

# INFORME DE SEGUIMIENTO DE NO CONFORMIDADES

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN	No(s). DE SOLICITUD:	TIPO(S) DE AUDITORÍA:
INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE HUETAMO	SC SGC-06037	Auditoría de Vigilancia 1 Ampliación del alcance Actualización del Sistema de Gestión
NORMA(S) DE REFERENCIA:		FECHA(S) DE AUDITORÍA:
NMX-CC-9001-IMNC-2015 / ISO 9001:2015		16 y 18-04-2018

## SEGUIMIENTO A NO CONFORMIDAD(ES):

Se envía la propuesta de atención a las no conformidades el 30 de abril vía correo electrónico, el 10 de mayo se le solicita clarificar el planteamiento de la causa determinada y del método para determinar la eficacia de la acción correctiva.

El 8 de junio de 2018 el Subdirector Académico envía evidencia de la implementación de las acciones propuestas, el cual se analiza la información para tener el siguiente resultado.

### (1) Descripción del incumplimiento:

No se muestra evidencia que la Organización haya planificado las acciones para abordar riesgos y oportunidades; así como evaluar la eficacia de estas acciones. No conformidad menor al requisito 6.1.2.

### (2) Análisis de causa(s):

En la Solicitud de acciones correctivas (ITSH-PIC-FO-RD-03) con fecha 24 de abril 2018 y folio 176 documenta como causa raíz: Los tiempos de integración de los cambios de acuerdo a la norma ISO 9001:2015 fueron de manera prematura, por lo cual no se realizó la integración de la medición de la eficacia de las acciones, conforme lo establece la matriz de riesgos y de acuerdo aquellas que ya cumplieron su periodicidad.  
De la misma forma que no se eliminaron por la misma situación aquellos riesgos que ya tuvieron impacto.

### (3) Acción(es) de corrección:

En la Solicitud de acciones correctivas (ITSH-PIC-FO-RD-03) con fecha 24 de abril 2018 y folio 176 documenta como acción correctiva inmediata: Registro de los resultados de la medición de la eficacia de las acciones, de acuerdo a su periodicidad (anexo 9).

### (4) Acción(es) correctiva(s):

En la Solicitud de acciones correctivas (ITSH-PIC-FO-RD-03) con fecha 24 de abril 2018 y folio 176 documenta como Plan de Acción Correctiva:

- Reunión de establecimiento de revisiones programadas y compromisos con el comité de innovación y calidad. Evidencia: Programa de revisiones y Junta de trabajo y acuerdos, con fecha compromiso 3 de mayo de 2018.
- Reunión de trabajo para confirmar las acciones de la matriz riesgos los riesgos que ya tuvieron impacto y considerar una revisión general. Evidencia: Junta de trabajo y acuerdos, con fecha compromiso 8 de mayo de 2018.
- Trabajo en Drive para la inclusión en el anexo 9 de la medición de la eficacia de las acciones de acuerdo a su periodicidad y principalmente para los riesgos valorados como críticos. Evidencia: Lista Maestra de documentos actualizada, con fecha compromiso 17 de mayo de 2018.
- Concentración de información y envío de adecuaciones al controlador de documentos y consideración del formato para el control de los cambios conforme lo establece el apartado 6.3 de la norma **ISO 9001:2015**. Evidencia: Matriz de riesgos actualizada y comunicada a líderes de proceso conforme lo establece matriz de comunicación del apartado 7.4 del **MSGC**, con fecha compromiso 18 de mayo de 2018.
- Revisión de las adecuaciones realizadas y aseguramiento de su implantación en la organización. Evidencia: formato para el control de los cambios conforme lo establece el apartado 6.3 de la norma **ISO 9001:2015**, con fecha compromiso 22 de mayo de 2018.

### (5) Análisis y conclusión por parte del Auditor líder:

**Corrección.** Es apropiada para revisar y corregir la evidencia que soporta la no conformidad.

Estas acciones se consideran adecuadas documentalmente para eliminar y atender la causa que originó el incumplimiento.

Los tiempos programados son acordes a la complejidad de las acciones correctivas a emprender, por tanto se considera como adecuadas.



# INFORME DE SEGUIMIENTO DE NO CONFORMIDADES

El plan de acción correctiva es aceptado y se debe revisar su eficacia en la siguiente auditoría realizada por el IMNC, A.C.  
Se cumple con todos los requisitos aplicables del documento de referencia.

## SE ACEPTA

### (1) Descripción del incumplimiento:

No se muestra evidencia que la Organización haya definido las características de los servicios a prestar o las actividades a desempeñar para el seguimiento a egresados. No conformidad menor al requisito 8.5.1

### (2) Análisis de causa(s):

En la Solicitud de acciones correctivas (ITSH-PIC-FO-RD-03) con fecha 24 de abril 2018 y folio 177 documenta como causa raíz: En el anexo 5 plan de la calidad del proceso educativo ITSH-PIC-MC-RD-01 no existe concordancia e impacto con respecto al indicador del anexo 1 plan rector de la calidad, específicamente en la característica de calidad y acción cuando no se cumplan la característica de calidad en el proceso de seguimiento de egresados.

### (3) Acción(es) de corrección:

En la Solicitud de acciones correctivas (ITSH-PIC-FO-RD-03) con fecha 24 de abril 2018 y folio 177 documenta como acción correctiva inmediata: Modificación del anexo 5 plan de la calidad del proceso educativo ITSH-PIC-MC-RD-01 específicamente en la característica de calidad y acción cuando no se cumplan la característica de calidad en el proceso de seguimiento de egresados.

### (4) Acción(es) correctiva(s):

En la Solicitud de acciones correctivas (ITSH-PIC-FO-RD-03) con fecha 24 de abril 2018 y folio 177 documenta como Plan de Acción Correctiva:

- Análisis del proceso de seguimiento de egresados para establecer los mecanismos que generen un fin en común teniendo en cuenta la característica de calidad y su indicador planteado. Evidencia: Modificación de anexos 1 y 5 del MSGC, con fecha compromiso 4 de mayo de 2018.
- Realizar el cambio al documento para su aplicación. Evidencia: Procedimiento de vinculación ITSH-PIC-MC-RD-01 actualizado y minuta de comunicación a procesos relacionados conforme lo establece la matriz de comunicación del apartado 7.4 del MSGC, con fecha compromiso 7 de mayo de 2018.
- Solicitar al controlador de documentos el cambio de acuerdo al análisis de proceso indicado. Evidencia: Lista maestra de documentos actualizada, con fecha compromiso 8 de mayo de 2018.

### (5) Análisis y conclusión por parte del Auditor líder:

**Corrección.** Es apropiada para revisar y corregir la evidencia que soporta la no conformidad.

Estas acciones se consideran adecuadas documentalmente para eliminar y atender la causa que originó el incumplimiento.

Los tiempos programados son acordes a la complejidad de las acciones correctivas a emprender, por tanto se considera como adecuadas.

El plan de acción correctiva es aceptado y se debe revisar su eficacia en la siguiente auditoría realizada por el IMNC, A.C.

Se cumple con todos los requisitos aplicables del documento de referencia.

## SE ACEPTA

# INFORME DE SEGUIMIENTO DE NO CONFORMIDADES


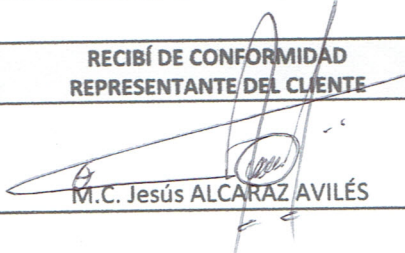
## RECOMENDACIÓN DEL EQUIPO AUDITOR \*.

En función de los plazos establecidos por el IMNC para ingresar el plan de acciones para dar atención a la(s) No conformidad(es) (Mayores o menores), el plan de acciones correctivas y las evidencias de su implementación en el SGC (Sólo para NCM), el auditor líder presenta la siguiente recomendación:

- ☐ **Realizar auditoría de Etapa 2**  
(Sólo para procesos de certificación *inicial*)
- ☐ **Otorgar la certificación**  
(Sólo para auditoría de certificación *inicial*)
- ☐ **Negar la certificación**  
(Sólo para auditoría de certificación *inicial*)
- ☐ **Mantener la certificación.**  
(Sólo para auditorías de *vigilancia*)
- ☐ **Suspender la certificación**  
(Sólo para auditorías de *vigilancia*)

- ☐ **Renovar la certificación**  
(Sólo para auditorías de *renovación*)
- ☐ **Restaurar la certificación**  
(Sólo para auditorías de *renovación*, o por retiro de la suspensión)
- ☐ **Ampliar el alcance de la certificación.**  
(Aplica sólo en auditorías de *vigilancia*, o *renovación*, o auditorías *especiales*, con base a la solicitud presentada por la organización)
- ☐ **Reducir el alcance de la certificación.**  
(Aplica en auditorías de *vigilancia*, o *renovación*, o auditorías *especiales*, con base a la solicitud presentada por la organización)
- ☐ **Aceptar la Transferencia de la certificación**  
(Sólo para auditorías de *transferencia*)

\* **Nota importante:** La decisión final sobre la certificación, es tomada por el Comité de Dictaminación del IMNC.

AUDITOR LÍDER	RECIBÍ DE CONFORMIDAD REPRESENTANTE DEL CLIENTE	FECHA DE EMISIÓN DEL PRESENTE INFORME
 Elías REYES ZARATE	 M.C. Jesús ALCARAZ AVILÉS	2018-06-21