

	INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE CAJEME DOCUMENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD		
	PROCEDIMIENTO	Clave:	<i>PGC07.01</i>
	ACCIONES CORRECTIVAS	Emisión:	<i>15 de agosto de 2005</i>
Hoja		<i>Página 1 de 3</i>	

1. OBJETIVO

Establecer el mecanismo para dar seguimiento a las No Conformidades documentadas en el sistema de gestión de la calidad del Instituto Tecnológico Superior de Cajeme, en el marco de la mejora continua del propio sistema, desde analizar las causas raíz de las No Conformidades, establecer las acciones correctivas hasta verificar la efectividad de su implantación.

2. CAMPO DE APLICACIÓN

Este procedimiento aplica a todas las acciones correctivas efectuadas por las áreas que conforman el alcance del sistema de gestión de calidad del ITESCA a partir de las No Conformidades documentadas en su sistema de gestión de calidad.

3. REFERENCIAS

- 3.1 MGC01 Manual de Gestión de la Calidad del ITESCA
- 3.2 PGC09 Manejo de No Conformidades

4. DEFINICIONES

Para la correcta aplicación de este procedimiento, se utiliza la siguiente definición:

- 4.1 **ACCIÓN CORRECTIVA:** Acción tomada para eliminar la causa de una No Conformidad detectada u otra situación indeseable.

5. RESPONSABILIDADES

- 5.1 **RESPONSABLES DE EQUIPO DE MEJORA.-** A partir de una No Conformidad documentada, identificar la causa raíz y documentar una propuesta de acción correctiva.
- 5.2 **INTEGRANTES DE EQUIPO DE MEJORA.-** Apoyar al responsable del equipo para identificar la causa raíz y documentar una propuesta de acción correctiva a partir de una No Conformidad documentada.
- 5.3 **JEFE DEL DEPARTAMENTO O COORDINADOR** del Área involucrada con la Acción Correctiva.- Iniciar la acción correctiva correspondiente, darle seguimiento y verificar la efectividad de tal medida.
- 5.4 **PERSONAL DEL ÁREA INVOLUCRADA.-** Apoyar a su Director o Jefe de Departamento o área, seguir sus indicaciones, y en su caso,

Elaboró	Revisó	Aprobó
LIC. CLARA E. MARK CORONA Subdirector	M. I. GUADALUPE VÁSQUEZ CHÁVEZ Representante de la Dirección	M.I. SERGIO PABLO MARISCAL A. Director General

	INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE CAJEME DOCUMENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD		
	PROCEDIMIENTO	Clave:	<i>PGC07.01</i>
	ACCIONES CORRECTIVAS	Emisión:	<i>15 de agosto de 2005</i>
Hoja		<i>Página 2 de 3</i>	

proponer modificaciones al soporte documentado relacionado con la aplicación de la acción correctiva.

- 5.5 **INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CALIDAD.-** Evaluar la propuesta de acción correctiva, en su caso proponer mejoras, y emitir voto para buscar el consenso.

6. DESARROLLO

- 6.1 El responsable del área afectada por una No Conformidad documentada (Jefe de Departamento) deberá integrar un Equipo de Mejora, cuyo líder será él mismo, notificando a sus integrantes y elaborando una agenda de trabajo conforme a F01PGC07 (ver 8.2).
- 6.2 El Equipo de Mejora tendrá a su cargo evaluar la No Conformidad, analizar la o las causas que la provocaron, aplicando las técnicas de análisis o metodologías que sus integrantes consideren más aplicables y valiosas. Para dicha evaluación deberá buscarse una relación razonable entre los esfuerzos, recursos y tiempo necesarios para efectuar esa Acción Correctiva y el impacto que la No Conformidad tenga en el desempeño de la institución.
- 6.3 El Equipo de Mejora elaborará un informe de sus trabajos conforme a F02PGC07 (ver 8.3) y presentará una propuesta documentada de acción correctiva, identificando responsables, acciones, tiempos de ejecución y resultados esperados.
- 6.4 El responsable del área afectada presentará la No Conformidad al Comité de Calidad del instituto, e informará de la propuesta de acción correctiva, la cual podrá ser evaluada por el comité, y en su caso, éste podrá sugerir adecuaciones.
- 6.5 El responsable del área afectada se encargará de que la Acción Correctiva sea implantada y notificará al comité de sus avances, ajustes y/o de sus resultados y efectividad.
- 6.6 Una vez que el responsable haya comprobado la efectividad de la Acción Correctiva, presentará un informe de Implantación de Acción Correctiva al Representante de la Dirección, conforme a F03PGC07 (ver 8.4), para que éste proceda a promover el cierre de la No Conformidad levantada.

7. REGISTROS

Los registros generados por la aplicación del presente procedimiento se listan a continuación:

Elaboró	Revisó	Aprobó
LIC. CLARA E. MARK CORONA Subdirector	M. I. GUADALUPE VÁSQUEZ CHÁVEZ Representante de la Dirección	M.I. SERGIO PABLO MARISCAL A. Director General

	INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE CAJEME DOCUMENTO DEL SISTEMA DE CALIDAD		
	PROCEDIMIENTO	Clave:	<i>PGC07.01</i>
	ACCIONES CORRECTIVAS	Emisión:	<i>15 de agosto de 2005</i>
Hoja		<i>Página 3 de 3</i>	

- 7.1 Notificación a integrantes del Equipo de Mejora.
- 7.2 Agenda de trabajo del Equipo de Mejora.
- 7.3 Informe de Trabajo del Equipo de Mejora.
- 7.4 Informe de Implantación de Acción Correctiva.

8. ANEXOS

- 8.1 D01PGC07 Diagrama de flujo del procedimiento
- 8.2 F01PGC07 Agenda de Trabajo de Equipo de Mejora
- 8.3 F02PGC07 Informe de Trabajo de Equipo de Mejora
- 8.4 F03PGC07 Informe de Implantación de Acción Correctiva

Elaboró LIC. CLARA E. MARK CORONA Subdirector	Revisó M. I. GUADALUPE VÁSQUEZ CHÁVEZ Representante de la Dirección	Aprobó M.I. SERGIO PABLO MARISCAL A. Director General
---	---	---