



**Secretaría de Desarrollo Institucional  
Dirección de Planeación Institucional  
Unidad de Organización y Métodos  
Proceso: Administración del Sistema de Gestión de la Calidad  
Procedimiento: Acciones Correctivas (SGCUV-GE-P-05)**

**CONTENIDO**

- I. Descripción
  - Objetivo
  - Alcance
  - Definiciones y terminología
- II. Políticas
- III. Desarrollo
  - Descripción de actividades
  - Diagrama de flujo
- IV. Referencias
- V. Atención a usuarios
- VI. Preguntas frecuentes
- VII. Entradas y salidas
- VIII. Histórico de revisiones
- IX. Firmas de autorización
- X. Anexos
- XI. Créditos



## I. Descripción

### Objetivo

Gestionar las No Conformidades (NC) e implementar las Acciones Correctivas (AC) de manera eficaz, que permitan eliminar o minimizar las causas de las mismas, y prevenir que no vuelvan a ocurrir en el Sistema de Gestión de la Calidad de la Universidad Veracruzana (SGCUV).

### Alcance

Se aplica a los procesos de las dependencias que conforman el SGCUV, que se encuentren certificados, implementados o en proceso de implementación.

### Definiciones y terminología

Para los fines de este procedimiento, se aplican los términos y definiciones de la Norma ISO 19011 “Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión” en la versión aplicable vigente.

#### Definiciones relacionadas con las fuentes de no conformidades:

- a) **Hallazgos de incumplimiento en auditorías internas o externas al SGCUV.**  
Son documentadas durante el desarrollo de una auditoría interna o externa, son identificadas por algún miembro del equipo auditor y se declaran en el informe de auditoría.
- b) **Hallazgos de auditorías externas por órganos fiscalizadores, organismos evaluadores o acreditadores de la gestión y de los programas educativos (PE).**  
Son incumplimientos documentados por los auditores de los órganos fiscalizadores que tienen impacto en el SGCUV.  
Se documentan también las observaciones o recomendaciones de los pares evaluadores de organismos evaluadores o acreditadores que tiene un impacto negativo en alguno de los procesos del SGCUV.  
Es responsabilidad de la Administración del SGCUV documentar y atender estas no conformidades.
- c) **Resultados del seguimiento y medición.**  
Se presentan cuando:
- No existe evidencia de la creación de indicadores para los procesos del sistema.
  - No se están cumpliendo las metas de los indicadores.
  - La responsabilidad y la frecuencia con la que se llevan a cabo el seguimiento de los indicadores del proceso no están documentadas.
  - Los indicadores que pertenecen a los procesos no poseen valores planificados o de alerta con el objetivo de llevar a cabo acciones de carácter correctivo.
- d) **Salidas no conformes.**  
Se presenta una no conformidad cuando los titulares o responsables de proceso no tienen identificadas y documentadas sus salidas no conformes aunque estas no se hayan presentado.  
La no conformidad también se presenta cuando la salida no conforme ya sucedió y no se tomaron acciones utilizando el formato No conformidad y acción correctiva.

- e) **Quejas del usuario o proveedor.**  
Son no conformidades que deben documentar los titulares o responsables de proceso cuando se presenta una queja procedente de un cliente o usuario.
- f) **Incumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios.**  
Se presenta una no conformidad cuando en una auditoría interna o externa el equipo auditor identifica que:
- las dependencias con procesos en el SGCUV no tienen identificados los requisitos legales y reglamentarios aplicables.
  - una información específica sobre requisitos legales y reglamentarios no fue tomada en cuenta.
- g) **Problemas con los proveedores externos.**  
Se presenta cuando en los procesos que cuentan con proveedores críticos, estos no tuvieron la capacidad de proveer los bienes y servicios en las condiciones requeridas. Son documentadas por los titulares o los responsables de proceso.
- h) **Problemas identificados por el personal operativo.**  
Son no conformidades que el personal identifica durante la operación de los procesos, deben reportarlas a los responsables de proceso o titulares de dependencia para que sean documentadas.
- i) **Observaciones de los superiores.**  
Se refiere a las no conformidades que los titulares identifican cuando realizan una revisión a sus procesos o cuando integran y elaboran el Informe de desempeño de los procesos. Son documentadas por los mismos titulares o los responsables de proceso.
- j) **Revisión por la dirección.**  
Son no conformidades que se documentan cuando:
- En la revisión por la dirección no se han tratado todas las entradas y salidas requeridas por la norma de referencia.
  - La revisión del sistema no se está empleando como herramienta de mejora del sistema de gestión de la calidad.
  - No se han implementado mejoras o acciones correctivas derivadas de revisiones por la dirección previas.

## II. Políticas

1. Todo participante en los procesos del SGCUV debe aplicar el presente procedimiento cuando identifique el incumplimiento de un requisito.
2. Toda NC detectada –sin importar su fuente– debe atenderse inmediatamente, documentándola en el [Reporte de No Conformidad y Acción Correctiva \(SGCUV-GE-F-08\)](#).
3. La persona que detecta una no conformidad debe documentar la siguiente información:
  - **Requisito que se incumple.** Redactar cual es el requisito que se está incumpliendo, por ejemplo, incumplimiento a: un requisito de la Norma ISO 9001:2015 o de la Guía de aplicación del SGCUV, alguna política definida en sus procedimientos, actividades que no muestran registros cuando en estas se requiere, queja de un cliente o usuario, requisitos

legales y reglamentarios, alguna meta que no se alcanzó en un periodo establecido y de la cual no se levantó una NC.

- **Descripción de la NC.** Describir de manera clara y entendible en que consiste la no conformidad, esto es, el hecho que demuestra un incumplimiento de algún requisito documentado.
  - **Evidencia.** Señalar en la redacción los documentos que muestran evidencia del incumplimiento o si la falta de ésta es el incumplimiento.
4. Una No Conformidad relacionada con el incumplimiento legal o reglamentario, que afecte al usuario o que ponga en riesgo la integridad del SGCUV, siempre será una No Conformidad Mayor, cuando el incumplimiento del requisito no implique lo anteriormente mencionado, será una No Conformidad menor.
  5. Los tipos de no conformidades derivadas de la identificación de salidas no conformes deben documentarse en el Reporte SGCUV-GE-F-08.
  6. Toda AC requiere de un análisis, evaluación de las acciones propuestas y solución de la causa raíz de la no conformidad para su liberación.
  7. El análisis de la causa raíz de las NC debe ser realizado por los responsables del proceso al que pertenece ésta y determinar la AC de la misma implementando un plan de acción.
  8. Se debe dar seguimiento por parte del responsable de proceso a las acciones propuestas para asegurar que se lleven a cabo en el término establecido.
  9. Es responsabilidad del responsable de proceso al que impacta la NC, verificar la efectividad de las AC implementadas, para evitar tener un impacto negativo en sus: resultados, productos, servicios, procesos, sistema de gestión de la calidad o en la satisfacción de los clientes o usuarios.
  10. La NC debe ser liberada (cerrada) por el Titular de la dependencia en la que se detectó la NC.
  11. Toda no conformidad debe contar con un expediente que incluya las evidencias de cumplimiento al plan de acción.
  12. El Auditor Líder debe verificar el estatus de las NC del proceso que esté auditando y la efectividad de las acciones tomadas. Asimismo, se debe incluir en el informe de auditoría los comentarios sobre el estado que guardan las NC.
  13. El Director de Planeación Institucional debe estar informado por el Titular de la Unidad de Organización y Métodos acerca de las NC detectadas y de las AC implementadas.



### III. Desarrollo

#### (A) Identificación de una NC

##### Persona que detecta la NC

1. Detecta una NC derivada de cualquier fuente:
  - a) Hallazgos de auditorías internas o externas al SGCUV.
  - b) Hallazgos de auditorías externas por órganos fiscalizadores, organismos evaluadores o acreditadores de la gestión y de los programas educativos (PE).
  - c) Resultados del seguimiento y medición.
  - d) Salidas no conformes.
  - e) Quejas del usuario.
  - f) Incumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios.
  - g) Problemas con los proveedores externos.
  - h) Problemas identificados por el personal operativo.
  - i) Observaciones de los superiores.
  - j) Revisión por la dirección.
2. Redacta la No Conformidad en el documento que le sea aplicable.
3. Comunica y la turna -de ser el caso, a la brevedad posible- al Responsable de proceso para su atención.

##### Responsable de proceso que atiende la NC

4. Recibe la NC detectada.
5. Llena la sección I del Reporte de No Conformidad y Acción Correctiva (SGCUV-GE-F-08) y solicita folio a la Unidad de Organización y Métodos para su control y seguimiento.
6. Registra en su documento aplicable, para el control y seguimiento de la NC.

#### (B) Análisis, evaluación y solución de la causa

7. Analiza la NC y determina si procede, utilizando la sección II del Reporte de No Conformidad y Acción Correctiva (SGCUV-GE-F-08):
  - a. No procede: describe el motivo del rechazo documentándolo en el Reporte de No Conformidad y Acción Correctiva (SGCUV-GE-F-08) y lo informa a quien le notificó la NC.
  - b. Si procede: Continúa en 8.
8. Realiza el análisis de las causas que originaron la NC para identificar la(s) causa(s) raíz, utilizando alguna herramienta de análisis (Tormenta de ideas; 5 porqués; diagrama de pescado o de Ishikawa; Pareto; histogramas; diagramas de flujo; etc.)





9. Elabora el plan de acción, determinando las acciones a realizar para controlar y corregir la NC en el Reporte de No Conformidad y Acción Correctiva (SGCUV-GE-F-08). Determina a los responsables de las acciones, cuándo inician y cuándo terminan. Las AC deben ser apropiadas a los efectos de las NC encontradas.
10. Analiza y describe:
  - a. Si se requiere actualizar algún riesgo y/u oportunidad;
  - b. Las consecuencias de la NC y cómo serán atendidas;
  - c. Si se requiere modificar el SGC;
  - d. Si existe otra área/proceso/cliente en el que se pueda presentar la misma NC;
11. Implementa las acciones definidas en el plan de acción para controlar y/o eliminar la causa raíz de la NC, para asegurarse que no vuelva a ocurrir o que pueda suceder en otra parte, genera y archiva las evidencias de estas acciones.
12. Verifica la eficacia de las acciones implantadas con base en evidencias.
  - a) Se eliminó la causa raíz. Continúa en el numeral 13
  - b) No se eliminó la causa raíz:
    - Registra los resultados de la verificación en el Reporte de No Conformidad y Acción Correctiva (SGCUV-GE-F-08). En su caso, definen y justifican por qué y cómo la minimizarán o el tratamiento que se le va a dar.
    - Regresa al numeral 8.
13. Registra los resultados de la verificación e informa al titular del área en la que se presentó la NC.

### **(C) Liberación de la No Conformidad**

#### **Titular de la dependencia (Responsable de liberar la NC)**

14. Recibe el Reporte de No Conformidad y Acción Correctiva (SGCUV-GE-F-08), comprueba que se haya eliminado la causa raíz.
15. Libera la NC redactando una conclusión de cierre de la misma o si solamente se minimizó en la sección III del Reporte de No Conformidad y Acción Correctiva (SGCUV-GE-F-08).
16. Turna al Responsable de proceso que atiende la NC.

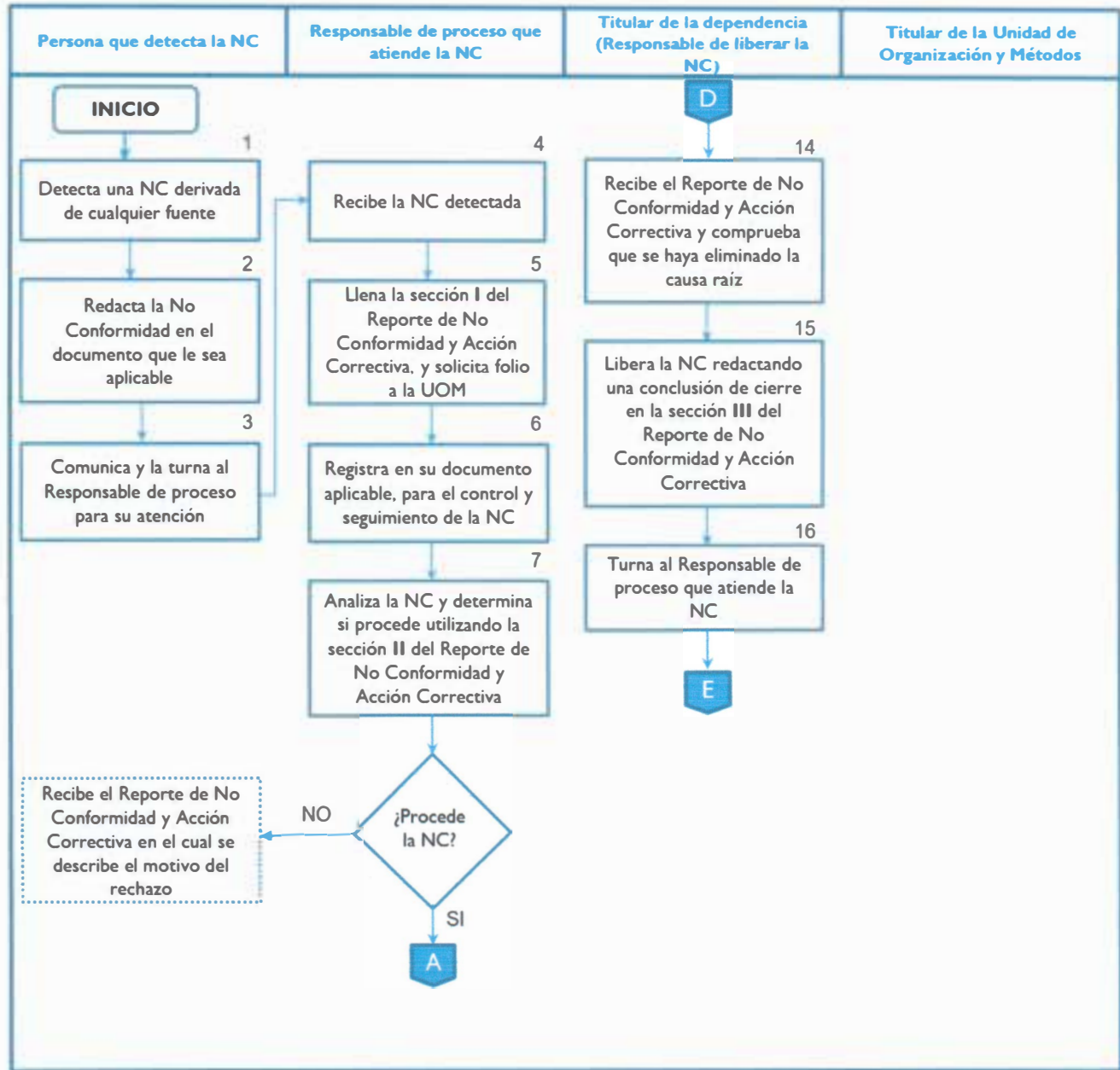
#### **Responsable de proceso que atiende la NC**

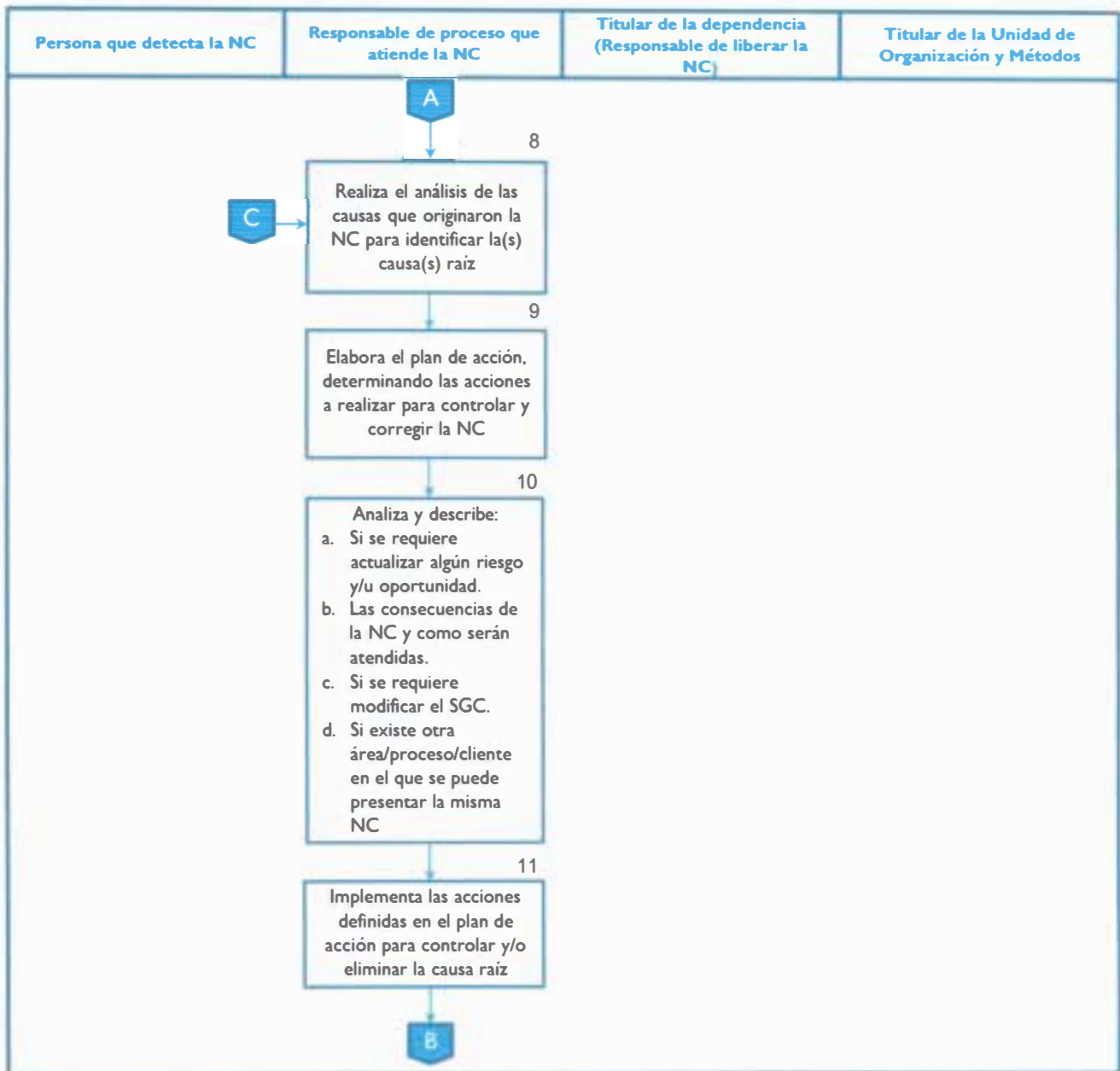
17. Analiza y considera la necesidad de cambios en los procesos derivados de la NC, documentándolos en el Reporte de No Conformidad y Acción Correctiva (SGCUV-GE-F-08).
18. Archiva el expediente de la No Conformidad cerrada y entrega copia en electrónico del mismo al Titular de la Unidad de Organización y Métodos para su conocimiento.

**Titular de la Unidad de Organización y Métodos**

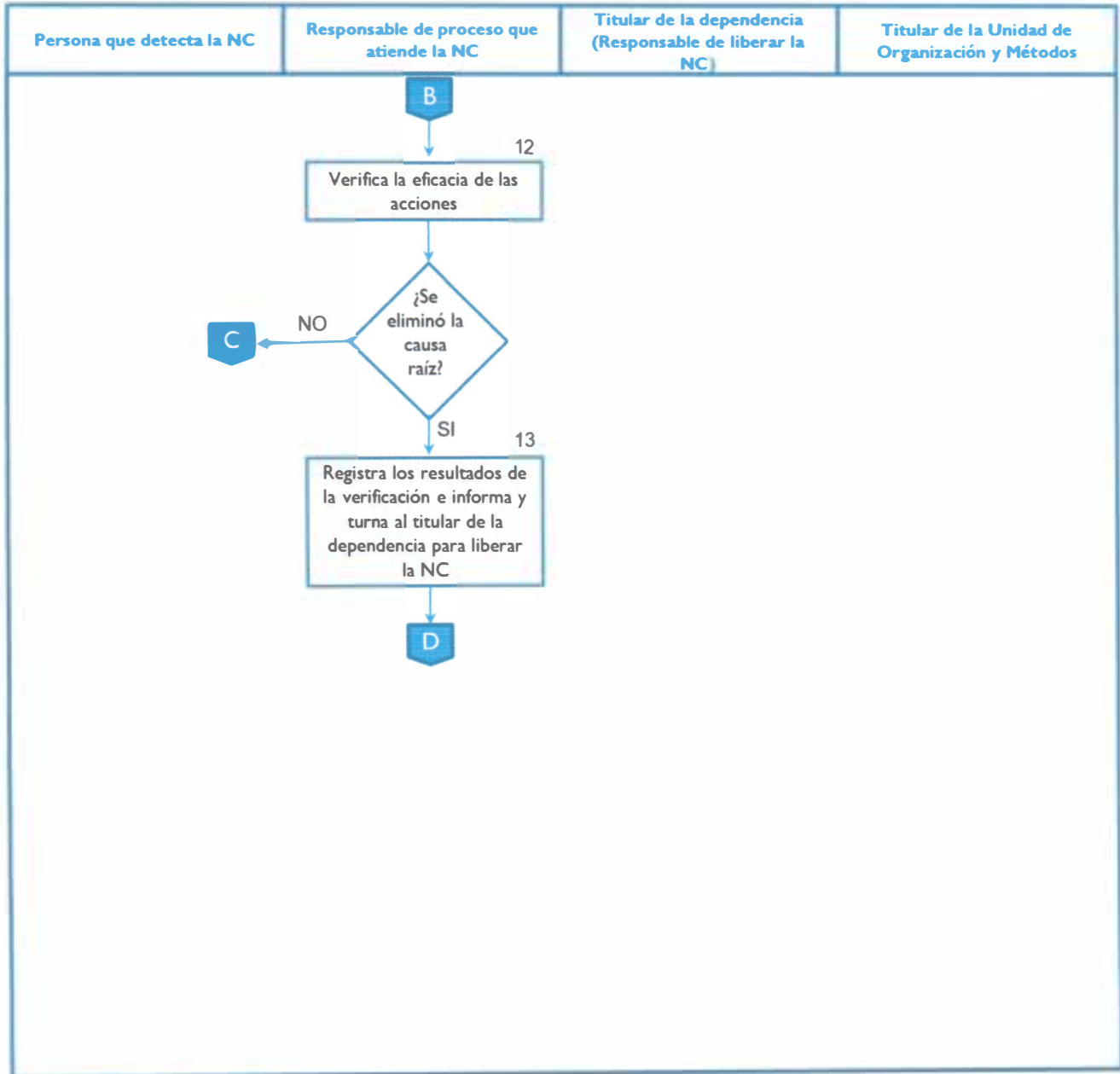
19. Recibe copia en electrónico del expediente de la NC para su archivo y control.

**Diagrama de Flujo**

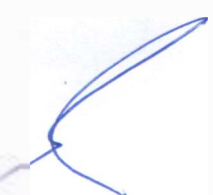
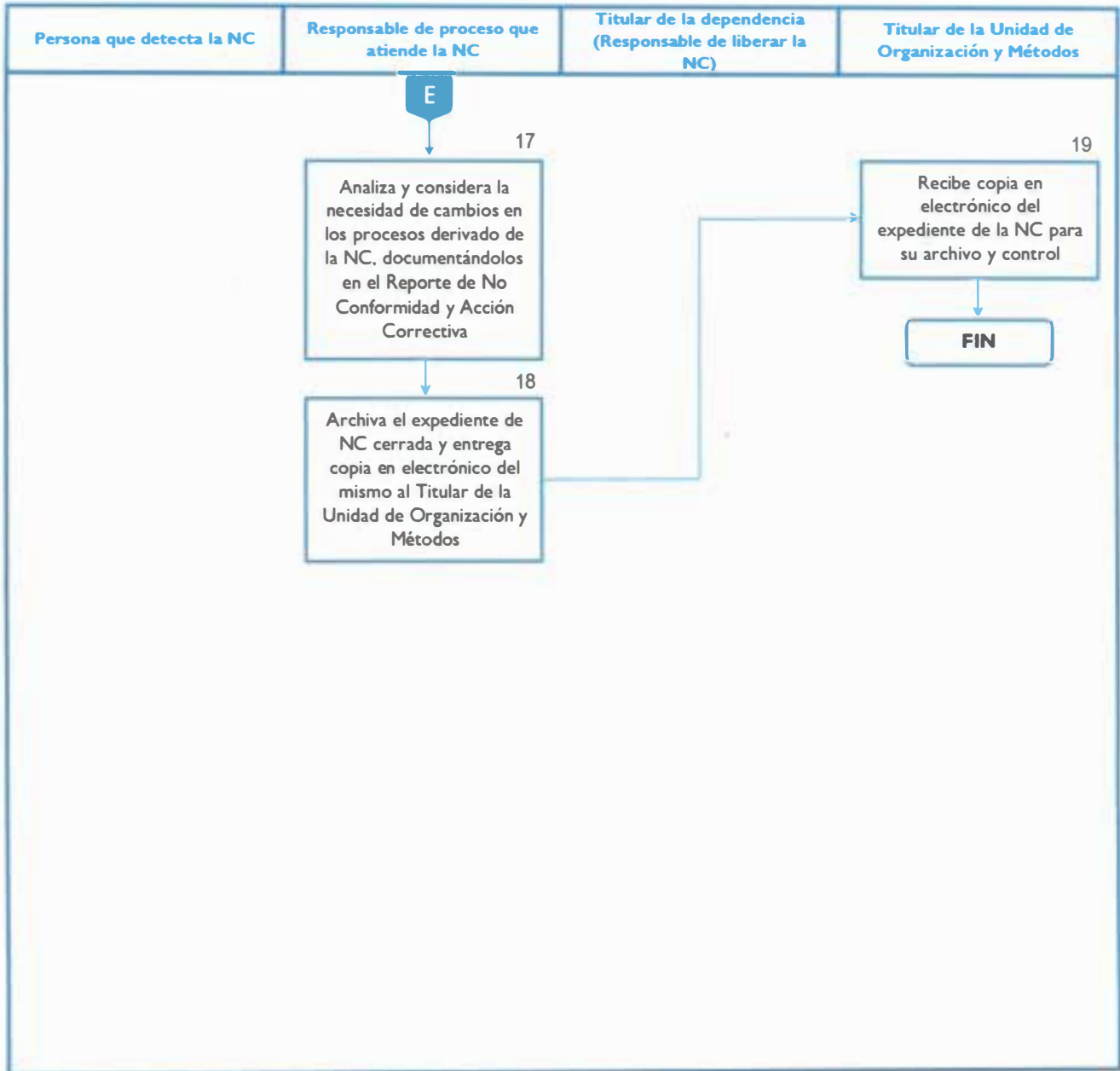










#### IV. Referencias

- a) Norma ISO 9000 Fundamentos y Vocabulario, en la versión aplicable vigente.
- b) Norma ISO 9001 Requisitos, en la versión aplicable vigente.
- c) Norma ISO 19011 Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión, en la versión aplicable vigente.
- d) Formatos:

[Reporte de No Conformidad y Acción Correctiva \(SGCUV-GE-F-08\)](#)

[Procedimiento: Auditoría Interna \(SGCUV-GE-P-03\)](#)



#### V. Entradas y salidas

Entradas		Salidas	
Proveedor	Requisitos	Cliente	Requisitos
Cualquier fuente	Posible No Conformidad	Procesos del SGCUV	Mejora

#### VI. Histórico de Revisiones

No. de revisión	Fecha de revisión o modificación	Sección o página modificada	Descripción de la revisión o modificación
1	18/05/2012	Todas	Adecuación del procedimiento al nuevo formato.
2	15/04/2016	Todo el documento	Se cambia el formato del documento Se actualizan los componentes de la descripción Se simplifican las actividades del procedimiento Se aumentan referencias
3	18/12/2018	Todas	Conforme a las norma: ISO 19011:2018 Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión
4	24/05/2021	Formato Términos y definiciones Políticas Desarrollo Diagrama de Flujo Formato	Se integró el procedimiento a una nueva plantilla institucional. Se agregaron las definiciones relacionadas con las fuentes de no conformidades. Se modificó la redacción de las Políticas. Se modificó la redacción y el desarrollo de las actividades. Se modificó el Diagrama de flujo. Se aumenta al Contenido el apartado de Créditos. Se incluye el número de Revisión en el pie de página.

## VII. Firmas de Autorización

Propone	Autoriza	Fecha	
		Autorización	Autorización
 Ing. Álvaro Gabriel Hernández Director de la Unidad de Organización y Métodos	 Mtra. Norma Angelina Lagunes López Encargada de la Dirección de Planeación Institucional	25/05/2022	27/05/2022

## VIII. Créditos

La elaboración y actualización del presente procedimiento estuvo a cargo de la Unidad de Organización y Métodos de la Dirección de Planeación Institucional, fue actualizado en mayo de 2022 para su publicación en el Manual de Procedimientos Administrativos.

Mtra. Norma Angelina Lagunes López  
Encargada de la Dirección de Planeación Institucional

Ing. Álvaro Gabriel Hernández  
Director de la Unidad de Organización y Métodos (UOM)

Análisis, asesoría y apoyo de la UOM  
C.P. Marisela Gómez Girón  
Lic. Elisa Sáiz Bonilla  
Lic. Armando R. Pastrana Ávila.