



ININ

ÁREA: GERENCIA DE GARANTÍA DE CALIDAD.

PROCEDIMIENTO: MEJORA Y ACCIÓN CORRECTIVA.

Nº: P.SGC.DG-05

REV.: 5

FECHA DE EMISIÓN: 2019-10-30

HOJA: 1 DE: 16

ÍNDICE

PÁGINA

1. OBJETIVO Y ALCANCE.....	2
1.1. OBJETIVO.....	2
1.2. ALCANCE.....	2
2. NOTACIONES Y DEFINICIONES.....	2
2.1. NOTACIONES.....	2
2.2. DEFINICIONES.....	2
3. DESARROLLO.....	4
3.1. MEJORA CONTINUA.....	4
3.2. REUNIONES DEL COMITÉ DE SOLUCIÓN DE NO CONFORMIDADES.....	4
3.3. REVISIÓN Y ANÁLISIS DE LAS NO CONFORMIDADES.....	4
3.4. ACCIONES CORRECTIVAS.....	5
3.5. MEJORA CONTINUA.....	5
3.6. ARCHIVO.....	7
4. RESPONSABILIDADES.....	8
4.1. DIRECTORES DE ÁREA DE LOS PSI.....	8
4.2. GERENTES DE LOS PSI.....	8
4.3. PERSONAL DEL CSNC.....	8
4.4. PRESIDENTE DEL CSNC.....	8
5. REFERENCIAS.....	8
6. ANEXOS.....	9

GARANTIA DE CALIDAD
DOCUMENTO VERIFICADO Y
LIBERADO POR: *[Signature]*
CLAVE 2072 V.GC 60215
FIRMA *[Signature]* FECHA: 24/Nov/2019

PREPARADO POR: M. en C. ALEJANDRO ARENAS OCHOA. *[Signature]*

FECHA: 2019-09-30

REVISADO POR: QUÍM. LUIS ARTURO OLIVARES OROZCO. *[Signature]*

FECHA: 2019-10-15

APROBADO POR: M. en A. RAÚL EDUARDO RANGEL O'SHEA. *[Signature]*

FECHA: 2019-10-30

COPIA NO CONTROLADA

ÁREA: GERENCIA DE GARANTÍA DE CALIDAD.	Nº: P.SGC-DG-05	REV.: 5
PROCEDIMIENTO: MEJORA Y ACCIÓN CORRECTIVA.	FECHA DE EMISIÓN: 2019-10-30	HOJA: 2 DE: 16

1. OBJETIVO Y ALCANCE.

1.1. OBJETIVO.

Este procedimiento describe el proceso de Mejora Continua y Acción Correctiva, para eliminar la causa de las No conformidades detectadas durante la aplicación del Sistema de Gestión de la Calidad y la verificación de su cumplimiento.

1.2. ALCANCE.

Aplica a las Unidades Administrativas, Proyectos, Servicios, Instalaciones, Unidades de Verificación y Laboratorios; sujetos al Sistema de Gestión de la Calidad conforme al Manual de Calidad, M.CAL-1, vigente.

2. NOTACIONES Y DEFINICIONES.

2.1. NOTACIONES.

AC	Acción Correctiva.
AD	Análisis de Datos.
CC	Control de Calidad.
CENAM	Centro Nacional de Metrología.
CNSNS	Comisión Nacional de Seguridad Nuclear y Salvaguardas.
CO	Gerencia de Comercialización.
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
CSNC	Comité de Solución de No Conformidades.
ema	Entidad Mexicana de Acreditación.
GC	Gerencia de Garantía de Calidad.
NC	No Conformidad.
NIST	National Institute of Standards and Technology.
OC	Organismo de Certificación.
OM	Oportunidad de Mejora.
PR	Departamento de Protección Radiológica.
PSI	Unidad Administrativa, Proyecto, Servicio, Instalación, Unidad de Verificación o Laboratorio.
SGC	Sistema de Gestión de la Calidad.
SIPC	Área de Seguridad Industrial y Protección Civil.

2.2. DEFINICIONES

2.2.1. Acción Correctiva.

Acción para eliminar la causa de una no conformidad y evitar que vuelva a ocurrir.

Nota 1: Puede haber más de una causa para una no conformidad.

Nota 2: La acción correctiva se toma para prevenir que algo vuelva a ocurrir, mientras que la acción preventiva se toma para prevenir que algo ocurra.

COPIA NO CONTROLADA



ÁREA: GERENCIA DE GARANTÍA DE CALIDAD.	Nº: P.SGC-DG-05	REV.: 5
PROCEDIMIENTO: MEJORA Y ACCIÓN CORRECTIVA.	FECHA DE EMISIÓN: 2019-10-30	HOJA: 3 DE: 16

COPIA NO CONTROLADA

2.2.2. Cliente:

Persona u organización que podría recibir o que recibe un producto o un servicio destinado a esa persona u organización o requerido por ella.

EJEMPLO: Consumidor, cliente, usuario final, minorista, receptor de un producto o servicio de un proceso interno, beneficiario y comprador.

Nota 1: Un cliente puede ser interno o externo a la organización.

2.2.3. Corrección.

Acción para eliminar una no conformidad detectada.

Nota 1: Una corrección puede realizarse con anterioridad, simultáneamente, o después de una acción correctiva.

Nota 2: Una corrección puede ser, por ejemplo, un reproceso o una reclasificación.

2.2.4. Eficacia.

Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se logran los resultados planificados.

2.2.5. Mejora continua.

Actividad recurrente para mejorar el desempeño.

Nota: El proceso de establecer objetivos y de encontrar oportunidades para la mejora es un proceso continuo mediante el uso de hallazgos de la auditoría y de conclusiones de la auditoría, del análisis de los datos, de las revisiones por la dirección u otros medios, y generalmente conduce a una acción correctiva o una acción preventiva.

2.2.6. No Conformidad.

Incumplimiento de un requisito.

2.2.7. Oportunidad de mejora.

Diferencia detectada en la organización, entre una situación real y una situación deseada, lo cual no implica una no conformidad. La oportunidad de mejora puede afectar a un proceso, producto, servicio, habilidad o competencia del personal.

2.2.8. Parte interesada.

Persona u organización que puede afectar, verse afectada o percibirse como afectada por una decisión o actividad.

EJEMPLO: Clientes, propietarios, personas de una organización, proveedores, banca, legisladores, sindicatos, socios o sociedad en general que puede incluir competidores o grupos de presión con intereses opuestos.

2.2.9. Verificación.

Confirmación, mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.

Nota 1: La evidencia objetiva necesaria para una verificación puede ser el resultado de una inspección o de otras formas de determinación, tales como realizar cálculos alternativos o revisar los documentos.

Nota 2: Las actividades llevadas a cabo para la verificación a veces se denominan proceso de calificación.

Nota 3: La palabra "verificado" se utiliza para designar el estado correspondiente.



ÁREA: GERENCIA DE GARANTÍA DE CALIDAD.	Nº: P.SGC-DG-05	REV.: 5
PROCEDIMIENTO: MEJORA Y ACCIÓN CORRECTIVA.	FECHA DE EMISIÓN: 2019-10-30	HOJA: 4 DE: 16

3. DESARROLLO.

El diagrama de flujo del Anexo I, describe de manera esquemática la secuencia de las acciones para el desarrollo de la "Mejora y Acción Correctiva".

3.1. MEJORA CONTINUA.

- 3.1.1. La mejora continua se logra a través de:
- Acciones Correctivas.
 - Auditorías Internas.
 - Medición, Seguimiento, Análisis y Evaluación.
 - Revisión por la Dirección.

3.2. REUNIONES DEL COMITÉ DE SOLUCIÓN DE NO CONFORMIDADES.

- 3.2.1. Trimestralmente o antes, si es necesario el CSNC se debe reunir para evaluar las No Conformidades documentadas en los PSI y determinar las acciones correctivas u oportunidades de mejora que correspondan, en su caso:
- No Conformidades de Auditorías internas (GC).
 - Anomalías, Deficiencias (SIPC, PR).
 - No Conformidades (CC).
 - Quejas y Sugerencias de los clientes (CO).
 - Encuestas de los clientes internos y externos (PSI y CO).
 - No Conformidades, detectadas en evaluaciones externas aplicadas a Unidades Administrativas, Proyectos, Servicios, Instalaciones, Unidades de Verificación y Laboratorios sujetas al SGC (OC, ema, CNSNS, COFEPRIS, CENAM, NIST, Clientes y otras Organizaciones externas).
 - Otros.

NOTA: Las siglas entre paréntesis corresponden a las partes que documentan las No Conformidades.

- 3.2.2. Las reuniones del CSNC se realizan de conformidad con lo señalado en el Manual de Organización de cada PSI, el presidente del CSNC documenta la información de la reunión en la forma "Análisis de Datos para Acciones Correctivas" mostrada en el Anexo III.

3.3. REVISIÓN Y ANÁLISIS DE LAS NO CONFORMIDADES.

- 3.3.1. La revisión de las No Conformidades se lleva a cabo a través del análisis de las mismas, proceso en el cual, el CSNC debe contemplar todas las posibles causas, considerando:
- La seguridad del funcionamiento.
 - Las condiciones de las licencias de operación del PSI.
 - La satisfacción del cliente y de otras partes interesadas.
 - La necesidad de adoptar acciones correctivas para asegurar que las No Conformidades no vuelvan a ocurrir o proponer oportunidades de mejora.

COPIA NO CONTROLADA



ÁREA: GERENCIA DE GARANTÍA DE CALIDAD.	Nº: P.SGC-DG-05	REV.: 5
PROCEDIMIENTO: MEJORA Y ACCIÓN CORRECTIVA.	FECHA DE EMISIÓN: 2019-10-30	HOJA: 5 DE: 16

- 3.3.2. En el análisis que realicen los integrantes del CSNC pueden ser utilizadas, las herramientas para el análisis de causas descritas en la instrucción I.SGC.DG-02 vigente u otra técnica de análisis propuesta en el mismo Comité, procurando equilibrar los costos de inversión de la acción correctiva de la No Conformidad y el impacto provocado por la misma.
- 3.3.3. Los resultados del análisis deben ser documentados por el Presidente del CSNC o la persona que él designe, en la forma mostrada en el Anexo III.

3.4. ACCIONES CORRECTIVAS

- 3.4.1. Determinación, registro e implantación de las Acciones Correctivas.
- a) De acuerdo con el análisis, se toman acciones correctivas cuando:
- i) La NC sea repetitiva, dos o más veces, en el trimestre.
 - ii) La NC tenga un impacto relevante en el cumplimiento de requisitos.
 - iii) La NC afecte el funcionamiento del producto o servicio.
 - iv) El costo de la AC no sea mayor al importe del servicio o producto.
 - v) No se corrija una NC después de tres meses de su fecha compromiso.
- b) Si el CSNC determina tomar una acción correctiva, el Presidente del Comité o la persona que él designe, debe elaborar un "Plan de Acciones Correctivas" aplicando la forma mostrada en el Anexo IV, en la que se indiquen:
- i) Las no conformidades y las causas que les dieron origen.
 - ii) Las acciones correctivas a implantar.
 - iii) Los responsables de su implantación.
 - iv) Las fechas en que se efectuarán las AC dictaminadas.
- c) En caso que se decida no adoptar alguna AC, en la forma mostrada en el anexo III se deben registrar los motivos que se consideraron para tomar dicha decisión.
- 3.4.2. Seguimiento y cierre de las acciones correctivas.
- a) El presidente del CSNC o la persona que el designe debe verificar mensualmente o antes, si se considera necesario, que los responsables de implantar las AC las realicen en las fechas indicadas en el PL. AC.
- b) Una vez realizadas las acciones correctivas, se debe indicar la fecha en que éstas se efectuaron y la evaluación de su eficacia realizada por el CSNC, en la forma mostrada en el Anexo IV.
- c) En el caso que no se cumplan las fechas establecidas en el PL. AC, las NC y sus acciones correctivas deben ser revisadas por el CSNS para determinar lo que procede.

3.5. MEJORA CONTINUA.

- 3.5.1. Con base a lo definido en el concepto de Mejora Continua y Oportunidad de Mejora se considerarán en el proceso de Mejora continua aquellas acciones adicionales a los requisitos comprometidos que incrementen el desempeño de los procesos, productos, servicios o personal.

COPIA NO CONTROLADA



INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIONES NUCLEARES

ÁREA: GERENCIA DE GARANTÍA DE CALIDAD.	Nº: P.SGC-DG-05	REV.: 5
PROCEDIMIENTO: MEJORA Y ACCIÓN CORRECTIVA.	FECHA DE EMISIÓN: 2019-10-30	HOJA: 6 DE: 16

- 3.5.2. Durante las reuniones trimestrales o derivado de las Revisiones por la Dirección, el CSNC del PSI puede proponer Oportunidades de Mejora tomando como base el análisis de las No Conformidades, las fuentes de información mencionadas en el Anexo II o por la experiencia en el desarrollo del trabajo.
- 3.5.3. El presidente del CSNC del PSI, fungirá como Responsable de la Mejora.
- 3.5.4. En caso de que se proponga una OM, el presidente del CSNC del PSI o la persona que él designe, debe documentar la OM en la forma "Oportunidad de Mejora" mostrada en el Anexo V, con los datos siguientes:
 - a) Área: área donde se genera la OM.
 - b) No: identificación de la OM como se indica: OM. (Siglas del área) – (número consecutivo) / Año; ejemplo. OM.IG-1/2018.
 - c) Descripción de la OM: descripción de la OM en forma clara y concisa.
 - d) Descripción de la situación actual: descripción de las condiciones que existen en ese momento, referente al proceso, producto o personal a los que se va a beneficiar con la OM.
 - e) Nombre y Firma: del presidente del CSNC del PSI que genera la OM
 - f) Fecha: fecha de emisión de la OM.
- 3.5.5. Así mismo, el presidente del CSNC del PSI o la persona que él designe, debe documentar la OM en la forma "Plan de Mejora Continua" mostrada en el Anexo VI, con los datos siguientes:
 - a) ENCABEZADO.
 - i) Cifra de Identificación.- Se identifica como sigue: PL.MC. (Siglas del área)-(No. Consecutivo) / Año, (ejemplo PL.MC.IG-1/2019 o PL.MC.UR-1/2019).
 - ii) PSI: Nombre del área sujeta al SGC.
 - iii) Responsable de la Mejora: El presidente del CSNC del PSI.
 - iv) Revisión: No. de revisión, iniciando con revisión 0.
 - v) Áreas que proponen las OM: Nombres o siglas de las áreas que han contribuido con sus propuestas de OM.
 - vi) Fecha: De elaboración del PL.MC.
 - vii) Página: de: . El número de página y el total de páginas.
 - b) PLANEAR.
 - i) No.: Se clasifica por orden de importancia a la OM, por su impacto en el proceso, producto, servicio o personal e identificarla con OM más un número consecutivo, (ejemplo. OM-01).
 - ii) OM (descripción): Transcribir la OM, tal como se documentó por el CSNC en la forma mostrada en el Anexo V.
 - iii) Descripción de la situación actual: Respecto a la OM, transcribir tal como esté documentado en la OM o investigarlo y llenarlo.
 - iv) Análisis: Identificar la viabilidad para alcanzar las OM.

COPIA NO CONTROLADA



ÁREA: GERENCIA DE GARANTÍA DE CALIDAD.	Nº: P.SGC-DG-05	REV.: 5
PROCEDIMIENTO: MEJORA Y ACCIÓN CORRECTIVA.	FECHA DE EMISIÓN: 2019-10-30	HOJA: 7 DE: 16

COPIA NO CONTROLADA

- v) Propuestas de acciones: Concertar con el área del PSI involucrada, las acciones que se deben ejecutar, tomando en cuenta los recursos necesarios para realizarlas.
- c) HACER.
Se registran los nombres de los responsables del cumplimiento de las acciones y fechas de realización.
- d) PREPARACIÓN, REVISIÓN Y APROBACIÓN.
 - i) En los apartados de "Preparado por.", "Revisado por:" y "Aprobado por:", se indica el nombre y firma del presidente de CSNC, del Gerente del PSI y del Director de Área del PSI.
- e) VERIFICAR.
Verificación de resultados: Una vez que se realizaron las acciones, el Auditor asignado al área verifica los resultados logrados, para saber si se cumplieron las OM o el grado de avance logrado, informando de lo anterior al Responsable de la Mejora para que actualice el avance en el PL.MC.
- f) ACTUAR.
 - i) Implementación y normalización de la solución: Las soluciones las debe implementar el Responsable de la Mejora en los procesos, productos, servicios o en el desarrollo del personal, mediante: la documentación de los cambios en los documentos aplicables; modificación de los procesos o subprocesos y sus mapeos; adecuaciones del producto y sus especificaciones; propuesta de cambios en el Sistema de Gestión de la Calidad o en la organización del área correspondiente; especialización o capacitación del personal y actualización de sus expedientes personales.
 - ii) Evaluación de la eficacia: El CSNC debe evaluar la eficacia de las acciones tomadas para la oportunidad de mejora, mediante pruebas objetivas documentadas que: los resultados satisfacen las OM; se incrementa el desempeño de los procesos, productos, servicios y personal, así como la satisfacción del cliente y de las partes interesadas; los cambios en el producto, proceso, servicio, Sistema de Gestión de la Calidad o personal se ejecuten; los resultados se revisen para determinar oportunidades adicionales de mejora.

3.5.6. CIERRE DEL PL.MC.

El Plan de Mejora Continua es enviado al Director del Área para su aprobación y cierre, indicando su nombre y firma en el apartado de "Cerrado por:".

3.6. ARCHIVO.

Los registros generados de la aplicación de este procedimiento, se deben archivar en el PSI, de acuerdo con lo estipulado en el procedimiento P.SGC.DG-2, "Control de registros", vigente.



ÁREA: GERENCIA DE GARANTÍA DE CALIDAD.	Nº: P.SGC-DG-05	REV.: 5
PROCEDIMIENTO: MEJORA Y ACCIÓN CORRECTIVA.	FECHA DE EMISIÓN: 2019-10-30	HOJA: 8 DE: 16

4. RESPONSABILIDADES.

4.1. DIRECTORES DE ÁREA DE LOS PSI.

- 4.1.1. Firmar de aprobación el Plan de Acciones Correctivas.
- 4.1.2. Firmar de aprobación y cierre el Plan de Mejora Continua.

4.2. GERENTES DE LOS PSI.

- 4.2.1. Revisar y firmar el Plan de Acciones Correctivas.
- 4.2.2. Revisar y firmar el Plan de Mejora Continua.

4.3. PERSONAL DEL CSNC.

- 4.3.1. Realizar trimestralmente o antes, si es requerido, la evaluación de las no conformidades documentadas en los PSI.
- 4.3.2. Analizar y determinar las causas de las No Conformidades.
- 4.3.3. Determinar las Acciones Correctivas que procedan.
- 4.3.4. Evaluar la eficacia de las Acciones Correctivas.
- 4.3.5. Proponer OM tomando como base el análisis de las No Conformidades, las fuentes de información descritas en el Anexo II o por la experiencia en el desarrollo del trabajo.
- 4.3.6. Evaluar la eficacia de las acciones tomadas para la Oportunidad de Mejora.

4.4. PRESIDENTE DEL CSNC.

- 4.4.1. Documentar la forma de “Análisis de Datos de Acciones Correctivas” y el “Plan de Acciones Correctivas”.
- 4.4.2. Verificar mensualmente o antes si lo considera necesario, el cumplimiento del Plan de Acciones Correctivas.
- 4.4.3. Documentar las OM en la forma “Oportunidad de Mejora”.
- 4.4.4. Documentar la forma “Plan de Mejora Continua”, hasta la evaluación de la eficacia.
- 4.4.5. Concertar con el área involucrada las acciones para cumplir los acuerdos.

5. REFERENCIAS.

- 5.1. Manual de Calidad M.CAL-01, revisión 8.
- 5.2. Norma NMX-9000-IMNC-2015 / ISO 9000:2015 “Sistemas de Gestión de la Calidad – Fundamentos y vocabulario”.
- 5.3. Norma NMX-CC-9001-IMNC-2015 / ISO 9001:2015 “Sistemas de Gestión de la Calidad - Requisitos”.
- 5.4. Norma NMX-EC-17020-IMNC-2014/ISO/IEC 17020:2012, “Evaluación de la conformidad-Requisitos para el funcionamiento de diferentes tipos de unidades (organismo) que realizan la verificación (inspección)”.
- 5.5. Norma NMX-EC-17025-IMNC-2018 / ISO/IEC 17025:2017, “Requisitos Generales para la Competencia de los Laboratorios de Ensayo y de calibración”.
- 5.6. Norma ISO 29990:2010 “Servicios de Aprendizaje para Educación y Entrenamiento No Formal – Requisitos básicos para proveedores de Servicio”.

COPIA NO CONTROLADA



ÁREA: GERENCIA DE GARANTÍA DE CALIDAD.	Nº: P.SGC-DG-05	REV.: 5
PROCEDIMIENTO: MEJORA Y ACCIÓN CORRECTIVA.	FECHA DE EMISIÓN: 2019-10-30	HOJA: 9 DE: 16

6. ANEXOS.

- Anexo I: Diagrama de flujo.
- Anexo II: Fuentes de Información de la OM.
- Anexo III: Forma FP.SGC.DG-1/4/5, "Análisis de Datos de Acciones Correctivas".
- Anexo IV: Forma FP.SGC.DG-2/3/5, "Plan de Acciones Correctivas".
- Anexo V: Forma FP.SGC.DG-3/4/5, "Oportunidad de Mejora".
- Anexo VI: Forma FP.SGC.DG-4/3/5, "Plan de Mejora Continua".

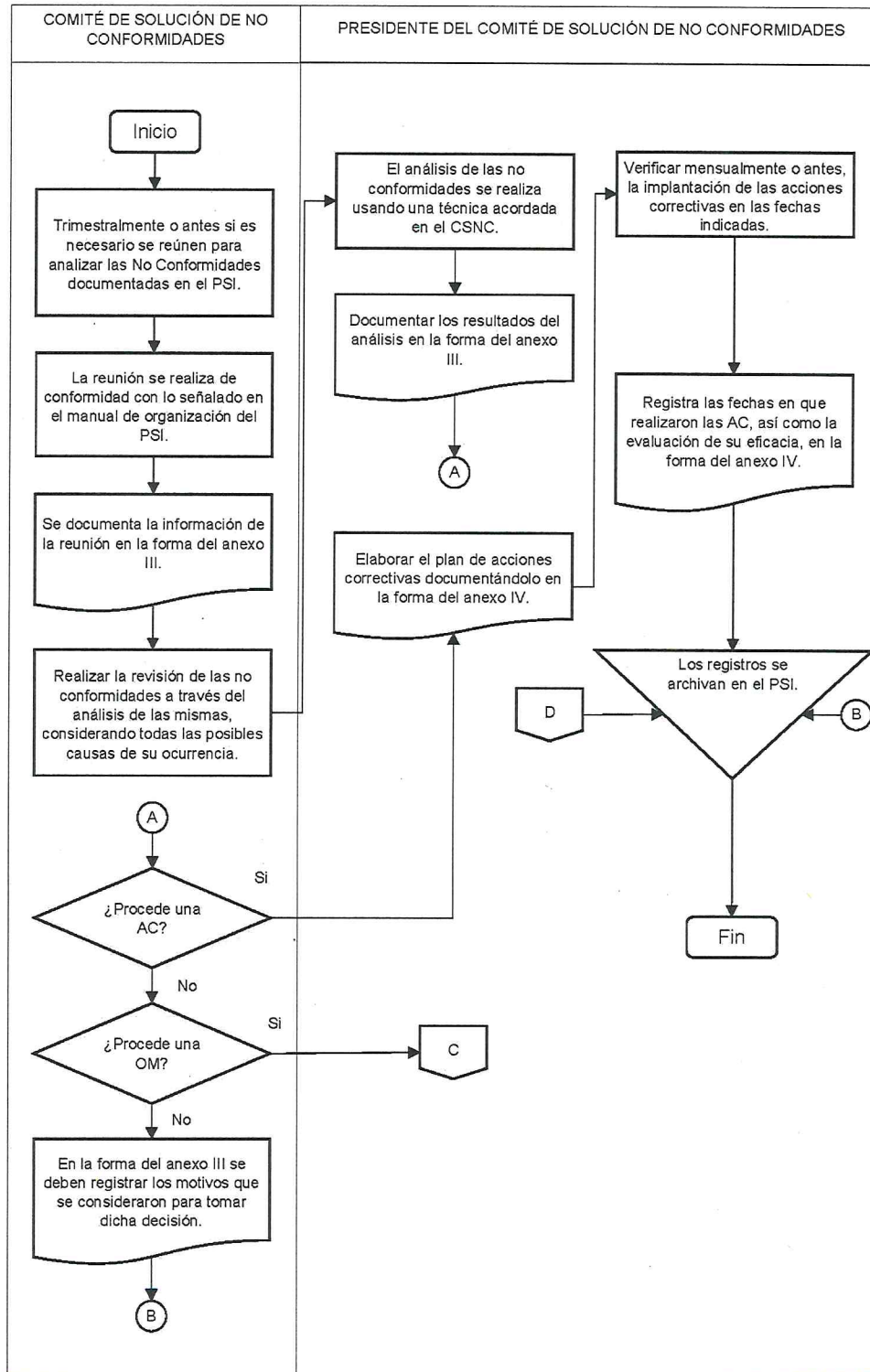
COPIA NO CONTROLADA



ÁREA: GERENCIA DE GARANTÍA DE CALIDAD.	Nº: P.SGC-DG-05	REV.: 5
PROCEDIMIENTO: MEJORA Y ACCIÓN CORRECTIVA.	FECHA DE EMISIÓN: 2019-10-30	HOJA: 10 DE: 16

COPIA NO CONTROLADA

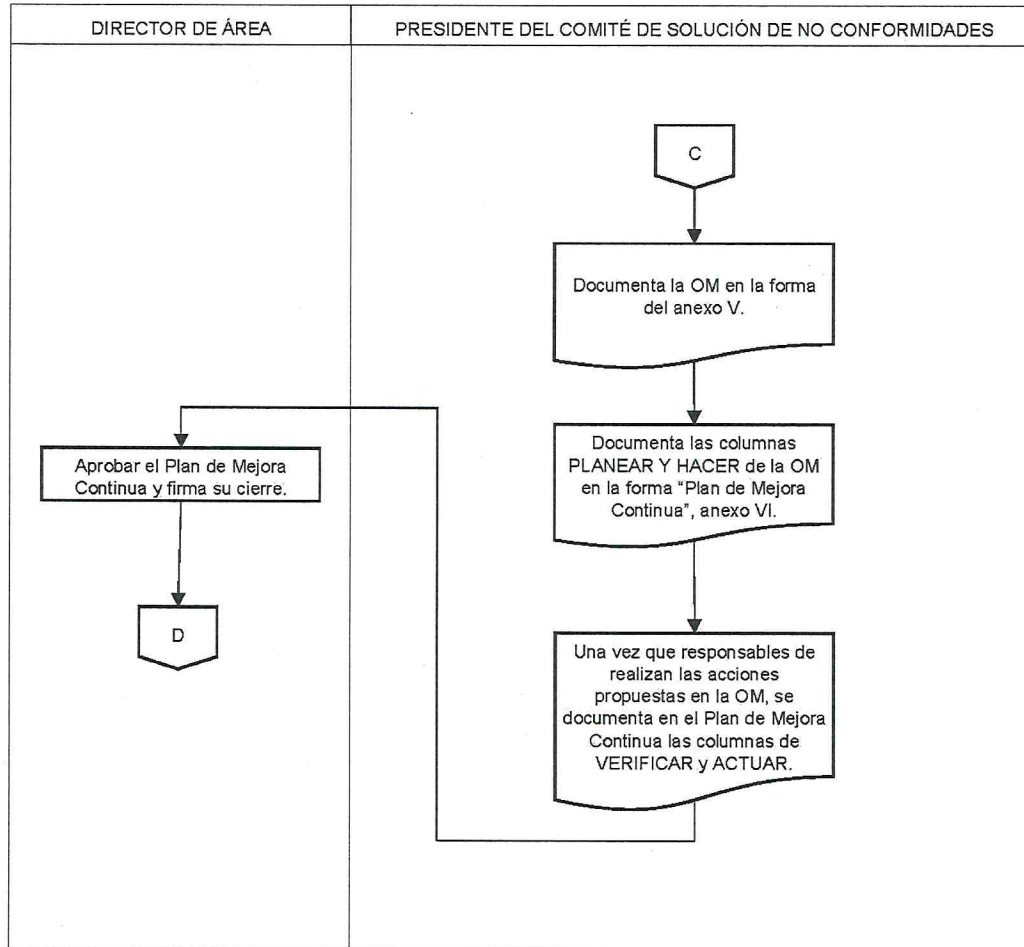
ANEXO I
Diagrama de flujo.



ÁREA: GERENCIA DE GARANTÍA DE CALIDAD.	Nº: P.SGC-DG-05	REV.: 5
PROCEDIMIENTO: MEJORA Y ACCIÓN CORRECTIVA.	FECHA DE EMISIÓN: 2019-10-30	HOJA: 11 DE: 16

ANEXO I (Continuación)

Diagrama de flujo



COPIA NO CONTROLADA



INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIONES NUCLEARES

ÁREA: GERENCIA DE GARANTÍA DE CALIDAD.	N°: P.SGC-DG-05	REV.: 5
PROCEDIMIENTO: MEJORA Y ACCIÓN CORRECTIVA.	FECHA DE EMISIÓN: 2019-10-30	HOJA: 12 DE: 16

ANEXO II

Fuentes de información de la OM

FUENTES DE INFORMACIÓN	TIPO DE INFORMACIÓN	TIPO DE ACTIVIDAD/DOCUMENTO	RESPONSABLE
DEL CLIENTE	NECESIDADES Y EXPECTATIVAS	Investigación de mercado	CO
		Entrega del producto	PSI
		Satisfacción	CO
	COMENTARIOS Y SUGERENCIAS	Sondeos y encuestas	CO
		Atención de quejas y sugerencias	CO
DE LA ORGANIZACIÓN	INTERÉS DE LA DIRECCIÓN GENERAL	Revisión por la Dirección	DG
		Planes estratégicos institucional y del PSI	DG/GC/PSI
		Matriz FODA: Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas	DG/PSI
		Políticas de calidad	PSI
		Objetivos de calidad de Garantía de Cal.	GC
		Resultados de auditorías	GC
		Análisis de datos	PSI
		Acciones correctivas	PSI
		Comunicación interna y externa	DC
		Realimentación de proveedores	GC
	INTERÉS DEL GRUPO DE TRABAJO	Sondeos y encuestas	CO
		Comentarios del grupo de trabajo	PSI
		Capacitación/entrenamiento	AD
		Reconocimientos	RH
		Calificación/certificación	PSI
DEL PROCESO	INDICADORES DEL DESEMPEÑO	Objetivos de calidad del PSI	PSI
		Validación	PSI
		Ensayos/pruebas	PSI
		Medición de la capacidad del proceso	PSI
		Aplicación de técnicas estadísticas	PSI
		Aplicación de herramientas de calidad	GC/PSI
		Evaluación de estándares o especificaciones de calidad o de servicio	PSI
DEL AMBIENTE	IMPACTO ECOLÓGICO Y LABORAL	Análisis de ambiente de trabajo	SIPC
		Auditorías ambientales	PSI
	ASPECTOS REGULATORIOS	Certificación/acreditación	GC/PSI
		Licencias y autorizaciones	PSI
		Normas	PSI
	NUEVAS TECNOLOGÍAS	Reglamentos	PSI
		Reingeniería	GC/PSI
	ESTUDIOS COMPARATIVOS (Benchmarking)	Innovación	PSI
		Análisis de similares	PSI
		Análisis de prácticas anteriores VS nuevas prácticas	PSI

COPIA NO CONTROLADA




ÁREA: GERENCIA DE GARANTÍA DE CALIDAD.	Nº: P.SGC-DG-05	REV.: 5
PROCEDIMIENTO: MEJORA Y ACCIÓN CORRECTIVA.	FECHA DE EMISIÓN: 2019-10-30	HOJA: 13 DE: 16

ANEXO III

Forma FP.SGC.DG-1/4/5

“Análisis de Datos de Acciones Correctivas”.

 ININ	ANÁLISIS DE DATOS PARA ACCIONES CORRECTIVAS	IDENTIFICACIÓN:
		FECHA: [aaaa-mm-dd]
		PÁGINA: 1 DE: 1

PSI: [Nombre del PSI]

COMITÉ DE SOLUCIÓN DE NO CONFORMIDADES

	NOMBRE	FIRMA
1.-	[Nombres y firmas de los integrantes del CSNC]	
2.-		
3.-		
4.-		
5.-		
6.-		
7.-		

DESCRIPCIÓN DE LAS NO CONFORMIDADES ANALIZADAS:
 [Describe todas las No Conformidades analizadas]

PROCEDE ADOPTAR AC: SI NO PLAN DE ACCIÓN Nº: [Identificación]

RAZON PARA NO ADOPTAR AC:
 [Describe la razón para no adoptar acciones correctivas]

PRESIDENTE DEL CSNC

NOMBRE : [Nombre y firma del presidente del CSNC] FIRMA:

COPIA NO CONTROLADA



ÁREA: GERENCIA DE GARANTÍA DE CALIDAD.

Nº: P.SGC-DG-05

REV.: 5

PROCEDIMIENTO: MEJORA Y ACCIÓN CORRECTIVA.

FECHA DE EMISIÓN:
2019-10-30

HOJA: 14
DE: 16

ANEXO IV

Forma FP.SGC.DG-2/3/5

“Plan de Acciones Correctivas”.

COPIA NO CONTROLADA

ININ		PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS						IDENTIFICACIÓN:	
PSI: [Nombre del PSI]		PSI: [Nombre del PSI]						FECHA: [aaaa-mm-dd]	PÁGINA: 1 DE: 1
Nº DE AC	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	CAUSA (Origen de la NC)	ACCIONES CORRECTIVAS A IMPLEMENTAR	RESPONSABLES DE SU IMPLEMENTACIÓN / FECHA	FECHA DE EJECUCIÓN	IMPLEMENTACIÓN VERIFICADA POR / FECHA	LAS ACCIONES CORRECTIVAS SON EFICACES	OBSERVACIONES	
Indentificación de la AC.	Describe la no conformidad	Describe la causa que origina la no conformidad	Describe las acciones correctivas a implementar para la remediar la NC	Indique quienes son los responsables de implementar las AC y la fecha compromiso.	Indique cual es la fecha de ejecución de las AC.	Indique la persona responsable de verificar la implementación de las AC.	Indique si las AC implementadas son eficaces.	Describe las observaciones si es que las hay.	

PREPARADO POR: [Persona que prepara] REVISADO POR: [RPSI] APROBADO POR: [Gerente o Jefe Depto.] ANÁLISIS DE DATOS N°: [Identificación]

FECHA: [aaaa-mm-dd] FECHA: [aaaa-mm-dd] FECHA: [aaaa-mm-dd]

FP.SGC.DG-05




ÁREA: GERENCIA DE GARANTÍA DE CALIDAD.	Nº: P.SGC-DG-05	REV.: 5
PROCEDIMIENTO: MEJORA Y ACCIÓN CORRECTIVA.	FECHA DE EMISIÓN: 2019-10-30	HOJA: 15 DE: 16

ANEXO V

Forma FP.SGC.DG-3/4/5

"Oportunidad de Mejora".

 ININ	OPORTUNIDAD DE MEJORA
	PSI: [Nombre del PSI]

Nº: [Identificación de la oportunidad de mejora]

Descripción de la OM:
[Describe la oportunidad de mejora]

Descripción de la situación actual: [Describe la situación actual en la que se propone la oportunidad de mejora]

Nombre y firma : [Nombre y firma de la persona que propone la OM]	FECHA: [aaaa-mm-dd]
---	---------------------

FP.SGC.DG-3/4/5

COPIA NO CONTROLADA



ÁREA: GERENCIA DE GARANTÍA DE CALIDAD.	Nº: P.SGC-DG-05	REV.: 5
PROCEDIMIENTO: MEJORA Y ACCIÓN CORRECTIVA.	FECHA DE EMISIÓN: 2019-10-30	HOJA: 16 DE: 16

ANEXO VI

Forma FP.SGC.DG-4/3/5

“Plan de Mejora Continua”.

COPIA NO CONTROLADA

FP.SGC.DG-1.b/3/21



ININ	PLAN DE MEJORA CONTINUA		IDENTIFICACIÓN:
	PSI: [Nombre del PSI]	FECHA: [aaaa-mm-dd]	REVISIÓN: PÁGINA: 1 DE: 1

RESPONSABLE DE LA MEJORA: [Nombre del responsable de la mejora]		ÁREAS QUE PROPONEN LAS OM: [Área del PSI] que propone la oportunidad de mejora						
Nº	OM (DESCRIPCIÓN)	PLANEAR			HACER		ACTUAR	
		DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL	ANÁLISIS	PROPUESTAS DE ACCIONES	RESPONSABLES DEL CUMPLIMIENTO DE ACCIONES Y FECHA DE REALIZACIÓN	VERIFICACIÓN DE RESULTADOS	IMPLEMENTACIÓN Y NORMALIZACIÓN DE LA SOLUCIÓN	EVALUACIÓN DE LA EFICACIA
	Describe la situación actual en la que se propone la oportunidad de mejora.	Describe el análisis de la oportunidad de mejora.	Describe las acciones propuestas como resultado del análisis de la oportunidad de mejora.	Indique los responsables de las acciones propuestas y la fecha compromiso para la realización.	Indique la persona responsable de realizar la verificación del cumplimiento de las acciones propuestas.	Describe como se implementa y normaliza las acciones propuestas.	Describe la evaluación de la eficacia de las acciones propuestas.	

PREPARADO POR: [Persona que prepara] FECHA: [aaaa-mm-dd]	REVISADO POR: [RPSI] FECHA: [aaaa-mm-dd]	APROBADO POR: [Garante o Jefe Depto.] FECHA: [aaaa-mm-dd]	CERRADO POR: [Director General] FECHA: [aaaa-mm-dd]
---	---	--	--

FP.SGC.DG.405



ININ

CONTROL DE REVISIÓN Y APROBACIÓN DE DOCUMENTOS

TÍTULO DEL DOCUMENTO: MEJORA Y ACCIÓN CORRECTIVA

IDENTIFICACIÓN:
P. SGC. DG - 05

REVISIÓN N° 5

PREPARADO POR: M. en C. ALEJANDRO ARENAS OCHOA

FECHA: 2019 - 09 - 30

REVISADO POR: QUÍM. LUIS ARTURO OLIVARES OROZCO

FECHA: 2019 - 10 - 15

APROBADO POR: M. EN A. RAÚL EDUARDO RANGEL O'SHEA

FECHA: 2019 - 10 - 30

DESCRIPCIÓN DE LA REVISIÓN: Se actualiza el procedimiento de acuerdo con la Norma NMX-CC-9001-IMNC-2015 / ISO 9001:2015, "Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos".

REVISIÓN N°

PREPARADO POR:

FECHA:

REVISADO POR:

FECHA:

APROBADO POR:

FECHA:

DESCRIPCIÓN DE LA REVISIÓN:

REVISIÓN N°

PREPARADO POR:

FECHA:

REVISADO POR:

FECHA:

APROBADO POR:

FECHA:

DESCRIPCIÓN DE LA REVISIÓN:

REVISIÓN N°

PREPARADO POR:

FECHA:

REVISADO POR:

FECHA:

APROBADO POR:

FECHA:

DESCRIPCIÓN DE LA REVISIÓN:

REVISIÓN N°

PREPARADO POR:

FECHA:

REVISADO POR:

FECHA:

APROBADO POR:

FECHA:

DESCRIPCIÓN DE LA REVISIÓN:

COPIA NO CONTROLADA