



Nombre del documento: Plan de Acciones de Mejora

Versión: 0

Referencia a la Norma ISO 9001:2015 y Norma ISO 14001:2015 10.1, 10.2, 10.3

Página 1 de 4

| | | | | | |
|--|--|--|---------------|--|----------|
| FECHA: | 7 de octubre 2022 | | FOLIO: | RM-AI-006-2022 | |
| NOMBRE DE QUIEN LO DETECTA: | Juney España Zavala Hortencia Flores Hernández | | ÁREA: | Recursos Materiales y Servicios | |
| RESPONSABLE(S) DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES: | Elvia Nava Salinas | | | | |
| TIPO DE HALLAZGO | | | | | |
| No conformidad | | No conformidad potencial | | Oportunidad de mejora | X |
| DERIVADO DE | | | | | |
| Auditorías internas | x | Análisis de la eficacia de los procesos | | Identificación de servicio no conforme | |
| Auditorías externas | | Seguimiento a la Revisión del SGC y/o SGA por parte de la Alta Dirección | | Auditorías de Servicio | |
| Análisis de datos | | Análisis de Quejas y/o Sugerencias de los clientes | | Análisis de ambiente de trabajo | |
| DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO | | | | | |
| No se presenta un programa de protección civil que incluya a personas adultas mayores y con discapacidad. | | | | | |
| RESULTADO DEL ANÁLISIS DE CAUSAS | | | | | |
| HERRAMIENTA UTILIZADA | Lluvias de ideas | | | | |
| CAUSAS | Dentro del plan de contingencia, si se hace mención en el accionamiento del plan de evacuación considerándose como prioridad, sin embargo no está especificado detalladamente dentro del procedimiento de dicho plan. | | | | |
| PLAN DE ACCIÓN | | | | | |



Nombre del documento: Plan de Acciones de Mejora

Versión: 0

Referencia a la Norma ISO 9001:2015 y Norma ISO 14001:2015 10.1, 10.2, 10.3

Página 2 de 4

| No. | TIPO ACCIÓN | | DESCRIPCION DE LA ACCIÓN | EQUIPO DE MEJORA | FECHA DE EJECUCIÓN (DÍA/MES/AÑO) | | VERIFICADO POR (Nombre y firma) | FECHA DE VERIFICACIÓN |
|-----|-------------|----|--|------------------|----------------------------------|------|---------------------------------|-----------------------|
| | C | AC | | | P | | | |
| 1 | C | | Se trabajará en el programa de contingencia 2023 especificando dentro de las acciones y procedimientos la evacuación de personas con discapacidad, adultos mayores y mujeres embarazadas | | P | 2023 | Deysi Yesica Alvarez Vergara | |
| | AC | | | | R | | | |
| | AP | X | | | | | | |
| 2 | C | | | | P | 2023 | Deysi Yesica Alvarez Vergara | |
| | AC | | | | R | | | |
| | AP | X | | | | | | |
| | C | | | | P | | | |
| | AC | | | | R | | | |
| | AP | X | | | | | | |
| | C | | | | P | | | |
| | AC | | | | R | | | |
| | AP | X | | | | | | |
| | C | | | | P | | | |
| | AC | | | | R | | | |
| | AP | | | | | | | |
| | C | | | | P | | | |
| | AC | | | | R | | | |
| | AP | | | | | | | |



Nombre del documento: Plan de Acciones de Mejora

Versión: 0

Referencia a la Norma ISO 9001:2015 y Norma ISO 14001:2015 10.1, 10.2, 10.3

Página 3 de 4

EVIDENCIAS.

Programa de acciones en caso de contingencia para personas con discapacidad, adultos mayores y mujeres embarazadas.

REPROGRAMACIÓN DE ACCIONES (18)

| NO. DE ACCIÓN (10) | FECHA REPROGRAMADA | JUSTIFICACIÓN | FECHA REAL | VERIFICADO POR (Nombre y firma) (15) | FECHA |
|--|---------------------------|----------------------|---|---|--------------|
| | | | | | |
| VERIFICACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES POR LA RD | SI | | EN CASO QUE NO SEA EFICAZ, SE GENERA UN NUEVO PLAN DE ACCIÓN DE MEJORA | | FOLIO |
| | NO | | | | |
| FECHA DE CIERRE (19) | | | NOMBRE Y FIRMA DEL RD (20) | | |



Nombre del documento: Plan de Acciones de Mejora

Versión: 0

Referencia a la Norma ISO 9001:2015 y Norma ISO 14001:2015 10.1, 10.2, 10.3

Página 4 de 4

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| | |
|-----------|--|
| 1 | Anotar la fecha en que se requisita el formato |
| 2 | Anotar el número de folio que se da a la solicitud de la acción |
| 3 | Anotar el nombre de la persona responsable de solicitar la acción |
| 4 | Anotar el área al que pertenece la persona responsable de realizar la solicitud |
| 5 | Anotar el nombre del responsable de ejecutar las acciones |
| 6 | Marcar con una X en el recuadro correspondiente el tipo de hallazgo detectado, ya sea una No conformidad, No conformidad potencia o una oportunidad de mejora |
| 7 | Marcar con una X en el recuadro correspondiente, la fuente de donde proviene el hallazgo |
| 8 | Anotar en este espacio la descripción detallada del hallazgo, incluir: requisito que se incumple o se puede incumplir y una descripción de los hechos. |
| 9 | Anotar la técnica estadística que se utilizó para analizar la causa raíz. Se puede apoyar con las herramientas de los 5 por qué's, diagrama de causa-efecto, lluvia de ideas, etc. |
| 10 | Anotar el número consecutivo de acción |
| 11 | Marcar con una X el tipo de acción que se llevará a cabo, ya sea, una Corrección, Acción Correctiva o Acción Preventiva |
| 12 | Anotar las acciones específicas para eliminar la causa raíz |
| 13 | Anotar los nombres de los responsables en la implementación de la acción para eliminar la causa raíz. Cada uno de ellos firmará al calce en dicho documento. |
| 14 | Anotar la fecha de ejecución, es decir, en la que se realizará cada una de las acciones definidas en el plan |
| 15 | Anotar el nombre y firma del subdirector(a) que verificó la realización y eficacia de la(s) acción(es) |
| 16 | Registra la fecha en que se ejecutó la verificación. |
| 17 | Indicar las evidencias que se presentaran para demostrar el cumplimiento de las acciones |
| 18 | Anotar la fecha de reprogramación, para el caso de que alguna acción este fuera de tiempo y el área responsable de la ejecución de la actividad así mismo justifique la necesidad de reprogramación. Anotar fecha de ejecución real y el nombre y firma así como la fecha de quien verifica. |
| 19 | Anotar la fecha de cierre una vez que todas las acciones se hayan finalizado |
| 20 | Anotar el nombre y firma del RD |