1. OBJETIVO

Proporcionar lineamientos para la programación, planeación, desarrollo, elaboración del informe, seguimiento y cierre de las auditorías realizadas al Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).

2. ALCANCE

Los lineamientos establecidos en este procedimiento se aplican desde la planeación de la auditoria hasta el cierre de acciones correctivas de las no conformidades detectadas.

3. REFERENCIAS

CÓDIGO	TÍTULO	TIPO DE DOCUMENTO
CAD-ACM-P04	Acciones Correctivas y de Mejora	Procedimiento
UTC-MGC-01	Manual del Sistema de Gestión de Calidad	Manual

4. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

4.1 La Coordinación de Calidad es la encargada de la selección de los/as auditores/as para asegurar la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría.

4.3 Los/as auditores/as no deben auditar su propio trabajo.

4.4 Se debe respetar la independencia e integridad del equipo auditor.

4.5 Es responsabilidad de los/as auditores/as internos/as:

- ✓ Comunicar y aclarar los requisitos de la auditoria a los auditados/as.
- ✓ Cumplir con los requisitos aplicables a las auditorias.
- ✓ Documentar las no conformidades detectadas.
- ✓ Mantener y salvaguardar los documentos correspondientes a la auditoria y asegurar su confidencialidad permanente.
- ✓ Informar los resultados de la auditoria al auditor/a líder.
- ✓ Dar seguimiento al cierre de no conformidades y verificar la efectividad de las acciones correctivas aplicadas.
- ✓ Mantener su competencia como auditores(as), actualizándose continuamente.

4.6 Se debe nombrar a un auditor(a) líder tomando en cuenta su experiencia y competencia.

4.7 Con respecto al Programa Anual de Auditorías:

4.7.1 Es responsabilidad de la Coordinación de Calidad, programar las auditorías internas de acuerdo a los siguientes criterios:

- ✓ Todos los procesos deberán ser auditados al menos una vez al año.
- ✓ El Comité de Calidad decidirá la conveniencia de realizar auditorías internas en períodos extraordinarios.
- ✓ El Comité de Calidad podrá determinar la aplicación de la auditoria interna para procesos específicos tomando en cuenta resultados de auditorías previas (internas o externas), ocurrencia de fallas o incidentes, queja de clientes, características de los procesos y demás factores que impacten la efectividad del Sistema de Gestión de Calidad.

4.8 Con respecto a los hallazgos de auditoria:

4.8.1 Si un hallazgo de tipo No Conformidad menor (NCm) es recurrente, se convierte en una No conformidad Mayor (NCM) y para subsanar el hallazgo se deberán realizar las acciones correctivas con análisis de causas que se requieran.

4.8.2 Si el hallazgo recurrente fue una “NCM” se deberá realizar un análisis de causas más profundo para determinar la verdadera causa raíz y aplicar las acciones correctivas enfocadas a evitar que vuelva a suceder.

4.9 Las auditorías internas podrán realizarse en modalidad presencial, virtual o mixta según sea necesario.

4.10 Los lineamientos establecidos en este procedimiento se aplican a todos los procesos y actividades del Sistema de Gestión de Calidad de la Universidad Tecnológica de Cancún.

4.11 Posterior al proceso de auditoría, el equipo auditor será evaluado por los usuarios/as, sus pares y la coordinación de calidad, con la finalidad de detectar áreas de oportunidad en el desempeño del ejercicio, necesidades de capacitación, etc.

5. DEFINICIONES

Término	Definición
Hallazgo	Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoria contra los criterios de auditoría. Definen la conformidad, no conformidad u observaciones de los criterios de la auditoria.
No Conformidad Mayor (NCM)	Incumplimiento a un requisito de la norma que afecta directamente al proceso de formación y el desempeño del SGC. Ausencia o fallo en implantar y mantener uno o más requisitos del SGC o una situación que pudiera, basándose en evidencias o evaluaciones objetivas, crear una duda razonable sobre la calidad de lo que la organización está suministrando.

Término	Definición
No Conformidad Menor (NCm)	Se establece cuando existe un incumplimiento parcial de un requisito y por sus características no llega a la gravedad del anterior, en general, no afecta el cumplimiento del SGC. Estos incumplimientos pueden ser: a) Formato que no cuente con el código actual; b) Documento que le falte una firma, fecha, nombre o cualquier campo que el formato requiera; c) Expediente mal archivado. Sin embargo, si existe un volumen considerable en relación con el total que carecen de estos hallazgos, se considera una NCM. Si la NCm es recurrente, de igual forma se considerará como NCM.
Oportunidad de mejora	Es una fuente de información, que te permite detectar los puntos débiles y amenazas del Sistema de Gestión de la Calidad. Se establece como una recomendación por parte del auditor/a dentro del informe final de la auditoría. La cual permite una opinión externa a las áreas o departamentos que conlleven a la mejora continua. Se aplican a criterio de la Dirección o responsable del área auditada y se documentan en el Sistema de Acciones Correctivas.
Auditoria	Análisis sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría.
Auditoria Virtual	Proceso sistemático, independiente, documentado y controlado para obtener a través de medios tecnológicos (nube, E-mail, video-conferencia, video llamadas, o una combinación de estos), las evidencias objetivas de los resultados, desempeño, decisiones, documentos y otros, con el fin de evaluarlas de manera online y determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría.
Auditoria Mixta	Modalidad combinada en la que puede llevarse a cabo el ejercicio de auditoría interna, incluye la modalidad presencial y virtual (remota o a distancia).
Auditor/a	Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoria.
Auditor/a líder	Responsable de conducir y dar seguimiento a la auditoria.
Criterio de auditoria	Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencias.
Evidencia de la auditoria	Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditorias y que son verificables.
Alcance de auditoria	Extensión y límites de una auditoría. El alcance de la auditoría incluye generalmente una descripción de las ubicaciones, las unidades de la organización, las actividades y los procesos, así como el período de tiempo cubierto.

Término	Definición
Plan de Auditoría	Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.
Programa de Auditoría	Acuerdos para un conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.
Comité de Calidad	Comité formado por los responsables de: Titular del Despacho de la Rectoría, Secretaría Académica, Secretaría de Vinculación, Dirección de Administración y Finanzas, Direcciones de División, Dirección de Innovación, Dirección de Extensión Universitaria y Servicios Estudiantiles, Dirección Jurídica, Titular del Órgano Interno de Control, Dirección de Planeación, Programación, Evaluación y Presupuesto y el/la responsable de Calidad.
Sistema de Acciones Correctivas y de Mejora	http://201.134.180.248:8093/acciones/

6. PROCEDIMIENTO

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Programar la verificación considerando dos auditorías al año, una interna (julio) y otra externa (marzo).	Dirección de Planeación/ Coordinación de Calidad
2	Invitar y seleccionar a los/as auditores/as internos/as que participaran, de acuerdo a su competencia y experiencia. También podrán participar nuevos/as auditores/as que hayan tomado los cursos de Formación de Auditores Internos e Interpretación de la Norma ISO 9001:2015 y durante la auditoria estarán en entrenamiento como parte de su capacitación.	Coordinación de Calidad
3	Elegir al auditor(a) líder; puede ser la misma persona del año anterior o se puede elegir a una nueva tomando en cuenta su formación, competencia y experiencia (horas de auditoria, liderazgo y compromiso).	Coordinación de Calidad/Equipo Auditor
4	Elaboran el plan de auditoria interna en el formato AIN-P03-F02, definen el propósito, alcance, documentos de referencia y criterios de auditoria, incluyendo la asignación del equipo auditor a las diferentes áreas para efectuar la auditoria.	Auditor(a) Líder/ Coordinación de Calidad
5	Se reúne a los/as auditores/as y se les notifica que estarán designados para realizar la siguiente auditoria, definen las fechas y horarios para auditar y se completa el plan de auditoría, se envía a los auditores/as vía correo electrónico, así como el Informe de Auditoria Interna (AIN-P03-F05) y Externa del año inmediato anterior.	Auditor(a) Líder/ Coordinación de Calidad
6	Notifica vía correo electrónico al comité de calidad, equipo auditor y jefaturas de departamento, la fecha, hora y lugar para la reunión de apertura de la auditoria interna, en su caso la plataforma para la reunión virtual.	Auditor(a) Líder/ Coordinación de Calidad

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
7	Realizan la reunión de apertura: ✓ Pase de lista ✓ Explica el objetivo y alcance de la auditoria ✓ Presenta al equipo auditor ✓ Da lectura al plan de auditoria ✓ Aclara cualquier duda de los asistentes ✓ Informa la fecha, hora y lugar de la reunión de cierre de auditoría.	Auditor(a) Líder/ Coordinación de Calidad
8	Durante el desarrollo de la auditoria, el auditor(a) líder participa activamente coordinando y supervisando las actividades asociadas, asesorando y apoyando al equipo auditor en conjunto con la coordinación de calidad.	Auditor(a) Líder/ Coordinación de Calidad
9	Al realizar la auditoria, revisan y examinan evidencias objetivas de la realización de actividades como registros, reportes, etc. seleccionando elementos del proceso a auditar para determinar el cumplimiento con los criterios de auditoria, anotando en las listas de verificación AIN-P03-F03 los hallazgos correspondientes.	Equipo Auditor
10	Antes, durante y después del proceso de auditoría, convoca a reunión al equipo auditor para comentar cómo se está llevando a cabo y si es necesario hacer algún ajuste al plan de auditoría.	Auditor(a) Líder/ Coordinación de Calidad
11	En caso de detectar una probable no conformidad, agota todas las posibilidades antes de documentarla como tal, identificando el origen, las consecuencias presentes y futuras.	Equipo Auditor
12	Registran las no conformidades y oportunidades de mejora detectadas en el reporte de hallazgos AIN-P03-F04, anotando todos los datos y describiendo clara y precisamente la situación que ocasiona la no conformidad (NCM o NCm); el auditado/a firma de enterado. En caso de que el auditado/a no esté de acuerdo con la no conformidad, deberá acudir al auditor/a líder y responsable de Calidad para llegar a un acuerdo. Con base al informe de auditoría del año anterior se podrá determinar si un hallazgo es recurrente y dar seguimiento puntual al mismo.	Equipo Auditor y Auditado(a)
13	Se reúne con los auditores/as y recibe las listas de verificación y reportes de hallazgos AIN-P03-F04.	Auditor(a) Líder/ Coordinación de Calidad
14	Elabora el informe de auditoría (AIN-P03-F05) y envía a través de correo electrónico al Comité de Calidad, Direcciones, jefaturas de departamentos, auditados(as) o quien se considere necesario.	Auditor(a) Líder/ Coordinación de Calidad
15	Al término de la auditoria, realiza la reunión de cierre: ✓ Pase de lista ✓ Comenta en forma general los resultados del proceso de auditoria ✓ Da lectura al Informe de Auditoria interna AIN-P03-F05 ✓ Aclara cualquier duda de los asistentes ✓ Solicita aplicar las acciones correctivas correspondientes a las no conformidades.	Auditor(a) Líder/ Coordinación de Calidad

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
16	Las áreas afectadas, estudian las no conformidades para determinar las acciones correctivas necesarias para solucionarlas, así como las fechas para realizar las acciones y documentan en el formato de acciones correctivas (AC-P01-F01) ingresando al Sistema de Acciones Correctivas y de Mejora http://201.134.180.248:8093/acciones/ . Envían al auditor/a que detectó la no conformidad para su aprobación.	Auditado(a) y responsable del área
17	El/la auditor/a revisa en el Sistema de Acciones Correctivas y de Mejora, el análisis de causa raíz y las acciones definidas por el auditado/a y aprueba, dará seguimiento a las acciones en las fechas de cada una (procedimiento CAD-ACM-P04), visita a los/as auditados/as y verifica la implantación de las mismas así como las evidencias, se asegura de la efectividad de las acciones realizadas y realiza el cierre de la No conformidad.	Auditor(a) interno
18	La auditoría interna se considera concluida al finalizar el cierre de todas las observaciones y acciones correctivas documentadas.	Coordinación de Calidad

7. REGISTROS Y ANEXOS

CÓDIGO	TÍTULO	DEPTO. ÁREA O PERSONA QUE DEBE RETENER EL DOCUMENTO	TIEMPO DE RETENCIÓN	DISPOSICIÓN FINAL
AIN-P03-F02	Plan de auditoria interna	Calidad	1 año	Archivo de concentración
AIN-P03-F03	Lista de verificación	Calidad	1 año	Archivo de concentración
AIN-P03-F04	Reporte de Hallazgos	Calidad	1 año	Archivo de concentración
AIN-P03-F05	Informe de auditoria interna	Calidad	1 año	Archivo de concentración

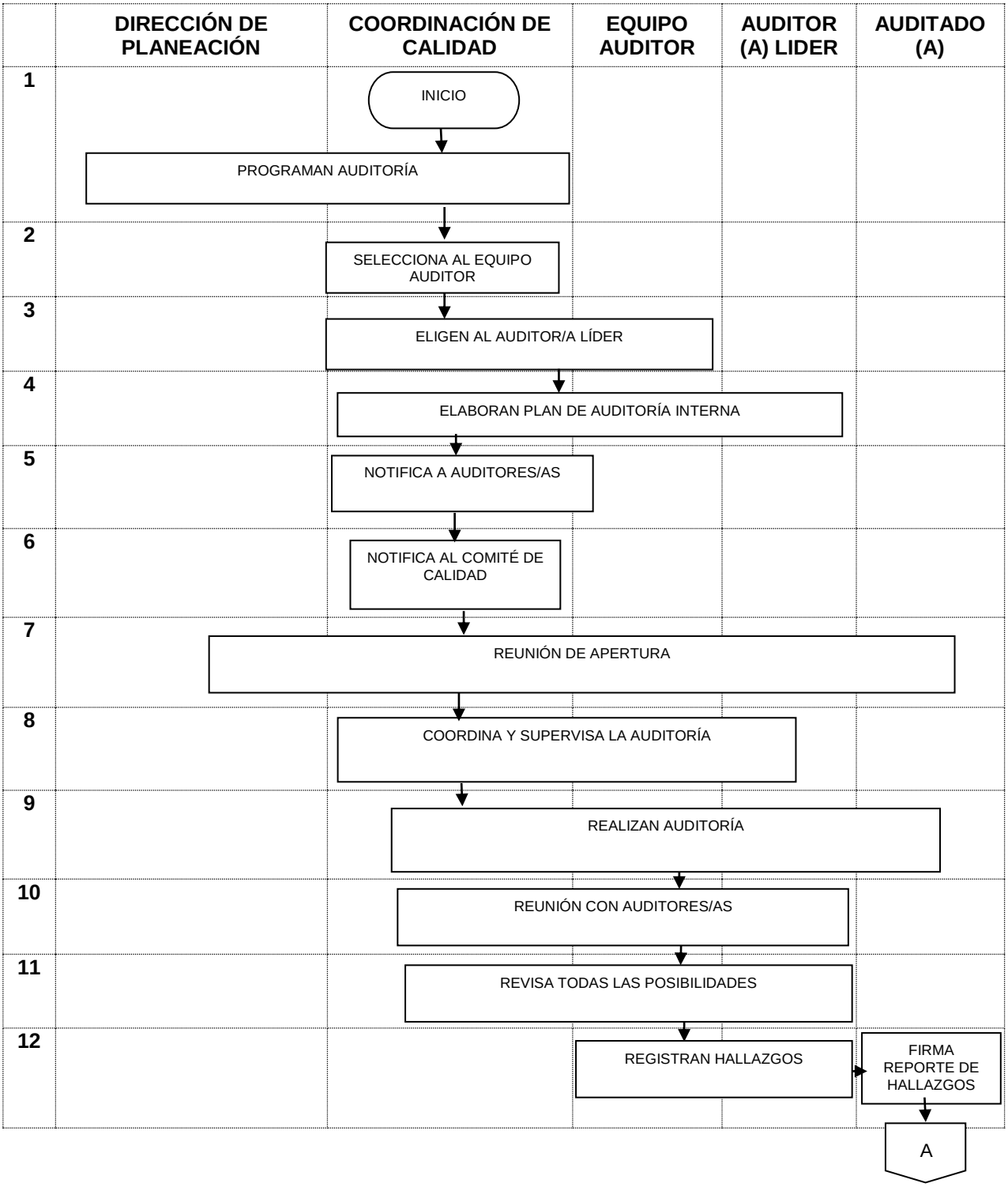
OTRA FORMA DE EVIDENCIA
Expedientes de auditores internos. Sistema de Acciones Correctivas link: http://201.134.180.248:8093/acciones/

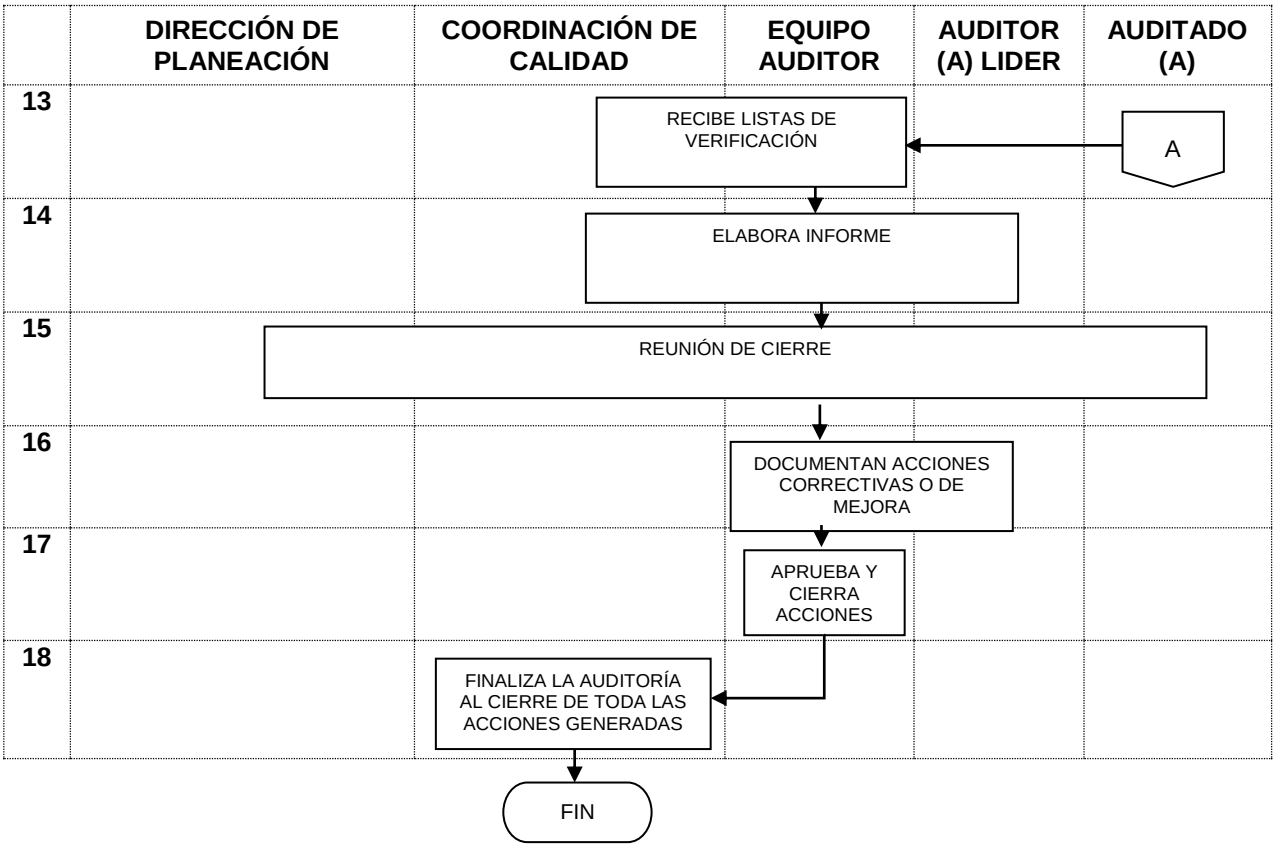
8. HISTORIAL DE CAMBIOS

FECHA	MODIFICACIÓN
06 jun 2025	1. Se actualiza la fecha y número de revisión. 2. Se actualiza el nombre del responsable de la Coordinación de Calidad.
09 feb 2024	1.- Se añade la política 4.11 respecto a la evaluación de auditores/as. 2. Se actualiza el flujograma.
09 feb 2023	Sin cambios

FECHA	MODIFICACIÓN
09 feb 2022	1.- Correcciones de lenguaje incluyente. 2.- Actualización del nombre del puesto del área de calidad. 3.- Se modifica la redacción de la política 4.8.2. 4.- Se actualiza el link del Sistema de Acciones Correctivas y de Mejora. 5.- Se cambia la redacción del paso 2 del procedimiento. 6.- Se corrige el flujograma.
28 ene 2021	1- Se modifica la política 4.9. 2.- Se actualiza la definición de Auditoria y se añade la definición de auditoria virtual y mixta. 3.- Se incluye definición de plan y programa de auditoría. 4.- Se elimina la participación del Comité para la selección de auditores/as. 5.- Se incluye la participación de auditores/as en entrenamiento.
10 ene 2020	1.- Se corrige el nombre del puesto de calidad. 2.- Se modifica la redacción considerando la norma de Igualdad Laboral. 3.- Se modifican las definiciones de comité de calidad y oportunidad de mejora. 4.- Se adiciona la definición de Sistema de Acciones Correctivas. 5.- Se elimina el concepto de observación. 6.- Se incluyen los conceptos de no conformidad mayor y menor. 7.- Se corrige flujograma. 8.- Se actualizan los formatos.

9. FLUJOGRAMA




DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN
COORDINACIÓN DE CALIDAD
EQUIPO AUDITOR
AUDITOR (A) LIDER
AUDITADO (A)
13
RECIBE LISTAS DE VERIFICACIÓN
A
14
ELABORA INFORME
15
REUNIÓN DE CIERRE
16
DOCUMENTAN ACCIONES CORRECTIVAS O DE MEJORA
17
APRUEBA Y CIERRA ACCIONES
18
FINALIZA LA AUDITORÍA AL CIERRE DE TODA LAS ACCIONES GENERADAS
FIN