



1. OBJETIVO

Establecer la metodología para identificar interrupciones, analizar causas raíz e implementar proyectos de mejora modular en todos los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), con el fin de incrementar la eficiencia operativa y la satisfacción de las partes de interés considerando un estándar sostenible y medible.

2. ALCANCE

Este procedimiento inicia con la detección de una oportunidad de mejora o interrupción en el desempeño de los procesos (a través de indicadores, auditorías o retroalimentación del usuario) y termina con la verificación de la eficacia de las acciones implementadas y su estandarización en la información documentada del SGC.

3. REFERENCIAS

- 1- Manual del Sistema de Gestión de la Calidad
- 2- ISO 9001:2015
- 3- Lineamiento académico administrativo del TecNM.
- 4- Procedimiento de control documental.
- 5- Procedimiento de acciones correctivas.

4. RESPONSABILIDADES

4.1 Matriz de responsabilidades

Nota guía: En la tabla, escriba los cargos que participan y qué hace cada uno. En “Evidencia/registro” anote qué documento prueba que se hizo (formato, lista, bitácora). En “Competencia/referencia” puede poner ITT-POE-03 u otra referencia del SGC, si aplica.

Responsable	Actividad	Evidencia / registro	Competencia / referencia
Alta dirección (subdirección y dirección)	Demostrar compromiso con la mejora, asignar recursos y autorizar la ejecución del proyecto.	Aprobación de proyecto firmado/Acta de minuta de reunión de consejo directivo	2/ 5.1
Responsable del SGC	Asegurar la alineación de los proyectos con los objetivos estratégicos y validar el reporte de indicadores.	Matriz Scorecard/ Documento digital	1

ELABORÓ VICTOR MANUEL MATA PRADO Responsable del SGC Firma: _____ Fecha: 14-abril-2026	REVISÓ OLIVIA GUADALUPE TREVIÑO MONTEMAYOR Subdirectora Académica Firma: _____ Fecha: 14-abril-2026	AUTORIZÓ MANUEL ÁNGEL URIBE VÁZQUEZ Director del Instituto Tecnológico de Tepic Firma: _____ Fecha: 14-abril-2026
--	--	---



Responsable	Actividad	Evidencia / registro	Competencia / referencia
Líder de Equipo (Jefe de Departamento)	Identificar interrupciones en su área de trabajo, liderar la adopción de procesos mejorados y reportar avances.	Storyboard/ Reporte de mejora	Procedimiento de proceso correspondiente.
Equipo de mejora (personal académico o de apoyo)	Ejecutar tareas de recopilación de datos, identificar desperdicios y proponer soluciones innovadoras sin descuidar su operación diaria.	Diagramas causa-efecto/ Formularios identificación de interrupciones	Herramientas básicas de la calidad
Usuarios del servicio	Recibir el servicio y brindar su opinión de satisfacción del servicio recibido.	Formulario de evaluación de satisfacción	1

5. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

5.1 Actividades (secuencia e interacción)

5.1.1 Actividad: Identificación de la brecha y definición de problema (PLANEAR).

Responsable	Dueño de proceso, Equipo de mejora
Entrada	Indicadores, auditorías, Mapas de valor, registros de quejas
Acción	Identificar el problema, desarrollar el enunciado objetivo y mapear el estado actual en una carta de proyecto y en un A3
Comunicación (a quién/medio)	Dueño de proceso-Responsable del SGC/Documento digital por correo
Salida: Registro / evidencia	Mapeo de proceso actual y Carta de proyecto de mejora/Documento de propuesta de proyecto de mejora.

5.1.2 Actividad: Selección del equipo y Cronograma modular (PLANEAR)

Responsable	Líder de Equipo
Entrada	Documento de propuesta de proyecto de mejora, perfiles de competencia.
Acción	Seleccionar al equipo, verificar habilidades y acordar horarios de intervención modular. Validar propuesta de proyecto de mejora.
Comunicación (a quién/medio)	A los jefes inmediatos para asegurar disponibilidad modular.
Salida: Registro / evidencia	Complemento de documento: Matriz de habilidades y Cronograma de reuniones/Documento de anteproyecto de mejora validado.

5.1.3 Actividad: Análisis de datos y Causa raíz (HACER)

Responsable	Equipo de Mejora, Líder de equipo
Entrada	Anteproyecto de mejora; datos de indicadores operativos y de desempeño, auditorías, quejas o errores.
Acción	Aplicar las siete herramientas de calidad (clásicas o nuevas) para identificar brechas en los indicadores operativos y de desempeño. Detallar los efectos existentes del problema y sus posibles causales.
Comunicación (a quién/medio)	A los operadores del área para validar causas detectadas.
Salida: Registro / evidencia	Formato de identificación de brechas de proceso y causas raíz.

5.1.4 Actividad: Identificación y selección de soluciones (HACER)

Responsable	Equipo de Mejora, Líder de equipo
Entrada	Formato de identificación de brechas de proceso y causas raíz.
Acción	Generar ideas de solución y seleccionar la mejor mediante criterios de factibilidad y riesgo. Validar la propuesta de solución ante el consejo directivo.
Comunicación (a quién/medio)	Al Responsable del SGC para obtener el visto bueno de la solución.
Salida: Registro / evidencia	Matriz de registro y selección de soluciones / Propuesta de solución validada.

5.1.5 Actividad: Desarrollo del Plan de acción y Prueba piloto (HACER)

Responsable	Líder de Equipo
Entrada	Propuesta de solución validada



Acción	Elaborar el plan de trabajo (Gantt y PERT); Ejecutar un piloto para verificar los resultados esperados.
Comunicación (a quién/medio)	A los afectados por el cambio para retroalimentación inicial.
Salida: Registro / evidencia	Plan de Acción / Registro de resultados del piloto.

5.1.6 Actividad: Implementación final y documentación (VERIFICAR)

Responsable	Equipo de Mejora
Entrada	Resultados exitosos del piloto.
Acción	Ejecutar la solución en todo el alcance definido y crear un Storyboard con el resumen del proyecto.
Comunicación (a quién/medio)	A toda la institución como parte de la cultura de mejora.
Salida: Registro / evidencia	Storyboard de Mejora Continua / Informe de resultados de mejora.

5.1.7 Actividad: Evaluación de la eficacia y estandarización (ACTUAR)

Responsable	Dueño de Proceso
Entrada	Storyboard y nuevos datos.
Acción	Establecer el plan de control, verificar eficacia y actualizar los procedimientos en el SGC.
Comunicación (a quién/medio)	Al controlador de documentos para oficializar cambios.
Salida: Registro / evidencia	Plan de Control / Procedimiento institucional actualizado.

6. RIESGOS Y OPORTUNIDADES

ID Matriz de riesgos	Actividad	Riesgo u oportunidad	Acción / tratamiento	Impacto
R-01	5.1.2 Selección del equipo	No es posible retirar a empleados críticos de sus operaciones normales por periodos prolongados.	Programar actividades en módulos de tiempo reducidos que se ajusten a las demandas cambiantes del personal.	Alto
R-02	5.1.6 Implementación final	Pérdida de control, incertidumbre o falta de notificación oportuna sobre los nuevos métodos.	Realizar entrevistas cara a cara y comunicación constante para involucrar a los empleados en el diseño del cambio.	Medio
R-03	5.1.7 Evaluación de la eficacia	Realizar ajustes en piezas de un proceso sin entender el impacto total en el sistema.	Basar toda mejora en datos de línea y un entendimiento profundo de la interacción entre procesos.	Alto
O-01	5.1.3 Análisis de datos	Identificar actividades que consumen recursos pero no agregan valor (los 8 desperdicios).	Utilizar el Mapeo de Flujo de Valor (VSM) para visualizar y remover ineficiencias sistemáticas.	Alto
O-02	5.1.6 Implementación final	Integrar la mejora en las tareas cotidianas de todos los empleados.	Capacitar al personal en el uso de herramientas de calidad para que la mejora se convierta en un hábito.	Medio

7. INDICADORES

Indicador	Fórmula	Meta	Frecuencia	Responsable	Fuente de datos / registro
Tasa de participación modular	$\frac{\text{(Empleados en equipos de mejora)}}{\text{(Plantilla total)}} \times 100$	25%	Semestral	Líder de equipo	Listas de asistencia a sesiones modulares.
Tiempo de ciclo de mejora	(No. de días desde la implementación y desarrollo hasta el	30 días	Semestral	Líder de Equipo	Storyboards de Mejora Continua.



Indicador	Fórmula	Meta	Frecuencia	Responsable	Fuente de datos / registro
	cierre) / (No. de proyectos cerrados) x 100				
Efectividad en eliminación de desperdicios	(Desperdicios eliminados) / (Desperdicios identificados) x 100	80%	Semestral	Líder de Equipo	Formulario de Identificación de Disrupciones.
Índice de madurez de mejora continua	(Procesos con metas superadas tras la mejora) / (Total de procesos intervenidos) x 100	85%	Anual	Responsable del SGC	Reporte Anual de Revisión.

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
La solución implementada debe alcanzar las metas establecidas en el Charter (ej. reducción de quejas o tiempo de ciclo)	5.1.7 Evaluación de la eficacia.	Si la variación persiste, se debe ajustar el flujo modificando el proceso existente o abandonar la propuesta regresando al estándar anterior.	Storyboard de Mejora con sección de "Lecciones aprendidas"
El proceso mejorado debe ser predecible y no mostrar señales de deterioro tras la intervención.	5.1.7 Evaluación de la eficacia.	Realizar un nuevo ciclo de "5 Porqués" para identificar si la disrupción fue causada por la propia mejora (sobreajuste)	Minuta de análisis de desviación.
Los cambios deben estar formalizados en procedimientos actualizados y aprobados.	5.1.7 Estandarización del cambio.	Suspensión de la oficialización del cambio hasta que la documentación técnica cumpla con los lineamientos del SGC.	Lista de verificación de control documental.

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
Charter del Proyecto de Mejora		Dueño del Proceso	Digital	3 años	Eliminación / Archivo muerto
Formulario de Identificación de Disrupciones		Responsable del SGC	Digital	2 años	Eliminación
Storyboard de Mejora Continua		Responsable del SGC	Digital, Físico	Permanente	Archivo histórico



Documento/Registro	Código (si aplica)	Responsable de resguardo	Medio (físico/digital)	Tiempo de retención	Disposición final
Matriz de indicadores		Alta Dirección	Digital	5 años	Archivo muerto
Análisis de causa raíz		Líder de Equipo	Digital	1 año	Eliminación

10. CONTROL DE CAMBIOS

Nota guía: Registre y autorice cambios y versiones.

Revisión	Fecha	Descripción del cambio	Autoriza
0	14-abril-2026	Creación del procedimiento para formalizar la gestión de mejora continua integrando el enfoque de Kaizen Modular y los requisitos de ISO 9001:2015.	M.A. MANUEL ÁNGEL URIBE VÁZQUEZ