	Procedimiento para Acciones Correctivas	Fecha de emisión: 28 de febrero 2019	
		Código: ITSZ-CA-PG-005	
	Referencia a la Norma ISO 9001:2015 10.2 / ISO 14001:2015 10.2	Revisión: 1	Página 1 de 4

1. Propósito

Dar respuesta a las no conformidades del Sistema de Gestión Integral (SGI) del Instituto Tecnológico Superior de Zongolica y establecer acciones correctivas para eliminar la causa raíz.

2. Alcance

Aplica a oficinas centrales, campus y sedes del instituto.

3. Políticas de Operación

3.1 Las acciones correctivas pueden surgir a partir del análisis de las causas y tendencias que originan las No Conformidades actuales y Potenciales que provengan de:

- 3.1.1 Auditorías internas
- 3.1.2 Auditorías externas
- 3.1.3 Análisis de datos
- 3.1.4 Objetivos e Indicadores
- 3.1.5 Análisis de la eficacia de los procesos (resultado de la medición de los indicadores)
- 3.1.6 Seguimiento a la Revisión por la Dirección
- 3.1.7 Análisis de quejas y/o sugerencias de los clientes
- 3.1.8 Salidas No conformes
- 3.1.9 Evaluación de Servicios
- 3.1.10 Falta de acciones en la identificación del incumplimiento de los requisitos legales
- 3.1.11 Cuando se están afectando las actividades rutinarias de los controles operacionales

3.3 Es responsabilidad de los Subdirectores dueños del proceso o coordinadores de campus/sedes al que impacta la no conformidad verificar la efectividad de las acciones correctivas o correcciones implementadas.

3.4 Las acciones correctivas son consideradas como concluidas una vez que hayan sido verificadas y evaluadas por los responsables, así como eliminar las causas que dieron origen a las No Conformidades.

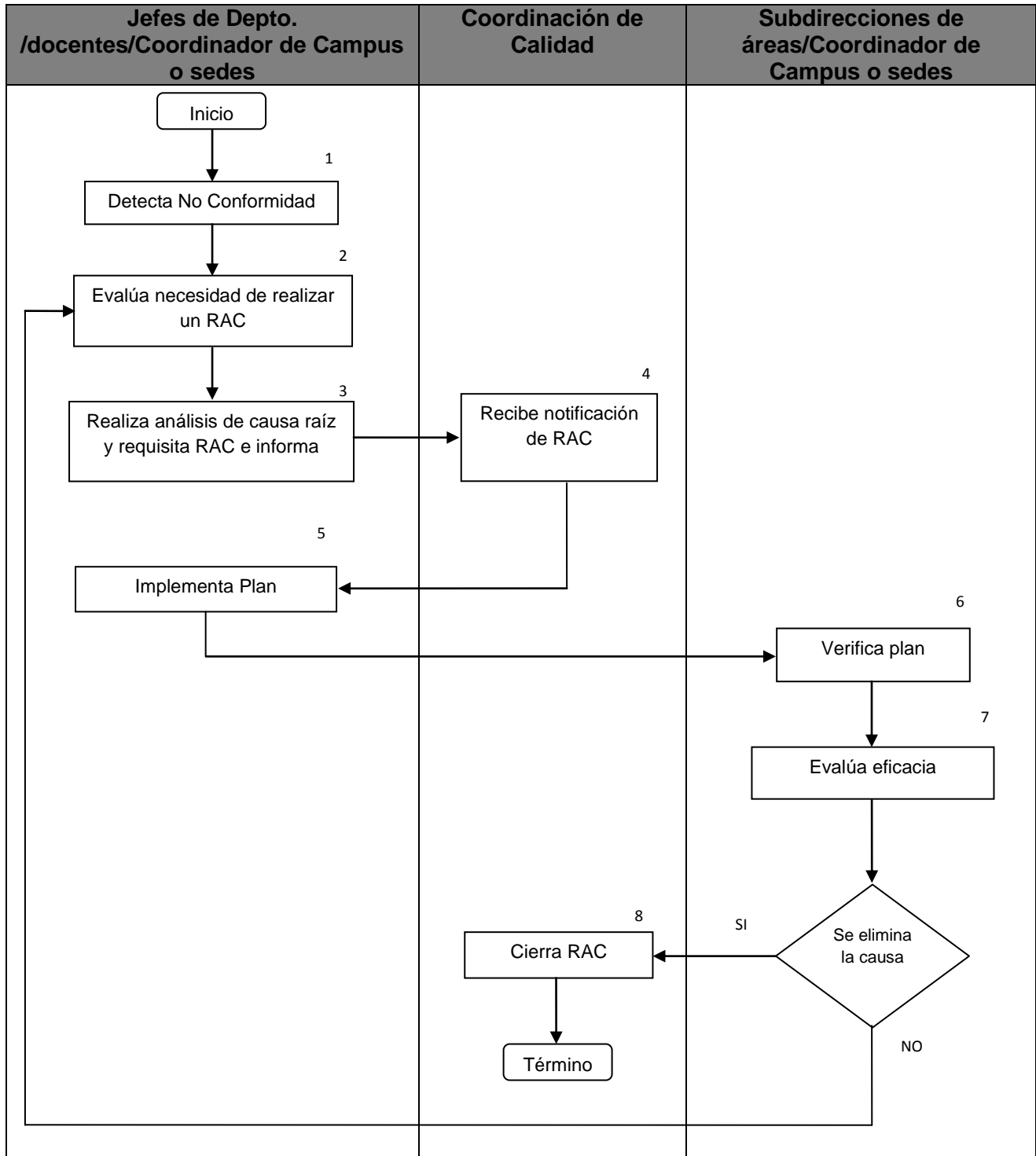
3.5 Los Subdirectores dueños de procesos y la Coordinación de calidad son responsables de informar a la Dirección General sobre el estado que guardan las acciones correctivas implementadas.


3.6 El presente procedimiento cumple con el compromiso declarado en la política del SGI.

3.7 La identificación del riesgo del presente procedimiento se realizará a inicio del año fiscal, utilizando el anexo 7 “Matriz de Riesgos”, así como su seguimiento y evaluación de las acciones descritas en dicho anexo para evitar una salida no conforme.

CONTROL DE EMISIÓN		
ELABORÓ	REVISÓ	AUTORIZÓ
Coordinación de Calidad	Dirección de Planeación y Vinculación	Dirección General


4.- Diagrama de Flujo



	Procedimiento para Acciones Correctivas	Fecha de emisión: 28 de febrero 2019	
		Código: ITSZ-CA-PG-005	
	Referencia a la Norma ISO 9001:2015 10.2 / ISO 14001:2015 10.2	Revisión: 1	Página 3 de 4

5.- Descripción del Procedimiento

Secuencia de etapas	Actividad	Área Responsable
1. Detecta No Conformidad	1.1. Revisa No Conformidad detectada de las fuentes declaradas en la política 3.1	Subdirectores de área, Jefes de Departamento, Coordinadores y dueños de procesos
2. Evalúa la necesidad de realizar un RAC	2.1. Evalúa la No Conformidad detectada y determina las necesidades para llevar a cabo un reporte de acción correctiva o una corrección ITSZ-CA-PG-005-01 .	Subdirectores de área, Jefes de Departamento, Coordinadores campus-sedes/docentes
3. Realiza análisis de causa raíz y requisita RAC e informa	3.1 Determina la causa raíz de la no conformidad por medio de herramienta de análisis estadístico por medio de cualquiera de los métodos de: lluvia de ideas, 5 por qué, diagrama de Pareto, diagrama de causa y efecto, histograma. 3.2 Realiza una evaluación para determinar si existen no conformidades similares en otra área o Campus/Sede. 3.3 De acuerdo a los puntos anteriores define plan de acción (puntual o regional), asigna responsables y establece fecha de ejecución. 3.4 Informa a la coordinación de calidad las acciones a realizar para revisión y asignación de folio.	Subdirectores de área, Jefes de Departamento, Coordinadores campus/sede o docentes
4. Revisa y registra Rac	6.1 Revisa Rac, asigna folio y registra ITSZ-CA-PG-005-02 . 6.2 Informa al área implemente el plan de acción y da seguimiento.	Coordinación de Calidad
5. Implementa Plan	5.1 Realiza las actividades descritas en el plan de acción.	Jefes de Departamento o docentes
6. Verifica plan	6.1 Verifica evidencias de actividades realizadas.	Subdirectores de área o Coordinadores campus/sede
7. Evalúa eficacia	7.1 Evalúa eficacia de la acción o corrección realizada y describe el resultado obtenido. Si se elimina la causa raíz pasa a la etapa 8	Subdirectores de área o Coordinadores campus/sede

	Procedimiento para Acciones Correctivas	Fecha de emisión: 28 de febrero 2019	
		Código: ITSZ-CA-PG-005	
	Referencia a la Norma ISO 9001:2015 10.2 / ISO 14001:2015 10.2	Revisión: 1	Página 4 de 4

	No se elimina la causa raíz regresa a la etapa 2.	
8.Cierra RAC	8.1 Revisa cumplimiento de acciones, anota fecha y cierra RAC. 8.2 Entrega RAC cerrado con evidencias la Coordinación de Calidad Nota: Esta información sirve de entrada para la Revisión por la Dirección	Subdirectores de área o Coordinadores campus/sede

6. Documentos de Referencia

Documentos
Manual del SGI
Plan de Calidad
Informes de Auditorias
Informes de Resultados de Encuestas de Servicios
Resultados de la encuesta para determinación y gestión del ambiente de trabajo
Quejas y Sugerencias

7. Registros

Registros	Tiempo de retención	Responsable de conservarlo	Código
Formato para Requisición de acción correctiva	1 Año	Área responsable/ Coordinación de Calidad	ITSZ-CA-PG-005-01
Formato para el control del estado de acciones correctivas	1Año	Coordinación de Calidad	ITSZ-CA-PG-005-02

8. Glosario

Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una No Conformidad detectada u otra situación indeseable en la operación del SGI.

Corrección: Acción tomada para eliminar una No Conformidad detectada.

RAC: Reporte de acción correctiva.

9. Anexos

N/A

10. Cambios de esta versión

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
Inicial	9 de Octubre 2017	Implementación de procedimiento
1	28 de febrero 2019	Se incluye política 3.7 y redacción del punto 3.2 de la secuencia 3.Cambio de Logo, cambio de la palabra Cede's por Sede