



Normas de referencia:

NORMA DE REFERENCIA	REQUISITO (S)
Referencia a la Norma ISO 9001:2015	4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3, 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 7.5, 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1, 10.1, 10.2, 10.3
Referencia a la Norma ISO 14001:2015	4.3, 4.4, 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 7.3, 7.4, 7.5, 8.1, 8.2, 10.2, 10.3
Referencia a la Norma ISO 45001:2018	4.3, 4.4, 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 7.3, 7.4, 7.5, 8.1, 8.2, 10.2, 10.3

CONTROL DE EMISIÓN		
ELABORÓ	REVISÓ	AUTORIZÓ
José Antonio Cuatepotzo Varela	Juan Carlos Munive Colín	Sergio Octavio Rosales Aguayo
Coordinador del Sistema de Gestión Integral	Subdirector de Planeación y Vinculación	Director
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: 14 de octubre de 2022	Fecha: 21 de octubre de 2022	Fecha: 28 de octubre de 2022
Vo. Bo. CSGI		

9

CAMBIOS EN ESTA REVISIÓN		
NÚMERO DE REVISIÓN	FECHA DE LA ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
0	20/diciembre/2017	Actualización de toda la documentación basada en los Requisitos de la norma ISO 9001:2015
1	02/julio/2021	Modificación de estructura de procedimiento y actualización para incorporar actividades en modalidad a distancia y mixta, alineada al Sistema de Gestión Integral
2	30/septiembre/2022	Se actualiza estructura de procedimiento y se redefinen actividades y formatos de evidencia de operaciones

VIGENTE A PARTIR DE: 01 de noviembre de 2022

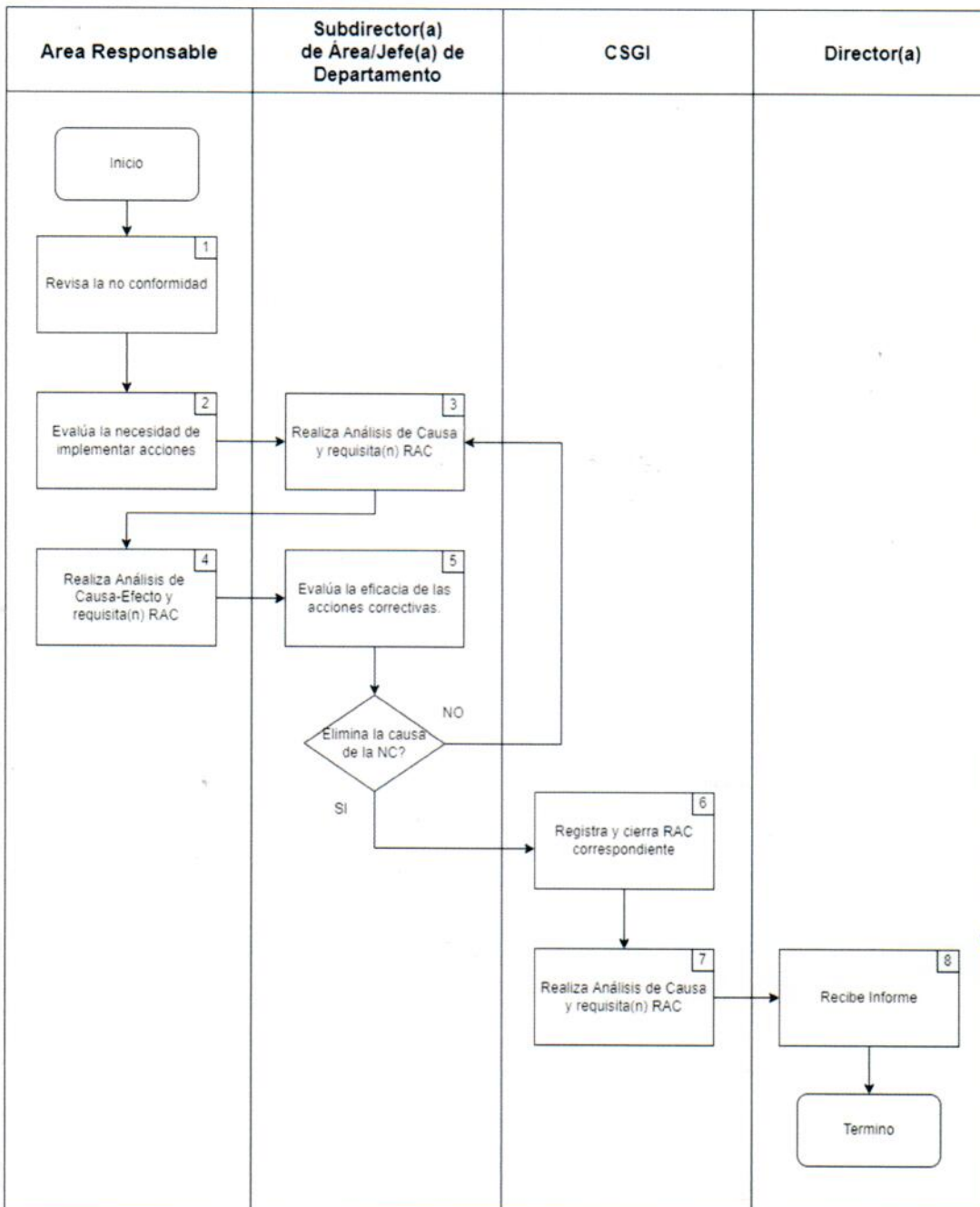
Toda copia en PAPEL es un "Documento No Controlado" a excepción del original



1. Propósito

Establecer el procedimiento para tomar acciones para eliminar la causa de No Conformidades con objeto de prevenir su ocurrencia.

2. Diagrama de procedimiento





3. Descripción del procedimiento

No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Revisa Conformidades.	1.1 Revisa No Conformidades detectada derivada de las fuentes declaradas en la política 3.1 e informa al Comité.	Área Responsable
2	Evalúa necesidad de implantar acciones.	2.1 Analiza la No Conformidad detectada y se determina la necesidad de llevar a cabo una corrección o una acción correctiva. 2.2 Si se llevará a cabo una corrección se informará al Coordinador(a) del Sistema de Gestión Integral (CSGI) para su control y liberación. 2.3 En caso de llevar a cabo una acción correctiva se selecciona la técnica estadística a utilizar para realizar el análisis de la causa raíz.	Área responsable
3	Realiza análisis de causa - raíz y requisita RAC	3.1 Identifica la causa raíz que dio origen a la No Conformidad y solicita al área responsable evalúe la necesidad de abrir un RAC, si es necesario. 3.2 Elabora Requisición de Acción Correctiva TecNM-APIZACO-GI-PO-24-01 y definen las acciones correctivas a implantar.	Subdirectores(as)/Jefes(as) de Departamento
4	Implanta acciones correctivas.	4.1 Implanta acciones con el fin de prevenir que las No Conformidades vuelvan a ocurrir. 4.2 Considera las acciones susceptibles de implementar establecidas en el análisis de riesgos para evitar no conformidades. 4.3 Implementa las Acciones necesarias (las acciones correctivas estas deben ser apropiadas a los efectos de las No Conformidades). 4.4 Da Seguimiento a las Acciones implementas y supervisa que las acciones determinadas se hayan implementado. 4.5 Registra resultados de las acciones tomadas en de manera periódica al (la) CSGI acerca de los resultados de las acciones tomadas para eliminar la No Conformidad o prevenir su ocurrencia.	Área Responsable
5	Evalúa eficacia de Acciones correctivas.	5.1 Recibe el informe de resultados de las acciones y requisita Formato Electrónico para Estado de Acciones Correctivas con el fin de llevar un control del estado que guardan las acciones implantadas. 5.2 Solicita a los y las miembros del Comité que revisen dicha efectividad.	Subdirectores(as)/Jefes(as) de Departamento
6	Revisa Efectividad de las Acciones Tomadas	6.1 Revisa la efectividad de las Acciones Correctivas implantadas, informa al (a la) CSGI. Si son efectivas informa al (a la) CSGI para que	Subdirectores(as)/Jefes(as) de Departamento



No.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
		registre el avance y/o cierre el RAC. NO son efectivas regresa a etapa 3.	
7	Registra y cierra RAC y elabora informe	7.1 Registra el avance de las acciones implementadas y cuando hayan alcanzado el 100% cierra RAC y anota la fecha de cierre en formato de RAC. 7.2 Informa al (a la) Director(a) acerca del estado de las Acciones Correctivas. NOTA: Esta información sirve de entrada para la Revisión por la Dirección. (Ver programa de Rev. por la Dirección)	CSGI
8	Recibe Información	8.1 Recibe el informe sobre el estado que guardan las Acciones Correctivas para proponer y establecer acciones de mejora al sistema. 8.2 Término.	Director(a)

4. Políticas de operación

4.1 Las Acciones Correctivas pueden surgir a partir del análisis de las causas que originan las No Conformidades encontradas que provengan de:

- 4.1.1 Auditorías Internas.
- 4.1.2 Auditorías Externas.
- 4.1.3 Análisis de Datos.
- 4.1.4 Análisis de la Eficacia de los Procesos.
- 4.1.5 Seguimiento a la Revisión de los Sistemas de Gestión Implementados, por parte de la Alta Dirección.
- 4.1.6 Análisis de Quejas y/o Sugerencias de los clientes.
- 4.1.7 Identificación de Salidas No Conforme.
- 4.1.8 Auditorías de Servicio.
- 4.1.9 Análisis de Ambiente de Trabajo
- 4.1.10 Otros

4.2. El (la) Coordinador(a) de Sistemas de Gestión Integral (CSGI) deberá estar informado en todo momento acerca de las No Conformidades detectadas y de las Acciones Correctivas implementadas para eliminarlas.

4.3 El análisis de la Causa-Raíz de las No Conformidades deberá ser realizado por los y/o las responsables del proceso al que pertenece ésta, en el seno de la alta dirección y/o Comité de los Sistemas de Gestión, según sea necesario y determinar la acción correctiva o corrección de la misma.

4.4 Es responsabilidad de los y/o las Subdirectores(as) dueños del proceso al que impacta la No conformidad, verificar la efectividad de las Acciones Correctivas o correcciones implementadas.

4.5 Las Acciones Correctivas son consideradas como concluidas una vez que hayan sido verificadas y evaluadas por los (las) responsables, así como al eliminar las causas que dieron origen a las No conformidades.

4.6 El(la) CSGI es el(la) responsable de Informar al(la) Director(a) sobre el estado que guardan las Acciones Correctivas.

5. Entradas y salidas críticas

Toda copia en PAPEL es un "Documento No Controlado" a excepción del original



6. Indicadores

- El sistema de indicadores del TecNM/Instituto Tecnológico de Apizaco involucra los diferentes procesos institucionales declarados en el SGI.
- Los indicadores institucionales permiten verificar la medida de la condición de los procesos en un momento determinado. En conjunto proporcionan un panorama de la situación de un proceso y/o de la satisfacción de las partes interesadas a través del formato *TecNM-APIZACO-GI-FO-01 Seguimiento de Indicadores*.

NOMBRE DEL INDICADOR	META PTA/ACREDITACIÓN /SNP/OTROS	UNIDAD DE MEDIDA	FÓRMULA	VALOR ESPERADO	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	VALOR OBTENIDO	OBSERVACIONES
Número de Requisiciones de Acción Correctiva en el periodo	PAT/Certificaciones Obtenidas	%	$\frac{\# RACs \text{ atendidos}}{\# RACs \text{ presentados}} * 100$	95%	Anual		
Porcentaje de requisiciones de Acción Correctiva cerradas	PAT/Certificaciones Obtenidas	%	$\frac{\# RACs \text{ presentados}}{\# RACs \text{ cerrados}} * 100$	95%	Anual		

7. Contexto

La comprensión Institucional y su contexto se realiza a nivel de cada proceso, por lo que el análisis FODA es determinante para comprender las cuestiones internas y externas que afectan el desempeño de cada proceso. Los registros de cada periodo evaluado se realizan a través del formato *TecNM-APIZACO-GI-FO-02 Registro de análisis del contexto*.

8. Partes interesadas

- Las partes interesadas pertinentes al SGI, así como sus requisitos apropiados, son descritas en el formato *TecNM-APIZACO-GI-FO-03 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas*.



PARTES INTERESADAS PERTINENTES AL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL	REQUISITOS PERTINENTES DE LAS PARTES INTERESADAS	SEGUIMIENTO Y REVISIÓN SOBRE INFORMACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS
Auditores	Atención de requisiciones de acción correctiva	
Responsables de procesos	<ul style="list-style-type: none"> Requisitos de normas específicas incumplidos Acciones a desarrollar para atención de RACs Evidencias de cumplimiento de RACs 	
Organismo Certificador	<ul style="list-style-type: none"> Requisitos de normas específicas incumplidos Plan de acciones para atención de RACs Evidencias de cumplimiento de RACs 	
Área de Sistemas de Gestión	<ul style="list-style-type: none"> Levantamiento de RAC's Análisis de causa Raíz Plan de acción para atención de RAC's. Evidencias de cumplimiento de RAC's 	

9. Análisis de riesgo

- La identificación de riesgos y oportunidades se determina considerando la comprensión del TecNM/Instituto Tecnológico de Apizaco y su contexto, así como el alcance del Sistema de Gestión Integral (SGI).
- Riesgo:** Es el efecto de la incertidumbre (puede que nunca ocurra) en la consecución de los objetivos (ISO 31000).
- Oportunidad:** Factores externos que se pueden aprovechar utilizando nuestras fortalezas y que resultan positivos, favorables, explotables que se deben descubrir en el entorno en el que actúa la institución y que nos permiten obtener ventajas competitivas. Surgen como el resultado de una situación externa favorable para conseguir un objetivo previsto o usar en beneficio del proceso.
- La identificación y seguimiento de los riesgos se realiza en cada proceso, registrándolos a través del formato TecNM-APIZACO-GI-FO-04 Acciones para afrontar riesgos y oportunidades.

10. Recursos

HUMANOS	INFRAESTRUCTURA	EQUIPAMIENTO	MOBILIARIO	TECNOLÓGICOS	MATERIALES	DIDÁCTICOS	OTROS
Coordinación del Sistema de Gestión Integral	Oficina en Edificio Administrativo Red de voz y datos	Red de voz y datos	Escritorio, Silla, Archivero,	Computadora Impresora	Insumos de oficina	Normas ISO 9001, 140001 y 450001 Normativa del TecNM	N/A



11. Medidas de control

Criterios de aceptación de las salidas generadas por las actividades propias del procedimiento:

ACTIVIDAD	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD	CRITERIO DE ACEPTACIÓN	MÉTODO DE EVALUACIÓN	REGISTRO	RESPONSABLE	ACCIÓN CUANDO NO SE CUMPLA EL CRITERIO DE ACEPTACIÓN
Cierre de los RACs presentados en las No Conformidades	Informe de Cierre de los RACs presentados	Si/No	N/A	Formato TecNM-APIZACO-GI-PO-24-01	Coordinador(a) SGI	Procedimiento para acciones correctivas

< En el caso de procedimientos que no incluyan medidas de control para el Plan de Calidad, se debe anotar la leyenda "No aplica" >

12. Registros

NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO	MANEJO	ALMACENAMIENTO Y PRESERVACIÓN	TIEMPO DE RETENCIÓN	DISPOSICIÓN	RESPONSABLE DE CONSERVARLO
Requisición de Acciones Correctivas y/o Correcciones	TecNM-APIZACO-GI-PO-24-01	Por Folio	Carpeta y gaveta o archivero	Un año	Desecho y/o reutilización	Jefe(a) de Área y CSGI

13. Documentos de referencia

DOCUMENTOS
Norma ISO 9001:2015, ISO45001:2018, ISO 14001:2015; requisitos específicos en la página 1 de este documento.
Manual del Sistema de Gestión Integral del ITA. Capítulo 9: Evaluación y Capítulo 10: Mejora.