



1 OBJETIVO

- 1.1 Establecer la metodología para planear y ejecutar las auditorías internas de calidad las cuales pueden ser de manera presencial o a distancia, que permitan verificar la conformidad del Sistema Institucional de Autogestión de la Calidad de la Universidad Autónoma de Tlaxcala, con respecto a los requerimientos aplicables de la norma ISO 9001:2015 / NMX-CC-9001-IMNC-2015.

2 ALCANCE

- 2.1 Este procedimiento aplica a todas las: Áreas, Facultades, Unidades Académicas y Centros de Investigación de la Universidad Autónoma de Tlaxcala; que integran el Sistema Institucional de Autogestión de la Calidad.

3 DEFINICIONES

- 3.1 **Auditoría de Calidad:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar si se cumplen con los criterios de auditoría.
- 3.2 **Criterios de auditoría:** Conjunto de políticas, procedimientos y requisitos del Sistema de Autogestión, utilizados como referencia.
- 3.3 **Evidencias de la auditoría:** Registros, declaraciones de hechos u otra información que son relevantes para los criterios de auditoría y verificables.
- 3.4 **Auditoría Conjunta:** Auditoría en la que el grupo auditor está formado por personal de dos o más organismos distintos, incluyendo auditores de la Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- 3.5 **Auditor:** Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría.
- 3.6 **Auditor Líder:** Persona con la competencia para dirigir y llevar a cabo una auditoría.
- 3.7 **Equipo Auditor:** Uno a más auditores que realizan una auditoría, ayudado por expertos técnicos si es necesario.
- 3.8 **Programa de auditoría:** Conjunto de una o más auditorías planificadas para el periodo de tiempo específico y dirigido hacia un propósito específico.
- 3.9 **Plan de auditoría:** Es un plan de acción que documenta los procedimientos que seguirá un auditor.
- 3.10 **Debilidad:** Es el incumplimiento de forma aislada de alguna parte de un criterio de la norma, que puede afectar directamente la calidad del servicio.
- 3.11 **Oportunidad de Mejora:** Es implementar cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del usuario y aumentar su satisfacción.
- 3.12 **Riesgo:** Es el incumplimiento, ausencia o no aplicación parcial de un requisito de la norma o procedimientos de la universidad.
- 3.13 **No Conformidad:** Incumplimiento, ausencia o no aplicación de un requisito de la Norma y que puede afectar directamente al servicio, seguridad, recursos e imagen de la universidad.



- 3.14 **Acción correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.
- 3.15 **Acción para evitar riesgos:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.
- 3.16 **SIAC:** Sistema Institucional de Autogestión de la Calidad.

4 REFERENCIAS

- 4.1 Norma ISO 9001:2015 / NMX-CC-9001-IMNC-2015, requisito 9.2 Auditoría interna.
- 4.2 Guía IWA-2 / NMX-CC-023-IMNC-2003, Sistema de Gestión de la Calidad para organizaciones educativas.
- 4.3 Norma ISO 19011:2002 / NMX-CC-SAA-19011-IMNC-2002, Directrices para la auditoría de los Sistemas de Gestión de la Calidad y/o Ambiental.

5 RESPONSABLES

- 5.1 Rectoría
- 5.2 Coordinador del SIAC
- 5.3 Responsables de calidad del SIAC de todas las áreas de la universidad.
- 5.4 Auditores internos
- 5.5 Secretarías Institucionales
- 5.6 Divisiones Institucionales
- 5.7 Facultades
- 5.8 Centros de investigación
- 5.9 Unidades Académicas Multidisciplinarias

6 DESARROLLO

- 6.1 Durante los últimos meses de cada año el Coordinador del SIAC desarrolla el Programa anual de auditorías 101-RG-13, el cual se estructura y programa de acuerdo con los resultados de las auditorías previas en cuyo caso se considerará de mayor importancia para el programa de auditoría aquellas áreas con mayor número de hallazgos registrados en la auditoría inmediata anterior, así como las áreas que se encuentren con debilidades o riesgos.
- 6.2 Una vez elaborado el Programa Anual de Auditorías 101-RG-13, el Coordinador del SIAC lo valida, y en su caso informará a alguna área en particular si está sujeta a una auditoría extraordinaria.
- 6.3 El Plan debe ser comunicado a los responsables de calidad de las distintas áreas que se encuentran en el alcance del sistema de calidad de la universidad mediante reunión de comité al inicio de año.
- 6.4 El Coordinador del SIAC asigna para cada auditoría a un auditor líder; el cual será responsable de coordinar y dirigir la (s) auditoría (s) interna (s) correspondiente (s).
- 6.5 El Coordinador del SIAC y el auditor líder seleccionan a los miembros del equipo de auditores y



registran sus nombres en la Notificación de Auditorías 101-RG-14, en un plazo no menor a diez días antes de la realización de la auditoría programada, asegurando la independencia de los auditores sobre los trabajos a auditar.

- 6.6 En caso de auditorías no programadas, el coordinador del SIAC podrá seleccionar previamente y en cualquier momento al auditor líder así como al equipo de auditores.
- 6.7 El auditor líder es seleccionado considerando los siguientes lineamientos:
 - 6.7.1 Haber cursado y aprobado externamente un curso para formación de auditores en sistemas de calidad, con un resultado de aprovechamiento mínimo de 90%.
 - 6.7.2 Tener un mínimo de seis meses laborando en la Universidad Autónoma de Tlaxcala.
 - 6.7.3 Tener conocimientos de los procesos de la Universidad Autónoma de Tlaxcala.
 - 6.7.4 Tener conocimientos de la Norma ISO 9001:2015 / NMX-CC-9001-IMNC-2015, aplicable en la Institución.
- 6.8 Los integrantes del equipo de auditores son seleccionados considerando los siguientes lineamientos:
 - 6.8.1 Haber cursado y aprobado externamente un curso relacionado con formación de auditores en sistemas de calidad, con un resultado de aprovechamiento mínimo de 80%.
 - 6.8.2 Tener un mínimo de seis meses laborando en la Universidad Autónoma de Tlaxcala.
 - 6.8.3 Tener conocimientos de los procesos de la Universidad Autónoma de Tlaxcala.
 - 6.8.4 Tener conocimientos de la Norma ISO 9001:2015 / NMX-CC-9001-IMNC-2015, aplicable en la Institución.
- 6.9 El Coordinador del SIAC se asegura que tanto el auditor líder como cada uno de los integrantes del equipo de auditores son personal independiente de la actividad a ser auditada, lo cual se define previamente en la "Notificación de Auditoría" 101-RG-14.
- 6.10 El equipo auditor deberá ser evaluado por las áreas auditadas para su análisis, retroalimentación y la mejora continua para las posteriores revisiones, a través del instrumento de evaluación llamado "Evaluación del Auditor Interno de Calidad" 101-RG-20. <https://forms.gle/iwC9XuwGfwrNNw6B7>

PLANEACIÓN DE LA AUDITORÍA

- 6.11 El Coordinador del SIAC prepara la "Notificación de Auditoría" 101-RG-14, dónde se indica la fecha de realización de cada auditoría, el objetivo, el alcance de la auditoría y el plan de auditoría, donde se especifican las actividades a seguir; este documento es enviado a rectoría con copia a los responsables de las áreas a auditar por lo menos con 15 días de anticipación de la fecha programada.
- 6.12 En caso de que exista alguna indisposición para recibir la auditoría por cualquiera de las áreas a auditar, se deberá informar al auditor líder con un plazo mínimo de 3 días hábiles antes de la ejecución de la auditoría, indicándose el motivo de la cancelación y la nueva fecha para su ejecución.
- 6.13 Una vez confirmadas las fechas para ejecutar la auditoría, el coordinador del SIAC deberá realizar el



portafolio del auditor el cual estará integrado con la siguiente documentación:

- 6.13.1 Notificación de Auditoría 101-RG-14
- 6.13.2 Norma ISO 9001:2015 / NMX-CC-9001-IMNC-2015
- 6.13.3 Registro de asistencia.
- 6.13.4 Guía de comprobación 101-RG-15
- 6.13.5 Informe de Auditoría 101-RG-16
- 6.13.6 Evaluación del auditor interno de calidad 101-RG-20
- 6.13.7 Control de Hallazgos 101-RG-22 (de auditoría (s) anterior (es)).

6.14 Para las auditorías conjuntas se utilizará la documentación de auditoría de la Universidad Autónoma de Tlaxcala, citada anteriormente.

EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA

- 6.15 Durante la reunión de apertura el auditor líder utilizará el registro de asistencia y dará lectura a la “Notificación de Auditoría” 101-RG-14, confirmando el objetivo y el alcance de la auditoría, el plan de auditoría, la norma de referencia y la metodología a seguir para la ejecución de la misma.
- 6.16 La reunión de apertura debe contar con la presencia del jefe o titular del área y responsable de calidad, el auditor líder, el equipo de auditores y los responsables de las áreas a auditar.
- 6.17 Una vez concluida la reunión de apertura, los auditores realizarán visitas a las áreas a auditar, de acuerdo a la “Notificación de Auditoría” 101-RG-14, recopilando por cada área las evidencias y los hallazgos de auditoría para la evaluación del Sistema Institucional de Autogestión de la Calidad a través de la “Guía de Comprobación” 101-RG-15, tomando nota de los hallazgos y desviaciones encontradas.
- 6.18 En caso de ser necesario, el auditor líder incluirá en el plan de auditoría una reunión entre auditores, la cual será previa a la reunión final.
- 6.19 El equipo de auditores debe reunirse cuantas veces sea necesario para revisar los hallazgos de auditoría en momentos adecuados durante la misma para tomar acuerdos sobre los avances y conclusiones de la auditoría.
- 6.20 Al término de la auditoría se realiza la reunión final en presencia de las autoridades del área, responsable de calidad y los responsables de los procesos auditados, el auditor líder y su equipo.
- 6.21 El auditor líder y su equipo comentarán los hallazgos encontrados con los responsables de procesos con la finalidad de consensuar las recomendaciones que serán incluidas en el informe final.
- 6.22 El auditor líder dará un breve informe verbal del resultado de la auditoría, recibirá los comentarios correspondientes sobre la ejecución de la auditoría y dará a conocer la fecha de entrega del “Informe de Auditoría” 101- RG-16.
- 6.23 El área auditada dispondrá de tres días hábiles, posteriores a la revisión efectuada para presentar evidencias y/o información para solventar los hallazgos existentes antes de que sea emitido el



“Informe de Auditoría” 101-RG-16.

6.24 La reunión de apertura y la reunión final son opcionales en los casos de auditorías extraordinarias.

REPORTE DE AUDITORÍA

6.25 El auditor líder y su equipo de auditores se reunirán posterior al término de la auditoría para analizar y evaluar la información obtenida de la auditoría; al término de su análisis y evaluación el auditor líder elaborará el “Informe de Auditoría” 101-RG-16, indicando las no conformidades y hallazgos detectados.

6.26 El informe de auditoría debe indicar si se trata de una: No Conformidad, Riesgo u Oportunidad de Mejora con los respectivos requisitos de la Norma ISO.

6.27 La declaración y clasificación de los hallazgos se realizará considerando los siguientes criterios:

6.27.1 **No Conformidad:** Incumplimiento, ausencia o no aplicación de un requisito de la Norma y que puede afectar directamente al servicio, seguridad, recursos e imagen de la universidad.

6.27.2 **Riesgo:** Es el incumplimiento, ausencia a la no aplicación parcial de un requisito de la norma o procedimientos de la universidad.

6.27.3 **Oportunidad de Mejora:** Es implementar cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del usuario y aumentar su satisfacción.

6.28 Una vez recibido todos los informes de los auditores líderes, el Coordinador del SIAC, entregará el Informe final de auditoría 101-RG-16 a la Rectoría.

6.29 Los responsables de calidad de todas las áreas auditadas tomarán como base el informe de auditoría, para elaborar con los responsables de procesos las correspondientes acciones de mejora.

SEGUIMIENTO

6.30 El responsable de calidad conjuntamente con el responsable de proceso establecen el plan de acción para la solución de las acciones correctivas o de mejora en el registro “Plan de acción para la resolución de las acciones correctivas o riesgos” 101-RG-10^a, para aquellas acciones que requieran de mayor tiempo, recursos o estrategias institucionales para su solventación.

6.31 El responsable de calidad deberá informar a la Coordinación Institucional de Autogestión de la Calidad las fechas de compromiso para la solución de las acciones correctivas o de mejora en el plazo que la coordinación establezca.

6.32 Los responsables de los procesos del SIAC de las áreas, facultades, unidades académicas y centros de investigación, deben dar seguimiento a las no conformidades detectadas y sus respectivas acciones correctivas, e informará a la autoridad y/o responsable de calidad del área sobre el resultado de su aplicación.

6.33 Los responsables de los procesos del SIAC serán los responsables de conservar los registros derivados de este procedimiento.



6.34 El Coordinador del SIAC dará seguimiento a la solventación de los hallazgos, para verificar su cumplimiento y solventación.

7 FORMATOS / REGISTROS

7.1	Registro de asistencia	s/n
7.2	Solicitud de acción de mejora	101-RG-10
7.3	Plan de acción para la resolución de Las acciones correctivas o riesgos	101-RG-10 ^a
7.4	Programa anual de auditorías	101-RG-13
7.5	Notificación de auditoría	101-RG-14
7.6	Guía de comprobación ISO 9001:2015	101-RG-15
7.7	Informe de auditoría	101-RG-16
7.8	Evaluación del Auditor Interno	101-RG-20
7.9	Control de Hallazgos	101-RG-22

Dr. Juan Sánchez Osorio

Coordinación Institucional de Gestión
de la Calidad
Elaboró y revisó