

**Procedimiento Acciones Correctivas y de Mejora**



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

**PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS  
Y DE MEJORA**

Elabora	Revisa	Autoriza
Jefa del Departamento de Calidad Institucional	Coordinadora de Planeación y Evaluación Institucional	Rector
LAE. Norma Alicia López Javier	Mtra. Adriana Guadalupe Espinosa Maldonado	Mtro. Francisco Javier de Jesús Mollinedo Mollinedo



**Procedimiento Acciones Correctivas y de Mejora**

**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 .....	7
7.- Matriz de Riesgo.....	14
8.- Indicador.....	14
9.- Documentos Relacionados .....	15
10.- Historial de Cambios.....	16
9.- Anexos.....	17

## Procedimiento Acciones Correctivas y de Mejora

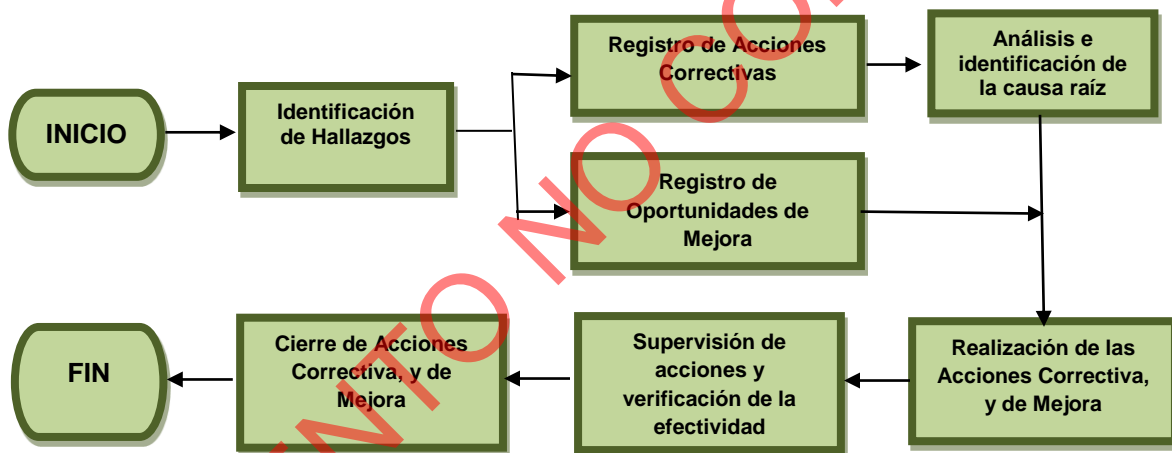
### 1. Objetivo

Establecer los lineamientos para la toma de acciones correctivas eficaces, con el fin de eliminar las causas reales de las no conformidades relacionadas con el Sistema de Gestión de Calidad y con ello evitar que vuelvan a ocurrir, para asegurar la trazabilidad de su documentación, la mejora continua y la prevención de riesgos.

### 2. Alcance

Aplica desde la identificación de las no conformidades hasta la implementación y seguimiento de las acciones correctivas y oportunidades de mejora.

### 3. Diagrama de procesos



### 4. Responsabilidades y Autoridades

#### Rectoría

- Promocionar acciones de mejora.
- Solicitar las acciones 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 y de Mejora**

**El Departamento de Calidad Institucional**

- Designar un auditor interno para dar apoyo en la solución de hallazgos
- Actualizar las listas Maestras.
- Actualizar información en el Portal del Sistema de Gestión
- Mantener el registro de Control Acciones Correctivas.
- Mantener el registro de Control de Oportunidades de Mejora.
- Reportar los avances en las juntas de Revisión por la Dirección.

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

- Tomar acciones y documentarlas en el Reporte de Acciones Correctivas y Reporte de Acciones de Mejora.
- Determinar la causa raíz de la no conformidad actual.
- Implementar las acciones para eliminar las No Conformidades.
- Realizar las acciones de mejora.
- Actualizar los documentos que sean afectados por la aplicación de acciones correctivas, en caso de que sea necesario.
- Informar las acciones correctivas relevantes, que resulte de una desviación a los requerimientos especificados de los productos, procesos o servicios o propuesta para el mejoramiento del Sistema de Gestión.
- Informar al Departamento de Calidad Institucional los cambios en los documentos y registros por la aplicación de acciones correctivas y de mejora.

**El/la Auditor Interno**

- 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.
- Corroborar que se cumpla la fecha establecida para la implantación de la corrección y acción correctiva.

**Procedimiento Acciones Correctivas y de Mejora**

- 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 Departamento de Calidad Institucional.

**Responsabilidades sobre la requisición y control de las AC/OM**

Fuentes de detección de no conformidades	¿Quién solicita o genera la necesidad de la AC/OM?	Responsable de Documentar las AC/OMC en el formato y entregarlas al controlador para su gestión	Formato en que se documenta la no conformidad o se solicita la AC/OM
<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-05-F5
<b>Evaluación de servicio:</b> Durante la evaluación de la satisfacción del cliente interno, externo	Evaluador de servicio: Cliente interno o externo	Responsable de Proporcionar el Servicio	Encuesta de satisfacción del Cliente Externo (PR-CAI-05-F3), Evaluación de Satisfacción del cliente interno PR-CAI-05-F1
<b>Resultados de la revisión por la dirección:</b> Durante la revisión por la dirección	Departamento de Calidad institucional y/o líderes de los procesos	Líder del proceso responsable	Minuta de la revisión (PR-SPAR-03-F3)  Reporte de AC (PR-CAI-03-F1)  Reporte de AM (PR-CAI-05-F2)

**Procedimiento Acciones Correctivas y de Mejora**

<p><b>Auditorías internas:</b> Durante las auditorías internas de calidad</p>	<p>Auditor líder</p>	<p>Auditado</p>	<p>Reporte de auditoría PR-CAI-02-F7 y/o</p> <p>Reporte de AC (PR-CAI-03-F1)</p> <p>Reporte de AM (PR-CAI-03-F2)</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 (PR-CAI-03-F1)</p> <p>Reporte de AM (PR-CAI-03-F2)</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</p> <p>Reporte de AC (PR-CAI-03-F1)</p> <p>Reporte de AM (PR-CAI-03-F2)</p>
<p><b>Incumplimiento de los Objetivos, metas y programas de los Sistemas de Gestión.</b></p>	<p>Departamento de Calidad Institucional y/o los/las líderes de los procesos</p>	<p>Líder del proceso responsable</p>	<p>Revisión por la Dirección</p> <p>Reporte de Auditoría PR-CAI-02-F7</p> <p>Reporte de AC (PR-CAI-03-F1)</p> <p>Reporte de AM (PR-CAI-03-F2)</p>

## Procedimiento Acciones Correctivas y de Mejora

### 5. Términos y Definiciones

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

**Conformidad:** Cumplimiento de un requisito.

**Corrección:** elimina o repara la no conformidad detectada, no su causa.

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

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

**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.

### 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

### Procedimiento Acciones Correctivas y de Mejora

actual o potencial, la cual documentan en el formato **Reporte de Acciones Correctivas (PR-CAI-03-F1)**, o cuando detectan una oportunidad de mejora se registra en el formato **Reporte de Acciones de Mejora (PR-CAI-03-F2)** llenando la sección descripción de la no-conformidad actual o potencial y/u Oportunidad de Mejora, la envía al Departamento de Calidad Institucional para su revisión y control mediante la asignación de un código o folio.

#### 6.1.1. 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
- Resultados de la Revisión por la Dirección
- 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 y Normativos

Rectoría o el Departamento de Calidad Institucional, 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 Acciones y/o de Mejora al responsable del indicador.

El Departamento de Calidad Institucional realiza un seguimiento de las acciones correctivas y de mejora, registrándolas en el formato **PR-CAI-03-F3 Control de acciones correctivas** y **PR-CAI-03-F4 Control de acciones de mejora**.

#### 6.1.2. Para las Acciones de Mejora

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



### **Procedimiento Acciones Correctivas y de Mejora**

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**

Una vez revisado el hallazgo, el líder del proceso, registra con el número de folio asignado por el Departamento de Calidad Institucional, en forma clara y sencilla la No Conformidad detectada en el **Formato Acciones Correctivas PR-CAI-03-F1** en las secciones 1, 2, y 3. Este registro en 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 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 PR-CAI-03-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-02-F8** cuando es detectado en una Auditoría Interna.

En el caso de las acciones correctivas que disponen de un análisis de causas, pasar al apartado 6.4. Análisis e identificación de la causa raíz

En las acciones correctivas, 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.

## Procedimiento Acciones Correctivas y de Mejora

### 6.3. Registro de Acciones de Mejora

Cuando el hallazgo se trate de una Oportunidad de Mejora detectada se registra con el número de folio asignado por el Departamento de Calidad Institucional en el **Formato Acciones de Mejora PR-CAI-03-F2 en la secciones 1 y 2** ingresando toda la información solicitada. Este registro en el aplicativo debe realizarse en un tiempo no mayor a tres días hábiles, contados a partir de la fecha del reporte del hallazgo, cuando la fuente de identificación sea diferente a Auditoría Interna.

Las actividades definidas para las acciones de mejora 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.

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

Cuando se trate de una acción correctiva 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 (PR-CAI-03-F1)**, teniendo en cuenta que la causa raíz es único y permite determinar la medida correctiva y acción correctiva.

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 Rectoría apruebe un lapso mayor debido a la magnitud del problema.

### 6.5. Realización de las Acciones Correctivas y de Mejora.

#### 6.5.1. Para las Acciones Correctivas

Para las Acciones Correctivas son registradas en el formato Reporte de Acciones Correctivas (PR-CAI-03-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 (PR-CAI-03-F1)**. Firmando el Auditor Interno aprobando el tiempo de la implantación de la corrección.

### **Procedimiento Acciones Correctivas y de Mejora**

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 (PR-CAI-03-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 (PR-CAI-03-F1)**.

#### **6.5.2. 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-03-F2 Reporte de Acciones de Mejora**, 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-03-F5 Informe de Proyectos de Mejora**.

#### **6.6. Supervisión de acciones y verificación de la efectividad.**

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, 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.

En el caso de acciones correctivas y oportunidades de mejora provenientes de auditorías internas 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 Departamento de Calidad Institucional.

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.

### Procedimiento Acciones Correctivas y de Mejora

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

- 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) 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

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

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

## Procedimiento Acciones Correctivas y de Mejora

### 6.7. Cierre de Acciones Correctivas y de Mejora

La eficacia de la acción correctiva o preventiva se muestra en el mismo **Reporte de Acciones Correctivas (PR-CAI-03-F1) sección 8**, en la cual El Departamento de Calidad Institucional 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 Acciones de Mejora (PR-CAI-03-F2) sección 5** en la cual en la cual Departamento de Calidad Institucional 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 Departamento de Calidad Institucional efectúa el cierre de la No Conformidad y lo registra en el Formato PR-CAI-03-F3 Control de Acciones Correctivas y en el PR-CAI-03-F4 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 Departamento de Calidad Institucional.

El 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 Institucional los cambios que se hayan realizado a los Documentos, y solicitar que El Departamento de Calidad Institucional actualice las listas Maestras y en el Portal del Sistema de Gestión la documentación que haya sido afectada por la aplicación de acciones correctivas y de mejora.

Procedimiento Acciones Correctivas y de Mejora

7. Matriz de Riesgo

Proceso	Subproceso	Riesgo detectado	Responsable	Criticidad	Alternativa	Tiempo de ejecución
Gestión del Sistema de Calidad	Acciones correctivas y de mejora	Incumplimiento en la documentación de las acciones correctivas y cierre de los hallazgos	Jefe del Departamento de Calidad Institucional	Alta	Capacitar al personal para su conocimiento	1 semana
					Estimular el compromiso y aplicar control disciplinario frente a los incumplimientos.	Inmediatamente
		Incumplimiento a las acciones de mejoras formuladas y que se han detectado a través de diversas fuentes (auditoría interna, evaluaciones con la alta dirección, etc.)	Jefe del Departamento de Calidad Institucional	Alta	Seguimiento periódico al cumplimiento de acciones de mejora De acuerdo al calendario estipulado para la atención de las observaciones y reportar el incumplimiento a Rectoría	Mensual
					Estimular el compromiso y aplicar control disciplinario frente a los incumplimientos.	Inmediatamente

8. Indicador

**Nombre del Indicador:** Porcentaje de Ejecución de Acciones Correctivas en tiempo y forma

**Concepto:** Mide el cumplimiento de ejecutar acciones correctivas de los hallazgos en los tiempos y requisitos establecidos.

**Algoritmo:**  $PEACTF = (NACC/NACLC) \cdot 100$

**Donde:**

**NACC:** Número de acciones correctivas cerradas cuatrimestralmente

**NACL:** Número de acciones correctivas levantadas cuatrimestralmente

**Meta:** 100%

**Procedimiento Acciones Correctivas y de Mejora**

**Nombre del Indicador:** Porcentaje Cumplimiento en la ejecución de Acciones de Mejora

**Concepto:** Mide el cumplimiento de ejecutar acciones de mejora detectadas en los tiempos establecidos

**Algoritmo:**  $PCEAMTF = (NAME/NAMD) 100$

**Donde:**

**NACC:** Número de acciones de mejora ejecutadas.

**NACL:** Número de acciones de mejora detectadas.

**Meta:** 100%

**9. Documentos Relacionados**

**Registros**

Clave	Registro	Tiempo de Conservación	Responsable del Registro	Lugar de Almacenamiento
PR-CAI-03-F1	Reporte de Acciones correctivas	3 años	Los/las Líderes y responsables de procesos	Responsable de Área
PR-CAI-03-F2	Reporte de Acciones de Mejora	3 años	Los/las Líderes y responsables de procesos	Responsable de Área
PR-CAI-03-F3	Control de Acciones Correctivas	3 años	Jefe/a de Calidad Institucional	Depto. de Calidad Institucional
PR-CAI-03-F4	Control de Acciones de Mejora	3 años	Jefe/a de Calidad Institucional	Depto. de Calidad Institucional
PR-CAI-03-F5	Informe de Proyectos de Mejora	3 años	Jefe/a de Calidad Institucional	Depto. de Calidad Institucional

En base al presente procedimiento PR-CAI-01 Elaboración y control de documentos, registros y datos, en el apartado 5: el tiempo de conservación de los registros obedece a lo establecido de acuerdo a las necesidades de operación.



**Procedimiento Acciones Correctivas y de Mejora**

**Procedimientos**

Clave	Nombre
PR-CAI-03	Procedimiento para Auditorías Internas

**Instrucción de Trabajo**

Clave	Nombre
	NA

**Otros Documentos/ Leyes, Reglamentos, Normas y Procedimientos Normativos que Apliquen.**

Clave	Nombre
S/C	Norma NMX-CC-9001-IMNC-2015 (ISO 9001:2015)

**10. Historial de Cambios**

Sección de cambio				
Hoja No.	Estado Revisión no.	Descripción	Iniciales y fecha	
			Revisó	Autorizó





Procedimiento Acciones Correctivas y de Mejora

11. Anexos

Anexo 1. PR-CAI-03-F1 Reporte de Acciones Correctivas



Reporte de Acciones Correctivas

*"Ciencia y Tecnología que transforman"*

PR-CAI-03-F1/REV 00

Fecha de elaboración:		Folio:	
<b>DATOS DEL PROCESO:</b>			
Proceso:			
Responsable del Proceso:			

<b>1.- ORIGEN</b>		
<input type="checkbox"/> Auditoría Interna	<input checked="" type="checkbox"/> Auditoría Externa	<input checked="" type="checkbox"/> Revisión por la Dirección
<input type="checkbox"/> Cliente Interno	<input type="checkbox"/> Cliente Externo	Otro _____

<b>2.- No Conformidad y evidencia</b>	
No Conformidad:	
Evidencia :	

<b>3.- Requisito de la Norma:</b>

<b>4.- CAUSA RAIZ</b>	
Identificación del origen o causa raíz del problema (real o potencial) (Esta 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 y de Mejora



Reporte de Acciones Correctivas

PR-CAI-03-F1/REV 00

*"Ciencia y Tecnología que transforman"*

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.- ACCIÓN(ES) CORRECTIVAS (Qué y Cómo) Acciones para eliminar las causas de las fallas y evitar recurrencias en el cumplimiento de los requisitos			

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

Responsable de la acción(es)	Responsable de revisión de eficacia de la acción(es)
<b>Nombre y Firma</b>	<b>Nombre y Firma</b>



Procedimiento Acciones Correctivas y de Mejora



Reporte de Acciones Correctivas

PR-CAI-03-F1/REV 00

*"Ciencia y Tecnología que transforman"*

8.- SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE EFICACIA	
ESTATUS DE LA ACCIÓN (marcar con una "x")	Fecha:
<input type="checkbox"/> No Implantada	<input type="checkbox"/> Parcialmente implantada
<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

Departamento de Calidad Institucional
Nombre y Firma

ORIGINAL - Departamento de Calidad Institucional  
COPIA - Responsable de la acción



Procedimiento Acciones Correctivas y de Mejora

Anexo 2. PR-CAI-03-F2 Reporte de Acciones de Mejora



Reporte de Acciones de Mejora  
*"Ciencia y Tecnología que transforman"*

PR-CAI-03-F2/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 Externo	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	

<b>4.- EQUIPO DE TRABAJO:</b>
Nombres del equipo de trabajo :



Procedimiento Acciones Correctivas y de Mejora



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

5.- SEGUIMIENTO Y VERIFICACION DE MEJORA	
ESTATUS DE LA ACCION (marcar con una "x")	Fecha:
<input type="checkbox"/> No Implantada	<input type="checkbox"/> Parcialmente implantada
<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



Departamento de Calidad Institucional
Nombre y Firma



ORIGINAL – Departamento de Calidad Institucional  
COPIA – Responsable de la acción



Procedimiento Acciones Correctivas y de Mejora

Anexo 3. PR-CAI-03-F3 Control de Acciones Correctivas



Control de Acciones Correctivas
"Ciencia y Tecnología que transforman"

PR-CAI-03-F3/REV 00
Fecha:

Table with 13 columns: No., Proceso, Responsable, Origen, Tipo de hallazgo, Requisito, Descripción de la Evidencia, Causa Raíz, Corrección, Acción Correctiva, Fecha de Cumplimiento, Estatus, Fecha de Cierre.

- AC Auditoria Interna al SGC
AE Auditoria Externa
CI Cliente Interno
CE Cliente Usuario o beneficiario (quejas)
RD Revisión por la Dirección
AP Auditoria de proceso
OT Otros

- Cerrada en tiempo
En proceso
Vencida

DOCUMENTO NO CONTROLADO



Procedimiento Acciones Correctivas y de Mejora

Anexo 4. PR-CAI-03-F4 Control de Acciones de Mejora



Control de Acciones de Mejora
"Ciencia y Tecnología que transforman"

PR-CAI-03-F4/REV 00
Fecha:

Table with 12 columns: No., Proceso, Responsable, Origen, Tema de la Mejora, Causas de la mejora, Acciones a tomar, Fecha de Inicio, Fecha de Termino, Responsable de dar seguimiento, Estatus, Fecha de Cierre.

- AC Auditoria Interna al SGC
AE Auditoria Externa
CI Cliente Interno
CE Cliente Usuario o beneficiario (quejas)
RD Revisión por la Dirección
AP Auditoria de proceso
OT Otros

Legend table for Estatus: Cerrada en tiempo (Green), En proceso (Yellow), Vencida (Red)

DIAGONAL WATERMARK: DOCUMENTO NO CONTROLADO



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DEL GOLFO DE MÉXICO

"Ciencia y Tecnología que transforman"

Clave: PR-CAI-03
Página: 24 de 24
Revisión: 00
Fecha de emisión: 01-Agosto-2020

Procedimiento Acciones Correctivas y de Mejora

Anexo 5. PR-CAI-03-F5 Informe de Proyectos de Mejora

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DEL GOLFO DE MÉXICO



"Ciencia y Tecnología que transforman"

INFORME DE PROYECTOS DE MEJORA

Fecha: [ ]

PR-CAI-03-F5/REV 00

Alta: [ ]

Seguimiento: [ ]

NOMBRE DEL PROYECTO:

ÁREA RESPONSABLE:

PERIODO DE IMPLEMENTACION, FECHA DE INICIO, FECHA DE TERMINO

OBJETIVO GENERAL:

OBJETIVO ESPECÍFICO:

Table with 2 columns: META, % DEMETA ALCANZADA

INFORME PORMENORIZADO DEL ALCANCE DE METAS

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO DE MEJORA

