

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones Correctivas para el Sistema de Gestión de Calidad

P-SC-02

Página 1 de 20

CONTENIDO

1.- OBJETIVO.....	2
2.- ALCANCE.....	2
3.- REFERENCIAS.....	2
4.- DEFINICIONES.....	2
5.- MARCO JURÍDICO.....	2
6. – LINEAMIENTOS.....	3
7.- LINEAMIENTO ÚNICO PARA EL CONTROL DE LOS DOCUMENTOS.....	5
8. - DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO.....	6
9. - DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.....	7
PLANEACIÓN.....	7
EJECUCIÓN.....	7
CONTROL.....	8
EVALUACIÓN Y MEJORA.....	8
10. – FORMATOS E INSTRUCTIVOS.....	9
F-SC-02-01 CÉDULA DE ACCIÓN CORRECTIVA. Rev. 8.....	9
Instructivo de llenado.....	11
F-SC-02-06 GRUPOS DE TRABAJO Y MEJORA. Rev. 8.....	13
Instructivo de llenado.....	14
11. – REVISIONES DE TRABAJO Y MEJORAS.....	15
F-SC-02-07 INTEGRACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS. Rev. 9.....	17
Instructivo de llenado.....	18
12. – ENFOQUE CLIENTE-PROVEEDOR.....	19
13. – RECOMENDACIONES DE INSTANCIAS DE FISCALIZACIÓN.....	19
14. – CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL.....	19
15- VINCULACIÓN CON OTROS SISTEMAS.....	20
16.- ANEXOS.....	20

ÁMBITO AL QUE PERTENECE.

Este documento respalda el cumplimiento en los siguientes ámbitos:

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

FORMATOS INCLUIDOS EN ESTE DOCUMENTO.

(F-SC-02-01) Cédula de Acción Correctiva. Rev.8

(F-SC-02-06) Grupos de trabajo y mejora. Rev.8

(F-SC-02-07) Integración de acciones correctivas. Rev.9

Fecha de Revisión	Gerencia	Unidad Administrativa	Elaboró	Revisó	Autorizó Emisión
18 de Agosto del 2021	Dirección General	Coordinación de Innovación y Calidad	Lic. Raquel Reséndiz Martínez. Analista Técnico en la Coordinación de Innovación y Calidad	Lic. Juan Carlos Camacho Tufiño. Coordinador de Innovación y Calidad	Lic. Aidee Rodríguez Ortega Directora General

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones Correctivas para el
Sistema de Gestión de Calidad**

P-SC-02

Página 2 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, propiciado una mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad.

2.- ALCANCE.

Aplicable a cualquier desviación, hallazgo, no conformidad (incumplimiento de un requisito) real o potencial del Sistema de Gestión de la Calidad ocurrida dentro de cualquier proceso, procedimiento o área perteneciente a la institución a dicho sistema.

3.- REFERENCIAS.

Norma ISO 9001:2015

Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 03 de Noviembre del 2016 y reformado el 05 de Septiembre de 2018.

Anexo "Qué debemos saber en cuanto al control de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad"
Manual de Sistema de Gestión de la Calidad M-SC-01.

4.- DEFINICIONES.

SGC: Sistema de Gestión de Calidad.

Hallazgo(s): resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría interna o externa.

N/A: No aplica.

No conformidad: Incumplimiento de un requisito de la norma ISO 9001:2015 (desviación).

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.

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

Requisito: Necesidad o expectativa establecida en la Norma ISO 9001:2015 o en la norma aplicable a la institución, generalmente implícita u obligatoria.

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

5.- MARCO JURÍDICO.

Norma Mexicana NMX-CC-9001- IMNC-2015, (Norma ISO 9001:2015), Sistema de Gestión de Calidad- Requisitos.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones Correctivas para el Sistema de Gestión de Calidad

P-SC-02

Página 3 de 20

6. – LINEAMIENTOS.

6.1 Es responsabilidad y tarea de cada área, la emisión y cumplimiento de acciones correctivas.

6.2 La Coordinación de Innovación y Calidad, revisará la emisión y control de las acciones correctivas.

6.3 La Coordinación de Innovación y Calidad en conjunto con el Auditor líder interno, asignaran un número de folio a cada acción correctiva para su seguimiento, con la siguiente nomenclatura:

____ / ____ / ____
Tipo N° Año
Consecutivo

TIPO

INT: Acción correctiva derivado de auditoria interna

EXT: Acción correctiva derivado de auditoria externa

PRO: Acción Correctiva derivado de Revisión del Proceso Productivo

N° Consecutivo: Numero Consecutivo (01, 02,03...99)

Año: Año en que se genera (2018,2021...)

6.4 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.

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

6.6 Las acciones correctivas se pueden originar de:

- a) No Conformidades detectadas en Auditorías Internas / Externas
- b) Series 7000
- c) Propuestas hechas por el Comité de la Calidad o Revisiones Gerenciales
- d) Quejas de clientes, si el Comité de la Calidad lo considera conveniente.
- e) Reprocesos internos, en caso de que exista recurrencia de alguna situación indeseable.
- f) Autoevaluación de Control Interno o Administración de Riesgos Institucional

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

6.8 Una acción correctiva 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.

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

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

6.11 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



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones Correctivas para el Sistema de Gestión de Calidad

P-SC-02

Página 4 de 20

6.12 Una no conformidad será considerada como mayor cuando:

- a) 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.
- b) Halla ausencia total de un requisito requerido por la norma o por el sistema.
- c) Existan numerosos errores menores en un proceso que al unirse, en forma colectiva constituyen una falla total o importante en el proceso.
- d) Es probable que la no conformidad constituya un riesgo inmediato con respecto a la calidad del producto que se ofrece.

6.13 Una no conformidad será considerada menor cuando:

- a) Exista omisión parcial un requerimiento de la norma, que no impacte o ponga en riesgo la integridad del Sistema o conformidad del producto.
- b) Omisiones documentales que no impacten al Sistema de Gestión de Calidad.

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

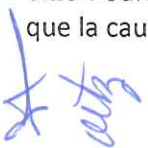
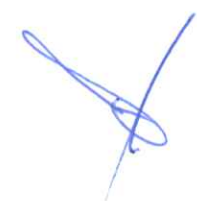
Cuadro para la generación, control y seguimiento de acciones correctivas.		
N°	Actividad	Tiempo límite
1	Detección del hallazgo real / potencial.	N/A
2	Generación de la Cédula de acción correctiva.	8 días* máximo.
3	Acción inmediata o contingente.	8 días* máximo a partir de la generación de la cédula.
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.

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

6.15 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" (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.

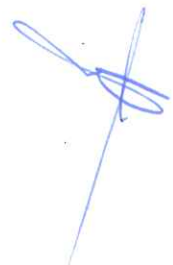
6.16 Podrán incluirse varias quejas, hallazgos o problemáticas en una misma acción correctiva, siempre que la causa de su surgimiento sea la misma o correspondan al mismo proceso en que se generó.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones Correctivas para el Sistema de Gestión de Calidad	P-SC-02
	Página 5 de 20

7.- 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 de Calidad 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 de Calidad"*, que está situado al principio de cada carpeta de procedimientos e instructivos del Sistema de Gestión de la Calidad.

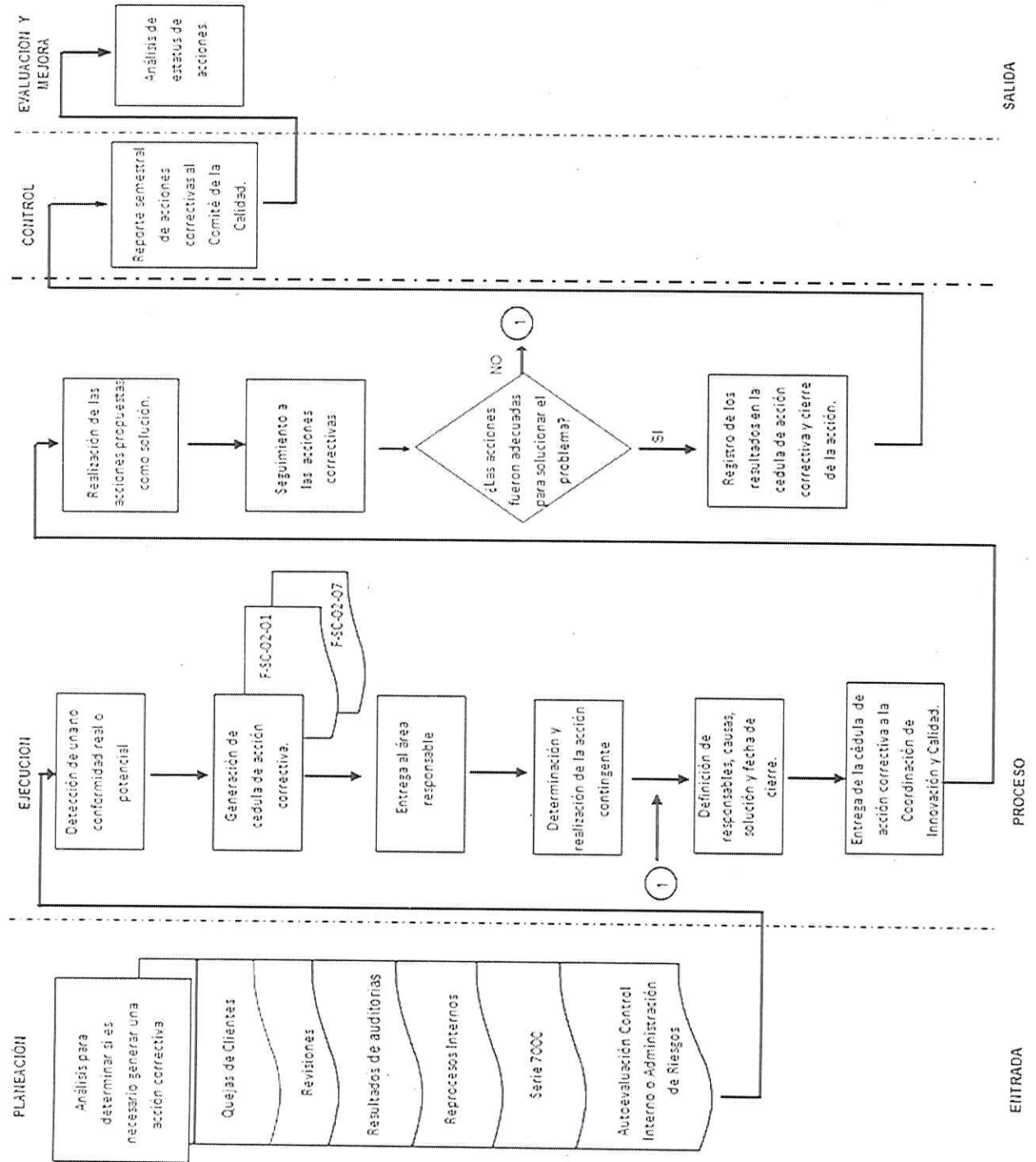


MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones Correctivas para el Sistema de Gestión de Calidad

P-SC-02

Página 6 de 20

8. - DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO.



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones Correctivas para el Sistema de Gestión de Calidad	P-SC-02
	Página 7 de 20

9. - DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PLANEACIÓN

Actor.	No.	Descripción de Actividad.
Dirección, Gerencias, Coordinación de Innovación y Calidad, Jefaturas, Comité de la Calidad.	9.1	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. Así mismo, se pueden generar acciones correctivas de autoevaluación del Sistema de Control Interno o de la Metodología de Administración de Riesgos Institucional.

EJECUCIÓN

Acciones Correctivas

Actor.	No.	Descripción de Actividad.
Coordinación de Innovación y Calidad.	9.2	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.	9.3	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.	9.4	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.	9.5	Toma acción contingente para continuar con el proceso mientras se definen las causas raíz del problema.
Responsable del proceso.	9.6	Analiza la situación actual e investiga las causas de la no conformidad presentada.
Responsable del proceso.	9.7	Define la(s) acción(es) correctiva(s) y fecha de cierre.
Responsable del proceso.	9.8	Elabora y entrega cédula de acción correctiva a la Coordinación de Innovación y Calidad para su seguimiento.
Responsable de la ejecución de la acción.	9.9	Lleva a cabo las acciones establecidas en la cédula de la acción correctiva.
Coordinación de Innovación y Calidad / Auditor Líder.	9.10	Realiza seguimiento a las acciones correctivas de acuerdo a los compromisos, fechas e involucrados. (Ver lineamiento No. 6.13). 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.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones Correctivas para el Sistema de Gestión de Calidad	P-SC-02
	Página 8 de 20

Coordinación de Innovación y Calidad / Auditor Líder/ Responsable de la Acción.	9.11	Verifica que las acciones tomadas fueron adecuadas para solucionar el problema. Si no fueron adecuadas regresar al paso 9.6. Si fueron adecuadas continua con el proceso.
Coordinación de Innovación y Calidad / Auditor Líder.	9.12	Registra en el rubro los resultados obtenidos de la acción aplicada en la cédula de acción correctiva y cierra la acción.

CONTROL

Actor.	No.	Descripción de Actividad.
Coordinación de Innovación y Calidad.	9.13	Genera reportes semestrales de acciones correctivas 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

Actor.	No.	Descripción de Actividad.
Coordinación de Innovación y Calidad.	9.14	Realiza un seguimiento verificando la eficacia de las acciones correctivas, llevadas a cabo.






MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones Correctivas para el Sistema de Gestión de Calidad

P-SC-02

Página 9 de 20

10. – FORMATOS E INSTRUCTIVOS.

F-SC-02-01 CÉDULA DE ACCIÓN CORRECTIVA. Rev. 8

 <p>SEP SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA</p>	<p>CÉDULA DE ACCIÓN CORRECTIVA</p>	 <p>FONDO DE CULTURA ECONÓMICA IEPSA</p>			
1a Parte					
DATOS GENERALES:		Fecha: <input style="width: 50px;" type="text" value="1"/>			
Origen: <input style="width: 50px;" type="text" value="4"/>		Folio: <input style="width: 50px;" type="text" value="2"/>			
Procesos Implicados: <input style="width: 150px;" type="text" value="5"/>		Referencia: <input style="width: 50px;" type="text" value="3"/>			
2a Parte					
DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO:					
<input style="width: 100px; height: 30px;" type="text" value="6"/>					
CAUSA(s) RESULTADO DEL ANÁLISIS DE DATOS					
<input style="width: 100px; height: 30px;" type="text" value="7"/>					
3a Parte					
ACCIONES INMEDIATAS A TOMAR POR EL RESPONSABLE DEL PROBLEMA					
Num.	ACCIÓN QUE EMPRENDERÁ	FECHA DE REALIZACIÓN	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN		FIRMA
			Nombre	Puesto	
<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text" value="8"/>	<input style="width: 100px; height: 25px;" type="text" value="9"/>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text" value="10"/>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text" value="11"/>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text" value="12"/>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text" value="13"/>
VERIFICACIÓN A LAS ACCIONES INMEDIATAS					
Num.	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO DE LA ACCIÓN (Nombre y Firma)	FECHA DE VERIFICACIÓN	ACCIÓN EMPRENDIDA		
			ACEPTABLE	NO ACEPTABLE	
<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text" value="14"/>	<input style="width: 100px; height: 25px;" type="text" value="15"/>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text" value="10"/>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text" value="16"/>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text" value="17"/>	
Rev 8			F-SC-02-01		

Rev. 8

F-SC-02-01

Rev. 14

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones Correctivas para el Sistema de Gestión de Calidad

P-SC-02

Página 11 de 20

Instructivo de llenado.

Cédula de Acción Correctiva F- SC -02-01 Rev. 8

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

No.	Elemento	Descripción
1	Fecha.	Anotar la fecha en la que se originó la Cédula.
2	Folio.	Asignar número consecutivo anual de la Cédula de Acción Correctiva (Coordinación de Innovación y Calidad).
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 auditoria interna: Nombre del auditor interno asignado a la verificación. Para Acciones no generadas en auditoria interna: Coordinación de Innovación y Calidad o persona asignada a la verificación.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones Correctivas para el Sistema de Gestión de Calidad

P-SC-02

Página 12 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	Número.	Registrar el consecutivo de acciones resultantes del análisis.
19	Acción que Emprenda.	Anotar claramente las acciones resultantes del análisis de datos.
20	Fecha.	Anotar la fecha compromiso de las acciones resultantes del análisis de datos efectuado.
21	Responsable.	Anotar el nombre y puesto de quien ejecutará la acción resultante del análisis de datos a emprender.
22	Firma.	Registrar firma compromiso del responsable a ejecutar la acción resultante del análisis de datos.
23	Número.	Consecutivo de la acción resultante a verificar.
24	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.
25	Fecha de verificación.	Anotar fecha en que se realiza la verificación de las acciones resultantes del análisis de datos.
26	Nivel efectividad Abierta.	Registrar cuando la acción resultante del análisis de datos no tenga elementos suficientes para la comprobación de la efectividad.
27	Nivel efectividad Cerrada.	Registrar cuando la acción resultante del análisis de datos tenga elementos suficientes para la comprobación de la efectividad.
28	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.
29	Responsable del Proceso.	Anotar nombre, puesto y firma del responsable del proceso donde se desarrolló la Acción Correctiva.
30	Coordinación de Innovación y Calidad.	Nombre puesto y firma del responsable de la Coordinación.
31	Observaciones	Anotar consideraciones importantes de las verificaciones y seguimientos de las acciones.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones Correctivas para el Sistema de Gestión de Calidad

P-SC-02

Página 14 de 20

Instructivo de llenado.

Grupos de trabajo F- SC- 02-06 Rev. 8

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.




MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones Correctivas para el Sistema de Gestión de Calidad

P-SC-02

Página 15 de 20

11. – REVISIONES DE TRABAJO Y MEJORAS.

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

Equipo / Herramienta	Proyector de acetatos, cañón, pizarrón
Materiales	Plumones, Hojas de rota folio (bond), lápiz, papel tamaño carta.
Equipo de Seguridad	No aplica
Referencias	Norma ISO 9001, P-SC-02 (lineamiento 9.10)

Actor	No.	Descripción de Actividad
Coordinación de Innovación y Calidad.	11.1	Da seguimiento a la generación de información y registros de acuerdo a indicadores y variables de: Objetivos de la calidad Bitácoras definidas Auditorías
Coordinación de Innovación y Calidad.	11.2	¿Propuesta de mejora?
Coordinación de Innovación y Calidad.	11.3	No: Continúa el seguimiento a la generación de registros e información.
Coordinación de Innovación y Calidad.	11.4	Si: Se determina la fecha de análisis.
Coordinación de Innovación y Calidad.	11.5	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.	11.6	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.	11.7	Cada persona expone una idea, si no se le ocurre nada dirá "paso".
Coordinación de Innovación y Calidad / Grupo de mejora.	11.8	Se anotarán todas las ideas en rotafolio al frente para que todos los presentes puedan verlas y en su caso ser consideradas. El Coordinador de Innovación y Calidad también tendrá oportunidad de pronunciarse en cuanto al tema.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones Correctivas para el Sistema de Gestión de Calidad

P-SC-02

Página 16 de 20

Coordinación de Innovación y Calidad / Grupo de mejora.	11.9	Se deben anotar también las ideas aunque estas sean desatinadas, lo que puede provocar comentarios adicionales de los asistentes o críticas que deberían considerarse como constructivas.
Coordinación de Innovación y Calidad / Grupo de mejora.	11.10	Esta etapa se considera terminada cuando ya nadie tiene ideas que aportar y se clasifican de acuerdo al origen de las causas pudiendo ser: "Método o procedimiento", Maquinaria-equipos-instrumentos, Medio Ambiente, Materiales-materias primas y Mano de obra-recursos humanos.
Coordinación de Innovación y Calidad / Grupo de mejora.	11.11	Una vez clasificadas, se seleccionarán las fundamentadas como críticas palomeándose al lado derecho y las no fundamentadas como descartadas señalando un tache del mismo lado, con la finalidad de identificar los elementos correlacionados.
Coordinación de Innovación y Calidad / Grupo de mejora.	11.12	Dichos pasos, nos habrán llevado al análisis de las no conformidades reales o potenciales.
Coordinación de Innovación y Calidad / Grupo de mejora.	11.13	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.	11.14	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.	11.15	Es importante que el seguimiento al plan de acciones lo dé no solo el Coordinador de Innovación y Calidad, sino todos los involucrados en el plan.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones Correctivas para el Sistema de Gestión de Calidad	P-SC-02
	Página 17 de 20

F-SC-02-07 INTEGRACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS. Rev. 9

INTEGRACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS

Folio de cédula:

Estatus:

Actividad	Parámetro	Fecha Limite	Fecha real
Detección del hallazgo real / potencial.	N/A		
Generación de la Cédula de acción correctiva.	8 días* máximo.		
Acción inmediata o contingente.	8 días* máximo a partir de la generación de la cédula.	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
Seguimiento a acción contingente.	El definido en formato.		
Análisis de causas de No conformidad real / potencial.	10 días* máximo a partir de la generación de la Cédula.		
Acción generada del análisis de datos.	8 días* máximo a partir de la determinación de causas del análisis.		
Seguimiento de acción del análisis.	El definido en formato.		
Comprobación de la efectividad. / CIERRE /	6 meses como máximo a partir de la acción generada.		


* Hábiles a partir del día siguiente a la detección.

NOTIFICACIÓN de la creación de una acción correctiva:

FECHA	NOMBRE	PUESTO	FIRMA
<input type="text" value="5"/>	<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.

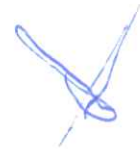
OBSERVACIONES:
<input type="text" value="9"/>



Rev.9

F-SC-02-07

F-SC-02-07



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones Correctivas para el
Sistema de Gestión de Calidad**

P-SC-02


Página 18 de 20

Instructivo de llenado.

Integración de acciones Correctivas. F-SC-02-07 Rev. 9

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

<i>No.</i>	<i>Elemento</i>	<i>Descripción</i>
1	Número de cédula.	Anotar el folio asignado a la Cédula de Acción Correctiva a la que se le realizará el seguimiento en fechas compromiso de las acciones definidas.
2	Estatus.	Registrar cuando la acción resultante del análisis de datos tenga elementos suficientes para la comprobación de la efectividad.
3	Fecha límite.	Anotar la fecha límite de la generación y determinación de acciones de acuerdo a los parámetros establecidos en el lineamiento número 11.14 partiendo de la detección del hallazgo real / potencial.
4	Fecha real.	Anotar la fecha real de la generación y determinación de acciones.
5	Fecha.	Registrar la fecha en que se entrega acción correctiva a los involucrados en la determinación de acciones para su atención antes de las fechas límites establecidas.
6	Nombre.	Anotar el nombre de los involucrados en la determinación de acciones para su atención antes de las fechas límites establecidas.
7	Puesto.	Anotar el puesto de los involucrados en la determinación de acciones para su atención antes de las fechas límites establecidas.
8	Firma.	Plasmar la firma del funcionario involucrado en la determinación de las acciones.
9	Observaciones.	Anotar consideraciones importantes relacionadas con la acción levantada.




MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones Correctivas para el Sistema de Gestión de Calidad

P-SC-02

Página 19 de 20

12. – ENFOQUE CLIENTE¹-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. M – SC – 01 Vigente**

13. – RECOMENDACIONES DE INSTANCIAS DE FISCALIZACIÓN.

Se deberán incorporar los mecanismos de control que deriven de las recomendaciones preventivas, emitidas por instancias de fiscalización con el fin de evitar recurrencia en las observaciones determinadas.

14. – CONTROL INTERNO INSTITUCIONAL

De conformidad con el "ACUERDO por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de Noviembre del 2016, y reformado el 5 de Septiembre del 2018.

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:

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

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

1. 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.
2. 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.

¹ ISO 9001: 2015 Numera 0.2 "Principios de la Gestión de la Calidad"; numeral 5.1.2 "Enfoque al cliente "; numeral 5.3 "Roles, responsabilidades y autoridades en la organización", inciso d .

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. Acciones Correctivas para el
Sistema de Gestión de Calidad**

P-SC-02

Página 20 de 20

3. Asegurarse de que la información que generamos sea confiable y oportuna, para seguir propiciando el adecuado rendimiento de cuentas por parte de IEPSA y su ejercicio transparente como entidad paraestatal; y
4. Actualizar y tomar acciones periódicamente respecto de nuestro inventario por áreas, a fin de prevenir la realización de los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos o causar daño al erario federal.

14.1 – OBLIGACIONES DEL RESPONSABLE DE INTERVENIR EN LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

Llevar a cabo la administración de riesgos de cada una de las actividades que se realizan de acuerdo a la función para determinar lo siguiente;

1. Identificar los riesgos de acuerdo a la magnitud del impacto y frecuencia de ocurrencia.
2. Llevar a cabo las actividades de control para la administración de los riesgos.

14.2 – OBLIGACIONES DEL RESPONSABLE DE INFORMAR LA BAJA DEL PERSONAL.

Todos los servidores públicos responsables de cada área tendrán la obligación de informar mediante oficio o correo electrónico a la Coordinación de Informática y al Departamento de Recursos Humanos, la cancelación de los accesos a los Sistemas Internos del personal que acusa baja en IEPSA.

15- VINCULACIÓN CON OTROS SISTEMAS.

Ninguna

16.- ANEXOS

Ninguna

