ELABORADO POR:

NOMBRE	PUESTO
Responsables:	
Hilda Esperanza Esparza Ponce	Técnico Académico Titular C.

REVISADO POR:

NOMBRE	PUESTO
Melany Guzmán Velderrain	Coordinador del Programa Institucional de la Calidad

APROBADO POR:

NOMBRE	PUESTO
Gilda Legarreta Ito	Directora de Planeación y Asuntos Estratégicos

PROPÓSITO: Documentar la forma en que se realizan las Revisiones por la Dirección del Sistema de Gestión de la Calidad con la finalidad de evaluar su implementación y su eficacia, así como, definir acciones de mejora.

ALCANCE: Aplica a todas las Revisiones por la Dirección, realizadas al Sistema de Gestión de la Calidad implementado en el CIMAV.

DEFINICIONES:

Indicadores de desempeño/meta: Son el resultado del análisis de datos e información, que representan la eficacia de los procesos de la organización. Cualquier elemento que sirva para analizar la situación actual y deseable de una organización.

Grupo Directivo: Está conformado por Miembros Permanentes: Director General (Titular de la Institución), Director Académico, Director de Planeación y Asuntos Estratégicos, Director de Administración y Finanzas, Director de Vinculación, Jefe del Departamento Energías Renovables y Protección del Medio Ambiente, Jefe del Departamento de Integridad y Diseño de Materiales Compuestos, Jefe del Departamento de Materiales Nanoestructurados, Jefe del Departamento de Simulación Computacional y Modelado, Jefe del Departamento de Servicios Científicos y Tecnológicos, Coordinador del Programa Institucional de la Calidad y por Miembros No Permanentes: que pueden ser, según sean requeridos, Subdirectores, Jefes de Área, Responsables y Técnicos de Laboratorios y/o cualquier representante de los departamentos involucrados.

Eficacia: Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

Eficiencia: Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

Objetivos: Es el estado que se pretende alcanzar como resultado de un proyecto o plan de trabajo.

Proveedores de Ensayos de Aptitud: Organismo responsable del diseño, la organización y la operación de todas las etapas del ensayo de aptitud, que ha demostrado ante la ema cumplir con el procedimiento de evaluación y reconocimiento de proveedores de ensayos de aptitud y con las directrices para los requisitos de la competencia de proveedores de esquemas de ensayos de aptitud.

Representante de la Dirección: Se ha designado, por el Director General, al Coordinador del Programa Institucional de la Calidad como la persona que tiene la responsabilidad de asegurar la documentación, implementación y mantenimiento de los procesos requeridos para la operación del Sistema de Gestión de la Calidad, así como, para atender las actividades relacionadas con el organismo certificador en los asuntos relacionados con los procesos de auditoría y certificación.

Representante Autorizado: Se ha designado, por el Director General, al Coordinador del Programa Institucional de la Calidad como la persona que tiene la responsabilidad de asegurar la documentación, implantación y mantenimiento de los procesos requeridos para la operación del Sistema de Gestión de la Calidad, así como, para atender las actividades relacionadas con el organismo acreditador en los asuntos relacionados con los procesos de evaluación y acreditación.

Responsable de la Información: Persona que por el puesto que ocupa tiene la responsabilidad de recabar y entregar la información de los indicadores de desempeño/meta para su evaluación en las Revisiones por la Dirección.

Revisiones por la Dirección: Reuniones en donde el grupo directivo evalúa la efectividad del cumplimiento de los objetivos preestablecidos y su aplicación, así como, las actividades necesarias para la mejora continua.

ACTIVIDADES (incluye RESPONSABILIDADES):

Los Equipos de la Calidad son quienes definen los indicadores/meta con los que se evaluará el cumplimiento de los objetivos de la calidad, dichos indicadores se envían al Coordinador del Equipo de Planeación para su inclusión en el Plan de Calidad (MAC03) del próximo año.
Posteriormente, en las revisiones por la Dirección, los miembros permanentes del Grupo Directivo revisan los resultados de los indicadores de desempeño que deben medirse para evaluar el cumplimiento con:

- La adecuación de la política y objetivos de calidad, así como, de los procedimientos y otros documentos que conforman el SGC;
- La formación del personal técnico.

- El establecimiento y revisión de los objetivos generales (objetivos estratégicos);
- Los resultados obtenidos por los laboratorios que están acreditados ante la ema, como consecuencia de su participación en los ensayos de aptitud, proveedores de ensayos de aptitud coordinados por la ema u organizados con otros laboratorios afines;
- El estado del Sistema de Gestión de la Calidad establecido en la organización (cambios en el volumen y tipo de trabajo, retroalimentación de los clientes, quejas, informes del personal directivo y de supervisión, así como, de otros factores pertinentes);
- Los informes de auditorías internas y/o externas recientes;
- El estado de las No Conformidades encontradas durante las auditorías, así como, de las acciones correctivas y/o preventivas implementadas;
- Los resultados del plan de calidad vigente y
- Recomendaciones para la mejora.

Previamente el Coordinador del Programa Institucional de la Calidad y los Coordinadores de los Equipos de la Calidad realizan las siguientes actividades:

a) Elaboran el Programa Anual de Revisiones por la Dirección (CA15F01), programando las revisiones de manera semestral.

b) Los Responsables de la información dan seguimiento trimestralmente a los indicadores de acuerdo al procedimiento de evaluación de indicadores de desempeño (CA16) y los entregan al Coordinador del Equipo de Planeación.

c) El Coordinador del Equipo de Planeación entrega los registros trimestrales al Coordinador del Programa Institucional de la Calidad previamente a la fecha programada de la revisión por la dirección para que se incluya en la carpeta.

d) Los Responsables de los laboratorios dentro del alcance del Sistema y los Coordinadores de los equipos de la calidad, proporcionan a la Coordinación del Equipo de Planeación la información referente a la necesidad de recursos para capacitación, atención a reuniones, calibración y/o verificación de equipos, materiales de referencia participación en pruebas interlaboratorio o ensayos de aptitud, así mismo proporcionan al Coordinador del Programa Institucional de la Calidad la información de los resultados obtenidos e informes de supervisión, en caso de que aplique.

e) El Coordinador del Equipo de Auditores entrega la información de las auditorías internas al Coordinador del Programa Institucional de la Calidad para su consideración en la revisión.

f) El coordinador de Equipo de Auditores Internos proporciona la información del estado de las acciones correctivas y preventivas.

g) El coordinador del Equipo de Mejora Continua proporciona la información de la eficacia de las acciones de mejora tomadas.

h) El Coordinador del Programa Institucional de la Calidad incluye la información de las auditorías internas y externas, al igual que los cambios en el volumen y tipo de trabajo para su consideración en la revisión.

i) El Asesor Comercial / Coordinador del Equipo de Atención al Cliente, proporciona la información relacionada con la satisfacción del cliente, la atención de las quejas y sugerencias de los mismos, del semestre inmediato anterior, al Coordinador del Programa Institucional de la Calidad para su consideración en la revisión.

j) El Coordinador del Equipo de Mejora Continua solicita al personal que está dentro del alcance del Sistema propuestas de mejora para su consideración durante la revisión.

k) En la segunda reunión ordinaria de las revisiones, se presenta al Grupo Directivo para su revisión y aprobación el Plan de Calidad que aplicará para el siguiente año.

l) Una vez que se cuenta con toda la información que se presentará en la revisión, el Coordinador del Programa Institucional de la Calidad, elabora la presentación.

m) El Coordinador del Programa Institucional de la Calidad envía al Grupo Directivo, la información que se presentará durante la revisión con al menos tres días hábiles previos a la fecha en que se realizará la reunión.

n) El Coordinador del Programa Institucional de la Calidad convoca a los Miembros Permanentes y No Permanentes, que sean requeridos, a la reunión para la revisión.

o) Los Miembros Permanentes y No Permanentes convocados, analizan la información presentada para la Revisión. Como resultado se identifican:

- Acciones de mejora hacia la efectividad de los sistemas y procesos,
- Mejoras relacionadas con los servicios, y
- Recursos requeridos.

p) El Coordinador del Programa Institucional de la Calidad tiene la responsabilidad de coordinar, registrar la asistencia y los puntos tratados, así como darle seguimiento a las tareas asignadas, establecer fechas probables de ejecución con los involucrados y elaborar las Minutas de las Reuniones de Revisiones por la Dirección (CA15F02).

Posteriormente a la reunión de revisiones por la dirección:

a) El Coordinador del Programa Institucional de la Calidad, le da seguimiento a las actividades derivadas de los acuerdos tomados en las Revisiones por la Dirección y el Equipo de Mejora Continua a las mejoras identificadas por el Grupo Directivo.

b) La información generada de las Revisiones por la Dirección es almacenada y mantenida por el Coordinador del Programa Institucional de la Calidad de acuerdo a lo establecido en la sección de registros de calidad de este procedimiento.

c) Con la finalidad de que el personal conozca el estado del Sistema de Gestión de la Calidad en cuanto a su eficiencia, se da a conocer el estado de los indicadores de desempeño / meta a través del Plan de Calidad del año en curso y de la minuta de la revisión.

REFERENCIAS:

Norma	ISO 9001: 2008	5.6.1, 5.6.2 y 5.6.3
Norma	ISO/IEC 17025: 2005	4.2.2, 4.15.1 y 4.15.2
Procedimiento	Acciones Correctivas	CA06
Formato	Registro de resultados de indicadores de desempeño/meta	CA16F01

REGISTROS DE CALIDAD:
Todos los registros de calidad que se originen durante el desarrollo de las actividades descritas en este procedimiento, además de los mencionados en la tabla, son retenidos por el Responsable del Área o Dueño del Proceso, por un periodo mínimo de cuatro años de acuerdo a lo establecido en el procedimiento de Control de Registros CA02.

Nombre	Código	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo
Programa Anual de Revisiones por la Dirección	CA15F01	4 años	CPIC
Minuta de Revisiones por la Dirección	CA15F02	4 años	CPIC

ANEXOS:
No aplica.

CONTROL DE MODIFICACIONES:

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
07	2009-09-01	Se revisó y actualizó el procedimiento de acuerdo a la norma ISO-9001-2008 y cambió el responsable de la elaboración del procedimiento.
08	2010-06-28	Se consideraron como parte de los elementos a revisar: la adecuación de la política y objetivos de calidad, así como, de los procedimientos y otros documentos que conforman el SGC, así como, la formación del personal técnico.
09	2011-05-30	Se revisó y actualizó el procedimiento por el cambio en los nombres de los departamentos y del Administrador del Programa de Calidad.
10	2011-10-28	Se revisó el procedimiento por el cambio en el nombre del Coordinador del Programa Institucional de la Calidad. Se agregaron asimismo actividades para los equipos de la calidad.