	<b>Nombre del documento: Procedimiento para Acciones Correctivas</b>	<b>Código: ITO-CA-PG-005</b>
	<b>Referencia a la Norma ISO 9001:2008 8.2.2, ISO 14001:2004 4.5.5 Y MEG:2012 4.4.1</b>	<b>Revisión: 1</b>
		<b>Página 1 de 5</b>

## 1. Propósito

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

## 2. Alcance

Aplica para el Instituto Tecnológico de Ocotlán y el SNEST

## 3. Políticas de operación.

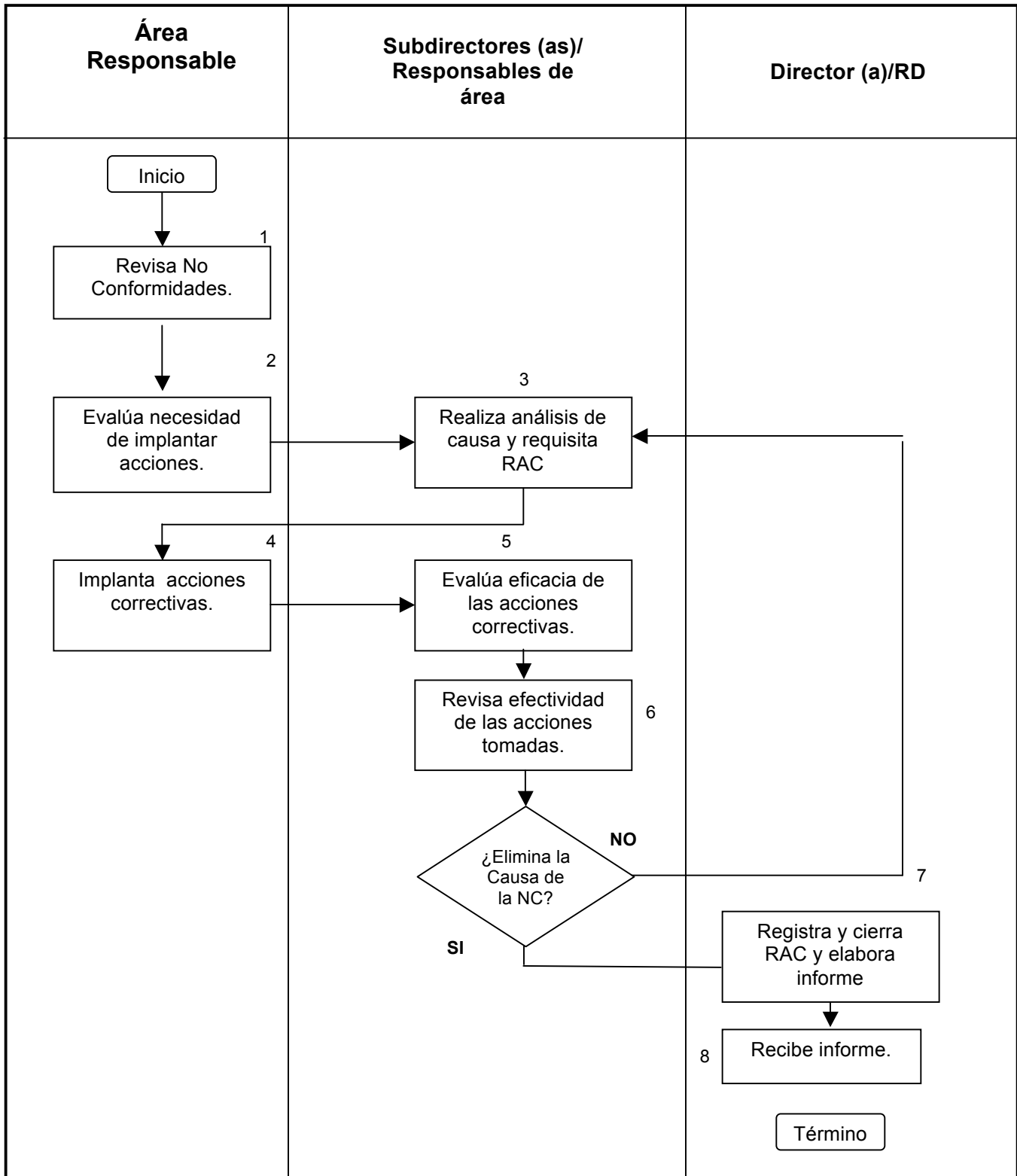
- 3.1 Las Acciones Correctivas pueden surgir a partir del análisis de las causas que originan las No Conformidades encontradas que provengan de:
- 3.1.1 Auditorías Internas.
  - 3.1.2 Auditorías Externas.
  - 3.1.3 Análisis de Datos.
  - 3.1.4 Análisis de la Eficacia de los Procesos.
  - 3.1.5 Seguimiento a la Revisión del SGC, SGA y SGEG 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 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/o Comité Académico según sea necesario y determinar la acción correctiva o corrección de la misma.
- 3.4 Es responsabilidad de los Subdirectores (as) 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 (a) sobre el estado que guardan las Acciones Correctivas.

CONTROL DE EMISIÓN		
ELABORÓ	REVISÓ	AUTORIZÓ
Mtro. Himbad Herrera Barajas RD	Mtro. Himbad Herrera Barajas Subdirector de Planeación y Vinculación	Ing. Juan Gerardo Muñoz Orozco Director
<b>Firma:</b> 05 Noviembre 2012	<b>Firma:</b> 10 Diciembre 2012	<b>Firma:</b> 14 Diciembre 2012

**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: ITO-CA-PG-005**

**Revisión: 1**

**Referencia a la Norma ISO 9001:2008 8.2.2, ISO 14001:2004 4.5.5 Y MEG:2012 4.4.1**

**Página 3 de 5**



## 5. Descripción del procedimiento

<b>Secuencia de etapas</b>	<b>Actividad</b>	<b>Responsable</b>
1.Revisa No Conformidades.	1.1 Revisa No Conformidades detectada derivada de las fuentes declaradas en la política 3.1 e informa al Comité de Innovación y Calidad y/o Comité Ambiental	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 ITO-CA-PG-005-01 y definen las acciones correctivas a implantar.	Subdirectores (as)/Áreas Responsables
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 implementas 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 (pantalla de captura) para ITO-CA-FE-03 con el fin de llevar un control del estado	Subdirectores (as)/Áreas responsables

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



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

**Código: ITO-CA-PG-005**

**Revisión: 1**

**Referencia a la Norma ISO 9001:2008 8.2.2, ISO 14001:2004 4.5.5 Y MEG:2012 4.4.1**


**Página 4 de 5**

	<p>que guardan las acciones implantadas.</p> <p>5.2 Solicita a los miembros del Comité que revisen dicha efectividad.</p>	
6. Revisa Efectividad de las Acciones Tomadas.	<p>6.1 Revisa la efectividad de las Acciones Correctivas implantadas, informa al RD.</p> <p><b>SI</b> son efectivas informa al RD para que registre el avance y/o cierre el RAC.</p> <p><b>NO</b> son efectivas regresa a etapa 2.</p>	Subdirectores (as)/Áreas responsables
7.Registra y cierra RAC y elabora informe.	<p>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 ITO-CA-PG-005-01 y Formato Electrónico para Estado de Acciones Correctivas y/o Preventivas(pantalla de captura) ITO-CA-FE-03.</p> <p>7.2 Informa al Director (a) y RD acerca del estado de las Acciones Correctivas.</p> <p>NOTA: Esta información sirve de entrada para la Revisión por la Dirección. (Ver programa de Rev. por la Dirección)</p>	RD
8 Recibe Información	<p>8.1 Recibe el informe sobre el estado que guardan las Acciones Correctivas para proponer y establecer acciones de mejora al sistema.</p> <p>8.2 Término.</p>	Director (a)/ RD

## 6. Documentos de referencia

<b>Documentos</b>
Identificación, Registro y Control del Producto No Conforme.
Informe de Resultados de las Auditorias de Servicio.
Informes de Auditorias.
Manual de Calidad y/o Ambiental.
Planes de Calidad y/o Ambiental.
Procedimiento del SGC para la Atención de Quejas y Sugerencias.
Resultados de la encuesta para la determinación y Gestión del Ambiente de Trabajo.

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

	<b>Nombre del documento: Procedimiento para Acciones Correctivas</b>	<b>Código: ITO-CA-PG-005</b>
	<b>Referencia a la Norma ISO 9001:2008 8.2.2, ISO 14001:2004 4.5.5 Y MEG:2012 4.4.1</b>	<b>Revisión: 1</b>  <b>Página 5 de 5</b>

## 7. Registros

Registros	Tiempo de Retención	Responsable de conservarlo	Código de registro
Formato Electrónico para Estado de Acciones Correctivas y/o Preventivas	1 año	RD	ITO-CA-FE-03
Requisición de Acciones Correctivas y/o Correcciones	1 año	Jefe de Área	ITO-CA-PG-005-01

## 8. Glosario

**Acción Correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una **No Conformidad** detectada u otra situación indeseable en la operación del SGC, SGA y/o SPEG.

**Acción Preventiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una **No Conformidad** potencial u otra situación indeseable en la operación del SGC, SGA y/o SPEG.

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

## 9. Anexos

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