

REVISIONES Y ACTUALIZACIONES				
No. de Rev.	Fecha de Modificación	Hoja modificada	Descripción de la revisión o actualización	Elaboró, Nombre y Firma
01	21/01/2010	Todas	Se adecua el procedimiento referenciando la norma NMX-CC-9001-IMNC-2008 en el encabezado del documento.	Tomás Ramírez Cid

Este Procedimiento deberá ser actualizado conforme a los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora, a partir de la fecha de emisión o última revisión; para aumentar la eficacia de su cumplimiento.

ELABORÓ: DIR. INNOV. Y CALIDAD/TRC 20 DE AGOSTO DE 2008.	REVISÓ: DIC/TRC 21 DE ENERO DE 2010.	AUTORIZÓ: DIC/TRC 21 DE ENERO DE 2010.	REC/CCS 28 DE ENERO DE 2010.
--	--	--	---------------------------------

CONTROL DE COPIAS		
Puesto	No. de copias controladas	Fecha y firma de recibido
Dirección de Innovación y Calidad	1	
Rectoría	1	

La dirección electrónica en donde se encuentra ubicado este procedimiento es: www.utgutiérrezzamora.edu.mx para consulta general. Los documentos electrónicos están firmados digitalmente por las entidades respectivas. Las firmas digitales corresponden de la siguiente manera:

Área	Firma Electrónica
Rectoría	Rectoría
Jurídico	Jurídico
Vinculación	Área de Vinculación
Planeación y Evaluación	Área de Planeación y Evaluación
Innovación y Calidad	Innovación y Calidad
Administración y Finanzas	Área de Administración y Finanzas
Académico	Área Académica

ELABORÓ: DIR. INNOV. Y CALIDAD/TRC 20 DE AGOSTO DE 2008.	REVISÓ: DIC/TRC 21 DE ENERO DE 2010.	AUTORIZÓ: DIC/TRC 21 DE ENERO DE 2010.	REC/CCS 28 DE ENERO DE 2010.
--	--	--	---------------------------------

ÍNDICE

Contenido	Página
1. Propósito.....	4
2. Alcance.....	4
3. Referencias.....	4
4. Definiciones.....	4
5. Políticas de Operación.....	5
6. Descripción del Procedimiento.....	6
7. Registros.....	8
8. Diagrama de Flujo.....	9
9. Anexos.....	11

ELABORÓ:

DIR. INNOV. Y CALIDAD/TRC
20 DE AGOSTO DE 2008.

REVISÓ:

DIC/TRC
21 DE ENERO DE 2010.

AUTORIZÓ:

REC/CCS
28 DE ENERO DE 2010.

1. Propósito.

Establecer los lineamientos para dirigir la planificación y realización de las Auditorías Internas que permitan verificar la implantación, operación, mantenimiento y conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad con los requisitos de la norma

2. Alcance.

Este procedimiento aplica a todo el SGC de la UTGZ.

3. Referencias.

- Manual de Calidad.
- Plan de Calidad.
- Informe de Auditorías.
- Informe de Resultado de Producto no Conforme.
- SGC-PG-01 Procedimiento del SGC para el Control de Documentos.
- SEE-PG-13 Procedimiento de Producto No Conforme.
- SEE-PG-03 Procedimiento del SGC para Acciones Preventivas.
- SEE-PG-04 Procedimiento del SGC para Acciones Correctivas.
- Directrices para Auditoría de los Sistemas de Gestión de la Calidad ISO 19011:2000.
- Resultados de encuesta para la determinación y gestión del ambiente de trabajo.
- SEE-PG-04 Procedimiento del SGC para la atención de Quejas y Sugerencias.
- SEE-PG-01 Procedimiento del SGC para el Control de Documentos.

4. Definiciones.

Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una **No Conformidad** detectada u otra situación indeseable en la operación del SGC.

Acción Preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de una **No Conformidad** potencial u otra situación indeseable en la operación del SGC.

Corrección: Acción tomada para eliminar la **No Conformidad** detectada.

Productos de la UTGZ: Son las prestaciones de los servicios que la UTGZ ofrece para dar cumplimiento a los requisitos del Cliente, como son: Formación Integral, (cumplimiento de Planes de Estudio conforme al Modelo Educativo), Práctica Docente, Servicios de Soporte (Centro de Cómputo, Biblioteca) y Atención en Ventanilla (Servicios Escolares, Recursos Financieros).

Producto No Conforme: Incumplimiento de una especificación de los servicios que ofrece la UTGZ, establecidos en el Plan de Calidad
Servicios de Apoyo: Son las actividades que contribuyen a la realización de los Servicios que ofrece la UTGZ, como Centro de Información, Centro de Cómputo.

Servicios Estudiantiles: Actividades complementarias al Servicio Educativo y necesarias para la realización del mismo, ejemplo: Tutorías, Asesorías Académicas, Asesorías Psicopedagógicas

Servicios de Soporte: Son las actividades complementarias necesarias para la formación del alumno. Estos servicios son: Centro de Cómputo, Biblioteca.

ELABORÓ:	REVISÓ:	AUTORIZÓ:
DIR. INNOV. Y CALIDAD/TRC 20 DE AGOSTO DE 2008.	DIC/TRC 21 DE ENERO DE 2010.	REC/CCS 28 DE ENERO DE 2010.

5. Políticas de Operación.

5.1. Frecuencia.

5.1.1. Este procedimiento es aplicable de manera continua.

5.2. Disposiciones generales.

5.2.1. El Rector y el Director de Innovación y Calidad son responsables de planificar las auditorías internas.

5.2.2. El Rector y el Director de Innovación y Calidad programan los cursos para formación y actualización del Equipo Auditor y se aseguran de la selección y competencia de los equipos de Auditores Internos.

5.2.3. Es competencia del Rector y del Director de Innovación y Calidad asegurarse de la realización de la Auditoría de acuerdo al plan.

5.2.4. La viabilidad de la Auditoría debe determinarse teniendo en consideración la disponibilidad de la información, de los recursos necesarios y del personal.

5.2.5. Cuando la Auditoría se considera viable, según la instancia, se debe seleccionar al equipo auditor teniendo en cuenta la competencia necesaria de los auditores.

5.2.6. Antes de las actividades de las auditorías *in situ*, la documentación del auditado debe ser revisada para determinar la conformidad del sistema, según lo documentado con los criterios de la auditoría.

5.2.7. El Líder del Equipo Auditor, es responsable de asignar a cada miembro del equipo las responsabilidades para auditar los procesos, funciones, lugares, áreas o actividades específicos.

5.2.8. Es responsabilidad del Director del Rector y del Director de Innovación y Calidad convocar al Comité de Calidad posterior a la entrega del Informe de Auditoría para atender los hallazgos de la Auditoría y aplicar los procedimientos SEE-PG-03 Procedimiento de Acciones Preventivas y SEE-PG-04 Procedimiento de Acciones Correctivas, según sea el caso, estas acciones no son consideradas como parte de la Auditoría.

5.2.9. El Comité de Calidad deberá verificar la implantación de la Acción Correctiva o Acción Preventiva, según sea el caso, y verificar su eficacia; esta verificación puede ser parte de una Auditoría posterior.

5.2.10. Es responsabilidad del Director de Innovación y Calidad mantener actualizados los expedientes de los auditores cada vez que haya actualizado o formado nuevos auditores.

5.2.11. Es facultad del Auditor Líder informar al Auditado cuando la documentación es inadecuada y decidir si se continúa o se suspende la auditoría hasta que los problemas de la documentación se resuelvan.

ELABORÓ:	REVISÓ:	AUTORIZÓ:
DIR. INNOV. Y CALIDAD/TRC 20 DE AGOSTO DE 2008.	DIC/TRC 21 DE ENERO DE 2010.	DIC/TRC 28 DE ENERO DE 2010.

6. Descripción del Procedimiento.

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1. Elaboran programa de auditorías y designa equipo auditor	<p>1.1 Elabora Programa Anual de Auditorías y publica fechas programadas para Auditorías Internas, en formato SGC-RC-05-01 NOTA: Para conformar el Equipo de Auditores se debe requisitar el Formato para Calificación de Auditores Internos SGC-PG-05-02, con base en los criterios para calificación de auditores SGC-RC-012. Por medio de votación interna de las partes, con base en las habilidades personales de los auditores, designa al Líder del Equipo.</p>	Auditor Líder
2. Preparan plan de auditoría	<p>2.1 Una vez formado el Equipo Auditor y designado por el Auditor Líder preparan el Plan de Auditoría (SEE-PG-05-03), considerando: Los objetivos, el alcance, los criterios y la duración estimada de la auditoría previendo las reuniones con la Dirección del auditado y las reuniones del equipo auditor, incluyendo la preparación, la revisión y elaboración del informe final.</p> <p>2.2 Asigna a cada miembro la responsabilidad de auditar procesos, funciones, lugares, áreas o actividades específicas, considerando la independencia y competencia de los auditores.</p>	Auditor Líder
3. Revisa documentación y prepara auditoría <i>in situ</i>	<p>3.1 Antes de iniciar las actividades <i>in situ</i>, se debe revisar la documentación para determinar la conformidad del sistema, teniendo en cuenta: el tamaño, la naturaleza y la complejidad de la institución, así como el alcance y los objetivos de la auditoría sobre todo, cuando la auditoría sea por primera vez o de ampliación al alcance del SGC.</p> <p>3.2 Si la documentación es inadecuada el líder del equipo debe informar al auditado y decidir si se continúa o se suspende la auditoría hasta que los problemas de la documentación se resuelvan. Ver política 5.2.11</p> <p>3.3 Si la documentación es adecuada, preparan los documentos necesarios para llevar a cabo la auditoría <i>in situ</i>.</p>	Equipo Auditor
4. Auditoría <i>in situ</i>	<p>4.1 Realiza la reunión de apertura con el Comité de Calidad y/o con aquellos responsables de las funciones o procesos que se van a auditar. El propósito de la reunión de apertura es: Confirmar el plan de auditoría, proporcionar un breve resumen de cómo se llevarán a cabo las auditorías, confirmar los canales de comunicación y proporcionar al auditado la oportunidad de realizar preguntas sobre el desarrollo de la auditoría. Se debe llevar el registro de asistencia (SGE-PG-05-04 Lista de Asistencia).</p> <p>4.2 Informa al auditado para decidir si se confirma o modifica el plan de auditoría, o si se realizan cambios en los objetivos de la auditoría o su alcance o bien su terminación. Cuando las evidencias disponibles de las auditorías indiquen que los objetivos de las mismas no son alcanzables.</p> <p>4.3 Asigna actividades para establecer contactos y horarios para entrevistas, visitas a áreas específicas de la UTGZ, proporcionar aclaraciones o ayudar a recopilar información a los guías u observadores, siempre y cuando hayan sido designados por el auditado.</p>	Auditor Líder/Equipo Auditor

ELABORÓ:

REVISÓ:

AUTORIZÓ:

DIR. INNOV. Y CALIDAD/TRC
20 DE AGOSTO DE 2008.

DIC/TRC
21 DE ENERO DE 2010.

DIC/TRC
21 DE ENERO DE 2010.

REC/CCS
28 DE ENERO DE 2010.

HOJA
6 DE 22

	<p>4.4 De acuerdo al plan de auditoría revisa la conformidad del sistema de gestión, conforme a los criterios de auditoría y requisitos de norma.</p> <p>4.5 Se reúne cuando sea necesario para revisar los hallazgos de la auditoría en etapas adecuadas de la misma.</p>	
5. Prepara y aprueba el informe de auditoría	<p>5.1 Previo al cierre de auditoría se reúne para revisar los hallazgos de la auditoría, (SGE-PG-05-04 Lista de Asistencia),- acordar las conclusiones de la misma, preparar las recomendaciones y comentar el seguimiento si se estuviese considerado en los objetivos. (Las conclusiones pueden tratar asuntos relativos al grado de conformidad con respecto a la Norma ISO 9001:2000 o criterios de auditoría, la eficaz implantación, mantenimiento y mejora del SGC.</p> <p>5.2 Evalúa la evidencia de la auditoría con respecto a los criterios de la misma para generar los hallazgos, los cuales pueden indicar tanto conformidad como no conformidad. (Cuando los objetivos de la auditoría así lo especifiquen, los hallazgos de la auditoría pueden identificar una observación y/o una oportunidad de mejora).</p> <p>5.3 Prepara el Informe de Auditoría SGC-PG-05-05 que rendirán en la reunión de cierre.</p> <p>5.4 Revisa el informe elaborado y se proporciona un registro completo de la auditoría.</p>	<p>Equipo Auditor</p> <p>Auditor Líder</p> <p>Equipo Auditor</p> <p>Auditor Líder</p>
6. Distribuye informe de auditoría	<p>6.1 Preside la reunión de cierre, presenta los hallazgos y conclusiones de la auditoría. (Formato SGC-PG-05-05).</p> <p>6.2 Realiza entrega del Informe de Auditoría al Rector</p> <p>6.3 Se acuerda con el auditado el intervalo de tiempo necesario por éste para que presente un plan de acciones correctivas o preventivas. Si es conveniente se presentan las oportunidades de mejora enfatizando que las recomendaciones no son obligatorias.</p> <p>Nota: el informe de auditoría es propiedad el cliente de la auditoría.</p> <p>Los miembros del Equipo Auditor y todos los receptores el informe deben respetar y mantener la debida confidencialidad del informe.</p>	Auditor Líder
7. Recibe Informe de Auditoría	<p>7.1 Recibe Informe de Auditoría y establece acuerdo con el Comité de Calidad sobre el intervalo de tiempo para presentar el plan de acciones correctivas o preventivas que atenderán a las No Conformidades derivadas de la Auditoría por parte del Área responsable</p> <p>Nota: La Auditoría finaliza cuando todas las actividades descritas en el plan de auditoría se hayan realizado y el informe de la auditoría aprobado haya sido distribuido.</p>	Rector
8. Seguimiento de Auditoría	<p>8.1 Realiza análisis de los hallazgos.</p> <p>8.2 Verifica si se implementó la acción correctiva y su eficacia. Esta verificación puede ser parte de una auditoría posterior.</p>	Comité de Calidad
Fin del Procedimiento		

ELABORÓ: DIR. INNOV. Y CALIDAD/TRC 20 DE AGOSTO DE 2008.	REVISÓ: DIC/TRC 21 DE ENERO DE 2010.	AUTORIZÓ: REC/CCS 28 DE ENERO DE 2010.
--	--	--

7. Registros.

Los registros que se utilizan son los siguientes:

Registros	Tiempo de retención	Responsable de conservarlo	Código del Registro
Programa Anual de Auditorías Internas	1 año	Dirección de Innovación y Calidad	SGCP-PG-05-01
Informe de Auditoría	1 año	Dirección de Innovación y Calidad	SGC-PG-05-06
Requisición de Acción Preventiva (RAP)	1 año	Dirección de Innovación y Calidad	SGC-PG-03-01

ELABORÓ:

DIR. INNOV. Y CALIDAD/TRC
20 DE AGOSTO DE 2008.

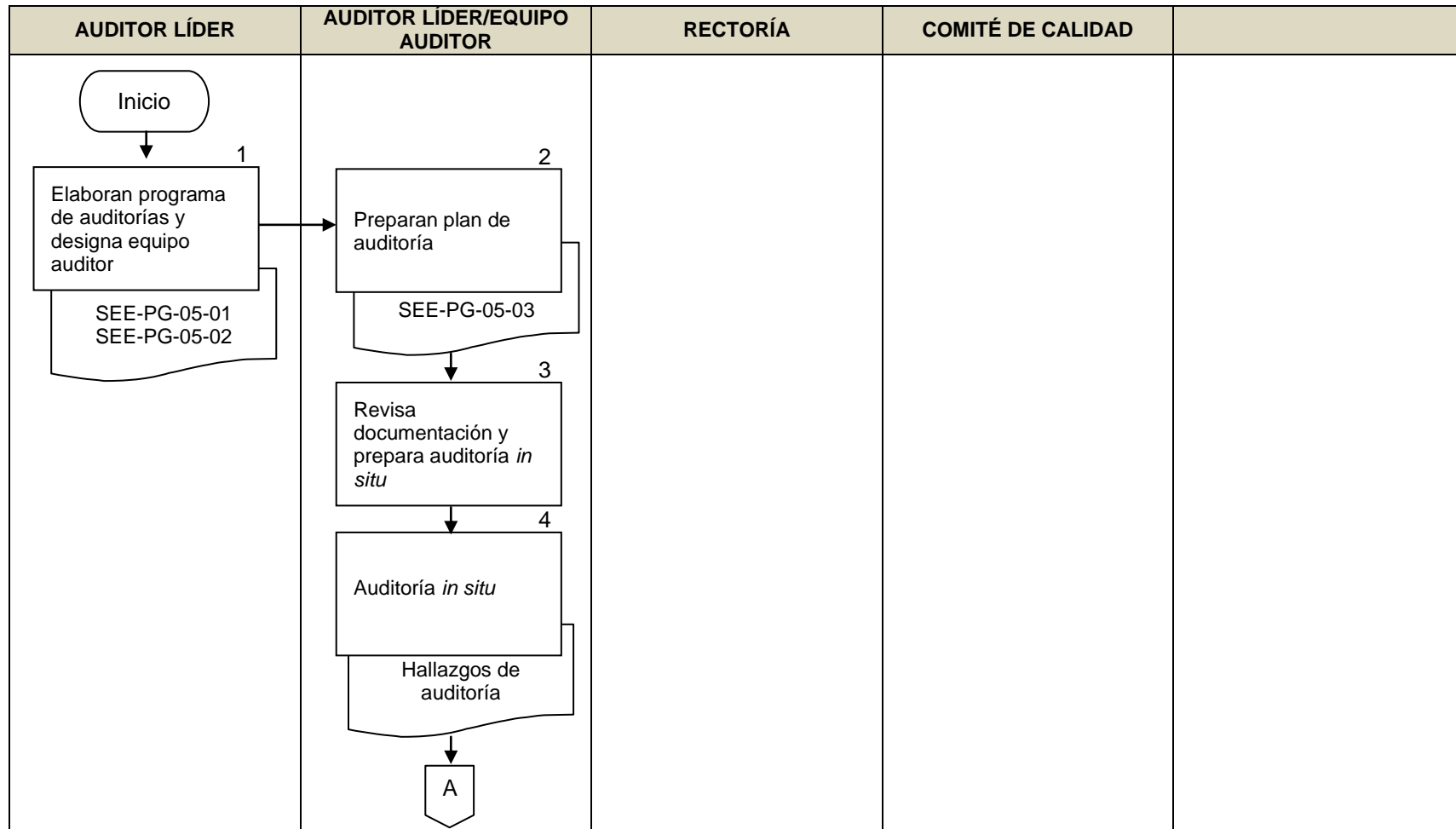
REVISÓ:

DIC/TRC
21 DE ENERO DE 2010.

AUTORIZÓ:

REC/CCS
28 DE ENERO DE 2010.

8. Diagrama de Flujo



ELABORÓ:

DIR. INNOV. Y CALIDAD/TRC
20 DE AGOSTO DE 2008.

REVISÓ:

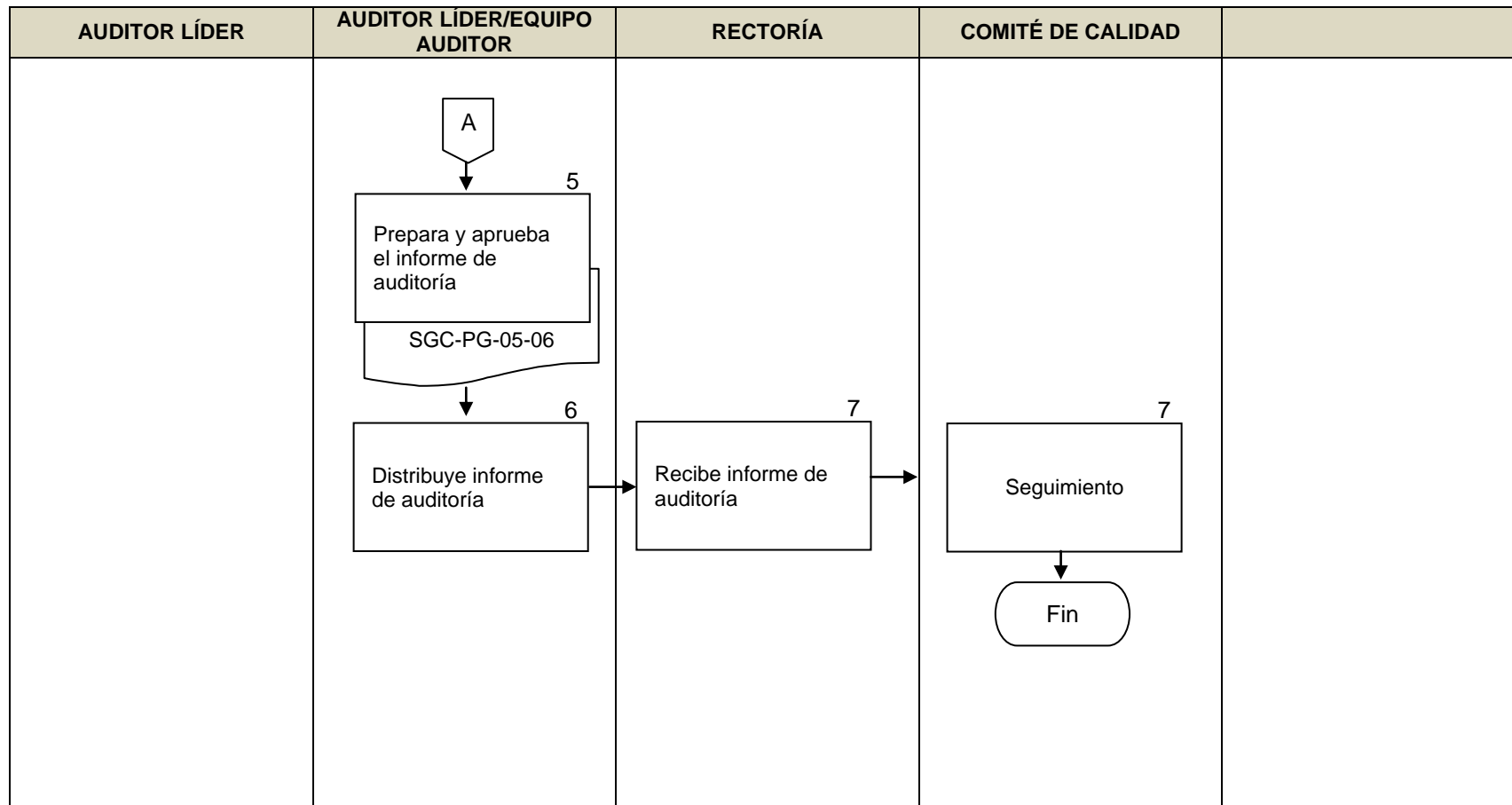
DIC/TRC
21 DE ENERO DE 2010.

REVISÓ:

DIC/TRC
21 DE ENERO DE 2010.

AUTORIZÓ:

REC/CCS
28 DE ENERO DE 2010.



ELABORÓ:

DIR. INNOV. Y CALIDAD/TRC
20 DE AGOSTO DE 2008.

REVISÓ:

DIC/TRC
21 DE ENERO DE 2010.

AUTORIZÓ:

REC/CCS
28 DE ENERO DE 2010.

9. Anexos.

9.1 Programa Anual de Auditorías Internas.

Programa Anual de Auditoría Internas 1) .

No.		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic
2)	P	3)											
	R	4)											
	P												
	R												
	P												
	R												
	P												
	R												
	P												
	R												

Elaborado por:

5)

Auditor Líder

Autorizado por:

6)

Rector

SGC-PG-05-01

ELABORÓ:

DIR. DE INNOV. Y CALIDAD/TRC
20 DE AGOSTO DE 2008.

REVISÓ:

DIC/TRC
28 DE ENERO DE 2010.

AUTORIZÓ:

REC/CCS
28 DE ENERO DE 2010.

HOJA
11 DE 22

INSTRUCTIVO DE LLENADO

NÚMERO	ACTIVIDAD
1	Anotar el año del Programa Anual de Auditorías Internas.
2	Anotar el número consecutivo de Auditoría Interna.
3	Marcar con una X en la casilla del mes en el cual se programa una Auditoría Interna correspondiente al mes respectivo.
4	Marcar con una X en la casilla del mes en el cual se realizó la Auditoría Interna correspondiente al mes respectivo.
5	Deberá firmar el Director de Innovación y Calidad, quien elabora el Plan Anual de Auditorías Internas.
6	Deberá firmar el Rector de autorización del Plan Anual de Auditorías Internas.

ELABORÓ:

DIR. DE INNOV. Y CALIDAD/TRC
20 DE AGOSTO DE 2008.

REVISÓ:

DIC/TRC
28 DE ENERO DE 2010.

AUTORIZÓ:

REC/CCS
28 DE ENERO DE 2010.

HOJA
12 DE 22

9.2 Formato para Calificación de Auditores Internos.

Fecha 1)

Nombre del Candidato: 2)

Anotar si el Candidato demuestra los siguientes criterios:

Criterios	SÍ	NO
Solvencia moral y ética en las funciones desempeñadas dentro de la UTGZ.	3)	4)
Responsabilidad		
Conocimiento de los procesos		
Facilidad de palabra		
Capacidad de trabajo en equipo		
Expediente sin faltas o amonestaciones administrativas		
Sus funciones no tienen responsabilidad directa en las actividades auditadas		

OBSERVACIONES: 5)

AUTORIZADO POR: 6)

RECTOR

SGC-PG-05-02

ELABORÓ:
DIR. DE INNOV. Y CALIDAD/TRC
20 DE AGOSTO DE 2008.

REVISÓ:
DIC/TRC
28 DE ENERO DE 2010.

AUTORIZÓ:
REC/CCS
28 DE ENERO DE 2010.

9.3 Plan de Auditoría

Auditoría No. __1)____ Hoja __2)____ de __3)____

Objetivo: __4)_____

Grupo Auditor: __5)_____

Tipo de Auditoría Interna: __6)_ Número: __7)____ Externa: __8)____ Número: __9)____

FECHA/HORA	REQUERIMIENTO DE LANORMA Y PROCESO A AUDITAR	AUDITOR	RESPONSABLE DEL PROCESO
10)	11)	12)	13)

Elaboró: _____ 14)
Líder del Equipo Auditor.

SGC-PG-05-03

ELABORÓ:
DIR. DE INNOV. Y CALIDAD/TRC
20 DE AGOSTO DE 2008.

REVISÓ:
DIC/TRC
28 DE ENERO DE 2010.

AUTORIZÓ:
REC/CCS
28 DE ENERO DE 2010.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

NÚMERO	ACTIVIDAD
1	Anotar el número consecutivo de Auditoría.
2	Anotar el nombre del hoja correspondiente del Plan de Auditoría.
3	Anotar el total de hojas que se utilicen para el Plan de Auditoría.
4	Anotar el objetivo que se persigue con la Auditoría.
6	Marcar con una X si se trata de una Auditoría Interna
7	Anotar el número consecutivo de la Auditoría Interna. Se deberá anotar el número consecutivo seguido del año. Ejemplo: 01/09, 02/09, 03/09, etc.
8	Marcar con una X si se trata de una Auditoría Externa.
9	Anotar el número consecutivo de la Auditoría Interna. Se deberá anotar el número consecutivo seguido del año. Ejemplo: 01/09, 02/09, 03/09, etc.
10	Anotar la fecha (día, mes, año),. y hora agendada para realizar la auditoría.
11	Anotar los requerimientos de la Norma que se auditan, así como los procesos.
12	Anotar el nombre del Auditor que se encargará de realizar las actividades propias de la Auditoría.
13	Anotar el nombre del responsable del proceso que se audita.
14	Anotar el nombre del Auditor Líder, quien elabora el Plan de Auditoría.

ELABORÓ:

DIR. DE INNOV. Y CALIDAD/TRC
20 DE AGOSTO DE 2008.

REVISÓ:

DIC/TRC
28 DE ENERO DE 2010.

AUTORIZÓ:

REC/CCS
28 DE ENERO DE 2010.

HOJA
15 DE 22

INSTRUCTIVO DE LLENADO

NÚMERO	ACTIVIDAD
1	Anotar la fecha de apertura de la Auditoría Interna (día, mes, año).
2	Anotar la hora de inicio de la Reunión..
3	Marcar con una X si se trata de un una reunión de Apertura.
4	Marcar con una X si se trata de una reunión de Cierre.
5	Anotar el nombre y apellido de las personas que asisten.
6	Anotar el puesto de las personas que asisten.
7	Espacio para que los asistente firmen.

ELABORÓ:

DIR. DE INNOV. Y CALIDAD/TRC
20 DE AGOSTO DE 2008.

REVISÓ:

DIC/TRC
28 DE ENERO DE 2010.

AUTORIZÓ:

REC/CCS
28 DE ENERO DE 2010.

9.5 Formato de Informe de Auditoría.

Fecha: _____ 1) _____.

Hoja ___ 2) ___ de ___ 3) ___

Tipo de Auditoría Interna: ___ 4) ___ Número: ___ 5) ___ Externa: ___ 6) ___ Número: ___ 7) ___

Hallazgos:			
Procesos o Requisitos	Evidencias	Criterio	Responsable:
8)	9)	10)	11)
			Fecha compromiso solución 12)
			Fecha compromiso solución
			Fecha compromiso solución
			Fecha compromiso solución
			Fecha compromiso solución

Elaboró: _____ 13) _____

ELABORÓ:
DIR. DE INNOV. Y CALIDAD/TRC
20 DE AGOSTO DE 2008.

REVISÓ:
DIC/TRC
28 DE ENERO DE 2010.

AUTORIZÓ:
REC/CCS
28 DE ENERO DE 2010.

Líder del Equipo Auditor

SGC-PG-05-05

NÚMERO	ACTIVIDAD
1	Anotar la fecha (día, mes, año).
2	Anotar el nombre del hoja correspondiente del Informe de Auditoría.
3	Anotar el total de hojas que se utilicen para el Informe de Auditoría.
4	Marcar con una X si se trata de una Auditoría Interna
5	Anotar el número consecutivo de la Auditoría Interna. Se deberá anotar el número consecutivo seguido del año. Ejemplo: 01/09, 02/09, 03/09, etc.
6	Marcar con una X si se trata de una Auditoría Externa.
7	Anotar el número consecutivo de la Auditoría Interna. Se deberá anotar el número consecutivo seguido del año. Ejemplo: 01/09, 02/09, 03/09, etc.
8	Anotar los requisitos de la Norma en los que se existan hallazgos.
9	Anotar las evidencias encontradas
10	Escribir el criterio concensado de la evidencia, Conforme, No Conforme, Observación, Oportunidad de Mejora.
11	Anotar el nombre y firma del Responsable del proceso del que se tiene evidencia.
12	Anotar la fecha compromiso en la que se dará solución.
13	Anotar el nombre y firma del Auditor Líder.

ELABORÓ:

DIR. DE INNOV. Y CALIDAD/TRC
20 DE AGOSTO DE 2008.

REVISÓ:

DIC/TRC
28 DE ENERO DE 2010.

AUTORIZÓ:

REC/CCS
28 DE ENERO DE 2010.

HOJA
19 DE 22