

	Procedimiento para Acciones Correctivas y de contención	Código: ITO-CA-PO-005
	Referencia a la Norma ISO 9001:2015 10.2	Revisión: 1
		Página 1 de 8

1. Propósito

Establecer los lineamientos para detectar, analizar y eliminar las causas de una No Conformidad relacionada con el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) con el objeto de prevenir que vuelva a ocurrir.

2. Alcance

Aplica para todos los procesos declarados en el Sistema de Gestión de Calidad del TecNM-Ocotlán

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 Salidas No Conformes
- 3.1.8 Auditorías de Servicio.
- 3.1.9 Análisis de Ambiente de Trabajo
- 3.1.10 Otras

3.2 Las personas responsables del proceso deberán coordinar con las personas involucradas en la no conformidad la realización del análisis de las causas que conllevaron a la solicitud de acción correctiva, para lo cual se podrán utilizar distintas metodologías para el análisis de causa tales como: lluvia de ideas, diagrama causa-efecto, 5 porqués, etc. El responsable del sistema (RS) debe estar informado en todo momento acerca de las No Conformidades detectadas y de las Acciones Correctivas implementadas para eliminarlas.

3.3 Si la gravedad o impacto en la prestación del servicio lo ameritan o bien si derivado del análisis de recurrencia de las causas de la no conformidad, por parte de la alta dirección y/o comité de innovación y calidad, lo determinan, se llevará a cabo la acción correctiva. Es responsabilidad de las subdirecciones responsables del proceso al que impacta la No conformidad verificar la efectividad de las Acciones Correctivas o correcciones implementadas. Las acciones correctivas se considerarán como efectivas, una vez que se implementen los planes de acción y se determine la efectividad de estos.

Elaboró	Revisó	Autorizó
Comité de Innovación y Calidad	Sonia Amelia Sánchez Carrillo Responsable del Sistema	Lic. Mateo López Valdovinos Dirección
22 de Agosto de 2024	30 de Agosto de 2024	09 de Septiembre de 2024

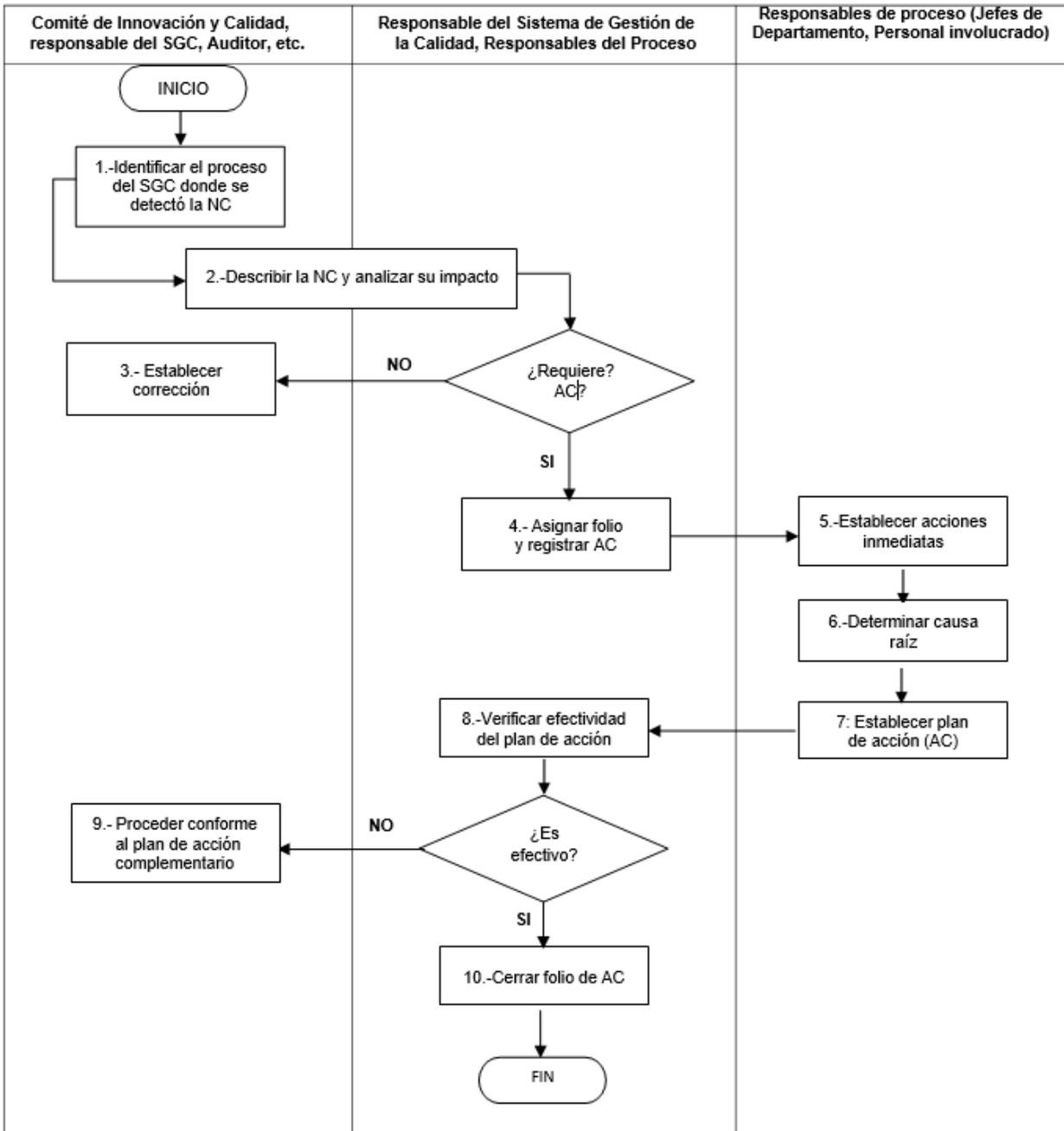
3.4 Cuando la acción correctiva no sea efectiva, se deberá realizar nuevamente el análisis de causa

	Procedimiento para Acciones Correctivas y de contención	Código: ITO-CA-PO-005
	Referencia a la Norma ISO 9001:2015 10.2	Revisión: 1
		Página 2 de 8

- con relación a las fallas de implementación y determinar un plan de acción complementario, mismo que deberá ser registrado en el formato de acción correctiva. 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.
- 3.5 Las personas responsables del proceso contarán con 3 días hábiles a partir de la notificación de la solicitud de acción correctiva para notificar la procedencia o no de la solicitud.
 - 3.6 A partir de la aceptación de la no conformidad las personas responsables del proceso tendrán 7 días hábiles para entregar el análisis de causa y el plan de acción correctivo. Podrá haber una prórroga de 7 días hábiles adicionales cuando, a petición de la persona responsable, sea necesario ampliar el plazo.
 - 3.7 La persona Responsable del Sistema (RS) deberá informar a la Dirección sobre el estado que guardan las Acciones Correctivas.



4. Diagrama del procedimiento



	Procedimiento para Acciones Correctivas y de contención	Código: ITO-CA-PO-005
	Referencia a la Norma ISO 9001:2015 10.2	Revisión: 1
		Página 4 de 8

5. Descripción del procedimiento

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1. Identificar el proceso del SGC donde se detectó la no conformidad	<p>La cual puede derivarse de:</p> <p>Auditorías Internas. Auditorías Externas. Análisis de Datos. Análisis de la Eficacia de los Procesos. Seguimiento a la Revisión del SGC por parte de la Alta Dirección. Análisis de Quejas y/o Sugerencias de los clientes. Identificación de Salidas No Conformes Auditorías de Servicio Análisis de Ambiente de Trabajo Otras</p>	Subdirectores (as)/Áreas Responsables
2. Describir la NC y analizar su impacto	<p>Redactar la NC, describiendo claramente el hallazgo identificado, indicar en que área o proceso dónde se identificó e incluir los datos o información que sustente la descripción del hallazgo.</p> <p>Indicar el requisito de la norma que se ha incumplido.</p>	Subdirectores (as)/Áreas Responsables
3. Establecer corrección	<p>Analiza la No Conformidad detectada y se determina la necesidad de llevar a cabo una corrección o una acción correctiva.</p> <p>Si es una corrección, establecer acciones para contener el problema, pero no se analizarán las causas que originaron la NC, las acciones de corrección no se documentarán en un formato especial, sin embargo, la persona responsable del proceso deberá dar evidencia de las acciones implementadas, y se informará al RS para su control y liberación.</p>	Subdirectores (as)/Áreas Responsables
4. Asignar folio y registrar la acción correctiva	<p>En caso de llevar a cabo una acción correctiva, la persona responsable del Sistema, asignará el número de folio de la acción correctiva.</p> <p>El folio está integrado por las siglas que corresponden a requisición de acción correctiva, número consecutivo iniciando a partir del 001 y el año en curso. Ejemplo: RAC-001/2024</p>	Responsable del Sistema
5. Establecer acciones inmediatas	<p>Establecer acciones con la finalidad de aminorar el efecto de la no conformidad detectada.</p> <p>Estas acciones no garantizan que la no conformidad no se repita, es una manera de contener el impacto del problema sin analizar a profundidad las causas que la originaron. Registrarla en el formato de acción correctiva</p>	Subdirectores (as)/Áreas Responsables



**Procedimiento para Acciones
Correctivas y de contención**

Código: ITO-CA-PO-005

Revisión: 1

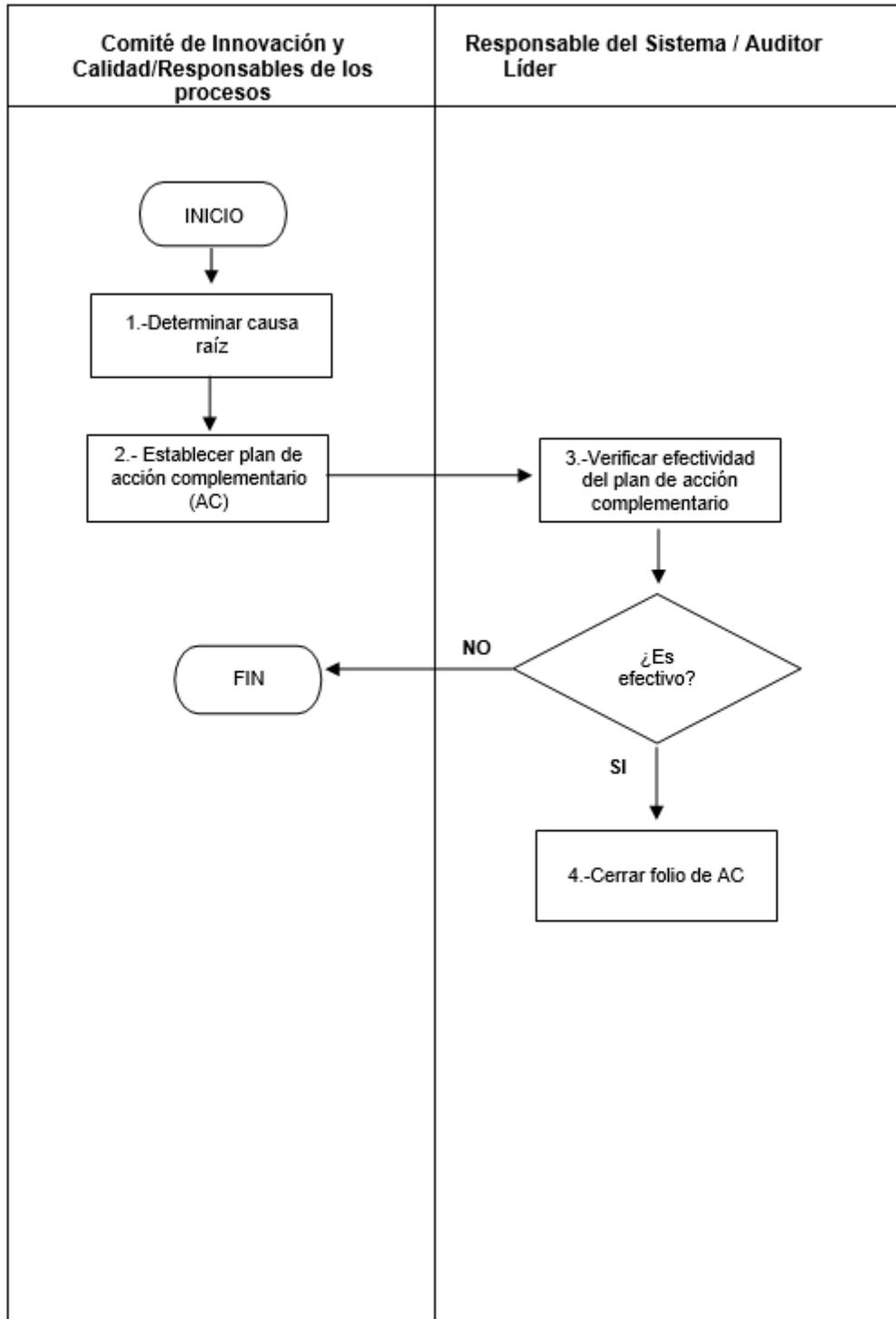
**Referencia a la Norma ISO 9001:2015
10.2**

Página 5 de 8

<p>6. Determinar la causa raíz</p>	<p>Identifica la causa raíz que dio origen a la No Conformidad para evitar que se vuelva a presentar y solicita al área responsable realizar el análisis de causa raíz, en el cual podrán utilizar: lluvia de ideas, diagrama de Ishikawa, técnica de los 5 porqués.</p> <p>Nota: las técnicas mencionadas son sugeridas porque su forma de análisis es sencilla; sin embargo, en caso de utilizar otra técnica no mencionada en el presente procedimiento será necesario indicarlo en el formato de acciones correctivas y anexar la evidencia del análisis.</p>	<p>Subdirectores (as)/Áreas Responsables</p>
<p>7. Establecer el plan de acción</p>	<p>Con base en la causa- raíz determinada para asegurar que la no conformidad no vuelva a presentarse, establecer el plan de acción.</p> <p>Es importante que durante la implementación se recopilen las evidencias que se consideren pertinentes para demostrar que la no conformidad se revirtió con los planes de acción establecidos.</p> <p>Las evidencias de la implementación podrán ser mostradas en archivos electrónicos o físicos.</p>	<p>Subdirectores (as)/Áreas Responsables</p>
<p>8. Evaluar la efectividad del plan de acción</p>	<p>Para el caso de las acciones enfocadas en el proceso donde ocurrió la NC, la efectividad podrá validarse hasta el siguiente proceso del control de las acciones correctivas.</p> <p>Habrán acciones que no necesariamente sean de proceso y en este caso, se podrán tomar como referencia las fechas de término establecidas en el plan de acción.</p> <p>El porcentaje de cumplimiento deberá ser registrado en el archivo de control de seguimiento de acciones.</p> <p>Si se erradicó la no conformidad identificada, pasar al punto 10, de lo contrario proceder conforme el plan de acción complementario.</p>	<p>Auditor Líder Responsable del Sistema Subdirectores</p>
<p>9. Establecer plan de acción complementario</p>	<p>Analizar las causas que originaron el incumplimiento del plan de acción inicial y en función de la causa raíz se deberá establecer un nuevo plan de acción a fin de erradicar la NC.</p>	<p>Subdirectores (as)/Áreas Responsables</p>
<p>10. Cerrar la acción correctiva</p>	<p>Cerrar la acción correctiva, cuando se verifique la implementación de los planes de acción, conforme a las fechas de implementación establecidas. Registra el avance de las acciones implementadas y cuando hayan alcanzado el 100% cierra RAC y anota la fecha de cierre en formato de acción correctiva y en el formato para el control de las RAC.</p> <p>Informa al director acerca del estado de las acciones correctivas.</p> <p>Nota: Esta información sirve de entrada para la Revisión por la Dirección. (Ver programa de Revisión por la Dirección)</p>	<p>Responsable del Sistema</p>
<p>Término</p>		



6. Diagrama del plan de acción complementario



	Procedimiento para Acciones Correctivas y de contención	Código: ITO-CA-PO-005
	Referencia a la Norma ISO 9001:2015 10.2	Revisión: 1
		Página 7 de 8

7. Descripción del plan de acción complementario

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1. Determinar la causa raíz	<p>Determinar la causa raíz que originó que los planes de acción establecidos no erradicaran la no conformidad detectada.</p> <p>Para el análisis de causa raíz deberán utilizarse técnicas de análisis como: lluvia de ideas, diagrama de Ishikawa, Técnica de los 5 porqués, otra (especificar).</p> <p>Nota: las técnicas mencionadas son sugeridas porque su forma de análisis es sencilla; sin embargo, en caso de utilizar otra técnica no mencionada en el presente procedimiento será necesario indicarlo en el formato de acciones correctivas y anexar la evidencia del análisis.</p>	Subdirectores (as)/Áreas Responsables
2. Establecer el plan de acción complementario	Con base en el análisis de la causa-raíz identificada en el punto anterior, establecer el plan de acción complementario	Subdirectores (as)/Áreas Responsables
3. Evaluar la efectividad del plan de acción complementario	<p>Para el caso de las acciones enfocadas en el proceso, la efectividad podrá validarse hasta el siguiente proceso, o acción.</p> <p>Cabe mencionar que habrá acciones que no entren en los rubros mencionados, para esos casos se podrán tomar como referencia las fechas de término establecidas en el plan de acción.</p> <p>El porcentaje de cumplimiento deberá ser registrado en el archivo de control de seguimiento de acciones.</p> <p>¿Fueron efectivos los planes de acción? Si se erradicó la no conformidad identificada, pasar al punto 4, de lo contrario, en el punto 3 de esa sección del formato, justificar las causas.</p>	Subdirectores (as)/Áreas Responsables
4. Cerrar la acción correctiva	Cuando se verifique la implementación de los planes de acción, conforme a las fechas de implementación establecidas.	Responsable del Sistema/Auditor líder
Término		

8. Documentos de referencia

Documentos
Identificación, Registro y Control de Salidas No Conformes.
Informe de Resultados de las Auditorías de Servicio.
Informes de Auditorías.

	Procedimiento para Acciones Correctivas y de contención	Código: ITO-CA-PO-005
	Referencia a la Norma ISO 9001:2015 10.2	Revisión: 1
		Página 8 de 8

Plan Rector de Calidad
Plan de Calidad
Procedimiento del SGC para la Atención de Quejas y Sugerencias.
Resultados de la encuesta para la determinación y gestión del ambiente de trabajo.

9. Registros

Registros	Tiempo de Retención	Responsable de conservarlo	Código de registro
Requisición de Acciones de Contención y Correctivas	1 año	Responsable del Proceso/Jefe de área/RS	ITO-CA-PO-005-01
Plan de Acción complementario	1 año	Responsable del Proceso/Jefe de área/RS	ITO-CA-PO-005-01 (ANEXO A)

10. Glosario

Acción de Contención: Medida temporal que se toma para evitar que un problema se repita o se propague, hasta que se pueda identificar y eliminar la causa raíz.

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

Lluvia de ideas: Es una herramienta aplicada en equipo, cuyo objetivo es facilitar la obtención de ideas en función de un tema determinado, mediante la exposición libre de los conceptos o propuestas de cada uno de los integrantes. Se debe plantear el tema a desarrollar y brindar un espacio de tiempo limitado para que cada miembro del equipo mencione, sin restricciones, ideas en torno a dicho tema, y su evaluación posterior será lo que determine su validez en términos de calidad.

Diagrama causa-efecto: Es una representación gráfica de las relaciones lógicas existentes entre las causas que producen un efecto bien definido; por ejemplo, una no conformidad. Sirve para visualizar, en una sola representación gráfica, todas las causas asociadas a un problema y sus posibles relaciones.

Los cinco porqués: Las personas integrantes del equipo deben preguntar "¿por qué?", al menos 5 veces, o más, dependiendo de la complejidad del problema. Para desarrollar esta técnica se realiza una sesión de lluvia de ideas y una vez que las causas probables hayan sido identificadas se empieza a preguntar ¿por qué es así?, ¿por qué está pasando esto?, lo cual reta al equipo a profundizar y no conformarse con causas ya probadas y ciertas. Una recomendación es nunca preguntar ¿quién?, dado que estamos buscando soluciones, no culpables.

11. Anexos

11.1 Formato para Requisición de Acciones de Contención y Correctivas.

ITO-CA-PO-005-01