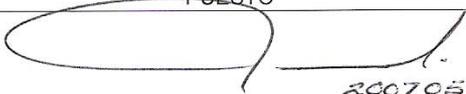
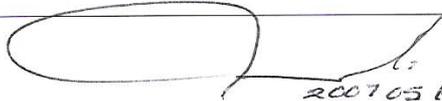




SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Nombre del procedimiento:	Acciones Preventivas		
Código del documento:	CA05-05	Efectivo:	2007-04-19
Fecha de emisión:	2003-08-27	Vigencia:	3 años

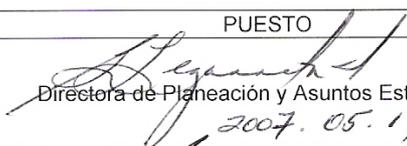
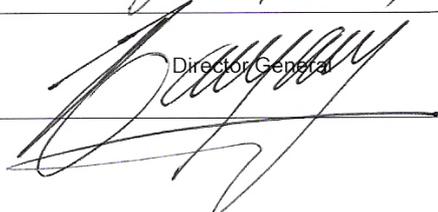
ELABORADO POR:

NOMBRE	PUESTO
Colaboradores: Ing. Julio Cesar Fierro Alonso	 Administrador del Programa de Calidad Institucional 2007 05 14
Responsable: Ing. Julio Cesar Fierro Alonso	 Administrador del Programa de Calidad Institucional 2007 05 14

REVISADO POR:

NOMBRE	PUESTO
Ing. Julio César Fierro Alonso	 Administrador del Programa de Calidad Institucional 2007 05 14

APROBADO POR:

NOMBRE	PUESTO
Lic. Gilda Legarreta Ito	 Directora de Planeación y Asuntos Estratégicos 2007. 05. 14
Dr. Jesús González Hernández	 Director General

El usuario es responsable de consultar la versión vigente de este documento a través de INTRANET.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	Nombre del procedimiento: Acciones Preventivas		
	Código del documento: CA05-05	Efectivo:	2007-04-19
	Fecha de emisión: 2003-08-27	Vigencia:	3 años

PROPÓSITO: Definir la metodología para determinar e implementar las acciones preventivas encaminadas a evitar la ocurrencia de no conformidades en los procesos y servicios que ofrece el CIMAV y tomar ventaja de las oportunidades de mejora.

ALCANCE: Aplica a todas las no conformidades potenciales que requieran de la aplicación de acciones preventivas, así como a la identificación de oportunidades de mejora.

DEFINICIONES:

Acción preventiva: Acción tomada para eliminar la causa potencial de una no conformidad, defectos u otra situación, a fin de prevenir su ocurrencia.

No Conformidad: Falta de cumplimiento a los requisitos o situación no deseada que surge durante cualquier etapa de un proceso o servicio.

Responsable del área: Es la persona asignada o dueño del proceso que da seguimiento a las acciones preventivas.

Verificación de las acciones: Confirmación a través de la provisión de evidencia objetiva, que especifique que los requisitos han sido cumplidos.

Grupo Estratégico de Planeación y Calidad: Grupo conformado por la Directora de Planeación y Asuntos Estratégicos, la Subdirectora de Administración, el Subdirector de Evaluación y Seguimiento, el Gestor de Planeación, el Asesor Externo y el Administrador del Programa de Calidad.

ACTIVIDADES (incluye RESPONSABILIDADES):

DETERMINACIÓN DE NO CONFORMIDADES POTENCIALES Y SUS CAUSAS

Cualquier **Empleado** puede identificar una mejora necesaria y/o detectar alguna situación potencial que pueda traer como consecuencia una no conformidad durante el desarrollo de las siguientes actividades: auditorías internas y externas, revisiones por la dirección, revisiones al Sistema de Gestión de la Calidad, análisis de mercado, análisis de datos, análisis de tendencias, análisis de riesgos, análisis de resultados en ensayos de aptitud, desarrollo de los procesos, evaluación de la satisfacción del cliente, lecciones aprendidas en experiencias pasadas, resultados de auto evaluación, así como, durante la revisión de las necesidades y expectativas del cliente. Una vez identificada y/o detectada alguna de las situaciones antes expuestas, el **Empleado** debe hacer el registro en el formato CA06F01 y entregarlo al **Responsable del Área o Dueño del Proceso** para su seguimiento.

EVALUACIÓN DE LA NECESIDAD DE ACTUAR PARA PREVENIR LA OCURRENCIA DE NO CONFORMIDADES

El **Responsable del Área o Dueño del Proceso** evalúa la no conformidad potencial y la necesidad de actuar para prevenir su ocurrencia, cuando no se requiera tomar acciones preventivas, se registran en la parte de causa de la no conformidad potencial los motivos y se le comunica al **Empleado** que la reportó.

Cuando la no conformidad potencial requiera ser asignada a otra persona para su seguimiento el **Responsable del Área o Dueño del Proceso** le notifica al **Responsable de la No Conformidad Potencial**, la situación para que este último le de seguimiento.

Cuando el **Responsable del Área o Dueño del Proceso** sea quien le de seguimiento a la no conformidad potencial, se convertirá en este caso en el **Responsable de la No Conformidad Potencial**.

DETERMINACIÓN E IMPLANTACIÓN DE LAS ACCIONES NECESARIAS

Cuando sea necesario, el **Responsable de la No Conformidad Potencial** involucra al personal del área o del laboratorio afectado, para analizar la causa y determinar la acción preventiva que sea requerida. La metodología utilizada durante este proceso es determinada en base al tipo de la no conformidad potencial.

El **Responsable de la No Conformidad Potencial** registra la causa potencial de la no conformidad, las acciones preventivas, los nombres de los responsables y las fechas para llevarlas a cabo.

El usuario es responsable de consultar la versión vigente de este documento a través de INTRANET.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	Nombre del procedimiento: Acciones Preventivas		
	Código del documento: CA05-05	Efectivo:	2007-04-19
	Fecha de emisión: 2003-08-27	Vigencia:	3 años

Los **Responsables de la Implantación** llevan a cabo las acciones preventivas programadas de acuerdo a lo registrado en la no conformidad potencial.

REGISTRO DE LOS RESULTADOS DE LAS ACCIONES TOMADAS

El **Responsable de la No Conformidad Potencial** o la persona asignada por éste, verifica que las acciones preventivas hayan sido implementadas, evaluando y registrando los resultados en la parte de verificación del formato de no conformidad CA06F02.

SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES PREVENTIVAS TOMADAS

Una vez concluidas las actividades programadas el **Responsable de la No Conformidad Potencial**, revisa los resultados y la efectividad de las acciones tomadas al respecto para evitar la ocurrencia de la no conformidad potencial. Cuando las acciones no son efectivas se inicia nuevamente la determinación de la causa y las acciones preventivas para la misma no conformidad potencial.

El **Responsable de la No Conformidad Potencial** notifica al **Responsable del Área o Dueño del Proceso**, en caso de no ser la misma persona, los resultados de las acciones preventivas tomadas, para que los registre en los reportes del proceso correspondiente (por ejemplo: Quejas de clientes, Satisfacción del cliente, Revisiones por la Dirección, Auditorías, etc.).

IDENTIFICACION DE MEJORAS

El **Empleado** que identifique una oportunidad de mejora debe informarle de la misma al Grupo Estratégico de Planeación y Calidad para evaluar si es viable de llevarse a cabo.

REFERENCIAS:

Norma	ISO 9001: 2000	8.5.3
Norma	ISO/IEC 17025: 2005	4.12.1 y 4.12.2

REGISTROS DE CALIDAD:

Todos los registros de calidad que se originen durante el desarrollo de las actividades descritas en éste 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
Formato de no conformidad	CA06F02	4 años	Responsable de la No Conformidad Potencial / Responsable del Área / Dueño del Proceso
Formato de no conformidad	CA06F01	4 años	Responsable de la No Conformidad Potencial / Responsable del Área / Dueño del Proceso

ANEXOS:

Formato de no conformidad CA06F02
Formato de no conformidad CA06F01

El usuario es responsable de consultar la versión vigente de este documento a través de INTRANET.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
	Nombre del procedimiento: Acciones Preventivas		
	Código del documento: CA05-05	Efectivo:	2007-04-19
	Fecha de emisión: 2003-08-27	Vigencia:	3 años

CONTROL DE MODIFICACIONES:

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	No aplica	Emisión del documento
02	2004-05-18	Se cambio la descripción de las actividades de éste procedimiento de diagrama de flujo a prosa. Las actividades del procedimiento de acciones preventivas habían sido incluidas en el procedimiento de Acciones preventivas y correctivas CA06, pero debido a que no se hacia una diferenciación entre unas y otras se separaron en procedimientos independientes.
03	2005-04-15	Se reviso el procedimiento y se incluyeron los requisitos establecidos en la norma NMX-EC-17025-IMNC-2000, se cambiaron las fechas al formato año-mes-día y se elimino en la portada el espacio de FIRMA/FECHA.
04	2006-02-28	Se revisó el procedimiento para verificar que cumpliera con los requisitos de la norma ISO/IEC 17025: 2005. En los encabezados de las páginas que conforman el procedimiento se cambió el titulo de Sistema de Calidad a Sistema de Gestión de la Calidad.
05	2007-04-19	En los encabezados de las páginas que conforman el procedimiento se cambió el logo anterior de CIMAV por el que actualmente se encuentra vigente.

El usuario es responsable de consultar la versión vigente de este documento a través de INTRANET.