

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

PROCEDIMIENTO DOCUMENTADO:

ACCIONES CORRECTIVAS.

CÓDIGO: PD 05

FECHA: 24/07/2019

REVISIÓN: 03



UNIVERSIDAD DE JAÉN





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS.

PD.05. ACCIONES CORRECTIVAS

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: Nicolás Ruiz Reyes.	Nombre: Juan Manuel Rosas Santos	Nombre: Juan Gómez Ortega.
Cargo: Gerente.	Cargo: Vicerrector de Estrategia y Gestión del Cambio	Cargo: Rector de la Universidad de Jaén. Presidente del Consejo de Dirección.
Fecha: 22/07/2019	Fecha: 22/07/2019	Fecha: 23/07/2019
Firma:	Firma:	Firma:

Edición.	Nº.: 03	Fecha de entrada en vigor:	24/07/2019
-----------------	----------------	-----------------------------------	------------



ESTRUCTURA DE LA DOCUMENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

PORTADA.

CONTROL DE DOCUMENTACIÓN.

HISTORIAL DE MODIFICACIONES.

- 1.- OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN.
- 2.- REFERENCIAS.
- 3.- ANTECEDENTES Y DEFINICIONES.
- 4.- DESARROLLO.
 - 4.1. RESPONSABILIDADES.
 - 4.2. GESTIÓN DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS.
 - 4.2.1 IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS.
 - 4.2.2. AUTORIZACIÓN DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS.
 - 4.2.3. APLICACIONES DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS.
 - 4.2.4. SEGUIMIENTO Y CIERRE DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS.
- 5.- REGISTROS
- 6.- ANEXOS.
 - 6.1. INFORME DE NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS (FICHA DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE VERIFICACIÓN). (NO CONFORMIDADES INTERNAS CORRECTIVAS).
 - 6.2. INFORME DE NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS (FICHA DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE VERIFICACIÓN). (NO CONFORMIDADES AUDITORÍA).

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.	Adaptación ISO 9001:2015.
No computa en versión	24/07/2019	Control documentación	Actualización denominación Vicerrectorado responsable de Calidad



1.- OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN

El procedimiento documentado PD05 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 eliminar las causas de las no conformidades reales mediante la adopción de acciones correctivas apropiadas y que, tras su implantación, resulten eficaces para prevenir que no vuelvan a ocurrir.

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.
- El 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 **acción correctiva** hace referencia a la acción tomada para eliminar las causas de una no conformidad detectada o real. Por consiguiente, las acciones correctivas se implantan para solucionar la/s causa/s de una no conformidad que ya se ha dado y así evitar que vuelva a repetirse.

El término **corrección** se refiere a una acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

La acción correctiva se diferencia del término **acción preventiva** ya que esta última hace referencia a la acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación indeseable potencial. Por consiguiente, las acciones preventivas se implantan para prevenir que esa no conformidad potencial se pueda producir.

El término plan de **acciones correctivas** se refiere en el SIGC-SUA al conjunto de correcciones y acciones correctivas que se adoptan en respuesta a las no conformidades identificadas y reflejadas en el correspondiente informe.

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:

- **Propuestas de acciones correctivas:** es responsabilidad de todos los participantes en el sistema de gestión de la calidad, y en especial de los Equipos de Procesos y la Coordinación Técnica.
- **Autorización de acciones correctivas de los procesos claves:** es responsabilidad del Gerente.
- **Autorización de acciones correctivas del sistema de gestión de la calidad:** es responsabilidad del Vicerrector Responsable de Calidad.
- **Análisis y seguimiento de la eficacia de las acciones correctivas:** si bien es responsabilidad de todos los participantes en el sistema de gestión de la calidad, corresponde a los responsables de las Unidades/Equipos de Procesos la implantación, análisis y seguimiento de la eficacia de las acciones correctivas aplicadas a los procesos claves, y a la Coordinación Técnica respecto de las acciones correctivas del sistema de gestión de la calidad.

4.2. GESTIÓN DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS.

La gestión de las acciones correctivas consta de las siguientes fases:

- 1) Identificación y registro de las acciones correctivas.
- 2) Autorización de las acciones correctivas.
- 3) Aplicaciones de las acciones correctivas.
- 4) Seguimiento y cierre de de las acciones correctivas.

4.2.1 IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS.

1. Tras la identificación de una no conformidad real y la cumplimentación de la correspondiente ficha de acuerdo con el Procedimiento PD04 “Control y Tratamiento de No conformidades”, se evaluará la necesidad de adoptar acciones que aseguren que se corrige la no conformidad y no vuelva a producirse, para lo que se determinará un plan de acciones correctivas.
2. El plan de acciones correctivas se registrará en la ficha de identificación y su desarrollo en las fichas de descripción.



3. La ficha de identificación (procedente de no conformidades internas) contendrá, al menos, la siguiente información:
 - a) Identificación de quién realiza la propuesta.
 - b) Autorización inicial del responsable de la Unidad o representante del Equipo de Proceso, según proceda por el alcance de las acciones.
 - c) Código de las acciones.
 - d) Responsable de la implantación del plan.
 - e) Descripción genérica de las acciones del plan.
 - f) Fecha prevista de la implantación definitiva del plan.
4. La ficha de descripciones de cada corrección y acción correctiva (procedente de no conformidades internas) contendrá, al menos, la siguiente información:
 - a) Numeración consecutiva de las acciones.
 - b) Descripción específica de la acción propuesta.
 - c) Responsable concreto de la implantación de la acción propuesta.
 - d) Fecha prevista de la implantación de la acción.
5. La ficha de un plan de acciones correctivas (procedente de no conformidades de auditoría) contendrá, al menos, la siguiente información agrupada:
 - a) Indicación de la procedencia o no del plan.
 - b) Justificación en su caso de la no procedencia.
 - c) Descripción genérica de las acciones.
 - d) Fecha prevista de la implantación de la acción.
 - e) Numeración consecutiva de las acciones.
 - f) Descripción específica de la acción/es propuesta.
 - g) Identificación de quién realiza la propuesta.
 - h) Responsable concreto de la implantación de la acción propuesta.
 - i) Fecha prevista de la implantación de la acción.
 - j) Firma del responsable de la implantación de la acción.
6. Le corresponde al responsable de la Unidad, según el proceso de que se trate, cumplimentar las anteriores fichas. En los supuestos que la no conformidad afecte a varios procesos podrá corresponder al representante del Equipo de Proceso en el Comité de Calidad. En ambos casos, las fichas serán remitidas a la Coordinación Técnica debidamente firmada.

4.2.2 AUTORIZACIÓN DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS.

1. Tras la recepción de las fichas, la Coordinación Técnica procederá a su envío al Gerente o al Vicerrector Responsable de Calidad, según proceda para recabar su autorización.
2. La autorización será necesaria en los siguientes supuestos:



1. Cuando las acciones correctivas impliquen la utilización de nuevos recursos que deban ser aprobados por la dirección.
 2. Cuando las acciones correctivas afecten a la normativa o instrucciones de la Dirección.
 3. Cuando las acciones correctivas afecten a un ámbito competencial de los órganos de gobierno, representación y gestión de la Universidad.
 4. Cuando las acciones correctivas afecten a la documentación en vigor de los procesos del SIGC-SUA.
 5. Cuando las acciones correctivas afecten a aspectos sustanciales en la prestación del servicio o en las relaciones con los usuarios.
 6. Cuando las acciones correctivas afecten a aspectos sustanciales de la estructura organizativa de la gestión.
 7. Cuando las acciones correctivas afecten a distintos procesos o unidades y exija coordinación desde la Gerencia.
3. Las decisiones sobre las autorizaciones, debidamente registradas con la firma, u otras decisiones que puedan ser adoptadas por los responsables de la Dirección serán comunicadas por la Coordinación técnica al responsable de la Unidad o al representante del Equipo de Proceso.

4.2.3 APLICACIONES DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS.

1. Tras la comunicación de la Coordinación Técnica sobre las autorizaciones de las acciones correctivas u otras decisiones al respecto adoptadas por los responsables de la Dirección se procederá a su aplicación.
2. Le corresponde al responsable de la Unidad o, en su caso, del representante del Equipo del Proceso en el Comité de Calidad, asegurar que la implantación del plan o acciones correctivas se realiza de acuerdo con la planificación realizada, así como registrar las evidencias objetivas que permita su posterior verificación y comprobación de las correcciones aplicadas y la eliminación de las causas de la no conformidad real.

4.2.4 SEGUIMIENTO Y CIERRE DE DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS.

1. El seguimiento de la implantación de las correcciones y acciones correctivas se realizará de acuerdo con la planificación que al respecto se realice en las correspondientes fichas de verificación, de acuerdo con lo establecido al respecto en el Procedimiento Documentado PD03 "Auditorías Internas" y PD04 "Control y Tratamiento de No conformidades".
2. Las fichas de verificación contendrá, al menos, la siguiente información:
 - a) Código de la No conformidad.
 - b) Código de la acción/es correctivas, cuando proceda.
 - c) Responsable de la verificación.
 - d) Fecha prevista de verificación.
 - e) Método de verificación.
 - f) Evidencias y registros constatados.
 - g) Fecha cierre de la verificación.



- h) Firma de responsable de verificación.
- i) Observaciones.

3. Una no conformidad se considerará cerrada cuando se indique por el auditor que las evidencias y registros constatados permiten asegurar que se han realizado las correcciones y eliminado la causa de la no conformidad real.
4. En los supuestos de no considerarse cerrada una no conformidad se indicará por el auditor en la ficha de verificación, iniciándose de nuevo el procedimiento descrito anteriormente.
5. Los resultados de verificación y cierre se tratarán de acuerdo con las actividades de cierre de los programas de auditoría Procedimiento Documentado PD03 "Auditorías Internas".
6. 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 del plan o acciones correctivas 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 un plan de acciones correctivas y de verificación (no conformidades internas) incluirá la siguiente expresión:

PAC.[código de la no conformidad].

Dicho código se incluirá en la ficha de verificación.
4. El sistema de codificación de las fichas de un plan de acciones correctivas y de verificación (no conformidad de auditoría) incluirá la identificación del informe de auditoría de procedencia y el orden numérico asignado a la no conformidad.
5. Al conjunto formado por la ficha de no conformidad, la de acciones correctivas y la de verificación se le denomina "informe de No Conformidades y Acciones correctivas".





6. Los registros generados con el Procedimiento Documentado de Acciones Correctivas son los indicados en la siguiente tabla.

PD 05 Acciones Correctivas.		
Código	Registro	Responsable
R.[PD 05]-01	Informe de No Conformidades y Acciones correctivas (ficha de acciones correctivas y de verificación).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidades/ Equipos de Proceso. ▪ Coordinación Técnica.



6.- ANEXOS

6.1. INFORME DE NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS (FICHA DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE VERIFICACIÓN). (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 R.[PD 05]-01

IDENTIFICACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS	
Propuesta por:	
Autorizada por:	
Código de las Acciones:	Responsable de implantación:
Descripción genérica de la acción/es:	
Fecha prevista de la implantación definitiva de la acción/es correctivas:	

DESCRIPCIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS		
Nº	ACCIÓN PROPUESTA	IMPLANTACIÓN
	ACCIÓN:	RESPONSABLE:
		FECHA PREVISTA DE IMPLANTACIÓN:

CONTROL DE LA NO CONFORMIDAD/ ACCIONES CORRECTIVAS	
RESPONSABLE/S: (*)	
FIRMA DEL RESPONSABLE/S	

(*): Opciones.

1. Jefe del Servicio o Coordinador de la Unidad, con responsabilidad básica en el proceso.
2. Representante del proceso en el Comité de Calidad, en el supuesto de afectar a varios procesos.

**CONTROL DE AUTORIZACIONES (*)**

Código de la No conformidad:

Código de la acción/es correctivas:

FIRMA DEL GERENTE (**)

CONTROL DE AUTORIZACIONES (*)

Código de la No conformidad:

Código de la acción/es correctivas:

FIRMA DEL VICERRECTOR
RESPONSABLE DE CALIDAD (***)

(*) La autorización será necesaria en los siguientes supuestos:

1. Cuando las acciones correctivas impliquen la utilización de nuevos recursos que deban ser aprobados por la Dirección.
2. Cuando las acciones correctivas afecten a la normativa o instrucciones de la dirección.
3. Cuando las acciones correctivas afecten a un ámbito competencial de los órganos de gobierno, representación y gestión de la Universidad.
4. Cuando las acciones correctivas afecten a la documentación en vigor de los procesos del SIGC-SUA.
5. Cuando las acciones correctivas afecten a aspectos sustanciales en la prestación del servicio o en las relaciones con los usuarios.
6. Cuando las acciones correctivas afecten a aspectos sustanciales de la estructura organizativa de la gestión.
7. Cuando las acciones correctivas afecten a distintos procesos o unidades y exija coordinación desde la Gerencia.

(**) Ámbito de los procesos claves.

(***) Ámbito de los procesos estratégicos y de soporte-procedimientos documentados del SIGC-SUA-.

FICHA DE VERIFICACIÓN

Código de la No conformidad:

Código de la acción/es correctivas:

Responsable de la verificación:

Fecha prevista de verificación:

Método de verificación:



Evidencias y registros constatados:

Firma de responsable de verificación:

Fecha cierre de la verificación:

Observaciones:

6.2. INFORME DE NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS (FICHA DE ACCIONES CORRECTIVAS Y DE VERIFICACIÓN). (NO CONFORMIDADES AUDITORÍA).

  UNIVERSIDAD DE JAÉN	INFORME DE NO CONFORMIDAD		
	PROCEDENTE DE:	<i>R.[PD 04]-01</i>	
		<i>R.[PD 05]-01</i>	
		Nº No Conformidad:	
		Fecha:	

IDENTIFICACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS			
PROCEDE ACCIONES CORRECTIVAS Y/O PREVENTIVAS:	Sí	No	
JUSTIFICACIÓN, EN SU CASO, DE LA NO PROCEDENCIA DE ACCIONES			
DESCRIPCIÓN BÁSICA DE LA SOLUCIÓN O ACCIONES TOMADAS			

FICHA DE ACCIONES CORRECTIVAS		
Nº	ACCIÓN/ES PROPUESTA/S:	IMPLANTACIÓN
	ACCIÓN:	RESPONSABLE:
		FECHA PREVISTA DE IMPLANTACIÓN:
		FIRMA DEL RESPONSABLE:
	PROPUESTA POR:	

CONTROL DE AUTORIZACIONES	
FIRMA DEL GERENTE, O FIRMA DEL RESPONSABLE DE CALIDAD	

**FICHA DE VERIFICACIÓN****RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN:****FECHA PREVISTA DE VERIFICACIÓN:****MÉTODO DE VERIFICACIÓN:****EVIDENCIAS Y REGISTROS CONSTATADOS:****FIRMA DE RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN:****FECHA CIERRE DE LA VERIFICACIÓN:****OBSERVACIONES:**