1. Objetivo

Establecer los lineamientos para identificar, definir, registrar, implementar y dar seguimiento a las Acciones Correctivas que eliminen las no conformidades detectadas o potenciales en el SGC.

2. Alcance

Aplica a todos los servidores públicos de las unidades administrativas del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México involucrados en el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) que tengan a su cargo alguna etapa o actividad específica dentro de los procesos certificados.

3. Insumos

Hallazgo de No Conformidades (detectadas o potenciales).

4. Resultado

Eliminación de No Conformidades detectadas o potenciales.

5. Interacción con otros Procedimientos:

PC DIFEM DG 01 Procedimiento de Calidad para la Elaboración y Control de Documentos.

PC DIFEM DG 02 Procedimiento de Calidad para el Control de Registros.

PC DIFEM DG 03 Procedimiento de Calidad para la Realización de Auditorías Internas.

PC DIFEM DG 05 Procedimiento de Calidad para el Registro de Salidas No Conformes

PC-DIFEM DG 06 Procedimiento de Calidad para la Mejora Continua.

6. Lineamientos:

Los responsables de cada proceso certificado deberán establecer los requisitos del producto o servicio que se otorga en el **FO/SGC/200C01010000000**/423/2019 “Tabla de Requisitos del Servicio”.

El líder y el equipo de mejora revisarán las no conformidades (potenciales o detectadas), las analizarán y decidirán sobre la implementación de acciones correctivas y requisitarán el **FO/SGC/200C01010000000**/420/2019 Plan de Acciones Correctivas.

Cuando se requiera la implementación de acciones correctivas se deberá requisitar por cada una de estas el formato **FO/SGC/200C01010000000**/420/2019 Requisición de Acción Correctiva.

El análisis de la Causa Raíz de las No Conformidades será realizado por el Equipo de Mejora.

El Responsable de Proceso certificado es el responsable de Informar a la Alta Dirección sobre el estado que guardan las acciones correctivas implementadas en el SGC del DIFEM.

El líder del equipo de mejora dará seguimiento a las acciones preventivas implementadas hasta su conclusión.

El líder del equipo de mejora revisará la eficacia de las acciones correctivas tomadas e informar a la Alta Dirección.

Las acciones correctivas se consideran cerradas hasta que se haya verificado su eficacia y será la Alta Dirección quien determine su cierre.

Cualquier cambio en los documentos generados por una acción correctiva deberá ser realizado con base en lo establecido en el PC DIFEM DG 01 Procedimiento de Calidad para la Elaboración y Control de Documentos y el PC DIFEM DG 02 Procedimiento de Calidad para el Control de Registros.

Las Acciones Correctivas pueden tener varios orígenes, entre otros:

a) Resultado de Auditorías Internas.
b) Resultado de Auditorías Externas.
c) Análisis de Datos.
d) Revisiones del SGC por parte de la Alta Dirección.
e) Análisis de encuestas de satisfacción del cliente incluyendo quejas y sugerencias detectadas en el SAM.
f) Identificación en el Registro de Salida No Conforme.
g) Registros incompletos o con errores
h) Falla en los procesos
i) Revisión de las necesidades y expectativas de los clientes
j) Resultados de la medición de procesos

La identificación, registro y tratamiento del Registro de Salida No Conforme se definen en el PC DIFEM DG 05.

Se implementarán acciones correctivas encaminadas a eliminar la causa de una no conformidad real, para evitar que vuelva a ocurrir.

Se implementarán acciones correctivas para eliminar las causas de No Conformidades potenciales, para prevenir su ocurrencia de acuerdo a la Matriz de Control de Riesgos.

Toda no conformidad detectada deberá quedar resuelta.