

ENFOQUE DEL PROCEDIMIENTO			
Propósito	Asegurar que: 1.- Se detectan y se corrigen las no conformidades reales y potenciales, se eliminan las causas para evitar su recurrencia u ocurrencia. 2.- Se mejora continuamente la eficacia del SGCA, proponiendo las acciones de mejora que se detectan.		
Alcance	Todos los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad y Ambiental de la universidad.		
ELEMENTOS DE ENTRADA Y SALIDA			
Elementos de entrada		Elementos de salida	
No conformidades reales o potenciales. Acciones de mejora continua. Resultados que requieren atención.		No conformidades corregidas, causas eliminadas, mejora del SGCA.	
Proveedor	Requerimiento	Cliente	Entregable
Titulares de área, partes interesadas.	Las no conformidades reales o potenciales deben estar registradas para poder darles solución y seguimiento formal. Las acciones de mejora deben estar registradas para su seguimiento; RESGC10 "Mejora continua". Los resultados que requieren atención deben estar registrados para poder darles solución y seguimiento formal.	Todos los procesos y elementos del SGCA.	Seguimiento a las acciones eficaces tomadas para atender las no conformidades detectadas.
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
Responsable	Descripción de actividad	Documento de control	
Etapa 1 Identificar acciones de mejora			
Todos los responsables de procesos	1.1 Fuentes internas: Las acciones de mejora y acciones correctivas pueden ser generadas a través de: a) El seguimiento a los indicadores y a la información de análisis y medición llevada a cabo en las revisiones por rectoría según PRREC01 "Revisión por la rectoría", INREC01 "Comunicación interna y externa" y al realizar el concentrado del ESREC09 "Medición y análisis del SGCA, se deberá registrar la acción correctiva en el caso de no cumplir con el indicador, esto a más tardar en los 5 días hábiles posteriores a la detección en el formato de mejora continua. b) Hallazgos de las Auditorías internas. c) Detección de necesidades de mejora y no conformidades de proveedores que afectan la calidad del producto conforme al PCDIC01 "Plan de Calidad de docencia", PCVIN01 "Plan de Calidad de Educación Continua y Servicios Tecnológicos", PREYE01 "Estadías" y PRRMS01 "Adquisición de bienes y servicios, selección y evaluación de proveedores"	RESGC10 "Mejora continua"	

	<p>d) Detección de necesidades de capacitación de personal conforme se marca en los procedimientos PRDEP02 "Formación de personal administrativo de la UTSOE".</p> <p>e) Proyectos institucionales de impacto interno y/o externo que contribuyen de manera significativa en la formación integral de las y los estudiantes. Se reportan a través del registro "Mejora continua"</p> <p>1.2 Fuentes externas: Las oportunidades de mejora y acciones correctivas pueden ser detectadas como resultado de las auditorías y evaluaciones externas a los sistemas y programas educativos de la Institución. Los hallazgos se atienden conforme a las instrucciones de los organismos externos anexando la evidencia que solicita, además de darle seguimiento interno mediante el formato "Mejora Continua".</p>	
<p>Etapa 2 Programar auditorias</p>		
<p>SGC01</p>	<p>2.1 Programación de las auditorías: la o el titular de Aseguramiento de la Calidad establece la frecuencia de las auditorías en el "Programa de auditorías" considerando el "Vo.Bo" de la rectoría, el estado y la importancia de los procesos (consultar PRSGC01 "Planificación del SGCA") y las áreas a auditar, así como los resultados de auditorías previas.</p> <p>2.2 Gestión de riesgos: para asegurar la eficacia y continuidad del proceso de auditoría, se considera el apartado "Gestión de riesgos en la auditoría" del registro "Gestión de la auditoría interna", en la cual la o el responsable marca la actividad realizada con una "palomita". No se ha de ejecutar una actividad si la anterior no se realizó. Asignar un suplente que atienda la auditoría, para los casos imprevistos en que la o el auditado o un miembro del equipo auditor no esté presente.</p> <p>2.3 Planificación de la auditoría: la o el Titular de Aseguramiento de la Calidad planifica las auditorías respetando las fechas del "Programa de auditorías". Se planifica la auditoría con base en lo establecido en la sección de planificación en "Gestión de la auditoría interna" tomando en cuenta al personal involucrado. La persona responsable por parte del área auditada es la o el dueño del proceso(s) en cuestión, quien debe asegurar que se provee la información y recursos necesarios para que la auditoría se lleve a cabo sin contratiempos.</p> <p>2.4 Equipo auditor: la o el Titular del Aseguramiento de la Calidad es responsable de la planificación y de asignar un auditor(a) líder (SGC03) y auditores(as) internos (SGC04), asegurando la competencia de los mismos, conforme a la "Tabla de competencias por puesto". La o el Titular de Aseguramiento de la Calidad puede asignar a un auditor(a) en formación bajo supervisión del auditor(a) consolidado (SGC04). La selección de auditores(as) y la realización de las auditorías deben asegurar la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría. Los auditores(as) no deben auditar su propio trabajo, pero sí áreas afines. La o el auditor líder (SGC03) estará a cargo de la gestión de todo el</p>	<p>RESGC15 "Programa de auditorías"</p> <p>RESGC14 "Gestión de la auditoría interna"</p> <p>ESREC07 "Tabla de competencias por puesto"</p> <p>RESGC11 "Calificación y evaluación de auditor de SGCA"</p> <p>NMX-R-SCFI-025.</p> <p>RESG20 "Lista de verificación de la auditoría."</p> <p>RESGC16 "Hallazgos de la auditoría"</p>

Enlace
institucional ante
el IMUG

proceso y debe asegurarse de su eficacia. Las y los auditores se califican con "Calificación y evaluación de auditor de SGCA".

2.5 Trazabilidad: cada auditoría tiene un folio asignado por la o el Asistente del Departamento de Aseguramiento de la Calidad, el folio consta de la fecha de inicio de la auditoría con el formato aaaa/mm/dd seguida de un consecutivo que se utiliza para el caso de que se realice más de 1 auditoría. Ejemplo: 20170502-1 = auditoría 1 del día 02 mayo del 2017.

2.6 Registros: se debe mantener los registros de la auditoría El control de todas las etapas de la auditoría se lleva a cabo con el formato "Gestión de la auditoría interna".

2.6 Auditoría interna según la Norma NMX-R-SCFI-025 se realiza una vez al año, y la auditoria de tercera parte (externa) cada dos años según el **plan de auditoría** interna de la Norma mexicana en Igualdad Laboral y No Discriminación NMX-R-025-SCFI-2015.

2.7 Recopilación de evidencia: La persona auditada debe contar con la evidencia necesaria de acuerdo a la planificación de la auditoría interna. El equipo auditor debe preparar la auditoría apeándose a los lineamientos establecidos y prevenir cualquier contratiempo. El área se puede apoyar para la auditoría con la "Lista de verificación de la auditoría".

2.8 Registro de hallazgos: la o el auditor debe registrar los hallazgos y las "acciones solicitadas" (en acuerdo con la persona auditada) correspondientes en el momento de su identificación, confirmándolos con la o el auditado. Emplear el formato "Hallazgos de la auditoria" solicitando, al terminar la auditoría, la firma de "VoBo" de la o el auditado en cada hoja de hallazgos, los hallazgos se clasifican como se indica en "Hallazgos de la auditoria", cada hoja de hallazgo será numerada por la o el auditor(a) (HOJA n/n).

Para la NMX-R-SCFI-025 se evaluará el grado de conformidad con las prácticas para la Igualdad Laboral y No Discriminación de acuerdo a la norma NMX-R-025-SCFI-2015 "Que establece los requisitos para la certificación de las prácticas en Igualdad Laboral y No Discriminación", para dar cumplimiento al requisito 4, numeral 5.3.3.2.3, de la norma antes mencionada, así como determinar si el centro de trabajo se encuentra en condiciones de solicitar la auditoria de certificación (tercera parte).

Para realizar la auditoría se requiere:

1. Facilitar la presencia de las personas responsables de proporcionar y explicar evidencias de cumplimiento y permitir la revisión de la documentación y registros de acuerdo a los requisitos de la norma NMX-R-025-SCFI-2015.

	<p>2. La auditoría interna se realizará dentro de la jornada laboral del centro de trabajo.</p> <p>3. Dar facilidades para que el equipo auditor pueda entrevistar al personal.</p> <p>4. Conceder un lugar privado de trabajo.</p> <p>Equipo de protección personal necesario para el equipo auditor (en caso de requerirse).</p>	
<p>Etapa 3 Proporcionar información (hallazgos)</p>		
<p>SGC01</p> <p>Enlace institucional ante el IMUG</p>	<p>3.1 Registro de la no conformidad: El proceso de mejora a las acciones indicadas en el glosario del presente documento inicia al generar el registro "Mejora continua", llenando los campos de "Identificación", quien inicia este registro debe comunicarlo a la o el Titular de Aseguramiento de la Calidad para su apoyo en la generación, registro y seguimiento.</p> <p>3.2 Análisis: El responsable de la eficacia registra y envía a la o el Titular de Aseguramiento de la Calidad en un plazo no mayor a 10 días hábiles, el resultado del "Análisis de causa raíz" e incluye las evidencias del mismo en el formato de "Mejora continua", cuando se trate de una no conformidad (NC). En el caso de acciones de mejora no se requiere este análisis, en la sección de "Descripción de la solución se deberá poner NA (No aplica), así mismo asienta en la sección de "Descripción de la solución" las actividades que ayuden a la eliminación de la causa raíz.</p> <p>3.3 La o el auditor líder, en colaboración con el equipo auditor, elabora el "Reporte ejecutivo de resultados" en la sección correspondiente de la "Gestión de la auditoría interna", donde se registra el número de hallazgos encontrados durante la auditoría por cada tipo de hallazgo.</p> <p>* El resumen ejecutivo y conclusiones de la auditoría, "Gestión de la auditoría interna", debe contener información clara y directamente relacionada con los objetivos de la auditoría, además, opcionalmente, apreciaciones relevantes del equipo auditor, así como el establecimiento de una fecha planeada de seguimiento para el cierre de los hallazgos.</p> <p>Para la NMX-R-SCFI-025 se considera el informe de auditoría interna Norma Mexicana en Igualdad Laboral y No Discriminación NMX-R-025-SCFI-2015.</p>	<p>RESGC10 "Mejora continua"</p> <p>RESGC14 "Gestión de la auditoría interna".</p>
<p>Etapa 4 Atender los hallazgos (análisis de causa raíz)</p>		
<p>Dueño del proceso</p>	<p>4.1 La o el dueño del proceso auditado realiza un análisis de los hallazgos en un periodo no mayor a cinco días hábiles posteriores a la auditoría interna a fin de plasmar en "Mejora continua" las acciones y fecha compromiso para el cumplimiento sin demora injustificada, en tiempo y forma.</p>	<p>RESGC10 "Mejora continua".</p> <p>RESGC04 "Seguimiento de acciones correctivas"</p>

	<p>4.2 Corrección acción inmediata tomada para corregir una no conformidad, se considera la acción contenedora de la situación indeseable o de riesgo asociado, se valora el riesgo/oportunidad según Matriz de Análisis de Riesgos. De no estar considerado el riesgo identificado en la matriz de riesgos, se revisa la matriz de “Análisis de Riesgos (FODA)” para su inclusión y evaluación.</p> <p>4.3 La o el Jefe de Aseguramiento de la Calidad debe dar seguimiento al cumplimiento de las acciones y los resultados de los mismos, se deberá notificar además al o el Auditor que levantó la no conformidad. Cualquier contratiempo lo comunicará al Departamento de Aseguramiento de la Calidad. El Departamento de Aseguramiento de la Calidad Ambiental da seguimiento a las acciones correctivas a través de "Seguimiento de acciones correctivas",</p> <p>4.4 En el proceso de auditoría externa la o el Jefe de Aseguramiento de la Calidad debe atender las acciones levantadas en el plazo que la o el auditor establezca. Para la NMX-R-025 las acciones derivadas de la auditoría interna Norma Mexicana en Igualdad Laboral y No Discriminación NMX-R-025-SCFI-2015.</p>	<p>RESGC25 “Evaluación de Riesgos” RESGC24 “Análisis de Riesgos (FODA)”</p>
<p>Etapas 5 Verificar la eficacia.</p>		
SGC01	<p>5.1 Verificación de la eficacia de las acciones: La o el Jefe de Aseguramiento de la Calidad y/o el equipo auditor en la fecha establecida (o lo más cercano a la fecha) realizan la verificación de la implementación y eficacia de las acciones tomadas y registran los resultados en la sección de "Verificación de la eficacia". En caso de ineficacia, la o el Jefe de Aseguramiento de la Calidad debe solicitar levantar un nuevo registro de "Mejora continua" registrando en la sección "Registro o descripción de la No conformidad" del nuevo registro el No. de Folio de “Mejora continua” que no fue eficaz.</p>	<p>RESGC10 "Mejora continua".</p>
<p>Etapas 6 Revisar e informar resultados de cierre</p>		
SGC01	<p>6.1 Cierre de acciones: Después de comprobar que las acciones implantadas han sido eficaces, la Jefatura de Aseguramiento de la Calidad y/o el equipo auditor realizan el cierre del caso firmando de Vo.Bo. en la sección aplicable del documento original de "Mejora continua" (a resguardo del Departamento de Aseguramiento de la Calidad).</p> <p>6.2 Información de resultados: la o el Jefe de Aseguramiento de la Calidad, durante la revisión por la rectoría informa de los resultados obtenidos a rectoría.</p> <p>6.3 Control de registros: Los registros generados se mantienen en todo momento bajo resguardo por la o el Jefe de Aseguramiento de la Calidad en la carpeta de "Auditorías Integral y Específica" o “Revisión por rectoría” de acuerdo a la fuente, en la sección que le corresponde y mantiene actualizado el registro "Seguimiento de acciones</p>	<p>RESGC10 "Mejora continua" RESGC04 "Seguimiento de acciones correctivas" REREC04 "Resultados de la medición y análisis del SGCA".</p>

correctivas".

6.4 Cierre: la o el Jefe de Aseguramiento de la Calidad cierra la auditoría interna una vez que se han atendido eficazmente todos los hallazgos, tanto en su implementación como la verificación de su eficacia. La o el Jefe de Aseguramiento de la Calidad debe actualizar la información en "Resultados de la medición y análisis del SGCA". El cierre se realiza con la sección "Cierre" del **RESGC14** "Gestión de la auditoría interna".

GLOSARIO

Auditado: organización o persona que es auditada.

Auditor: persona teniendo la competencia para llevar a cabo una auditoría.

Auditoría: proceso sistemático independiente y documentado que permite obtener evidencia de auditoría y evaluar de manera objetiva para determinar en qué medida son alcanzados los criterios de auditoría.

Auditoría interna o auditoría de primera parte: auditorías realizaron por o en nombre de la organización auditada para necesidades internas.

Auditoría de segunda parte: auditoría llevada a cabo por un cliente de la organización.

Auditoría de tercera parte: auditoría llevada a cabo por un organismo externo e independiente, como los entes de certificación.

Acción correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una No Conformidad (NC) detectada

Corrección: Acción inmediata tomada para corregir una No conformidad, no asegura la eliminación de la causa raíz

Mejora continua: Actividad recurrente para aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos

CONTROL AMBIENTAL

Aspectos e impactos ambientales asociados		Control operacional	
	Emisiones al aire		Control de verificación vehicular
	Consumo de agua		Cuidado del uso racional del agua
*	Consumo de electricidad	*	Cuidado del apagado de equipos y luces
	Generación de residuos de manejo especial		Separación y reciclaje
*	Generación de residuos sólidos urbanos	*	Reducción, re-uso y reciclaje
	Generación de residuos peligrosos		Separación y disposición
	Contaminación por derrames		Contención y disposición

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Internos	Externos
PRREC01 Revisión por la rectoría y comunicación interna y externa	Norma Internacional ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad.
ESREC09 Medición y análisis del SGCA	Norma Internacional ISO 14001:2015 Sistema de Gestión Ambiental.
PCDIC01 Plan de calidad de docencia	ISO 19011: Directrices para la Auditoría de los Sistemas de Gestión.
PCVIN01 Plan de Calidad de educación continua y servicios tecnológicos	NMX-R-025-SCFI-2015 Norma Mexicana en Igualdad Laboral y No Discriminación.
PREYE01 Estadía	
RESGC04 Seguimiento de acciones correctivas.	
RESGC10 Mejora continua	
RESGC24 Análisis de Riesgos (FODA)	
RESGC25 Evaluación de Riesgos	

POLITICAS

Las acciones de mejora derivadas de proyectos institucionales que contribuyan significativamente a la formación de

las y los estudiantes serán reportadas en fichas técnicas. Se recomienda que la o el Jefe de Aseguramiento de la Calidad no audite a la alta dirección (rectoría).

RESPONSABILIDADES

Es responsabilidad del Comité de Gestión Integral de la Calidad identificar y presentar las acciones de mejora, así como la evaluación y análisis de los indicadores de gestión en las revisiones por la rectoría.

Es responsabilidad de la Jefatura de Aseguramiento de la Calidad programar el plan anual de auditorías.

Es responsabilidad del auditor o auditora líder la planificación de cada evento de auditoría.

El área auditada debe atender los hallazgos de la auditoría en tiempo y forma.

El SGC01 con apoyo del equipo auditor debe dar seguimiento a la eficacia de las acciones propuestas por la parte auditada.

Es responsabilidad del SGC01 dar a conocer los resultados de la auditoría, así como su cierre.

DESEMPEÑO DEL PROCESO

Indicador	Unidad de medición	Frecuencia
Porcentaje de NC atendidas en tiempo	(Número de NC atendidas en tiempo / total de NC generadas)*100	En tiempo de auditoría

AUTORIZACIÓN

Realizó	Revisó	Aprobó
Departamento de Aseguramiento de la Calidad (SGC02)	Departamento de Aseguramiento de la Calidad (SGC01)	Departamento de Aseguramiento de la Calidad (SGC01)