



Manual de Procedimientos de Gestión del SGC

MG-DIRGEN-03

Septiembre 2016


Dirección General

Aprobado Mediante Acuerdo COMERI/4º SO/04/2016, por el H. Comité de Mejora Regulatoria Interna en su cuarta sesión ordinaria, celebrada el 30 de noviembre de 2016.

Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales
Documento propiedad del CONOCER, prohibido su uso o reproducción sin previa autorización

ÍNDICE

1.	Introducción.....	1
2.	Propósito	1
3.	Alcance	1
4.	Políticas	1
4.1.	Elaboración y Control de Documentos	1
4.2.	Control de los Registros	6
4.3.	Auditorías Internas de Calidad.....	6
4.4.	Control de Producto No Conforme	8
4.5.	Acciones Correctivas	9
4.6.	Acciones Preventivas	9
5.	Requisitos	9
6.	Diagrama de flujo	10
6.1.	Elaboración y Control de Documentos.....	10
6.2.	Control de los registros	11
6.3.	Auditorías Internas de Calidad.....	12
6.4.	Control de Producto o Servicio No Conforme	13
6.5.	Acciones Correctivas	14
6.6.	Acciones Preventivas	15
7.	Descripción del procedimiento	16
7.1.	Elaboración y Control de los Documentos	16
7.2.	Control de los Registros	18
7.3.	Auditorías Internas de Calidad.....	19
7.4.	Control de Producto/Servicio No Conforme (PSNC)	24
7.5.	Acciones Correctivas	26
7.6.	Acciones Preventivas	28
8.	Documentos de Referencia.....	30
9.	Registros	30
10.	Glosario.....	30
11.	Anexos	32
12.	Control de Cambios.....	33
13.	Transitorios	33

	Manual de Procedimientos de Gestión del SGC	Código : MG-DIRGEN-03
		Revisión : 0
		Página: 1 de 33

1. Introducción

El Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales (CONOCER), en cumplimiento con los requisitos solicitados por la Norma ISO 9001, define los procedimientos necesarios para el control y operación del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) incluidos los registros que muestran evidencia de su implementación.

2. Propósito

Definir los criterios y estandarizar las actividades para:

- La elaboración de los documentos del Sistema de Gestión;
- El control de los registros de calidad,
- La planificación, preparación, ejecución y cierre de auditorías internas al Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).
- Controlar y prevenir el uso de producto no conforme.
- El análisis de causas y generación de acciones correctivas y preventivas para solucionar las problemáticas que se presenten durante el desarrollo de los procesos de Acreditación Inicial y la Emisión de Certificados.

3. Alcance

Este documento aplica para los procesos de Acreditación Inicial, Emisión de Certificados, actividades de apoyo y actividades de gestión del SGC del CONOCER.

4. Políticas

4.1. Elaboración y Control de Documentos


4.1.1. La jerarquía de la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad debe ser como sigue:

- Manual del Sistema de Gestión de la Calidad
- Mapas de Proceso
- Manual de Procedimientos de Gestión
- Manual de Procedimientos Operativos
- Formatos

4.1.2. Los documentos deben ser creados y modificados solamente por el Director (a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área del proceso o actividad en cuestión.

4.1.3. La elaboración o revisión de cualquier documento debe detonarse cuando se detecte que:

- La ausencia de tal documento origina un incumplimiento a la Norma ISO 9001:2008 o la ruptura de la secuencia de actividades en alguno de los procesos determinados.
- Se haya acordado su generación durante la Revisión al Sistema de Gestión de la Calidad.
- Los resultados de Auditorías al SGC indiquen la necesidad de documentar alguna actividad.
- Como parte de la Mejora Continua o Simplificación Regulatoria.
- Ha pasado un año de su creación o última revisión.

	Manual de Procedimientos de Gestión del SGC	Código : MG-DIRGEN-03
		Revisión : 0
		Página: 2 de 33

4.1.4. **La Portada debe contener:**

- Logo Oficial de la SEP de 2.5 x 8 cm y en la misma línea el logo del CONOCER de 2.5 x 4.75 cm.
- Título del documento, Código, Mes de creación o revisión, Dirección de la que deriva. Fuente Century Gothic 18.

4.1.5. **Formato de la Documentación debe ser:** Fuente "Century Gothic" Negrita No. 10. para títulos y subtítulos. "Century Gothic" No. 10 para el texto en general. Párrafo: Justificado.

4.1.6. Todos los documentos, incluyendo los formatos derivados de los procedimientos de gestión, deben contener el siguiente encabezado:

	Nombre del Documento	Código :
		Revisión :
		Página: pág de págs

- Logotipo del CONOCER: 2 x 4 cm.
- Título del Documento: fuente Century Gothic 12.
- Código: se asigna de acuerdo a lo citado en el punto siguiente.
- Revisión: Se establece "0" para los documentos de nueva creación y se numera consecutivamente de acuerdo a cada revisión que se realice.
- Página: se numera la página considerando el total de estas.

Nota 1: la Portada y el Índice no llevan encabezado

Nota 2: Los formatos derivados de los procedimientos operativos, basta que cuenten con Nombre y Código, con o sin el encabezado.

4.1.7. Para asignarle un código a un **Documento** la estructura debe ser **XX-YYYYYY-ZZ** donde X= Tipo de documento, Y=Dirección General Adjunta del área que realiza el documento y Z= Número consecutivo, de acuerdo con la Tabla 1.

4.1.8. Para asignarle un código a un **Formato** la estructura debe ser **X##-YYYYYY-ZZ**; donde X=formato, ##=número consecutivo, Y=Dirección Adjunta del área que realiza el documento y Z= Número consecutivo del documento del que se deriva el formato, de acuerdo con la Tabla 1.

4.1.9. Para asignarle un código a un **Oficio**, la estructura debe ser **OF No.: YYYYYY-##-AAAA**, donde Y=Dirección General Adjunta, Dirección de Área o Subdirección; #=Número consecutivo y A=año en curso, de acuerdo con la Tabla 1.

4.1.10. Para asignarle un código a un **Organigrama** la estructura debe ser **ORG-YYYYYY-ZZ**, donde Y=Dirección General y Z=Número consecutivo, de acuerdo con la Tabla 1



	Manual de Procedimientos de Gestión del SGC	Código : MG-DIRGEN-03
		Revisión : 0
		Página: 3 de 33

TABLA 1

CÓDIGO	INTERPRETACIÓN	
NOMENCLATURA POR DIRECCIÓN GENERAL Y ADJUNTA		
DIRGEN	Dirección General	
DGAPDE	Dirección General Adjunta de Promoción y Desarrollo	
DGAOSU	Dirección General Adjunta de Operación y Servicios a Usuarios	
DGAAFI	Dirección General Adjunta de Administración y Finanzas	
NOMENCLATURA POR DIRECCIÓN		
DAPAPS	Dirección de Promoción y Apoyo a Prestadores de Servicios	
DAACER	Dirección de Acreditación y Certificación	
DAMCCA	Dirección de Mercadeo, Comunicación y Canales de Atención	
DAADMI	Dirección de Administración	
DAPPI	Dirección de Planeación, Presupuesto y Finanzas	
NOMENCLATURA POR SUBDIRECCIÓN		
SDPPS	Subdirección de Promoción para Prestadores de Servicios	
SDCER	Subdirección de Certificación	
SDTD	Subdirección de Tecnología y Desarrollo de Sistemas	
SDRMS	Subdirección de Recursos Materiales y Servicios Generales	
SDRHU	Subdirección de Recursos Humanos	
NOMENCLATURA POR DOCUMENTO		EJEMPLO
MC	Manual de Calidad	MC-DIRGEN-01
MP	Manual de Mapas de Proceso	MP-DIRGEN-02
MG	Manual de Procedimientos de Gestión	MG-DIRGEN-03
MO	Manual de Procedimientos Operativos	MO-DGAOSU-03
F	Formato	F01-DGAOSU-01
ORG	Organigrama	ORG-DIRGEN-01
OF No.	Oficio	Of No.: SDTD-01-2016

	Manual de Procedimientos de Gestión del SGC	Código : MG-DIRGEN-03
		Revisión : 0
		Página: 4 de 33


4.1.11. La estructura del contenido de cada tipo de documento debe ser como se indica en la Tabla 2 (excepto formatos):

TABLA 2

TIPO DE DOCUMENTO	ESTRUCTURA
Manual de Calidad	Portada Índice 1. Introducción 2. Objeto y Alcance del SGC 3. Definiciones 4. Capítulo 4 5. Capítulo 5 6. Capítulo 6 7. Capítulo 7 8. Capítulo 8
Manual de Mapas de Proceso	Portada Índice 1. Introducción 2. Propósito 3. Alcance 4. Políticas 5. Mapas de Proceso 6. Documentos de Referencia 7. Glosario 8. Control de Cambios 9. Transitorios
Manual de Procedimientos de Gestión Manual de Procedimientos Operativos	Portada Índice 1. Introducción 2. Propósito 3. Alcance 4. Políticas 5. Requisitos 6. Diagrama de Flujo 7. Descripción del Procedimiento 8. Documentos de Referencia 9. Registros 10. Glosario 11. Anexos 12. Control de Cambios 13. Transitorios

4.1.12. Todos los documentos deben redactarse en lenguaje ciudadano y de equidad de género.

4.1.13. Todos los documentos deben ser aprobados por el Comité de Mejora Regulatoria Interna (COMERI), de acuerdo con lo indicado en los Lineamientos del COMERI.


	<h2>Manual de Procedimientos de Gestión del SGC</h2>	Código : MG-DIRGEN-03
		Revisión : 0
		Página: 5 de 33

- 4.1.14. Todos los documentos, a excepción de los formatos, deben contener como pie de página la leyenda del COMERI que mencione: la aprobación, el número de acuerdo, el nombre del comité, el número de sesión, si es ordinaria o extraordinaria y la fecha en que se celebró tal sesión; por ejemplo: **“Aprobado Mediante Acuerdo COMERI/1ª SE/05/2016, por el H. Comité de Mejora Regulatoria Interna en su Primera Sesión, celebrada el 25 de febrero de 2016.”**
- 4.1.15. La documentación debe estar en medio electrónico y solamente se conservará una impresión, la cual deberá contener en original las firmas de quien Elaboró, de quien Revisó y la del Director(a) General como facultado para su emisión.
- 4.1.16. El área designada como Enlace para la Simplificación Regulatoria, publica y mantiene la documentación vigente en la página de Internet en la liga **Normateca**, de tal manera que cualquier revisión previa, será considerada como abrogada. No es necesario que los documentos ubicados en la intranet cuenten con las firmas del punto anterior.
- 4.1.17. Si por alguna razón es necesario conservar una revisión anterior de cualquier documento, este debe contener la leyenda **“ABROGADO”** en cada una de sus páginas.
- 4.1.18. El préstamo o entrega de cualquier documento del SGC, a personal externo debe contener la leyenda **“Copia No Controlada”**, en cada una de sus páginas.
- 4.1.19. Toda vez que un documento haya sido publicado, el Director(a) de Área o dueño(a) del proceso es responsable de implementarlo con todos los involucrados.
- 4.1.20. Es responsabilidad de la Dirección General Adjunta de la que se deriva algún documento, resguardarlo en original impreso con firma.
- 4.1.21. Es responsabilidad del Director(a) de Asuntos Jurídicos resguardar los documentos en formato electrónico.

Ejemplo de Carátula, Índice y Cuerpo de Documento:



Aprobado Mediante Acuerdo COMERI/4ª SO/04/2016, por el H. Comité de Mejora Regulatoria Interna en su cuarta sesión ordinaria, celebrada el 30 de noviembre de 2016.

	Manual de Procedimientos de Gestión del SGC	Código : MG-DIRGEN-03
		Revisión : 0
		Página: 6 de 33

4.2. Control de los Registros

- 4.2.1. El Director(a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área debe determinar los registros que son necesarios para mostrar evidencia de cumplimiento de sus actividades.
- 4.2.2. El Director(a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área debe proporcionar los formatos a las personas que estén incluidas en la operación y que por lo tanto necesiten hacer uso de estos.
- 4.2.3. El Director(a) de Área es el responsable de mantener el **F03-DIRGEN-03 “Control de Registros de Calidad”**.
- 4.2.4. Todo el Personal debe conservar sus registros de acuerdo con lo establecido en este procedimiento.
- 4.2.5. Los Registros deben ser sometidos al Comité de Calidad y al COMERI junto con los documentos del cual se derivan, como un sólo legajo de documentos.
- 4.2.6. Todos los registros deben ser llenados en todos sus campos, en caso de que algún campo deba quedar vacío, se coloca una línea diagonal cancelando el espacio que quedará sin ser llenado o se colocará la frase “No Aplica” o N/A
- 4.2.7. Todos los registros deben ser legibles (asegurando la claridad de lectura, no realizarlos a lápiz, sin tachaduras, ni correcciones); estar identificados, almacenados y conservados facilitando la localización de los mismos sin demora.
- 4.2.8. Todos los registros del Sistema de Gestión deben estar a disponibles a través del Intranet, en su formato original (editable), de tal manera que puedan ser utilizados por el personal que los requiera.

4.3. Auditorías Internas de Calidad

- 4.3.1. El Comité de Calidad debe autorizar el **F03-DIRGEN-03 “Programa de Auditorías Internas”**
- 4.3.2. El(La) Representante de la Dirección debe realizar el **F03-DIRGEN-03 “Programa de Auditorías Internas”** tomando en cuenta los resultados de auditorías anteriores y el estado e importancia de los procesos y actividades a ser auditadas, como sigue:


- ESTADO

La detección de una o más no conformidades mayores para un mismo proceso o actividad.

La detección de 3 o más no conformidades menores para un mismo proceso o actividad.

El informe de la existencia de 2 o más acciones correctivas o preventivas para un mismo proceso, siempre y cuando sean registradas dentro del periodo previo a la auditoría en cuestión.

La madurez del Sistema de Gestión de Calidad, es decir, el tiempo en que el personal involucrado en el sistema perfecciona la aplicación de sus procedimientos.

	Manual de Procedimientos de Gestión del SGC	Código : MG-DIRGEN-03
		Revisión : 0
		Página: 7 de 33

- **IMPORTANCIA**


Para el proceso y actividades que están relacionados con la Operación del CONOCER y que se encuentran dentro del alcance del SGC; es decir, aquellos que están controlados por la sección 7 del Manual de Calidad.

Ante la existencia de un caso descrito en los incisos anteriores, se deberá adicionar una auditoría específica de los requisitos y a los procesos aplicables, tres meses después a la detección de las no conformidades.

Para las actividades o áreas que durante el año en curso no hayan generado alguna no conformidad o producto no conforme, de tal modo que no requieran su programación adicional por estado, se deben considerar por lo menos para una siguiente auditoría dentro del programa anual.

4.3.3. El(La) Representante de la Dirección debe asignar al Auditor(a) Líder y al Equipo Auditor para cada ejercicio de auditoría como corresponda, apegándose a la siguiente competencia:


Auditor	Educación	Habilidades	Experiencia	Capacitación
Líder	Medio Superior	1.- Coordinar y aplicar los principios, procedimientos y técnicas. 2.- Planear y organizar de manera efectiva su trabajo. 3.- Priorizar y enfocarse en materias con importante significado. 4.- Recolectar información de manera efectiva. 5.- Comunicar efectivamente.	Participación en 2 Auditorías de Calidad, fungiendo por lo menos en una como Auditor(a) Líder en entrenamiento bajo la supervisión de un auditor calificado.	Curso de Introducción a la Norma ISO 9001. Curso de Formación de Auditores Internos con base en la norma ISO 19011.
Interno	Medio Superior	1.- Aplicar principios, procedimientos y técnicas. 2.- Planear y organizar de manera efectiva su trabajo. 3.- Priorizar y enfocarse en materias con importancia. 4.- Recolectar información eficazmente. 5.- Comunicar efectivamente.	Participación en una Auditoría de Calidad, fungiendo como parte del equipo auditor, bajo la supervisión de un auditor calificado.	Curso de Introducción a la Norma ISO 9001 en su versión vigente. Curso de Formación de Auditores Internos con base en la norma ISO 19011.

	Manual de Procedimientos de Gestión del SGC	Código : MG-DIRGEN-03
		Revisión : 0
		Página: 8 de 33

- 4.3.4. El Auditor(a) Líder asignado debe realizar el **F04-DIRGEN-03 “Plan de Auditoría”** y enviarlo al (la) Representante de la Dirección para la autorización.
- 4.3.5. El Auditor(a) Líder debe informar de la auditoría al personal involucrado en el SGC por lo menos 5 días hábiles previos al ejercicio mediante el **F04-DIRGEN-03 “Plan de Auditoría”**.
- 4.3.6. Al concluir la auditoría en sitio, el Auditor(a) Líder debe entregar el **F06-DIRGEN-03 “Informe de Auditoría”** como máximo en 3 días hábiles.
- 4.3.7. El(La) Representante de la Dirección debe informar los resultados de las auditorías al Director(a) General.
- 4.3.8. El Director(a) General Adjunto o Director(a) de Área del proceso o actividad auditados, que hayan tenido no conformidades, deben entregar al(la) Representante de la Dirección el **F08-DIRGEN-03 “Solicitud de Acción”** con el análisis de causas anexo como máximo 5 días hábiles a partir de la recepción del Informe.
- 4.3.9. El personal auditado debe permitir el acceso a la documentación, cuando sea solicitado por los auditores y cooperar para permitir que se alcancen los objetivos de la Auditoría.

4.4. Control de Producto No Conforme

- 4.4.1. Director(a) General, Directores(as) Generales Adjuntos(as), Directores(as) de Área, Subdirectores(as), Jefes(as) de Departamento y Personal Operativo deben asegurarse de que el Producto/Servicio No conforme (PSNC) es identificado, se controla y se previene su uso.
- 4.4.2. Toda persona que identifique un producto/servicio no conforme debe informar al(la) Representante de la Dirección mediante el **F07-DIRGEN-03 “Producto o Servicio No Conforme”** con copia a la Dirección de Área del proceso o actividad que incumple.
- 4.4.3. El Director(a) de Área del proceso o actividad que incumple, debe tomar acciones inmediatas una vez que se presente el PSNC y tendrá máximo tres días hábiles para informar a través del **F07-DIRGEN-03 “Producto o Servicio No Conforme”** al Representante de la Dirección y Director(a) General Adjunto(a) de su área el estado de la no conformidad.
- 4.4.4. Cuando se reciba una queja de los Usuarios o Prestadores de Servicio, el Director(a) de Área del proceso o actividad que la provocó, debe darle el tratamiento de acuerdo a lo estipulado en este procedimiento e informar al Director(a) General Adjunto(a) y al Representante de la Dirección de la solución y estado de la no conformidad.
- 4.4.5. El(La) Representante de la Dirección debe determinar si el producto no conforme requiere de una Solicitud de Acción o si con las correcciones se eliminó el problema.
- 4.4.6. Si dentro de la cadena de valor Proveedor-Cliente internos de la secuencia e interacción de los procesos y actividades (ver 4.1 inciso b del MC-DIRGEN-01) se presenta una situación que interrumpa o afecte adversamente el cumplimiento de objetivos o la entrega del producto/servicio, debe considerarse como una no conformidad y darle el tratamiento de producto/servicio no conforme.

	Manual de Procedimientos de Gestión del SGC	Código : MG-DIRGEN-03
		Revisión : 0
		Página: 9 de 33

4.5. Acciones Correctivas

- 4.5.1. Los Directores(as) Generales Adjuntos(as) o Directores(as) de Área deben utilizar el **F08-DIRGEN-03 "Solicitud de Acción"** cuando requieran generar acciones correctivas; así mismo, deben entregarlo al(la) Representante de la Dirección en un tiempo máximo de 5 días hábiles a partir de recibir el **F06-DIRGEN-03 "Informe de Auditoría"** o el **F07-DIRGEN-03 "Producto o Servicio No Conforme"**
- 4.5.2. Cada Dirección deberá asignarle un código que identifique la Acción Correctiva que tendrá la siguiente estructura "XX##-YYYYYY-MM-AA" donde X= AC (acción correctiva); #= No. Consecutivo; Y= Dirección General Adjunta o Dirección de Área que genera la no conformidad (ver tabla 1 del procedimiento de Elaboración y Control de documentos); M=mes en que se genera y A=año corriente. Ejemplo: AC01-DIRGEN-NOV-16
- 4.5.3. Los Directores(as) Generales Adjuntos(as) o Directores(as) de Área deben conformar un equipo de trabajo cuya tarea será analizar las no conformidades y plantear acciones que impacten en la raíz de los problemas, de tal manera que estos no se vuelvan a presentar.
- 4.5.4. El(La) Representante de la Dirección debe dar seguimiento, con el apoyo de un Auditor, al cumplimiento de las acciones correctivas que se generen, de acuerdo con los tiempos establecidos en el plan de acción.
- 4.5.5. Cuando se presente la recurrencia en el incumplimiento de los planes de acción establecidos, El(La) Representante de la Dirección debe solicitar la intervención del Director(a) General para que se tomen las decisiones conducentes.

4.6. Acciones Preventivas

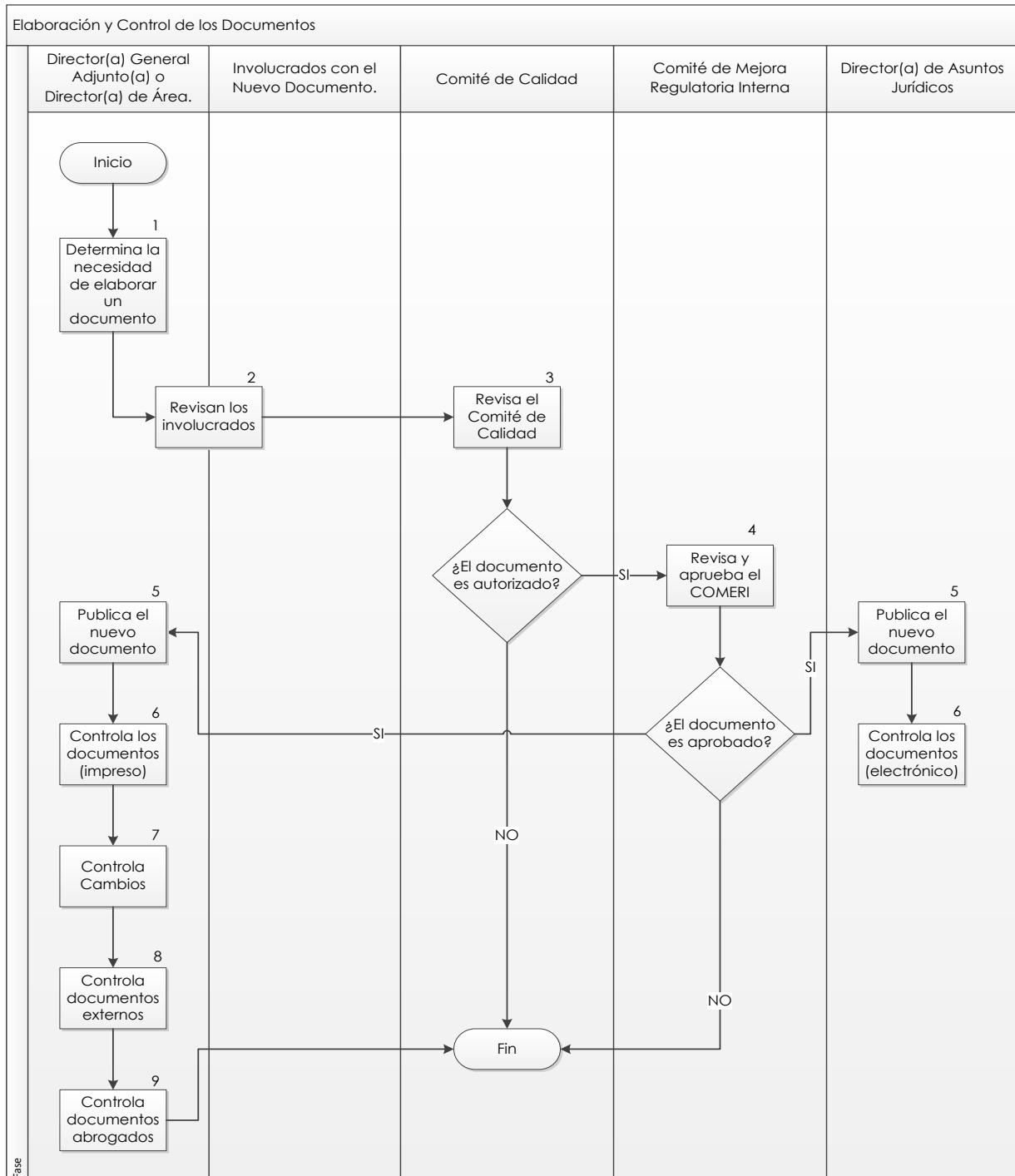
- 4.6.1. Los Directores(as) Generales Adjuntos(as) o Directores(as) de Área deben utilizar el **F08-DIRGEN-03 "Solicitud de Acción"** cuando requieran plantear acciones preventivas; así mismo, deben entregarlo al(la) Representante de la Dirección en un tiempo máximo de 5 días hábiles a partir de recibir el **F06-DIRGEN-03 "Informe de Auditoría"** o cuando se detecte un producto potencialmente no conforme.
- 4.6.2. Cada Dirección deberá asignarle un código que identifique la Acción Preventiva que tendrá la siguiente estructura "XX##-YYYYYY-MM-AA" donde X= AP (acción correctiva); #= No. Consecutivo; Y= Dirección General Adjunta o Dirección de Área que genera la no conformidad (ver tabla 1 del procedimiento de Elaboración y Control de documentos); M=mes en que se genera y A=año corriente. Ejemplo: AP01-DGAOSU-DIC-16
- 4.6.3. Los Directores(as) Generales Adjuntos(as) o Directores(a) de Área deben conformar un equipo de trabajo cuya tarea será analizar las no conformidades potenciales y plantear acciones que impacten en la raíz de las causas de los problemas potenciales, de tal manera que se evite su ocurrencia.
- 4.6.4. El(La) Representante de la Dirección debe dar seguimiento, con el apoyo de un Auditor(a), al cumplimiento de las acciones preventivas que se generen, de acuerdo con los tiempos establecidos en el plan de acción.
- 4.6.5. Cuando se presente la recurrencia en el incumplimiento de los planes de acción establecidos, El(La) Representante de la Dirección debe solicitar la intervención del Director(a) General para que se tomen las decisiones conducentes.

5. Requisitos

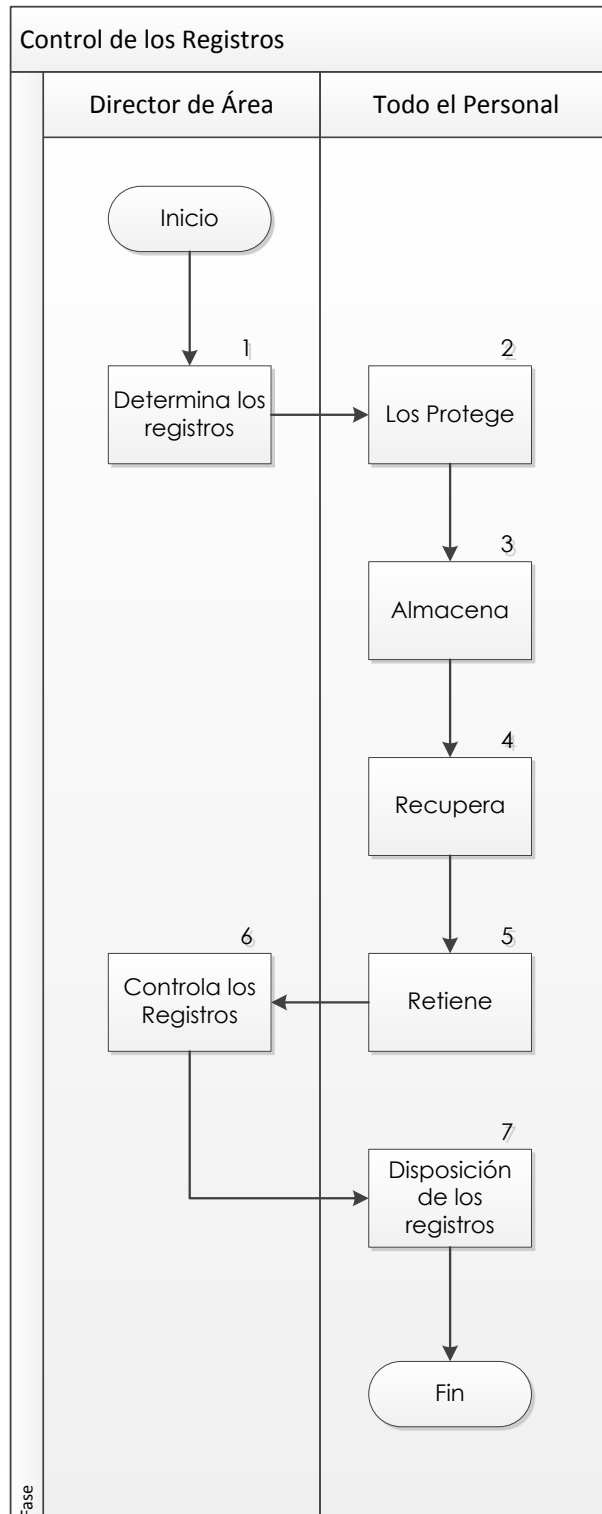
No aplica.

6. Diagrama de flujo

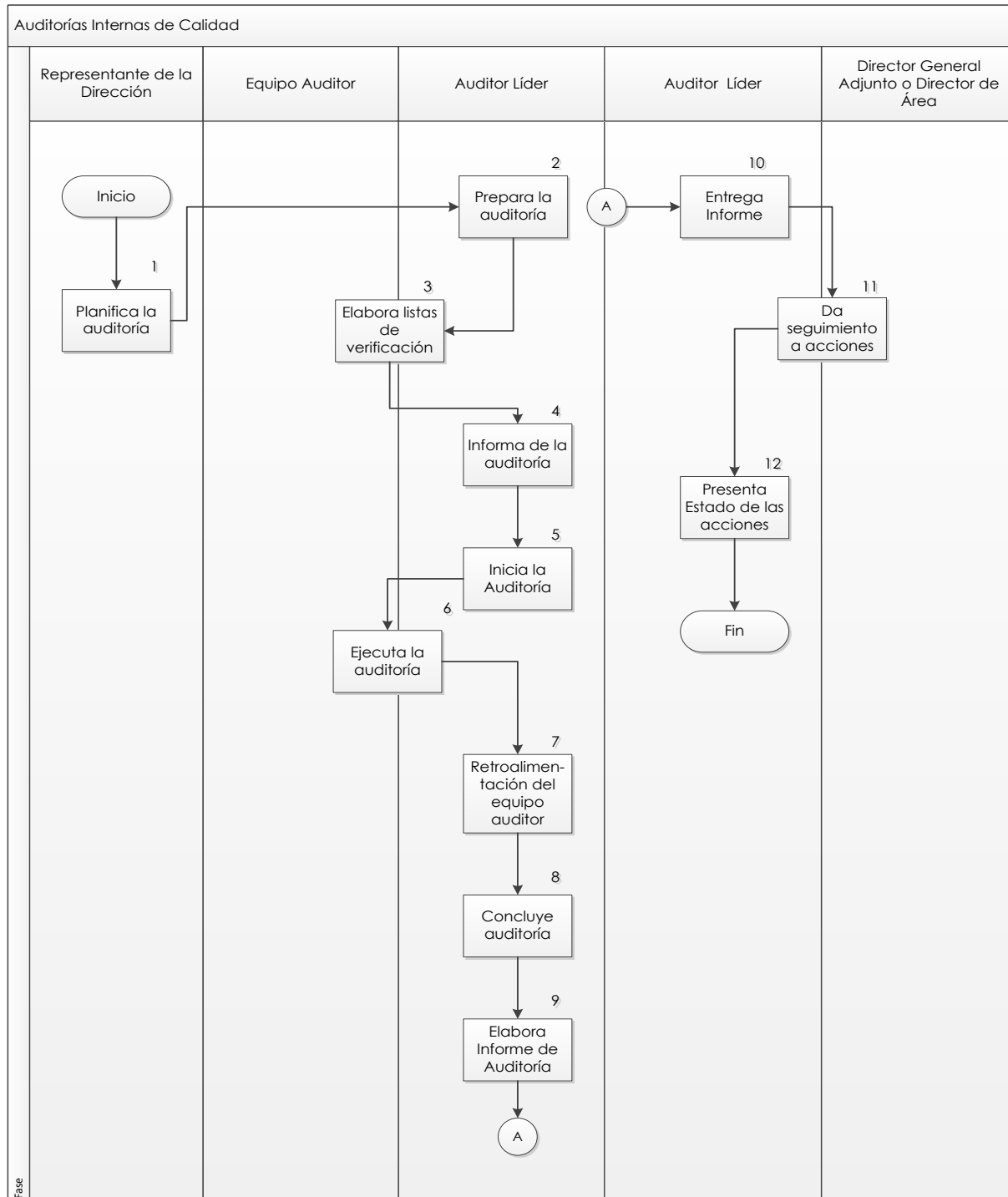
6.1. Elaboración y Control de Documentos



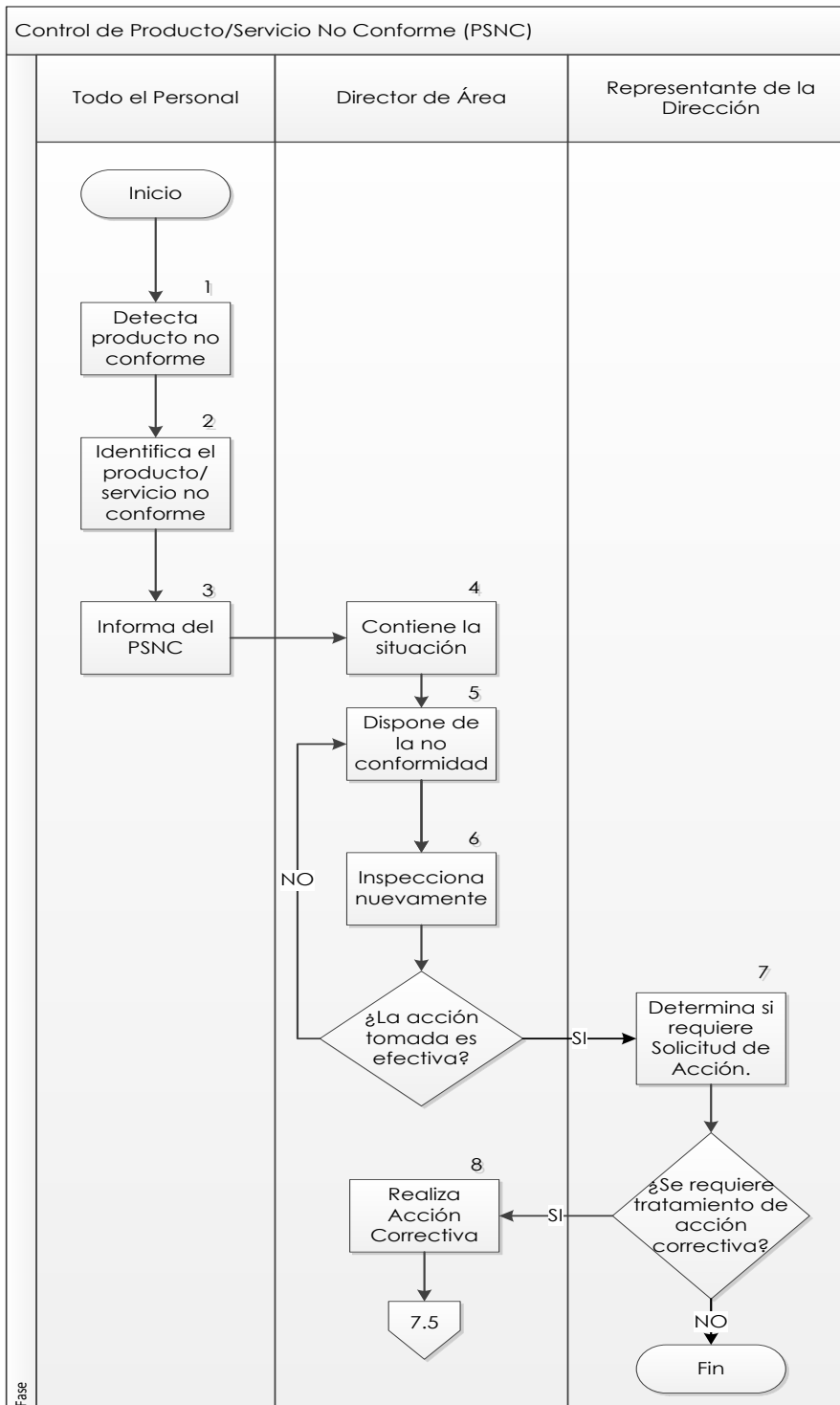
6.2. Control de los registros



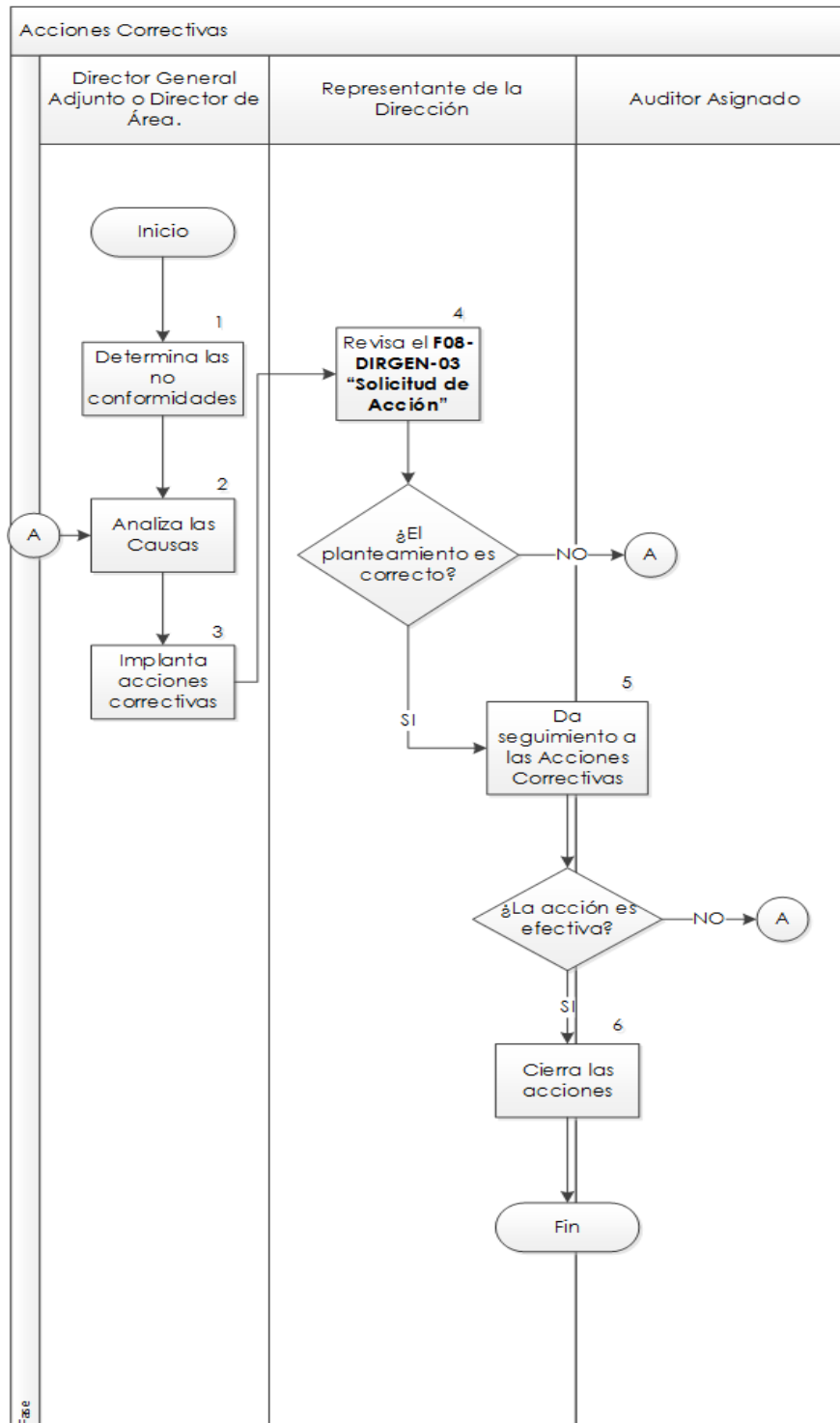
6.3. Auditorías Internas de Calidad



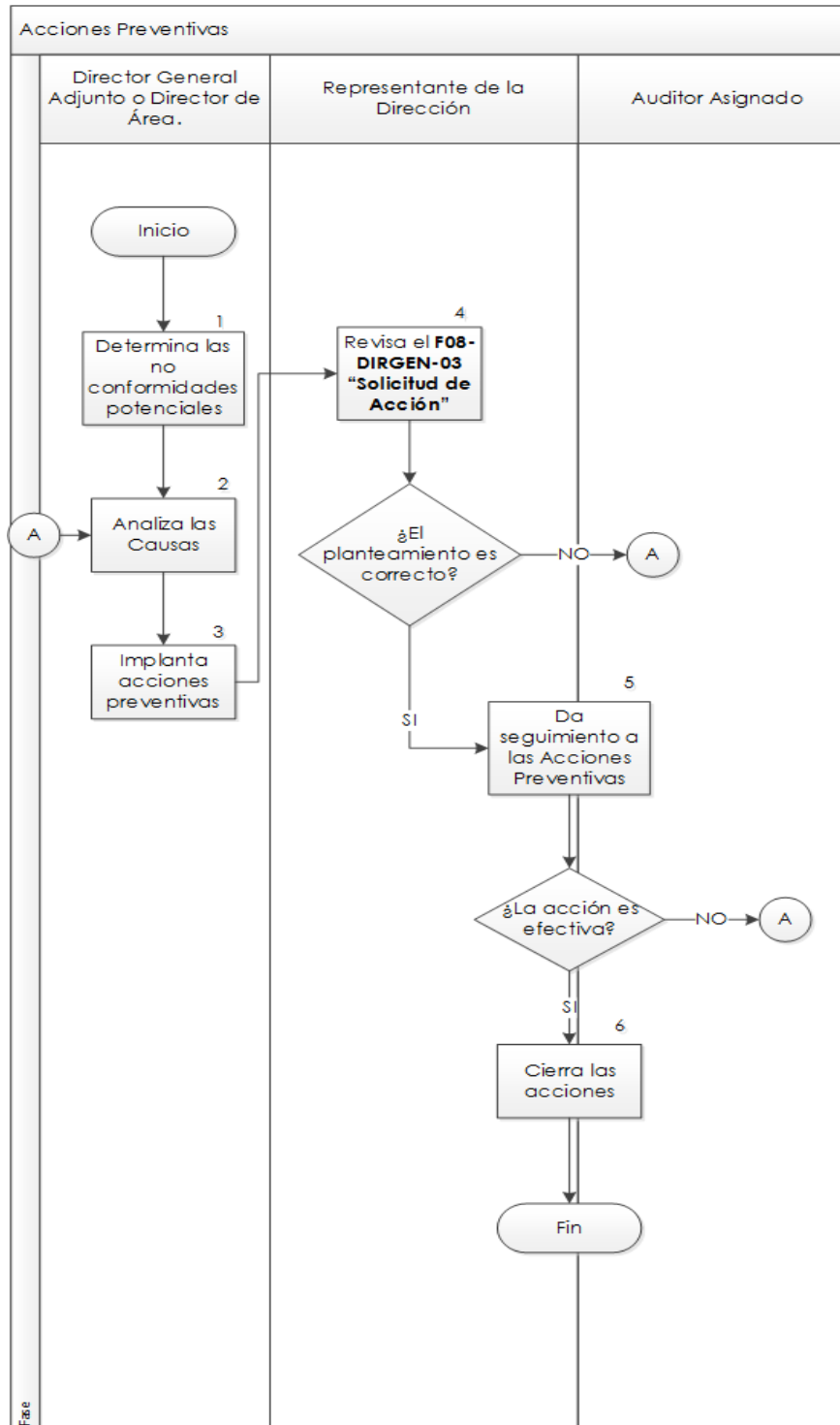
6.4. Control de Producto o Servicio No Conforme




6.5. Acciones Correctivas



6.6. Acciones Preventivas



	Manual de Procedimientos de Gestión del SGC	Código : MG-DIRGEN-03
		Revisión : 0
		Página: 16 de 33

7. Descripción del procedimiento

7.1. Elaboración y Control de los Documentos

Etapas	Actividad	Responsable
1. Determina la necesidad de elaborar un documento.	1.1. Genera o modifica un documento, considerando lo descrito en toda la política 4.1 del presente.	Director(a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área.
2. Revisan los involucrados.	2.1. Envía el documento a los responsables de las áreas involucradas con la finalidad de que revisen que no afecte o se contraponga a sus actividades.	Director(a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área.
	2.2. Emiten sus comentarios y los envían vía correo electrónico al Director(a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área.	Involucrados con el Nuevo Documento.
	2.3. Realiza los cambios correspondientes hasta quedar de acuerdo con los involucrados.	Director(a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área.
3. Revisa el Comité de Calidad.	3.1. Entrega el Documento al Comité de Calidad junto con un oficio que indique la justificación que respalda la creación o modificación de tal documento.	Director(a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área.
	3.2. Revisa que el nuevo documento: <ul style="list-style-type: none"> a) No genere duplicidad de actividades, problemas de comunicación entre procesos o afecten la eficacia del propio SGC para el logro de sus resultados. b) Aporten una mejora (simplificación de actividades, mejora en los controles del proceso, disminución en los tiempos del ciclo del proceso, aumentar atributos del producto/servicio, etc.) para el funcionamiento o desempeño de los procesos. c) Sea factibles de implementarse tomando en consideración las características del producto/servicio y los recursos asociados. 	Comité de Calidad
	3.3. Emite sus observaciones y las envía al Director(a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área; indicando si el documento se autoriza o no. ¿El documento es autorizado? Si: Continúa con el siguiente punto. No: Concluye el proceso.	
	3.4. Realiza los ajustes indicados por el Comité de Calidad y recaba las firmas de "Elaboró" y "Revisó".	Director(a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área.



CONOCER
conocimiento • competitividad • crecimiento


Manual de Procedimientos de
Gestión del SGC

Código :
MG-DIRGEN-03

Revisión :
0

Página:
17 de 33


Etapas	Actividad	Responsable
4. Revisa y aprueba el COMERI.	4.1. Entrega al COMERI el nuevo documento y solicita la aprobación de este mediante los formatos "Instrumento de Revisión" e "Instrumento de Justificación Regulatoria" .	Director(a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área.
	4.2. El COMERI revisa que el nuevo documento cumpla con los "Lineamientos por los que se establece el proceso de calidad regulatoria en el CONOCER".	COMERI
	4.3. Comunica al Director(a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área sus observaciones.	COMERI
	4.4. Realiza los ajustes necesarios al nuevo documento y entrega nuevamente al COMERI para su aprobación.	Director(a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área.
	4.5. Se convoca al COMERI para sesionar y aprobar el nuevo documento. ¿Es aprobado? Si: Informa al Director(a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área que el documento ha sido aprobado. Continúa con la siguiente etapa. No: Concluye el proceso.	COMERI
5. Publica el nuevo documento.	5.1. Integra al documento la leyenda de la aprobación por el COMERI.	Director(a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área.
	5.2. Recaba la firma de emisión del Director(a) General	Director(a) de Asuntos Jurídicos
	5.3. Publica en la Normateca el nuevo documento hasta tres días hábiles posteriores a la fecha de aprobación.	Director(a) de Asuntos Jurídicos
6. Controla los documentos.	6.1. Genera el F01-DIRGEN-03 Lista de Control de Documentos y registra el documento que fue aprobado. Conserva el documento impreso con firmas en original utilizando protectores de hojas y carpetas para evitar que sufra algún daño.	Director(a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área.
	6.2. Genera el F01-DIRGEN-03 Lista de Control de Documentos y registra el documento que fue aprobado. Con esto se asegura que la versión más reciente es la publicada en la NORMATECA.	Director(a) de Asuntos Jurídicos
	6.3. Conserva en formato electrónico el documento aprobado y lo protege contra extravíos o algún otro daño.	Director(a) de Asuntos Jurídicos
7. Controla Cambios.	7.1. Anota los cambios realizados al documento en la sección "Control de Cambios".	Director(a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área.

	Manual de Procedimientos de Gestión del SGC	Código : MG-DIRGEN-03
		Revisión : 0
		Página: 18 de 33

Etapas	Actividad	Responsable
8. Controla documentos externos.	8.1. Registra en el F01-DIRGEN-03 Lista de Control de Documentos los datos de aquellos documentos de origen externo al Sistema de Gestión que son necesarios para la operación.	Director(a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área.
9. Controla documentos abrogados.	9.1. Coloca la leyenda "ABROGADO" en todas las páginas de los documentos impresos cuya versión es la inmediata anterior a la vigente.	Director(a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área.
	9.2. Retira de la Normateca el documento cuya versión es la inmediata anterior a la vigente y lo identifica como "ABROGADO" en todas sus páginas.	Director(a) de Asuntos Jurídicos
	9.3. Conserva en una carpeta electrónica con el nombre de "Documentos Abrogados del SGC" la versión inmediata anterior a la vigente del documento retirado.	
Fin del procedimiento.		

7.2. Control de los Registros


Etapas	Actividad	Responsable
1. Determina los registros.	1.1. Establece los registros necesarios para evidenciar el desempeño y control de sus actividades; incluyendo los requeridos por la Norma ISO 9001:2008 aplicables al CONOCER 1.2. Identifica con un Código el registro de acuerdo con los lineamientos para la Elaboración y Control de los Documentos. Para el caso de los registros que se emiten a través de un software, estos se pueden identificar por código, por el nombre o ambos, según aplique.	Director(a) de Área
2. Los Protege.	2.1. Archiva los registros en carpetas, legajos, fólder, medio electrónico, pastas, micas protectoras y cualquier medio de orden primario que evite daño e incluso la pérdida de éstos, debiendo solicitar al área de Compras, cualquier necesidad de insumos para un archivo efectivo.	Todo el Personal
3. Los Almacena.	3.1. Almacena los registros pudiendo utilizar libreros, gavetas, cajas, archiveros y cualquier otro medio que sostenga la conservación incluyendo las condiciones ambientales, asegurando siempre la fácil recuperación de éstos.	Todo el Personal

	Manual de Procedimientos de Gestión del SGC	Código : MG-DIRGEN-03
		Revisión : 0
		Página: 19 de 33

Etapas	Actividad	Responsable
4. Los Recupera.	4.1. Pone a disposición y fácil acceso del personal los registros requeridos para el análisis de la información y mejora de las actividades en cuestión, siempre y cuando se notifique tal actividad.	Todo el Personal
5. Los Retiene.	5.1. Conserva los registros durante el tiempo que se ha establecido para mantenerlos activos; esto en función de la frecuencia de generación, espacio disponible para archivar, las necesidades del área; con el fin de evidenciar el cumplimiento de la eficacia y eficiencia del Sistema de Gestión de la Calidad.	Todo el Personal
6. Controla los Registros.	6.1. Asegura el control de los registros mediante la elaboración y conservación del F03-DIRGEN-03 "Lista de Control de los Registros" , la cual contiene código, nombre, formato (papel, electrónico), no. de revisión, responsable de su custodia, tiempo de retención y disposición final.	Director(a) de Área
7. Disposición de los registros.	7.1. Dispone de los registros de acuerdo con lo estipulado en el F03 "Lista de Control de los Registros", una vez que se ha completado el tiempo de retención.	Todo el Personal
Fin del procedimiento		

7.3. Auditorías Internas de Calidad

Etapas	Actividad	Responsable
1. Planifica la auditoría.	1.1. Elabora el F03-DIRGEN-03 "Programa Anual de Auditorías" de acuerdo con lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Se toma en cuenta el Alcance del Sistema de Gestión, los procesos y actividades declaradas en el modelo de gestión (ver capítulo 2.3 y 4.1 a) del Manual del SGC). • La primera auditoría que se realiza al Sistema de Gestión de Calidad se programa de forma integral, es decir a todos los requisitos de la norma ISO 9001:2008, procesos y actividades de apoyo, declarados en el Manual de Calidad. • Las subsecuentes auditorías se programan con base en el estado e importancia de los procesos y actividades de apoyo y los resultados de las auditorías previas, de acuerdo con lo estipulado en la sub-política 4.3.2 del presente. 	Representante de la Dirección

	Manual de Procedimientos de Gestión del SGC	Código : MG-DIRGEN-03
		Revisión : 0
		Página: 20 de 33

Etapas	Actividad	Responsable
	1.2. Entrega el F03-DIRGEN-03 "Programa Anual de Auditorías" al Director(a) General para su autorización, comentarios o ajustes que determinen pertinentes.	
2. Prepara auditoría.	2.1. Elabora el F04-DIRGEN-03 "Plan de Auditoría" , estableciendo: el objetivo, alcance y criterios de auditoría, los tiempos de ejecución, áreas a auditar; asignando a los auditores que mantengan independencia e imparcialidad del proceso o la actividad a ser auditada.	Auditor(a) Líder
3. Elabora listas de verificación.	3.1. Unifican criterios mediante una reunión y elaboran los F05-DIRGEN-03 "Lista de Verificación" , contemplando los requisitos ISO 9001:2008; así como, la revisión documental del Manual de Calidad, Mapas de Proceso, Manuales de Procedimientos y documentos aplicables, con el objeto de formular los cuestionamientos que permitan verificar la efectividad y eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad	Auditor(a) Líder Equipo Auditor
4. Informa de auditoría.	4.1. Distribuye, por correo electrónico, el F04-DIRGEN-03 "Plan de Auditoría" al Comité de Calidad, Representante de la Dirección, Directores(as) Generales Adjuntos(as) y Directores(as) de Área para que estos a su vez informen a todos los involucrados la agenda establecida. Nota: Si existe alguna modificación solicitada por alguno de los mencionados, se realizan los ajustes necesarios hasta lograr el acuerdo.	Auditor(a) Líder
5. Inicia la Auditoría.	5.1. Lleva a cabo una reunión de apertura, en la que se da lectura al Plan: destacando el objetivo y alcance de la auditoría, presentando al Equipo auditor, mencionando los criterios de auditoría y las técnicas a utilizar. 5.2. Establece las reglas de auditoría que consisten en: <ul style="list-style-type: none"> • No obstaculizar el trabajo del Equipo Auditor(a) con ajustes al horario programado, a menos que, derivado de los tiempos que tenga en sus asignaciones lo permita y sea autorizado por el Auditor(a). 	Auditor(a) Líder



CONOCER
conocimiento • competitividad • crecimiento

Manual de Procedimientos de
Gestión del SGC

Código :
MG-DIRGEN-03

Revisión :
0

Página:
21 de 33

Etapas	Actividad	Responsable
	<ul style="list-style-type: none"> • No responder teléfonos o recibir durante el transcurso de la auditoría a personas ajenas a ésta, a menos que el Auditor(a) juzgue la urgencia de la distracción y la valide. • Aquellas que defina para la realización óptima de la auditoría en la Reunión de Apertura. <p>Nota: El(La) Auditor(a) Líder confirma la fecha y hora de la reunión de cierre de la auditoría.</p>	
6. Ejecuta la auditoría.	<p>6.1. Lleva a cabo la auditoría interna ética y objetivamente de acuerdo a sus asignaciones establecidas en el Plan de Auditoría y basándose en el F05-DIRGEN-03 "Lista de Verificación" determinando el cumplimiento de los requisitos de calidad; así como, la eficacia del Sistema de Gestión. Anota sus comentarios en la lista de Verificación</p> <p>6.2. Retroalimenta verbalmente al auditado sobre los hallazgos detectados, una vez concluida la auditoría en cada área.</p>	Auditor(a) Líder Equipo Auditor
7. Retroalimentación del equipo auditor.	7.1. Realiza una reunión con el equipo auditor al finalizar cada día de práctica de auditoría cuando lo considere, con la finalidad de intercambiar información, revisar los hallazgos y en su caso determinar las no conformidades existentes.	Auditor(a) Líder
8. Concluye auditoría.	<p>8.1. Procede con la reunión de cierre, en donde indica si se cumplió con el objetivo y alcance de la auditoría destacando que durante el ejercicio solo se tomó una muestra de la operación del Sistema; así mismo presenta un resumen general de las no conformidades detectadas, apoyándose de los Auditores Internos si es necesario.</p> <p>8.2. Notifica la fecha de entrega del Informe de Auditoría, el cual no debe exceder de tres días hábiles posteriores a la reunión de cierre y aclara que, a la entrega de éste, los responsables de las no conformidades detectadas tienen un plazo no mayor a 5 días hábiles para establecer las acciones a tomar a fin de eliminar las no conformidades.</p>	Auditor(a) Líder



CONOCER
conocimiento • competitividad • crecimiento

Manual de Procedimientos de
Gestión del SGC

Código :
MG-DIRGEN-03

Revisión :
0

Página:
22 de 33

Etapas	Actividad	Responsable
9. Elabora Informe de Auditoría.	9.1. Prepara el F06-DIRGEN-03 "Informe de Auditoría" , redactando cada una de las no conformidades detectadas que requieren acción correctiva y/o Preventiva. De igual forma se registra la calificación de gravedad que corresponda de acuerdo a los siguientes criterios: NO CONFORMIDAD MAYOR a) Cuando la actividad auditada muestre que se está afectando adversamente la calidad del producto/servicio. b) La ausencia de un registro requerido en la norma ISO 9001:2008 para el Sistema de Gestión de la Calidad c) Un incumplimiento a un requisito de la Norma ISO 9001:2008, que afecta la calidad del servicio o eventos repetitivos en tres o más procesos y actividades. d) La ausencia de cumplimiento de manera completa a un requisito de la Norma. e) La afectación a los elementos de entrada de un proceso en particular, ocasionando con esto la ruptura del sistema. NO CONFORMIDAD MENOR a) Cuando la actividad auditada muestre que se incumpla parcialmente un requisito de la norma ISO, un procedimiento que no está implementado consistentemente y en ambos casos, no se afecte la calidad del producto/servicio. OBSERVACIONES a) Cuando la actividad auditada no muestre incumplimiento a un requisito en específico, sin embargo; represente una oportunidad de mejora de los procesos y del propio Sistema de Gestión de la Calidad. De estas observaciones, no es necesario generar acciones correctivas, sin embargo, queda a discreción de los auditados la ejecución de actividades, mismas que deberían ser presentadas como acciones preventivas.	Auditor(a) Líder
10. Entrega Informe.	10.1. Entrega al(la) Representante de la Dirección con copia a los Directores(as) Generales Adjuntos(as) y Directores(as) de Área, el informe de auditoría para su análisis y contestación.	Auditor(a) Líder



CONOCER
conocimiento • competitividad • crecimiento


Manual de Procedimientos de
Gestión del SGC

Código :
MG-DIRGEN-03

Revisión :
0

Página:
23 de 33

Etapas	Actividad	Responsable
11. Da seguimiento a acciones.	11.1. Envía el F08-DIRGEN-03 “Solicitud de Acción” debidamente requisitado, junto con el análisis de causas al(la) Representante de la Dirección. Nota: El envío de la solicitud de acción sin el análisis de causa anexado, será rechazado de inmediato y se considerará como no enviado.	Director(a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área
	11.2. Recibe el F08-DIRGEN-03 “Solicitud de Acción” y en conjunto con el Auditor(a) Líder (el asignado(a) para el ejercicio de auditoría en cuestión) verifiquen que las acciones correctivas planteadas sean acordes a la magnitud de la no conformidad. 11.3. Da seguimiento a las acciones planificadas en el F08-DIRGEN-03 “Solicitud de Acción” con el apoyo de un Equipo Auditor(a), de acuerdo con las fechas de conclusión de todas las actividades planteadas en el formato. Anota en la misma solicitud de acción sus comentarios dejando claro si las acciones fueron efectivas o no. ¿Se cierran las acciones? Si: Continúa con la etapa 12. No: Solicita al Director(a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área responsable de la ejecución de las acciones correctivas un informe detallado de las causas por las cuales no fue efectiva la acción planteada y requiere la elaboración de una nueva solicitud de acción. Este replanteamiento únicamente se puede realizar por una sola ocasión y de no ser efectivo, se turna la situación al Director(a) General para que tome las medidas pertinentes.	Representante de la Dirección
12. Presenta Estado de las acciones.	12.1. Presenta en la reunión de la Revisión por la Dirección próxima, los resultados del cierre de acciones derivadas de auditoría y conserva evidencia de tales registros.	Representante de la Dirección.
Fin del procedimiento		

	Manual de Procedimientos de Gestión del SGC	Código : MG-DIRGEN-03
		Revisión : 0
		Página: 24 de 33

7.4. Control de Producto/Servicio No Conforme (PSNC)

Etapas	Actividad	Responsable
1. Detecta producto no conforme.	1.1. Durante la ejecución del Sistema de Gestión de la Calidad y la operación propia del CONOCER, detecta el producto/servicio No conforme (PSNC) o la incidencia. Las fuentes para detectarlo son las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Lo establecido como PSNC en los Mapas de Proceso. • Lo estipulado en requisitos legales o regulatorios • El Incumplimiento de los resultados esperados de un proceso. • La compra de insumos o servicios no conformes. • Falla del equipo de cómputo o software, que impida la entrega del producto/servicio o la conclusión de tareas. • Fallas relacionadas con el mantenimiento de la infraestructura e instalaciones del CONOCER que impidan la operación o entrega del producto/servicio. • Incumplimiento parcial o total de lo estipulado en manuales de gestión, manuales operativos y demás documentos del SGC. 	Todo el personal
2. Identifica el producto/servicio no conforme.	2.1. Registra el producto/servicio no conforme de acuerdo a lo establecido en el "F07-DIRGEN-03 Producto o Servicio No Conforme" . Nota: Cuando se trate de un Certificado o Cédula de Acreditación, adicionalmente, se coloca directamente en el documento la leyenda "No Conforme"	Todo el Personal
3. Informa del PSNC.	3.1. Envía el "F07-DIRGEN-03 Producto o Servicio No Conforme" al(la) Representante de la Dirección para su control y entrega una copia al Director(a) de Área que incumple. Nota: Cuando el registro se realice en formato impreso el original se entrega al(la) Representante de la Dirección.	Todo el Personal
4. Contiene la situación.	4.1. Toma acciones inmediatas para corregir las desviaciones detectadas contra lo especificado, en el momento que se observen y se registra en el "F07-DIRGEN-03 Producto o Servicio No Conforme" .	Director(a) de Área
5. Dispone de la no conformidad.	5.1. Evalúa si dicho producto/servicio no conforme se puede retrabajar, aceptar bajo concesión o desechar.	Director(a) de Área



CONOCER
conocimiento • competitividad • crecimiento


Manual de Procedimientos de
Gestión del SGC

Código :
MG-DIRGEN-03

Revisión :
0

Página:
25 de 33

Etapas	Actividad	Responsable
6. Inspecciona nuevamente.	<p>6.1. Vuelve a inspeccionar de acuerdo con la normativa del CONOCER, manuales de gestión, manuales operativos y demás documentos según corresponda, anotando en el F07-DIRGEN-03 "Producto o Servicio No Conforme" los resultados de dicha inspección.</p> <p>¿La acción tomada es efectiva? Si: Se libera el producto/servicio. Informa de las acciones tomadas al(la) Representante de la Dirección mediante el F07-DIRGEN-03. No: Regresa a partir de la actividad 3 de este procedimiento.</p>	Director(a) de Área
7. Determina si requiere Solicitud de Acción.	<p>7.1. Revisa las acciones tomadas y el impacto en la operación o producto/servicio y determina si la problemática es atribuible al CONOCER y esto amerita una acción correctiva, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si es una queja de Usuarios o Prestadores de Servicio. • Si se ha presentado más de una vez la misma incidencia o está asociada a otra de igual naturaleza. • Si tiene efecto en un requisito legal. • Si de acuerdo al análisis del impacto se considera que las acciones de contención tomadas no eliminaron la causa de origen. • Alguna otra que considere y tenga una justificación consistente con el Objeto del CONOCER o con lo establecido en el Sistema de Gestión de la Calidad. <p>¿Se requiere tratamiento de acción correctiva? Si: El(la) Representante lo registra en el F07-DIRGEN-03 y notifica al Director(a) de Área. Continúa en el paso 8.1 No: Concluye procedimiento.</p>	Representante de la Dirección
8. Realiza Acción Correctiva.	<p>8.1. Llena el F08-DIRGEN-03 "Solicitud de Acción" y realiza una acción correctiva de acuerdo con lo establecido en el punto 7.5 "Acciones Correctivas" de este manual.</p> <p>8.2. Entrega el F08-DIRGEN-03 "Solicitud de Acción" al(a) Representante de la Dirección y al Director(a) General Adjunto(a) de su área, informando así el estado de la acción correctiva.</p>	Director(a) de Área
Fin del procedimiento		

	Manual de Procedimientos de Gestión del SGC	Código : MG-DIRGEN-03
		Revisión : 0
		Página: 26 de 33

7.5. Acciones Correctivas

Etapas	Actividad	Responsable
1. Determina las no conformidades.	1.1. Determina no conformidades para la generación de acciones correctivas, de acuerdo con las siguientes fuentes: <ul style="list-style-type: none"> • F07-DIRGEN-03 Producto o Servicio No Conforme.- Este registro contiene las quejas de los Usuarios, las no conformidades detectadas durante el desarrollo y ejecución de los procesos y actividades involucradas con la operación del Consejo. • F06-DIRGEN-03 "Informe de Auditoría". • Resultado del cumplimiento de Indicadores • Cumplimiento de los Objetivos de Calidad • Revisiones al Sistema de Gestión de la Calidad. 	Director(a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área.
2. Analiza las Causas.	2.1. Genera el F08-DIRGEN-03 "Solicitud de Acción" , anotando si se refiere a una Acción Correctiva; la fecha; Código; cláusula de la norma que se está incumpliendo (cuando se trate de una no conformidad de auditoría), proceso, actividad o área en donde fue detectada y proceso, actividad o área que están involucrados. Escribe también la no conformidad y los nombres del equipo de solución. 2.2. Anota las acciones de contención o inmediatas que se realizaron en el momento de la detección de la no conformidad. 2.3. Proceden a investigar las causas de la no conformidad, hasta encontrar la causa raíz apoyándose en herramientas tales como Pareto, Ishikawa, 5 por qué's, Tormenta de Ideas o alguna otra que permita un análisis científico y preciso. Anota en el F08-DIRGEN-03 "Solicitud de Acción" el método utilizado e incluye la evidencia que demuestre cómo se realizó el análisis hasta llegar a la causa raíz. 2.4. Anotan en la solicitud la causa raíz o causas que encontraron.	Director(a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área.
3. Implanta acciones correctivas.	3.1. Determina las acciones correctivas a realizar de modo tal que corresponda a las causas encontradas. 3.2. Indica en el "Plan de Acción" del F08-DIRGEN-03 "Solicitud de Acción" (al reverso del formato) quién es el responsable de	Director(a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área



CONOCER
conocimiento • competitividad • crecimiento


Manual de Procedimientos de
Gestión del SGC

Código :
MG-DIRGEN-03

Revisión :
0

Página:
27 de 33

Etapas	Actividad	Responsable
	<p>cumplir con las actividades propuestas y la fecha designada para su implantación. También anota cualquier comentario relacionado con la ejecución de las acciones y el nivel de avance de cumplimiento. Asienta la fecha en que se debe concluir totalmente la no conformidad. Finalmente, entrega el original del F08-DIRGEN-03 al(la) Representante de la Dirección.</p>	
<p>4. Revisa el F08-DIRGEN-03 "Solicitud de Acción".</p>	<p>4.1. Recibe el F08-DIRGEN-03 "Solicitud de Acción" y revisa que el formato esté debidamente llenado y el planteamiento de la solución sea congruente con la no conformidad. ¿El planteamiento es correcto? Si: Firma de aprobado y continua con la actividad 5. No: Solicita al responsable de la no conformidad que realice lo cambios necesarios hasta que sea correcta la solicitud de acción. Regresa a la actividad 2.</p>	<p>Representante de la Dirección.</p>
<p>5. Da seguimiento a las Acciones Correctivas.</p>	<p>5.1. Asigna a un integrante del Equipo Auditor para verificar el cumplimiento de las acciones tomadas, cuando ya se hayan concluido todas las fechas planificadas.</p> <p>5.2. El auditor establece en común acuerdo con el responsable de la acción correctiva fecha y horario de revisión.</p> <p>5.3. Efectúa el seguimiento y determina si esta ha sido efectiva; tomando como "acción efectiva" aquella que fue implantada de acuerdo al plan de acción y cuyos resultados muestran que la no conformidad no se ha presentado de forma recurrente. Registra los resultados en el F08-DIRGEN-03 "Solicitud de Acción" ¿La acción es efectiva? Si: Continúa con la actividad 6 No: el Líder del equipo replantea la acción y continúa con la actividad 2.</p>	<p>Representante de la Dirección</p> <p>Auditor(a) Asignado(a)</p>
<p>6. Cierra las acciones.</p>	<p>6.1. Recibe el F08-DIRGEN-03 "Solicitud de Acción" y la registra como cerrada llevando el Estadístico de control de Solicitudes de Acción, como medio de evidencia para ser presentado en las revisiones al Sistema de Gestión de Calidad.</p>	<p>Representante de la Dirección</p>
<p>Fin del procedimiento</p>		

	Manual de Procedimientos de Gestión del SGC	Código : MG-DIRGEN-03
		Revisión : 0
		Página: 28 de 33

7.6. Acciones Preventivas

Etapas	Actividad	Responsable
1. Determina las no conformidades potenciales.	1.1. Determina no conformidades potenciales para la generación de acciones preventivas, de acuerdo con las siguientes fuentes: <ul style="list-style-type: none"> • F06-DIRGEN-03 “Informe de Auditoría”. • Tendencias en los resultados del seguimiento y medición de los procesos. • Tendencias en los resultados del seguimiento y medición de los Objetivos de Calidad • Revisiones al Sistema de Gestión de la Calidad. 	Director(a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área.
2. Analiza las Causas.	2.1. Genera el F08-DIRGEN-03 “Solicitud de Acción” , anotando si se refiere a una Acción Preventiva; la fecha; Código; cláusula de la norma (cuando se trate de una observación de auditoría), proceso, actividad o área en donde fue detectada y proceso, actividad o área que están involucrados. Escribe también la no conformidad y los nombres del equipo de solución. 2.2. Anota las acciones de contención o inmediatas que se realizaron en el momento de la detección de la no conformidad potencial. 2.3. Proceden a investigar las causas de la no conformidad potencial, hasta encontrar la causa raíz apoyándose en herramientas tales como Diagrama de Pareto, Ishikawa, 5 por qué's, Tormenta de Ideas o alguna otra que permita un análisis científico y preciso. Anota en el F08-DIRGEN-03 “Solicitud de Acción” el método utilizado e incluye la evidencia que demuestre cómo se realizó el análisis hasta llegar a la causa raíz. 2.4. Anotan en la solicitud la causa raíz o causas que encontraron.	Director(a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área.
3. Implanta acciones preventivas.	3.1. Determina las acciones preventivas a realizar de modo tal que corresponda a las causas encontradas. 3.2. Indica en el “Plan de Acción” del F08-DIRGEN-03 “Solicitud de Acción” (al reverso del formato) quién es el responsable de cumplir con las actividades propuestas y la	Director(a) General Adjunto(a) o Director(a) de Área



CONOCER
conocimiento • competitividad • crecimiento


Manual de Procedimientos de
Gestión del SGC

Código :
MG-DIRGEN-03

Revisión :
0

Página:
29 de 33

Etapas	Actividad	Responsable
	<p>fecha designada para su implantación. También anota cualquier comentario relacionado con la ejecución de las acciones y el nivel de avance de cumplimiento. Asienta la fecha en que se debe concluir totalmente la no conformidad. Finalmente, entrega el original del F08-DIRGEN-03 al(la) Representante de la Dirección.</p>	
<p>4. Revisión del F08-DIRGEN-03 "Solicitud de Acción".</p>	<p>4.1. Recibe el F08-DIRGEN-03 "Solicitud de Acción" y revisa que el formato esté debidamente llenado y el planteamiento de la solución sea congruente con la no conformidad potencial. ¿El planteamiento es correcto? Si: Firma de aprobado y continua con la actividad 5. No: Solicita al responsable de la no conformidad potencial que realice lo cambios necesarios hasta que sea correcta la solicitud de acción.</p>	<p>Representante de la Dirección.</p>
<p>5. Da seguimiento a las Acciones Preventivas.</p>	<p>5.1. Asigna a un integrante del Equipo Auditor para verificar el cumplimiento de las acciones tomadas, cuando ya se hayan concluido todas las fechas planificadas.</p> <p>5.2. El auditor establece en común acuerdo con el responsable de la acción preventiva fecha y horario de revisión.</p> <p>5.3. Efectúa el seguimiento y determina si esta ha sido efectiva; tomando como "acción efectiva" aquella que fue implantada de acuerdo al plan de acción y cuyos resultados muestran que la no conformidad no se presentó. Registra los resultados en el F08-DIRGEN-03 "Solicitud de Acción" ¿La acción es efectiva? Si: Continúa con la actividad 6 No: el Líder del equipo replantea la acción y continúa con la actividad 2.</p>	<p>Representante de la Dirección</p> <p>Auditor(a) Asignado(a)</p>
<p>6. Cierra las acciones.</p>	<p>6.1. Recibe el F08-DIRGEN-03 "Solicitud de Acción" y la registra como cerrada llevando el Estadístico de control de Solicitudes de Acción, como medio de evidencia para ser presentado en las revisiones al Sistema de Gestión de Calidad.</p>	<p>Representante de la Dirección</p>
<p>Fin del procedimiento</p>		

	Manual de Procedimientos de Gestión del SGC	Código : MG-DIRGEN-03
		Revisión : 0
		Página: 30 de 33

8. Documentos de Referencia.


DOCUMENTO	CÓDIGO
Norma Internacional ISO 9001:2008 Sistemas de gestión de la calidad-Requisitos.	No Aplica
Manual del Sistema de Gestión de la Calidad	MC-DIRGEN-01
Manual de Operación de la Normateca Interna del CONOCER.	V-NORM-MO-01
Lineamientos por los que se establece el Proceso de Calidad Regulatoria en el Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales (CONOCER).	L-DGAAF-02
Norma Internacional ISO 19011:2011 Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión.	No Aplica

9. Registros


Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Lista de Control de documentos	3 años	RD	F01-DIRGEN-03
Lista de Control de los Registros	3 años	RD	F02-DIRGEN-03
Programa Anual de Auditorías	1 año	RD	F03-DIRGEN-03
Plan de Auditoría	1 año	RD	F04-DIRGEN-03
Lista de Verificación	1 año	RD	F05-DIRGEN-03
Informe de Auditoría	3 años	RD	F06-DIRGEN-03
Control de Producto No Conforme	1 año	RD	F07-DIRGEN-03
Solicitud de Acción	3 años	RD	F08-DIRGEN-03

10. Glosario

SIGLAS	SIGNIFICADO
COMERI	Comité de Mejora Regulatoria Interna.
CONOCER	Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales.
ISO	Organización Internacional de Normalización (International Organization for Standardization)
PSNC	Producto/servicio no conforme
RD	Representante de la Dirección
SGC	Sistema de Gestión de la Calidad

	Manual de Procedimientos de Gestión del SGC	Código : MG-DIRGEN-03
		Revisión : 0
		Página: 31 de 33


PALABRA	SIGNIFICADO
Acción Correctiva:	Acción tomada para eliminar la causa raíz de una no conformidad detectada u otra situación no deseable; previo análisis de la no conformidad y sus causas.
Acción Preventiva:	Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable; previo análisis de la no conformidad potencial y sus causas.
Alcance de la auditoría:	Extensión y límites de una auditoría.
Auditado:	Organización que es auditada.
Auditor:	Persona con atributos personales demostrados y competencia para llevar a cabo una auditoría.
Auditoría:	Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría.
Cliente de la auditoría:	Organización o persona que solicita una auditoría.
Competencia: <auditoría>	Atributos personales y aptitud demostrados para aplicar conocimientos y habilidades.
Conclusiones de la auditoría:	Resultado de una auditoría que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.
Conformidad:	Cumplimiento de un requisito.
Corrección:	Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.
Criterios de auditoría:	Conjunto de políticas, manuales, procedimientos o requisitos.
Documento controlado:	Documento cuya validez y actualización se identifica por medio de su incorporación y difusión en el repositorio electrónico de la organización. Es un ejemplar de un documento registrado en el F01-DIRGEN-03 "Lista de Control de Documentos"
Documento de origen externo:	Son aquellos que sirven de referencia o base para llevar a cabo las actividades operativas que desempeña el personal. Por ejemplo: Leyes, normas, reglamentos y códigos gubernamentales, la norma ISO-9001:2008, etc.
Documento de origen interno:	Son aquellos que elabora el personal para documentar el Sistema de Gestión de la Calidad. (Manual, Procedimientos, Instrucciones de Trabajo, Formatos, etc.)
Documento:	Información y su medio de soporte. (Papel, disco magnético, óptico o electrónico, fotografía, muestra patrón o una combinación de éstos)
Equipo auditor:	Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos.
Evidencia de la auditoría:	Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables.

	Manual de Procedimientos de Gestión del SGC	Código : MG-DIRGEN-03
		Revisión : 0
		Página: 32 de 33

PALABRA	SIGNIFICADO
Hallazgos de la auditoría:	Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría
Información	Datos que poseen significado.
Manual de Gestión de Calidad:	Documento que describe los elementos y el funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad; así como el compromiso del CONOCER para cumplir con los requisitos de la Norma ISO 9001:2008.
Manual de Procedimientos de Gestión	Documento que contiene las políticas y lineamientos establecidos por el CONOCER para la gestión del SGC.
Manual de Procedimientos Operativos	Documento que contiene la forma específica para llevar a cabo las actividades operativas del Consejo.
Mapa de Proceso:	Documento que representa las actividades que interactúan en un proceso para la transformación de elementos de entrada en resultados, así como los recursos utilizados para dichas actividades.
No Conformidad:	Incumplimiento de un requisito.
Plan de auditoría:	Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.
Proceso:	Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.
Producto No Conforme:	Resultado de los procesos de realización que resulta en una no conformidad.
Producto o servicio:	Resultado de un proceso
Programa de la auditoría:	Conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.
Registro:	Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de las actividades desempeñadas.

11. Anexos

NÚMERO	DENOMINACIÓN
I	Lista de Control de documentos
II	Lista de Control de los Registros
III	Programa Anual de Auditorías
IV	Plan de Auditoría
V	Lista de Verificación
VI	Informe de Auditoría
VII	Producto o Servicio No Conforme
VIII	Solicitud de Acción

	Manual de Procedimientos de Gestión del SGC	Código : MG-DIRGEN-03
		Revisión : 0
		Página: 33 de 33

12. Control de Cambios

No. de revisión	Fecha	Cambio
No aplica	No aplica	No aplica

Autorizaciones

Elaboró	Revisó
Rúbrica	Rúbrica
Eduardo González Ureste. Jefe de Departamento de Gestión de Estándares de Competencia.	José Omar Villarreal Ochoa. Director(a) de Mercadeo, Comunicación y Canales de Atención.
06 de septiembre de 2016	06 de septiembre de 2016

13. Transitorios

PRIMERO.- El presente Manual entrará en vigor el día de su emisión.

SEGUNDO.- El Manual de Procedimientos de Gestión del SGC deberá ser incorporado a la Normateca Interna del CONOCER dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha de su emisión.

Con fundamento en el artículo 18, fracción III del Estatuto Orgánico del Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales (CONOCER) y considerando la aprobación por el H. Comité de Mejora Regulatoria Interna mediante acuerdo COMERI/4^{SO}/04/2016, en su 4^a sesión ordinaria, celebrada el 30 de noviembre de 2016, he tenido a bien emitir el presente:

Manual de Procedimientos de Gestión del SGC

Rúbrica

Dr. Alberto Almaguer Rocha
Director General del CONOCER
Ciudad de México, a 01 de diciembre de 2016

Anexos



Lista de Control de los Registros

Código :
F02-DIRGEN-03
Revisión :
0
Página:
1 de 1

AREA: _____

FECHA: _____

	CÓDIGO	NOMBRE	FORMATO			RESPONSABLE DE SU CUSTODIA	TIEMPO DE RETENCIÓN	DISPOSICIÓN FINAL
			PAPEL	ELECTRÓNICO	REVISIÓN			
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								

Elaboró:

Nombre y Firma

Autorizó:

Nombre y Firma

Observaciones:

Anexos



PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS

Código :

F03-DIRGEN-03

Revisión :

0

Página:

1 de 1

OBJETIVO:

ALCANCE:

AÑO QUE APLICA :

AUDITORÍA No.

EVENTO	MES												FECHA PLANEADA	
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE		
PLANEACIÓN DE LA AUDITORÍA														
PREPARACIÓN DEL PLAN DE AUDITORÍA														
AUDITORIA EN SITIO: (procesos y actividades)														
PREPARACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA														
ENTREGA DEL INFORME														
SEGUIMIENTO Y CIERRE DE LA AUDITORÍA														

ELABORO
REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN

APROBO
DIRECTOR GENERAL

PROGRAMADA
 ESTADO
 IMPORTANCIA

Anexos

	Plan de Auditoría	Código : F04-DIRGEN-03
		Revisión : 0
		Página: 1 de 2

I. INFORMACIÓN DE AUDITORIA

No. AUDITORIA: _____	FECHA: _____
LUGAR _____	HORA: _____
TIPO AUDITORIA _____	NORMA _____

II. OBJETIVOS Y ALCANCE

OBJETIVO(S):	ALCANCE:
--------------	----------

III. CRITERIOS DE AUDITORÍA Y EQUIPO AUDITOR

No	NOMBRE DEL DOCUMENTO	OBSERVACIONES

AUDITOR LIDER:			
NOMBRE			
AUDITORES			
NOMBRE		NOMBRE	
NOMBRE		NOMBRE	
NOMBRE		NOMBRE	
NOMBRE		NOMBRE	

Anexos

	<h3 style="margin: 0;">Lista de Verificación</h3>	Código : F05-DIRGEN-03
		Revisión : 0
		Página: 1 de 1

FECHA DE AUDITORÍA

DATOS		
ÁREA	PROCESO/ACTIVIDAD	REQUISITO ISO 9001

AUDITORÍA EN SITIO

No.	FASE	PREGUNTAS	EVIDENCIA Y HALLAZGOS DE AUDITORÍA	CALIFICACIÓN (Cumple/ No cumple)
1	PLANEAR	¿Conoces la política y objetivos de calidad?		
		¿Cómo planificas tu proceso?		
		¿Cuál es el objetivo del proceso?		
		¿Cuáles son las entradas y el resultado del proceso?		
		¿Qué recursos necesitas para llevarlo a cabo?		
		¿En dónde está documentado?		
2	HACER	¿Cómo llevas a cabo tu proceso?		
		¿Cuál es la evidencia?		
		¿Qué criterios utilizas para controlar el proceso?		
3	VERIFICAR	¿Cómo controlas el proceso?		
		¿Qué criterios utilizas para controlar el proceso?		
		¿Cómo mides el proceso?		
4	ACTUAR	¿Cómo identificas un producto no conforme?		
		¿Qué haces si el proceso sale de control?		

NOTAS: <div style="height: 40px;"></div>
--

Anexos

	Informe de Auditoría	Código : F06-DIRGEN-03
		Revisión : 3
		Página: 1 de 1

AUDITORIA No.		FECHA DE REALIZACIÓN	
TIPO DE AUDITORIA	<input type="checkbox"/> PROCESO <input checked="" type="checkbox"/> SGC <input type="checkbox"/> OTRA :		
OBJETIVO			
ALCANCE			
CRITERIOS			
AUIDTOR LÍDER			

CLAUSULA	DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTOS	HALLAZGOS	PROCESO/ACTIVIDAD /ÁREA AUDITADA	RESULTADO (NCM/NCm / OBS)

CONCLUSIONES:

Anexos



CONOCER
conocimiento • competitividad • crecimiento

Producto o Servicio No Conforme

Código :
F07-DIRGEN-03

Revisión :
0

Página:
1 de 1

Fecha: _____ Folio: _____

Proceso/Actividad/Área que incumple : _____

No conformidad detectada por: _____

Producto/Insumo

Servicio

SGC

Descripción de la No Conformidad:

--

SE REALIZA ACCIÓN INMEDIATA :

SI

NO

Se retrabajó

Se aceptó por concesión

Se rechazó

Descripción de la acción inmediata

--

LA ACCIÓN ELIMINA LA NO CONFORMIDAD :

SI

NO

(Para ser llenado por el Representante de la Dirección)

LA NO CONFORMIDAD AMERITA SOLICITUD DE ACCIÓN SI NO

Director General Adjunto o Director de Área

--

Nombre y firma

Representante de la Dirección

--

Nombre y firma

Anexos

	Solicitud de Acción	Código : F08-DIRGEN-03
		Revisión : 0
		Página: 1 de 2

Correctiva <input type="checkbox"/>	Preventiva <input type="checkbox"/>
--	--

Fecha	Código	Cláusula de la norma aplicable

Detectada en:	Involucrados:	Aprobó
Proceso/Actividad/Área	Proceso/Actividad/Área	Firma del Representante de la Dirección

Equipo de Solución:
Dir Gral Adj: _____
Líder: _____
Participante _____
Participante _____
Participante _____
Participante _____

Descripción de la no conformidad existente:
Fecha: _____

Corrección / Acción Inmediata:
Fecha: _____

Análisis de causas:
Anote la causa o causas raíz encontradas Fecha: _____
Marcar con una "X" el tipo de técnica estadística utilizada: Tormenta de ideas: <input type="checkbox"/> Diagrama de Ishikawa: <input type="checkbox"/> Diagrama de Pareto <input type="checkbox"/> 5 por qué's <input type="checkbox"/> Otro Especifique: _____
Nota: Anexar el análisis de causas como complemento de esta solicitud de acción.

Anexos

Plan de Acción:					Página 2 de 2
No.	Causa Raíz	Acciones correctivas permanentes	Responsable	Fecha	Comentarios y % de avance
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Nombre del Líder

Fecha Compromiso de Cierre

(Sección para ser llenada por el Auditor de seguimiento)

Seguimiento: (Marcar los cuadros correspondientes) Fecha: _____

La acción fue implantada **La acción fue efectiva** **Verificó:** _____
 Sí No Sí No

Nombre y firma

Observaciones:

Se requiere verificación adicional: Sí No Fecha: _____

Nuevo Seguimiento

La acción fue implantada **La acción fue efectiva** **Fecha:** _____
 Sí No Sí No **Verificó:** _____

Nombre y firma

Observaciones:

Se requiere otra acción: Sí No **Fecha:** _____

Vo. Bo. del Representante de la Dirección

Nombre y firma

Fecha