

	<b>INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE HUATUSCO</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DEL SGC PARA ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS</b>		
<b>Responsable:</b> Coordinación de Mejora	<b>Requerimiento:</b> 8.5.2 / 8.5.3	<b>Código:</b> P-CC-06	
<b>Versión:</b> 03	<b>Efectividad:</b> 4 de junio de 2014	<b>Copia No.</b> 04	<b>Página</b> 1 de 5

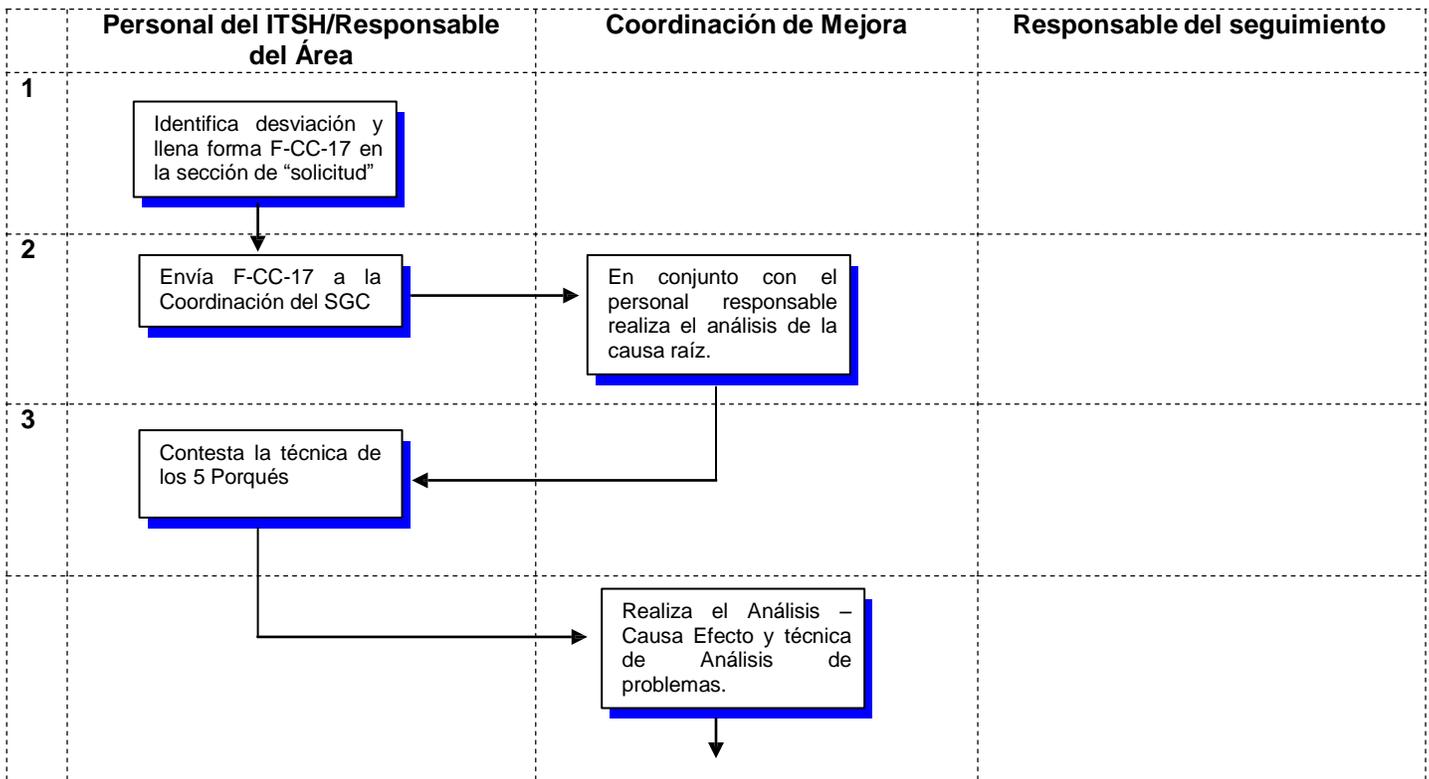
### I. OBJETIVO

Establecer un procedimiento para determinar y aplicar acciones que permitan eliminar las causas de no conformidades, con el objeto de prevenir su ocurrencia, de tal forma que permita al ITSH mantener y mejorar continuamente la calidad de sus servicios.

### II. ALCANCE

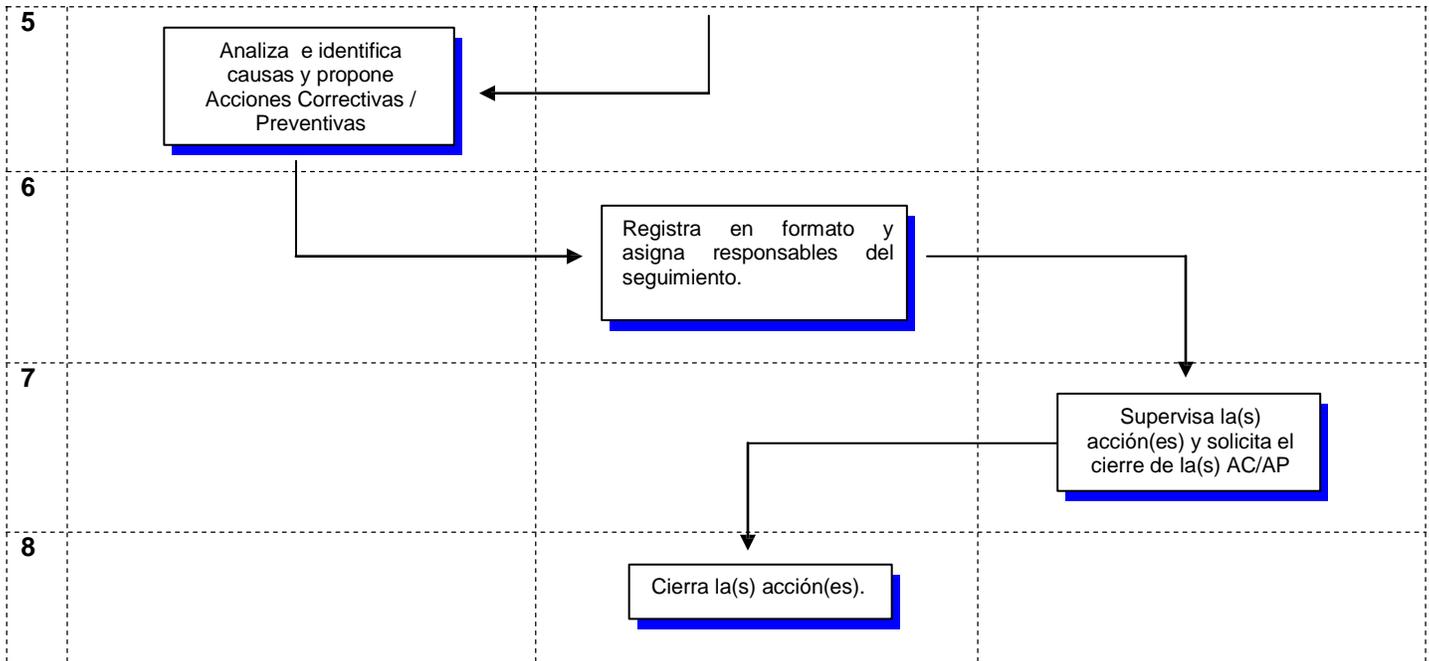
Este procedimiento es aplicable en todos los procesos en los que se requiera implantar acciones correctivas (AC) y preventivas (AP) derivadas de quejas y/o sugerencias de clientes, resultados de Auditorias (Internas o externas), seguimiento de procesos, resultados de la revisión por la dirección, análisis de indicadores, ambiente de trabajo y de otras manifestaciones que propicien la desviación o presenten la oportunidad para la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad del ITSH.

### III. DIAGRAMA DEL PROCESO



	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
<b>Puesto</b>	Coordinación de Mejora del SGC	Coordinación del SGC	Coordinación del SGC
<b>Fecha</b>	3 de junio de 2014	4 de junio de 2014	4 de junio de 2014

	<b>INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE HUATUSCO</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DEL SGC PARA ACCIONES CORRECTIVAS</b>		
<b>Responsable:</b> Coordinación de Mejora	<b>Requerimiento:</b> 8.5.2 / 8.5.3	<b>Código:</b> P-CC-06	
<b>Versión:</b> 03	<b>Efectividad:</b> 4 de junio de 2014	<b>Copia No.04</b>	<b>Página 2 de 5</b>



#### IV. POLÍTICAS

##### Generales

- Este procedimiento es aplicable en cualquier etapa de los procesos implicados en el Sistema de Gestión de la Calidad del ITSH para determinar e implementar las acciones que eliminen las causas de no conformidades con el objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir.
- Toda AC/AP definida e implementada es resultado de un análisis de los responsables de Área.
- Toda AC/AP deberá ser documentada para su registro, seguimiento y liberación, a través del “Documento para Acciones Correctivas y Preventivas” (F-CC-17).
- Serán los y las responsables de cada área quienes evalúen la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir, y registrará su análisis en el “Documento para Acciones Correctivas y Preventivas” (F-CC-17).
- El estado de las AC/AP debe ser considerada como información de entrada para la revisión por la dirección.
- Es responsabilidad de la Coordinación del SGC revisar y darle seguimiento a las acciones correctivas tomadas para la eliminación de la no conformidad.
- Los y las responsables de área mantienen los registros de los resultados de las acciones correctivas levantadas en su área, así como de las evidencias de la solventación de las mismas.
- La acción correctiva debe ser apropiada a los efectos de las no conformidades encontradas.
- Los y las responsables de área con la Función que ejecuta la acción evalúan la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir. El análisis de ésta evaluación lo registra en la sección correspondiente en la forma F-CC-17.

##### Sobre la determinación de la(s) causa(s) raíz y definición de acciones

- Para proceder a la determinación de la acción necesaria que permita la eliminación de la no conformidad, cualquiera que sea la fuente, se deberá investigar la causa raíz de estas y registrar el análisis de acuerdo a la metodología de los 5 por que’s presentada en el reverso del “Documento para Acciones Correctivas y Preventivas” (F-CC-17) y alguna otra herramienta para solucionar el problema.

	<b>INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE HUATUSCO</b>		
	<b>PROCEDIMIENTO DEL SGC PARA ACCIONES CORRECTIVAS</b>		
<b>Responsable:</b> Coordinación de Mejora	<b>Requerimiento:</b> 8.5.2 / 8.5.3	<b>Código:</b> P-CC-06	
<b>Versión:</b> 03	<b>Efectividad:</b> 4 de junio de 2014	<b>Copia No.04</b>	<b>Página 3 de 5</b>

- Los y las responsables de atender una AC/AP utilizarán la metodología de los 5 por qué's descrita en el reverso del "Documento para Acciones Correctivas y Preventivas" (F-CC-17), y podrán apoyarse de las herramientas descritas en la Tabla 1 para determinar la causa raíz y definir las acciones.
- Las técnicas estadísticas mostradas en la Tabla No. 1 no son limitadas, el personal del ITSH / Responsable del área podrá hacer uso de aquella(s) que considere necesaria(s) para analizar y controlar los procesos.

**Tabla No. 1**

<b>Actividad</b>	<b>Técnica recomendada a ser aplicada para la recopilación de datos</b>	<b>Herramienta estadística recomendada a ser aplicada para análisis de datos</b>
Evaluación de la satisfacción del cliente.	Entrevistas. Encuestas.	Histograma, Diagrama de Pareto, Diagrama Causa- Efecto.
Conformidad de los productos o servicios.	Hojas de verificación. Formatos establecidos en los diferentes procesos.	Histograma, Diagrama de Pareto, Diagrama Causa- Efecto, Grafico de Control.
Tendencias de los procesos o servicios.	Hojas de verificación. Formatos establecidos en los diferentes procesos.	Histograma, Diagrama Causa- Efecto, Grafico de Control.
Control de proveedores.	Hojas de verificación. Formatos establecidos en los diferentes procesos.	Histograma, Diagrama Causa- Efecto, Grafico de Control.
Análisis de causas de no conformidades.	Hojas de verificación. Formatos establecidos en los diferentes procesos. Tormenta de ideas.	Diagrama Causa- Efecto, Diagrama de Pareto.

**V. RESPONSABILIDADES**

<b>Secuencia</b>	<b>Responsables</b>	<b>Actividades</b>	<b>Cuándo</b>
1	Personal del ITSH/Responsable del Área	<b>Identifica desviación y llena forma F-CC-17 en la sección de "solicitud":</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se identifica la desviación del SGC, llena el encabezado y la sección de solicitud en el "Documento para Acciones Correctivas y Preventivas" (F-CC-17)</li> </ul>	En el momento en que se detecten desviaciones o áreas de oportunidad al SGC
2	Personal del ITSH/Responsable del Área	<b>Envía F-CC-17 a la Coordinación de Mejora :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una vez llenada la sección de solicitud y encabezado de la forma F-CC-17 se envía a la Coordinación de Mejora</li> </ul>	A más tardar un día después de identificada la desviación.
2	Coordinación de Mejora	<b>Recibe el formato F-CC-17:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisa el llenado del F-CC-17 y junto con el Responsable de Área realiza el Análisis de la Causa Raíz</li> </ul>	El mismo día que se le solicita el registro de la AC
3	Personal del ITSH/Responsable del Área	<b>Realiza el Análisis de la Causa Raíz en conjunto con la Coordinación de Mejora:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contesta la técnica de los 5 Porqués</li> </ul>	El mismo día que se le solicita el registro de la AC
4	Coordinación de Mejora	<b>Realiza Análisis:</b> Análisis de Causa Efecto y/o técnica de Análisis de problemas.	A más tardar un día después de registrada la AC

	<b>INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE HUATUSCO</b> <b>PROCEDIMIENTO DEL SGC PARA ACCIONES CORRECTIVAS</b>		
	<b>Responsable:</b> Coordinación de Mejora	<b>Requerimiento:</b> 8.5.2 / 8.5.3	<b>Código:</b> P-CC-06
<b>Versión:</b> 03	<b>Efectividad:</b> 4 de junio de 2014	<b>Copia No.04</b>	<b>Página 4 de 5</b>

Secuencia	Responsables	Actividades	Cuándo
5	Personal del ITSH/Responsable del Área	<b>Una vez analizado e identificado las causas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Propone Acciones Correctivas / Preventivas para evitar la futura ocurrencia de las desviaciones</li> </ul>	A más tardar un día después de registrada la AC/AP
6	Coordinación de Mejora	<b>Registra en formato:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las Acciones Correctivas / Preventivas propuestas y asigna responsables del seguimiento.</li> </ul>	Máximo un día hábil después de haberse identificado la causa raíz.
7	Responsable del Seguimiento	<b>Ejecuta la AC/AP y mantiene registro de los resultados:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ejecuta la(s) AC/AP definida(s) en el "Documento para Acciones Correctivas y Preventivas" (F-CC-17) mantiene evidencia del cumplimiento de acuerdo a la ejecución de las acciones definidas y solicita el cierre de las mismas.</li> </ul>	En las fechas definidas
8	Coordinación de Mejora	<b>Cierra la(s) acción(es):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cierra el cumplimiento de las acciones.</li> </ul> <b>En caso de haber eliminado la no conformidad:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Firma de cierre en la sección "Constancia de Efectividad de Implantación" registrando los comentarios necesarios en el "Documento para Acciones Correctivas y Preventivas" (F-CC-17).</li> </ul>	Durante las fechas definidas

## VI. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

N/A

## VII. REGISTROS

Código	Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Lugar de Almacenamiento
F-CC-17	Documento para Acciones Correctivas y Preventivas	1 año	Coordinación de Mejora	Lugar de trabajo

## VIII. GLOSARIO

- **No Conformidad:** Cuando el grado de implantación de un requisito establecido en el Sistema de Gestión de la Calidad es insatisfactorio, es decir, el incumplimiento de un requisito establecido en el SGC.
- **AC/AP:** Acción Correctiva o Acción Preventiva para eliminar la causa de no conformidad real o potencial.
- **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.
- **Causa Raíz:** Se considera como la causa principal que dio origen a una desviación del SGC.

	<b>INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE HUATUSCO</b> <b>PROCEDIMIENTO DEL SGC PARA ACCIONES CORRECTIVAS</b>		
	<b>Responsable:</b> <b>Coordinación de Mejora</b>	<b>Requerimiento:</b> 8.5.2 / 8.5.3	<b>Código:</b> P-CC-06
<b>Versión:</b> 03	<b>Efectividad:</b> <b>4 de junio de 2014</b>	<b>Copia No.04</b>	<b>Página 5 de 5</b>

#### IX. CAMBIOS REALIZADOS A ESTA REVISIÓN

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
3	3 de junio de 2014	Se elimina del formato F-CC-17 y del procedimiento P-CC-06 los nombres de las personas que elaboraron, supervisaron y autorizaron.
2	22 de Agosto de 2012	Se utilizó lenguaje incluyente para homologar el Sistema de Gestión de la Calidad con el Sistema de Gestión de Equidad de Género MEG:2003.
1	4 de Agosto de 2010	Se realizaron cambios a los formatos F-CC-17.