

PROCEDIMIENTO:

8.1.1. ALTA DIRECCIÓN

PRESENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PROCESO: Sistema de Gestión de Calidad
FECHA DE ELABORACIÓN: junio del 2008
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 15 de Agosto 2011
PROCEDIMIENTO: Coordinación de Gestión de Calidad

I. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

- Planear y definir las actividades que realizará de forma programada la Alta Dirección a través de un COMITÉ, conforme a la norma ISO: 9001- 2008.

II. APLICACION () GENERAL (X) ESPECIFICA

- Aplica a todas las actividades que planifique y desarrolle el COMITÉ.

III. ALCANCE

- Desde la integración del COMITÉ hasta la planeación, desarrollo y conducción de las actividades del SGC.

IV. DEFINICIONES

- **COMITE:** Comité de Calidad del SGC
- **SGC:** Sistema de Gestión de Calidad
- **CONGRESO:** Congreso del Estado de Sonora
- **COORDINACION:** Coordinación de Gestión de Calidad

V. REFERENCIA

- Norma ISO 9001:2008
- Manual de Calidad

VI. POLÍTICAS

- Se Integrará el comité de calidad por todos los directivos del Congreso del Estado
- Siempre deberán presenciar de manera obligatoria por lo menos la mitad mas uno de todos sus integrantes
- Durante el desarrollo de las revisiones, siempre que existan: PNC, incumplimiento de objetivos de calidad, quejas de clientes, usuarios o diputados, el comité deberá de implementar acciones correctivas
- Para que un documento sea considerado como aprobado, deberá contener por lo menos las 2/3 partes de las firmas de los integrantes del comité.

VII. PRODUCTOS

- Informes trimestrales de revisión

VIII. CLIENTE(S)

- Organismos certificadores
- Funcionarios y empleados del Congreso

IX. INDICADORES

- Informes de revisión trimestral realizados / reuniones de revisión trimestral realizadas
- Reuniones de revisión trimestral realizadas / reuniones de revisión trimestral convocadas

X. FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- **SGC-P07-F01** Oficio para citar a reunión
- **SGC-P07-F02** Informe trimestral de revisión
- **SGC-P07-F03** Minuta de reunión
- **SGC-P07-F06** Control y seguimiento de revisión de indicadores
- **SGC-P07-F07** Lista de asistencia

XI. RESPONSABILIDADES

- Comité de Calidad, aprobar y llevar a cabo el presente procedimiento.
- Coordinación de Gestión de Calidad, asegurarse del cumplimiento de este procedimiento y elaborar los informes correspondientes.
- Dueños de procedimientos: aplicar sus procedimientos operativos.
- Coordinación de Documentación ISO: Asistir a las sesiones del COMITÉ, implementar los procedimientos ISO de Control de Documentos y de Registros y rendir los informes trimestrales.
- Coordinación de Difusión ISO: Asistir a las sesiones del COMITÉ y rendir los informes trimestrales.
- Asistente de calidad: elaborar la minuta.

A). DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

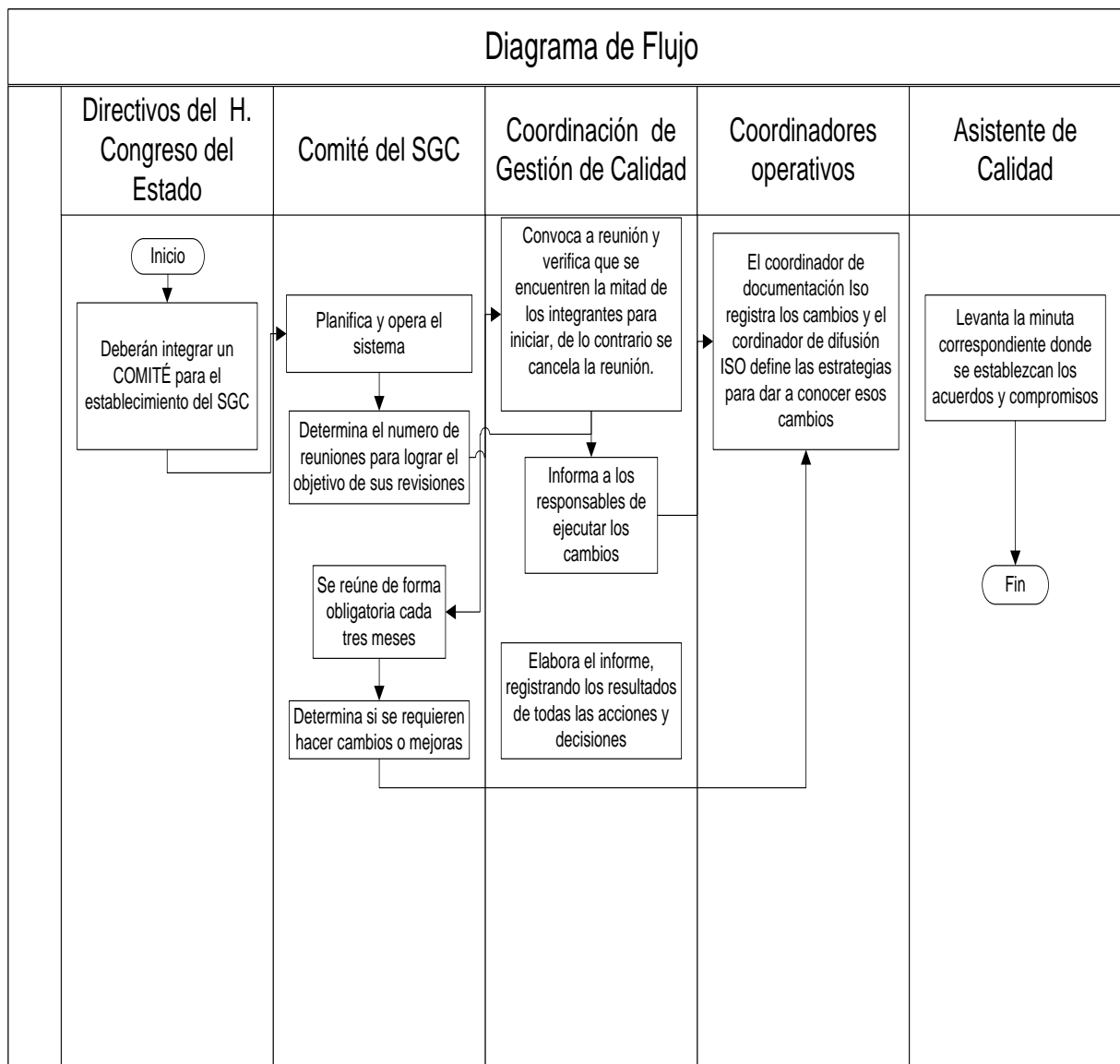
DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	Descripción de Actividades	Registro
Directivos del Congreso	<p>1. Deberán integrar un COMITÉ para el establecimiento del SGC que planifique y opere el sistema, integrado por la Alta Dirección del Congreso y coordinadores operativos, de tal manera que incluya:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un presidente 2. Un Secretario 3. Un Representante de la Alta Dirección 4. Un Coordinador de Gestión de Calidad 5. Un Coordinador de Documentación ISO 6. Un Coordinador de Difusión ISO 7. Los Directores Generales del Congreso 	Nombramientos
Comité	<p>2. Determina el número de reuniones que para lograr el objetivo de sus revisiones sean necesarios, las cuales serán convocadas por escrito por la Coordinación General del SGC y se llevarán a cabo en el lugar, forma y fecha que el COMITÉ defina.</p>	Invitación
Coordinador de Gestión de Calidad	<p>3. Se verifica que estén presentes la mitad de los integrantes para iniciar con las revisiones del COMITÉ, de lo contrario, se cancela la reunión y se cita para la próxima</p>	Minuta
Comité	<p>4. Se reúne de forma obligatoria cada tres meses para la revisión de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resultados de auditorías. 2. Retroalimentación de los clientes. 3. Desempeño de los procesos y conformidad del servicio. 4. Estado de las acciones preventivas y correctivas. 5. Cambios que podrían afectar al SGC. 6. Recomendaciones para la mejora. 	Informe trimestral de revisión

<p>Coordinadores operativos</p>	<p>5. Si en la revisión efectuada, el COMITÉ determina que se requiere hacer cambios o mejoras, el Coordinador de Documentación ISO registra los cambios en los documentos de referencia y la Coordinación de Gestión de Calidad informa a los responsables de ejecutar los cambios. Coordinación de Difusión ISO define las estrategias que implementará para dar a conocer esos cambios, tanto a los usuarios internos como externos.</p>	
<p>Coordinación de Gestión de Calidad</p>	<p>6. Una vez realizada la revisión por el COMITÉ, se elabora un informe del mismo registrando los resultados de todas las acciones y decisiones relacionadas con: 1. Mejorar la eficacia del SGC 2. Mejorar los productos / servicios en relación con la satisfacción del usuario 3. Recomendaciones para la mejora continua</p>	<p>Informe trimestral de revisión</p>
<p>Asistente de Calidad</p>	<p>7. Durante el desarrollo de las reuniones del COMITÉ, se levanta la minuta correspondiente donde se establezcan los acuerdos y compromisos, los cuales serán obligatorios para todas las unidades del SGC y lleva el control y registro de las mismas.</p>	<p>Minuta</p>

B). DIAGRAMA DE FLUJO

PROCESO: : Sistema de Gestión de Calidad
FECHA DE ELABORACIÓN: 22 de Octubre de 2008
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 15 de Agosto 2011
PROCEDIMIENTO: Coordinación de Gestión de Calidad



PROCEDIMIENTO:

8.1.2. Auditorías Internas

PRESENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PROCESO: Sistema de Gestión de Calidad
FECHA DE ELABORACIÓN: Junio 2008
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 14 de Junio de 2012
PROCEDIMIENTO: Auditorías Internas

I. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

- Establecer los criterios para llevar a cabo las auditorías internas al sistema SGC de CONGRESO.

II. APLICACION () GENERAL (X) ESPECIFICA

- Auditorías internas que se realizan al SGC del CONGRESO.

III. ALCANCE

- Desde la elaboración del programa anual de auditorías hasta la verificación de los hallazgos detectados en las auditorías.

IV. DEFINICIONES

- **SGC:** Sistema de Gestión de Calidad del Congreso del Estado
- **Auditoría Interna:** Proceso sistemático, independiente y documentado realizado por la propia organización, para obtener evidencias que resulten de actividades, procesos, declaraciones documentadas y de otras informaciones, a fin de evaluarlas de forma objetiva para determinar el grado de cumplimiento de los criterios de auditoría.
- **Auditor:** Persona con competencia demostrada, para realizar una auditoría.
- **Auditor líder:** máxima autoridad que dirige una auditoría.
- **Criterios de auditoría:** Políticas, procedimientos y requisitos utilizados como referencia.
- **No conformidad:** Situación que permite que un servicio o producto no conforme sea entregado al cliente o la ausencia completa de una política, requisito o procedimiento del SGC. Una cantidad de hallazgos similares identificados por todas partes del sistema. (OBLIGATORIO TOMAR AC OPORTUNAS)
- **Observación:** es una falla parcial del SGC documentado relacionado con un requisito del SGC, un caso aislado de incumplimiento de algún requisito del SGC.
- **Oportunidad de mejora:** Cuando no existe algún incumplimiento de requisitos, pero hay una oportunidad de mejorar el SGC; cuando hay una ambigüedad en la definición de alguno de los criterios de la norma, pero no se tiene evidencia objetiva para abrir una no conformidad.

Acciones correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable, con el objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir.

- **Corrección:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.
- **Acción preventiva:** Acción tomada para eliminar las causas de las no conformidades potenciales con el objeto de prevenir su aparición. (potenciales: es decir que no se han presentado; y pueden derivarse de: análisis de datos, recomendaciones de auditoría o clientes, ambigüedad en documentos, entre otras)
- **Registro:** Información que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
- **Producto:** Resultado de un proceso.
- **Auditoría Externa:** Auditoría llevada a cabo por interés de clientes, y organizaciones auditoras independientes o externas
- **Plan de auditoría:** Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.

V. REFERENCIA

- Norma ISO 19011
- Manual de Calidad del Congreso
- Procedimiento para acciones correctivas SGC-01-P05
- Norma ISO 9001

VI. POLÍTICAS

- Se llevaran a cabo las auditorías internas conforme al programa anual de auditoría y en base a las necesidades de mejora que presente el SGC del Congreso.
- El auditor interno siempre deberá de desempeñarse con imparcialidad, honestidad, responsabilidad y discrecionalidad
- La coordinación de gestión de calidad, conserva por un período de dos años registros que se documentan del procedimiento de auditorías internas y pre: los informes de auditorías en las revisiones del comité de calidad.

VII. PRODUCTOS

- Informe de auditoría interna

VIII. CLIENTE(S)

- Dueños de procesos y procedimientos

IX. INDICADORES

- Auditoría realizada / auditoría programada

X. FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- **SGCP04-F01** Lista de verificación
- **SGCP04-F02** Registro de no conformidades, observaciones y oportunidades de mejor
- **SGCP04-F03** Plan de auditoría interna
- **SGCP04-F04** Evaluación del auditor interno
- **SGCP04-F05** Registro de asistencia
- **SGCP04-I01** Selección de auditores
- **SGCP04-I02** Programa anual de auditoria
- **SGCP04-I03** Actividades de auditoria interna
- **SGCP04-F06** Informe de auditoría interna
- **SGCP04-F07** Reportes de auditoría interna por proceso

XI. RESPONSABILIDADES

- Del equipo de auditores: revisión y actualización del procedimiento
- De la coordinación de gestión de calidad: elaborar el procedimiento, gestionar la capacitación de auditores, designar a los auditores y conservar los registros de auditoría.
- Del auditor líder: dirigir las auditorías internas, así como verificar y presentar los resultados a la coordinación de gestión de calidad.
- De los auditores internos: verificar y dar seguimiento a los hallazgos que se detectaron durante la auditoría.
- Del personal del CONGRESO que participa en los procesos del SGC, cumplir con los lineamientos establecidos en este procedimiento.

A). DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	Descripción de Actividades	Registro
<p>Coordinador de Gestión de Calidad / Auditor Líder</p>	<p>1. Se elabora el proyecto de programa anual de auditoría, mismo que será presentado en el mes de octubre del año anterior a su aplicación, al comité de calidad para su aprobación.</p> <p>2. El Programa Anual de Auditorías Internas de Calidad contempla auditar el SGC por lo menos dos veces al año. Puede modificarse la frecuencia de las auditorías por las siguientes razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resultados de auditorías internas o externas anteriores. - Si hay cambios mayores en la estructura organizacional del CONGRESO. - Cuando existan fallas en la calidad del servicio. - Cuando sea necesario verificar la implementación de una acción correctiva requerida. - Cuando se determine la desaparición de productos o servicios. 	<p>Programa Anual de Auditorías</p>
<p>Coordinador de Gestión de Calidad</p>	<p>3. Selecciona el equipo de auditores internos y líderes</p>	<p>Instructivo para la selección de auditores internos</p>
<p>Representante de la Alta Dirección</p>	<p>4. Aprueba la selección del equipo auditor en base al instructivo</p> <p>5. Para asegurar la objetividad e imparcialidad de la auditoría, los auditores asignados no deben tener responsabilidad directa sobre el área a auditar y pueden estar apoyados por auditores externos o un especialista técnico, si lo considera conveniente el representante de la alta dirección; en dicho caso para los auditores externos deberán presentar copia de su constancia de aprobación al curso de auditor interno y documentos que validen su experiencia</p>	

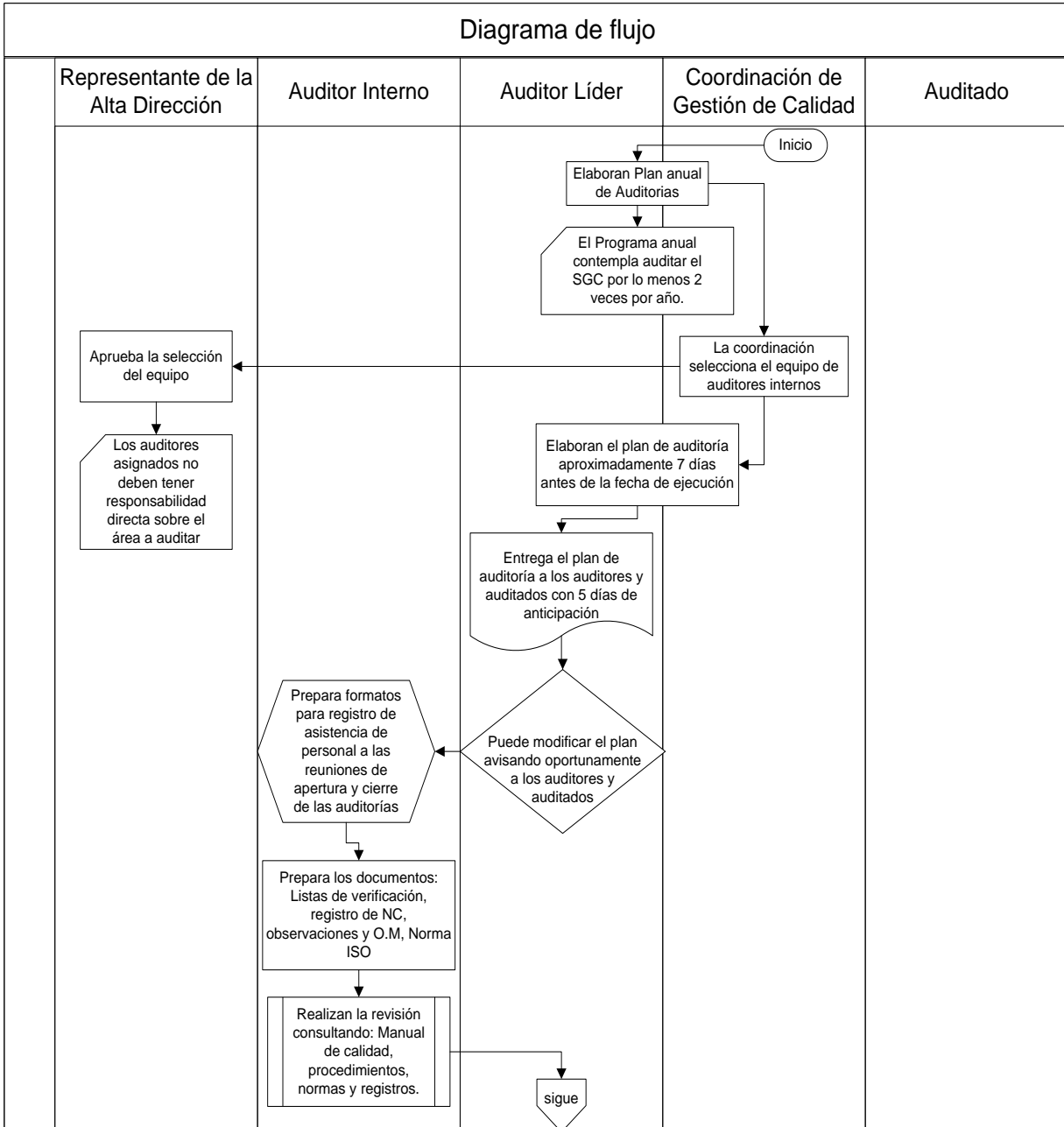
<p>Coordinador de Gestión de Calidad / Auditor Líder</p>	<p>como auditor.</p> <p>6. Elaboran el plan de auditoría por lo menos con 7 días hábiles de anticipación a la fecha de ejecución de la misma.</p>	<p>Plan de auditoría interna</p>
<p>Auditor líder</p>	<p>7. El auditor líder entrega el plan de auditoría a los auditores y auditados involucrados con una anticipación de 5 días hábiles.</p> <p>8. Durante la auditoría, el plan puede modificarse de acuerdo a las necesidades, siempre y cuando se notifique formal y oportunamente al equipo auditor y a los auditados.</p>	<p>Oficio /correo electrónico</p>
<p>Auditor interno</p>	<p>9. El auditor prepara los formatos para el registro de asistencia del personal a las reuniones de apertura y cierre de las auditorías.</p> <p>10. Prepara los siguientes documentos para efectuar la auditoría de acuerdo a los puntos que le fueron asignados:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Listas de Verificación de los elementos que les corresponde auditar b) Registro de No Conformidades, Observaciones y Acciones Correctivas c) Norma ISO 9001 	<p>Registros de asistencia</p> <p>Listas de verificación</p>
<p>Auditor líder / interno</p>	<p>11. Realizan la revisión consultando la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Manual de Calidad b) Procedimientos c) Normas d) Registros <p>12. En caso de que sea una auditoría completa (todo el SGC), se programa una reunión de apertura.</p> <p>13. Al término de la reunión de apertura el auditor se traslada al área a auditar. En caso de no existir reunión de apertura irá directamente al área a auditar.</p>	<p>Registros de No Conformidades, Observaciones y Oportunidades de Mejora</p>

<p>Auditado</p>	<p>14. Desarrolla la auditoría basándose en las listas de verificación.</p> <p>15. Se efectúa la evaluación buscando las evidencias para determinar si es adecuado el SGC, si cumple con los requisitos del Manual de Calidad y con la Norma ISO 9001:2008.</p> <p>16. En caso de detectar una no conformidad, Observación u Oportunidad de Mejora, ésta se documenta en el registro de No Conformidades, Observaciones y Oportunidades de Mejora y posteriormente la entrega al auditado.</p> <p>17. En el caso de encontrar no conformidades, se atienden según los Procedimientos de Acciones Correctivas sin demora injustificada. A las observaciones, oportunidades de mejora y no conformidades les da seguimiento el auditor interno correspondiente, de acuerdo a las fechas establecidas en el Registro de No Conformidades, Observaciones y Oportunidades de Mejora.</p> <p>18. Si existe una causa – raíz en la no conformidad, se procede a implementar de manera inmediata una acción correctiva, conforme al procedimiento lo establece. De lo contrario se llevan a cabo las correcciones o acciones preventivas correspondientes.</p>	<p>Registro de No Conformidades, Observaciones y Oportunidades de Mejora</p>
<p>Auditado Auditor líder Auditor interno</p>	<p>19. En el registro de No Conformidades, Observaciones y Oportunidades de Mejora, se establece la fecha de verificación en la que ira el auditor a comprobar las correcciones, acciones correctivas o preventivas implementadas según sea el caso.</p>	
<p>Auditor líder Auditor interno</p>	<p>20. En caso de que sea una auditoría completa se programa una reunión de cierre y se toma lista de asistencia</p> <p>21. En caso de ser una auditoría a una sola área, los números 16, 17, 18 y 19 se verán con el dueño de procedimiento auditado.</p>	<p>Lista de asistencia</p>

<p>Equipo auditor</p>	<p>22. Basándose en el registro de las no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora de los auditores, reportes de auditoría interna por proceso, el equipo auditor se reúne para revisión y elaboración del Informe de Auditoría Interna y lo presenta a la coordinación de gestión de calidad, en un plazo no mayor a 5 días hábiles, el cual deberá incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> a). Datos generales de la auditoría (objetivo, alcance, fechas, norma de referencia) b) No conformidades registradas por requerimiento de la Norma c). Observaciones d). Oportunidades de mejora e). Conclusiones de la auditoría 	<p>Reportes de auditoría por proceso Informe de auditoría</p>
<p>auditor</p>	<p>23. Verifica en la fecha establecida por el auditado el cumplimiento de los compromisos contraídos en Registro de No Conformidades, Observaciones y Oportunidades de Mejora, en caso de encontrar una acción adecuada, anota la fecha de cumplimiento y la firma para de esa manera registrarla como cerrada.</p> <p>24. De lo contrario, el auditor y auditado reprograman las acciones y la fecha para una última verificación para la implementación de la acción correctiva, preventiva o corrección según sea el caso.</p>	<p>Registro de No Conformidades, Observaciones y Oportunidades de Mejora</p>
<p>Asistente de Calidad</p>	<p>25. Al terminar la auditoría levantara una evaluación a los auditados para evaluar el desempeño del auditor, misma que se graficará para mejorar el análisis y toma de decisiones.</p> <p>FIN</p>	<p>Evaluación de los auditores internos Graficas</p>

B). DIAGRAMA DE FLUJO

PROCESO: : Sistema de Gestión de Calidad
FECHA DE ELABORACIÓN: Junio 2008
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Marzo 2010
PROCEDIMIENTO: Auditorías Internas



PROCEDIMIENTO:

8.1.3. Acciones Correctivas

PRESENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PROCESO: Sistema de Gestión de Calidad

FECHA DE ELABORACIÓN: junio del 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 15 de Agosto 2011

PROCEDIMIENTO: Acciones Correctivas

I. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

- Establecer los lineamientos para la toma de decisiones referentes a la implementación de las acciones correctivas, que sean apropiadas a las no conformidades y las derivadas de problemas detectados en el SGC del CONGRESO

II. APLICACION () GENERAL (X) ESPECIFICA

- Aplica a todos los procesos del SGC del CONGRESO.

III. ALCANCE

- Desde la identificación de la no conformidad encontrada hasta la verificación de la eficacia de la acción correctiva tomada.

IV. DEFINICIONES

- **Acción correctiva.** Acción tomada para eliminar la causa de la no conformidad detectada u otra situación indeseable.
- **Acción preventiva.** Acción tomada para eliminar la causa de la no conformidad potencial u otra situación indeseable.
- **No conformidad.** Incumplimiento de un requisito.
- **Corrección:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada

V. REFERENCIA

- Norma ISO 9001:2008
- Manual de Calidad
- Informe de Auditorías
- Procedimiento de Auditorías Internas (Formato 02)
- Procedimiento de Acciones Preventivas (Formato 02)

VI. POLÍTICAS

- Las acciones correctivas se deben de implementar una vez determinada la causa raíz.
- Cuando los objetivos de calidad no cumplen con su meta, se deberá implementar una AC a la brevedad posible.

VII. PRODUCTOS

N/A

VIII. CLIENTE(S)

- Auditores internos
- Auditores externos
- Comité de Calidad

IX. INDICADORES

- Acciones correctivas cerradas efectivamente / acciones correctivas implementadas

X. FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- **SGC-P04-F02** Registro de no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora
- **SGC-P05 -F01** Registro de acciones correctivas
- **SGC-P06- F02** Control de acciones correctivas y preventivas

XI. RESPONSABILIDADES

- Representante de la alta dirección, aprobación y revisión del procedimiento
- Dueño del procedimiento del área donde se detecta una no conformidad u otra situación indeseable, el cumplimiento de los lineamientos establecidos en este procedimiento para la implementación efectiva de las acciones correctivas.
- Auditor líder, verificar fecha de cumplimiento, cerrar la acción implementada y presentar registros.
- Círculos de calidad: tienen la responsabilidad de participar en el análisis y propuestas de solución de las no conformidades generadas en sus áreas de trabajo.

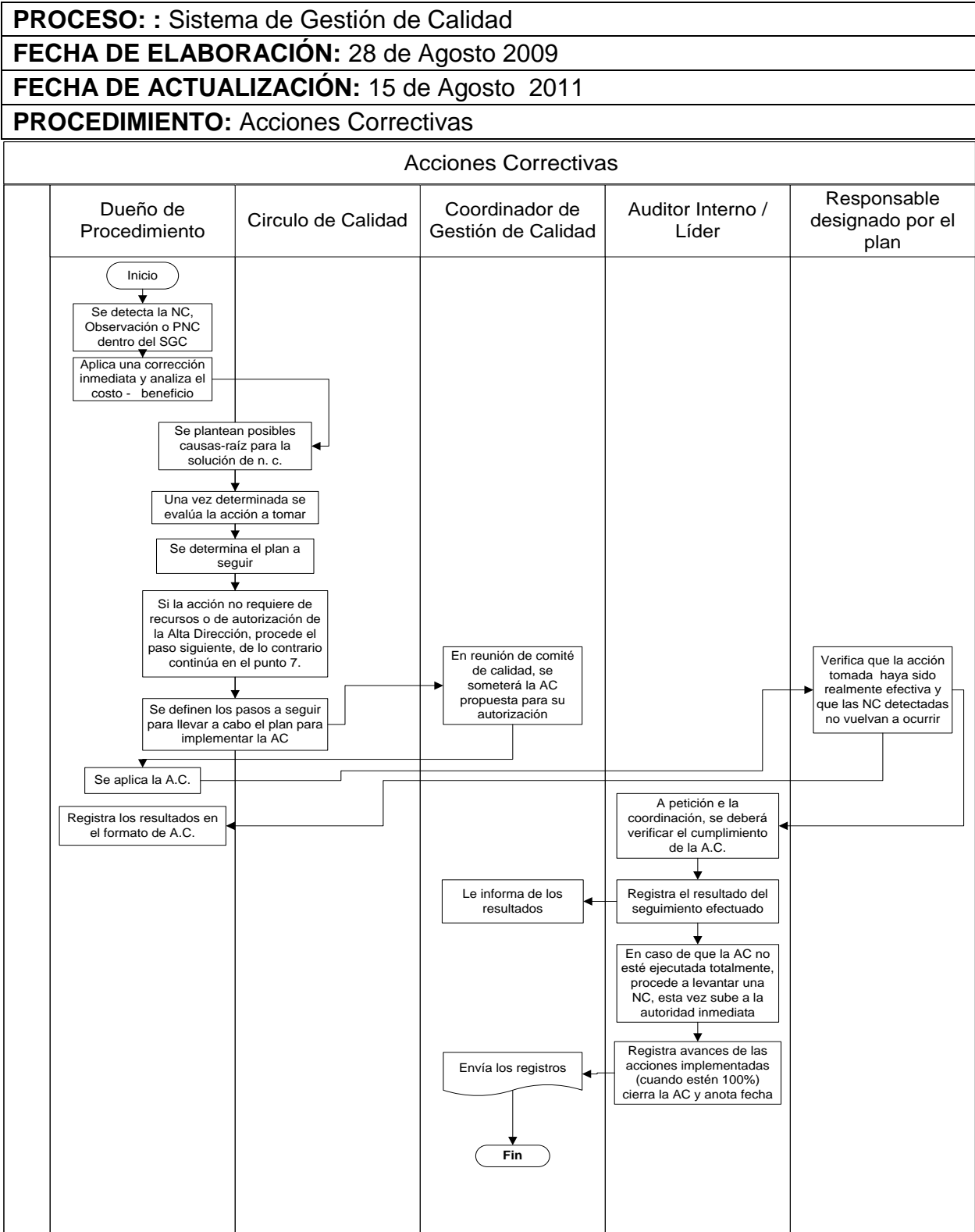
A). DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	Descripción de Actividades	Registro
Dueño de procedimiento	1.Una vez detectada la no conformidad, observaciones o productos no conformes dentro del SGC, debe aplicar una corrección inmediata y analizar el costo – beneficio de la implementación de la misma	Registro de no conformidades, observaciones y oportunidades de mejora
Circulo de calidad / Dueño de procedimiento	<p>2. Se plantean posibles causas – raíz para la solución de la no conformidad encontrada que provengan de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Auditorías internas b) Auditorías externas c) Análisis de datos d) Análisis de la eficacia de los procesos e) Revisión por la alta dirección f) Análisis de quejas y sugerencias de los clientes g) Identificación de producto no conforme <p>3. Una vez determinada la existencia de la causa - raíz, se evalúa la acción a tomar, si la acción requiere involucrar otras áreas o procedimientos, se convoca a las áreas involucradas y se regresa al paso 1.</p> <p>4. Se determina el plan a seguir:</p> <p>5. Si la Acción no requiere de ampliar recursos o de una autorización de la Alta Dirección se procede con el paso siguiente, de lo contrario se continúa en el punto 7.</p> <p>6. Se definen los pasos para llevar a cabo el plan para implementar la acción correctiva: se recomienda que se lleven a cabo algunas interrogantes para determinar el plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la acción a tomar? 	<p>Minuta</p> <p>Registro de acciones correctivas</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Quién será el responsable de hacerlo? • ¿En fechas o periodo de llevará a cabo? • ¿Cuál será el indicador para medir la eficacia de la acción implementada? • ¿Cuándo se va revisar el plan? • ¿Quién será el responsable de verificar el plan? 	
<p>Dueño de procedimiento</p>	<p>7. En reunión del comité de calidad, se someterá la acción correctiva propuesta para su autorización; si se autoriza se continúa con el siguiente paso, de lo contrario, se regresa al punto 3.</p>	<p>registro de acciones correctivas</p>
<p>El responsable designado en el plan</p>	<p>8. Se aplica la acción correctiva.</p>	
<p>Dueño de procedimiento</p>	<p>9. Verifica que la acción tomada haya sido realmente efectiva y que las no conformidades detectadas no vuelvan a ocurrir.</p>	<p>Control de acciones correctivas y preventivas</p>
<p>Auditor interno o líder.</p>	<p>10. Registra los resultados en el formato de acciones correctivas</p>	
	<p>11. A petición de la Coordinación de Gestión de Calidad se deberá verificar el cumplimiento de la acción correctiva.</p>	
	<p>12. Registra el resultado del seguimiento efectuado y le informa a la coordinación de gestión de calidad., y en caso de que la acción correctiva no este ejecutada en su totalidad se procede a levantar una No Conformidad, pero esta vez, sube a la autoridad inmediata superior</p>	
<p>Coordinación de Gestión de Calidad</p>	<p>13. El auditor registra avances de las acciones implementadas cuando hayan alcanzado el 100%, cierra la acción correctiva y anota la fecha de cierre en formato de control de correcciones, acciones correctivas y preventivas, y envía los registros a la coordinación de gestión de calidad.</p> <p>14. recibe registros</p>	

B). DIAGRAMA DE FLUJO



PROCEDIMIENTO:

8.1.4. Acciones Preventivas

PRESENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PROCESO: Sistema de Gestión de Calidad

FECHA DE ELABORACIÓN: junio del 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 16 de Agosto 2011

PROCEDIMIENTO: Acciones Preventivas

I. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

- Establecer los lineamientos para la implementación de acciones preventivas que eviten los problemas futuros o potenciales generadores de las causas de No Conformidades y la prevención de las mismas en el SGC del Congreso del Estado de Sonora.

II. APLICACION () GENERAL (X) ESPECIFICA

- Aplica a todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad del Congreso del Estado de Sonora.

III. ALCANCE

- Desde que se detecta un problema potencial, hasta el cierre de la acción preventiva.

IV. DEFINICIONES

- **Acción preventiva.** Acción tomada para evitar la causa de la No conformidad potencial u otra situación indeseable.
- **No Conformidad.** Incumplimiento de un requisito.

V. REFERENCIA

- Norma ISO 9001:2008
- Manual de Calidad del Congreso del Estado

VI. POLÍTICAS

- Se buscara el análisis de datos para detectar posibles situaciones no deseadas
- Se analizaran los resultados de auditorías de otros procedimientos del SGC del Congreso para analizar que si esas situaciones se pudieran presentar en los procedimientos no auditados.

VII. PRODUCTOS

- No aplica

VIII. CLIENTE(S)

- Dueños de procedimientos
- Comité de calidad
- Auditores internos
- Auditores externos

IX. INDICADORES

- No aplica

X. FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- **SGCP06F02** Registro de acciones preventivas
- **SGCP06F01** Control de correcciones, acciones correctivas y preventivas

XI. RESPONSABILIDADES

- Representante de la alta dirección, aprobación y revisión del procedimiento
- Dueños de procedimiento, verificar la operatividad y proponer acciones de mejora.

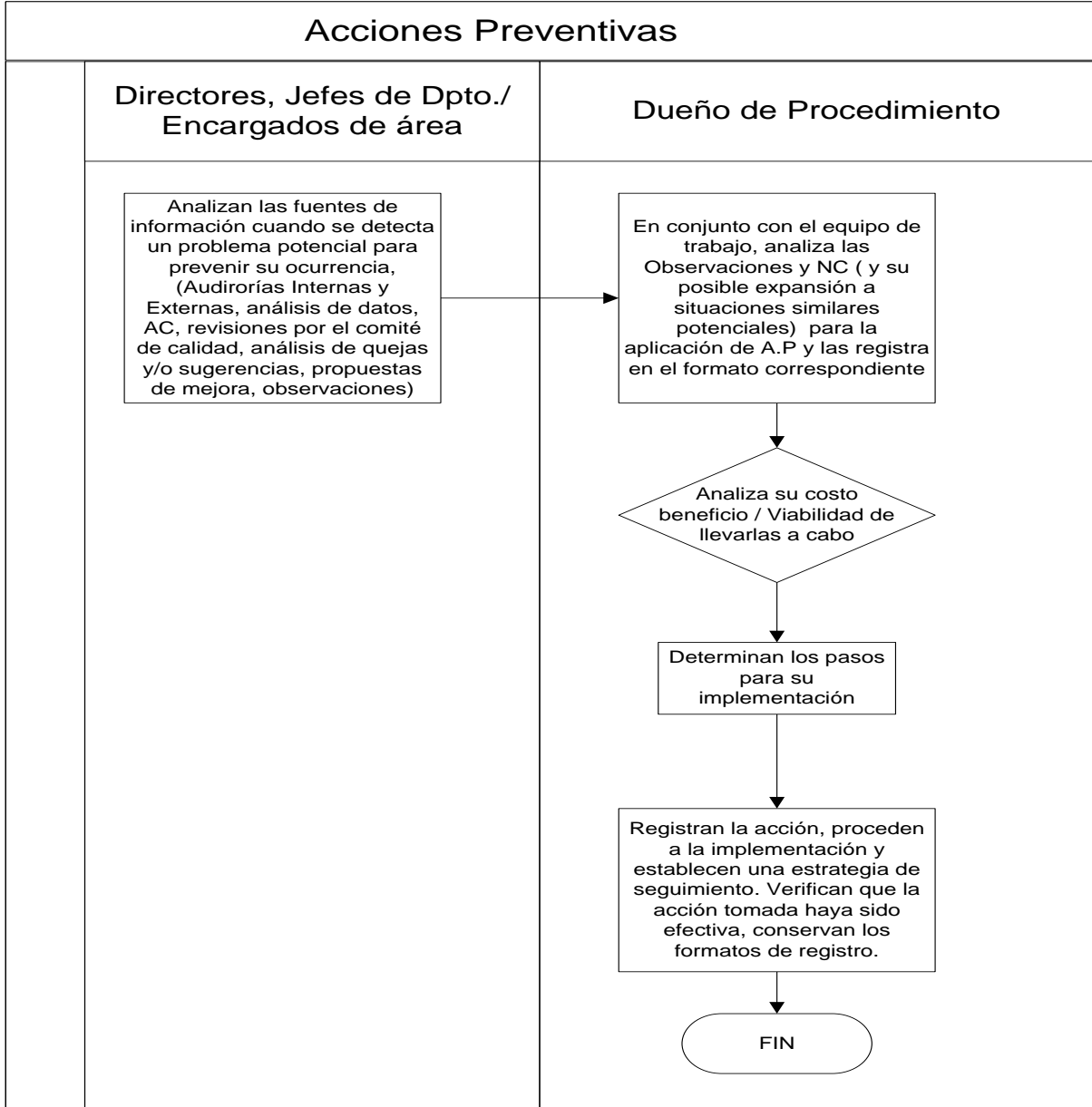
A). DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	Descripción de Actividades	Registro
Directores, jefes de departamento o encargados de área	<p>1. Estas fuentes de información deberán ser analizadas cuando se detecte un problema potencial, para prevenir su ocurrencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Auditorías internas b) Auditorías externas c) Análisis de datos d) Acciones correctivas e) Revisiones por el comité de calidad f) Análisis de quejas y/o sugerencias de los clientes g) Propuestas de mejora. h) Observaciones <p>2. En conjunto con el equipo de trabajo, analizarán las observaciones y no conformidades (su posible expansión a situaciones similares potenciales), para la aplicación de acciones preventivas, con el fin de fomentar la mejora continua y las registran en el formato de acciones preventivas.</p>	
Dueño de procedimiento	3. Analizan su costo-beneficio, así como la viabilidad de llevarla a cabo.	
Dueño de procedimiento	4. Determinarán los pasos para su implementación (tiempos, etapas, personal involucrado, recursos, etc.).	
Dueño de procedimiento	Registran la acción, proceden a la implementación, y establecen una estrategia de seguimiento, verifican que la acción tomada haya sido realmente efectiva, conservan los formatos de registro.	Registro y control de acciones preventivas

B). DIAGRAMA DE FLUJO

PROCESO: : Sistema de Gestión de Calidad
FECHA DE ELABORACIÓN: Junio 2008
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 16 de Agosto 2011
PROCEDIMIENTO: Acciones Preventivas



PROCEDIMIENTO:

8.1.5. Control de Producto No Conforme

PRESENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PROCESO: Sistema de Gestión de Calidad
FECHA DE ELABORACIÓN: junio del 2008
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 15 de Agosto 2011
PROCEDIMIENTO: Control de Producto No Conforme

I. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO

- Establecer los controles y mecanismos para identificar, controlar y definir responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento de los productos no conformes.

II. APLICACION () GENERAL (X) ESPECIFICA

- Aplica a todos los servicios o productos derivados de los procesos de realización o sustantivos, que no son conformes con los requisitos.

III. ALCANCE

- Desde la detección del producto o servicio no conforme hasta su solventación o cierre de la acción correctiva o preventiva.

IV. DEFINICIONES

- **Producto o Servicio No Conforme:** se refiere al producto o servicio que no cumple con los requisitos establecidos en los procedimientos del SGC.
- **SGC:** Sistema de Gestión de Calidad
- **Desecho:** Acción tomada sobre un producto no conforme para impedir su uso inicialmente previsto.
- **Concesión:** Autorización para utilizar o liberar un producto o servicio no conforme
- **Corrección:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.
- **Reproceso:** Acción tomada sobre un producto para que cumpla con los requisitos.
- **No Conformidad:** Incumplimiento de un requisito.

V. REFERENCIA

- Norma ISO 9001:2008
- Manual de Calidad
- Procedimiento de acciones correctivas

VI. POLÍTICAS

- Se determinaran de manera clara los requisitos del cliente, producto, necesarios y reglamentarios para poder identificar los problemas reales y potenciales.
- Con la identificación del producto no conforme se buscara implementar la autoevaluación de los productos y servicios que ofrece el Congreso.
- Identificaran y controlaran productos o servicios no conformes, aquellos

procedimientos que dentro del mapa de procesos son considerados como sustantivos, y, soporte y sustantivos.

VII. PRODUCTOS

- No aplica

VIII. CLIENTE(S)

- Comité de calidad
- Auditores internos
- Auditores externos

IX. INDICADORES

- Servicios y o productos conformes / productos ofrecidos

X. FORMATOS E INSTRUCTIVOS

- **SGC-P03-F01** Identificación y control de los productos no conformes
- **SGC-P05-F01** Registro de Acciones Correctivas
- **SGC-P06-F01** Registro de Acciones Preventivas

XI. RESPONSABILIDADES

- Representante de la Alta Dirección, aprobar el presente procedimiento y revisar los informes.
- Dueño del procedimiento, asegurarse del cumplimiento de este procedimiento y enviar el informe correspondiente.
- Personal del CONGRESO involucrado en los procesos del SGC, implementar lo establecido en este procedimiento.

A). DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	Descripción de Actividades	Registro
Identificador del PNC	1. La persona que recibió o identificó un probable producto o servicio no conforme, informa de manera verbal o por escrito al dueño del procedimiento responsable.	oficio / correo electrónico
Dueño del procedimiento	2. El dueño del procedimiento determina las acciones a tomar, las refleja en el formato de registro y, en su caso, implementa las que correspondan. La disposición del producto o servicio no conforme puede ser: <ol style="list-style-type: none"> 1. Aceptación bajo concesión del producto o servicio no conforme. 2. Desecho 3. Corrección <p>3. Todo producto corregido o reprocesado se somete a una nueva revisión, para comprobar su conformidad con los requisitos y determina si requiere análisis de la causa – raíz y acción correctiva.</p> <p>4. En caso de requerirse acción correctiva o preventiva, se lleva a cabo conforme al procedimiento.</p> <p>5. Registra las acciones determinadas y aplicadas por el responsable del área generadora del producto o servicio no conforme.</p>	Identificación y control de PNC Formato de acciones correctivas y preventivas
Dueño de procedimiento	6. Comunica a la persona que detectó el producto no conforme el avance de la observación.	Identificación y control de PNC

B). DIAGRAMA DE FLUJO

PROCESO: : Sistema de Gestión de Calidad
FECHA DE ELABORACIÓN: Junio 2008
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 15 de Agosto 2011
PROCEDIMIENTO: Control de Producto No Conforme

