

Folio N°: 2018 - imnc - 01

Grado de severidad: NCM

Tipos aplicables: Aud. IMNC

Fecha: 27-mzo-2018

Condición del Evento

①

4.1 No se demuestra evidencia que la Organización haya determinado las cuestiones externas e internas pertinentes para su propósito y dirección estratégica.
Al preguntar al personal responsable de los procesos, refieren no conocer el contexto de Metalúrgica Lazcano.

Instalaciones donde se observa

Proceso de Gestión del Sistema de Calidad.

Evidencia

- Manual_sgc_v4.0.0_20171130

Personal que identifica: Elías Reyes (Auditor Líder)

Fecha: 27-mzo-2018

Responsable del conocimiento: Elpidia Zalarar (Responsable de Calidad)

Fecha: 30-mzo-2018

Re-planteamiento de causa raíz

Identificación de las Causas

②

Categoría	Causa
Materiales	N/A.
Mano de Obra	La Responsable de Calidad no capacitó a los Responsables de los procesos respecto al punto 4.1 de la norma ISO por lo que no han comprendido que significa "Contexto de una Organización"; y aunque la Dirección determinó el contexto de Metalúrgica Lazcano y esta documentado, los Responsables de los Procesos no saben relacionar la información por la falta de capacitación mencionada.
Herramienta / Equipo	N/A.
Métodos / Procedimiento	N/A.
Medio Ambiente/ Instalaciones	N/A.

Acción Inmediata

③

Responsable	Detalle las acciones	Fecha de conclusión	Revisión N°	Fecha de revisión	% de avance/ implementación	Observaciones
Todos los responsables de los Procesos	Capacitar a los responsables de los procesos respecto al punto 4.1 de ISO 9001:2015 "Comprensión de la organización y su contexto".	05-abr-18	1°	05-04-18	100%	Se ha dado la capacitación al personal. Evidencia: *- Minuta general del 05-abr-18. *- F03-PG02 lista de asistencia a capacitación del 05-abr-2018. *- Exámenes de evaluación.

Plan de Acción Correctiva

④

Responsable	Detalle las acciones	Fecha de conclusión	Revisión N°	Fecha de revisión	% de avance/ implementación	Observaciones
-------------	----------------------	---------------------	-------------	-------------------	-----------------------------	---------------

Cédula de Mejora

Folio N°:	2018	-	imnc	-	01	Grado de severidad: NCM	Tipos aplicables: Aud. IMNC	Fecha: 27-mzo-2018
-----------	------	---	------	---	----	-------------------------	-----------------------------	--------------------

Elpidia Zalasar. Resp. de Calidad	Capacitar a los responsables de los procesos en el contexto de Metalúrgica Lazcano.	14-abr-18	1°	10-04-18	100%	Se dio capacitación a los responsables de proceso y se les aplicó un examen. Evidencia: -* F03-PG02 lista de asistencia a capacitación del 10-abr-2018. -* Exámenes de evaluación.
-----------------------------------	---	-----------	----	----------	------	--

Prevenir recurrencia (modificar documentos relacionados, capacitar, etc.)

Responsable	Detalle las acciones	Fecha de conclusión	Revisión N°	Fecha de revisión	% de avance/ implementación	Observaciones
Elpidia Zalasar. Resp. de Calidad	Crear un Listado anexo al procedimiento PG02 Gestión del Recurso Humano en el cual se especifiquen los cursos que se deben dar de manera obligatoria anualmente y a quienes. Indicar en el listado el curso "4.1 Comprensión de la Organización y su contexto" como parte de ellos.	20-abr-18	1°	18-04-18	100%	Se creó el listado con los cursos anuales obligatorios, incluyendo la capacitación del punto 4.1 de la norma. Evidencia: -* L01-PG02 capacitaciones anuales obligatorias.

Resultados Planificados	Registro de los resultados	Revisión de la Eficacia	
Capacitar a los responsables de los procesos en el "4.1 Comprensión de la Organización y su contexto" y en el Contexto de Metalúrgica Lazcano, y que entiendan y asimilen el conocimiento.	-* Se dio capacitación de 4.1 "Comprensión de la organización y su contexto". -* Se dio capacitación del Contexto de Metalúrgica Lazcano. -* Se creo el listado de cursos anuales obligatorios, incluyendo el de "Comprensión de la Organización y su contexto" para reforzar conocimiento adquirido por los responsables de los procesos.	Meta: Responsables de los procesos con un promedio global de 80 puntos en el examen del punto 4.1 de ISO 9001:2015 y en la comprensión del contexto de Metalúrgica Lazcano. Resultado: Los Responsables de los procesos comprenden el concepto de "Contexto de una Organización y el contexto de M. Lazcano", dado que obtienen buena calificación en los exámenes.	Eficacia: Promedio de calificación en examen de 4.1 de la norma= 99.6 $\bar{x} = (110, 100, 110, 110, 80, 110, 110, 100, 80, 105, 100, 80) / 12$ Promedio de calificación en examen del contexto de ML= 91.7 $\bar{x} = (100, 80, 100, 80, 100, 100, 100, 100, 80, 80, 100, 80) / 12$

Disposición para la desviación

- ☐ Los acuerdos de las acciones y/o la fecha compromiso **NO** se cumplen. La Cédula de Mejora continúa **ABIERTA**.
- ☐ Los acuerdos de las acciones y/o la fecha compromiso se cumplen; las acciones **NO** eliminan la Desviación. La Cédula continúa **ABIERTA**.



Cédula de Mejora

☒ Las acciones se cumplen y eliminan la Desviación. La Cédula se considera **CERRADA**.

Fecha límite para la implementación del plan de Acciones mencionadas:	20-abr-2018	Responsable del seguimiento:	Sandra Vallejo.
---	-------------	------------------------------	-----------------

Nota: La cédula se cierra el 18 de abril 2018.



Cédula de Mejora

Folio N°:

2018 - imnc - 02

Grado de severidad:

NCM

Tipos aplicables: Aud. IMNC

Fecha: 27-mzo-2018

Condición del Evento

9.3.2 No se demuestra evidencia que la revisión por la dirección incluye: la retroalimentación de las partes interesadas, así como la eficacia de las acciones tomadas para abordar riesgos y oportunidades.

Evidencia

- f02-pg03 minuta de revisión por la dirección_v1.0.0 realizada el 9 de febrero de 2018 no cuenta con la información sobre las entradas:
 - ⓐ Retroalimentación de las partes interesadas y,
 - ⓑ Eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades.

Instalaciones donde se observa

Proceso de Gestión del Sistema de Calidad.

Personal que identifica: Elías Reyes (Auditor Líder)**Fecha:** 27-mzo-2018**Responsable del conocimiento:** Elpidia Zalasar (Responsable de Calidad)**Fecha:** 30-mzo-2018

Re-planteamiento de causa raíz

Identificación de las Causas

Categoría	Causa
Materiales	N/A.
Mano de Obra	Falta de dominio de la Responsable de Calidad del concepto "Riesgos y Oportunidades" y el método práctico para cumplir con los requisitos de ISO 9001:2015 en los cuales se incluye este concepto.
Herramienta / Equipo	N/A.
Métodos / Procedimiento	El formato anterior de Revisión por la Dirección cumplía con los requisitos de ISO 9001:2008, y al actualizar el formato, no se consideraron los nuevos requisitos de la versión 2015.
Medio Ambiente/ Instalaciones	N/A.

Acción Inmediata

Responsable	Detalle las acciones	Fecha de conclusión	Revisión N°	Fecha de revisión	% de avance/ implementación	Observaciones
Elpidia Zalasar. Resp. de Calidad	Re-diseñar el formato f02-pg03 minuta de revisión por la dirección, incluyendo todos los incisos del 9.3.2 y 9.3.3 de ISO 9001:2015	13-abr-18	1°	10-04-18	100%	Se concluye el re-diseño del formato de revisión por la dirección que toma en cuenta todos los puntos de los incisos 9.3.2 y 9.3.3. Evidencia: f02-pg03 Revisión por la Dirección v2.0.0.

Plan de Acción Correctiva

Responsable	Detalle las acciones	Fecha de	Revisión	Fecha de	% de avance/	Observaciones
-------------	----------------------	----------	----------	----------	--------------	---------------

Cédula de Mejora

Folio N°:	2018 - imnc - 02	Grado de severidad:	NCM	Tipos aplicables:	Aud. IMNC	Fecha:	27-mzo-2018
		conclusión	Nº	revisión	implementación		
Elpidia Zalasar. Resp. de Calidad	Utilizar la nueva versión del formato de minuta en la revisión por la dirección del primer trimestre de 2018 y asegurarse de recabar la información requerida por la norma en el 9.3.2 y 9.3.3. A excepción del "9.3.2 e) Eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades", dado que se requiere que la Responsable de Calidad asimile el conocimiento al respecto para abordar de manera correcta el requisito.	30-abr-18	1º	16-abr-18	50%	Se recolecta toda la información para la revisión por la dirección en la versión 2 del formato. Evidencia: Formato f02-pg03 Revisión por la Dirección v2.0.0 lleno.	
			2º	30-abr-18	100%	Se le presenta la información al Gerente General de la Revisión por la Dirección. Evidencia: Formato f02-pg03 Revisión por la Dirección v2.0.0 lleno y firmado por la Gerencia.	

Prevenir recurrencia (modificar documentos relacionados, capacitar, etc.)

Responsable	Detalle las acciones	Fecha de conclusión	Revisión Nº	Fecha de revisión	% de avance/ implementación	Observaciones
Carlos Ascencio Lemus. Resp. de RRHH	Coordinar que se proporcione curso de capacitación a la Responsable de Calidad "Contexto de las organizaciones y riesgos en un Sistema de Gestión", impartido por en IMNC del 25 al 27 de junio.	27-jun-18	1º	02-may-18	10%	Evidencia: Cotización del curso del IMNC aceptada.
			2º	27-jun-18		
Elpidia Zalasar. Resp. de Calidad	Realizar la revisión por la dirección del 2º trimestre con el nuevo formato para confirmar funcionalidad y cumplimiento de los requisitos de los puntos 9.3.2 y 9.3.3 de la ISO 9001:2015. Incluir a partir de esta Revisión por la Dirección del 2º Semestre el punto 9.3.2 inciso c).	20-jul-18	1º	09-jul-18		
			2º	20-jul-18		

Resultados Planificados	Registro de los resultados	Revisión de la Eficacia	
Incluir la retroalimentación de las partes interesadas y la eficacia de las acciones tomadas para abordar riesgos y oportunidades en la revisión por la dirección.	Se modificó a su versión 2.0.0 el formato f02-pg03 Revisión por la Dirección con los puntos de entrada y salida que indica la ISO 9001:2015. Se realizó la Revisión por la Dirección del 1º Semestre de 2018 incluyendo la retroalimentación de las partes interesadas.	Meta: Reportar a la dirección la retroalimentación de las partes interesadas a partir de la Revisión por la Dirección del 1º Semestre 2018. Y la eficacia de las acciones para abordar riesgos y oportunidades a partir de la Rev. por la dirección del 2º trimestre. Responsable de Calidad capacitada y con la asimilación del conocimiento respecto a los Riesgos y oportunidades del Sistema de Gestión.	
		Resultado:	
		Eficacia:	

Disposición para la desviación

- ☐ Los acuerdos de las acciones y/o la fecha compromiso **NO** se cumplen. La Cédula de Mejora continúa **ABIERTA**.
- ☐ Los acuerdos de las acciones y/o la fecha compromiso se cumplen; las acciones **NO** eliminan la Desviación. La Cédula continúa **ABIERTA**.
- ☐ Las acciones se cumplen y eliminan la Desviación. La Cédula se considera **CERRADA**.

Fecha límite para la implementación del plan de Acciones mencionadas:

20-julio-2018

Responsable del seguimiento:

Sandra Vallejo.

Cédula de Mejora

Folio N°: **2018 - imnc - 03**

Grado de severidad: **NCM**

Tipos aplicables: **Aud. IMNC**

Fecha: **27-mzo-2018**

Condición del Evento

①

10.2.1 No se muestra evidencia de cuando una no conformidad ocurra se haya revisado la eficacia de cualquier acción correctiva tomada y conservar evidencia de los resultados de cualquier acción correctiva.

Evidencia

Derivado de la 1ª vigilancia del 28 y 29 de marzo de 2017 se documentaron 3 No Conformidades menores.
En el plan de acción FO-CAL-09 presentado por Metalúrgica Lazcano para NC menor 1 y NC menor 2 no se presento evidencia de su implementación.

Instalaciones donde se observa

Proceso de Gestión del Sistema de Calidad.

Personal que identifica: Elías Reyes (Auditor Líder)

Fecha: 27-mzo-2018

Responsable del conocimiento: Elpidia Zalasar (Responsable de Calidad)

Fecha: 30-mzo-2018

Re-planteamiento de causa raíz

Identificación de las Causas

②

Categoría	Causa
Materiales	N/A.
Mano de Obra	N/A.
Herramienta / Equipo	N/A.
Métodos / Procedimiento	El seguimiento de las no conformidades, cumplimiento y eficacia de las acciones se realizaba de manera global en la Revisión por la Dirección y esta tenía un periodo de realización anual, lo que ocasionaba que se incumplieran plazos y compromisos y no se generara la evidencia correspondiente.
Medio Ambiente/ Instalaciones	N/A.

Acción Inmediata

③

Responsable	Detalle las acciones	Fecha de conclusión	Revisión N°	Fecha de revisión	% de avance/ implementación	Observaciones
Elpidia Zalasar. Resp. de Calidad	Incluir en el formato f02-pg03 minuta de revisión por la dirección una tabla del estatus de las No Conformidades que aporte información respecto a las acciones que faltan por ejecutar y acciones por incumplimiento de las acciones.	13-abr-18	1°	10-04-18	100%	Se re-diseña el formato de Revisión por la Dirección que incluye tabla que aporta información para el análisis y seguimiento del % de avance, acciones pendientes por ejecutar y acciones por incumplimiento de plan de acción. Evidencia: f02-pg03 Revisión por la Dirección v2.0.0. Hoja C.4_C.6

Plan de Acción Correctiva

④

Responsable	Detalle las acciones	Fecha de conclusión	Revisión N°	Fecha de revisión	% de avance/ implementación	Observaciones
-------------	----------------------	---------------------	-------------	-------------------	-----------------------------	---------------

Cédula de Mejora

Folio N°:	2018 - imnc - 03	Grado de severidad:	NCM	Tipos aplicables:	Aud. IMNC	Fecha:	27-mzo-2018
Elpidia Zalasar. Representante de la Dirección	Realizar la Revisión por la Dirección en periodos trimestrales iniciando con el primer trimestre de 2018 y asegurarse de recabar toda la información referente a las No Conformidades Abiertas en cédulas de mejora para dar seguimiento a la ejecución y % de avance del Plan de acción de cada una.	30-abr-18	1º	30-abr-18	100%	Se lleva acabo la Rev. por la Dirección presentándole la información del avance detallado de las cédulas de mejora a la Dirección. Evidencia: Formato f02-pg03 Revisión por la Dirección lleno y firmado por la Gerencia.	

Prevenir recurrencia (modificar documentos relacionados, capacitar, etc.)

Responsable	Detalle las acciones	Fecha de conclusión	Revisión N°	Fecha de revisión	% de avance/ implementación	Observaciones
Elpidia Zalasar. Resp. de Calidad	Establecer un indicador en el proceso de Gestión del Calidad referente al el cierre de las No Conformidades en tiempo y forma y la eficacia, a partir de la Revisión por la Dirección del 1º Trimestre. Dar seguimiento al cumplimiento del indicador durante las revisiones por la Dirección del 1º, 2º, 3º trimestre para validar que efectivamente se genera una tendencia hacia el cumplimiento y cierre de las acciones en las cédulas de mejora.	19-oct-18	1º	30-abr-18		Se establece el indicador: "Mínimo 80 % de las Cédulas de Mejora cerradas en la tiempo y forma (tomando como referencia la fecha límite de implementación en cédulas)" Evidencia: Formato f02-pg03 Revisión por la Dirección lleno y firmado por la Gerencia Hoja C.2_C.3_C.5
			2º	20-jul-18		
			3º	19-oct-18		

Resultados Planificados	Registro de los resultados	Revisión de la Eficacia
Dar seguimiento al cumplimiento del plan de acción y efectividad de las acciones para gestionar las no conformidades en cédulas de mejora.	En la Revisión por la Dirección del 1º. Semestre: -* Se dio seguimiento al estatus de las cédulas de mejora (% de avance, acciones pendientes por ejecutar y acciones por incumplimiento de plan de acción) y al % de cumplimiento del indicador.	Meta: Documentar en la Rev. por la dirección, iniciando con la del 1º. Trimestre, el seguimiento a la ejecución y % de avance del Plan de acción de las No Conformidades. Establecimiento de un indicador referentes al cierre y efectividad de la NC. Resultado:
		Eficacia: Indicador: "Mínimo 80% de cédulas de mejora cerradas en tiempo y forma". 1º. Semestre:

Disposición para la desviación

☐ Los acuerdos de las acciones y/o la fecha compromiso **NO** se cumplen. La Cédula de Mejora continúa **ABIERTA**.



Cédula de Mejora

⑦

- ☐ Los acuerdos de las acciones y/o la fecha compromiso se cumplen; las acciones **NO** eliminan la Desviación. La Cédula continúa **ABIERTA**.
- ☐ Las acciones se cumplen y eliminan la Desviación. La Cédula se considera **CERRADA**.

Fecha límite para la implementación del plan de Acciones mencionadas:	19-oct-2018	Responsable del seguimiento:	Sandra Vallejo.
---	-------------	------------------------------	-----------------

Folio N°:	2018 - imnc - 04	Grado de severidad:	NCm	Tipos aplicables:	Aud. IMNC	Fecha:	27-mzo-2018
-----------	-------------------------	---------------------	------------	-------------------	------------------	--------	--------------------

Condición del Evento 9.2.2 e) No se muestra evidencia de que se realizan las correcciones y toman las acciones correctivas adecuadas sin demora injustificada.	Instalaciones donde se observa Proceso de Gestión del Sistema de Calidad.
--	---

Evidencia

Derivado de la realización de la auditoria interna realizada del 12 al 14 de febrero del 2018, se documentan 7 no conformidades mayores, 3 no conformidades menores, sin embargo al momento de la auditoria del IMNC se observan abiertas:

- * 2018-ai-02. 4.4.1 Apenas se documentan acciones para la corrección al 12 de marzo 2018.
- * 2018-ai-08. 8.1 Apenas documenta acciones para el 9 de abril 2018.
- * 2018-ai-05. 7.13 Reunión para definir el método adecuado para medir y demostrar la eficiencia de la infraestructura tecnológica (no se tiene evidencia).

Personal que identifica:	Elías Reyes (Auditor Líder)	Fecha:	27-mzo-2018	Responsable del conocimiento:	Elpidia Zalasar (Responsable de Calidad)	Fecha:	30-mzo-2018
---------------------------------	-----------------------------	---------------	-------------	--------------------------------------	--	---------------	-------------

Identificación de las Causas

Categoría	Causa
Materiales	N/A.
Mano de Obra	N/A.
Herramienta / Equipo	N/A.
Métodos / Procedimiento	El punto ISO 9001:2015 en el 9.2.2 inciso e) dice: "Realizar las correcciones y tomar las acciones correctivas adecuadas sin demora injustificada". Sin embargo en ninguna sección de la norma ISO 9001:2015 o de la norma ISO 9000:2015 se define el concepto "demora injustificada" y tampoco señala un tiempo sugerido u obligado para atender las correcciones y acciones correctivas. Por lo que no se ha establecido el periodo de tiempo máximo para evidenciar la realización de las acciones correctivas de las NC de Auditoría Interna en el Procedimiento PG04 Auditoría Interna.
Medio Ambiente/ Instalaciones	N/A.

Acción Inmediata

Responsable	Detalle las acciones	Fecha de conclusión	Revisión N°	Fecha de revisión	% de avance/ implementación	Observaciones
Elpidia Z. Representante de la Dirección.	Establecer el periodo de tiempo que Metalúrgica Lazcano considera adecuado para evidenciar la realización de las acciones correctivas.	06-abr-2018	1º	04-abr-18	100%	Se estableció el periodo para la atención de NC. Evidencia: PG04 Auditoría Interna v5.0.0 del 04-abr-2018, páginas 3 y 4.

Plan de Acción Correctiva

Responsable	Detalle las acciones	Fecha de conclusión	Revisión N°	Fecha de revisión	% de avance/ implementación	Observaciones
-------------	----------------------	---------------------	-------------	-------------------	-----------------------------	---------------

Cédula de Mejora

Folio N°:	2018 - imnc - 04	Grado de severidad:	NCm	Tipos aplicables:	Aud. IMNC	Fecha:	27-mzo-2018
Responsables de Proceso de Metalúrgica Lazcano	Evaluar nuevamente las NC 2018-ai-02, 2018-ai-05, 2018-ai-08 con los responsables de proceso y determinar si es necesario replantear causas raíz y acciones correctivas para cerrar las NC con eficacia.	06-abr-2018	1º	06-abr-18	20%	Se replantean las causas raíz de las NC de auditoría interna 02, 05, 08.	
		30-abr-2018	2º	30-abr-18	100%	Se cierran las NC de auditoría interna las 10 NC de la Auditoría Interna (incluidas las # 02,05,08). Evidencia: Cédulas de mejora de las 10 NC de Auditoría Interna.	

Prevenir recurrencia (modificar documentos relacionados, capacitar, etc.)

Responsable	Detalle las acciones	Fecha de conclusión	Revisión N°	Fecha de revisión	% de avance/ implementación	Observaciones
Elpidia Z. Responsable Calidad	Dar seguimiento al cierre de acciones correctivas en tiempo y forma y establecer acciones por el no cumplimiento del plan de acciones.	30-abril-2018	1º	30-abr-18	100%	Evidencia: Formato f02-pg03 Revisión por la Dirección v2.0.0 lleno y firmado por la Gerencia.

Resultados Planificados	Registro de los resultados	Revisión de la Eficacia	
Que esté definido en la documentación del SGC el periodo de tiempo para evidenciar la realización de las acciones correctivas sin demora injustificada.	<p>-Se definieron los tiempos para evidenciar acciones que den cumplimiento a las NC y se documento en el PG04 Auditoría Interna.</p> <p>-Se cerraron las 10 NC de la Auditoría Interna, poniendo énfasis en el cierre de las NC señaladas por el Auditor Líder del IMNC la 02, 05 y 08.</p>	<p>Meta: Definir y documentar el periodo de tiempo que Metalúrgica Lazcano considera adecuado para evidenciar la realización de las acciones correctivas sin demora injustificada.</p> <p>Cerrar NC de Auditoría interna dentro de los plazos establecidos por el SGC de Metalúrgica Lazcano.</p> <p>Resultado: Se definió y documentó el periodo de tiempo que Metalúrgica Lazcano considera adecuado para evidenciar la realización de las acciones correctivas sin demora injustificada.</p> <p>Y se cerraron dentro de los tiempos establecidos en el PG04 Auditoría Interna v5.0.0 las NC de Auditoría Interna, evaluándose como eficaces.</p>	Eficacia: Se han alcanzado los resultados planificados y se llegó a la meta, por lo que se considera que el plan de acciones fue eficaz.

Disposición para la desviación



Cédula de Mejora

⑦

- ☐ Los acuerdos de las acciones y/o la fecha compromiso **NO** se cumplen. La Cédula de Mejora continúa **ABIERTA**.
- ☐ Los acuerdos de las acciones y/o la fecha compromiso se cumplen; las acciones **NO** eliminan la Desviación. La Cédula continúa **ABIERTA**.
- ☒ Las acciones se cumplen y eliminan la Desviación. La Cédula se considera **CERRADA**.

Fecha límite para la implementación del plan de Acciones mencionadas:	30-abril-2018	Responsable del seguimiento:	Sandra Vallejo. Elpidia Zalasar.
---	---------------	------------------------------	-------------------------------------