



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

Código: ITTJ-CA-PO-003

Revisión: 02

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

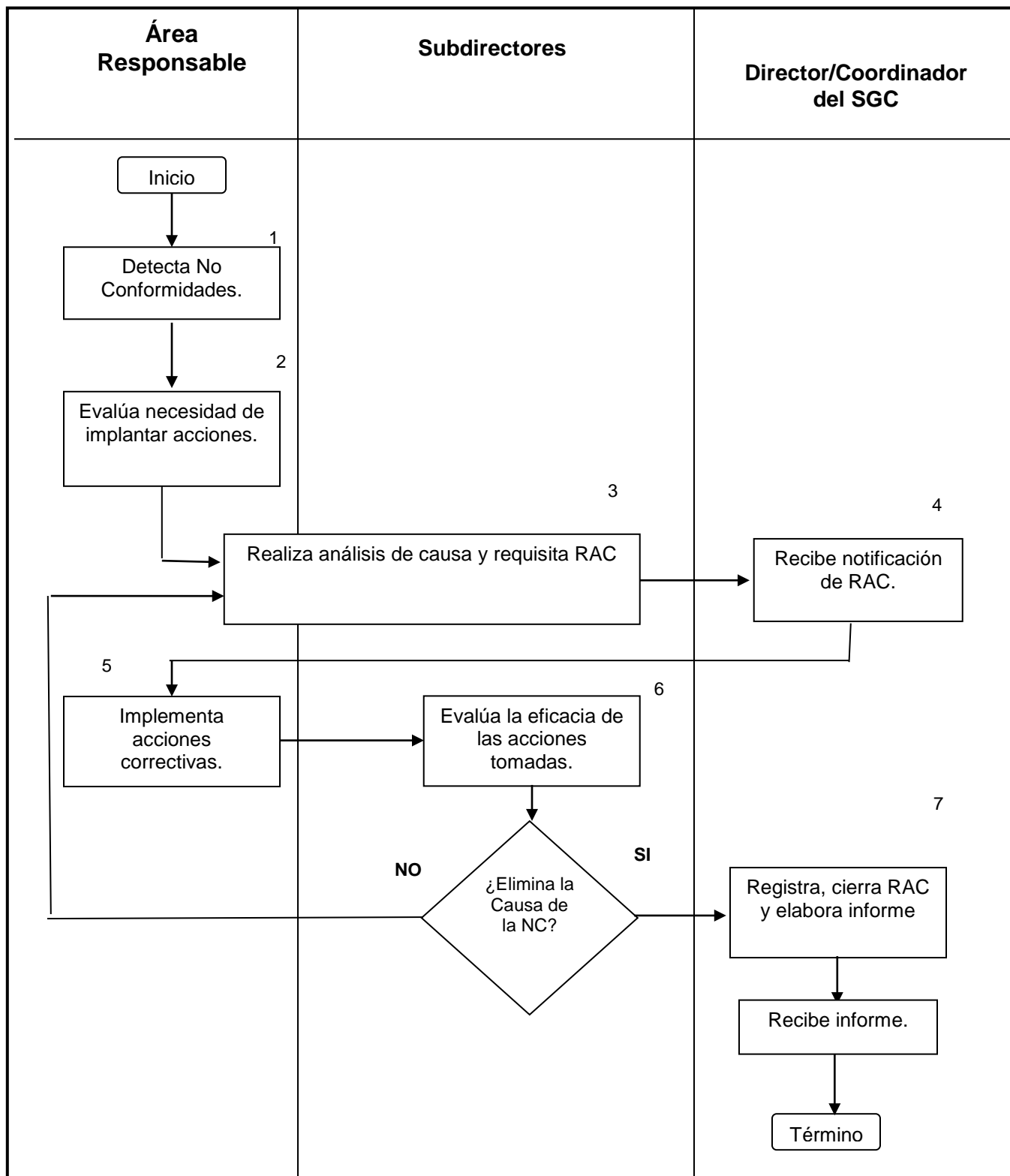
3. Políticas de operación.

- 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





Nombre del documento: Procedimiento para Acciones Correctivas

Código: ITTJ-CA-PO-003

Revisión: 02

Referencia a la Norma ISO 9001:2015 10.2

Página 3 de 5

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

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: 02
	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: 02
	Referencia a la Norma ISO 9001:2015 10.2	Página 5 de 5

9. Control de Cambios

Cambios de esta versión		
No. de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	19 de Enero de 2018	Transición a la norma 9001:2015
02	15 de Noviembre 2019	Corrección de incidencias en auditorías internas y externas

CONTROL DE EMISIÓN		
ELABORÓ	REVISÓ	AUTORIZÓ
MC. Jorge Armando Peralta Nava Coordinador del SGC	Ing. Rodolfo Cortez Iñiguez Subdirector de Planeación y Vinculación	MC. María Isabel Becerra Rodríguez Directora
Firma: 13 de Noviembre 2019	Firma: 14 de Noviembre 2019	Firma: 15 de Noviembre 2019

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