

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. Entradas y salidas**
- VI. Histórico de revisiones**
- VII. Firmas de autorización**



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 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.

II. Políticas

1. Todo participante en los procesos debe aplicar el presente procedimiento cuando identifique el incumplimiento, queja de un usuario o un posible incumplimiento en otro proceso o lugar del SGCUV a 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. Una No Conformidad relacionada con incumplimiento legal o reglamentario, o que ponga en riesgo la integridad del SGCUV siempre será una No Conformidad Mayor
4. Los tipos de no conformidades derivadas de la identificación de salidas no conformes deben documentarse en el Reporte SGCUV-GE-F-08.
5. Toda AC requiere de un análisis, evaluación de las acciones propuestas y solución de la causa raíz de la no conformidad para su liberación.
6. 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.
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.
8. 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.

9. La NC puede ser liberada (cerrada) por el responsable del área que detecta la NC.
10. El Auditor Líder o algún auditor interno deben 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.
11. El Director de Planeación Institucional debe estar informado en todo momento por el Responsable de Proceso acerca de las NC detectadas y de las AC implementadas para eliminarlas.
12. El Director de Planeación Institucional es el responsable de Informar a la Alta Dirección sobre el estado que guardan las NC en el SGCUV.

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 los programas educativos;
 - 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. En su caso, lo comunica a la brevedad posible al Responsable de Proceso.

Responsable del área que detecta la NC

3. Recibe la notificación de que se ha detectado una NC.
4. Requisita la sección I del formato SGCUV-GE-F-08 y solicita folio a la UOM para su control y seguimiento.



5. Remite preferentemente por correo electrónico el formato (SGCUV-GE-F-08) al Responsable de Proceso que atiende la NC, solicitando confirmación de recibido.

Responsable de Proceso que atiende la NC

6. Recibe la NC y confirma de recibido.
7. Registra en su control para seguimiento de la NC.

(B) Análisis, evaluación y solución de la causa

8. Utilizando la sección II del formato (SGCUV-GE-F-08) analiza la NC y determina si procede:
 - a. No procede: describe el motivo del rechazo documentándolo en el formato (SGCUV-GE-F-08) y lo informa a quien le notificó la NC.
 - b. Si procede: determina las acciones realizadas para controlar y corregir la NC en el formato (SGCUV-GE-F-08) y para realizar la Acción Correctiva continua con el llenado de la sección II del formato
9. Revisa y analiza las causas de la NC para identificar la causa raíz, utilizando alguna herramienta de análisis (Tormenta de ideas; 5 porqués; diagrama de pescado o de Ishikawa; Pareto; histogramas; diagramas de flujo; etc.)
10. Determina e implementa las acciones necesarias 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. También identifica quién llevará a cabo las acciones, cuándo inician y cuándo terminan. Las AC deben ser apropiadas a los efectos de las NC encontradas.
11. A continuación, 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;
12. Verifica la eficacia de las acciones implantadas con base en evidencias.
 - a) No se eliminó la causa raíz:



- Registra los resultados de la verificación en el formato (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 punto 9.

b) Se eliminó la causa raíz. Registra los resultados de la verificación e informa al titular del área en la que se presentó la NC.

Responsable del área que detecta la NC

13. Recibe formato (SGCUV-GE-F-08), comprueba que se haya eliminado la causa raíz.
14. Libera la NC requisitando la sección III del formato (SGCUV-GE-F-08).
15. Turna al Responsable de Proceso que atiende la NC.

Responsable de Proceso que atiende la NC

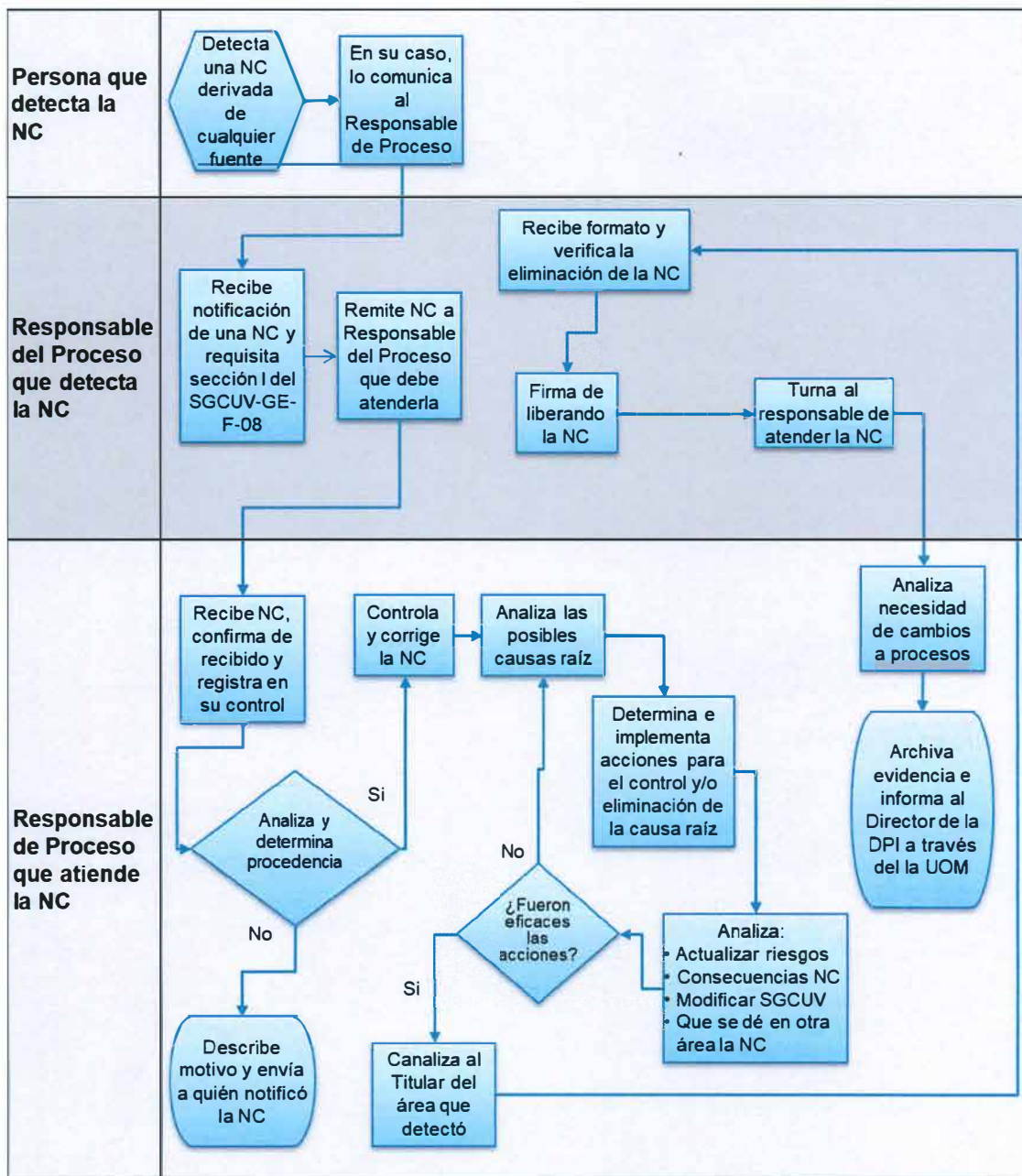
16. Analiza y considera la necesidad de cambios en los procesos derivados de la NC, documentándolos en el formato (SGCUV-GE-F-08).
17. Archiva la evidencia de la No Conformidad cerrada e informa al Director de Planeación Institucional para su conocimiento.

Director de Planeación Institucional

18. Recibe la NC con las evidencias para su expediente y control a través de la UOM.



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 \(SGCUV-GE-P-03\)](#)

VI. Entradas y salidas

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

VII. Histórico de Revisiones

No. DE REVISIÓN	FECHA REVISIÓN O MODIFICACIÓN	SECCIÓN O PAGINA 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

VI. Firmas de Autorización

PROPONE	AUTORIZA	FECHA	
		AUTORIZACIÓN	ENTRADA EN VIGOR
 Ing. Álvaro Gabriel Hernández Director de la Unidad de Organización y Métodos	 Dra. Laura E. Martínez Márquez Directora de Planeación Institucional	18-12-2018	19-12-2018

