD 01 "Análisis y solución de problemas" al Representante de Dirección debidamente lleno anexando registros ó evidencias de sus acciones y/o plan de acción, teniendo 7 días naturales para definirlo y entregarlo al representante de la dirección para el seguimiento de su implementación.
Auditor Interno/Auditor Líder	5	Verificar conjuntamente con el responsable del Área la efectividad de la Acción una vez que se cumpla la fecha de terminación.
Representante de Dirección	6	Se procede al cierre del reporte firmado identificando su efectividad y se registra en Base de datos.

VI GLOSARIO

Acción correctiva.- Acción tomada para eliminar la causa de una no-conformidad detectada u otra situación indeseable.
No-conformidad.- Incumplimiento de un requisito
Requisito.- Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.
Evidencia objetiva.- Datos que respaldan la existencia o veracidad de algo.

VII DOCUMENTOS DE REFERENCIA

DOCUMENTO	CÓDIGO
Manual de Calidad	MC 4.2 FEN
Procedimiento para elaborar procedimientos	PRO 4.2 CTRL 03
Procedimiento para la Administración de indicadores	PRO 5.4 DFEN 01
Procedimiento para la realización de las Auditorias internas.	PRO 8.2 RD 02
Norma ISO 9001:2008 Requisitos	N/A
Norma ISO 9000:2005 Fundamentos y vocabulario	N/A
Norma ISO 9004:2000 Recomendaciones para la mejora del desempeño	N/A

Esta información es para uso exclusivo de la FEN la impresión fuera de los puntos de distribución autorizados se considerará COPIA NO CONTROLADA

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO : PROCEDIMIENTO PARA ACCIONES CORRECTIVAS			
RESPONSABLE : REPRESENTANTE DE LA DIRECCION			
REVISION : 4 22/09/2010	CODIGO :PRO 8.5 RD 01	REFERENCIA : NORMA ISO 9001:2008	Página 4 de 4

Norma ISO 19011:2002 Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión de la calidad y/o ambiental	N/A

VIII REGISTROS

NOMBRE	TIEMPO MINIMO DE CONSERVACIÓN	RESPONSABLE DE CONSERVARLO	CÓDIGO
Formato para Análisis y solución de problemas.	1 año	Representante de la dirección	FOR 8.5 RD 01
Formato para Estado de acciones correctivas y preventivas.	1 año	Representante de la dirección	FOR 8.5 RD 02

IX CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	REVISION	DESCRIPCION	CÓDIGO
10/06/09	1	Se realizó un ajuste en la secuencia 2 del punto V. Se cambió la referencia de la norma 9000:2000 a 9000:2005	PRO 8.5 RD 01
14/12/09	2	Se modificó el diagrama de flujo, se modifico la descripción del procedimiento. Se eliminó la instrucción de trabajo ITR 8.5 RD 01.	PRO 8.5 RD 01
22/06/10	3	Se actualizo el párrafo 1 de Descripción del Procedimiento	PRO 8.5 RD 01

Esta información es para uso exclusivo de la FEN la impresión fuera de los puntos de distribución autorizados se considerará COPIA NO CONTROLADA