	Nombre del documento: Procedimiento del SGC para Acciones Correctivas	Código: SNEST-CA-PG-005
	Referencia a la Norma ISO 9001:2008 8.5.2	Revisión: 8
		Página 1 de 6

1. Propósito

Establecer los lineamientos para tomar acciones para eliminar la causa de No Conformidades del SGC con objeto de prevenir que vuelva a ocurrir.

2. Alcance

Aplica para los Institutos Tecnológicos participantes en la certificación por multisitios.

3. Políticas de operación.

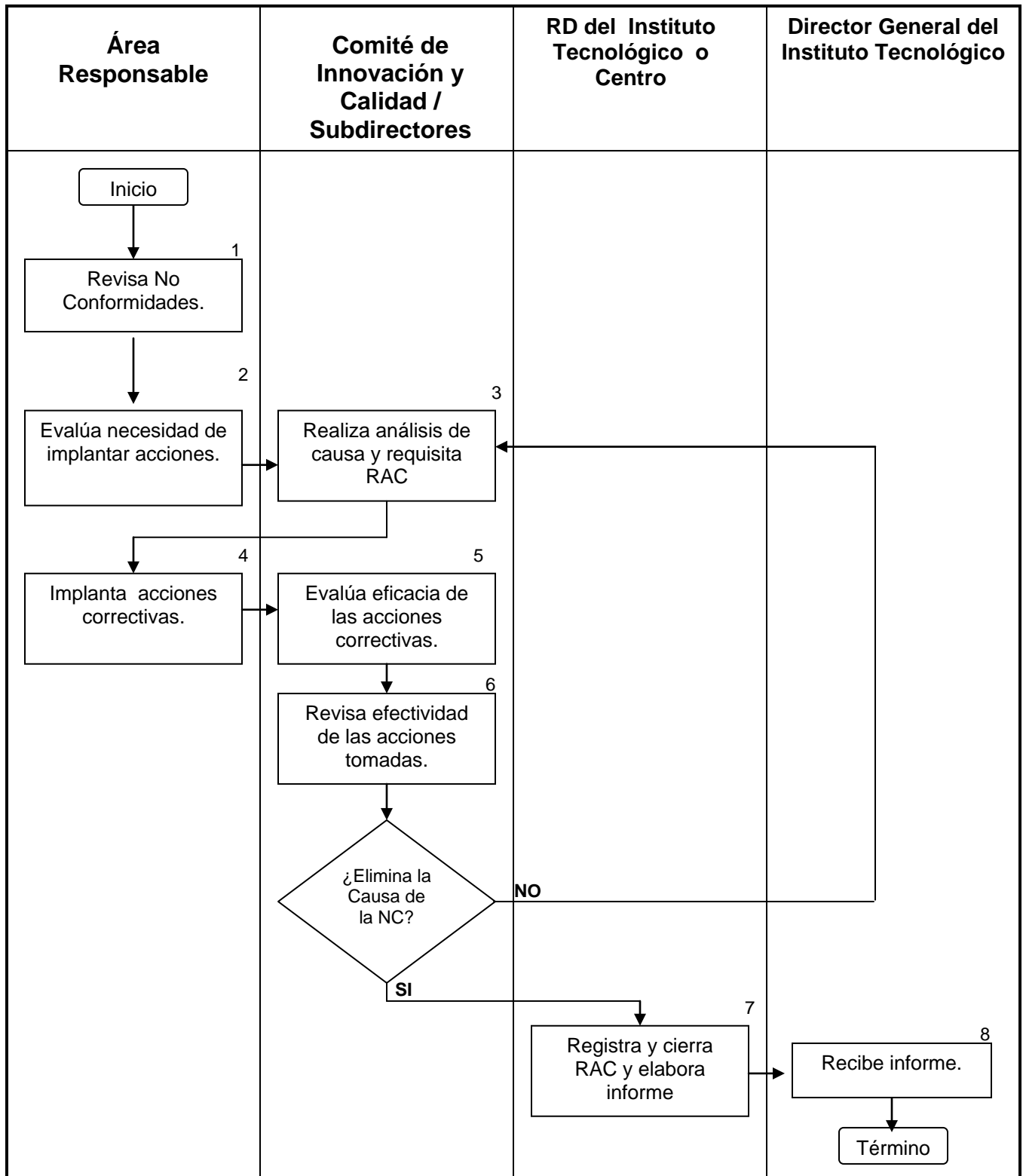
- 3.1 Las Acciones Correctivas pueden surgir a partir del análisis de las causas que originan las No Conformidades encontradas que provengan de:
- 3.1.1 Auditorías Internas.
 - 3.1.2 Auditorías Externas.
 - 3.1.3 Análisis de Datos.
 - 3.1.4 Análisis de la Eficacia de los Procesos.
 - 3.1.5 Seguimiento a la Revisión del SGC por parte de la Alta Dirección.
 - 3.1.6 Análisis de Quejas y/o Sugerencias de los clientes.
 - 3.1.7 Identificación de Producto No Conforme
 - 3.1.8 Auditorías de Servicio.
 - 3.1.9 Análisis de Ambiente de Trabajo
- 3.2. El RD debe ser informado en todo momento acerca de las No Conformidades detectadas y de las Acciones Correctivas implementadas en los Institutos Tecnológicos para eliminar la No Conformidad.
- 3.3 El análisis de la Causa Raíz de las No Conformidades debe ser realizado por los responsables del proceso al que pertenece ésta, en el seno del Comité de Innovación y Calidad y/o Comité Académico según sea necesario y determinar la acción correctiva o corrección de la misma.
- 3.4 Es responsabilidad de los Subdirectores dueños del proceso al que impacta la No conformidad verificar la efectividad de las Acciones Correctivas o correcciones implementadas.
- 3.5 Las Acciones Correctivas son consideradas como concluidas una vez que hayan sido verificadas y evaluadas por los responsables, así como al eliminar las causas que dieron origen a las No conformidades.
- 3.6 El RD es el responsable de Informar al Director del Instituto Tecnológico sobre el Estado que guardan las Acciones Correctivas implementadas en el Instituto Tecnológico.


CONTROL DE EMISIÓN		
ELABORÓ	REVISÓ	AUTORIZÓ
Comité Nacional de Innovación y Calidad	Lic. Victoria Trejo Zuñiga RD de Calidad ITD's de Multisitios	M.C. Erasmo Martínez Rodríguez Director de Institutos Tecnológicos Descentralizados
Firma: 30 de enero de 2009	Firma: 30 de enero de 2009	Firma: 30 de enero de 2009

Toda copia en PAPEL es un "Documento No Controlado" a excepción del original.



4. Diagrama del procedimiento




	Nombre del documento: Procedimiento del SGC para Acciones Correctivas	Código: SNEST-CA-PG-005
	Referencia a la Norma ISO 9001:2008 8.5.2	Revisión: 8 Página 3 de 6

5. Descripción del procedimiento

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1.Revisa No Conformidades.	1.1 Revisa No Conformidades detectada derivada de las fuentes declaradas en la política 3.1 e informa al Comité 1.2 Solicita al RD análisis de causa raíz para identificar la causa de la NC y Programar Reunión de Comité de Innovación y Calidad para llevar a cabo análisis de causa raíz	Área Responsable.
2.Evalúa necesidad de implantar acciones	2.1 Analiza la No Conformidad detectada y se determina la necesidad de llevar a cabo una corrección o una acción correctiva. 2.2 Si se llevará a cabo una corrección se informará al RD para su control y liberación. 2.3 En caso de llevar a cabo una acción correctiva se selecciona la técnica estadística a utilizar para realizar el análisis de la causa raíz.	Área responsable
3.Realiza análisis de causa y requisita RAC	3.1 Identifica la causa raíz que dio origen a la No Conformidad y solicita al área responsable evalúe la necesidad de abrir un RAC, si es necesario 3.2 Elabora Requisición de Acción Correctiva SNEST-CA-PG-005-01 y definen las acciones correctivas a implantar.	Comité de Innovación y Calidad/Subdirectores
4.Implanta acciones correctivas.	4.1 Implanta acciones con el fin de prevenir que las No Conformidades vuelvan a ocurrir. 4.2 Para las Correcciones se llevarán a cabo sin Acciones preventivas evalúa la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de No Conformidades. 4.3 Implementa las Acciones necesarias (las acciones correctivas estas deben ser apropiadas a los efectos de las No Conformidades). 4.4 Da Seguimiento a las Acciones implementadas y supervisa que las acciones determinadas se hayan implementado. 4.5 Registra resultados de las acciones tomadas en el Informa de manera periódica al RD acerca de los resultados de las acciones tomadas para eliminar la No Conformidad o prevenir su ocurrencia.	Área Responsable.
5.Evalúa eficacia de acciones correctivas.	5.1 Recibe el informe de resultados de las acciones y requisita Formato Electrónico para Estado de Acciones Correctivas y/o Preventivas; para con el fin de llevar un control del estado que guardan las acciones implantadas, 5.2 Solicita a los miembros del Comité que revisen dicha	Comité de Innovación y Calidad/Subdirectores

Toda copia en PAPEL es un “Documento No Controlado” a excepción del original.

	Nombre del documento: Procedimiento del SGC para Acciones Correctivas	Código: SNEST-CA-PG-005
	Referencia a la Norma ISO 9001:2008 8.5.2	Revisión: 8 Página 4 de 6

	efectividad.	
6. Revisa Efectividad de las Acciones Tomadas.	6.1 Revisa la efectividad de las Acciones Correctivas implantadas, informa al RD. SI son efectivas informa al RD para que registre el avance y/o cierre el RAC. NO son efectivas regresa a etapa 2.	Comité de Innovación y Calidad. /Subdirectores
7.Registra y cierra RAC y elabora informe.	7.1 Registra el avance de las acciones implementadas y cuando hayan alcanzado el 100% cierra RAC y anota la fecha de cierre en formato SNEST-CA-PG-005-01 y Formato Electrónico para Estado de Acciones Correctivas y/o Preventivas SNEST-CA-FE-03. 7.2 Informa al Director General del Instituto Tecnológico y al Comité Nacional de Innovación y Calidad SGC en las Reuniones Nacionales de Revisión por la Dirección, acerca del estado de las Acciones Correctivas. NOTA: Esta información sirve de entrada para la Revisión por la Dirección. (Ver instructivo de Rev. por la Dirección)	RD en el Instituto Tecnológico
8 Recibe Información	8.1 Recibe el informe sobre el estado que guardan las Acciones Correctivas para proponer y establecer acciones de mejora al sistema. 8.2 Término.	Director General de Instituto Tecnológico


6. Documentos de referencia

Documentos
Manual de Calidad.
Planes de Calidad.
Informes de Auditorias.
Identificación, Registro y Control del Producto No Conforme.
Informe de Resultados de las Auditorias de Servicio.
Resultados de la encuesta para la determinación y gestión del ambiente de trabajo.
Procedimiento del SGC para la Atención de Quejas y Sugerencias.

7. Registros

Registros	Tiempo de Retención	Responsable de conservarlo	Código de registro
Requisición de Acciones Correctivas y/o Correcciones	1 año	Jefe de Área	SNEST-CA-PG-005-01

Toda copia en PAPEL es un "Documento No Controlado" a excepción del original.

	Nombre del documento: Procedimiento del SGC para Acciones Correctivas	Código: SNEST-CA-PG-005
		Revisión: 8
	Referencia a la Norma ISO 9001:2008 8.5.2	Página 5 de 6

Formato Electrónico para Estado de Acciones Correctivas y/o Preventivas	1 año	RD	SNEST-CA-FE-04
---	-------	----	----------------

8. Glosario

Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una **No Conformidad** detectada u otra situación indeseable en la operación del SGC.

Acción Preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de una **No Conformidad** potencial u otra situación indeseable en la operación del SGC.

Corrección: Acción tomada para eliminar una No conformidad detectada.

9. Anexos

9.1 Formato para Requisición de Acciones Correctivas y/o Correcciones. SNEST-CA-PG-005-01

10. Cambios de esta versión

Número de revisión.	Fecha de actualización.	Descripción del cambio.
8	30 de enero de 2009	Actualización a la Norma ISO 9001:2008, cambio de logotipo, cambio en los apartados de elaboró, revisó y autorizó.
7	30 de noviembre de 2007	Revisión general del SGC y adecuación a las particularidades de los ITD's.
6	22 de marzo de 2007	Se cambia el concepto de ORGANIZACIÓN por Institutos Tecnológicos y Centros. Se cambia logo Institucional. Se cambia código de IC a CA. Se modifica el alcance de procedimiento. Se anexa el punto 3.1.9 Análisis de Ambiente de Trabajo. Se modifica la política 3.3 anexando el uso de la corrección. Se modifica el diagrama del procedimiento y su descripción, en el caso de las etapas 2 y 3 se reordenan. Se modifican las etapas 4, 5 y 7
5	16 de junio de 2005	Se cambió de código y número del procedimiento. Se cambia el Propósito se adecua el alcance se cambia el término de implantación por el de implementación el todo el documento con el fin de que se congruente con la norma.

Toda copia en PAPEL es un "Documento No Controlado" a excepción del original.



Nombre del documento: Procedimiento del SGC para Acciones Correctivas

Código: SNEST-CA-PG-005

Revisión: 8

Referencia a la Norma ISO 9001:2008 8.5.2

Página 6 de 6

Número de revisión.	Fecha de actualización.	Descripción del cambio.
		<p>Se corrigieron las políticas de operación.</p> <p>Se modificó el diagrama del procedimiento tanto en los responsables como en las etapas.</p> <p>La descripción del procedimiento se cambia de acuerdo al nuevo diagrama y con apego a la norma ISO 9001:2000.</p> <p>En el punto 6 documentos de referencia se mencionan los que tienen relación directa para solicitar una acción correctiva y /o preventiva sin que estos sean limitativos.</p> <p>En el punto 8 Glosario sólo se dejan los términos relevantes para el procedimiento y que pudieran causar confusión.</p> <p>Se corrigen los formatos anexos al procedimiento con el fin de que sean más claros y operativos.</p>
4	11 de febrero 2005	Revisión total.
3	30 de noviembre 2004	Se integró en los puntos 4 y 5 de este procedimiento la responsabilidad del Coordinador General del SGC
2	10 de octubre 2004	Revisión total.
1	24 de mayo 2004	Revisión total.

Toda copia en PAPEL es un “Documento No Controlado” a excepción del original.