

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOS
SERVICIOS Y UNIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA
UNIVERSIDAD DE JAÉN

PROCEDIMIENTO DOCUMENTADO:
**CONTROL Y TRATAMIENTO DE NO
CONFORMIDADES.**

CÓDIGO: PD 04

REVISIÓN: 04



UNIVERSIDAD DE JAÉN



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS.

PD.04. CONTROL Y TRATAMIENTO DE NO CONFORMIDADES.

Control de documentación.

Elaborado por: Gerencia con Coordinación Técnica del Servicio de Planificación y Evaluación.	Revisado por: Vicerrectorado Responsable de la Calidad.	Aprobado por: Consejo de Dirección.
Nombre: Alfonso Cruz Lendínez	Nombre: Juan Martínez Moreno	Nombre: Nicolás Ruiz Reyes
Cargo: Gerente.	Cargo: Vicerrector de Estrategia y Universidad Digital	Cargo: Rector de la Universidad de Jaén. Presidente del Consejo de Dirección.
Fecha:	Fecha:	Fecha: FECHA DE FIRMA DIGITAL
Firma:	Firma:	Firma:

Edición.	Nº.: 04	Fecha de entrada en vigor: DESDE SU FIRMA
----------	---------	---



ESTRUCTURA DE LA DOCUMENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

PORTADA.

CONTROL DE DOCUMENTACIÓN.

ESTRUCTURA DE LA DOCUMENTACIÓN.

HISTORIAL DE MODIFICACIONES.

- 1.- OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN.
- 2.- REFERENCIAS.
- 3.- ANTECEDENTES Y DEFINICIONES.
- 4.- DESARROLLO.
 - 4.1. RESPONSABILIDADES.
 - 4.2. CONTROL Y TRATAMIENTO DE NO CONFORMIDADES.
 - 4.2.1. DETECCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD.
 - 4.2.2. IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA NO CONFORMIDAD.
 - 4.2.3. EVALUACIÓN, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE UNA NO CONFORMIDAD.
- 5.- REGISTROS.
- 6.- ANEXOS.
 - 6.1. INFORME DE NO CONFORMIDAD (FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE NO CONFORMIDADES INTERNAS CORRECTIVAS).
 - 6.2. INFORME DE NO CONFORMIDAD (FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE NO CONFORMIDADES INTERNAS PREVENTIVAS).
 - 6.3. INFORME DE NO CONFORMIDAD (FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE NO CONFORMIDADES DE AUDITORÍAS).

HISTORIAL DE MODIFICACIONES DE LA DOCUMENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

VERSIÓN	FECHA DE VIGENCIA	APARTADO MODIFICADO	MODIFICACIÓN REALIZADA
1	01/02/2011	Todos.	Creación del Documento.
2	20/03/2012	Todos los apartados.	Revisión General.
3	14/05/2018	Referencias a Norma. Apartado 4. Anexos.	Adaptación ISO 9001:2015. Eliminación formato no conformidades preventivas. Incorporada Corresponsabilidad de unidades.
No computa en versión	24/07/2019	Control documentación.	Actualización denominación Vicerrectorado responsable de Calidad.
4	30/06/2020	4.2.1. Detección de la No Conformidad.	Incorporación del análisis anual de la eficacia de las acciones de mejora derivadas de riesgos y oportunidades.
No computa en versión	23/10/20123	Control documentación.	Actualización denominación Vicerrectorado responsable de Calidad.



1.- OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN

El procedimiento documentado PD04 tiene por objeto establecer el proceso a seguir por el SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS Y UNIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA UNIVERSIDAD DE JAÉN (SIGC-SUA) para el control de las No conformidades incluyendo la identificación y tratamiento de los productos y servicios no conformes.

La misión del procedimiento de “Control y Tratamiento de No Conformidades” es la de definir el sistema de control y responsabilidades para realizar el seguimiento de la conformidad de los requisitos de los productos y servicios prestados por las Unidades con responsabilidad en los procesos, a efectos de identificar los que no sean conformes con los requisitos y realizar el tratamiento adecuado.

2.- REFERENCIAS

Para la elaboración de este procedimiento documentado se ha utilizado como referencia:

- La Norma UNE-EN-ISO-9001:2015: “Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos”. Punto 10.2.
- El Manual de la Calidad del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad de los Servicios y Unidades Administrativas de la Universidad de Jaén (SIGC-SUA).
- El Manual de Procesos.
- Los Procedimientos del Manual de Procedimientos Documentados.

Para los fines de este procedimiento documentado se aplican, en lo que proceda, los fundamentos, los términos y las definiciones incluidos en la Norma:

- Norma ISO-9000:2015: “Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario”.
- La guía de elaboración de planes de acciones correctivas. AENOR.

3.- ANTECEDENTES Y DEFINICIONES

El término “**no conformidad**” describe cualquier incidencia o situación que se produce cuando, en la realización de una actividad, se obtiene un resultado que incumple un requisito.

El término **requisito** puede hacer referencia a una necesidad, expectativa, especificidad u obligación que venga determinada por los usuarios y otros grupos de interés, por la legislación aplicable o por lo establecido por la Universidad de Jaén, respecto a la prestación de servicios, a la realización del producto o al sistema de gestión de la calidad.

Otros términos incluidos en este Procedimiento han de entenderse de acuerdo con las definiciones que los acompañan y, en su defecto, por las definiciones establecidas en la Norma ISO-9000:2015: “Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario”.

4.- DESARROLLO

4.1. RESPONSABILIDADES.

El Manual de Calidad establece el siguiente sistema básico de responsabilidades y participación:

- **Identificación, control y tratamiento de no conformidades de los procesos claves:** es responsabilidad de todos los participantes en el sistema de gestión de la calidad, correspondiendo al Gerente la máxima responsabilidad en cuanto Responsable de los procesos claves del SIGC-SUA.
- **Identificación, control y tratamiento de no conformidades del sistema de gestión de la calidad:** si bien es responsabilidad de todos los participantes en el sistema de gestión de la calidad, corresponde a la Coordinación Técnica del Servicio de Planificación y Evaluación el seguimiento continuo y al Vicerrector Responsable de Calidad la máxima responsabilidad.

4.2. CONTROL Y TRATAMIENTO DE NO CONFORMIDADES.

El control de no conformidades reales o potenciales consta de las siguientes fases:

- 1) Detección de la no conformidad.
- 2) Identificación y registro de la no conformidad.
- 3) Evaluación, tratamiento y seguimiento de una no conformidad.

4.2.1 DETECCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD.

1. Las no conformidades pueden detectarse en cualquier fase o actividad de la gestión de los procesos y de la prestación de servicios según el alcance del SIGC-SUA. Si bien, con carácter general se detectarán en algunas de las siguientes actividades:
 - En la gestión interna de las actividades de los procesos.
 - En los mecanismos de control que se especifiquen en la documentación de los procesos y, en especial, los referidos a los objetivos de indicadores previamente establecidos.
 - En la gestión de riesgos y oportunidades y del análisis anual de la eficacia de las acciones de mejora que se derivan de las mismas.
 - En la verificación sobre el cumplimiento de los requisitos legales y otros específicos que sean de aplicación a los procesos del SIGC-SUA.
 - En la prestación directa de los servicios o realización del producto.
 - En el análisis anual del seguimiento de los procesos.
 - En el análisis de las quejas o reclamaciones de los usuarios y otros grupos de interés u otros mecanismos de retroalimentación.
 - En el análisis de los programas de auditorías.



- En el análisis y revisiones del sistema por la Dirección.

2. En el SIGC-SUA y a efectos de este procedimiento documentado se distinguen entre:

- a) No conformidades internas. Referidas a las detectadas por las Unidades/Equipos de Procesos.
- b) No conformidades de auditorías internas. Referidas a las detectadas en las actividades de auditoría interna, según el Procedimiento Documentado PD03 “Auditorías Internas”.
- c) No conformidades de auditorías externas. Referidas a las detectadas en las actividades de auditoría de certificación o de seguimiento del sistema.

4.2.2 IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA NO CONFORMIDAD.

1. Detectado el incumplimiento de un requisito se procederá al cumplimentar la ficha de identificación de una no conformidad, distinguiéndose entre no conformidades reales o potenciales.
2. La ficha de identificación de una no conformidad contendrá, al menos, la siguiente información:
 - a) Código y fecha de la identificación.
 - b) Código y nombre del proceso/s afectado/s.
 - c) Procedencia. En las no conformidades internas estará referida a la fuente externa o la iniciativa interna. En las no conformidades de auditoría estará referida al código de la auditoría y a la fecha del correspondiente informe.
 - d) Descripción de la no conformidad e indicación de las evidencias en las que se fundamenta. En el caso de las no conformidades internas se ajustará a los términos contenidos en los informes de auditoría.
 - e) Causa o motivo que origina la no conformidad.
 - f) Indicación de la procedencia o justificación de la no procedencia de acciones correctivas o preventivas, según la naturaleza de la no conformidad.
 - g) Identificación y firma del auditor que identifica la no conformidad y el responsable de la Unidad o Equipo de Proceso dependiendo de los procesos afectados, en el supuesto de no conformidades de auditoría internas.
3. Le corresponde al responsable de la Unidad, según el proceso de que se trate, cumplimentar la ficha de identificación de una no conformidad interna. En los supuestos que la no conformidad afecte a varios procesos corresponderá a los responsables de las Unidades afectadas. En ambos casos, la ficha de identificación será remitida a la Coordinación Técnica.
4. La responsabilidad de cumplimentar la ficha de identificación de una no conformidad de auditoría es de la Coordinación Técnica que la remitirá, según el alcance, al responsable de la Unidad y al representante del Equipo de Proceso.
5. Cuando la no conformidad provenga de la queja o reclamación de un cliente/usuario/otro grupo de interés, se actuará, además, según lo definido en el Proceso Estratégico PE02 “Retroalimentación de los Grupos de Interés”, sin perjuicio del tratamiento administrativo que corresponda de acuerdo con la legislación aplicable.

		UNIVERSIDAD DE JAÉN	PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS.
			PD04 CONTROL Y TRATAMIENTO DE NO CONFORMIDADES.

4.2.3 EVALUACIÓN, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE UNA NO CONFORMIDAD.

1. Tras la identificación de una no conformidad se procederá a su análisis y, en función del alcance del incumplimiento de los requisitos, se adoptarán las decisiones y acciones que correspondan de acuerdo con el sistema de participación y responsabilidades del SIGC-SUA y este Procedimiento Documentado.
2. Con carácter general se establecen, según proceda, las siguientes actuaciones:
 - a) Identificación de las acciones para eliminar la no conformidad detectada, tanto de las correcciones inmediatas como de las que eliminen las causas de la no conformidad.
 - b) Autorizar su uso, liberación o aceptación de un servicio o producto no conforme por concesión del responsable de la Unidad con autorización de la Dirección y, en caso de ser necesario, por aceptación por el cliente/usuario/parte interesada, debiendo quedar registrada.
 - c) Adoptar acciones para impedir la prestación de un servicio o producto para un uso o aplicación originalmente no previsto.
 - d) Verificando por el responsable de la Unidad que las acciones aplicadas permiten la prestación de servicios o productos que cumplen con los requisitos especificados para los mismos
3. Las acciones correctivas que se adopten se someterán a un seguimiento de verificación de acuerdo con lo establecido en los Procedimiento Documentados PD03 “Auditorías Internas” y este Procedimiento Documentado.
4. El Comité de Calidad conocerá y, en su caso, valorará la evaluación, tratamiento y seguimiento de las no conformidades, y formará parte de los datos que se incorporarán en los informes de seguimiento de procesos y los informes finales agrupados que se remiten al Consejo de Dirección a efectos de su consideración en el proceso de Revisión y Mejora del SIGC-SUA, tal como se establece en los procesos estratégicos del sistema.

5.- REGISTROS.

1. Los responsables de las Unidades deberán disponer y controlar los registros de las fichas de identificación de no conformidades y demás registros que se estimen convenientes en este procedimiento, sin perjuicio de que la Coordinación Técnica lleve el control formal de los registros del procedimiento.
2. Los formatos de los registros de este Procedimiento Documentado serán los que se incluyan en el Anexo o sus modificaciones que realice la Coordinación Técnica. En cualquier caso, le corresponde a ésta diseñar los formatos que se consideren adecuados, respetando la estructura o contenidos mínimos que se establecen en este procedimiento, así como su comunicación, explicación y asistencia técnica para su cumplimentación por las Unidades y Equipos de Procesos.
3. El sistema de codificación de las fichas de identificación de una no conformidad interna incluirá la siguiente expresión:

NC.[código del proceso clave o estratégico].[Unidad/es]. [Año].[Numeración].



La numeración se indicará en “01” y continuará en un orden secuencial para el correspondiente año.

4. El sistema de codificación de las ficha de identificación de una no conformidad de auditoría incluirá la identificación del informe de auditoría de procedencia y un orden numérico secuencial iniciado en “01” para el correspondiente informe.
5. Los registros generados con el Procedimiento Documentado Control y Tratamiento de No Conformidades son los indicados en la siguiente tabla.



PD 04 Control y Tratamiento de No Conformidades.		
Código	Registro	Responsable
R.[PD 04]-01	Informe de No Conformidad (ficha de identificación de no conformidades reales). Formatos diferenciados: interna y de auditoría.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidades/ Equipos de Proceso. ▪ Coordinación Técnica.
R.[PD 04]-02	Informe de No Conformidad (ficha de identificación de no conformidades potenciales).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidades/ Equipos de Proceso. ▪ Coordinación Técnica.



6.- ANEXOS

  UNIVERSIDAD DE JAÉN	PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS.
	PD04 CONTROL Y TRATAMIENTO DE NO CONFORMIDADES.



6.1. INFORME DE NO CONFORMIDAD (FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE NO CONFORMIDADES INTERNAS CORRECTIVAS).

  UNIVERSIDAD DE JAÉN	FICHA NO CONFORMIDADES/ACCIONES CORRECTIVAS. INTERNAS.	
	INFORME DE NO CONFORMIDADES / ACCIONES CORRECTIVAS. INTERNA DE PROCESOS	R.[PD 04]-01

IDENTIFICACIÓN DE LA NO CONFORMIDAD			
código:	FECHA:		
código/nombre proceso/s:			
procedencia:	<i>Queja/ reclamación /sugerencia/Otra. Externa</i>		<i>Equipo de proceso/participante</i>
Nombre y puesto de la persona (si procede):			
DESCRIPCIÓN:			
Evidencia:			
CAUSA:			
Procede acciones correctivas:	SÍ		NO
Justificación, en su caso, de la no procedencia de acciones:			

  UNIVERSIDAD DE JAÉN	PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS.
	PD04 CONTROL Y TRATAMIENTO DE NO CONFORMIDADES.

6.2. INFORME DE NO CONFORMIDAD (FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE NO CONFORMIDADES DE AUDITORÍAS).

  UNIVERSIDAD DE JAÉN	INFORME DE NO CONFORMIDAD	
	PROCEDENTE DE:	<i>R.[PD 04]-01</i>
		N° No Conformidad:
	Fecha:	

IDENTIFICACIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	
PROCESO/S:	
DESCRIPCIÓN:	
Evidencias:	
CAUSA:	
DETECTADA POR:	FIRMA RESPONSABLE PROCESO AUDITADO:
Auditor Jefe:	Nombre:
<i>La firma procede en caso de no conformidades identificadas en auditorías o seguimientos realizados por auditores internos.</i>	
observación:	