	Registro	
	Solicitud y seguimiento de acción correctiva	CODIGO F-OP-PC-014

ÁREA O PROCESO : PROCESO # 3

No DE SOLICITUD: PD-02/2018

1) DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD o RIESGO

Describir claramente: Que, Cuando, Dónde, sucedió la no conformidad o riesgo

La organización no ha implementado las acciones necesarias para eliminar las causas de las no conformidades.

Evidencias:

a).-La acción correctiva con Número de Solicitud 16 con fecha 14-10-16 aún se encuentra abierta y no se presenta evidencia de las acciones determinadas.

2) ACCIONES INMEDIATAS

Acción para evitar que siga el problema

Se verifica el estado de la falla descrita en esta acción.

Responsable	Fecha	Estatus
Raúl Pérez	07-03-18	C

3) CAUSA RAIZ:

Anotar el resultado después de hacer el análisis, utilizando alguna técnica



No se documentó en su momento el seguimiento y la finalización de la acción correctiva.

4) ACCIONES CORRECTIVAS:

Anotar actividades a realizar como resultado del análisis causa raíz

- Se recopilaran las evidencias necesarias donde se demostrara que la falla ya se corrigió y se anexaran en el seguimiento para su cierre de esta acción correctiva
- Se reiniciara a partir de esta fecha, el seguimiento a las acciones correctivas para verificar su avance o su cierre dependiendo los avances o fechas compromiso para su seguimiento.

Responsable	Fecha	Estatus
Raúl Pérez F	07-03-18	C
Raúl Pérez F	a partir de marzo 2018	P

FECHA DE ELABORACIÓN:	RESPONSABLE:	COORDINADOR DEL S.G.C.
26-febrero-2018	Raúl Pérez Flores 	Ulisa Torres 

	Registro	Solicitud y seguimiento de acción correctiva		CODIGO
				F-OP-PC-014

REQUISITO DE LA NORMA ISO 9001: 2015	DETECTADA EN (Auditoría interna, auditoría externa, revisión, etc.)	RESPONSABLE	FECHA COMPROMISO
10.2 No conformidad y AC	Auditoría externa	Raúl Pérez Flores	05-Abril-2018

FECHAS DE SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES	ESTATUS P= EN PROCESO C= CERRADA
08-03-2018	Se anexa la información recopilada en la acción correctiva No. 16 con fecha del 14-10-16 donde se muestra la evidencia de la realización de las actividades solicitadas en las ordenes de trabajo que se generaron y se cierra con fecha de 08-marzo-2018.	C
8-03-2018	A partir del mes de marzo, el compromiso para dar seguimiento a las no conformidades y acciones correctivas, dará seguimiento inmediato el jefe de producción.	P
08-03-2018	Se dio contestación a la queja recibida el 5-03-2018 por parte del cliente Plami Guadalaajara.	P

EVALUACION DE ACCIONES: ACCIONES EFECTIVAS () ACCIONES NO EFECTIVAS ()

Fecha de Cierre: _____ Jefe de Lab. De Control de Calidad: _____
 (Aprobación de Alta dirección) Hoja 2/2



PROBLEMA	PORQUE? 1	PORQUE? 2	PORQUE? 3
<p><i>La acción correctiva con Numero de solicitud 16 con fecha del 14-10-16 aun se encuentra abierta y no se presenta evidencia de las acciones determinadas</i></p>	<p><i>Porque no se cerro la acción corectiva ?</i></p>	<p><i>Porque no se recopiló la información?</i></p>	<p><i>Porque falta de compromiso ?</i></p>
	<p><i>Por que no se recopiló la información.</i></p>	<p><i>Por falta de compromiso</i></p>	<p><i>Por que no se le dio el seguimiento según fechas compromiso en la acción corectiva</i></p>


Participantes:

Raúl Pérez Flores

Nombre

Fecha: 17 de marzo de 2018

PORQUE? 4	PORQUE? 5	RESULTADO DEL ANÁLISIS
<i>Porque no se le dio seguimiento en las fechas compromiso?</i>	<i>Porque se te olvido ?</i>	<i>No se documento en su momento el seguimiento y finalización de la acción correctiva.</i>
<i>Por que se me olvido</i>	<i>Por dar le prioridad a otros problemas.</i>	

	Registro	
	Solicitud y seguimiento de acción correctiva	CODIGO
		F-OP-PC-014

ÁREA O PROCESO: PROCESO # 3

No DE SOLICITUD: PD-01/2018

1) DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD o RIESGO

Describir claramente: Que, Cuando, Dónde, sucedió la no conformidad o riesgo

La organización no ha implementado las acciones necesarias para eliminar las causas de las no conformidades.

Evidencias:

a).- No se mostró evidencia que se hayan determinado acciones para atender el incumplimiento del indicador de eficacia "eficiencia mensual de materiales de calandreo > 95 %.

2) ACCIONES INMEDIATAS

Acción para evitar que siga el problema

Elaborar solicitud de acción correctiva referente al seguimiento del indicador.

Responsable	Fecha	Estatus
Raúl Pérez	26-02-18	C

3) CAUSA RAÍZ:

Anotar el resultado después de hacer el análisis, utilizando alguna técnica

No se dio el interés al análisis de la información en su momento.

4) ACCIONES CORRECTIVAS:

Anotar actividades a realizar como resultado del análisis causa raíz

- Platica de concientización sobre la importancia del cumplimiento de los objetivos establecidos.
- Nueva difusión del actual procedimiento No conformidad y acción correctiva
- Capacitación en técnicas de análisis causa raíz.

Responsable	Fecha	Estatus
Alta dirección	27-03-18	C
Ulisa Torres	Abril 2018	C
Laura E. Carreto	Abril 2018	C

FECHA DE ELABORACIÓN: 26-febrero-2018	RESPONSABLE: Raúl Pérez Flores	COORDINADOR DEL S.G.C. Ulisa Torres
--	---------------------------------------	--

	Registro	Solicitud y seguimiento de acción correctiva	CODIGO
			F-OP-PC-014

REQUISITO DE LA NORMA ISO 9001: 2015	DETECTADA EN (Auditoría interna, auditoría externa, revisión, etc.)	RESPONSABLE	FECHA COMPROMISO
10.2 No conformidad y acción correctiva	Auditoría de certificación	Jefe de producción	Mayo 2018

FECHAS DE SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES	ESTATUS P= EN PROCESO C= CERRADA
27-03-18	Se recibe plática de concientización sobre la importancia del cumplimiento de los objetivos	C
09-04-18	Se cumple con la difusión del procedimiento No conformidad y acción correctiva	C
20-04-18	Se da curso Análisis Causa Raíz	C
18-05-18	Se realiza evaluación de concientización	C

EVALUACION DE ACCIONES: ACCIONES EFECTIVAS (☒) ACCIONES NO EFECTIVAS ()

Fecha de Cierre: 18-05-18 Jefe de Lab. De Control de Calidad: 

(Aprobación de Alta dirección)

PROBLEMA	PORQUE? 1	PORQUE? 2	PORQUE? 3	PORQUE? 4	PORQUE? 5	RESULTADO DEL ANÁLISIS
La organización no ha implementado las acciones necesarias para eliminar las causas de no conformidades a) No se mostro evidencia que se hayan determinado acciones para atender el incumplimiento del indicador de eficiencia mensual de materiales calandreo >95%	¿Por qué no se han implementado acciones para eliminar las NC?	¿Por qué no se había contemplado como No conformidad?	¿Por qué no se tenía documentada?	¿Por qué no se siguió el procedimiento aplicable?	¿Por qué no nos es común considerarlo dentro de las actividades diarias?	No se le dio interés al análisis de la información en su momento.
	porque no se había contemplado como NC el no cumplir con el indicador	porque no se tenía documentada	porque no se siguió el procedimiento aplicable	porque no lo consideramos como una actividad común	Por falta de interés	

Participantes:

Raúl Pérez F. 

Laura F. Card M. 




Ulisa Torres 

Nombre

Firma

Nombre

Firma

	Registro:	
	Solicitud y seguimiento de acción correctiva	CODIGO
		F-OP-PC-014

ÁREA O PROCESO: Coordinación del SGC

No DE SOLICITUD: PC-01/2018

1) DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD / RIESGO o MEJORA

Describir claramente: Que, Cuando, Dónde, sucedió la no conformidad o riesgo

No se mostró evidencia que se hayan llevado a cabo, auditorías internas considerando los requisitos de la Norma ISO 9001: 2015.

2) ACCIONES INMEDIATAS

Acción para evitar que siga el problema	Responsable	Fecha	Estatus
En el programa de auditoria F-OP-PC-012 realizado en enero 2018, se definió programar la primer auditoria interna en base a la NOM ISO 9001: 2015 en el mes de marzo de 2018 , de acuerdo a lo definido en el Cronograma de auditoria	Alta Dirección Coord. del SGC Auditores	Enero 2018	C

3) CAUSA RAIZ:

Anotar el resultado después de hacer el análisis, utilizando alguna técnica

Debido a la falta de compromiso por parte de los líderes de proceso en cumplir con la actualización de sus documentos (por lo tanto falta de implantación), la auditoria interna se tuvo que reprogramar hasta el primer trimestre de 2018.

4) ACCIONES CORRECTIVAS:

Anotar actividades a realizar como resultado del análisis causa raíz	Responsable	Fecha	Estatus
1) Planificar la auditoria para la primera semana de marzo	Coord. del SGC	26-02-2018	C
2) Comunicar al personal las fechas de realización de auditoria	Coord. del SGC	02-03-2018	C
3) Realizar auditoria según lo programado	Auditores, líderes de proceso y Coord. del SGC	Del 6 al 8 de marzo 2018	C
4) Mayor seguimiento por parte de la alta dirección a los compromisos de los líderes de proceso		A partir del 8 de marzo	P
5) Compromiso de los líderes de proceso para dar seguimiento a los pendientes del SGC.			

FECHA DE ELABORACIÓN: 26-02-2018	RESPONSABLE: Coord. del SGC 	COORDINADOR DEL S.G.C. 
---	---	--

	Registro:	Solicitud y seguimiento de acción correctiva	CODIGO
			F-OP-PC-014

REQUISITO DE LA NORMA ISO 9001: 2015	DETECTADA EN (Auditoría interna, auditoría externa, revisión, etc.)	RESPONSABLE	FECHA COMPROMISO
9.2 Auditoría	Auditoría de certificación por parte del IMNC	Coord. del SGC	06 de Abril 2018

FECHAS DE SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES	ESTATUS P= EN PROCESO C= CERRADA
26-02-2018	En reunión para el seguimiento a NC de auditoría por parte del IMNC, el director de operaciones solicito que la auditoría programada para el mes de marzo, se lleve a cabo en la primera semana del mes.	C
02-03-2018	En reunión del SGC se dio a conocer la agenda de auditoría programada para los días 6 a 8 de marzo	C
02-03-2018	Se comunicó al personal la fecha en que se llevara a cabo la auditoría interna	C
06 a 08 -03-2018	Realización de auditoría de acuerdo a Norma ISO 9001: 2015	C
09-03-2018	Conclusión del ejercicio de auditoría de acuerdo a la Norma ISO 9001:2015	C
13-03-2018	Primera reunión para dar seguimiento a NC detectadas en auditoría interna donde la coordinadora del SGC entregó a los responsables de dar seguimiento su NC con numero de seguimiento.	C

EVALUACION DE ACCIONES: ACCIONES EFECTIVAS () ACCIONES NO EFECTIVAS ()

Fecha de Cierre: _____ Jefe de Lab. de Control de Calidad: _____
(Aprobación de Alta Dirección)

PROBLEMA	PORQUE? 1	PORQUE? 2	PORQUE? 3	PORQUE? 4	PORQUE? 5	RESULTADO DEL ANÁLISIS
No se mostró evidencia que se hayan llevado cabo, auditorías internas considerando los requisitos de la norma ISO 9001: 2015	¿Por qué no se llevo cabo la realización de la auditoría interna conforme a la NOM ISO 9001 2015?	¿Por qué varios documentos requerían tiempo de implantación?	¿Por qué varios documentos fueron actualizados recientemente ?	¿Por qué no cumplieron con la fecha limite?	¿Por qué dieron prioridad a otras actividades?	Debido a la falta de compromiso por parte de los líderes de proceso en cumplir con la actualización de documentos, la auditoría interna se tuvo que reprogramar hasta el primer trimestre de 2018
	Porque los documentos actualizados requerían tiempo de implantación	Porque fueron actualizados recientemente	Porque los líderes de proceso no cumplieron la fecha limite para actualizar su información de acuerdo a los requisitos de la Norma ISO 9001: 2015 o por mantenimiento de la documentación.	Por dar prioridad a otras actividades	Por falta de compromiso	

Participantes:

Ulisa Torres P.

Nombre

Laura Elena Carreto M.

Nombre

Firma

Nombre


Firma

Nombre

Firma

Nombre

Firma

	Registro	CODIGO
	Solicitud y seguimiento de acción correctiva	F-OP-PC-014

No DE SOLICITUD PD 04 / 2018

1) DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD o RIESGO

Describir claramente: Que, Cuando, Dónde, sucedió la no conformidad o riesgo

En los procesos de realización calandreo y recursos humanos no se han determinado las acciones para abordar sus riesgos asociados

2) ACCIONES INMEDIATAS

Enviar al organismo certificador el plan de acción del análisis de riesgos de los procesos (3 realización del producto y 2 Recursos humanos)

Responsable	Fecha	Estatus
Raúl Pérez	26-02-18	

3) CAUSA RAIZ:

Anotar el resultado después de hacer el análisis, utilizando alguna técnica



Falta información respecto al requisito 6.1 de la Norma ISO 9001: 2015 , falta de capacitación del procedimiento análisis de riesgos y oportunidades implementado por la organización y aclaración de las dudas respecto al procedimiento

4) ACCIONES CORRECTIVAS:

Anotar actividades a realizar como resultado del análisis causa raíz

- Dar capacitación referente al requisito 6.1 de la Norma referencia
- Proporcionar capacitación referente al procedimiento interno Análisis de riesgos y oportunidades G-OP-PC-003

Responsable	Fecha	Estatus
Ulisa Torres P	Abril 17 2018	C

FECHA DE ELABORACIÓN: 26-febrero-2018	RESPONSABLE:  Raúl Pérez Flores /Elia Rodríguez Mendieta	COORDINADOR DEL S.G.C. Ulisa Torres 
--	--	---

	Registro	Solicitud y seguimiento de acción correctiva	CODIGO
			F-OP-PC-014

REQUISITO DE LA NORMA ISO 9001: 2015	DETECTADA EN (Auditoría interna, auditoría externa, revisión, etc.)	RESPONSABLE	FECHA COMPROMISO
6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades	Auditoría externa	Jefe de Producción / Jefe de RH	Abril 20 2018

FECHAS DE SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES	ESTATUS
05-03-2018	Se entregó la información (planes de acción) para ser enviada al organismo certificador	P= EN PROCESO C= CERRADA
17-04-2018	Se dio la capacitación referente al requisito 6.1 de la Norma referencia	C
20-04-2018	Se dio capacitación del procedimiento Análisis de riesgos y oportunidades G-OP-PC-003	C

EVALUACION DE ACCIONES: ACCIONES EFECTIVAS (☒) ACCIONES NO EFECTIVAS ()

Fecha de Cierre: 25-04-18 Jefe de Lab. De Control de Calidad: [Firma]
 (Aprobación de Alta dirección)

PROBLEMA	PORQUE? 1	PORQUE? 2	PORQUE? 3	PORQUE? 4	PORQUE? 5	RESULTADO DEL ANÁLISIS
En los procesos de Realización calandreo y recursos humanos no se han determinado las acciones para abordar sus riesgos asociados	¿Por qué no han determinado las acciones para abordar los riesgos asociados?	¿Por qué no se le mostro el plan de acción?	¿Por qué motivo no entendió lo referente a las acciones para abordar los riesgos asociados?	¿Por qué no esta familiarizado con el análisis de riesgos?	¿Por qué no se tiene claro el conocimiento de este nuevo requisito?	Falta información respecto al requisito 6.1 de la Norma ISO 9001: 2015, falta de capacitación del procedimiento análisis de riesgos y oportunidades implementado por la organización y aclaración de las dudas respecto al procedimiento
	Porque el auditor solicito el análisis de riesgos y aunque si setenian definidas las acciones en el plan de acción no se le mostro	Porque el auditado no entendio lo referente a las actividades para abordar los riesgos	Porque no esta familiarizado con el nuevo requisito análisis de riesgos.	Porque no se tiene conocimiento claro de este nuevo requisito.	Porque se considera que falta capacitación del procedimiento	
	¿Por qué no han determinado las acciones para abordar los riesgos asociados?	¿Por qué solo se contaba con el análisis de riesgos?	¿Por qué no se realizo el plan de acción?	¿Por qué finalmente no se realizo?	¿Por qué se tenían dudas del procedimiento?	
	Porque solo se contaba con el análisis de riesgos	porque no se realizo el plan de acción?	porque por dar prioridad a otras actividades lo deje al ultimo y finalmente no se realizo	porque se tenían dudas respecto al procedimiento	Por no externar las dudas cuando se dio la capacitación	

Participantes:

Elia Rodriguez M.

Raúl Pérez F.

Laura Elena Carro M.

Elia Rodriguez M.

Raúl Pérez F.

Laura Elena Carro M.

Ulisa Torres P.

Nombre

Firma

Nombre

Firma



Registro:

Solicitud y seguimiento de acción correctiva

CÓDIGO

F-OP-PC-014

ÁREA O PROCESO: Liderazgo y mejoraNo DE SOLICITUD: OP-01/2018**1) DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD o RIESGO**

Describir claramente: Qué, Cuándo, Dónde sucedió la no conformidad o riesgo

En la planificación del sistema de gestión de la calidad, no se ha determinado los riesgos y sus acciones asociadas para abordarlos, así como no se han planificado acciones para abordar las oportunidades determinadas.

2) ACCIONES INMEDIATAS:

Acción para evitar que siga el problema

Se reunieron los integrantes de la alta dirección y el coordinador del SGC, para determinar los riesgos y dar las acciones para llevar a cabo.

Responsable	Fecha	Estatus
Laura E. Carreto, Oscar López, Félix Santesteban, Ulisa Torres	2 y 3 de marzo	C

3) CAUSA RAÍZ:

Anotar el resultado después de hacer el análisis, utilizando alguna técnica

No haber realizado las acciones, tomando en cuenta solo a Papalotla

4) ACCIONES CORRECTIVAS

Anotar actividades a realizar como resultado del análisis causa raíz

Realizar el análisis para enviar al organismo certificador

Dar seguimiento a las actividades del plan de acción:

- Determinar los riesgos asociados a las cuestiones externas e internas del contexto organizacional.
- Determinar las acciones para abordar los riesgos y oportunidades determinadas.

Responsable	Fecha	Estatus
Laura E. Carreto, Oscar López, Félix Santesteban,	7-03-18	H
	10-03-18	P

FECHA DE ELABORACIÓN:

26 de febrero 2018

RESPONSABLE:

Alta Dirección

COORDINADOR DEL S.G.C.

Ulisa Torres Pérez

	Registro:	Solicitud y seguimiento de acción correctiva	CODIGO
			F-OP-PC-014

REQUISITO DE LA NORMA ISO 9001:2015	DETECTADA EN (Auditoría interna, auditoría externa, revisión, etc.)	RESPONSABLE	FECHA COMPROMISO
6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades	Auditoría de certificación ISO 9001:2015	Alta dirección (Ing. Félix Santesteban, Ing. Laura Carreto, Ing. Oscar A. López)	9-03-18

FECHAS DE SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES	ESTATUS P= EN PROCESO C= CERRADA
2 y 3 - 03-18	Se reunieron los integrantes de la alta dirección para hacer la revisión del FODA	C
8-03-18	Partiendo del FODA del Contexto Organizacional se realiza el Análisis de riesgo y oportunidades	C
8-03-18	Se realiza el plan de acción para los riesgos, así como las acciones para abordar las oportunidades	C
8-03-18	Se tuvo una reunión con personal de RRHH, para tratar los mecanismos de recompensas, así como otras peticiones del personal.	P
9-03-18	Se informa mediante correo al personal involucrado en la planificación de la producción, que no se realizará ninguna orden o prueba, si no contamos con la información necesaria	C
9-03-18	Se solicitó tener un fondo para refacciones (caja chica).	P
13-03-18	Se da seguimiento al plan de acción del análisis del Contexto organizacional	P
13-03-18	Se emiten las mejoras del plan de acción del Contexto organizacional	C
4-05-18	Se realizan ordenes de producción de core stock en colores, como prueba para desarrollo de nuevos productos para el cliente Giesecke & Devrient	P
9-05-18	Se envía el primer color como prueba a Giesecke	C
17-05-18	Se envían otros dos colores como pruebas al cliente Giesecke	C
22-05-18	Se corrobora que sigue recibiendo el reembolso de caja chica.	P



Fecha: 2 de marzo de 2018

PROBLEMA	PORQUE? 1	PORQUE? 2	PORQUE? 3	PORQUE? 4	PORQUE? 5	RESULTADO DEL ANÁLISIS
En la planificación del sistema de gestión de la calidad, no se han determinado los riesgos y sus acciones asociadas para abordarlos, así mismo no se han planificado acciones para abordar las oportunidades determinadas.	Por qué no se determinaron los riesgos y oportunidades así como sus acciones? Porque inicialmente realizamos el contexto basándonos en el FODA, considerando que formábamos parte de la planta matriz, solicitamos apoyo de la planta matriz	Por que se solicito el apoyo de la planta matriz? Porque nosotros somos maquiladores, ellos nos proporcionan los recursos materiales y económicos, perdimos de vista el alcance de nuestro SGC	Por que perdimos de vista que el alcance del sistema? Por considera a Naucalpan dentro de nuestro Sistema	Porqué se consideró a Naucalpan dentro del sistema? Porque no consideramos que el alcance es exclusivo a Papalotla.		Realizar las acciones tomando en cuenta solo a Papalotla
	Porqué no se planificaron las acciones para las oportunidades? Se dio un mal enfoque	Porqué se dio un mal enfoque? Se consideró que con el FODA era suficiente	Porqué se consideró suficiente el FODA? Se consideró que solo con tener la planeación era suficiente	Porqué se consideró que era suficiente la planeación? Por falta de un análisis completo	Porqué no se hizo el análisis completo? No se dio seguimiento a las acciones a tomar	

Participantes:

Oscar López V.

Nombre

Laura Elena Carreto M.

Nombre

Félix Santesteban A

Nombre

Ulisa Torres P.

Nombre

Nombre

Firma

Nombre

Firma