



**330.1.2.6. GESTIÓ D'INCIDÈNCIES,
RECLAMACIONS I SUGGERIMENTS
(No conformitats i accions correctores
i preventives)**



ÍNDEX

1. FINALITAT
2. ABAST DEL PROCÉS
3. REFERÈNCIES / NORMATIVES
4. DEFINICIONS
5. DESENVOLUPAMENT DEL PROCÉS
6. SEGUIMENT I MESURA
7. EVIDÈNCIES
8. RESPONSABILITATS
9. FLUXGRAMA

Novembre 2014



**330.1.2.6. GESTIÓ D'INCIDÈNCIES,
RECLAMACIONS I SUGGERIMENTS
(No conformitats i accions correctores
i preventives)**



**GESTIÓ D'INCIDÈNCIES, RECLAMACIONS I SUGGERIMENTS
(No conformitats i accions correctores i preventives)**

1. FINALITAT

Definir un mètode capaç d'identificar i solucionar les no conformitats, registrar-les i prendre les accions correctores i preventives pertinents.



2. ABAST

El present document és d'aplicació a totes les titulacions impartides a l'Escola Politècnica Superior d'Enginyeria de Manresa.

3. REFERÈNCIES/NORMATIVES

En aquest apartat es detallen referències i normatives que complementen les assenyalades al fluxgrama.

- Marc de referència extern
 - o Norma ISO 9001:2008
 - o [Reial Decret 861/2010](#), de 2 de juliol, que modifica el [Reial Decret 1393/2007](#), de 29 d'octubre, pel que s'estableix l'ordenació dels ensenyaments universitaris oficials.
 - o [Programa AUDIT](#)
- Marc de referència de la UPC
 - o [Planificació institucional i de les unitats](#): Marc per a l'impuls de les línies estratègiques de les unitats bàsiques

	330.1.2.6. GESTIÓ D'INCIDÈNCIES, RECLAMACIONS I SUGGERIMENTS (No conformitats i accions correctores i preventives)	
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

4. DEFINICIONS

- **Acció correctora:** Acció presa per a eliminar la causa d'una no conformitat detectada o una altra situació indesitjable.
- **Acció preventiva:** Acció presa per a eliminar la causa d'una no conformitat potencial o una altra situació potencialment indesitjable.
- **Auditor:** Persona amb la competència per a dur a terme una auditoria.
- **Incidència:** Esdeveniment que sobrevé en el curs d'un assumpte o negoci i hi té algun tipus de connexió, influència o repercussió.
- **Millora contínua:** Concepte utilitzat en els models de gestió, que implica un esforç continuat de l'organització per tal d'avançar en la qualitat.
- **No conformitat:** Incompliment d'un requisit
- **Queixa:** Acció de manifestar disconformitat amb algú o alguna cosa.
- **Reclamació:** Acció de demanar i exigir amb dret o amb instància alguna cosa.
- **Requisit:** Necessitat o expectativa establerta, generalment implícita o obligatòria.
- **Suggeriment:** Insinuació, inspiració, idea que suggereix.

5. DESENVOLUPAMENT DEL PROCÉS



El programa [FAMA](#) de la Intranet de la UPC indica com i a qui adreçar-se per a les incidències de les infraestructures i recursos materials.

A través de la [Web de l'Escola](#), a l'àrea curs actual, l'estudiantat, el personal docent i investigador i el personal d'administració i serveis es pot assabentar de com pot presentar on-line qualsevol **incidència, reclamació o suggeriment**. La web indica com realitzar el tràmit així com qualsevol altre aspecte que sigui rellevant.

La resolució se li fa arribar per correu electrònic.

També poden fer arribar reclamacions o suggeriments directament a la Direcció de l'EPSEM a través de la [Delegació d'Alumnes](#) o dels seus representants als diferents òrgans de govern de l'Escola.

Cada responsable de procés ha d'analitzar les incidències/reclamacions/suggeriments del seu procés i ha d'informar a un dels òrgans de govern indicats a l'apartat 5.1 de les que consideri que tenen prou entitat, tal i com descriu el fluxgrama.

	330.1.2.6. GESTIÓ D'INCIDÈNCIES, RECLAMACIONS I SUGGERIMENTS (No conformitats i accions correctores i preventives)	
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------



Totes les entrades es registraran a la Base de dades i es farà un seguiment de **les no conformitats i accions correctores i preventives** que es considerin més rellevants pels responsables dels processos o els òrgans de govern implicats. Per les accions derivades de les sessions dels òrgans de govern, les auditories internes i les auditories externes serà responsable el Responsable del SGIQ.

Si l'estudiantat, el PDI o el PAS no està d'acord amb la resolució rebuda pot tramitar el tema de nou a través dels seus representants a la DAM (Delegació d'Alumnes de Manresa) o als òrgans de govern.

5.1 Reclamacions, no conformitats i accions correctores i preventives

El reglament de l'EPSEM estableix les competències dels òrgans de govern col·legiats.

- 5.1.1. Els òrgans de govern col·legiats encarregats d'identificar, examinar i registrar les reclamacions o no conformitats corresponen a les competències definides en el Reglament del Centre. Aquests òrgans de govern són la Junta de Centre i la Comissió Permanent.
- 5.1.2. Davant d'una reclamació o no conformitat corresponent a una competència que el Reglament assigna a un òrgan de govern, el president de l'òrgan corresponent és el responsable d'executar les accions correctores adoptades per l'òrgan i de realitzar-ne el seguiment.
- 5.1.3. Correspon als diferents òrgans de govern aprovar les accions preventives proposades pel seu president, el qual és el responsable d'executar-les i de realitzar-ne el seguiment.
- 5.1.4. Aquestes no conformitats, així com les accions correctores i preventives adoptades, queden registrades a les actes de l'òrgan de govern pertinent.
- 5.1.5. En finalitzar cada reunió d'un òrgan de govern col·legiat i en un termini màxim de quinze dies hàbils, el president d'aquest òrgan es reunirà amb el Responsable del SGIQ per:
 - Informar-lo de les no conformitats que hagi decidit obrir l'òrgan corresponent
 - Informar-lo de les accions correctores i preventives que hagi determinat implementar l'òrgan corresponent.
 - Informar-lo de les no conformitats que hagi determinat tancar l'òrgan corresponent.
 - Decidir conjuntament, a la vista de l'acta de la sessió, propostes d'obertura o tancament de no conformitats o d'accions

	330.1.2.6. GESTIÓ D'INCIDÈNCIES, RECLAMACIONS I SUGGERIMENTS (No conformitats i accions correctores i preventives)	
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

correctores o preventives, que hauran de ser ratificades per l'òrgan corresponent.

5.1.6. S'inclourà com a punt preceptiu a l'ordre del dia de les reunions dels òrgans abans citats i immediatament a continuació de l'Informe del president, el següent:

- Seguiment de les accions correctores i preventives acordades a les sessions anteriors

5.2. No conformitats del sistema

El Responsable del SGIQ podrà obrir, com a conseqüència dels resultats de l'auditoria interna, no conformitats i acceptar les accions correctores i preventives proposades pels responsables dels processos corresponents. Aquestes accions així com les derivades de les auditories externes s'assignaran, de comú acord entre el director/a del centre i el Responsable del SGIQ, a un òrgan col·legiat dels citats a l'apartat 5.1.1 perquè en faci el seguiment.

Les no conformitats, observacions, accions correctores i preventives determinades pels òrgans de govern col·legiats i pel Responsable del SGIQ, així com les corresponents a les auditories externes, quedaran registrades a la base de dades d'Accions Correctores i Preventives.



A les auditories internes es procedirà a la verificació de l'eficàcia de les accions correctores i preventives l'origen de les quals sigui un òrgan de govern col·legiat o una auditoria interna anterior. El resultat d'aquesta verificació també quedarà registrat a la mateixa base de dades.

Les accions correctores i preventives, l'eficàcia de les quals hagi estat verificada, es mantindran a la base de dades fins que s'hagi dut a terme l'auditoria externa.

En aquesta base de dades, només tindrà dret d'escriptura el/la Responsable del SGIQ i la persona a qui hagi estat expressament delegada l'activitat.

6. SEGUIMENT I MESURA

La implicació i participació dels grups d'interès, la rendició de comptes, la recollida i anàlisi de la informació i el seguiment, revisió i millora són elements que es consideren transversals a tots els processos i s'expliquen al [Manual de Qualitat](#).

	<p align="center">330.1.2.6. GESTIÓ D'INCIDÈNCIES, RECLAMACIONS I SUGGERIMENTS (No conformitats i accions correctores i preventives)</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

7. EVIDÈNCIES

La relació d'evidències es detallen al fluxgrama. Les subratllades fan referència a documents en suport electrònic (d'accés públic excepte les que explícitament s'indiquen com d'accés restringit) i les no subratllades a documents en suport paper, i que es detallen al quadre adjunt.

Identificació del registre	Suport de l'arxiu	Responsable de la custòdia	Temps de conservació
Actes de la Junta de Centre, Comissió Permanent	Paper	Secretària Acadèmica	Indefinit

8. RESPONSABILITATS

Junta de Centre, Comissió Permanent, són responsables de realitzar el seguiment de les accions correctores i preventives. La seva composició i les seves funcions s'especifiquen al [Reglament de l'EPSEM](#) i a [Òrgans de govern de l'EPSEM](#).

Director, presideix la Junta de Centre i la Comissió Permanent. Les seves funcions es descriuen al fluxgrama, al [Reglament de l'EPSEM](#) i a Funcions de l'Equip Directiu.


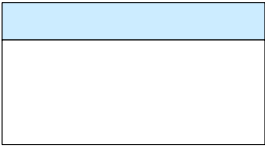



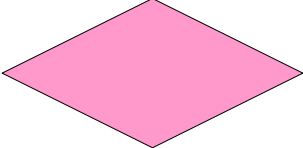
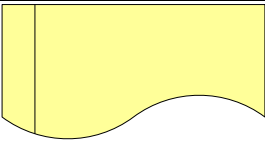
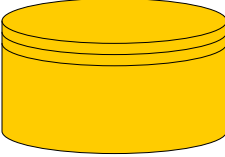


Sotsdirector/a cap d'Estudis. Les seves funcions es descriuen al fluxgrama i a Funcions de l'Equip Directiu.

Responsable del SGIQ, com a auditor intern, gestiona les resolucions de les no conformitats i les corresponents accions correctores i preventives. Les seves funcions es descriuen al fluxgrama, al [Reglament de l'EPSEM](#) i a Funcions de l'Equip Directiu.



9. FLUXGRAMA

La taula següent descriu el significat donat als pictogrames utilitzats al fluxgrama.

	Inici / fi d'un procés
	Activitat a realitzar / actors
	Enllaç amb un altre procés
	Entrada al procés
	Marc de referència i elements de l'entorn que s'han de prendre en consideració per a desenvolupar l'activitat
	Punt de control / decisió
	Evidència documental de la realització d'una activitat
	Base de dades / aplicatiu
	Sortida del procés
	Senyalitzador de continuïtat del procés

