1. **Propósito**

Establecer los lineamientos para determinar acciones de mejora para mitigar las causas de No Conformidades Potenciales, prevenir su ocurrencia y dar seguimiento a los proyectos y planes de mejora establecidos.

1. **Alcance**

Aplica a todos los procesos estratégicos establecidos en el SGI del TecNM/ITH, a su personal, a su equipo directivo y a todos los demás elementos que constituyen su Sistema de Gestión de Calidad.

1. **Políticas de operación**
	1. Las Acciones de Mejora pueden surgir a partir del análisis de las causas que originan las No Conformidades encontradas que provengan de:
		1. Auditorías Internas.
		2. Auditorías Externas.
		3. Análisis de Datos.
		4. Análisis de la Eficacia de los Procesos.
		5. Seguimiento a la Revisión del SGC por parte de la Alta Dirección.
		6. Identificación de Servicio No Conforme o
		7. Evaluación del Cliente
		8. Análisis de Riesgos y Oportunidades

Así como del análisis de los planes estratégicos, determinados al implementar el sistema de gestión de calidad.

* 1. El Coordinador de Calidad y la alta dirección deben ser informados en todo momento acerca de las No Conformidades potenciales detectadas y de las Acciones de Mejora implementadas, para prevenir la no ocurrencia de una posible No Conformidad o mejorar algún proceso dentro del sistema de gestión de calidad.

|  |
| --- |
| **CONTROL DE EMISIÓN** |
| **ELABORÓ** | **REVISÓ** | **AUTORIZÓ** |
| Ing. Guillermo Plata MartínezCoordinador del SGI | Ing. Karla María Apodaca IbarraSubdirectora Académica | M.C. Gerardo Ochoa Salcido |
| Firma:  | Firma:  | Firma:  |
| 18 de Febrero de 2019 | 22 de Febrero de 2019 | 28 de Febrero de 2019 |

* 1. El análisis de la Causa Raíz de las No Conformidades potenciales debe ser realizado por la Dirección General o alta dirección, una vez que el área responsable informara la presencia de la No Conformidad. EL Director y/o alta dirección determinan la necesidad de realizar una acción, efectuando el registro para su control, en el reporte de proyectos de mejora.
	2. El área responsable da seguimiento a las Acciones de mejora implantadas y supervisa que las acciones determinadas se hayan implementado, registrando los resultados de las acciones tomadas.
	3. Se deberá informar periódicamente al Coordinador de calidad y/o alta dirección acerca de los resultados de las acciones tomadas, para verificar su efectividad.
	4. Es responsabilidad de la Alta dirección y/o Coordinador de calidad según sea el caso verificar la efectividad de las Acciones de mejora implementadas.
	5. Las Acciones de Mejora son consideradas como concluidas una vez que hayan sido verificadas y evaluadas por los responsables.
1. **Diagrama de flujo**

**NA**

1. **Descripción del procedimiento**

 **NA**

**6. Documentos de referencia**

* 1. Manual del sistema de Gestión de la calidad
	2. Informe de auditorias
	3. Resultados del formato de evaluación del cliente y partes interesadas.
	4. Identificación, registro y control de servicio no conforme

**7. Registros**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Registros** | **Tiempo de retención** | **Responsable de conservarlo** | **Código de registro** |
| Reporte de Proyectos de Mejora | Físico | 1 año | *NA* |

# 8. Glosario

**Acción Correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una **No Conformidad** detectada u otra situación indeseable en la operación del SGC.

**Acción de Mejora:** Acción tomada para eliminar/mitigar la causa de una **No Conformidad** potencial u otra situación indeseable en la operación del SGC.

**Corrección:** Acción tomada para eliminar una No conformidad detectada

# Anexos

# Na

# 10. Cambios de esta versión

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Número de revisión** | **Fecha de actualización** | **Descripción del cambio** |
| 2 | 18 de Febrero de 2019 | Cambio del Director del Instituto Tecnológico de Hermosillo a M.C. Gerardo Ochoa Salcido |
| 1 | 13 DE FEBRERO DEL 2018 | Se crea documento. |