

ENFOQUE DEL PROCEDIMIENTO			
Propósito	1. Asegurar la identificación y corrección de las no conformidades, eliminando sus causas para prevenir su recurrencia u ocurrencia. 2. Mejorar continuamente la eficacia del SGCA, atendiendo las áreas de oportunidad identificadas, así como la implementación de acciones de mejora.		
Alcance	Todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad y Ambiental de la Universidad.		
ELEMENTOS DE ENTRADA Y SALIDA			
Elementos de entrada		Elementos de salida	
No conformidades. 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 deben estar registradas para poder darles solución y seguimiento formal. Las acciones de mejora deben estar registradas para su seguimiento. 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 tomadas para atender las no conformidades detectadas, verificando la eficacia.
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
Responsable	Descripción de actividad		Documento de control
Etapas 1 Identificación acciones			
Responsables de procesos	1.1 Acciones correctivas: acciones identificadas para eliminar la causa de las no conformidades para prevenir la recurrencia, que provengan de: a) Fuentes internas - Auditorías internas. - Incumplimiento a indicadores (sólo para la semaforización rojo incumplido). - Quejas o sugerencias (únicamente cuando se asigna tratamiento de acción correctiva). - Desviaciones de procedimientos y/o registro. - Salidas no conformes (cuando se detecta repetitividad en las mismas) - Incumplimiento a los requisitos de las normas aplicables (sólo para el estado de no cumplido). Se deberá registrar la acción correctiva en el RESGC10-“Registro de Mejora Continua, esto a más tardar en los 5 días hábiles posteriores a la detección. b) Fuentes externas - 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		RESGC10 “Registro de Mejora Continua”

	externos anexando la evidencia que solicita, además se dará seguimiento interno mediante el RESGC10-“Registro de Mejora Continua”. 1.2 Acciones de mejora: Estrategias para optimizar los procesos y aumentar la calidad de los servicios. • Proyectos institucionales de impacto interno y/o externo. • Mejoras significativas de procedimientos. También se reportan a través del RESGC10-“Registro de Mejora Continua”.	
Etapas 2 Metodología para atender acciones		
SGC01 Coordinación del Sistema de Gestión Integral	2.1 Registro de la no conformidad o mejora: Se genera en el registro RESGC10 “Registro de Mejora Continua”, llenando los campos de "Identificación", quien inicia este registro debe comunicarlo a SGC01 para su apoyo en la generación, registro y seguimiento. SGC01 envía el RESGC10 “Registro de Mejora Continua” a la persona responsable de la eficacia para su análisis. 2.2 Análisis: La persona responsable de la eficacia realiza un análisis de la causa raíz y registra en la sección “Análisis” la causa raíz y técnica utilizada, cuando se trate de una no conformidad (NC). En el caso de acciones de mejora no se requiere este análisis, y en el rubro de “Análisis de la(s) causa(s) raíz” se deberá colocar NA (No aplica). Se asienta en la sección de "Descripción de acciones" las actividades que ayuden a la eliminación de la causa raíz de la no conformidad, así como acciones de corrección, si se requieren. En el caso de acciones de mejora solo se colocan la actividades a realizar para el cumplimiento de la mejora.	RESGC10 “Registro de Mejora Continua”
Responsables de procesos	4.2 Corrección: Se considera la acción contenedora de la situación indeseable o de riesgo asociado, asimismo se valora el riesgo/oportunidad según el análisis de riesgos. De no estar considerado el riesgo identificado se incluye y evalúa en la matriz del RESGC25 “Evaluación de riesgos”. El responsable de la eficacia envía el RESGC10 “Registro de Mejora Continua” al SGC01 en un plazo no mayor a 5 días hábiles.	RESGC25 “Evaluación de riesgos”
SGC01 Coordinación del Sistema de Gestión Integral	2.3 Evidencias: De acuerdo a las acciones implementadas la persona responsable de la eficacia compartirá a SGC01 las evidencias establecidas en el RESGC10 “Registro de Mejora Continua” respetando a las fechas compromiso. En caso de un desfase para el cumplimiento se notificará la justificación.	RESGC10 “Registro de Mejora Continua”.
Etapas 3 Verificación de la eficacia		
SGC01 Coordinación del Sistema de Gestión Integral	3.1 Eficacia de las acciones: SGC01 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, SGC01 debe levantar un nuevo RESGC10 "Registro de Mejora continua" registrando en el rubro " Registro o descripción de la No conformidad/hallazgo/Mejora" el No. de Folio que no fue eficaz. En el caso de incumplimiento de evidencias de acciones, se informará en	RESGC10 “Registro de Mejora Continua”

	revisión por rectoría de la situación, con el fin de que se tomen las acciones pertinentes.	
Etapas 4 Revisión, registro y cierre		
SGC01 Coordinación del Sistema de Gestión Integral	4.1 Cierre de acciones: Después de comprobar que las acciones implantadas han sido eficaces, SGC01 y/o el equipo auditor realizan el cierre del caso firmando de Vo.Bo. en el rubro aplicable del documento original de RESGC10 "Registro de Mejora continua" 4.2 Información de resultados: Durante la revisión por la rectoría se informa de los resultados obtenidos a rectoría. 4.3 Control de registros: Los registros generados se mantienen en todo momento bajo resguardo SGC01 y se mantiene actualizado el registro RESGC04 "Seguimiento de acciones correctivas".	RESGC10 "Registro de Mejora Continua" RESGC04 "Seguimiento de acciones correctivas"
AUDITORÍA INTERNA		
Etapas 1 Programación de auditorías		
SGC01 Coordinación del Sistema de Gestión Integral	1.1 Programa de auditorías: SGC01 establece la periodicidad de las auditorías y elabora el RESGC15 "Programa de auditorías", posterior lo revisa PLA01 y se envía a rectoría para su autorización. PLA01 comparte por correo electrónico el RESGC15 firmado y autorizado a Titulares de área y equipo auditor. Es importante revisar el Programa operativo anual (POA) y Sistema de Evaluación al Desempeño (SED) para alinear las fechas planeadas de los ejercicios de auditoría.	RESGC15 "Programa de auditorías"
PLA01 Jefatura del Departamento de Planeación y Evaluación		
REC01 Rectoría		
Etapas 2 Planificación de la auditoría		
SGC01 Coordinación del Sistema de Gestión Integral	2.1 Planificación de la auditoría: SGC01 planifica las auditorías respetando las fechas del RESGC15 "Programa de auditorías". Se planea la auditoría con base en lo establecido en la sección de planificación en el RESGC14 "Gestión de la auditoría interna" tomando en cuenta al personal involucrado. La persona responsable del proceso por parte del área auditada en cuestión, debe asegurar que se provea la información y recursos necesarios para que la auditoría se lleve a cabo sin contratiempos. 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 RESGC14 "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.	RESGC14 "Gestión de la auditoría interna"
PLA01 Jefatura del Departamento de Planeación y Evaluación	2.3 Equipo auditor: PLA01 y SGC01 asignan el equipo auditor, teniendo en cuenta las competencias para alcanzar los objetivos de la auditoría. Auditores en formación participan bajo la dirección y orientación de un auditor(a) interno(a). La selección del equipo auditor en la realización de las auditorías debe 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 estará a cargo de la gestión de todo el proceso y debe asegurarse de su eficacia. El equipo auditor es evaluado	
SGC01 Coordinación del Sistema de Gestión Integral		

Equipo auditor	por medio del RESGC11 "Calificación y evaluación de auditores(as) de SGCA". 2.4 Trazabilidad: cada auditoría tiene un folio asignado por SGC01, 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. 2.5 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 RESGC14 "Gestión de la auditoría interna". 2.6 Auditoría interna según la Norma NMX-R-SCFI-025: se realiza una vez al año, y la auditoría 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.	RESGC11 "Calificación y evaluación de auditor de SGCA" RESGC14 "Gestión de la auditoría interna" NMX-R-SCFI-025.
Etapas 3 Ejecución de la auditoría		
Responsables de procesos	3.1 Reunión de apertura: Se realiza la reunión con el personal responsable de procesos y equipo auditor. 3.2 Realización de auditoría: El equipo auditor previo a la auditoría preparará las preguntas o condiciones a verificar en el RESGC20 "Lista de verificación de la auditoría". Durante el ejercicio se anotan la justificación / observaciones para determinar el hallazgo. El hallazgo debe estar sustentado con la recopilación de evidencia objetiva. 3.3 Registro de hallazgos: El equipo auditor debe registrar los hallazgos correspondientes en el momento de su identificación, confirmándolos con la o el auditado. Posteriormente se emplea el formato RESGC16 "Hallazgos de la auditoría". 3.4. Evaluación de equipo auditor: La o el auditado evalúa al equipo auditor por persona en el RESGC11 "Calificación y evaluación de auditores(as) de SGCA".	RESGC20 "Lista de verificación de la auditoría". RESGC16 "Hallazgos de la auditoría". RESGC11 "Calificación y evaluación de auditores(as) de SGCA"
Equipo auditor	Para la NMX-R-SCFI-025 se evalúa la implementación de prácticas y acciones de igualdad laboral y no discriminación de acuerdo a los requisitos de la norma NMX-R-025-SCFI-2015, apegándose al Apéndice Normativo C. La auditoría interna debe realizarse antes de la certificación, recertificación o auditoría de vigilancia.	Formato libre o asignado por IMUG
Etapas 4 Reporte de auditoría		
La o el auditor líder	4.1 Resultados de auditoría: El equipo auditor informa al auditor(a) Líder de los hallazgos durante la auditoría. La o el auditor líder elabora el "Reporte ejecutivo de resultados" en la sección correspondiente de la RESGC14 "Gestión de la auditoría interna", donde se registra el número de hallazgos encontrados durante la auditoría por cada tipo de hallazgo. El resumen ejecutivo y conclusiones de la auditoría, RESGC14 "Gestión de la auditoría interna", deben 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. 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.	RESGC14 "Gestión de la auditoría interna"

Etapas de hallazgos		
Etapas de hallazgos		
Responsables de procesos	5.1 El personal responsable de procesos 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 RESGC10 "Mejora continua" las acciones y fecha compromiso para el cumplimiento. 5.2 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 RESGC25 "Evaluación de riesgos". De no estar considerado el riesgo identificado, se revisa para su adición y evaluación. 5.3 SGC01 da seguimiento a las acciones correctivas a través de RESGC04 "Seguimiento de acciones correctivas". 5.4 En el proceso de auditoría externa PLA01 y SGC01 deben atender las acciones levantadas en el plazo que la o el auditor establezca, en conjunto a las áreas responsables. 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, DEP01 será responsable de dar el seguimiento.	RESGC10 "Registro de Mejora Continua" RESGC25 "Evaluación de riesgos" RESGC04 "Seguimiento de acciones correctivas"
SGC01 Coordinación del Sistema de Gestión Integral		
PLA01 Jefatura del Departamento de Planeación y Evaluación		
DEP01 Jefatura del Departamento de Personal		
Etapas de cierre de auditoría		
Etapas de cierre de auditoría		
SGC01 Coordinación del Sistema de Gestión Integral	6.4 Cierre: SGC01 y Auditor (a) líder cierran 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 RESGC04 "Resultados de la medición y análisis del SGCA". El cierre se realiza con la sección "Cierre" del RESGC14 "Gestión de la auditoría interna".	RESGC14 "Gestión de la auditoría interna"
La o el auditor líder		

GLOSARIO

Auditado: Organización o persona que es auditada.

Equipo auditor: Una o más personas que llevan a cabo una auditoría con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos.

Auditor: Persona que lleva a cabo una auditoría

Auditoría: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias objetivas y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría.

Auditoría interna o auditoría de primera parte: Se realizan por, o en nombre de la propia organización.

Auditoría de segunda parte: Se llevan a cabo por partes que tienen un interés en la organización, tal como los clientes.

Auditoría de tercera parte: Se llevan a cabo por organizaciones auditoras independientes, tales como las que otorgan la certificación/registro de conformidad o agencias gubernamentales.

Auditoría combinada: Auditoría llevada a cabo conjuntamente a un único auditado en dos o más sistemas de gestión.

Evidencia objetiva: Datos que respaldan la existencia o veracidad de algo.

Hallazgos de la auditoría: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.

Acción correctiva: Acción para eliminar la causa de una No Conformidad (NC) y evitar que vuelva a ocurrir.

Corrección: Acción llevada a cabo para eliminar una No conformidad detectada.

Mejora continua: Actividad recurrente para mejorar el desempeño.

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
RESGC04 Seguimiento de acciones correctivas. RESGC10 Mejora continua RESGC11 Calificación y evaluación de auditores (as) de SGCA RESGC14 Gestión de la auditoría interna RESGC15 Programa de auditorías RESGC16 Hallazgos de auditor RESGC20 Lista de verificación de la auditoría RESGC25 Evaluación de riesgos	ISO 9000:2015 Sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y vocabulario ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad. ISO 14001:2015 Sistema de Gestión Ambiental. ISO 19011:2018 Directrices para la Auditoría de los Sistemas de Gestión. NMX-R-025-SCFI-2015 Norma Mexicana en Igualdad Laboral y No Discriminación.

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 PLA01 y SGC01 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 Coordinación del Sistema de Gestión Integral 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.

La Coordinación del Sistema de Gestión Integral con apoyo del equipo auditor debe dar seguimiento a la eficacia de las acciones propuestas por la parte auditada.

Es responsabilidad de la Coordinación del Sistema de Gestión Integral dar a conocer los resultados de la auditoría, así como su cierre.

DESEMPEÑO DEL PROCESO

Indicador	Unidad de medición	Fórmula	Frecuencia de medición
Porcentaje de acciones correctivas atendidas en tiempo.	Porcentaje de acciones atendidas	(Acciones correctivas atendidas en la temporalidad/Acciones correctivas levantadas en la misma temporalidad)*100	Cuatrimestral
Porcentaje de eficacia de las acciones correctivas.	Porcentaje de acciones eficaces	(Acciones eficaces/Acciones atendidas)*100	Cuatrimestral

AUTORIZACIÓN

Realizó	Revisó	Aprobó
Coordinación del Sistema de Gestión Integral	Jefatura de Departamento del Planeación y Evaluación	Rectoría