




Código: PRO 8.5.2 CG 01	Pág. 1 de 5
Aprobó: 	Rev. 01

PROCEDIMIENTOS PARA ACCIONES CORRECTIVAS O PREVENTIVAS

1. PROPÓSITO Y ALCANCE.

Propósito.

Establecer los lineamientos para la realización de Acciones Correctivas o Preventivas en los procesos definidos dentro del Sistema de Gestión de la Calidad del Sistema Universitario de Bibliotecas Académicas, Universidad Autónoma de Chihuahua (**SGC**).


Alcance.

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

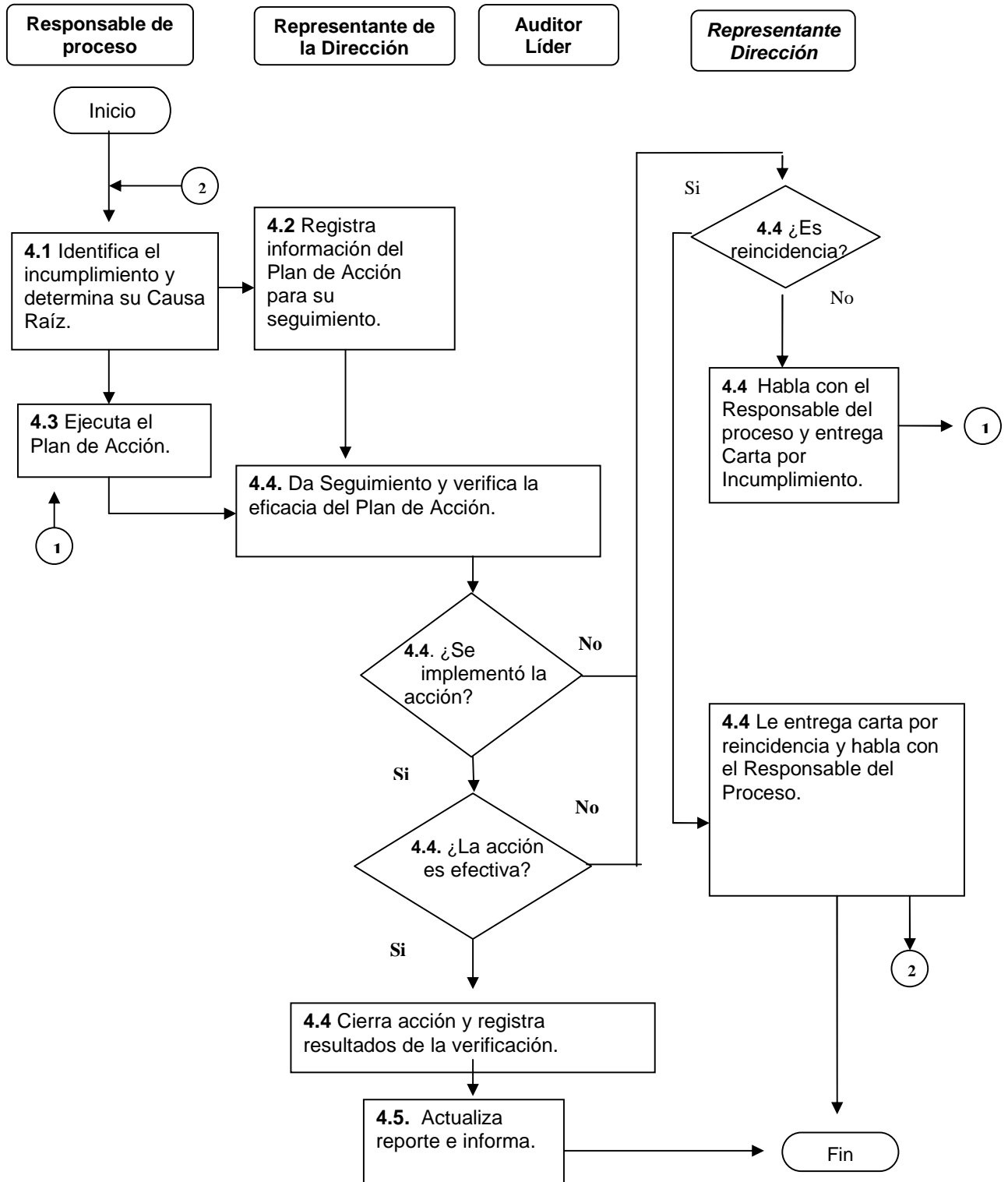
2. DEFINICIONES Y TERMINOLOGÍAS.

Acción Correctiva	Acción tomada para eliminar la causa 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.
Auditoria tercera de parte	Evaluación realizada por un organismo independiente del Sistema Universitario de Bibliotecas Académicas, para determinar si el SGC ha sido documentado e implantado de acuerdo con una norma específica (ISO 9001:2008), 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	Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.
No Conformidad	Incumplimiento de un requisito especificado en el SGC.
Verificación	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: PRO 8.5.2 CG 01	Pág. 2 de 5
Aprobó: 	Rev. 01

3. DIAGRAMA DE FLUJO.





Código: PRO 8.5.2 CG 01	Pág. 3 de 5
Aprobó: 	Rev. 01

4. PROCEDIMIENTO.

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 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 Reporte de Acción (FOR 8.5.2. CG 01) y a su 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, para evitar demoras injustificadas en la toma de acciones encaminadas a atender los incumplimientos. (Ver Procedimiento para Auditoria Interna punto 4.11 a)
- b. Se entrega el Reporte de Acción (RA) 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 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).



Código: PRO 8.5.2 CG 01	Pág. 4 de 5
Aprobó: 	Rev. 01

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 Seguimiento a Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora (FOR 8.5.2 CG 02) 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 Seguimiento a las Acciones Correctivas o Preventivas FOR 8.5.2 CG 02, 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 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 (FOR 8.5.2. CG 01) 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. Por último lo entrega al Representante de la Dirección para su archivo.
- 2. El Plan de Acción no se ha implantado.-** El **Representante de la Dirección** se entrevista con el Responsable del proceso para tratar el asunto y le hace un exhorto por medio de la "Carta por Incumplimiento" (FOR 8.5.2 DIR 01) al Responsable del proceso.
- 3. Si re incide en no implantar el Plan de Acción.-** El **Representante de la Dirección** se entrevista con el Responsable del proceso para tratar el asunto y le entrega la "Carta por reincidencia en incumplimiento" (FOR 8.5.2. DIR 02) **y toma** las acciones que considere pertinentes para atender la re incidencia.
- 4. 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 (FOR 8.5.2. CG 01) ó anexa la evidencia objetiva que sustenta por lo cual la acción no es eficaz (reportes, fotografías, facturas, entrevistas, minutas). No cierra el RA y lo entrega al



Código: PRO 8.5.2 CG 01	Pág. 5 de 5
Aprobó: 	Rev. 01

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.

Al término de la prorroga los tres 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 del Director Académico para que le explique la situación. El Director Académico le entrega la Carta por reincidencia en incumplimiento (FOR 8.5.2. DIR 02) 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 (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 9000:2000 - Sistema de Gestión de la Calidad - Fundamentos y Vocabulario.

ISO 9001:2000 - 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 CG 01
Seguimiento a las Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora	FOR 8.5.2 CG 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
0	3. Diagrama de Flujo cuadro 4.4 4. Procedimiento 4.4.1 puntos 2 y 3	10/03/2011