



**Nombre del documento: Procedimiento
para Acciones Correctivas**

Código: ITTJ-CA-PO-003

Revisión: 01

Referencia a la Norma ISO 9001:2015 10.2

Página 1 de 5

1. Propósito

Establecer los lineamientos para evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir.

2. Alcance

Aplica para todas las no conformidades detectadas en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad

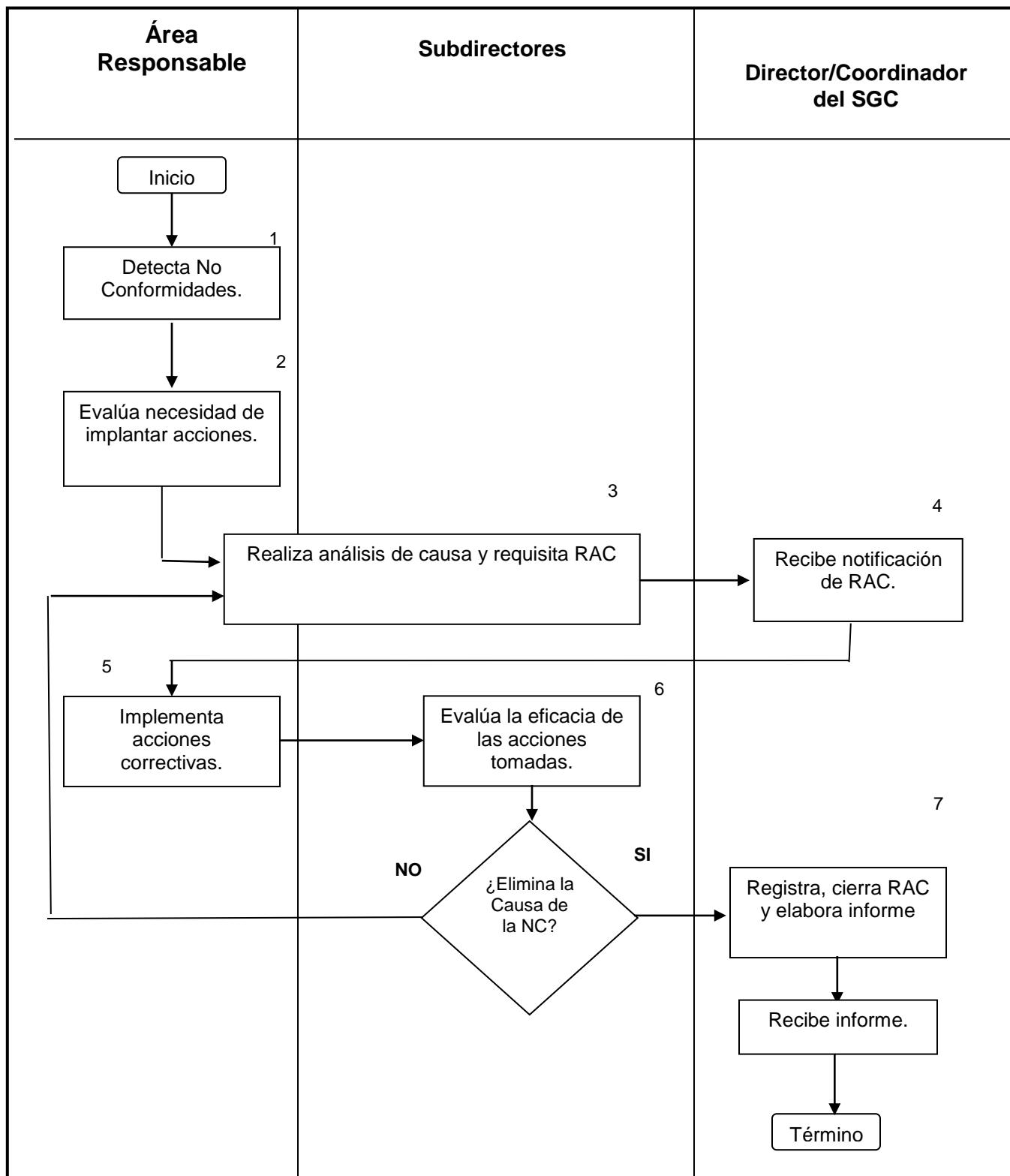
3. Políticas de operación.

- 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 Análisis de Riesgo
- 3.2. El Coordinador de Calidad debe estar informado en todo momento acerca de las No Conformidades detectadas y de las Acciones Correctivas implementadas para eliminarlas.
- 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 de la alta dirección y comité académico, según sea necesario y determinar la acción correctiva o corrección de la misma.
- 3.5 Para el análisis de la(s) causa(s) deben utilizarse por lo menos una de las herramientas indicadas en el Anexo A de este procedimiento.
- 3.6 Es responsabilidad de los Subdirectores dueños del proceso al que impacta la No conformidad verificar la efectividad de las Acciones Correctivas o correcciones implementadas.
- 3.7 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.
- 3.8 El Coordinador de Calidad es el responsable de Informar al Director sobre el estado que guardan las Acciones Correctivas.

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



4. Diagrama del procedimiento





5. Descripción del procedimiento

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1. Detecta No Conformidades.	1.1 Detecta No Conformidades detectada derivada de las fuentes declaradas en la política 3.1 e informa al Comité.	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.	Área responsable
3. Realiza análisis de causa y requisita RAC	3.1 En caso de llevar a cabo una acción correctiva se selecciona la herramienta a utilizar para realizar el análisis de la causa raíz según Anexo A. 3.2 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. 3.3 Elabora Requisición de Acción Correctiva ITTJ-CA-PO-003-01 y definen las acciones correctivas a implantar.	Subdirectores/Áreas Responsables
4. Recibe notificación de RAC	4.1. Recibe notificación del reporte de acciones elaborado por las áreas correspondientes para su posterior seguimiento y liberación. 4.2. Registra el RAC en el formato de seguimiento de implementación de Acciones Correctivas ITTJ-CA-PO-003-02	Coordinador del SGC
5. Implementa acciones correctivas.	5.1. Implementa acciones con el fin de prevenir que las No Conformidades vuelvan a ocurrir.	Área Responsable.
6. Evalúa la eficacia de las Acciones Tomadas.	6.1 Da seguimiento a las acciones implementadas y supervisa que estas se hayan llevado a cabo. 6.2 Revisa la efectividad de las Acciones Correctivas implementadas. SI elimina la NC informa al Coordinador de Calidad para que registre el avance y/o cierre el RAC. NO elimina la NC regresa a etapa 3.	Subdirectores/Áreas responsables
7. Registra, 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 ITTJ-CA-PO-003-01 y ITTJ-CA-PO-003-02 7.2 Informa al Director acerca del estado de las Acciones Correctivas.	Coordinador del SGC
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.	Director



	Nombre del documento: Procedimiento para Acciones Correctivas	Código: ITTJ-CA-PO-003
		Revisión: 01
	Referencia a la Norma ISO 9001:2015 10.2	Página 4 de 5

6. Documentos de referencia

Documentos
Informe de Resultados de las Auditorias de Servicio.
Informes de Auditorias.
Procedimiento del SGC para la Atención de Quejas y Sugerencias.
Resultados de la encuesta para la determinación y gestión del ambiente de trabajo.
Plan de control de salidas no conformes
Plan Rector de Calidad
Anexo A: Herramientas para el análisis de causas

7. Conservación de la información documentada

Información documentada	Código	Responsable de conservarlo	Tiempo de Conservación	Disposición	Almacenamiento y preservación
Requisición de Acciones Correctivas y/o Correcciones	ITTJ-CA-PO-003-01	Jefe de Área	1 año	Archivo histórico	Impreso en carpeta
Formato seguimiento de implementación de Acciones Correctivas	ITTJ-CA-PO-003-02	Coordinador del SGC	1 año	Archivo histórico	Electrónico o impreso en carpeta

8. Glosario

Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una **No Conformidad** y evitar que vuelva a ocurrir.

Corrección: Acción para eliminar una **No conformidad** detectada.

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



Nombre del documento: Procedimiento para Acciones Correctivas	Código: ITTJ-CA-PO-003
	Revisión: 01
Referencia a la Norma ISO 9001:2015 10.2	Página 5 de 5

9. Control de Cambios

Número de revisión.	Fecha de actualización.	Descripción del cambio.
01	19 de Enero de 2018	Transición a la norma 9001:2015

CONTROL DE EMISIÓN		
ELABORÓ	REVISÓ	AUTORIZÓ
Ing. Rodolfo Cortez Iñiguez Coordinador del SGC	MVZ. Andrés Bacilio Pérez Subdirector de Planeación y Vinculación	Dra. Esperanza Aguillón Robles Directora
Firma: 19 Enero 2018	Firma: 24 Enero 2018	Firma: 26 Enero 2018

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