

<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones preventivas y correctivas.</b>	<b>P-SC-02</b>
	Página 1 de 20

**Contenido**

1.- OBJETIVO.....	3
2.- ALCANCE.....	3
3.- REFERENCIAS.....	3
4.- DEFINICIONES.....	3
5.- MARCO JURÍDICO.....	4
6. – LINEAMIENTOS.....	4
Lineamiento único para el control de los documentos.....	5
7. - DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO.....	6
8. - DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.....	7
PLANEACIÓN.....	7
EJECUCIÓN.....	7
CONTROL.....	9
EVALUACIÓN Y MEJORA.....	9
F-SC-02-01 CÉDULA DE ACCIÓN CORRECTIVA / PREVENTIVA.....	10
Instructivo de llenado.....	12
F-SC-02-06 GRUPOS DE TRABAJO Y MEJORA.....	14
Instructivo de llenado.....	15
F-SC-02-07 INTEGRACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS.....	18
Instructivo de llenado.....	19
9. – ENFOQUE CLIENTE-PROVEEDOR.....	20
10. – CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL.....	20
11. – VINCULACIÓN CON OTROS SISTEMAS.....	20
12. – ANEXOS.....	20



<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones preventivas y correctivas.</b>	<b>P-SC-02</b>
	Página 2 de 20

**ÁMBITO AL QUE PERTENECE.**

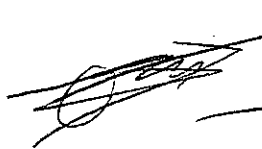

Este documento respalda el cumplimiento en los siguientes ámbitos:

<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Calidad.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Salud y Seguridad en el Trabajo.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Ambiental.</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Soporte Administrativo.</b>

**FORMATOS INCLUIDOS EN ESTE DOCUMENTO.**

- (F-SC-02-01) Cédula de Acción Correctiva / Preventiva. Rev.7
- (F-SC-02-06) Grupos de trabajo y mejora. Rev.8
- (F-SC-02-07) Integración de acciones correctivas y preventivas. Rev.8

**CUADRO DE IDENTIFICACIÓN DEL DOCUMENTO.**

Fecha de Revisión.	Gerencia.	Unidad Administrativa.	Elaboró.	Autorizó Emisión.
<b>07 de diciembre del 2015.</b>	Dirección General.	<b>Coordinación de Innovación y Calidad.</b>	 Ramiro López Díaz.	 Ing. Gilberto Cortés Bastida.

<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones preventivas y correctivas.</b>	<b>P-SC-02</b>
	Página 3 de 20

#### 1.- OBJETIVO.

Describir la metodología para:

Eliminar las causas de las no conformidades detectadas en el Sistema de Gestión de la Calidad (con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir)

Eliminar las causas de no conformidades potenciales detectadas para prevenir su ocurrencia.

#### 2.- ALCANCE.

Aplicable a cualquier desviación (incumplimiento de un requisito) real o potencial del Sistema de Gestión de la Calidad ocurrida dentro de cualquier área perteneciente a dicho sistema.

#### 3.- REFERENCIAS.

Norma ISO 9001:2008

Acuerdo por el que se establecen las Normas Generales de Control Interno en el Ámbito de la Administración Pública Federal.

Anexo "Qué debemos saber en cuanto al control de los documentos del Sistema de Gestión Integral"

Manual de la Calidad M-SC-01.

<http://portaltransparencia.gob.mx/pot/dependencia/showDependencia.do?method=begin&idDependencia=11190>

#### 4.- DEFINICIONES.

**SGC:** Sistema de Gestión de Calidad.

**Hallazgo(s):** resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría.

**N/A:** No aplica.

**No conformidad:** Incumplimiento de un requisito (desviación).

**Acción Preventiva:** acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

**Acción Correctiva:** acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable. La acción correctiva se realiza para evitar que algo indeseable vuelva a producirse, mientras que la acción preventiva se realiza para prevenir que algo indeseable suceda.

**Acción Contingente:** Acción inmediata que se toma mientras se define la acción correctiva.

**Requisito:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

**Verificación:** Confirmación de que se ha cumplido con lo establecido, mediante la aportación de evidencia objetiva.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones preventivas y correctivas.**

P-SC-02

Página 4 de 20

**5.- MARCO JURÍDICO.**

Norma ISO 9001:2008.

**6. – LINEAMIENTOS.**

Es responsabilidad y tarea de cada área, la emisión y cumplimiento de acciones correctivas y preventivas. La Coordinación de Innovación y Calidad, revisará la emisión y control de las acciones correctivas y preventivas.

La Coordinación de Innovación y Calidad es responsable de dar seguimiento a las acciones generadas, excepto aquellas que se generen en Auditoría Interna en donde el responsable de darles seguimiento será el Auditor Líder.

Mediante la definición de la causa raíz de la situación no deseada, se asegura que las acciones correctivas y preventivas implementadas sean apropiadas y así prevenir que las situaciones no deseadas ocurran o vuelvan a ocurrir.

Las acciones correctivas y preventivas se pueden originar de:

1. No Conformidades detectadas en Auditorías Internas / Externas
2. Series 7000
3. Propuestas hechas por el Comité de la Calidad o Revisiones Gerenciales
4. Quejas de clientes, si el Comité de la Calidad lo considera conveniente.
5. Reprocesos internos, en caso de que exista recurrencia de alguna situación indeseable.

La Coordinación de Innovación y Calidad notificará en las reuniones de Comité de Calidad a la Dirección General las acciones correctivas y preventivas que se estén llevando a cabo para su revisión.

Una acción correctiva o preventiva puede considerarse cerrada cuando de conformidad con las fechas programadas para la comprobación de la efectividad se demuestre que existe evidencia objetiva de la no recurrencia del problema detectado.

En el caso de acciones generadas en auditorías internas se asignará a un auditor interno para realizar el seguimiento a la acción correctiva/preventiva y su eficacia hasta el cierre de la misma.

El responsable del seguimiento de la acción correctiva/preventiva de cada área deberá retroalimentar a la Coordinación de Innovación y Calidad sobre la situación y el avance de la problemática a resolver.

Cuando algún hallazgo detectado afecte el cumplimiento de los objetivos de la calidad, la Coordinación de Innovación y Calidad junto con el responsable del proceso harán un "seguimiento periódico" de la acción para asegurar la efectividad de la misma, es decir, se establecerá el tiempo durante el cual se vigilará el cumplimiento de la acción, así como las fechas en las que se comprobará la efectividad de la misma

Una no conformidad será considerada como mayor cuando:

1. Exista una falla total de un proceso o procedimiento crítico en cuanto a la calidad del producto o bien en el funcionamiento efectivo del sistema.
2. Halla ausencia total de un requisito requerido por la norma o por el sistema.
3. Existan numerosos errores menores en un proceso que al unirse, en forma colectiva constituyen una falla total o importante en el proceso.
4. Es probable que la no conformidad constituya un riesgo inmediato con respecto a la calidad del producto que se ofrece.

Una no conformidad será considerada menor cuando:

<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones preventivas y correctivas.</b>	<b>P-SC-02</b>
	Página 5 de 20

1. Exista omisión parcial un requerimiento de la norma, que no impacte o ponga en riesgo la integridad del Sistema o conformidad del producto.
2. Omisiones documentales que no impacten el Sistema.

La generación, el control y el seguimiento de las acciones correctivas y preventivas deberán apegarse a la siguiente tabla:

<b>Cuadro para la generación, control y seguimiento de acciones correctivas / preventivas</b>		
<b>N°</b>	<b>Actividad</b>	<b>Tiempo límite</b>
1	Detección del hallazgo real / potencial.	N/A
2	Generación de la Cédula de acción correctiva / preventiva.	8 días* máximo.
3	Acción inmediata o contingente.	8 días* máximo a partir de la generación de la cédula.
4	Seguimiento a acción contingente.	El definido en formato.
5	Análisis de causas de No conformidad real / potencial.	10 días* máximo a partir de la generación de la Cédula.
6	Acción generada del análisis de datos.	8 días* máximo a partir de la determinación de causas del análisis.
7	Seguimiento de acción del análisis.	El definido en formato.
8	Comprobación de la efectividad. / CIERRE /	6 meses como máximo a partir de la acción generada.

\* Hábiles a partir del día siguiente a la detección.

Con el objeto de asegurar que las acciones correctivas y preventivas se apeguen a la tabla anterior, se deberá generar el formato "Integración de acciones correctivas y preventivas" (F-SC-02-07).

En caso de que las acciones establecidas no sean cumplidas en tiempo y forma, se dará aviso al Jefe inmediato superior para la toma de acciones y se indicará en la sección "Observaciones" del formato "Integración de acciones correctivas y preventivas" (F-SC-02-07) las razones por las que no se pudieron cumplir las acciones establecidas y las medidas a realizar derivadas de esta situación.

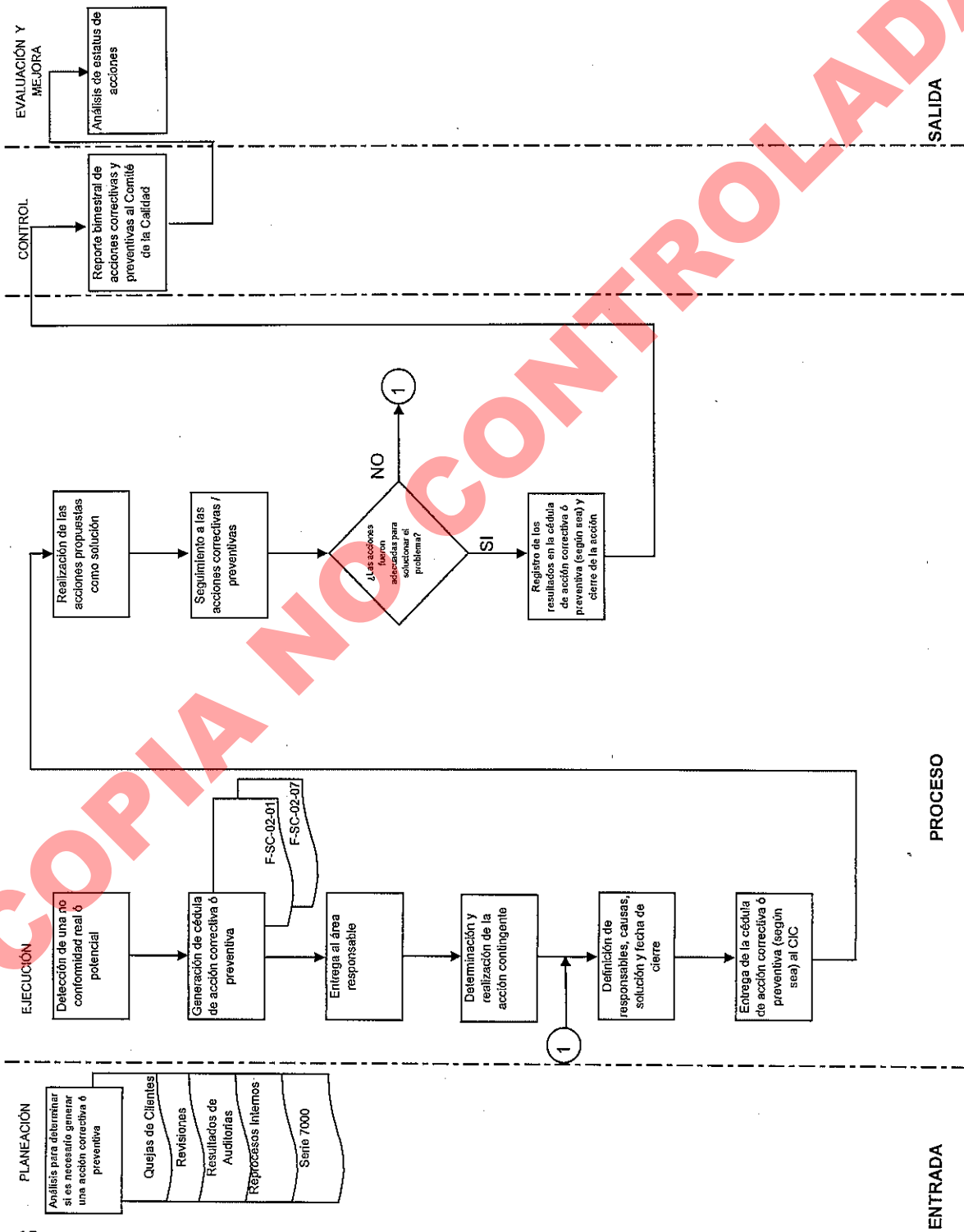
Podrán incluirse varias quejas, hallazgos o problemáticas en una misma acción correctiva/preventiva, siempre que la causa de su surgimiento sea la misma o correspondan al mismo proceso en que se generó.

#### **Lineamiento único para el control de los documentos.**

Con la finalidad de mantener la integridad de los documentos normativos internos que pertenezcan al Sistema de Gestión Integral de la entidad, *se requiere que todos los usuarios que consulten este documento, conozcan y cumplan con lo establecido en el Anexo "Qué debemos saber en cuanto al Control de los Documentos del Sistema de Gestión Integral"*, que está situado al principio de cada carpeta de procedimientos e instructivos del Sistema de Gestión de la Calidad.

<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones preventivas y correctivas.</b>	<b>P-SC-02</b>
	Página 6 de 20

7. - DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO.



COPIA NO CONTROLADA



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones preventivas y correctivas.**

P-SC-02

Página 7 de 20

**8. - DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Actor.	No.	Descripción de Actividad.
--------	-----	---------------------------

**PLANEACIÓN**

Dirección, Gerencias, Coordinación de Innovación y Calidad, Jefaturas, Comité de la Calidad.	1	Se consideran como fuentes para generar una acción correctiva, Quejas del cliente, revisiones gerenciales, auditorías internas y externas, serie 7000, reprocesos internos y cualquier desviación del Sistema de Gestión de la Calidad ocurrida dentro de cualquier área perteneciente ha dicho sistema.
--	---	--

**EJECUCIÓN**

**Acciones Correctivas**

Coordinación de Innovación y Calidad.	2	Genera la Cédula de acción correctiva (F-SC-02-01) y el formato "Integración de acciones" (F-SC-02-07) con base en la detección de áreas de oportunidad, prioridades, impacto en el sistema, proceso y producto.
Coordinación de Innovación y Calidad.	3	Asigna número de folio para el control de las acciones correctivas generadas y lo turna al responsable del área donde se detectó la oportunidad de mejora.
Responsable del área.	4	Define a los involucrados en la solución de la no conformidad real. Cuando el área solicite su colaboración, la Coordinación de Innovación y Calidad. organizará una reunión con los involucrados para analizar el problema y establecer las acciones correctivas.
Responsable del proceso.	5	Toma acción contingente para continuar con el proceso mientras se definen las causas raíz del problema.
Responsable del proceso.	6	Analiza la situación actual e investiga las causas de la no conformidad presentada.
Responsable del proceso.	7	Define la(s) acción(es) correctiva(s) y fecha de cierre.
Responsable del proceso.	8	Elabora y entrega cedula de acción correctiva a la Coordinación de Innovación y Calidad para su seguimiento.
Responsable de la ejecución de la acción.	9	Lleva a cabo las acciones establecidas en la cedula de la acción correctiva.

<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones preventivas y correctivas.</b>	<b>P-SC-02</b>
	Página 8 de 20

Coordinación de Innovación y Calidad / Auditor Líder.	10	Realiza seguimiento a las acciones correctivas de acuerdo a los compromisos, fechas e involucrados. (Ver lineamiento # 2). Y de común acuerdo con las áreas involucradas se establecen reuniones de trabajo y mejora, F-SC-02-06 Rev. 8 GRUPOS DE TRABAJO Y MEJORA.
Coordinación de Innovación y Calidad / Auditor Líder/ Responsable de la Acción.	11	Verifica que las acciones tomadas fueron adecuadas para solucionar el problema. Si no fueron adecuadas regresar al paso 6. Si fueron adecuadas continua con el proceso.
Coordinación de Innovación y Calidad / Auditor Líder.	12	Registra en el rubro los resultados obtenidos de la acción aplicada en la cédula de acción correctiva y cierra la acción.

**Acciones Preventivas**

Dirección, Gerencias, Coordinación de Innovación y Calidad, Jefaturas, Comité de la Calidad.	13	Consideran como fuentes para generar una acción preventiva, Quejas de clientes, revisiones gerenciales, auditorías internas y externas, serie 7000, reprocesos internos y cualquier desviación ocurrida dentro del SGC que pudieran generar una No Conformidad.
Coordinación de Innovación y Calidad.	14	Genera la cédula de acción preventiva (F-SC-02-01) y el formato "Integración de acciones" (F-SC-02-07) con base en la detección de áreas de oportunidad, prioridades, impacto en sistemas, proceso y producto.
Coordinación de Innovación y Calidad.	15	Asigna número de folio para el control de las acciones preventivas y lo turna al responsable del área donde se detectó la oportunidad de mejora.
Coordinación de Innovación y Calidad. [/ Comité de la Calidad/ Responsable de la ejecución.	16	Analiza las no conformidades potenciales detectadas y determina las causas junto con el responsable del área en donde se originó la acción.
Grupo de mejora / Responsable de la ejecución.	17	Define la acción preventiva a tomar y la registra en la Cédula de Acción Preventiva.





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones preventivas y correctivas.**

P-SC-02

Página 9 de 20

Grupo de mejora / Responsable de la ejecución.	18	Entrega cédula de acción preventiva al Coordinación de Innovación y Calidad para su seguimiento.
Responsable de la ejecución.	19	Lleva acabo la(s) acción(es) preventiva(s) establecida(s) en la cédula de acción preventiva.
Coordinación de Innovación y Calidad.	20	Evalúa si las acciones tomadas fueron adecuadas para prevenir el problema. Si no fueron adecuadas regresa al paso 16. Si fueron adecuadas continua con el proceso.
Coordinación de Innovación y Calidad.	21	Registra los resultados obtenidos de la acción aplicada y se da por eliminada y cerrada la posible No Conformidad.

**CONTROL**

Coordinación de Innovación y Calidad.	22	Genera reportes semestrales de acciones correctivas y preventivas para observar tendencias de problemas repetitivos, del personal que incurre en dichas acciones, áreas con mayores oportunidades de mejora; y las presenta a la Dirección General a través del Comité de la Calidad.
---------------------------------------	----	---

**EVALUACIÓN Y MEJORA**

Coordinación de Innovación y Calidad.	23	Realiza un seguimiento verificando la eficacia de las acciones correctivas y preventivas, llevadas a cabo.
---------------------------------------	----	--



<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones preventivas y correctivas.</b>	<b>P-SC-02</b>
	Página 10 de 20

F-SC-02-01 CÉDULA DE ACCIÓN CORRECTIVA / PREVENTIVA.

**CÉDULA DE ACCIÓN CORRECTIVA / PREVENTIVA**

**1a Parte**

**DATOS GENERALES:**

Fecha: \_\_\_\_\_ (2)

Origen: (4) ACCIÓN: CORRECTIVA  PREVENTIVA  Folio: \_\_\_\_\_ (1)

Procesos Implicados: \_\_\_\_\_ (5) Referencia: \_\_\_\_\_ (3)

---

**2a Parte**

**DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO:** \_\_\_\_\_ (6)

**CAUSA(S) RESULTADO DEL ANÁLISIS DE DATOS** \_\_\_\_\_ (7)

---

**3a Parte**

**ACCIONES INMEDIATAS A TOMAR POR EL RESPONSABLE DEL PROBLEMA**

No	ACCIÓN QUE EMPRENDERÁ	FECHA DE REALIZACIÓN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN		FIRMA
			Nombre	Puesto	
(8)	(9)	(10)	(11)		(12)

---

**VERIFICACIÓN A LAS ACCIONES INMEDIATAS**

No	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO DE LA ACCIÓN (Nombre y Firma)	FECHA DE VERIFICACIÓN	ACCIÓN EMPRENDIDA	
			ACEPTABLE	NO ACEPTABLE
(13)	(14)	(15)	(16)	(17)



4ª PARTE Folio: 1

**ACCIONES RESULTANTES DEL ANALISIS DE DATOS**

ACCIÓN:		18 CORRECTIVA	PREVENTIVA		FIRMA
No	ACCIÓN QUE EMPRENDA	FECHA	RESPONSABLE 22		
19	20	21	Nombre	Puesto	23

**VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO**

No	RESPONSABLE	FECHA DE VERIFICACIÓN	NIVEL DE EFECTIVIDAD	
			ABIERTA	CERRADA
24	25	26	27	28

**COMPROBACION DE LA EFECTIVIDAD**

29

Nombre y firma del responsable del seguimiento de la acción:

5ª Parte

**CIERRE DEL REPORTE**

RESPONSABLE DEL PROCESO		COORDINACIÓN DE INNOVACION, CALIDAD Y ATENCIÓN A CLIENTES	
NOMBRE		NOMBRE	
PUESTO	30	PUESTO	31
FIRMA		FIRMA	

**OBSERVACIONES:**

32

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones preventivas y correctivas.**

P-SC-02

Página 12 de 20

Instructivo de llenado.  
Cédula de Acción Preventiva / Preventiva

<b>Objetivo del formato:</b>	Determinar y registrar las acciones para eliminar causas de no conformidades reales o potenciales.
<b>Responsable de la elaboración:</b>	Coordinación de Innovación y Calidad o Auditor Líder.
<b>Frecuencia:</b>	Cada vez que se necesite eliminar una situación no deseable dentro del SGC.
<b>Responsable de la revisión:</b>	Coordinación de Innovación y Calidad.
<b>Responsable de la autorización:</b>	Coordinación de Innovación y Calidad.
<b>Forma de llenado:</b>	Manual y/o PC.

No.	Elemento	Descripción
1	Folio.	Asignar número consecutivo anual de la Cédula de Acción Correctiva / Preventiva (Coordinación de Innovación y Calidad).
2	Fecha.	Anotar la fecha en la que se originó la Cédula.
3	Referencia.	Anotar la referencia o documento respecto del cual ocurrió el hallazgo. Por ejemplo; elemento de la norma ISO 9001, Manual, Procedimiento, Instructivo, Orden de Trabajo, etc.
4	Origen.	Anotar la razón por la cual que se detectó una No conformidad (POTENCIAL o REAL) Por ejemplo: Revisión de los procedimientos.
5	Procesos Implicados.	Anotar los procesos participantes en el hallazgo detectado.
6	Descripción del Hallazgo.	Describir de manera concisa la oportunidad de mejora o situación que requiere análisis y acciones.
7	Causa(s) Resultado del Análisis de datos.	Establecer la(s) causa(s) que dio(eron) origen al hallazgo mediante la utilización de herramientas y/o técnicas de la calidad (5 porqués, causa-efecto, etc.) para la definición de las mismas.
8	Número.	Consecutivo de acciones inmediatas.
9	Acción que emprenderá.	Anotar claramente las acciones contingentes a tomar por el responsable del problema.
10	Fecha de realización.	Anotar la fecha compromiso de las acciones contingentes planteadas.
11	Responsable de la ejecución.	Anotar el nombre y puesto de quien ejecutará la acción a emprender.
12	Firma.	Registrar firma compromiso del responsable a ejecutar la acción.
13	Número.	Consecutivo de la verificación por auditor interno / Coordinación de Innovación y Calidad.
14	Responsable.	Para las Acciones generadas en auditoría interna: Nombre del auditor interno asignado a la verificación. Para Acciones no generadas en auditoría interna: Coordinación de Innovación y Calidad o persona asignada a la verificación.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones preventivas y correctivas.**

P-SC-02

Página 13 de 20

15	Fecha de verificación.	Anotar fecha establecida para la verificación de las acciones inmediatas.
16	Acción Emprendida Aceptable.	Registrar cuando la acción inmediata previamente establecida se haya efectuado satisfactoriamente.
17	Acción Emprendida No Aceptable.	Registrar cuando la acción inmediata previamente establecida no se haya realizado.
18	Acción Correctiva / Preventiva.	Marcar el tipo de acción de que se trate.
19	Número.	Registrar el consecutivo de acciones resultantes del análisis.
20	Acción que Emprenda.	Anotar claramente las acciones resultantes del análisis de datos.
21	Fecha.	Anotar la fecha compromiso de las acciones resultantes del análisis de datos efectuado.
22	Responsable.	Anotar el nombre y puesto de quien ejecutará la acción resultante del análisis de datos a emprender.
23	Firma.	Registrar firma compromiso del responsable a ejecutar la acción resultante del análisis de datos.
24	Número.	Consecutivo de la acción resultante a verificar.
25	Responsable.	Para acciones generadas en auditoría interna: Nombre del auditor interno asignado a la verificación. Acciones no generadas en auditoría interna: Coordinación de Innovación y Calidad o persona asignada a la verificación.
26	Fecha de verificación.	Anotar fecha en que se realiza la verificación de las acciones resultantes del análisis de datos.
27	Nivel efectividad Abierta.	Registrar cuando la acción resultante del análisis de datos no tenga elementos suficientes para la comprobación de la efectividad.
28	Nivel efectividad Cerrada.	Registrar cuando la acción resultante del análisis de datos tenga elementos suficientes para la comprobación de la efectividad.
29	Comprobación de la Efectividad	Redactar en forma clara y concisa los elementos que demuestren evidencia objetiva de la no ocurrencia o recurrencia del hallazgo detectado. Firma del encargado del seguimiento a la acción.
30	Responsable del Proceso.	Anotar nombre, puesto y firma del responsable del proceso donde se desarrolló la Acción Correctiva / Preventiva.
31	Coordinación de Innovación y Calidad.	Nombre puesto y firma del responsable de la Coordinación.
32	Observaciones	Anotar consideraciones importantes de las verificaciones y seguimientos de las acciones.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones preventivas y correctivas.**

**P-SC-02**

Página 14 de 20

**F-SC-02-06 GRUPOS DE TRABAJO Y MEJORA.**



**GRUPO DE TRABAJO Y MEJORA**

Fecha:

1

Descripción:

2

Participantes:

Nombre

3

Cargo

4

Área

5

Firma

6

COPIA NO CONTROLADA



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones preventivas y correctivas.**

P-SC-02

Página 15 de 20

Instructivo de llenado.  
Grupos de trabajo

Objetivo:	Registrar documentalmente nombres y firmas de las personas que asisten a las reuniones.
Responsable de la elaboración:	Facilitador.
Frecuencia:	Siempre que se tenga una sesión de las que deba quedar evidencia de la asistencia.
Responsable de la revisión:	Coordinación de Innovación y Calidad.
Responsable de la autorización:	Coordinación de Innovación y Calidad.
Forma de Llenado:	Manual

No.	Elemento	Descripción
1	Fecha.	Escribir la fecha de la sesión.
2	Descripción.	Anotar el nombre o tema de la sesión.
3	Nombre.	Escribir el nombre de los participantes de la sesión.
4	Cargo.	Anotar cargo del participante.
5	Área.	Anotar el área o Departamento en que labora.
6	Firma.	Escribir la firma correspondiente al nombre de cada uno de los asistentes a la sesión.

En el siguiente cuadro se expone la dinámica a seguir como propuesta para las reuniones de trabajo y mejoras.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones preventivas y correctivas.**

**P-SC-02**

Página 16 de 20

Equipo / Herramienta
Materiales
Equipo de Seguridad
Referencias

Proyector de acetatos, cañón, pizarrón
Plumones, Hojas de rota folio (bond), lápiz, papel tamaño carta.
No aplica
Norma ISO 9001, P-SC-02 (lineamiento 10 )

Actor	No.	Descripción de Actividad
Coordinación de Innovación y Calidad.	1	Da seguimiento a la generación de información y registros de acuerdo a indicadores y variables de: Objetivos de la calidad Bitácoras definidas Auditorias
Coordinación de Innovación y Calidad.	2	¿Propuesta de mejora?
Coordinación de Innovación y Calidad.	3	No: Continúa el seguimiento a la generación de registros e información.
Coordinación de Innovación y Calidad.	4	Sí: Se determina la fecha de análisis.
Coordinación de Innovación y Calidad.	5	Definir involucrados: Convoca a reunión de Grupo de Mejora a las personas, funciones y puestos que intervengan directamente en las no conformidades reales o potenciales o análisis a realizar, definiendo un líder elegido por el grupo de mejora. Las funciones del líder serán representar al grupo ante el Comité de la Calidad, motivar, buscar resultados, establecer metas alcanzables y cuantificables para el grupo, así como verificar el cumplimiento de compromisos del grupo.
Coordinación de Innovación y Calidad / Grupo de mejora.	6	Se describe en forma general el problema o propuesta de mejora asegurándose de que todos los presentes comprendan el punto, procediendo a la tormenta de ideas exponiendo las posibles causas del problema reales o potenciales.
Coordinación de Innovación y Calidad / Grupo de mejora.	7	Cada persona expone una idea, si no se le ocurre nada dirá "paso".
Coordinación de Innovación y Calidad / Grupo de mejora.	8	Se anotarán todas las ideas en rota folio al frente para que todos los presentes puedan ver las ideas ya consideradas. El Subgerente de innovación y calidad también tendrá oportunidad de exponer sus propias ideas.



<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones preventivas y correctivas.</b>	<b>P-SC-02</b>
	Página 17 de 20

Coordinación de Innovación y Calidad / Grupo de mejora.	9	Se deben anotar también las ideas descabelladas, esto puede provocar que alguien de los presentes piense otras. Es importante no criticar.
Coordinación de Innovación y Calidad / Grupo de mejora.	10	Esta etapa se considera terminada cuando ya nadie tiene ideas que aportar. A continuación se clasificarán dichas ideas de acuerdo al origen de las causas pudiendo ser: "Método o procedimiento", Maquinaria-equipo-instrumento, Medio Ambiente, Materiales-materias primas y Mano de obra-recursos humanos.
Coordinación de Innovación y Calidad / Grupo de mejora.	11	Una vez clasificadas, se seleccionarán las fundamentadas como críticas poniendo una paloma al lado derecho y las no fundamentadas como descartadas poniendo un tache del mismo lado, con la finalidad de identificar los elementos correlacionados.
Coordinación de Innovación y Calidad / Grupo de mejora.	12	Dichos pasos, nos habrán llevado al análisis de las no conformidades reales o potenciales.
Coordinación de Innovación y Calidad / Grupo de mejora.	13	A continuación se procede a la integración del plan de acciones estableciendo a cada causa una acción, responsable(s), fecha de cierre estimada y real, así como un indicador de efectividad para cada acción. En esta parte una sola acción podrá dar cumplimiento a varias causas, por lo que al dar cumplimiento a determinadas acciones impactará directamente al resto de las causas.
Coordinación de Innovación y Calidad / Grupo de mejora / Comité de la calidad.	14	Posteriormente se presentará este análisis al comité de la calidad con la finalidad de verificar que las Acciones tomadas sean correspondientes a las no conformidades reales o potenciales y se distribuye a todos los involucrados en el mismo firmando de enterados y comprometiéndose a dar cumplimiento.
Coordinación de Innovación y Calidad / Grupo de mejora.	15	Es importante que el seguimiento al plan de acciones lo de no solo el Subgerente de Innovación y Calidad, sino todos los involucrados en el plan.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones preventivas y correctivas.**

P-SC-02

Página 18 de 20

F-SC-02-07 INTEGRACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS.



**INTEGRACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS**

**Tipo de cédula:**  Correctiva  Preventiva   
**Número de cédula:**  **Estatus:**  Cerrada

Actividad	Parametro	Fecha Limite	Fecha real
Detección del hallazgo real / potencial.	N/A	N/A	
Generación de la Cédula de acción correctiva / preventiva.	8 días* máximo.	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
Determinación de acción inmediata o contingente.	8 días* máximo a partir de la generación de la cédula.		
Determinación de causa(s) de No conformidad real / potencial.	10 días* máximo a partir de la generación de la Cédula.		
Determinación de Acción(es) generada del análisis de datos. (correctiva / preventiva)	8 días* máximo a partir de la determinación de causas del análisis.		

\* Hábiles a partir del día siguiente a la detección.

NOTIFICACIÓN de la creación de una acción:  Correctiva  Preventiva

FECHA	NOMBRE Y FIRMA*	PUESTO
<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="7"/>	<input type="text" value="8"/>

\* Estoy enterado de la existencia de una situación No deseable dentro del SGC y me comprometo a participar en la determinación de causa(s) raíz y acciones para su atención antes de las fechas límite establecidas.

**OBSERVACIONES:**



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones preventivas y correctivas.**

P-SC-02

Página 19 de 20

Instructivo de llenado.

*Integración de acciones Correctivas y preventivas.*

<b>Objetivo:</b>	Establecer y registrar las fechas compromiso de las acciones establecidas en las cédulas de acciones correctivas y preventivas.
<b>Responsable de la elaboración:</b>	Coordinación de Innovación y Calidad o Auditor líder.
<b>Frecuencia:</b>	Cada vez que se genere una cédula de acción correctiva y/o preventiva.
<b>Responsable de la revisión:</b>	Coordinación de Innovación y Calidad
<b>Responsable de la autorización:</b>	Coordinador de Innovación, Calidad y Atención a Clientes
<b>Forma de llenado:</b>	PC / Manual.

No.	Elemento	Descripción
1	Número de cédula.	Anotar el número asignado a la Cédula de Acción Correctiva / Preventiva a la que se le realizará el seguimiento en fechas compromiso de las acciones definidas.
2	Tipo de cédula.	Marcar el tipo de acción de que se trate.
3	Estatus.	Registrar cuando la acción resultante del análisis de datos tenga elementos suficientes para la comprobación de la efectividad.
4	Fecha límite.	Anotar la fecha límite de la generación y determinación de acciones de acuerdo a los parámetros establecidos en el lineamiento número 14 partiendo de la detección del hallazgo real / potencial.
5	Fecha real.	Anotar la fecha real de la generación y determinación de acciones.
6	Fecha.	Registrar la fecha en que se entrega acción correctiva / preventiva a los involucrados en la determinación de acciones para su atención antes de las fechas límites establecidas.
7	Nombre y firma.	Anotar el nombre de los involucrados en la determinación de acciones para su atención antes de las fechas límites establecidas.
8	Puesto.	Anotar el puesto de los involucrados en la determinación de acciones para su atención antes de las fechas límites establecidas.
9	Observaciones.	Anotar consideraciones importantes relacionadas con la acción levantada.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones preventivas y correctivas.**

P-SC-02

Página 20 de 20

**9. – ENFOQUE CLIENTE-PROVEEDOR**

Todos somos clientes y a la vez proveedores de otros procesos, ya que tal como necesitamos de otras áreas para llevar a cabo correctamente nuestro trabajo, el resultado de nuestra labor, a su vez, es la materia prima para otros procesos.

Por ello, el servicio que les brindamos a nuestros clientes internos es tan importante como el que les proporcionamos a nuestros clientes externos, ya que **para que el cliente externo esté satisfecho, debe estar satisfecho el cliente interno.**

De esta forma, **todas las áreas requerimos trabajar con el Enfoque Cliente-Proveedor**, es decir, con el objetivo de satisfacer a nuestro cliente, sea interno o externo, ya que **nuestro trabajo siempre impactará en el resultado final de otras áreas.**

Particularmente, cada área podrá consultar y/o actualizar quiénes son sus clientes internos y externos para cada uno de sus procesos, en el **Manual de Gestión de la Calidad de IEPSA.**

**10. – CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL**

De conformidad con lo establecido en el “Acuerdo por el que se establecen las Normas Generales de Control Interno en el Ámbito de la Administración Pública Federal”, publicado el 27 de Septiembre de 2006; **todos los servidores públicos tenemos la obligación de contribuir a la actualización y mejoramiento continuo del Control Interno Institucional.**

El **Control Interno Institucional** es el conjunto de medios, mecanismos o procedimientos del cual **todos somos responsables**, que tienen el propósito de:

Conducir las actividades correspondientes hacia el logro de los objetivos y metas institucionales  
Obtener información confiable y oportuna,  
Cumplir con el marco jurídico, y  
Evitar pérdidas o daños al erario federal.

Para continuar lográndolo, es responsabilidad de todos los que laboramos en IEPSA:

**Conocer** el Reglamento Interior de Trabajo, el Código de Conducta de la entidad, el Manual de Bienvenida y los manuales, procedimientos e instructivos que rijan nuestro trabajo.

**Llevar a cabo nuestras actividades tal como se describe en ellos**, con el propósito de coadyuvar al cumplimiento de metas y objetivos, dentro del Marco Jurídico aplicable;

**Asegurarse de que la información que generemos sea confiable y oportuna**, para seguir propiciando el adecuado rendimiento de cuentas por parte de IEPSA y su ejercicio transparente como entidad paraestatal; y

**Actualizar y tomar acciones periódicamente respecto de nuestro inventario de riesgos por área**, a fin de prevenir la realización de los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos o causar daños al erario federal.

A fin de llevar a cabo correctamente estas actividades, puede consultar para mayor referencia el procedimiento **P-CI-01 Administración del Riesgo Institucional.**

**11. – VINCULACIÓN CON OTROS SISTEMAS**

Ninguna.

**12. – ANEXOS**

Ninguno.