

# **ANEXO 1**

---

# **PROCEDIMIENTOS GOBERNADORES**

## INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TANTOYUCA



### PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS

<b>Responsable:</b> Representante de la Dirección	<b>Requerimiento:</b> 4.2	<b>Fecha de Efectividad:</b> Enero 03 de 2005
<b>Código:</b> P-CC-01	<b>No. Revisión:</b> 0	<b>Copia No. Hoja:</b> 1 de 4

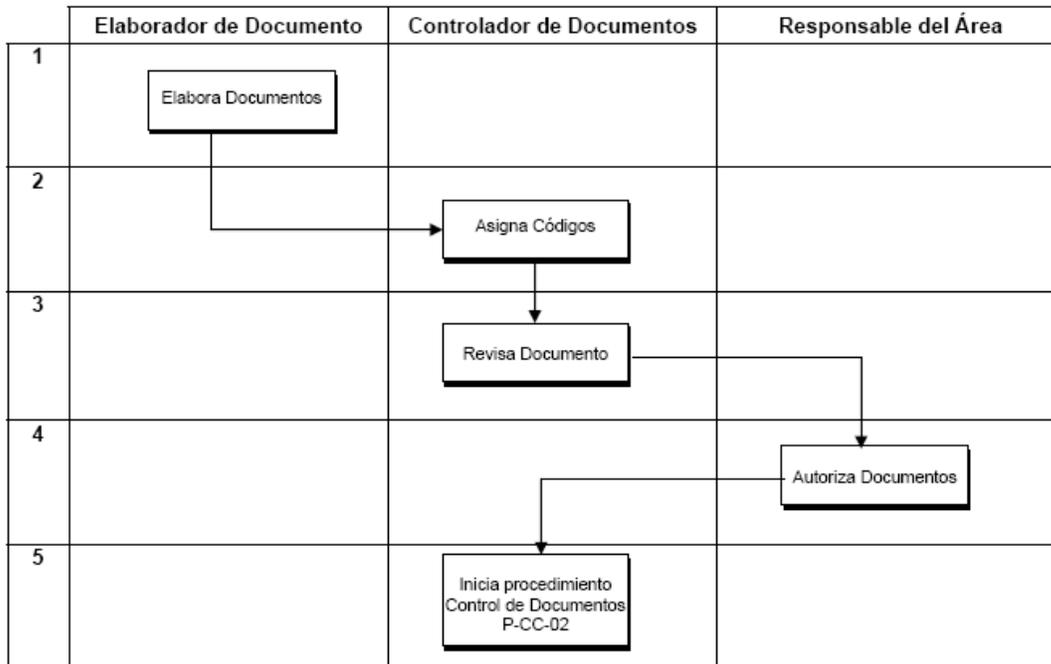
#### I OBJETIVO

Definir el proceso a seguir para la elaboración de un documento.

#### II. ALCANCE

Aplica para la elaboración de los siguientes documentos relativos al sistema de Calidad de la Institución: Manuales operativos, Procedimientos, Manual de funciones, Planes de Calidad e Instrucciones de trabajo.

#### III. DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO



	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Representante de la Dirección	Director General	Director General
Fecha	Noviembre 15 de 2004	Diciembre 14 de 2004	Enero 03 de 2005
Nombre y Firma	<hr style="width: 100%;"/> Ing. Jesús Ortiz Martínez	<hr style="width: 100%;"/> Ing. Jesús I. Martínez Arroyo	<hr style="width: 100%;"/> Ing. Jesús I. Martínez Arroyo

R00/0105

F-CC-01

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TANTOYUCA****PROCEDIMIENTO  
ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS**

<b>Responsable:</b> Controlador de Documentos	<b>Requerimiento:</b> 4.2	<b>Fecha de Efectividad:</b> Enero 03 de 2005
<b>Código:</b> P-CC-01	<b>No. Revisión:</b> 0	<b>Copia No.</b>
		<b>Hoja:</b> 2 de 4

**IV. POLÍTICAS**

- Es responsabilidad del Controlador de Documentos que se cumpla con este procedimiento.
  - Todo los documentos, deberán escribirse con letra Arial tamaño 10 (Redacción).
  - El tamaño de la letra puede ser considerando de acuerdo a la información de los Documentos que sean utilizados para la operación (encabezados, títulos, tablas, diagramas, etc), por el Elaborador y Controlador de Documentos.
  - Se deberá de firmar todos los Documentos Originales con tinta azul en Elaboró, Revisó y Autorizó.
- Nota: La descripción de la actividad a desarrollar dependerá de la complejidad de la tarea y la experiencia del responsable de ejecutarla.

**Tabla 1 Requerimientos mínimos por documento**

Documento	Requerimientos Mínimos
Manual de Calidad	Código, título, nombre y firmas de las funciones que elaboraron, revisaron y autorizaron, No. de revisión, fecha de revisión, copia número y número de páginas.
Procedimientos	Código, título, nombre y firmas de las funciones que elaboraron, revisaron y autorizaron, No. de revisión, fecha de revisión, copia número y total de páginas. (Utilizar F-CC-01 Portada y F-CC-02 Contenido).
Instrucciones de Trabajo	Código, título, nombre y firmas de las funciones que elaboraron, revisaron y autorizaron, No. de revisión, fecha de revisión, copia número y total de páginas (Utilizar F-CC-03 Instrucción de Trabajo).
Planes de Calidad	Código, título, nombre y firmas de las funciones que elaboraron, revisaron y autorizaron, No. de revisión, fecha de revisión, copia número y total de páginas. (Utilizar F-CC-04 Plan de Calidad).
Catálogos, tablas, listas.	Código, título, nombre y firmas de las funciones que elaboraron y autorizaron, No. de revisión, fecha de revisión, copia número y total de páginas.
Documentos	Código, título, nombre y firmas de las funciones que elaboraron, revisaron y autorizaron, No. de revisión, fecha de revisión, copia número y total de páginas.
Formatos	Título, código, número y fecha de revisión y en el diseño de formato nombre y firma de quién elaboró.
Formatos electrónicos	Título, código, número y fecha de revisión.
Externos	Sello de documento externo controlado (sólo en copias).
Programas	Código, título, nombre y firmas de las funciones que elaboraron, revisaron y autorizaron, No. de revisión, fecha de revisión, copia número y total de páginas.

**Tabla 2 Revisión y autorización de documentos**

Documento	Revisa	Autoriza
Manual de Calidad	Controlador de Documentos	Director de ORGANIZACIÓN
Procedimientos	Controlador de Documentos	Subdirección responsable - Representante de la Dirección
Instrucciones de Trabajo	Controlador de Documentos	Subdirección responsable - Representante de la Dirección
Catálogos	Controlador de Documentos	Subdirección responsable - Representante de la Dirección
Tablas, Listas.	Controlador de Documentos	Subdirección responsable - Representante de la Dirección
Planes de Calidad	Controlador de Documentos	Subdirección responsable - Representante de la Dirección
Formatos	Controlador de Documentos	Área Responsable

R00/0105

F-CC-02

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TANTOYUCA**



**PROCEDIMIENTO  
ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS**

<b>Responsable:</b> Controlador de Documentos Código: P-CC-01	<b>Requerimiento:</b> 4.2 No. Revisión: 0	<b>Fecha de Efectividad:</b> Enero 03 de 2005 Copia No. Hoja: 3 de 4
---	---	---

**V. RESPONSABILIDADES**

Secuencia	Responsables	Actividades	Cuándo																														
1	Elaborador de Documentos	<p><b>Elabora Documentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elabora el documento en conjunto con el responsable del área y realiza todas las actividades de este punto.</li> <li>• Identifica el (o los) resultado(s), que se obtiene del desarrollo del documento en cuestión, con la finalidad de estandarizar su operación.</li> <li>• El documento a desarrollar se elabora basándose en los siguientes anexos:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Procedimientos:</b> F-CC-01 Portada de Procedimiento (Véase Anexo).</li> <li>○ F-CC-02 Contenido de Procedimiento (Véase Anexo).</li> <li>○ <b>Instrucciones:</b> F-CC-03 Instrucción de Trabajo (Véase Anexo).</li> <li>○ <b>Planes de Calidad:</b> F-CC-04 Plan de Calidad (Véase Anexo).</li> </ul> </li> </ul>	N/A																														
2	Controlador de Documentos	<p><b>Asigna Códigos:</b></p> <p>1- Para el caso de listas se codifica como "F" ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ F-CC-05 Lista Maestra de Control de Documentos.</li> <li>○ F-CC-09 Lista Maestra de Control de Registros.</li> </ul> <p>• Asigna un NÚMERO DE CÓDIGO para el documento, el cual está constituido de acuerdo a lo siguiente: Todos los documentos, datos y formatos del sistema de calidad poseen un código del tipo:</p> <p style="text-align: center;"><b>W – XX – ZZ</b></p> <p>w = Tipo de documentos                      xx = Área                      zz = No. Consecutivo</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">(w)</td> <td style="text-align: center;">(xx)</td> <td style="text-align: center;">(zz)</td> </tr> <tr> <td>MC= Manual de Calidad</td> <td>Coordinación de Calidad = CC</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>P= Procedimientos</td> <td>Coordinación Académica = CA</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>F= Formato</td> <td>Recursos Humanos = RH</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>IT= Instrucciones de Trabajo</td> <td>Compras = CO</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>C= Catálogos</td> <td>Control de Calidad = Cal</td> <td></td> </tr> <tr> <td>T= Tablas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>M= Manual</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D= Documentos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pr= Programas</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><u>Casos Especiales:</u></p> <p>2- Para el caso de manuales que agrupan instrucciones o especificaciones, se controla el manual como un todo, y por tanto se codifica como "M". Ejemplo: M-CA-01 Manual de Coordinación académica: Es un manual que encierra todas las instrucciones para realizar las actividades de la coordinación académica.</p>	(w)	(xx)	(zz)	MC= Manual de Calidad	Coordinación de Calidad = CC	01	P= Procedimientos	Coordinación Académica = CA	02	F= Formato	Recursos Humanos = RH	03	IT= Instrucciones de Trabajo	Compras = CO	04	C= Catálogos	Control de Calidad = Cal		T= Tablas			M= Manual			D= Documentos			Pr= Programas			N/A
(w)	(xx)	(zz)																															
MC= Manual de Calidad	Coordinación de Calidad = CC	01																															
P= Procedimientos	Coordinación Académica = CA	02																															
F= Formato	Recursos Humanos = RH	03																															
IT= Instrucciones de Trabajo	Compras = CO	04																															
C= Catálogos	Control de Calidad = Cal																																
T= Tablas																																	
M= Manual																																	
D= Documentos																																	
Pr= Programas																																	

# INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TANTOYUCA



## PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS

<b>Responsable:</b> Controlador de Documentos	<b>Requerimiento:</b> 4.2	<b>Fecha de Efectividad:</b> Enero 03 de 2005
<b>Código:</b> P-CC-01	<b>No. Revisión:</b> 0	<b>Copia No.</b> Hoja: 4 de 4

Secuencia	Responsables	Actividades	Cuándo
3	Controlador de Documentos	<b>Revisa Documento:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Revisa que el nuevo documento cumpla con los requisitos establecidos en el presente procedimiento, en el procedimiento de Control de Documentos (P-CC-02) y en el Control de Registros (P-CC-03), y que no tenga conflicto con otros documentos del Sistema de Calidad de Institución.</li> <li>Verifica que el documento cumpla con lo establecido en el Manual de Calidad (MC-01), y en la Norma ISO 9001:2000 STANDARD vigente.</li> <li>De ser necesario, efectúa las correcciones sobre el documento conjuntamente con el responsable del área (regresar a la <b>Secuencia 1</b>).</li> <li>Si determina que el documento es correcto, <b>firma con tinta azul</b> la portada en la sección correspondiente a REVISO y envía el documento a la Dirección - Subdirección correspondiente para su oficialización.</li> </ul>	N/A
4	Dirección / Subdirección Responsable / Área Responsable	<b>Autoriza Documentos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verifica con la normatividad de la Institución.</li> <li>Revisa el documento y <b>firma con tinta azul</b> la portada en la sección AUTORIZÓ y lo envía a Controlador de Documentos.</li> <li>En caso de encontrar alguna diferencia lo informa para su corrección al Elaborador de Documentos o Controlador de Documentos.</li> </ul>	Se autoriza en 2 días a partir de que recibe el documento
5	Controlador de Documentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicia procedimiento Control de Documentos P-CC-02.</li> </ul>	N/A

### VI. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Código	Documentos
NMX-CC-9001-IMNC-2000	Norma ISO 9001:2000 (Sistema de Gestión de la Calidad – Requisitos)
MC-01	Manual de Calidad
P-CC-02	Control de Documentos
P-CC-03	Control de Registros

### VII. REGISTROS

N/A

### VIII. GLOSARIO

N/A

R00/0105

F-CC-02

# INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TANTOYUCA



## PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS

Responsable: Controlador de Documentos Código: P-CC-02	Requerimiento: 4.2 No. Revisión: 0	Fecha de Efectividad: Enero 03 de 2005 Hoja: 1 de 6
--	--	---

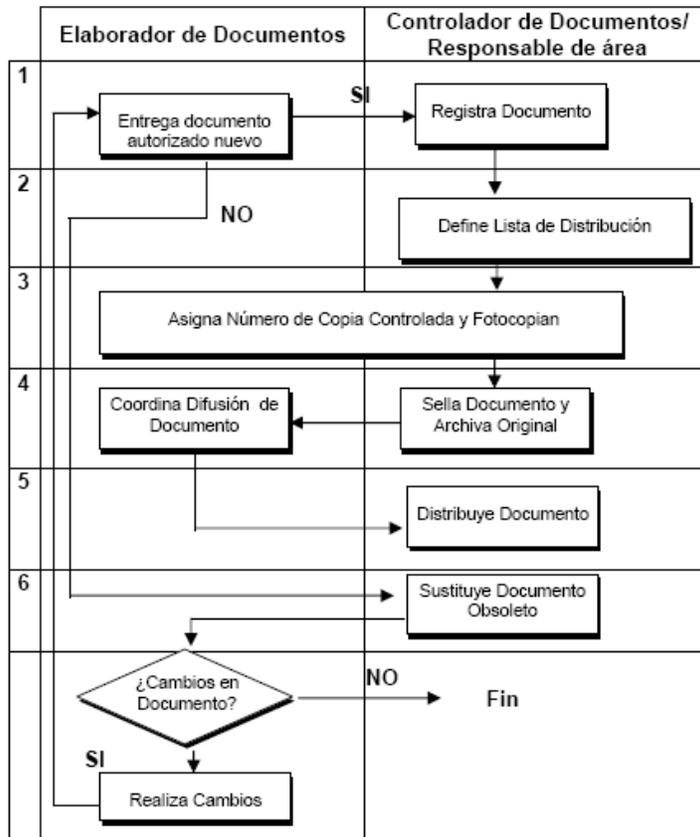
### I. OBJETIVO

Establecer y mantener un control de los documentos del Sistema de Calidad de la Institución.

### II. ALCANCE

Aplica para todos los documentos del Sistema de Calidad de la Institución.

### III. DIAGRAMA



	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Controlador de Documentos	Representante de la Dirección	Director General
Fecha	Noviembre 15 de 2004	Diciembre 14 de 2004	Enero 03 de 2005
Nombre y Firma	Ing. Amadeo Bustos San Martín	Ing. Jesús Ortiz Martínez	Ing. Jesús I. Martínez Arroyo

# INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TANTOYUCA



## PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS

<b>Responsable:</b> Controlador de Documentos Código: P-CC-02	<b>Requerimiento:</b> 4.2 <b>No. Revisión:</b> 0	<b>Fecha de Efectividad:</b> Enero 03 de 2005 <b>Copia No.</b> Hoja: 2 de 6
---	--	---

### IV. POLÍTICAS

- Todos los documentos internos del sistema de gestión de calidad deberán ser firmados y autorizados de acuerdo con lo establecido en el procedimiento para la elaboración de documentos (P-CC-01)

#### *Control de Documentos*

- Todos los documentos sin sello o con copia con el sello en blanco y negro se consideran como no oficiales.
- Todos los documentos que lleven el sello de Copia Controlada y no tenga algún lugar asignado para colocar el número de copia se agregará a un lado del sello.
- La responsabilidad del control de documentos será de acuerdo con la siguiente tabla:

Tabla de niveles de control de documentos

<i>Tipo de documento</i>	<i>Responsable de controlarlo</i>	<i>Forma de controlar el documento</i>	<i>Forma de identificación del cambio</i>
Manual de calidad	Controlador de documentos / representante de la dirección	Lista maestra de control de documentos (F-CC-05) y Distribución de copias controladas (F-CC-07)	A través del formato F-CC-08 (hoja de revisiones)
Procedimientos	Controlador de documentos / representante de la dirección	Lista maestra de control de documentos (F-CC-05) y Distribución de copias controladas (F-CC-07)	A través del formato F-CC-08 (hoja de revisiones)
Instrucciones de trabajo	Controlador de documentos / representante de la dirección	Lista maestra de control de documentos (F-CC-05) y Distribución de copias controladas (F-CC-07)	A través del formato F-CC-08 (hoja de revisiones)
Catálogos	Responsable de cada área	Lista maestra de control de documentos (F-CC-05) y Distribución de copias controladas (F-CC-07)	Remarcando con letras negritas y en forma cursiva el cambio.
Tablas y listas	Responsable de cada área	Lista maestra de control de documentos (F-CC-05) y Distribución de copias controladas (F-CC-07)	Remarcando con letras negritas y en forma cursiva el cambio.
Planes de calidad	Responsable de cada área	Lista maestra de control de documentos (F-CC-05) y Distribución de copias controladas (F-CC-07)	Remarcando con letras negritas y en forma cursiva el cambio.
Formatos	Controlador de documentos / representante de la dirección	Lista maestra de control de registros (F-CC-09) y (sólo se controla el formato original mas no el número de copias)	A través del formato F-CC-08 (hoja de revisiones) y la identificación del número de revisión en la parte inferior izquierda
Pr= Programas	Controlador de documentos	Lista maestra de control de documentos (F-CC-05) y Distribución de copias controladas (F-CC-07)	A través del formato F-CC-08 (hoja de revisiones)

#### *Modificaciones a Documentos*

R00/0105

F-CC-02

# INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TANTOYUCA



## PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS

<b>Responsable:</b> Controlador de Documentos	<b>Requerimiento:</b> 4.2	<b>Fecha de Efectividad:</b> Enero 03 de 2005
<b>Código:</b> P-CC-02	<b>No. Revisión:</b> 0	<b>Copia No.</b>
		<b>Hoja:</b> 3 de 6

- Una actualización a un documento se considera una modificación.
- El personal de la Institución que considere necesario realizar un cambio a un documento, debe contactar al Controlador de Documentos o al Elaborador del documento para que determine la pertinencia de realizar los cambios.
- Todos los documentos que sean modificados deben ser difundidos a todas las personas que participan en el desarrollo del proceso involucrado.

### *Difusión*

- Se considera válido cualquier forma de difusión que cumpla con el siguiente objetivo:  
Que las personas que participan en el proceso conozcan y dominen la manera en que se llevará a cabo las actividades y responsabilidades establecidas en los documentos.
- Todos los documentos elaborados deben ser difundidos a las personas que participan en su ejecución.
- Debe mantenerse evidencia de la difusión en el formato Difusión de Documentos (F-CC-06).

### *Mantenimiento de los documentos en áreas*

Al responsable de área le corresponde asegurarse que:

- La última versión de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso.
- Los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables.
- Prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos.
- Asegurarse de la pertenencia del documento.

## V. RESPONSABILIDADES

Secuencia	Responsables	Actividades	Cuándo
1	Elaborador de documentos	<b>Entrega Documentos Autorizados:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el documento no es nuevo inicia en la secuencia No. 6.</li> <li>• Una vez que el documento ha sido autorizado lo entrega al Controlador de Documentos para su distribución correspondiente.</li> </ul>	N/A
	Controlador de Documentos / Responsables de Áreas	<b>Registra Documento:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registra el nuevo documento en la Lista Maestra de Control de Documentos (F-CC-05) de no existir en la lista.</li> <li>• Los documentos de origen externo se registran en la Lista Maestra de Control de Documentos (F-CC-05), especificándolo en la columna de Internos y Externos.</li> </ul>	N/A
2	Controlador de Documentos/ Responsables de Áreas	<b>Define Lista de Distribución:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En conjunto definen la lista de usuarios que deberán tener una copia controlada del documento.</li> <li>• Para definir quienes serán los usuarios del documento se debe tomar en cuenta que todos los documentos del sistema deben estar en las áreas donde se realizan actividades especificadas en dichos documentos.</li> <li>• Registra los usuarios en la Lista Maestra de Control de Documentos (F-CC-05) y en el registro de Distribución de Copias Controladas (F-CC-07).</li> </ul>	N/A

R00/0105

F-CC-02

# INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TANTOYUCA



## PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS

<b>Responsable:</b> Controlador de Documentos	<b>Requerimiento:</b> 4.2	<b>Fecha de Efectividad:</b> Enero 03 de 2005
<b>Código:</b> P-CC-02	<b>No. Revisión:</b> 0	<b>Copia No.</b>
		<b>Hoja:</b> 4 de 6

Secuencia	Responsables	Actividades	Cuándo
3	Controlador de Documentos/ Elaborador de Documentos	<b>Asigna Número de Copia Controlada:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fotocopia el documento de acuerdo al número de usuarios definidos en la Lista Maestra de Control de Documentos (F-CC-05), en el registro de Distribución de Copias Controladas (F-CC-07).</li> <li>Asigna un número de copia controlada a cada copia del documento en el encabezado del documento, apartado COPIA No.</li> </ul>	N/A
4	Controlador de Documentos/ Responsables de Áreas	<b>Sella Documentos y Archiva Original:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coloca el sello según sea el estatus de documentos.               <ul style="list-style-type: none"> <li>* <b>Sello de documento controlado.</b> Documentos que están controlados y funcionando en el Sistema de Calidad.</li> <li style="text-align: center;"><b>DOCUMENTO CONTROLADO</b></li> <li>* <b>Sello de documento en Externo.</b> Documentos generados por áreas externas a ORGANIZACIÓN.</li> <li style="text-align: center;"><b>DOCUMENTO EXTERNO</b></li> </ul> </li> <li>Archiva el documento original, hasta la edición de una nueva revisión. En los casos del externo no será necesario tener los originales impresos archivados.</li> </ul>	N/A
	Elaborador de Documentos	<b>Coordina Difusión de Documento:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prepara los documentos y formatos necesarios.</li> <li>Reúne a las personas relacionadas en la ejecución de las actividades del documento.</li> <li>Realiza una explicación detallada del procedimiento.</li> <li>Simula con los participantes la ejecución del documento.</li> </ul>	N/A
5	Controlador de Documentos/ Responsables de Áreas	<b>Distribuye Documento:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrega cada una de las copias controladas según la distribución definida en el registro de Distribución de copias controladas (F-CC-07).</li> <li>Recaba firmas de los usuarios en el registro de Distribución de copias controladas (F-CC-07).</li> </ul>	N/A
6	Controlador de Documentos/ Responsables de Áreas	<b>Sustituye Documento Obsoleto:</b> <u>Documentos originales:</u> Una vez realizada una nueva revisión del documento, se debe retirar la revisión anterior enviándola a archivo muerto previo sello de "DOCUMENTO OBSOLETO", y si existiera otro en el archivo muerto debe ser retirado del mismo y destruirse.	N/A

R00/0105

F-CC-02

# INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TANTOYUCA



## PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS

<b>Responsable:</b> Controlador de Documentos	<b>Requerimiento:</b> 4.2	<b>Fecha de Efectividad:</b> Enero 03 de 2005
<b>Código:</b> P-CC-02	<b>No. Revisión:</b> 0	<b>Copia No.</b>
		<b>Hoja:</b> 5 de 6

Secuencia	Responsables	Actividades	Cuándo
		<b>DOCUMENTO OBSOLETO</b>	
		<u>Documentos copias:</u> Una vez entregada una nueva revisión del documento se debe retirar el anterior y destruirse.	
7	Controlador de Documentos/ Responsables de Áreas	<b>Realiza Cambios:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuando existan cambios en la documentación deben intervenir las áreas que participaron en la edición del documento original (elaboro, reviso y autoriza), a menos que hayan surgido cambios en dichas áreas, si es así deben participar las personas que ocupan dichas áreas.</li> <li>Todas las modificaciones a los documentos deberán utilizar la Hoja de Revisiones F-CC-08 y deberá ser llenado por el Elaborador de documentos o Controlador de Documentos.</li> <li>Al realizar un cambio en un documento se debe actualizar el número y la fecha de revisión.</li> <li>Si el cambio se realizara en algún formato anexo al documento este no afectará al No. y Fecha de revisión del documento, solo al del formato de cambio.</li> </ul>	N/A

### VI. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Código	Documentos
P-CC-01	Elaboración de documentos

### VII. REGISTROS

Código	Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Lugar de Almacenamiento
F-CC-05	Lista Maestra de Control de Documentos	1 año	Controlador de Documentos	Archivo Controlador de Documentos
F-CC-06	Difusión de Documentos	1 año	Controlador de Documentos	Archivo Controlador de Documentos
F-CC-07	Distribución de Copias Controladas	1 año	Controlador de Documentos	Archivo Controlador de Documentos
F-CC-08	Hoja de Revisiones	Mientras este vigente el documento	Controlador de Documentos	Archivo Controlador de Documentos

# INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TANTOYUCA



## PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS

<b>Responsable:</b> Controlador de Documentos Código: P-CC-02	<b>Requerimiento:</b> 4.2 No. Revisión: 0	<b>Fecha de Efectividad:</b> Enero 03 de 2005 Copia No. Hoja: 6 de 6
---	---	---

### VIII. GLOSARIO

**Documento:** Escrito que ilustra o informa acerca de un hecho.

**Documento Interno:** Son todos aquellos documentos del Sistema de Calidad de la Institución que sirven de guía para la implantación y funcionamiento del Sistema. Estos documentos se clasifican en:

- a). - Manual de Calidad (Nivel 1)
- b). - Procedimientos (Nivel 2)
- c). - Documentos (Nivel 3)
- d). - Registros (Nivel 4)

**Documento Externo:** Son todos aquellos documentos los cuales son proporcionados por instituciones externas al Instituto Tecnológico Superior de Tantoyuca y que necesita para el cumplimiento de una actividad relacionada con el Sistema de Gestión de la Calidad.

# INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TANTOYUCA



## PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS

<b>Responsable:</b> Controlador de Documentos Código: P-CC-03	<b>Requerimiento:</b> 4.2.4 No. Revisión: 0	<b>Fecha de Efectividad:</b> Enero 03 de 2005 Copia No. Hoja: 1 de 4
---	---	--

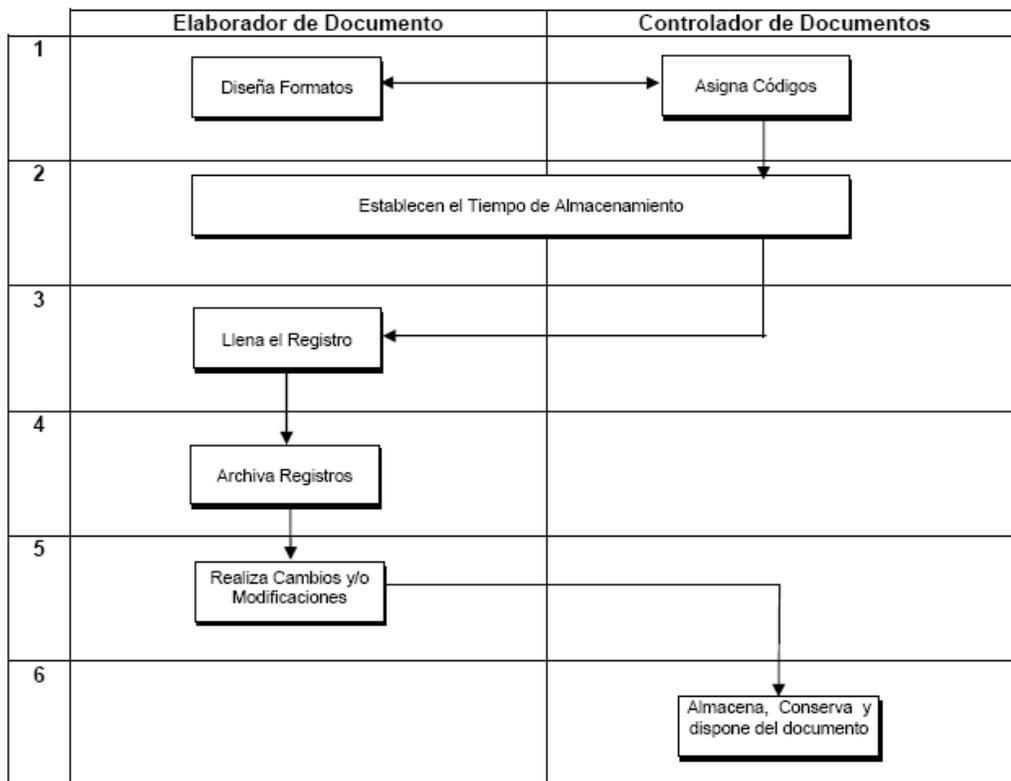
### I OBJETIVO

Establecer y mantener los registros del Sistema de Calidad de la Institución con la finalidad de identificar, acceder, archivar, almacenar, conservar y disponer de los mismos.

### II. ALCANCE

Aplica a todos los registros que forman parte del Sistema de Calidad de la Institución.

### III. DIAGRAMA



	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Controlador de Documentos	Representante de la Dirección	Director General
Fecha	Noviembre 15 de 2004	Diciembre 13 de de 2004	Enero 03 de 2005
Nombre y Firma	_____ Ing. Amadeo Bustos San Martín	_____ Ing. Jesús Ortiz Martínez	_____ Ing. Jesús I. Martínez Arroyo

## INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TANTOYUCA



### PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS

<b>Responsable:</b> Controlador de Documentos	<b>Requerimiento:</b> 4.2.4	<b>Fecha de Efectividad:</b> Enero 03 de 2005
<b>Código:</b> P-CC-03	<b>No. Revisión:</b> 0	<b>Copia No. Hoja:</b> 2 de 4

#### IV. POLÍTICAS

- La codificación de los formatos se define de acuerdo a Elaboración de Documentos (P-CC-01).
- Es responsabilidad del generador del documento entregar los formatos (para su llenado), en las áreas donde se realicen las actividades.
- Todos los campos de los formatos deben ser llenados en forma completa y legible.
- Todos los registros utilizados deben ser almacenados de manera que se preserven.
- Es responsabilidad de los usuarios de los registros, preservarlos y mantenerlos.
- Es responsabilidad del Controlador de Documentos revisar Lista Maestra de Control de Registros (F-CC-09), y actualizarla cada vez que se modifique alguno de estos, o bien que se añadan por la edición de un nuevo documento.
- Los registros pueden mantenerse de manera impresa o electrónica, para el caso de registros electrónicos será responsabilidad de los usuarios respaldar la información mensualmente y no será necesario la firma de quien elaboró.
- Es responsabilidad del Controlador de Documentos actualizar la Lista Maestra de Control de Registros Electrónicos (F-CC-20) en la cual se controlarán este tipo de registros

#### V. RESPONSABILIDADES

Secuencia	Responsables	Actividades	Cuándo
1	Elaborador de Documento	<b>Diseña Formatos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseña los formatos que se emplearán para registrar las actividades que resulten de la aplicación del documento que acaba de editar.</li> <li>• Los requerimientos mínimos para diseñar un formato son: Título, código, número de revisión, fecha, nombre y firma de quién elabora.</li> <li>• Para la utilización de los formatos electrónicos no serán necesarios los requerimientos de nombre y firma de quién elabora.</li> <li>• Define para cada registro en la sección VII Registros del procedimiento la siguiente información: Código, Registros, Tiempo de Conservación, Responsable de Conservarlo, Lugar de Almacenamiento.</li> <li>• Solicita código para el (los) nuevo(s) formato(s) al Controlador de Documentos.</li> </ul>	N/A
	Controlador de Documentos	<b>Asigna Código:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisa la Lista Maestra de Control de Registros F-CC-09 y asigna el código.</li> <li>• Solicita información correspondiente al Elaborador del Documento: Título, Responsable de Conservarlo, Lugar de Almacenamiento. Y registra en la Lista Maestra de Control de Registros F-CC-09.</li> </ul>	N/A
2	Controlador de Documentos	<b>Establecen el Tiempo de Almacenamiento:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En conjunto con el Elaborador del Documento definen el tiempo de almacenamiento y la registra en la Lista Maestra de Control de Registros F-CC-09.</li> </ul>	N/A

R00/0105

F-CC-02

## INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TANTOYUCA



### PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS

<b>Responsable:</b> Controlador de Documentos	<b>Requerimiento:</b> 4.2.4	<b>Fecha de Efectividad:</b> Enero 03 de 2005
<b>Código:</b> P-CC-03	<b>No. Revisión:</b> 0	<b>Copia No.:</b>
		<b>Hoja:</b> 3 de 4

Secuencia	Responsables	Actividades	Cuándo
3	Elaborador de Documento	<b>Llena Registros:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>El registro o llenado del formato debe ser realizado por la persona que realiza la actividad cuidando los siguientes aspectos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Que la información este completa y legible.</li> <li>Que no se lleven a cabo tachones o enmendaduras.</li> </ul> </li> <li>Los espacios del formato que por alguna razón justificable no vayan a ser empleados deberán ser cancelados con una línea horizontal (Ejemplo: " Nombre: -----").</li> <li>Cuando un formato sea completado por una persona que normalmente no realiza esta actividad, (por razones especiales), deberán firmar y colocar a un lado P.A. (por ausencia).</li> </ul>	N/A
4	Elaborador de Documento	<b>Archiva los Registros:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Según la información que se presenta en al sección VII de cada procedimiento (Responsable de Archivarlo, Tiempo de Archivo y Lugar de Archivo), cuidando los siguientes aspectos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Los registros deberán ser archivados de forma tal que puedan ser fácilmente accesados.</li> <li>Los registros deberán ser archivados en un lugar que los asegure contra daño ó deterioro.</li> </ul> </li> </ul>	N/A
5	Elaborador de Documento	<b>Realiza Cambios o Modificaciones:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cualquier cambio a los formatos que actualmente se tienen será realizado por la misma función que elaboró el original, quien además modificará los procedimientos que se vean afectados actuando conforme a lo establecido en el P-CC-01 Elaboración de Documentos y P-CC-02 Control de Documentos.</li> <li>Quién efectúe un cambio en los formatos, deberá dar aviso al Controlador de Documentos para que se hagan los cambios en Lista Maestra de Control de Registros F-CC-09.</li> </ul>	N/A
6	Controlador de Documentos	<b>Almacena , conserva y dispone del documento:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Una vez que el periodo de archivo del registro (según sección VII Registros) concluye; el responsable del mismo procede a destruirlos.</li> </ul>	N/A

## INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TANTOYUCA



### PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS

<b>Responsable:</b> Controlador de Documentos	<b>Requerimiento:</b> 4.2.4	<b>Fecha de Efectividad:</b> Enero 03 de 2005
<b>Código:</b> P-CC-03	<b>No. Revisión:</b> 0	<b>Copia No.</b> Hoja: 4 de 4

#### VI. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Código	Documentos
P-CC-01	Elaboración de Documentos
P-CC-02	Control de Documentos

#### VII. REGISTROS

Código	Registro	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Lugar de Almacenamiento
F-CC-09	Lista Maestra de Control de Registros	1 año	Controlador de Documentos	Archivo del Controlador de Documentos
F-CC-20	Lista Maestra de Control de Registros Electrónicos	1 año	Controlador de Documentos	Archivo del Controlador de Documentos

#### VIII. GLOSARIO

**Formato :** Son todas aquellas formas o documentos que se utilizan periódicamente para registrar información y evidencia relacionada con el sistema de trabajo de la organización.

**Registro :** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

# INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TANTOYUCA



## PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS

<b>Responsable:</b> Auditor Líder	<b>Requerimiento:</b> 8.2.2	<b>Fecha de Efectividad:</b> Enero 03 de 2005
<b>Código:</b> P-CC-06	<b>No. Revisión:</b> 0	<b>Copia No.</b>
		<b>Hoja:</b> 1 de 5

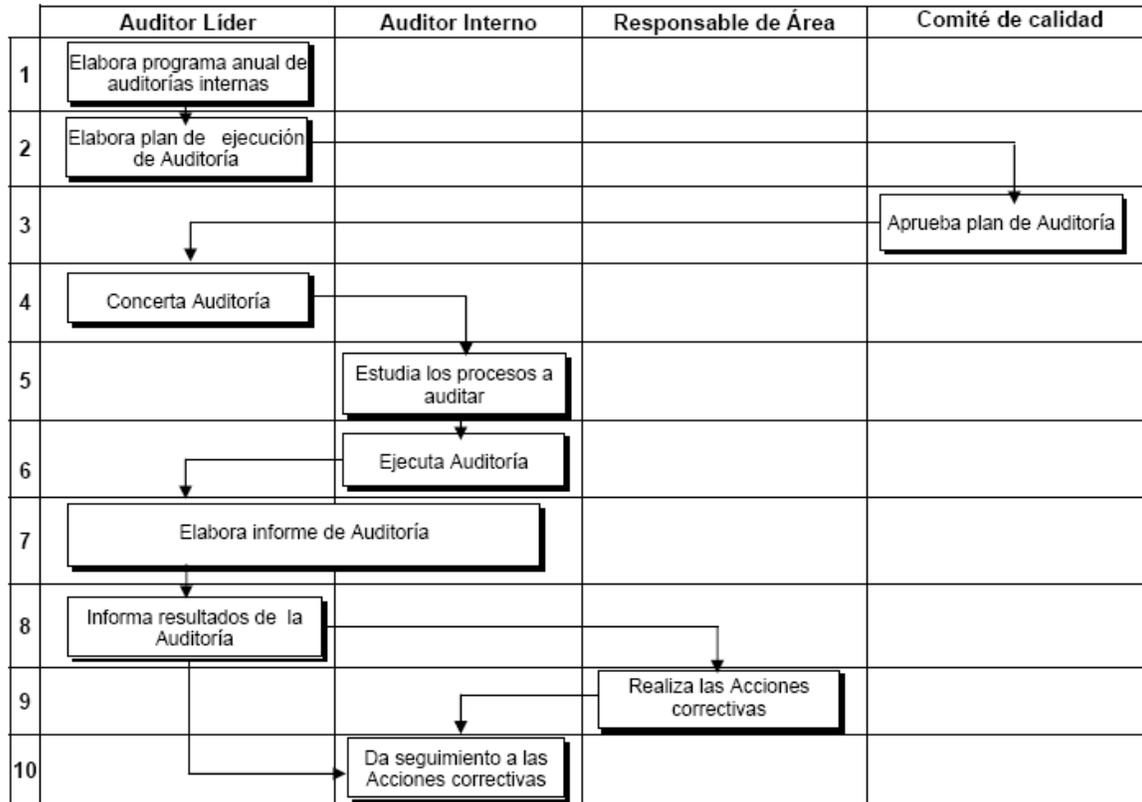
### I. OBJETIVO

Establecer una metodología para planear, ejecutar y documentar las Auditorías Internas del Sistema de Gestión de la Calidad de la Institución.

### II. ALCANCE

Este procedimiento es aplicable para todo el Sistema de Gestión de la Calidad de la Institución.

### III. DIAGRAMA DEL PROCESO



	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Representante de la Dirección	Director General	Director General
Fecha	Noviembre 15 de 2004	Diciembre 13 de de 2004	Enero 03 de 2005
Nombre y Firma	Ing. Jesús Ortiz Martínez	Ing. Jesús I. Martínez Arroyo	Ing. Jesús I. Martínez Arroyo

## INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TANTOYUCA



### PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS

<b>Responsable:</b> Auditor Líder	<b>Requerimiento:</b> 8.2.2	<b>Fecha de Efectividad:</b> Enero 03 de 2005
<b>Código:</b> P-CC-06	<b>No. Revisión:</b> 0	<b>Copia No.</b>
		<b>Hoja:</b> 2 de 5

#### IV. POLÍTICAS

- **Los criterios para definir los Auditores Internos son:**
  - ✓ No pertenecer al área a auditar.
  - ✓ Preparación comprobable como Auditor Interno del Sistema de Gestión de la Calidad.
  
- Existe la posibilidad de realizar la Auditoría sin previo aviso.
- Las auditorías internas del Sistema de Gestión de la Calidad de la Institución se realizarán por proceso.
- El Auditor Líder debe registrar las fechas reales y modificaciones al programa en el formato de Programa de Auditorías (F-CC-16).
- El seguimiento a los resultados de las auditorías se realizará en las juntas de la Revisión de la Dirección.
- Las auditorías internas deben programarse considerando el estado y la importancia que tenga el área a auditar en el proceso, así como los resultados de auditorías previas.
- La selección de los auditores y la realización de las auditorías deben asegurar la objetividad e imparcialidad del proceso de auditorías.
- Los auditores no deben auditar su propia área de trabajo.
- Se debe respetar la independencia e integridad del equipo auditor.
  
- **Los documentos utilizados en la auditoría por parte del equipo auditor, para documentar e informar resultados, pueden ser:**
  - ✓ Formatos para informar las observaciones de la auditoría.
  - ✓ Formatos para documentar evidencias que respalden las conclusiones obtenidas por los auditores.
- **Es responsabilidad de los auditores internos:**
  - ✓ Comunicar y aclarar los requisitos de la auditoría.
  - ✓ Cumplir con los requisitos aplicables a las auditorías.
  - ✓ Informar los resultados de la auditoría.
  - ✓ Documentar las observaciones y las no conformidades.
  - ✓ Verificar la efectividad de las acciones correctivas tomadas como resultado de la auditoría.
- **Es responsabilidad del Auditor Líder, programar las auditorías internas de acuerdo a los siguientes criterios:**
  - ✓ Antes de la Auditoría de pre-certificación, se realizará una Auditoría interna.
  - ✓ Después de la certificación se realizarán auditorías internas cada seis meses.
  - ✓ Mantener y salvaguardar los documentos correspondientes a la Auditoría para entregar dichos documentos cuando sean requeridos y asegurar la confidencialidad permanente.

#### V. RESPONSABILIDADES

Secuencia	Responsables	Actividades	Cuándo
1	Auditor Líder	<b>Elabora programa anual de auditorías internas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establece el alcance de las auditorías, que puede ser completa o parcial.</li> <li>• Establece la frecuencia de las auditorías parciales o completas a los procesos del Sistema de Calidad de la Institución y los registra en el Programa de Auditorías Internas (F-CC-16):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se establece que la Institución, realiza como mínimo un proceso de auditorías internas cada 4 meses.</li> <li>• En caso de que los resultados de los indicadores demuestren una baja efectividad del Sistema de Calidad (Aparición de No Conformidades, alto número de quejas, etc.), el proceso de auditorías se realiza cada 3 meses en</li> </ul> </li> </ul>	Durante el primer mes de cada año

R00/0105

F-CC-02

# INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TANTOYUCA



## PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS

<b>Responsable:</b> Auditor Líder	<b>Requerimiento:</b> 8.2.2	<b>Fecha de Efectividad:</b> Enero 03 de 2005
<b>Código:</b> P-CC-06	<b>No. Revisión:</b> 0	<b>Copia No.:</b>
		<b>Hoja:</b> 3 de 5

Secuencia	Responsables	Actividades	Cuándo
		<p>las áreas correspondientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En caso de que existan áreas con:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Frecuencia alta de No Conformidades.</li> <li>Personal de nuevo ingreso a áreas claves.</li> <li>Cierre incompleto de Acciones Correctivas.</li> </ul> </li> </ul> <p>El período de auditorías internas puede ser realizado parcialmente sólo en las áreas señaladas con un período más constante: 1 Auditoría interna cada 2 meses.</p>	
2	Auditor Líder	<p><b>Elabora plan de ejecución de Auditoría</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Con base en el Programa de Auditorías Internas (F-CC-16) elabora el Plan de Auditoría (F-CC-17).</li> <li>Cuando el Sistema de Calidad sea auditado por primera vez, el alcance del Sistema de Calidad de la Institución es completo (en todas las áreas involucradas).</li> <li>Selecciona al equipo auditor.</li> <li>Instruye al equipo auditor sobre el objetivo y el alcance de la auditoría.</li> <li>Entrega una copia del Programa de Auditorías Internas (F-CC-16) a los Auditores Internos.</li> </ul>	15 días antes de la Auditoría
3	Comité de calidad	<p><b>Aprueba plan de Auditoría</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aprueba el Programa de Auditorías Internas (F-CC-16) y Plan de Auditoría (F-CC-17) firmando en el apartado de "Autorizó" en los documentos.</li> </ul>	Un día después de presentado el programa
4	Auditor Líder	<p><b>Concerta Auditoría</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se comunica con los responsables de área cuando menos una semana y antes de la fecha convenida le envía al auditado el Plan de Auditoría (F-CC-17).</li> <li>Proporciona a los Auditores Internos una copia de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de Auditoría (F-CC-17).</li> <li>Guía de Auditoría (F-CC-18).</li> <li>Reporte Integral de Auditoría (F-CC-19).</li> </ul> </li> </ul>	Una semana antes de la Auditoría
5	Auditor Interno	<p><b>Estudia los procesos a auditar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Solicita los Procedimientos, Formatos, Documentos e Instrucciones de Trabajo a auditar y apoyándose en el M-CC-01 Manual de la Calidad del Instituto Tecnológico Superior de Tantoyuca y en la Norma ISO 9001:2000 y con base a los resultados de auditorías anteriores, estudia los procesos a auditar.</li> <li>Elabora la Guía de Auditoría (F-CC-18).</li> </ul>	Tres días antes de la Auditoría
6	Auditor Interno	<p><b>Ejecuta Auditoría</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista al personal responsable de la actividad, apoyándose en la Guía de Auditoría (F-CC-18) y verifica el grado de implantación de los puntos a auditarse.</li> <li>Registra los hallazgos detectados durante la Auditoría integrando sus comentarios en la Guía de Auditoría (F-CC-18).</li> <li>Llena en forma completa para cada No Conformidad la Guía</li> </ul>	En la fecha indicada en el plan

R00/0105

F-CC-02

## INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TANTOYUCA



### PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS

Responsable: Auditor Líder	Requerimiento: 8.2.2	Fecha de Efectividad: Enero 03 de 2005
Código: P-CC-06	No. Revisión: 0	Copia No. Hoja: 4 de 5

Secuencia	Responsables	Actividades	Cuándo
		de Auditoria (F-CC-18), la cual debe ser firmada por el Auditor Interno y el responsable de la actividad auditada una vez concluida la Auditoría.	
7	Auditor Líder / Auditores Internos	<b>Elabora informe de auditoria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Conjunta las observaciones de los auditores contenidas en la Guía de Auditoria (F-CC-18) en el Reporte Integral de Auditoria (F-CC-19).</li> </ul>	
8	Auditor Líder	<b>Informa resultados de la auditoria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>En la junta de cierre de auditoria:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Registra las no conformidades y sugerencias encontradas durante la auditoria en la Solicitud de Acciones Correctivas y Preventivas (F-CC-15).</li> <li>Registra en la Lista Maestra de Seguimiento a la Implantación de Acciones Correctivas y Preventivas (F-CC-14).</li> </ul> </li> <li>Lleva a cabo la Junta de Terminación de la Auditoria y comunica a los Responsables de Área las No Conformidades encontradas y hace un resumen de lo más relevante encontrado en el sistema auditado en el Reporte Integral de Auditoria (F-CC-19).</li> <li>Entrega a cada representante de los auditados una copia del Reporte Integral de Auditoria (F-CC-19) resultante.</li> </ul>	Tres días después de la auditoria
9	Responsable de Área	<b>Realiza las acciones correctivas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realiza las acciones correctivas según el procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas (P-CC-05).</li> </ul>	Según el procedimiento de Acciones de Correctivas y Preventivas (P-CC-05)
10	Auditor Interno	<b>Da seguimiento a las Acciones correctivas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>El responsable de auditar los procesos en cuestión, verifica el grado de implantación de las acciones correctivas, para lo cual solicita la información pertinente.</li> <li>Si el grado de implantación de las acciones correctivas, no es satisfactorio, el proceso continua abierto regresando al punto anterior.</li> <li>Si el resultado de la implantación de las acciones correctivas es satisfactorio, el Auditor Interno firmará en la Solicitud de AC/AP (F-CC-15) como responsable del seguimiento incluyendo los comentarios respecto al seguimiento que considere convenientes.</li> <li>Si el resultado de todas las Acciones Correctivas para una No conformidad es satisfactorio, el Auditor cerrará el proceso, para ello llenará el espacio correspondiente "Constancia de Efectividad de Implantación" de la Solicitud de AC/AP (F-CC-15), y entregará una copia al Auditor Líder, para que este a su vez informe al Comité de Calidad.</li> </ul>	Según el procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas (P-CC-05)

## INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TANTOYUCA



### PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS

<b>Responsable:</b> Auditor Líder	<b>Requerimiento:</b> 8.2.2	<b>Fecha de Efectividad:</b> Enero 03 de 2005
<b>Código:</b> P-CC-06	<b>No. Revisión:</b> 0	<b>Copia No.:</b> Hoja: 5 de 5

### VI. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Código	Documentos
MC-01	Manual de Calidad
P-CC-05	Acciones Correctivas y Preventivas
Documentos Externos	ISO 9000:2000 Sistemas de Gestión de la Calidad — Fundamentos y Vocabulario
	ISO 9001:2000 Sistemas de Gestión de la Calidad — Requisitos
	ISO 9004:2000 Sistemas de Gestión de la Calidad — Recomendaciones para la Mejora del Desempeño

### VII. REGISTROS

Código	Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Lugar de Almacenamiento
F-CC-14	Lista Maestra de Seguimiento a la Implantación de AC/AP	2 años	Auditor Líder	Archivo del Auditor Líder
F-CC-15	Solicitud de AC/AP	2 años	Auditor Líder	Archivo del Auditor Líder
F-CC-16	Programa de Auditorías Internas	2 años	Auditor Líder	Archivo del Auditor Líder
F-CC-17	Plan de Auditoria	2 años	Auditor Líder	Archivo del Auditor Líder
F-CC-18	Guía de Auditoria	2 años	Auditor Líder	Archivo del Auditor Líder
F-CC-19	Reporte Integral de Auditoria	2 años	Auditor Líder	Archivo del Auditor Líder

### VIII. GLOSARIO

**Auditoria Interna de Calidad.** Análisis sistemático e independiente para determinar si las actividades del Sistema de Gestión de la Calidad cumplen las disposiciones establecidas y si éstas son implantadas eficazmente, y son apropiadas para alcanzar objetivos.

**Hallazgos.** No Conformidades y / u observaciones detectadas en Auditorías Internas del Sistema de Gestión de la Calidad.

**No Conformidad.** Cuando el grado de implantación de un requisito establecido en el Sistema de Gestión de la Calidad es insatisfactorio, es decir, el incumplimiento de un requisito establecido en el Sistema de Calidad.

**Observación.** Cuando el grado de implantación de un requisito establecido en el Sistema de Gestión de la Calidad es satisfactorio pero necesita mejorar.

# INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TANTOYUCA



## PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

<b>Responsable:</b> Coordinador de Mejora <b>Código:</b> P-CM-01	<b>Requerimiento:</b> 8.5 <b>No. Revisión:</b> 0	<b>Fecha de Efectividad:</b> Enero 03 de 2005 <b>Hoja:</b> 1 de 6
--	--	---

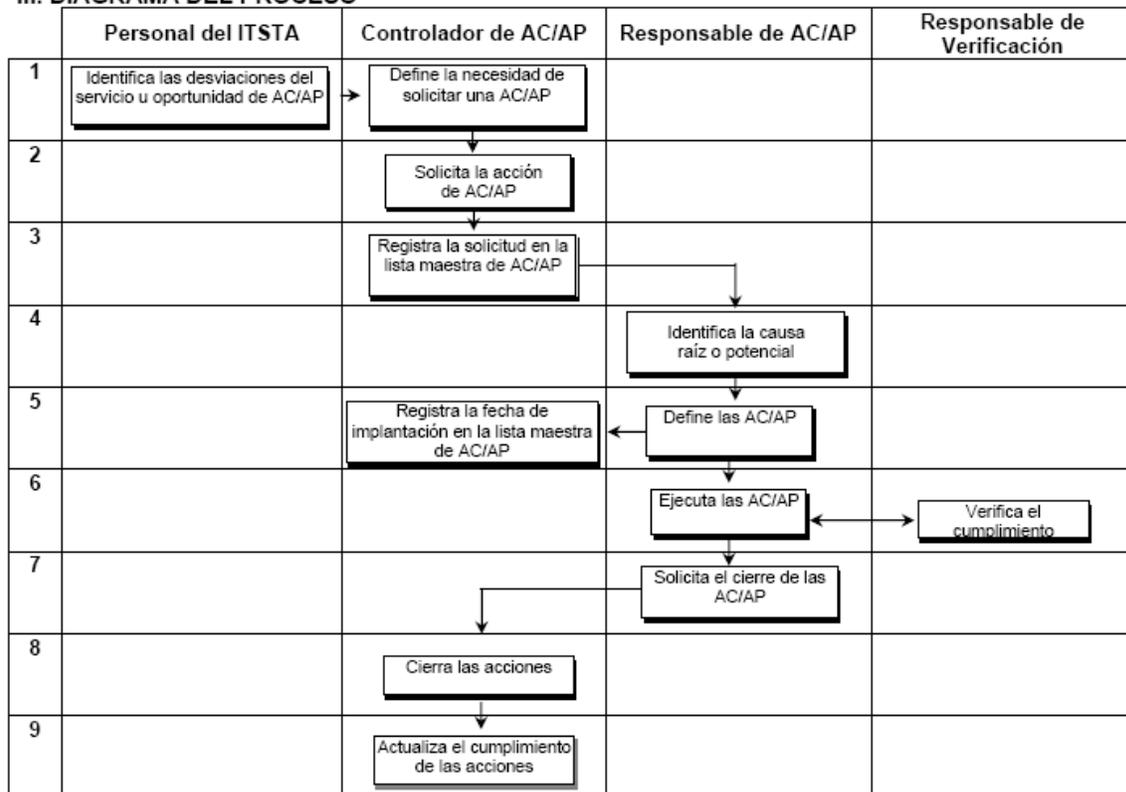
### I. OBJETIVO

Establecer una metodología para determinar y aplicar acciones correctivas (AC) y preventivas (AP), derivadas de desviaciones al Sistema de Calidad, reclamaciones o áreas de oportunidad que permitan al ITSTA mantener su posición competitiva.

### II. ALCANCE

Acciones correctivas y preventivas producto de Quejas de Clientes, Resultados de Auditorias, Monitoreo del Proceso, Resultados de Revisión de la Dirección, Análisis de Indicadores, Desviaciones del Sistema, Ambiente de trabajo.

### III. DIAGRAMA DEL PROCESO



	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Coordinador de Mejora	Representante de la Dirección	Director General
Fecha	Noviembre 15 de 2004	Diciembre 13 de de 2004	Enero 03 de 2005
Nombre y Firma	_____ Ing. Guillermo Rivera Zumaya	_____ Ing. Jesús Ortiz Martínez	_____ Ing. Jesús I. Martínez Arroyo

R00/0105

F-CC-01

## INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TANTOYUCA



### PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

<b>Responsable:</b> Coordinar de Mejora	<b>Requerimiento:</b> 8.5	<b>Fecha de Efectividad:</b> Enero 03 de 2005
<b>Código:</b> P-CM-01	<b>No. Revisión:</b> 0	<b>Copia No.</b>
		<b>Hoja:</b> 2 de 6

#### IV. POLÍTICAS

##### Generales

- Este procedimiento puede ser aplicado en cualquier etapa de los procesos debido a la existencia de desviaciones al Sistema de Calidad o quejas de clientes.
- El Personal ORGANIZACIÓN puede solicitar en cualquier momento una AC/AP, identificada por el mismo o por personal de su área.

##### Sobre la determinación de causas raíz y definición de acciones

- El responsable de atender una solicitud de AC/AP podrá utilizar cualquiera de las herramientas de calidad para determinar la causa raíz y definir las acciones. Deberá indicar en el apartado de observaciones del formato de Solicitud de AC/AP (F-CM-02) las herramientas que se utilizaron.
- Cuando se detecten no conformidades, quejas de clientes, problemas de efectividad del Sistema se deberá investigar la causa raíz de éstos y registrar los resultados de la investigación para proceder a la determinación de la acción necesaria que permita la eliminación, anticipación de la causa de desviación o de mejora.
- Cualquier acción correctiva tomada para eliminar las causas de no conformidades actuales o potenciales debe ser adecuada a la magnitud de los problemas y proporcional a los riesgos encontrados.

##### Sobre la requisición y control de las AC/AP

**Tabla 1**

Fuentes	Proceso donde se identifica	Solicita al Controlador de AC/AP	Formato en que se solicita	Responsable de solicitar y controlar las AC/AP al responsable del problema real o potencial	Formato en que se controla
Quejas de clientes	En el momento en que el cliente recibe el servicio y se queja	Cualquier persona de la ORGANIZACIÓN que levanta una queja de cliente	Quejas de clientes y desviaciones F-CM-01	Responsable designado de acuerdo a la matriz de responsabilidades	Lista maestra de Seguimiento a la implantación de AC/AP F-CM-01
Evaluación de servicio	Durante la evaluación de servicio	Evaluador de servicio	Reporte de resultados de la evaluación de servicio	Responsable designado de acuerdo a la matriz de responsabilidades	Lista maestra de Seguimiento a la implantación de AC/AP F-CM-01
Análisis de indicadores	Durante la revisión de la dirección	Comité de Calidad	N/A	Responsable designado de acuerdo a la matriz de responsabilidades	Lista maestra de Seguimiento a la implantación de AC/AP F-CM-01
Auditorías internas	Durante las auditorías internas de calidad	Auditor interno	Solicitud de AC/AP (F-CM-02)	Auditor líder	Lista maestra de Seguimiento a la implantación de AC/AP F-CM-01
Especificaciones de calidad no conformes	Durante la supervisión	Supervisores	Check list de supervisión	Responsable designado de acuerdo a la matriz de responsabilidades	Lista maestra de Seguimiento a la implantación de AC/AP F-CM-01
Evaluación de Ambiente de Trabajo	Durante la evaluación del Ambiente de Trabajo	Evaluador del Ambiente de Trabajo	Presentación de resultados de la evaluación del Ambiente de Trabajo	Responsable designado de acuerdo a la matriz de responsabilidades	Lista maestra de Seguimiento a la implantación de AC/AP F-CM-01

R00/0105

F-CC-02

## INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TANTOYUCA



### PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

<b>Responsable:</b> Coordinar de Mejora	<b>Requerimiento:</b> 8.5	<b>Fecha de Efectividad:</b> Enero 03 de 2005
<b>Código:</b> P-CM-01	<b>No. Revisión:</b> 0	<b>Copia No.</b>
		<b>Hoja:</b> 2 de 6

#### IV. POLÍTICAS

##### Generales

- Este procedimiento puede ser aplicado en cualquier etapa de los procesos debido a la existencia de desviaciones al Sistema de Calidad o quejas de clientes.
- El Personal ORGANIZACIÓN puede solicitar en cualquier momento una AC/AP, identificada por el mismo o por personal de su área.

##### Sobre la determinación de causas raíz y definición de acciones

- El responsable de atender una solicitud de AC/AP podrá utilizar cualquiera de las herramientas de calidad para determinar la causa raíz y definir las acciones. Deberá indicar en el apartado de observaciones del formato de Solicitud de AC/AP (F-CM-02) las herramientas que se utilizaron.
- Cuando se detecten no conformidades, quejas de clientes, problemas de efectividad del Sistema se deberá investigar la causa raíz de éstos y registrar los resultados de la investigación para proceder a la determinación de la acción necesaria que permita la eliminación, anticipación de la causa de desviación o de mejora.
- Cualquier acción correctiva tomada para eliminar las causas de no conformidades actuales o potenciales debe ser adecuada a la magnitud de los problemas y proporcional a los riesgos encontrados.

##### Sobre la requisición y control de las AC/AP

**Tabla 1**

Fuentes	Proceso donde se identifica	Solicita al Controlador de AC/AP	Formato en que se solicita	Responsable de solicitar y controlar las AC/AP al responsable del problema real o potencial	Formato en que se controla
Quejas de clientes	En el momento en que el cliente recibe el servicio y se queja	Cualquier persona de la ORGANIZACIÓN que levanta una queja de cliente	Quejas de clientes y desviaciones F-CM-01	Responsable designado de acuerdo a la matriz de responsabilidades	Lista maestra de Seguimiento a la implantación de AC/AP F-CM-01
Evaluación de servicio	Durante la evaluación de servicio	Evaluador de servicio	Reporte de resultados de la evaluación de servicio	Responsable designado de acuerdo a la matriz de responsabilidades	Lista maestra de Seguimiento a la implantación de AC/AP F-CM-01
Análisis de indicadores	Durante la revisión de la dirección	Comité de Calidad	N/A	Responsable designado de acuerdo a la matriz de responsabilidades	Lista maestra de Seguimiento a la implantación de AC/AP F-CM-01
Auditorías internas	Durante las auditorías internas de calidad	Auditor interno	Solicitud de AC/AP (F-CM-02)	Auditor líder	Lista maestra de Seguimiento a la implantación de AC/AP F-CM-01
Especificaciones de calidad no conformes	Durante la supervisión	Supervisores	Check list de supervisión	Responsable designado de acuerdo a la matriz de responsabilidades	Lista maestra de Seguimiento a la implantación de AC/AP F-CM-01
Evaluación de Ambiente de Trabajo	Durante la evaluación del Ambiente de Trabajo	Evaluador del Ambiente de Trabajo	Presentación de resultados de la evaluación del Ambiente de Trabajo	Responsable designado de acuerdo a la matriz de responsabilidades	Lista maestra de Seguimiento a la implantación de AC/AP F-CM-01

R00/0105

F-CC-02

## INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TANTOYUCA



### PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

<b>Responsable:</b> Coordinar de Mejora	<b>Requerimiento:</b> 8.5	<b>Fecha de Efectividad:</b> Enero 03 de 2005
<b>Código:</b> P-CM-01	<b>No. Revisión:</b> 0	<b>Copia No.</b>
		<b>Hoja:</b> 3 de 6

**Sobre los criterios para solicitar las AC/AP**

- El Controlador de AC/AP definido para cada fuente en la **Tabla 1** es el responsable de solicitar una AC/AP.
- Cuando el controlador de AC/ AP tenga duda acerca de quién debe ser el responsable de atender una AC/AP, o cuando la persona que le fue asignada una AC/AP señale que no debe ser el responsable de atenderla, el controlador deberá llevar la solicitud de AC/AP al Comité de Calidad para que sea éste, el que finalmente defina el responsable de atender la AC/AP.

**Tabla 2**

Fuente	Criterios para solicitar una AC/AP
Quejas de clientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El controlador de AC/AP requerirá AC/AP con base en el análisis de un Diagrama de Pareto.</li> <li>• Requerirá AC/AP tomando en cuenta:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La cantidad de AC/AP que tenga pendientes de cerrar una misma persona.</li> <li>○ La frecuencia en periodos anteriores.</li> <li>○ El impacto en la salud e integridad de los clientes.</li> </ul> </li> <li>• El Comité de Calidad tiene la facultad de requerir una AC/AP para cualquier queja independientemente de la frecuencia con que se haya presentado.</li> </ul>
Evaluación de servicio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con base en los resultados obtenidos el Comité de Calidad establecerá las prioridades para requerir las AC/AP en función del impacto en los resultados de negocio.</li> </ul>
Análisis de indicadores	<p><b>Acciones correctivas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se requerirá una acción correctiva cuando no se alcance el estándar de cumplimiento del indicador.</li> <li>• El controlador de las AC/AP deberá tomar en cuenta para requerir una Acción correctiva lo siguiente:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El número de incumplimientos de una misma persona.</li> <li>○ El número de Acciones Correctivas pendientes por cerrar de una misma persona.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Acciones preventivas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El responsable del estándar del indicador podrá solicitar una acción preventiva por iniciativa para anticiparse al cumplimiento de un problema potencial.</li> <li>• El comité de calidad podrá requerir una Acción Preventiva cuando el indicador tenga una tendencia de incumplimiento en al menos tres periodos de evaluación.</li> </ul>
Auditorías internas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las no conformidades deberán ser contestadas con una acción correctiva.</li> <li>• El auditor líder podrá agrupar no conformidades de la misma naturaleza y agruparlos en una misma redacción de no conformidad.</li> </ul>
Especificaciones de calidad no conformes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El controlador de AC/AP requerirá AC/AP con base en el análisis de un Diagrama de Pareto.</li> <li>• Requerirá AC/AP tomando en cuenta:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La cantidad de AC/AP que tenga pendientes de cerrar una misma persona.</li> <li>○ La frecuencia en periodos anteriores.</li> <li>○ El impacto en la salud e integridad de los clientes.</li> </ul> </li> <li>• El Comité de Calidad tiene la facultad de requerir una AC/AP para cualquier queja independientemente de la frecuencia con que se haya presentado.</li> </ul>
Evaluación de Ambiente de Trabajo	<p><b>Acciones correctivas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se requerirá una acción correctiva cuando no se alcance una calificación mínima de un 80 %.</li> <li>• El controlador de las AC/AP deberá tomar en cuenta para requerir una AC/AP lo siguiente:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El número de incumplimientos de una misma persona.</li> <li>○ El número de AC/AP pendientes por cerrar de una misma persona.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Acciones preventivas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El responsable del estándar del indicador podrá solicitar una acción preventiva por iniciativa para anticiparse al cumplimiento de un problema potencial.</li> <li>• El comité de calidad podrá requerir una AC/AP cuando el indicador tenga una tendencia de incumplimiento en al menos tres periodos de evaluación.</li> </ul>

## INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TANTOYUCA



### PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

<b>Responsable:</b> Coordinar de Mejora	<b>Requerimiento:</b> 8.5	<b>Fecha de Efectividad:</b> Enero 03 de 2005
<b>Código:</b> P-CM-01	<b>No. Revisión:</b> 0	<b>Copia No.</b>
		<b>Hoja:</b> 4 de 6

#### V. RESPONSABILIDADES

Secuencia	Responsables	Actividades	Tiempo de ejecución
1	Personal organización	<b>Identifica las desviaciones del servicio u oportunidad de mejora</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifica las desviaciones del Sistema de Calidad y la registra en el formato definido en la Tabla 1 dependiendo de la fuente de desviación.</li> <li>Identifica la oportunidad de mejora.</li> </ul>	Surgen desviaciones al Sistema de Calidad
1	Controlador de AC/AP	<b>Define la necesidad de solicitar una AC/AP</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Véase Tabla 2.</li> </ul>	De acuerdo a Tabla 2
2	Controlador de AC/AP	<b>Solicita la AC/AP</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Define al responsable de realizar las AC/AP.</li> <li>Asigna el folio a la solicitud de AC/AP.</li> <li>Define el Responsable de dar Seguimiento a las AC/AP.</li> <li>Le envía al personal responsable de las AC/AP la Solicitud de AC/AP (F-CM-02) y le solicita el llenado.</li> </ul>	1 día a partir de identificada la desviación u oportunidad de mejora
3	Controlador de AC/AP	<b>Registra la solicitud en la lista maestra de AC/AP</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Registra en la Lista Maestra de Seguimiento a la Implantación de AC/AP (F-CM-01) la solicitud de acciones correctivas y preventivas.</li> <li>Registra el responsable de dar seguimiento.</li> </ul>	El mismo día que solicita la AC/AP
4	Responsable de AC/AP	<b>Identifica la causa raíz o potencial</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Llena la sección "Reporte" en la Solicitud de AC/AP (F-CM-02):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Describe la Acción correctiva inmediata.</li> <li>✓ Identifica las causas raíz de la no conformidad o potenciales en la sección "Análisis de las Causas" de Solicitud de AC/AP (F-CM-02).</li> </ul> </li> </ul>	A más tardar en 2 días hábiles lo registra en la Solicitud de AC/AP (F-CM-02)
5	Responsable de AC/AP	<b>Define las AC/AP</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Llena la sección "Plan" en la Solicitud de AC/AP (F-CM-02):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Define las acciones a realizar, el responsable de llevarlas a cabo y la fecha de cumplimiento.</li> </ul> </li> <li>Envía una copia al Controlador de AC/AP.</li> </ul>	En un máximo de 7 días hábiles después de haber identificado la causa raíz
5	Controlador de AC/AP	<b>Registra la fecha de implantación en la lista maestra de AC/AP</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Registra la fecha estimada definida por el responsable como fecha de implantación en la Lista Maestra de Seguimiento a la Implantación de AC/AP (F-CM-01).</li> </ul>	1 día a partir de que se le notifica del "Plan"
6	Responsable de AC/AP	<b>Ejecuta las AC/AP</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ejecuta las acciones correctivas o preventivas definidas en la Solicitud de AC/AP (F-CM-02).</li> <li>Mantiene evidencia del cumplimiento de acuerdo a la ejecución de las acciones definidas.</li> </ul>	En las fechas definidas en el Plan de la Solicitud de AC/AP (F-CM-02)

R00/0105

F-CC-02

## INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TANTOYUCA



### PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

Responsable: Coordinar de Mejora	Requerimiento: 8.5	Fecha de Efectividad: Enero 03 de 2005
Código: P-CM-01	No. Revisión: 0	Copia No. Hoja: 5 de 6

Secuencia	Responsables	Actividades	Tiempo de ejecución
6	Responsable de verificación	<b>Verifica el cumplimiento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Supervisa la ejecución de las AC/AP en las fechas definidas y firma en la Solicitud de AC/AP (F-CM-02) cuando estas hayan sido efectivas, en la sección "Plan".</li> </ul>	En las fechas definidas en el Plan de la Solicitud de AC/AP (F-CM-02)
7	Responsable de AC/AP	<b>Solicita el cierre de las AC/AP</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Solicita la firma de cierre.</li> </ul>	1 día a partir de concluidas las AC/AP
8	Controlador de AC/AP	<b>Cierra las acciones</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Revisa el cumplimiento de las acciones.</li> <li>Determina la efectividad de las acciones.</li> </ul> En caso de dar por terminada la AC/AP: <ul style="list-style-type: none"> <li>Firma de cierre en la sección "Constancia de Efectividad de Implantación" registrando los comentarios necesarios en la Solicitud de AC/AP (F-CM-02).</li> </ul>	1 día a partir de concluidas las AC/AP
9	Controlador de AC/AP	<b>Actualiza el cumplimiento de las acciones</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Actualiza el estatus de las "AC/AP", registrándolo en la Lista Maestra de Seguimiento a la Implantación de AC/AP (F-CM-01) correspondiente según la fuente de solicitud de AC/AP.</li> <li>Notifica el estatus de las acciones al Comité de Calidad y a los responsables del área involucrada.</li> </ul>	1 día a partir de cerradas las AC/AP

#### VI. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

N/A

#### VII. REGISTROS

Código	Registros	Tiempo de conservación	Responsable de Conservarlo	Lugar de Almacenamiento
F-OE-02	Quejas de Clientes y desviaciones	1 año	Responsable designado de acuerdo a la matriz de responsabilidades	Lugar de trabajo
F-CM-01	Lista Maestra de Seguimiento a la Implantación de AC/AP	1 año	Controlador de AC/AP	Lugar de trabajo
F-CM-02	Solicitud de AC/AP	1 año	Controlador de AC/AP	Lugar de trabajo

R00/0105

F-CC-02

## INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TANTOYUCA



### PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

<b>Responsable:</b> Coordinar de Mejora	<b>Requerimiento:</b> 8.5	<b>Fecha de Efectividad:</b> Enero 03 de 2005
<b>Código:</b> P-CM-01	<b>No. Revisión:</b> 0	<b>Copia No.</b> Hoja: 6 de 6

#### VIII.GLOSARIO

**No Conformidad:** Cuando el grado de implantación de un requisito establecido en el Sistema de Calidad es insatisfactorio, es decir, el incumplimiento de un requisito establecido en el Sistema de Calidad.

**AC/AP:** Acciones correctivas o preventivas para eliminar las causas de no conformidades reales o potenciales.

**Acciones Correctivas:** Acciones tomadas para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

**Acciones Preventivas:** Acciones tomadas para eliminar la causa de una no conformidad potencial.

**Causa Raíz:** Se considera como la causa principal que dio origen a una no conformidad y que al corregirla es posible que no vuelva a aparecer.

**ITSTA:** Instituto Tecnológico Superior de Tantoyuca