



1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos para reaccionar ante no conformidades, evaluar la necesidad de acciones para eliminar sus causas y prevenir que vuelvan a ocurrir, asegurando la mejora continua del SGC.

2. ALCANCE

Aplica para la totalidad de los procesos que conforman la oferta del servicio educativo en el Instituto Tecnológico de Tepic.

3. REFERENCIAS

La(s) norma(s) de referencia(s) aplicable(s) al presente procedimiento son:

- 1- Manual del Sistema de Gestión de la Calidad
- 2- Control de Salidas no Conformes
- 3- Norma ISO 9001:2015 IMNC

4. RESPONSABILIDADES

4.1 Matriz de responsabilidades

Responsable	Actividad	Evidencia / registro	Competencia / referencia
Dueño del Proceso / Subdirector	Realizar el análisis de causa raíz y verificar la efectividad de las acciones.	Formato de Solicitud de Atención de No Conformidad.	3/ 10.2.1.
Responsable del SGC (RD)	Informar a la Alta Dirección sobre el estado de las acciones y cerrar los folios verificados.	Formato Electrónico para Estado de AC.	3 /9.3.
Director	Revisar el estado de las acciones correctivas como entrada para la Revisión por la Dirección.	Informe de Revisión por la Dirección.	3/ 9.3

ELABORÓ Víctor Manuel Mata Prado Responsable del SGC Firma: Fecha: 07-abril-2026	REVISÓ Olivia Guadalupe Treviño Montemayor Subdirectora Académica Firma: Fecha: 07-abril-2026	AUTORIZÓ Manuel Ángel Uribe Vázquez Director del Instituto Tecnológico de Tepic Firma: Fecha: 07-abril-2026
---	--	--

Toda copia en PAPEL es un Documento No Controlado a excepción del original.



5. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

5.1 Actividades (secuencia e interacción)

5.1.1 Actividad: Identificación y reacción inicial

Responsable	Área responsable.
Entrada	Registro de No Conformidad (NC).
Acción	El área responsable documenta la información acerca de la No conformidad detectada con base en el registro de los datos pertinentes; El responsable del SGC y del área evalúan el impacto de la No conformidad para el logro del nivel de satisfacción de servicio esperado; Si aplica, realizar y documentar la corrección inmediata para controlar la situación.
Comunicación (a quién/medio)	Representante del SGC/correo
Salida: Registro / evidencia	Formato de registro de la Solicitud de Atención a No conformidad validado

5.1.2 Actividad: Análisis de la causa raíz

Responsable	Subdirectores, Áreas responsables.
Entrada	Formato de registro de Solicitud de Atención a No conformidad validado.
Acción	Seleccionar y aplicar técnicas estadísticas (7 herramientas de la calidad: las "clásicas" o las "nuevas") para identificar la causa origen que generó el hallazgo.
Comunicación (a quién/medio)	Área responsable-Responsable del SGC-Subdirector/correo
Salida: Registro / evidencia	Formato de Solicitud de Atención a No Conformidad con documentación anexa de análisis realizados.

5.1.3 Actividad: Planificación de Acciones Correctivas

Responsable	Subdirector, áreas responsables
Entrada	Formato de Solicitud de Atención a No conformidad y documentación anexa
Acción	Definir el plan de acciones que sean apropiadas para los efectos de las No conformidades encontradas, estableciendo tiempos y responsables de ejecución.
Comunicación (a quién/medio)	Área responsable-Responsable del SGC-Subdirector/correo
Salida: Registro / evidencia	Registro de plan de acción o corrección definida/Formato de solicitud de atención a no conformidad

5.1.4 Actividad: Implementación de acciones

Responsable	Área responsable
Entrada	Información del Plan de acción o corrección en formato de SANC
Acción	Ejecutar las actividades programadas orientadas a eliminar la causa raíz para prevenir el riesgo de ocurrencia de la NC detectada.
Comunicación (a quién/medio)	Área responsable - Responsable del SGC/correo
Salida: Registro / evidencia	Registro del seguimiento a la ejecución del plan de acción/Formato de SANC

5.1.5 Actividad: Verificación de Eficacia y Cierre

Responsable	Responsable del SGC, Subdirector
Entrada	Registro del seguimiento del plan de acción o corrección definida/formato de SANC
Acción	Evaluar la efectividad de la corrección o plan de acción a través del indicador de desempeño con base en el nivel de satisfacción de servicio esperado; en caso de no cumplir, se debe reiniciar el análisis desde la actividad 2. Cerrar la Solicitud de Atención a No Conformidad con rúbrica del responsable definido.
Comunicación (a quién/medio)	Responsable del SGC-Área responsable-Subdirección-Dirección/correo
Salida: Registro / evidencia	Solicitud de Atención a No Conformidad cerrado con la rúbrica / Formato de SANC

5.1.6 Actividad: Actualización de Riesgos y oportunidades

Responsable	Responsable del SGC, Dueño del proceso
Entrada	Solicitud de Atención a No Conformidad cerrada



Acción	Analizar si la No Conformidad detectada revela un riesgo no identificado previamente o si el tratamiento actual del riesgo debe ser modificado.
Comunicación (a quién/medio)	A los dueños de procesos impactados/correo o reunión
Salida: Registro / evidencia	Matriz de Riesgos y Oportunidades actualizada.

6. RIESGOS Y OPORTUNIDADES

ID Matriz de riesgos	Actividad	Riesgo u oportunidad	Acción / tratamiento	Impacto
R-01	Análisis de la causa raíz	Identificar solo síntomas y no la causa raíz de la No Conformidad.	Capacitar a los dueños de proceso en técnicas de análisis (Ishikawa, 5 Porqués) antes de llenar la SANC.	Medio
R-02	Implementación de acciones	Que las acciones correctivas no se implementen por falta de presupuesto o personal asignado.	Los Subdirectores deben validar la viabilidad técnica y financiera del plan de acción antes de su aprobación.	Medio
R-03	Verificación de Eficacia y Cierre	Cerrar la SANC basándose en la ejecución de actividades y no en la eliminación real del problema.	Establecer criterios de aceptación objetivos y puntos de verificación claros en la etapa de seguimiento.	Alto
O-01	Actualización de Riesgos y oportunidades	Utilizar el hallazgo para fortalecer la matriz de riesgos institucional y evitar que ocurra en otras áreas.	Realizar sesiones de "Lecciones Aprendidas" en el Comité Académico tras el cierre de las SANC's críticas.	Medio
O-02	Planificación de Acciones Correctivas	Identificar pasos redundantes o innecesarios durante el rediseño de la actividad correctiva.	Documentar las mejoras operativas detectadas como cambios controlados en el SGC.	Bajo

7. INDICADORES

Indicador	Fórmula	Meta	Frecuencia	Responsable	Fuente de datos / registro
Cumplimiento de Plazos de Ejecución	$(\text{Acciones ejecutadas en tiempo} / (\text{Total de acciones programadas}) * 100$	$\leq 90\%$	Mensual	Subdirectores	Formato de Solicitud de Atención a No Conformidad (SANC)
Oportunidad en el Análisis de Causa	$(\text{SANC con análisis en menos de 15 días} / (\text{Total de SANC abiertos}) * 100$	$\geq 90\%$	Mensual	Áreas Responsables	Formato de Solicitud de Atención a No Conformidad (SANC)
Calidad de la Documentación	$(\text{SANC aceptados sin correcciones de forma} / (\text{Total de SANC revisados})$	$\geq 85\%$	Trimestral	Responsable del SGC	Expediente de Acciones Correctivas/BD digital
Tiempo de Ciclo de Cierre	Promedio de días desde detección hasta cierre de SANC	≤ 60 días	Trimestral	Responsable del SGC	Formato de SANC/Registro en BD
Eficacia de Acciones Correctivas	$(\text{SANC cerradas efectivas} / (\text{Total de SANC verificadas})$	$\geq 90\%$	Semestral	Responsable del SGC	Registro en BD



Acción ante desviación (sugerida): si el indicador no cumple la meta, definir causa, acción y responsable; gestionar el cambio mediante 10 (Control de cambios) y, si corresponde, iniciar Acción Correctiva.

8. CONTROL DE SALIDAS NO CONFORMES

Criterio de aceptación (qué debe cumplir)	Punto de verificación (actividad o etapa del proceso)	Acción a realizar y disposición si no cumple	Registro o evidencia generada
El análisis debe identificar el origen real del problema usando herramientas como Ishikawa o los 5 porqués.	5.1.2 Realización del análisis de causa raíz.	El RD rechaza el RAC y lo devuelve al área responsable para profundizar en el análisis técnico.	SANC con estatus de "Rechazado/En revisión".
El 100% de las acciones programadas en el plan deben estar ejecutadas y documentadas.	5.1.4 Implementación de acciones correctivas.	Los Subdirectores informan sobre retrasos y reprograman actividades o gestionan recursos faltantes.	Informe de avance periódico y actualización del cronograma en el SANC.
No debe existir recurrencia de la No Conformidad tras la aplicación de las acciones.	5.1.5 Evaluación de la eficacia de las acciones.	Si el problema persiste, se declara la acción como "No Efectiva" y se reinicia el ciclo desde la etapa de análisis.	SANC con resultado de verificación negativo
El expediente debe contar con todas las firmas de autorización y evidencias de respaldo.	5.1.6 Cierre del RAC y actualización del sistema.	El RD suspende el cierre administrativo hasta que se recaben las firmas o evidencias faltantes.	SANC y Formato Electrónico de control.

Si el mismo problema se repite o es grave, se debe levantar conforme al procedimiento de Acción Correctiva.

9. CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA

Nota guía: Liste la información documentada y su control.

Documento/Registro	Código (si aplica)	Responsable de resguardo	Medio (físico/digital)	Tiempo de retención	Disposición final
Formato Electrónico para Estado de Acciones Correctivas		Responsable del SGC	Digital	1 año	Eliminación de archivo digital
Solicitud de Atención a No Conformidad		Jefe de área	Físico / Digital	3 años	Archivo muerto / Trituración
Evidencias de Implementación		Dueño del Proceso	Físico / Digital	1 año	Archivo muerto / Eliminación
Informe de Resultados para la Dirección		Responsable del SGC	Digital	3 años	Archivo histórico

10. CONTROL DE CAMBIOS

Revisión	Fecha	Descripción del cambio	Autoriza
1	07-abril-2026	Actualización a norma con base en riesgos y formato.	M.A. Manuel Ángel Uribe Vázquez