



Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continua



UNIVERSIDAD  
**POLITÉCNICA**  
DEL **GOLFO** DE MÉXICO

**PROCEDIMIENTO ACCIONES  
CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE  
MEJORA**

Elabora	Revisa	Autoriza
Encargada del Departamento de Calidad Institucional	Coordinador de Planeación y Evaluación Institucional	Rector
LAE. Norma Alicia López	Mtro. Humberto Hernández Jiménez	M.A.P. Carlos Aldecoa Damas



**Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continúa**

**INDICE**

	Página
1.- Objetivo .....	3
2.- Alcance.....	3
3.- Diagrama de Procesos.....	3
4.- Responsabilidades y Autoridades.....	3
5.- Términos y Definiciones.....	7
6.- Desarrollo de Actividades .....	8
7.- Documentos Relacionados .....	16
8.- Historial de Cambios.....	17
9.- Anexos	
Anexo 1. Reporte de Acciones correctivas y Preventivas.....	23
Anexo 2. Control de Acciones Correctivas y Preventivas.....	26
Anexo 3. Informe de Proyectos de Mejora.....	27
Anexo 4. Reporte de Acciones de Mejora.....	28
Anexo 5. Control de Acciones de Mejora .....	30

## Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continua

### 1. Objetivo

Establecer los lineamientos para el control de las acciones de corrección, acciones correctivas, acciones preventivas y de mejora continua necesarias para evitar la recurrencia y ocurrencia, respectivamente, de no conformidades y para la implementación y control de las acciones de mejora necesarias para mantener e incrementar la eficacia de los Sistemas de Gestión de la Universidad Politécnica del Golfo de México.

### 2. Alcance

Este procedimiento aplica desde el momento que se detecta una no-conformidad real o potencial u oportunidad de mejora, hasta la verificación de la eficacia de la acción de corrección, acción correctiva, acción preventiva o acción de mejora continua implantada en los Sistemas de Gestión.

También aplica desde que se detecta un área propicia para la implantación de una acción de mejora hasta la evaluación de los resultados obtenidos.

### 3. Diagrama de procesos



### 4. Responsabilidades y Autoridades

#### 4.1 El/la Rector/a

- Es responsable de solicitar las acciones preventivas cuando existan riesgos potenciales o las acciones correctivas para eliminar las causas de problemas relacionados con los objetivos, metas e indicadores revisados en la junta de Revisión por la Dirección.

**Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continua**

**4.2 El/la Representante de la Dirección**

- Designar un auditor interno para dar apoyo en la solución de hallazgos, considerando que este auditor interno no puede validar la acción para evitar conflicto de intereses.

**4.3 Los/las Líderes y responsables de procesos**

- Tomar acciones y registrarlas en el **Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas (PR-CAI-05-F1)** y **Reporte de Acciones de Mejora (PR-CAI-05-F4)**
- Determinar la causa raíz de la no conformidad actual o potencial.
- Establecer la acción necesaria para que no vuelva a ocurrir la no conformidad.
- Implementar y dar seguimiento a la acción correctiva o preventiva tomada.
- Actualizar los documentos que sean afectados por la aplicación de acciones correctivas y preventivas; en caso de que sea necesario.
- Informar a el/la Jefe/a de Departamento de Calidad Institucional los cambios en los documentos y registros por la aplicación de acciones correctivas y preventivas.

**4.4. El/la Jefe/a de Departamento de Calidad Institucional**

- Actualizar en las listas Maestras y en el Portal de los Sistemas de Gestión la documentación que haya sido afectada por la aplicación de acciones correctivas y preventivas.
- Mantener el registro de **Control Acciones Correctivas y Preventivas (PR-CAI-05-F2)**
- Mantener el registro de **Oportunidades de Mejora (PR-CAI-05-F5)**.
- Así como de reportar a el/la Representante de la Dirección para presentar los avances en las juntas de Revisión por la Dirección.

**4.5 El Personal de la Universidad Politécnica del Golfo de México**

Es responsable de dar a conocer a el/la Jefe/a de Depto. de Calidad Institucional cualquier acción correctiva o preventiva, relevante propuesta para el mejoramiento de los Sistemas de Gestión o que resulte de una desviación a los requerimientos especificados de los productos, procesos o servicios.

**4.6 El/la Auditor Interno**

- Debe validar la causa raíz o potencial y/o la acción de contención y/o la acción permanente por lo que es documentado el motivo del rechazo, así como el seguimiento a dicha acción tomada.

**Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continúa**

- Corroborar que se cumpla la fecha establecida para la implantación de la acción correctiva y/o preventiva
- Asegurarse de la acción tomada y solicitar información y/o registros para saber si se cumplió el objetivo de mejora para evaluar la efectividad de dichas acciones en coordinación con el/la Jefe/a de Depto. de Calidad Institucional.

En caso de que no se hayan ejecutado las acciones programadas solicitar una justificación al responsable de implantarla, en dicho registro programar nueva fecha y notificar por correo electrónico o escrito a el/la Jefe/a del Depto. de Calidad Institucional para que se registre en el control de acciones correctivas y preventivas PR-CAI-05-F2 y Control de acciones de mejora (PR-CAI-05-F5)

Si las acciones se cumplen y son efectivas plasmar sus comentarios y firma cerrando la acción y notificar a el/la Jefe/a de Depto. de Calidad Institucional para que se den de alta formalmente los cambios en el sistema de calidad y lo registre en el control de acciones correctivas, preventivas y de mejora

**4.7 Responsabilidades sobre la requisición y control de las AC/AP/MC**

Fuentes de detección de no conformidades	¿Quién solicita o genera la necesidad de la AC/AP/MC?	Responsable de Documentar las AC/AP/MC en el formato y entregarlas al controlador para su gestión	Formato en que se documenta la no conformidad o se solicita la AC/AP/MC
<b>Quejas de clientes y partes interesadas:</b> En el momento en que el cliente recibe el servicio y se queja	Cualquier persona de la UPGM que levanta una queja de cliente interno o cliente externo.	Responsable de Proporcionar el Servicio	Quejas y sugerencias de clientes PR-CAI-06-F2
<b>Evaluación de servicio:</b> Durante la evaluación de la satisfacción del cliente interno, externo, Eventos escolares y evaluación de los servicios administrativos y escolares	Evaluador de servicio: Cliente interno o externo	Responsable de Proporcionar el Servicio	Evaluación del Cliente externo e interno PR-CAI-06-F1 Eventos Escolares Servicios Administrativos, Educativos y Escolares



**Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continua**

<p><b>Resultados de la revisión por la Dirección:</b> Durante la revisión por la dirección</p>	<p>Representante de la dirección y/o líderes de los procesos</p>	<p>Líder del proceso responsable</p>	<p>Minuta de la revisión (PR-REC-01-F2), (PRA-REC-01-F2 y/o Reporte de AC/AP (PR-CAI-05-F1) Reporte de AM (PR-CAI-05-F4)</p>
<p><b>Auditorías internas:</b> Durante las auditorías internas de calidad y/o Ambiental</p>	<p>Auditor líder</p>	<p>Auditado</p>	<p>Reporte de auditoría PR-CAI-03-F7 y/o Reporte de AC/AP (PR-CAI-05-F1) Reporte de AM (PR-CAI-05-F4)</p>
<p><b>Resultados de la operación diaria:</b> Durante las operaciones diarias</p>	<p>Líderes o responsables de los procesos(ellos mismos en sus propios procesos)</p>	<p>Líder del proceso/ responsable del área</p>	<p>Reporte de AC/AP (PR-CAI-05-F1) Reporte de AM (PR-CAI-05-F4)</p>
<p><b>Evaluación de Ambiente de Trabajo:</b> Durante la evaluación del Ambiente de Trabajo</p>	<p>Evaluador del Ambiente de Trabajo</p>	<p>Responsable de la evaluación</p>	<p>Presentación de resultados de la evaluación del Ambiente de Trabajo/ Reporte de AC/AP (PR-CAI-05-F1) Reporte de AM (PR-CAI-05-F4)</p>
<p><b>Incumplimiento de los Objetivos, metas y programas de los Sistemas de Gestión.</b></p>	<p>Representante de la Dirección y/o los/las líderes de los procesos</p>	<p>Líder del proceso responsable</p>	<p>Revisión por la Dirección Reporte de Auditoría PR-CAI-03-F7 Reporte de AC/AP (PR-</p>



**Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continúa**

			CAI-05-F1) Reporte de AM (PR-CAI-05-F4)
--	--	--	--

### 5. Términos y Definiciones

**Queja de Cliente:** Insatisfacción del cliente debido a no conformidades detectadas por una deficiencia en el servicio proporcionado o en el producto que suministramos.

**Revisión por la Dirección:** Evaluación formal efectuada por la Rectoría para evaluar el estado y adecuación de los Sistemas de Gestión en relación con la política de calidad y objetivos.

**Conformidad:** Cumplimiento de un requisito.

**Corrección:** Se usa para eliminar una no conformidad identificada.

**Acción Correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa raíz de una no conformidad identificada o de cualquier otra situación no deseada para prevenir su recurrencia.

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

**Acción de Mejora:** Cualquier acción que suponga una mejora en la eficacia y/o eficiencia de cualquier actividad.

**No Conformidad:** Incumplimiento de un requisito.

**Mejora continua:** actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos

**Corrección:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada

**Nota:** La acción preventiva se toma para prevenir que algo suceda, mientras que la acción correctiva se toma para prevenir que vuelva a producirse.

**Hallazgo:** Los hallazgos se clasifican de la siguiente manera:

- a) **No Conformidad:** Es la ocurrencia o recurrencia (repetición) de un hecho que requiere de la implementación de **Acciones Correctivas** para la eliminación de una No Conformidad.

**Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continúa**

- b) **Oportunidad de Mejora:** Es la situación potencial indeseable que requiere de la implementación de **Acciones Preventivas** para eliminar la causa potencial de una No Conformidad.
- c) **Conforme:** Cumplimiento de un requisito.

**Sistemas de Gestión:** Hace referencia al Sistema de Gestión de Calidad (SGC), Sistema de Gestión Ambiental (SGA).

## 6. Desarrollo de Actividades

### 6.1 Identificación de Hallazgos

La Universidad Politécnica del Golfo de México identifica los hallazgos y/o aspectos donde puede mejorar su desempeño a través de las siguientes fuentes:

- Quejas de los Clientes y partes interesadas
- No conformidades de Proveedores de productos o servicios
- Hallazgos de Auditorías Internas y/o Externas
- Hallazgos de Clientes Internos
- Revisiones por la Dirección
- La operación diaria (servicio prestado, aspectos de seguridad, etc)
- Desviaciones de Indicadores de desempeño.

Cualquier persona que desarrolle un trabajo que tenga que ver con la calidad del producto, servicio, proceso o sistemas de Gestión, puede identificar una no conformidad actual o potencial, la cual se registra en el formato **Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas (PR-CAI-05-F1)**, o cuando detectan una oportunidad de mejora se registra en el formato **Reporte de Acciones de Mejora (PR-CAI-05-F4)** llenando la sección descripción de la no-conformidad actual o potencial y/u Oportunidad de Mejora la envía a el/la Jefe/a de Departamento de Calidad Institucional para su revisión y control mediante la asignación de un código o folio.

#### 6.1.1 Para las Acciones Preventivas se actúa de acuerdo a lo siguiente:

Las acciones preventivas de los Sistemas de Gestión de la Universidad Politécnica del Golfo de México pueden generarse en base a las siguientes fuentes de información:

- Resultados de la Revisión por la Dirección



**Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continua**

- Resultados de los análisis de datos
- Resultados o tendencias de los indicadores de desempeño
- Evaluación de la satisfacción del cliente externo
- Resultados de la Encuesta de Satisfacción de Cliente Interno
- Resultados de Acciones Correctivas (experiencias pasadas)
- Advertencias anticipadas de la aproximación a condiciones fuera de control
- Proyectos de Mejora
- Estudios comparativos (Benchmarking)
- Recomendaciones u observaciones generadas en auditorías externas (segunda y tercera parte)
- Revisiones del Plan de Calidad y Control Operacional.

En base a esto, el/la Rector/a o el/la Representante de la Dirección y/o el/la Jefe/a del Departamento de Calidad Institucional solicitan que se generen acciones preventivas sobre estos indicadores, emitiendo el **Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas (PR-CAI-05-F1)**. Las acciones preventivas también pueden ser solicitadas por los Líderes y responsables de procesos, siempre y cuando sean relevantes para el mejoramiento del sistema y sean comunicadas a el/la Representante de la Dirección y/o Jefe/a de Departamento de Calidad Institucional, para su seguimiento y control.

**6.1.2. Para las Acciones Correctivas se actúa de acuerdo a lo siguiente:**

Las acciones correctivas de los Sistemas de Gestión de la Universidad Politécnica del Golfo de México pueden generarse de acuerdo a:

- Evaluación de la satisfacción del cliente externo
- Quejas de los Clientes y partes interesadas
- Desviaciones en el cumplimiento de especificaciones de los servicios, productos o procesos proporcionados.
- No Conformidades de Proveedores de servicios y productos
- No Conformidades de Auditoría Interna y Externa (Segunda y tercera parte)
- No Conformidades de Cliente Interno las cuales pueden ser:
- Resultados de la Revisión por la Dirección

### Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continua

- Resultados de los análisis de datos
- Resultados de los indicadores de desempeño
- Resultados de la Encuesta de Satisfacción de Cliente Interno
- Incumplimiento de los Requerimientos Legales

El/la Rector o el/la Representante de la Dirección, en base a la información de los indicadores de operación con desviación presentados durante la Junta de Revisión por la Dirección emite las solicitudes de Acción Correctiva, Preventiva y/o de Mejora al responsable del indicador.

#### 6.1.3. Para las Acciones de Mejora Continua

Las Acciones de Mejora Continua se pueden considerar en los casos en que el producto o servicio, los procesos y del Sistema de Gestión hayan cumplido con las especificaciones o requerimientos y con los objetivos establecidos o bien requerimientos y objetivos definidos en la revisión por la Dirección.

Estas Acciones de mejora continua pueden estar enfocadas a una o varias variables a la vez y estas variables pueden ser requerimientos, especificaciones, objetivos e indicadores de desempeño del producto o servicio, de los procesos de los Sistemas de Gestión.

El objetivo de estas Acciones de Mejora Continua deben ser el incremento de la eficacia y eficiencia del desempeño de los de los Sistemas de Gestión de la Universidad Politécnica del Golfo de México, como por ejemplo:

- 1 Mejoramiento de las características del producto o servicio que repercuta en un incremento en la satisfacción del cliente interno o externo.
- 2 Reducción de la variabilidad de los procesos y mejoramiento de estos, que repercuta en un incremento de la satisfacción de los clientes internos y externos.

#### 6.2. Registro de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora

Una vez revisado el hallazgo, el líder del proceso, registra en forma clara y sencilla la No Conformidad detectada en el **Formato Acciones Correctivas y Preventivas PR-CAI-05-F1** en las **secciones 1, 2, y 3** o la Oportunidad de Mejora detectada en el **Formato Acciones de Mejora PR-CAI-05-F4** en la **secciones 1 y 2** ingresando toda la información solicitada. Este registro en

## Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continúa

el aplicativo debe realizarse en un tiempo no mayor a tres días hábiles, contados a partir de la fecha de reporte de la No Conformidad detectada, cuando la fuente de identificación sea diferente a Auditoría Interna. Se debe tener en cuenta que la Norma NTC-ISO 9001:2008, indica en el numeral 8.2.2: "...debe asegurarse de que realizan las correcciones y se toman las acciones correctivas necesarias sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas".

Se debe redactar en forma clara y sencilla el hallazgo reportado, para la descripción de la No conformidad correctamente, tener en cuenta para su registro en el **Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas PR-CAI-05-F1**: Incluir el requisito que no se cumple, describir el hecho que evidencia el incumplimiento del requisito, tomando como soporte el **Reporte de Auditoría PR-CAI-03-F7** cuando es detectado en una Auditoría Interna.

### 6.3. Análisis e identificación de la causa raíz

Quando se trate de una acción correctiva o preventiva es necesario realizar el análisis de causas, considerando la descripción registrada en la identificación y las evidencias presentadas. Se debe determinar la causa raíz y las causas potenciales utilizando la técnica de "los cinco por qué" y registrarlas en la **sección 4 del Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas (PR-CAI-01-F1)**, teniendo en cuenta que la causa raíz es única y permite determinar la medida correctiva o preventiva apropiada.

### 6.4. Realización de las Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora

En el caso de las acciones correctivas y preventivas que disponen de un análisis de causas, es necesario establecer las actividades a realizar, orientadas a eliminar la causa raíz definida para la ocurrencia:

En todos los casos, acciones correctivas, preventivas y de mejora, las actividades definidas deben ser coherentes con el ciclo de mejora continua PHVA de tal manera que se evidencie su verificación y que su aplicación pueda ser ejecutada dentro del proceso.

Para el caso de las acciones correctivas se debe incluir una actividad asociada a la corrección correspondiente.

La descripción de los seguimientos y ejecución de las actividades debe ser lo suficientemente clara y precisa que permita evidenciar la forma como se llevó a cabo la actividad: qué se hizo,

### Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continúa

cuándo se hizo, quién participó y cuáles son los resultados. Es necesario disponer de las evidencias de cumplimiento que deben ser relacionadas en la descripción de los seguimientos y ejecución de cada actividad.

#### 6.4.1. Para las Acciones Preventivas

El/la responsable del indicador o fuente afectado después de analizar la información particular de su área determina las actividades y/o acciones preventivas a realizar, describiendo el responsable y fecha de terminación.

Para las Acciones Preventivas son registradas en el formato Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas (PR-CAI-05-F1) llenando la sección 6 y 7

#### 6.4.2. Para las Acciones Correctivas

Para las Acciones Correctivas son registradas en el formato Reporte de Acciones Correctivas, Preventivas (PR-CAI-05-F1) llenándose las secciones 5, 6 y 7 del formato. En el cual debe de firmar el Auditor Interno de conformidad.

En el caso de las acciones correctivas generadas por los resultados de auditoría, El/La Responsable del proceso debe asegurarse de formalizar siempre la "Corrección" para eliminar la inconformidad detectada, **sección 5 del Formato Acciones Correctivas y Preventivas (PR-CAI-05-F1)**. Firmando el Auditor Interno aprobando el tiempo de la implantación de la corrección.

El/La responsable debe implantar acciones correctivas para evitar la ocurrencia o en su caso la recurrencia de la no conformidad. **Sección 6 del Formato Acciones Correctivas y Preventivas (PR-CAI-05-F1)**. Firmando el Auditor Interno aprobando el tiempo de la implantación de la acción correctiva.

En la corrección y acciones correctivas El/La Responsable del Proceso debe establecer fecha de inicio y término de cada acción, así como asignar el equipo de trabajo, **sección 7 del Formato Acciones Correctivas y Preventivas (PR-CAI-05-F1)**.



**Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continua**

**6.4.3. Para las Acciones de Mejora**

Para las propuestas de mejora se deberán planificar las actividades para llevar a término la mejora, asignar responsables a estas actividades, fechas límites de ejecución y determinar los recursos necesarios.

Las Acciones de Mejora Continua son registradas en formato **PR-CAI-05-F4 Reporte de Acciones de Mejora Continua**, llenando las secciones 3 y 4 del formato. Firmando el Auditor Interno aprobando el tiempo de la implantación de las acciones de mejora.

Por otra parte, cuando se trate de Proyectos de Mejora se le dará el seguimiento mediante el formato **PR-CAI-05-F3 Informe de Proyectos de Mejora**.

El/la responsable del indicador afectado después de encontrar la causa raíz de la desviación, determina las contramedidas para eliminar dicha causa, así como en las acciones de mejora asignando responsables y fecha a cada actividad. La fecha propuesta para cerrar la acción no debe sobrepasar los 30 días hábiles, a menos que el/la Rector/a apruebe un lapso mayor debido a la magnitud del problema.

Cuando no se realice el cierre de las acciones el auditado al ser considerado un Servidor Público será sancionado de acuerdo a lo establecido en la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Tabasco.

**6.5. Supervisión de acciones y verificación de la efectividad**

**6.5.1 Para las Acciones Correctivas y Oportunidades de Mejora**

En el caso de acciones correctivas y oportunidades de mejora provenientes de auditoría interna es recomendable que las verifique y valide el mismo auditor interno que haya detectado la no conformidad u oportunidad de mejora que la originó; si lo anterior no fuese posible debe ser cualquier otro auditor interno asignado por el/la Representante de la Dirección.

El responsable del seguimiento a las acciones propuestas, realizará esta verificación de acuerdo al tiempo estimado para esta actividad, preferiblemente cada vez que se registre ejecución de actividades. Se recomienda adjuntar un archivo como evidencia de la verificación.

Para la verificación de eficacia es necesario disponer de la información de:

### Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continua

- Evidencias Objetivas: datos y hechos que demuestran la existencia o veracidad de algo.
- Modo de Verificación: forma de revisar el cumplimiento del plan y las evidencias objetivas.
- Checklist: responder las siguientes preguntas de acuerdo con el tipo de acción:

#### a) Acción Correctiva

¿Se ejecutó el plan de acción de acuerdo con lo establecido?

¿El plan de acción contribuyó a mejorar la gestión del proceso? Especifique en qué aspecto: Buen uso de los recursos, calidad de producto o servicio, cumplimiento de políticas estratégicas, desempeño del proceso, satisfacción de usuario.

¿Comprobó que el hallazgo no se volvió a presentar o disminuyó su frecuencia?

#### b) Acción Preventiva y Oportunidad de Mejora

¿Se ejecutó el plan de acción de acuerdo con lo establecido?

¿El plan de acción contribuyó a mejorar la gestión del proceso? Especifique en que aspecto: Buen uso de los recursos, calidad o producto o servicio, cumplimiento de políticas estratégicas, desempeño del proceso, satisfacción de usuario

#### 6.5.2. Para las Acciones Preventivas

El/la Representante de la Dirección y/o el/la Auditor Interno o quien el designe verifica la implementación de las acciones preventivas y mantiene el control de estas acciones mediante el formato (PR-CAI-05-F2) Control de Acciones Correctivas y Preventivas, y se presentan en la Junta de Revisión por la Dirección.

Durante la Junta de Revisión por la Dirección se presenta la gráfica donde se muestra los resultados de las acciones preventivas y la tendencia del indicador en cuestión y se toma la siguiente decisión:

- a) Si el indicador no muestra mejora se solicita al responsable del indicador, presente un análisis más detallado y tome medidas inmediatas sobre el indicador afectado.

## Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continúa

El/la Representante de la Dirección, en caso de que aplique, incluye las modificaciones necesarias en el Plan de Calidad como resultado de las acciones preventivas, así mismo coordina la modificación de los documentos afectados tales como procedimientos, instrucciones de trabajo, reportes, etc.

Si las acciones no fueron llevadas a cabo, se notifica a el/la Líder de Procesos correspondiente para que determinen juntos las acciones a tomar, y tan luego son realizadas esta desviación será firmada y autorizada por el/la Representante de la Dirección.

### 6.6. Acepta y/o rechaza Cierre de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora

La eficacia de la acción correctiva o preventiva se muestra en el mismo **Reporte de Acción Correctiva y Preventiva (PR-CAI-05-F1) sección 8**, en la cual El/la Representante de la Dirección o quien él/la designe evalúa la implantación y eficacia de las contramedidas aplicadas y determina si el caso está cerrado o si requiere acciones adicionales, detallando la verificación de esta.

La eficacia de la acción de mejora se muestra en el **Reporte de Acción de Mejora (PR-CAI-05-F4) sección 5** en la cual en la cual El/la Representante de la Dirección o quien él/la designe evalúa la implantación y eficacia de las acciones de mejora y determina si el caso está cerrado o si requiere acciones adicionales, detallando la verificación de esta.

Cuando las acciones se consideren eficaces, el/la Representante de la Dirección efectúa el cierre de la No Conformidad y lo registra en el Formato PR-CAI-05-F2 Control de Acciones Correctivas y Preventivas y en el PR-CAI-05-F5 Control de Acciones de Mejora.

Si el plan de acción no ha sido eficaz, se puede realizar el cierre y hacer un nuevo reporte de la incidencia para aplicar nuevamente este procedimiento.

Si las acciones no fueron llevadas a cabo, se notifica a el/la Líder de Procesos correspondiente para que determinen juntos las acciones a tomar, y tan luego son realizadas esta desviación será firmada y autorizada por el/la Representante de la Dirección.

El/la Jefe/a de Departamento de Calidad Institucional informa a la Alta Dirección acerca del estado de las Acciones.

El/la Responsable del proceso deberá informar al Departamento de Calidad los cambios que se hayan realizado a los Documentos, y solicitar que El/la Jefe/a de Departamento de Calidad Institucional actualice las listas Maestras y en el Portal de los Sistemas de Gestión la



**Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continúa**

documentación que haya sido afectada por la aplicación de acciones correctivas y preventivas y de mejora.

**7. Documentos Relacionados**

**Registros**

Clave	Registro	Tiempo de Conservación	Responsable del Registro	Lugar de Almacenamiento
PR-CAI-05-F1	Reporte de Acciones correctivas y Preventivas y de Mejora	1 año	Los/las Líderes y responsables de procesos	Responsable de Área
PR-CAI-05-F2	Control de Acciones correctivas y preventivas	continuo	Jefera de Calidad Institucional	Depto. de Calidad Institucional
PR-CAI-05-F3	Informe de Proyectos de Mejora	1 año	Jefe/a de Calidad Institucional	Depto. de Calidad Institucional
PR-CAI-05-F4	Reporte de Acciones de Mejora	1 año	Jefe/a de Calidad Institucional	Depto. de Calidad Institucional
PR-CAI-05-F3	Control de Acciones de Mejora	1 año	Jefe/a de Calidad Institucional	Depto. de Calidad Institucional

**Procedimientos**

Clave	Nombre
PR-CAI-03	Procedimiento para Auditorías Internas

**Instrucción de Trabajo**

Clave	Nombre
	NA

**Otros Documentos**

Clave	Nombre
-------	--------



**Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continúa**

	NA
--	----

**7. Historial de Cambios**

Sección de cambio				
Hoja No.	Estado Revisión no.	Descripción	Iniciales y fecha	
			Revisó	Autorizó
NA	00	Primera Edición del Documento	LEML 10-Nov-08	LADA 10-Nov-08
03	01	Se elimina: Sistema de Gestión de la Calidad Se agrega: de los Sistemas de Gestión	LEML 01-Sep-09	LADA 01-Sep-09
03	01	Se elimina: Sistema de Gestión de la Calidad Se agrega: de los Sistemas de Gestión	LEML 01-Sep-09	LADA 01-Sep-09
04	01	Se elimina: Sistema de Gestión de la Calidad y Ambiental Se agrega: de los Sistemas de Gestión	LEML 01-Sep-09	LADA 01-Sep-09
06	01	Se elimina: Sistema de Gestión de la Calidad Se agrega: de los Sistemas de Gestión	LEML 01-Sep-09	LADA 01-Sep-09
07	01	Se agrega: Sistemas de Gestión: Hace referencia al Sistema de Gestión de Calidad y Ambiental.	LEML 01-Sep-09	LADA 01-Sep-09
07	01	Se agrega: y partes interesadas	LEML 01-Sep-09	LADA 01-Sep-09
08	01	Se elimina: Sistema de Gestión de la Calidad	LEML 01-Sep-09	LADA 01-Sep-09
08	01	Se agrega: y Control Operacional.	LEML 01-Sep-09	LADA 01-Sep-09
09	01	Se elimina: sistema de Gestión de la Calidad Se agrega: los Sistemas de Gestión	LEML 01-Sep-09	LADA 01-Sep-09

Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continúa

09	01	Se agrega: y partes interesadas	LEML 01-Sep-09	LADA 01-Sep-09
11	01	Se elimina: sistemas de Gestión de la Calidad Se agrega: los Sistemas de Gestión	LEML 01-Sep-09	LADA 01-Sep-09
11	02	Se agrega: Por otra parte, cuando se trate de Proyectos de Mejora Proyectos se le dará el seguimiento mediante el formato PR-CAI-05-F3 Seguimiento de Proyectos de Mejora.	LEML 10-Mar-10	LADA 10-Mar-10
11	02	Se agrega: Para las Acciones Preventivas son registradas en formato Reporte de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continua (PR-CAI-05-F1) llenando las secciones 1, 5, 6, 7 y 8.	LEML 10-Mar-10	LADA 10-Mar-10
12	02	Se agrega el formato: Informe de Proyectos de Mejora (PR-CAI-05-F3)	LEML 10-Mar-10	LADA 10-Mar-10
03	03	Se actualizan el punto no. 4 Responsabilidades y Autoridad	LEML 04-Jul-11	LADA 04-Jul-11
07	03	Se actualiza el punto no. 6 Desarrollo de Actividades.	LEML 04-Jul-11	LADA 04-Jul-11
01	04	Se actualiza el punto no. 1 Objetivo	LEML 03-Feb-12	LADA 03-Feb-12
01	04	Se actualiza el punto no. 2 Alcance	LEML 03-Feb-12	LADA 03-Feb-12
03	04	Se actualiza el punto no. 4 Responsabilidad y Autoridad  Líderes y Responsables de Procesos Jefe de Departamento de Calidad Institucional Auditor Interno Responsabilidades sobre la requisición y control de las AC/AP/MC	LEML 03-Feb-12	LADA 03-Feb-12
07	04	Se actualiza el punto no. 6 Descripción de Actividades	LEML 03-Feb-12	LADA 03-Feb-12

**Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continúa**

06	05	Se actualiza el punto no 4 Definiciones y Términos	LEML 20-Abr-12	LADA 20-Abr-12
07	05	Se actualiza el punto no. 6 Descripción de Actividades	LEML 20-Abr-12	LADA 20-Abr-12
1-18	06	Se modifica todo el procedimiento a lenguaje incluyente debido al Modelo de Equidad de Género MEG: 2012.	LEML 02-Ago-12	LADA 02-Ago-12
10	07	Se agrega al punto 6.3 Para las Acciones Correctivas: Cuando no se realice el cierre de las acciones el auditado al ser considerado un Servidor Público será sancionado de acuerdo a lo establecido en la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Tabasco.	LEML 04-Ene-13	LADA 04-Ene-13
03	08	Se actualiza el punto no. 3 Diagrama de Procesos en el procedimiento.	LEML 01-Mar-13	LADA 01-Mar-13
01	09	Se modifica el nombre de: Elabora, Revisa y Autoriza	BGV 15-Oct-13	EAGA 15-Oct-13
01	10	Se actualizo frases y responsables de elabora, realiza y autoriza	HHJ 18-Feb-15	EAGA 18-Feb-15
01	11	Se actualizo frases y responsables de elabora	HHJ 7/Dic-16	EAGA 7/Dic/16
05	11	Se agrega en el punto 4.6 El/la Auditor Interno:  Asegurarse de la acción tomada y solicitar información y/o registros para saber si se cumplió el objetivo de mejora para evaluar la efectividad de dichas acciones en coordinación con el/la Jefe/a de Depto. de Calidad Institucional.  En caso de que no se hayan ejecutado las acciones programadas solicitar una justificación al responsable de implantarla, en dicho registro programar nueva fecha y notificar por correo electrónico o escrito a el/la Jefe/a de Depto. de Calidad Institucional para que se registre en el control de acciones correctivas, preventivas y de mejora.	HHJ 7/Dic-16	EAGA 7/Dic/16

Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continúa

		Calidad Institucional para que se registre en el control de acciones correctivas, preventivas y de mejora. Si las acciones se cumplen y son efectivas plasmar sus comentarios y firma cerrando la acción y notificar a el/la Jefe/a de Depto. de Calidad Institucional para que se den de alta formalmente los cambios en el sistema de calidad y lo registre en el control de acciones correctivas, preventivas y de mejora		
20	11	Se modifica el Formato PR-CAI-05-F2/Rev 01 Control de Acciones Correctivas, Preventivas y Mejora Continua	HHJ 7/Dic-16	EAGA 7/Dic/16
21	11	Se modifica el Formato PR-CAI-05-F3/Rev 01 Informe de Proyectos de Mejora	HHJ 7/Dic-16	EAGA 7/Dic/16
1	12	Se cambia el nombre de quién autoriza	HHJ 20-Ago-17	CAD 20-Ago-17
3	12	<p>1. <b>Se actualiza el Objetivo:</b> Establecer los lineamientos para el control de las acciones de corrección, acciones correctivas, acciones preventivas y de mejora continua necesarias para evitar la recurrencia y ocurrencia, respectivamente, de no conformidades y para la implementación y control de las acciones de mejora necesarias para mantener e incrementar la eficacia de los Sistemas de Gestión de la Universidad Politécnica del Golfo de México.</p> <p>2. <b>Se actualiza el Alcance.</b> Este procedimiento aplica desde el momento que se detecta una no-conformidad real o potencial u oportunidad de mejora, hasta la verificación de la eficacia de la acción de corrección, acción correctiva, acción preventiva o acción de mejora continua implantada en los Sistemas de Gestión</p> <p>3. <b>Diagrama de Procesos se cambió</b> Identifican áreas de mejora y/o la no conformidad por identificación de Hallazgos (Identificar la situación real o potencial no deseada o la oportunidad de Mejora</p>	HHJ 20-Ago-17	CAD 20-Ago-17
4	12	En Responsabilidad y Autoridad en el punto 4.4. El/la Jefe/a de Departamento de Calidad	HHJ	CAD

Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continúa

		<p>Institucional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se cambia mantener el registro de Control Acciones Correctivas, Preventivas y Mejora (PR-CAI-05-F2) por Mantener el registro de Control Acciones Correctivas y, Preventivas (PR-CAI-05-F2).</li> </ul> <p>Se agrega:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener el registro de Acciones de Mejora (PR-CAI-05-F5).</li> </ul>	20-Ago-17	20-Ago-17
6	12	<p>En el Punto 4.7 Responsabilidades sobre la requisición y control de las AC/AP/MC, en los apartados <b>Resultados Revisión por la Dirección, Auditorías Internas, Resultados de la Operación Diaria, Evaluación del Ambiente de Trabajo, Incumplimiento de los Objetivos, metas y programas de los Sistemas de Gestión:</b> en la columna Formato en que se documenta la no conformidad o se solicita la AC/AP/MC se cambió reporte de AC/AP/OM (PR-CAI-05-F1) por Reporte de AC/AP (PR-CAI-05-F1), Reporte de AM (PR-CAI-05-F4)</p>	HHJ 20-Ago-17	CAD 20-Ago-17
7	12	<p>En el Punto <b>Términos y definiciones</b> en el párrafo <b>Sistemas de Gestión:</b> Hace referencia al Sistema de Gestión de Calidad (SGC), Sistema de Gestión Ambiental(SGA) y al Sistema de Gestión en Equidad de Género (SGEG). Se elimina y al Sistema de Gestión en Equidad de Género (SGEG).</p> <p><b>En el 5. Términos y Definiciones se agrega:</b></p> <p><b>Corrección:</b> se usa para eliminar una no conformidad identificada.</p> <p><b>Acción de Mejora:</b> Cualquier acción que suponga una mejora en la eficacia y/o eficiencia de cualquier actividad.</p> <p>Se modifica <b>Acción Correctiva:</b> Acción tomada para eliminar la causa raíz de una no conformidad identificada o de cualquier otra situación no deseada para prevenir su recurrencia.</p>	HHJ 20-Ago-17	CAD 20-Ago-17
8	12	6.1 Desarrollo de Actividades se actualiza	HHJ 20-Ago-17	CAD 20-Ago-17
16	12	En el Punto 7. Documentos Relacionados Registros se actualiza y en Procedimientos se	HHJ	CAD



**Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continúa**

		agrega PR-CAI-03 Procedimiento para Auditorias Internas	20-Ago-17	20-Ago-17
19	12	Se actualiza el formato Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas PR-CAI-05-F1	HHJ 20-Ago-17	CAD 20-Ago-17
22	12	Se actualizó el Formato Control de Acciones Correctivas y Preventivas PR-CAI-05-F2	HHJ 20-Ago-17	CAD 20-Ago-17
24	12	Se agrega el Formato Reporte de Acciones de Mejora PR-CAI-05-F4	HHJ 20-Ago-17	CAD 20-Ago-17
27	12	Se agrega el Formato Control de Acciones de Mejora PR-CAI-05-F5	HHJ 20-Ago-17	CAD 20-Ago-17



Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continúa

8. Anexo 1. Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas (PR-CAI-05-F1)



Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas

*Ciencia y Tecnología que transforman*

PR-CAI-05-F1/REV 04

<input type="checkbox"/> Acción Correctiva		<input type="checkbox"/> Acción Preventiva	
Fecha de elaboración:		Folio:	
<b>DATOS DEL PROCESO:</b>			
Proceso:			
Responsable del Proceso:			
<b>1.- ORIGEN</b>			
<input type="checkbox"/> ISO 9001	<input type="checkbox"/> ISO 14001	<input type="checkbox"/> ISO 18001	
<input type="checkbox"/> Auditoría	<input type="checkbox"/> Auditoría	<input type="checkbox"/> Revisión por la Dirección	
<input type="checkbox"/> Cliente Interno	<input type="checkbox"/> Cliente	Otro _____	
<b>2.- No Conformidad</b>			
Evidencia			
Fecha:			
<b>3.- Requisito</b>			
<b>4.- CAUSA RAIZ</b>			
Identificación del origen o causa raíz del problema (real o potencia) (Esto debe eliminarse para evitar la recurrencia o ocurrencia)			
1. Por qué?			
2. Por qué?			
3. Por qué?			
4. Por qué?			
5. Por qué?			
Causa raíz identificada:			
Fecha:			



Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continúa



Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas

*Ciencia y Tecnología que transforman*

PR-CAI-05-P2/REV 04

5.- CORRECCION(ES) (Qué y Cómo)			
Acción (es) tomada(s) para dar tratamiento a la No Conformidad.	Fecha de Inicio	Fecha Final	Firma de Revisión por el Auditor Interno

6.- ACCION(ES) CORRECTIVAS (Qué y Como) Acciones para eliminar las causas de las fallas y evitar recurrencias en el cumplimiento de los requisitos			
Acción(es) para eliminar la(s) causa(s) de la(s) falla(s) y evitar recurrencia en el incumplimiento de los requisitos	Fecha de Inicio	Fecha Final	Firma de Revisión por el Auditor Interno

7.- EQUIPO DE TRABAJO: Nombres del equipo de trabajo :

Responsable de la acción(es)	Responsable de revisión de eficacia de la acción(es)
Nombre y Firma	Nombre y Firma





Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continúa



Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas

*"Ciencia y Tecnología que transforman"*

PR-CAI-05-PLREV 01

B. SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE EFICACIA	
ESTATUS DE LA ACCIÓN (marcar con una "X")	Fecha:
<input type="checkbox"/> No Implantada	<input type="checkbox"/> Parcialmente
<input type="checkbox"/> Implantada no eficaz	<input type="checkbox"/> Implantada y si eficaz
Requiere de acciones complementarias	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Describir acciones complementarias:	

Responsable de la acción(es)	Responsable de revisión de eficacia de la acción(es)
Nombre y Firma	Nombre y Firma

Responsable del Sistema de Gestión
Nombre y Firma

ORIGINAL = Representante/Responsable del SCC  
COPIA = Responsable de la acción

Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continúa

Anexo 2. Control de Acciones Correctivas y Preventivas (PR-CAI-05-F2)

PR-CAI-05-F2REV 03  
Fecha:

Control de Acciones Correctivas y Preventivas  
*Ciencia y Tecnología que transforman*

Mi:	Proceso	Responsable	Origen	Tipo de Acción	Investigación y Análisis	Descripción de la Situación	Causa Raíz	Contracción	Acción Correctiva	Fecha de Cumplimiento	Estado	Fecha de Cierre
AC	Auditoría Interna al SGC											
AE	Auditoría Externa											
CI	Clientes Internos											
CE	Clientes Externos o beneficiarios (quejas)											
RD	Revisión por la Dirección											
AP	Auditoría de proceso											
DT	Directos											
AA	Auditorías Internas del SGA											

Estado Actual  
En proceso



Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continúa

Anexo 3. Informes de Proyectos de Mejora (PR-CAI-05-F3)



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DEL GOLFO DE MEXICO

**"Por Una Educación Integral Con Sentido Humanista"**

**"Ciencia y Tecnología que transforman"**

**INFORME DE PROYECTOS DE MEJORA**

Fecha:

PR-CAI-05-F3/REV 01

Alta:

Serviciante:

<b>NOMBRE DEL PROYECTO:</b>		<input type="text"/>	
<b>ÁREA RESPONSABLE:</b>		<input type="text"/>	
<b>PERIODO DE IMPLEMENTAC</b>	<b>FECHA DE INICIO:</b>	<input type="text"/>	<b>FECHA DE TERMINO</b>
<b>OBJETIVO GENERAL:</b>		<input type="text"/>	
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO:</b>		<input type="text"/>	
<b>META</b>		<b>% DE META ALCANZADA</b>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>INFORME PORMENORIZADO DEL ALCANCE DE METAS</b>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			

**NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO DE MEJORA**



Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continua

Anexo 4. Formato de Reporte de Oportunidad de Mejora (PR-CAI-05-F4)



Reporte de  
Acción de Mejora

*Ciencia y Tecnología que transforman*

PR-CAI-05-F4/REV 00

Fecha:		Folio:	
<b>DATOS DEL PROCESO:</b>			
Proceso:			
Responsable del Proceso:			
<b>1.- ORIGEN</b>			
<input type="checkbox"/> ISO 9001	<input type="checkbox"/> ISO 14001	<input type="checkbox"/> ISO 18001	
<input type="checkbox"/> Auditoría	<input type="checkbox"/> Auditoría	<input type="checkbox"/> Revisión por la Dirección	
<input type="checkbox"/> Cliente Interno	<input type="checkbox"/> Cliente	Otro _____	
<b>2.- DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA</b>			
Fecha:			
<b>3.- ACCIÓN DE MEJORA CONTINUA (Qué y Cómo)</b>			
Acción(es)	Fecha de Terminación Programada	Fecha de Verificación	Firma de Revisión por el Auditor Interno
<b>4.- EQUIPO DE TRABAJO:</b>			
<b>Nombres del equipo de trabajo :</b>			



Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continúa



Reporte de  
Acción de Mejora

*Ciencia y Tecnología que transforman*

PR-CAI-05-FLREV 00

Responsable de la acción(es)	Responsable de Verificación de Mejora(s) Alcanzada(s)
Nombre y Firma	Nombre y Firma

5 - SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE MEJORA	
ESTATUS DE LA ACCIÓN (marcar con una "x")	Fecha:
<input type="checkbox"/> No Implantada	<input type="checkbox"/> Parcialmente
<input type="checkbox"/> Implantada no eficaz	<input type="checkbox"/> Implantada y si eficaz
Requiere de acciones complementarias	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Describir acciones complementarias:	

Responsable de la acción(es)	Responsable de Verificación de Mejora(s) Alcanzada(s)
Nombre y Firma	Nombre y Firma

Responsable del Sistema de Gestión
Nombre y Firma

ORIGINAL • Representante y/o Responsable del SCC  
COPIA • Responsable de la acción

Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora Continua

Anexo 5. Control de Acciones de Mejora (PR-CAI-05-F5)

**Control de Oportunidades de Mejora**  
*Identificar y aprovechar las oportunidades para mejorar*

PR-CAI-05-F5/REV 06  
Fecha:

Re.	Proceso	Requisitos	Fecha de Inicio	Responsable	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Estado	Fecha de Cierre
AC	Auditoría Interna y SOC							
AE	Auditoría Externa							
CI	Clasificación							
CE	Clasificación							
EQ	Equipo							
MP	Manejo de Procesos							
OT	Otros							
AA	Auditoría Interna del SOA							

Control de Oportunidades de Mejora  
 En proceso  
 Completado