

Manual de Gestión de la calidad	Código: PRPMPS05
	Versión: 09
	Fecha de emisión: 15-abril-2005
Procedimientos obligatorios	Fecha de modificación: 10/abril/2016
	Página: 1 de 10

Acciones Correctivas

Aprobó

Representante de la Dirección
M. en A. Raquel Ramírez Vargas

Elaboró

Revisó

Gestión de la Calidad
L.C. Anahí Olivares Skewes

Encargada de la Dirección de
Gestión de la Calidad
T.A. Rosa Ma. Sánchez Hernández

Fecha de actualización	tenía al momento del cambio	Motivos del cambio:
03/03/2011	3	Se realizan adecuaciones correspondientes a la recertificación 2010.
15/02/2012	4	Cambio de administración 2012-2016.
19/11/2012	5	Revisión y actualización 2013.
15/05/2014	6	Revisión y actualización 2014.
10/12/2014	7	Revisión y actualización de nueva clasificación de hallazgos y plazos para atención de acciones correctivas.
10/04/2016	8	Revisión y actualización 2016.

PRPMPS01R01

PRPMPS01F01.1

El presente documento es propiedad de la Presidencia Municipal de Pachuca de Soto prohibida su reproducción parcial o total.

Documento controlado



Presidencia Municipal de Pachuca de Soto



Manual de Gestión de la calidad	Código: PRPMPS05
	Versión: 09
	Fecha de emisión: 15-abril-2005
Procedimientos obligatorios	Fecha de modificación: 10/abril/2016
	Página: 2 de 10

I.- Objetivo:

Establecer los lineamientos necesarios para la implementación de acciones correctivas a fin de eliminar la causa de no conformidades y prevenir su recurrencia.

II.- Alcance:

Este procedimiento es aplicable a todas las áreas declaradas en el SGC de la Presidencia Municipal de Pachuca de Soto.

III.- Desarrollo:

Tarea	Responsable
1. Una vez que se ha detectado una no conformidad derivada de un hallazgo de auditoria, de una revisión interna, una queja o desviación de un objetivo en algún proceso, los responsables de los procesos deberán implementar una acción correctiva realizando previamente el análisis de la causa raíz que la originó, con la finalidad de que su implementación sea efectiva y evite alguna recurrencia. A partir del 2014 todos los hallazgos se deberán de clasificar previamente para identificar su gravedad, en caso de tratarse de una No Conformidad Mayor o Menor tendrá que documentar el análisis utilizando la metodología de las 8d's en el formato PRPMPS05R03 "Análisis de Causa Raíz 8D's" (este formato hará las veces del formato de "Lista de acciones correctivas" solo que de una forma más detallada, por ello no se deberá documentar nuevamente la acción en este formato), asimismo se pondrán en práctica, de acuerdo a las necesidades de implementación de cada una.	Responsable del proceso/ Coordinador de Calidad en donde se detectaron los hallazgos.
2. Para la atención de un hallazgo clasificado como una Oportunidad de Mejora se documentarán en el formato: lista de acciones correctivas (PRPMPS05F01.1) que se encuentra detallado en el anexo 1 de este procedimiento, <i>estos hallazgos podrán atenderse durante la auditoría sin requerir la documentación de este formato debido a que el auditor</i>	Área en donde se detectaron las no conformidades.

PRPMPS01F02.1

El presente documento es propiedad de la Presidencia Municipal de Pachuca de Soto prohibida su reproducción parcial o total.

Documento controlado

Manual de Gestión de la calidad	Código: PRPMPS05
	Versión: 09
	Fecha de emisión: 15-abril-2005
Procedimientos obligatorios	Fecha de modificación: 10/abril/2016
	Página: 3 de 10

<i>podrá verificar la efectividad en la implementación de la acción de manera inmediata, considerando que estos hallazgos no son de impacto relevante en el proceso.</i>	
3. Las listas de acciones correctivas y análisis de causa raíz 8d's son un registro del S.G.C, siendo las áreas las responsables de guardar una copia en su departamento con las firmas correspondientes y de enviar copia al auditor líder o a la Dirección de Gestión de la Calidad para el seguimiento correspondiente hasta su cierre.	Coordinador de Calidad
4. Los responsables de cada área para el cierre de las acciones correctivas en tiempo y forma, son los Secretarios Directores y Jefes del proceso.	Secretarios Directores y Jefes
5. Una vez que se cumpla el tiempo documentado en el formato para revisar la acción correctiva propuesta, la Dirección de Gestión de la Calidad o el auditor líder verificarán la efectividad de las mismas.	Coordinador de Calidad de Cada Área y Dirección de Gestión de la Calidad.
6. En referencia a las quejas y sugerencias que resulten de la inconformidad de los ciudadanos, éstas se canalizarán a las áreas correspondientes para su atención. (sobre todo en lo referente al programa de calidad en el servicio) para su tratamiento y seguimiento. Ver procedimiento de "Calidad en el Servicio". <i>Debiendo presentar a la Dirección de Gestión de la Calidad evidencia de las acciones implementadas para la atención de la queja.</i>	Dirección de Gestión de la Calidad.
7. Se deberá evidenciar con documentos, fotografías, por mencionar algún ejemplo, la implementación de acciones correctivas para mostrarlas en el momento requerido.	Responsables de Área y Coordinador de Calidad.
8. El tiempo de <i>guarda</i> de las listas de acciones correctivas, <i>análisis de causa raíz 8d's</i> y los registros que comprueban su implementación, será mínimo de un año posterior a la fecha de cierre de la acción correctiva.	Responsables de área y coordinador de calidad
9. En caso de ser necesaria una acción correctiva debido a que no se esté cumpliendo el proceso por cuestiones operativas y se identifique previo a una auditoría interna, se deberá documentar la lista de acciones correctivas, presentándola en la Dirección de Gestión de la Calidad para su conocimiento, apoyo en el	Responsables de área y Coordinador de Calidad.



Presidencia Municipal de Pachuca de Soto



Manual de Gestión de la calidad	Código: PRPMPS05
	Versión: 09
	Fecha de emisión: 15-abril-2005
Procedimientos obligatorios	Fecha de modificación: 10/abril/2016
	Página: 4 de 10

seguimiento y verificación de su implementación.	
10. A partir del mes de junio del año 2006, el Secretario(a) de Contraloría y Transparencia Municipal por instrucciones del C. Presidente, a su consideración citará a reunión o enviará oficio a cada una de las áreas que se encuentren por debajo de la meta, solicitando se analice la causa raíz de la situación que impide alcanzar la meta, acciones que se van a implementar en el área para corregir la situación y el tiempo en que se estarán efectuando, con el fin de que se de seguimiento a estas acciones.	Áreas Relacionadas con Alcance al SGC y Dirección de Gestión de la Calidad.
11. La Dirección de Gestión de la Calidad realiza seguimiento al cierre de acciones correctivas una vez que se ha cumplido la fecha propuesta por el área, en caso de que no se cuente con la totalidad de evidencia para calificar como efectiva la acción, se realiza un seguimiento anotando en el formato el estatus y la fecha de revisión, hasta que se culmine. A partir de 2014 en caso de ser necesario se lleva a cabo reunión con los Secretarios responsables de los diferentes procesos, para revisar el estatus de acciones correctivas que no han sido atendidas en tiempo y forma, con la finalidad de abatir los problemas que impiden su atención.	Áreas Relacionadas con Alcance al SGC y Dirección de Gestión de la Calidad.

IV. Documentos de referencia:

Norma NMX-CC-9001-IMNC-2008 / ISO 9001-2008- requisitos

Manual de Gestión de la Calidad de la Presidencia Municipal de Pachuca de Soto.

V.- Anexos:

Anexo 1

Formato de Lista de Acciones Correctivas (PRPMPS05F01.7)

Las acciones correctivas deberán estar documentadas en este formato y contener por lo menos la siguiente información, requisitada con base a lo que a continuación se indica:



Presidencia Municipal de Pachuca de Soto



Manual de Gestión de la calidad	Código: PRPMPS05
	Versión: 09
	Fecha de emisión: 15-abril-2005
Procedimientos obligatorios	Fecha de modificación: 10/abril/2016
	Página: 5 de 10

Logo de la Administración Actual	Lista de Acciones Correctivas PRPMPS05F01.1	 Certificado RECONOCIMIENTO al cumplimiento del estándar 2008 2009
-------------------------------------	---	---

Área:	Secretaría:	Revisión:
-------	-------------	-----------

AIO	Punto de la Norma Afectado:	Fecha Compromiso para atención:	Fecha de Cierre Real :
	Descripción del Punto Detectado		
	Análisis de Causa Raíz:		
	Acción Correctiva Propuesta		
	Verificación de la Efectividad en su Implementación:		

AIO	Punto de la Norma Afectado:	Fecha Compromiso para atención:	Fecha de Cierre Real :
	Descripción del Punto Detectado		
	Análisis de Causa Raíz:		
	Acción Correctiva Propuesta		
	Verificación de la Efectividad en su Implementación:		

Elaboró:
Coordinador de Calidad

Autorizó:
Director del Área

Sistema de Gestión de la Calidad Presidencia Municipal de Pachuca de Soto
Pag. 1/1

Manual de Gestión de la calidad	Código: PRPMPS05
	Versión: 09
	Fecha de emisión: 15-abril-2005
Procedimientos obligatorios	Fecha de modificación: 10/abril/2016
	Página: 6 de 10

Cómo se requisita:

Campo	Información
Área	El área declarada en el SGC a la que corresponde la lista de acciones correctivas.
Secretaría	Si el área reporta directamente a una Secretaría, deberá llenar este campo con el nombre de lo contrario se explicará que no aplica.
Auditoría	La clave de la auditoría en la que se detectaron las no conformidades o áreas de oportunidad, la cual se encuentra en el reporte de auditoría emitido por el auditor.
Consecutivo	El consecutivo de la no conformidad o área de oportunidad de la que se trate. La manera en que éste se conforma, se encuentra descrita en el procedimiento de auditoría interna.
Punto de la norma afectado	Se describe el punto de la norma o detalle de la documentación interna que refiere el incumplimiento.
Fecha de cierre propuesta	La fecha en la que el área se compromete a terminar la acción correctiva.
Fecha de cierre real	Este campo lo llenará el auditor cuando acuda al área a revisar que la acción comprometida se haya llevado a cabo y sea efectiva. Sólo si cumple con estas condiciones anotará la leyenda: cerrada y la fecha de revisión.
Descripción del punto detectado	Se describe el texto con la observación de la NO Conformidad mayor o menor, plasmada en el reporte de auditoría.
Análisis de la causa raíz	Análisis detallado del origen por el cual se presentó determinada irregularidad. Ej. Omisión, falta de capacitación, falta de comunicación, etc. Las acciones correctivas propuestas deben ir encaminadas a eliminar esta causa raíz, a fin de evitar que se presente cualquier otra



Presidencia Municipal de Pachuca de Soto



Manual de Gestión de la calidad	Código: PRPMPS05
	Versión: 09
	Fecha de emisión: 15-abril-2005
Procedimientos obligatorios	Fecha de modificación: 10/abril/2016
	Página: 7 de 10

	irregularidad similar a la detectada.
Acción correctiva propuesta	Texto <i>que describe</i> la acción correctiva a la que el área se compromete, deberá ir enfocada a eliminar la causa raíz y no sólo el incumplimiento detectado.
Verificación de la efectividad en su implementación:	Este <i>campo</i> lo requisita el auditor líder <i>cuando tiene</i> la evidencia de la implementación y efectividad de las acciones propuestas, debiendo hacer una descripción breve mencionando que ha sido efectiva. En caso de que al momento de la revisión la evidencia no sea suficiente, deberá describir la situación actual con la leyenda “seguimiento” y fecha de la misma, hasta contar con evidencia para su conclusión.
Elaboró	Nombre y firma del coordinador de calidad o la persona que requisitó la lista.
Autorizó	Nombre y firma de la persona que se compromete a la revisión del documento y a la realización de las acciones que en éste se proponen.

Anexo 2

Formato de Análisis de Causa Raíz de No Conformidades 8D's
(PRPMPS05F03.0)

Manual de Gestión de la calidad

Código: PRPMPS05

Versión: 09

Fecha de emisión:
15-abril-2005

Procedimientos obligatorios

Fecha de modificación:
10/abril/2016

Página: 8 de 10

Logo de
administración
actual

Análisis de Causa Raíz 8 D's

Registro: PRPMPS05R03
Formato: PRPMPS05F03.0

HOJA 1/2

Proceso: _____ Procedimiento: _____ Fecha: _____ Revisión de la que proviene: _____

1. Definición del Problema, Descripción de la No Conformidad:

--	--	--	--	--

2. MIEMBROS DEL EQUIPO PARA SOLUCIONAR PROBLEMA

NOMBRE	PUESTO	ÁREA	RESPONSABILIDAD	FIRMA

4. ACCIONES DE EMERGENCIA (CONTENCIÓN)

ACCIÓN DE CONTENCIÓN	Responsable	Fecha	Entregable	Estatus

3 b) DESCRIPCIÓN DEL PROCESO ACTUAL CON EL PROBLEMA:

--	--	--	--	--

3 a) DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO	ES	NO ES
CUANDO:	Cuando ocurrió el problema por primera vez	Cuando hubiera podido ocurrir el problema, pero no ocurrió
DONDE:	Donde estaba el problema cuando se observó	Donde podía estar ubicado el problema pero no lo está
	De donde viene el problema	Donde mas podría ser localizado el problema pero no lo está
QUE, COMO:	Qué tiene el problema	Que es lo que no tiene problema
	Que está pasando con el proceso	Que podría estar sucediendo pero no lo está
	Tenemos evidencia física del problema	Cual podría ser el problema pero no lo es
CUANTOS:	Como es la cantidad de problemas (cuantos)	Cuantos problemas se podrían tener pero no los hay
	Cual es el costo del problema en dinero, gente y tiempo	Que tan grande podría ser el problema pero no lo es
QUIEN:	Quien se ve afectado con el problema	Quien no se ve afectado por el problema
CON QUE FRECUENCIA:	El problema ocurrió con anterioridad	Cual podría ser la tendencia

6. ACCIONES CORRECTIVAS

ACCIÓN CORRECTIVA PERMANENTE	Responsable	Fecha	Entregable	Estatus

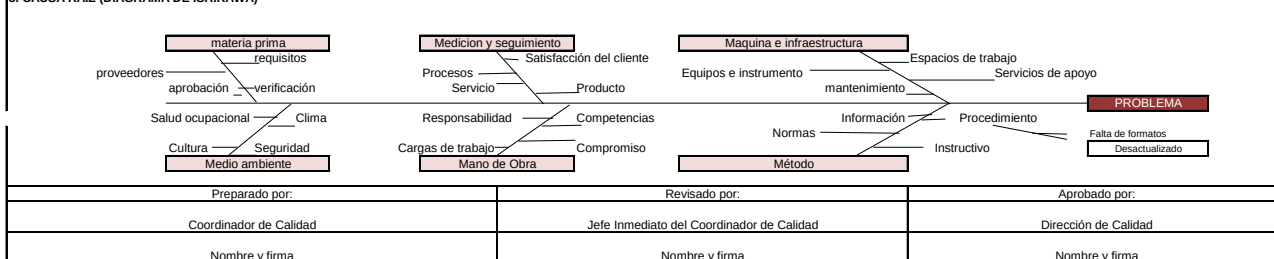
7. ACCIONES PREVENTIVAS

ACCIÓN PREVENTIVA	Responsable	Fecha	Entregable	Estatus

8. VERIFICACIÓN DE LA EFECTIVIDAD (Reconocimiento al equipo)

Descripción de la verificación	Nombre del responsable	Estatus

5. CAUSA RAÍZ (DIAGRAMA DE ISHIKAWA)



SEGUIMIENTO

HOJA 2/2

Fecha	Observaciones	Nombre y Firma

PRPMPS01F02.1

El presente documento es propiedad de la Presidencia Municipal de Pachuca de Soto prohibida su reproducción parcial o total.

Documento controlado

Manual de Gestión de la calidad	Código: PRPMPS05
	Versión: 09
	Fecha de emisión: 15-abril-2005
Procedimientos obligatorios	Fecha de modificación: 10/abril/2016
	Página: 9 de 10

Cómo se requisita:

Campo	Información
Proceso:	El proceso declarado en el SGC al que corresponde el Formato de Análisis de Causa Raíz de No Conformidades 8D's.
Procedimiento:	Si el área identifica directamente a que procedimiento corresponde el hallazgo.
Revisión de la que proviene:	La clave de la auditoría o revisión en la que se detectaron las no conformidades mayores o menores u oportunidades de mejora, la cual se obtiene del reporte de auditoría que emite el auditor líder.
Fecha:	Fecha en que se emite el documento.
1. Definición del problema, Descripción de la No Conformidad mayor o menor	Descripción del hallazgo detectado.
2. Miembros del Equipo para solucionar problema	Enlistar a cada uno de los integrantes que participarán en la solución e implementación.
3. Descripción del proceso actual con el problema	Describir la situación que causó el hallazgo y realizar el análisis detallado del origen de la irregularidad. Ej. Omisión, falta de capacitación, falta de comunicación, etc.
4. Acciones de emergencia (contención)	Describir las acciones que se implementarán de manera inmediata para evitar que siga ocurriendo el hallazgo.
5. Causa Raíz (diagrama de Ishikawa)	<i>Este diagrama causal es la representación gráfica de las relaciones múltiples de causa - raíz entre las diversas variables que intervienen en un proceso, de tal forma que se amplíe la comprensión del problema, se visualicen las razones, motivos o factores principales y secundarios del hallazgo, que permitan eliminar esta causa raíz y evitar la recurrencia.</i>
6. Acciones correctivas	Describir las acciones que se implementarán

Manual de Gestión de la calidad	Código: PRPMPS05
	Versión: 09
	Fecha de emisión: 15-abril-2005
Procedimientos obligatorios	Fecha de modificación: 10/abril/2016
	Página: 10 de 10

	para realizar la corrección del hallazgo, una vez realizado el análisis detallado de la causa raíz buscando en todo momento que el evento no se repita.
7. Acciones preventivas	<i>Describir las acciones que se implementarán para anticipar la causa y eliminarla antes de su existencia, cualquier acción que disminuya un riesgo es una acción preventiva.</i>
8. Verificación de la efectividad	Este <i>campo</i> lo requisita el auditor líder cuando tiene la evidencia de la implementación y efectividad de las acciones propuestas, debiendo hacer una descripción breve mencionando que ha sido efectiva.
Seguimiento	En caso de que al momento de la revisión la evidencia no sea suficiente, deberá describir la situación actual con la leyenda “seguimiento” y fecha de la misma, hasta <i>contar con evidencia para</i> su conclusión.

Fin del documento