PLAN E INFORME DE AUDITORÍA DE SISTEMA DE GESTIÓN	AÑO
	2026

ORGANIZACIÓN
FACULTAD DE HUMANIDADES Y ARTES UNR

CONTENIDO

Este documento contiene la planificación y el resultado de la realización de la auditoría del sistema de gestión. El auditor responsable completa este documento en la medida que se desarrollan las etapas de la presente auditoría.

CONTENIDO	FECHA DE ELABORACIÓN
Plan de auditoría *(punto 10)*	15/06/2026
Informe de auditoría *(punto 11 y sigs.)*	22/06/2026
Anexo A ☐ No aplica confeccionar el Anexo A en la presente auditoría.	

COMPLETÓ AUDITOR RESPONSABLE
Evangelina Ferri
NOMBRE COMPLETO
evamferri@yahoo.es
CORREO ELECTRÓNICO

Miembro de:
IQNET

INFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

ORGANIZACIÓN	
FACULTAD DE HUMANIDADES Y ARTES UNR	
DIRECCIÓN	
Entre Ríos 758 - (2000) Rosario - Santa Fe - República Argentina	
CONTACTO DE LA ORGANIZACIÓN	**ROL**
Cecilia Scándolo Carina Gerlero	Directora de Calidad UNR
TELÉFONO / CELULAR	**CORREO ELECTRÓNICO**
3413412615	calidad@unr.edu.ar

ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN

ALCANCE ASIGNADO
Aclaración: En caso de auditoría de más de un sistema de gestión, si los alcances no son iguales, especificar los alcances para cada norma de referencia.

Registro y certificación de la formación del estudiante de las carreras de grado de Antropología, Bellas Artes, Ciencias de la Educación, Filosofía, Gestión Cultural, Historia, Letras y Portugués de la Facultad de Humanidades y Artes UNR.

ALCANCE FINAL
Aclaración: Si el alcance asignado tuvo cambios que surgieron durante esta auditoría, escribir el alcance final.

Registro (inscripción e ingreso, gestión de la trayectoria académica, egreso) y certificación de la formación del estudiante de las carreras de grado de Antropología, Bellas Artes, Ciencias de la Educación, Filosofía, Gestión Cultural, Historia, Letras y Portugués de la Facultad de Humanidades y Artes UNR.

CAMBIOS EN EL ALCANCE CERTIFICADO

Si la organización posee un certificado vigente, indique lo siguiente:

☐ el alcance certificado no tuvo cambios en esta auditoría. El alcance final coincide con el alcance certificado.

☐ el alcance certificado tuvo cambios que surgieron durante esta auditoría. Mencionar brevemente los cambios: .

Miembro de: IQNET

INFORMACIÓN DE LA AUDITORÍA

1. Tipo de auditoría

NORMA DE REFERENCIA	REGISTRO	TIPO DE AUDITORÍA
IRAM-ISO 9001:2015	RI: 9000- 17706	Certificación - Etapa II Otro tipo, mencionar:
	RI: 9000-	Otro tipo, mencionar:
	RI: 9000-	Otro tipo, mencionar:
	RI: 9000-	Otro tipo, mencionar:
	RI: 9000-	Otro tipo, mencionar:

2. Fecha de la auditoría

FECHA DE LA AUDITORÍA	REMOTA	PRESENCIAL
22/06/26	☐	☒
	☐	☐

3. Objetivo de la auditoría

Evaluación del sistema de gestión de la organización según los criterios de auditoría con el objetivo de:

☐ Auditoría de Certificación – Etapa I: Verificar el diseño del sistema de gestión en base al cumplimiento de los requisitos de la norma de referencia, incluyendo la planificación y realización de las auditorías internas y revisión por la dirección.

☒ Auditoría de Certificación – Etapa II: Verificar la implementación eficaz del sistema de gestión en base al cumplimiento de los requisitos de la norma de referencia para otorgar la certificación del sistema de gestión, según se establece en el Acuerdo de Certificación IRAM de Sistemas de Gestión.

Miembro de: IQNET

- ☐ Auditoría de Recertificación: Verificar la implementación eficaz del sistema de gestión en base al cumplimiento de los requisitos de la norma de referencia para otorgar la renovación de la certificación del sistema de gestión, según se establece en el Acuerdo de Certificación IRAM de Sistemas de Gestión.
- ☐ Auditoría de Seguimiento: Efectuar el seguimiento del sistema de gestión en base al cumplimiento de los requisitos de la norma de referencia, según se establece en el Acuerdo de Certificación IRAM de Sistemas de Gestión.
- ☐ Auditoría de Levantamiento de Suspensión: Verificar la resolución de la cuestión que dio lugar a la suspensión.
- ☐ Auditoría Extraordinaria: Verificar la eficacia de las acciones correctivas y correcciones que confirmen la resolución de las observaciones (no conformidades menores) o no conformidades (no conformidades mayores) de la auditoría anterior.
- ☐ Otra auditoría. Mencionar tipo y objetivo de la auditoría:

4. Alcance de la auditoría

Los requisitos normativos indicados en los *requisitos a evaluar en la auditoría (punto 9)* y las actividades, procesos y sitios de la organización detallados en la *planificación de las actividades diarias (punto 10)*.

5. Equipo auditor

AUDITOR RESPONSABLE	**AUDITOR 2**
Evangelina Ferri	Marta Lambertucci
AUDITOR 3	**AUDITOR 4**
N/A	N/A
AUDITOR 5	**AUDITOR 6**
N/A	N/A
EXPERTO TÉCNICO	**OBSERVADOR**
N/A Aclaración: La participación del experto técnico figura en la *planificación de las actividades diarias (punto 10)*.	N/A
	TESTIFICADOR
	N/A

Si usted no estuviera de acuerdo con el equipo auditor o con alguno de los auditores asignados a su organización, por favor le solicitamos enviar una nota describiendo las causas de su apelación.

dirigida al Gerente de Certificación de Sistemas de Gestión, quien reverá la formación del equipo auditor.

6. Criterios de auditoría

Los criterios de auditoría utilizados como referencia son los requisitos establecidos en la norma de referencia (*punto 1)* y la información documentada de origen interno y externo del sistema de gestión de la organización.

Aclaración: Si el sistema de gestión de la organización se encuentra certificado, la información documentada de origen externo incluye el Manual de aplicación para la divulgación de la certificación (DC-PG 096) emitido por el IRAM.

7. Confidencialidad

Toda la documentación que se emplee durante la auditoría o la originada durante la misma, tiene carácter confidencial, incluido el informe de auditoría, no pudiendo transcribirse a terceros o reproducirse sin permiso expreso de la organización auditada.

8. Recursos

En el caso de auditoría presencial o en la parte presencial de la auditoría mixta, el equipo auditor debe disponer de una sala u oficina adecuada para realizar las reuniones internas y elaborar las conclusiones de la auditoría.

En el caso de auditoría remota o en la parte remota de la auditoría mixta, el equipo auditor y la organización auditada deben utilizar una conectividad adecuada (es decir, voz y video) de manera de garantizar que la comunicación sea estable para realizar las actividades de auditoría, con la participación del auditado, utilizando las siguientes herramientas tecnológicas:

ACTIVIDADES DE AUDITORÍA	USO DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS
Recorrida por el sitio y observación del trabajo realizado	☐ MS Teams ☐ Zoom ☐ Skype ☐ Google Meet ☐ WhatsApp Otra, mencionar
Realización de entrevistas	☐ MS Teams ☐ Zoom ☐ Skype ☐ Google Meet ☐ WhatsApp Otra, mencionar

ACTIVIDADES DE AUDITORÍA	USO DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS
Revisión de información documentada (documentos y registros)	☐ MS Teams ☐ Zoom ☐ Skype ☐ Google Meet ☐ WhatsApp Otra, mencionar

La información documentada del sistema de gestión debe estar disponible para el equipo auditor. De existir observaciones (no conformidades menores) o no conformidades (no conformidades mayores) en la auditoría anterior realizada por el IRAM o por otro organismo de certificación (en caso de transferencia), la organización debe entregar una copia de las correcciones, causas determinadas y acciones correctivas, junto con la evidencia de implementación eficaz al equipo auditor en la auditoría.

9. Requisitos para evaluar en la auditoría según actividades y procesos:

La auditoría del sistema de gestión de la organización se estructura sobre la base de la evaluación de los procesos enfocando siempre el ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA) y el pensamiento basado en riesgos. Los requisitos que son tenidos en cuenta al evaluar dichas actividades y procesos se enumeran a continuación:

Norma de referencia	IRAM-ISO 9001
Entrevista con la alta dirección:	
Contexto de la organización	4
Liderazgo	5
Objetivos y planificación para lograrlos	6.2
Recursos	7.1
Revisión por la dirección	9.3
Mejora continua	10.3
Entrevista con la alta dirección o responsable del sistema de gestión:	
Determinación del alcance del sistema de gestión	4.3
Sistema de gestión y sus procesos	4.4
Roles, responsabilidades y autoridades	5.3
Acciones para abordar riesgos y oportunidades	6.1
Planificación de las acciones	6.1.2
Comunicación	7.4
Información documentada	7.5
Seguimiento, medición, análisis y evaluación	9.1.1; 9.1.3
Satisfacción del cliente	9.1.2
Auditoría interna	9.2
Mejora	10
Divulgación de la certificación, incluido el uso de logos, según DC-PG 096 (aplica en auditorías de seguimiento o recertificación)	X

Miembro de: IQNET

Norma de referencia	IRAM-ISO 9001
Verificación de correcciones y acciones correctivas surgidas de la auditoría anterior	X
Determinación de requisitos legales y reglamentarios aplicables a los productos y servicios	X
Tratamiento de quejas y reclamos de clientes	X
Auditoría a los procesos, según corresponda:	
Sistema de gestión y sus procesos	4.4
Acciones para abordar riesgos y oportunidades	6.1
Planificación de las acciones	6.1.2
Objetivos y planificación para lograrlos	6.2
Planificación de los cambios	6.3
Apoyo	7
Operación	8
Seguimiento, medición, análisis y evaluación – Generalidades	9.1.1; 9.1.3
Mejora	10

PLAN DE AUDITORÍA

10. Planificación de las actividades diarias

SITIO UNICO	Entre Ríos 758 - (2000) Rosario - Santa Fe - República Argentina

FECHA	HORA	AUDITOR RESPONSABLE: EMF	HORA	AUDITOR: ML
18/5	08:00	Reunión de apertura *(Nota 1)*	08:00	Reunión de apertura *(Nota 1)*
	08:30	**Evaluación de procesos Principales** (en el trayecto educativo del estudiante de las carreras de grado de Antropología, Bellas Artes, Ciencias de la Educación, Filosofía, Gestión Cultural, Historia, Letras y Portugués de la Facultad de Humanidades y Artes UNR) - **Inscripción e ingreso del estudiante** (se audita s/ item 9)	08:30	**Entrevista con el responsable del Sistema de Gestión** (se audita s/ item 9) Alcance. Determinación e interacción de procesos. Gestión documental. Satisfacción del cliente, quejas y reclamos. Tratamiento Auditoría anterior IRAM. Auditorías internas. Tratamiento hallazgos. No conformidades y Acción correctiva. Mejora. **Seguimiento y medición**
	09:45	- **Gestión de la trayectoria** (Inscripción a cursado. Inscripción a exámenes. Regularización y promoción, trámites académicos) (se audita s/ item 9)	10:00	**Gestión de la infraestructura.** Mantenimiento de la infraestructura necesaria para la operación eficaz de los procesos. IT (Hardware y Software, back up, mesa de ayuda, etc.) (se audita s/ item 9)
	11:00	- **Egreso y Certificación** (Gestión y entrega del diploma) (se audita s/ item 9) Ingreso de solicitudes. Revisión de los requisitos. Ejecución. Controles. Salidas no conforme. Liberación. Identificación y trazabilidad. Preservación.	11:00	**Capacitación y RRHH** (se audita s/ item 9) Organigrama. Perfiles. Verificación de competencias según formación, habilidades y experiencia. Capacitaciones y eficacia de las mismas.

Miembro de: IQNET

		Entrega. Registros. Propiedad del cliente.		
	12:15	Receso para almuerzo	12:15	Receso para almuerzo
	13:15	**Entrevista con la Alta Dirección** (se audita s/ item 9) Política de la Calidad. Contexto. Partes interés. R y O. Liderazgo. Objetivos y planificación. Provisión de recursos. Revisión por la dirección. Mejora. Comunicación institucional	13:15	**Proceso de Compras y contrataciones.** (se audita s/ item 9)
	14:15	Elaboración de las conclusiones y reunión de auditores	14:15	Elaboración de las conclusiones y reunión de auditores
	15:30	Reunión de cierre *(Nota 1)*	15:30	Reunión de cierre *(Nota 1)*
	16:00	Fin de auditoría	16:00	Fin de auditoría

Nota 1: La dirección de la organización debe estar presente en la reunión de apertura y cierre de la auditoría. En casos excepcionales, debidamente justificados, la dirección puede ser reemplazada por un representante con posición ejecutiva.

Nota 2: En caso de que la organización lleve a cabo actividades o procesos en varios sitios (multisitio) y sean visitados en la presente auditoría, en la planificación de las actividades diarias se identifica el nombre del sitio (por ejemplo: casa central, depósito, sucursal) o la dirección del sitio.

Nota 3: Los sitios que se planifican visitar en la presente auditoría se determinan considerando lo siguiente:

- los sitios propios de la organización donde se realizan procesos, actividades, productos y servicios diferentes y que no se realizan en otro sitio *no son susceptibles de muestreo y se visitan en todas las auditorías*.

- una muestra de los sitios propios de la organización donde se realizan procesos, actividades, productos y servicios muy similares *son susceptibles de muestreo*.

- una muestra de los *sitios temporales* donde se realizan procesos, actividades, productos y servicios, por ejemplo, sitios de clientes donde se prestan servicios.

El auditor responsable verifica que las consideraciones descriptas anteriormente se cumplan en la planificación de la presente auditoría.

En caso de que la organización auditada constate algún apartamiento de estas consideraciones, rogamos avisar al auditor responsable para que revise la planificación, de manera de asegurar la auditoría a todos los procesos, actividades, productos y servicios que se encuentran dentro del alcance de la certificación.

INFORME DE AUDITORÍA

11. Sitios auditados

SITIOS AUDITADOS PROPIOS
Entre Ríos 758 - (2000) Rosario - Santa Fe - República Argentina
SITIOS AUDITADOS TEMPORALES
n/a
Aclaración: Incluir todos los sitios propios y temporales auditados en la presente auditoría.

La organización lleva a cabo actividades o procesos:

☒ en un sitio.

☐ en varios sitios (multisitio). Se cumplió el plan de evaluación de sitios propios y temporales a auditar determinado por el IRAM.

☐ en varios sitios. No se cumplió el plan de evaluación de sitios propios y temporales a auditar determinado por el IRAM. Mencionar el motivo por el cual no se cumplió el plan: .

12. Cumplimiento del plan de auditoría

La presente auditoría fue realizada conforme a la *planificación de las actividades diarias (punto 10)* descriptas en el plan de auditoría. Con respecto al cumplimiento del plan de auditoría:

☒ esta auditoría se realizó cubriendo los procesos, actividades, productos, servicios y sitios indicados en la planificación de las actividades diarias descriptas en el plan de auditoría.

☐ fue necesario desviarse de la planificación de las actividades diarias descriptas en el plan de auditoría. Mencionar los motivos: .

13. Cumplimiento del objetivo de la auditoría

Con respecto al cumplimiento del objetivo de la auditoría:

☒ se cumplió el objetivo de la auditoría.

☐ no se cumplió el objetivo de la auditoría por los motivos mencionados en la conclusión del informe de auditoría.

14. Alcance de la certificación

El alcance de la certificación:

☒ es apropiado.

☐ no es apropiado y se informó a la Gerencia de Certificación de Sistemas de Gestión del IRAM. Mencionar el motivo por el cual no es apropiado: .

15. Cambios significativos en el sistema de gestión

Desde la última auditoría realizada por el IRAM o por otro organismo de certificación (en caso de transferencia), el sistema de gestión:

☐ no ha tenido cambios significativos.

☐ ha tenido cambios significativos detallados a continuación: .

16. Divulgación de la certificación

El Manual de aplicación (DC-PG 096) establece las condiciones para divulgar la certificación del sistema de gestión, que incluye la utilización del sello IRAM, en medios radiales, televisivos, gráficos y plataformas digitales, como redes sociales, sitios web y blogs, o a través de soportes, como folletos, catálogos, objetos promocionales, videos, presentaciones y avisos publicitarios, entre otros.

☐ La divulgación de la certificación cumple el Manual de aplicación (DC-PG 096).

☐ La divulgación de la certificación no cumple el Manual de aplicación (DC-PG 096).

☐ La organización no divulga la certificación.

☒ No aplica la evaluación de cumplimiento por ser etapa I o etapa II de la auditoría de certificación.

Miembro de: IQNET

17. Fecha de la próxima auditoría

La próxima auditoría del proceso de certificación debe realizarse en el mes y año: 06/2027.

18. Conclusión de la auditoría

De acuerdo con la evidencia evaluada y con los hallazgos de auditoría descriptos en el presente informe, el auditor responsable recomienda a la Gerencia de Certificación de Sistemas de Gestión del IRAM que se otorgue la certificación del sistema de gestión de la calidad de la organización FACULTAD DE HUMANIDADES Y ARTES UNR conforme a los requisitos de la norma ISO 9001:2015, una vez aceptadas las correcciones y acciones correctivas que deberán implementarse eficazmente para dar respuesta a las observaciones descriptas en este informe.

La organización debe enviar al auditor responsable el tratamiento de las observaciones. El envío debe realizarse por correo electrónico dentro de los treinta días corridos a partir de la recepción del informe de auditoría.

Aclaraciones:

El resultado de la presente auditoría, transmitido en la conclusión del informe de auditoría, está basado en información reunida de la muestra auditada del sistema de gestión. Esta muestra permitió al equipo auditor llegar a una conclusión con respecto al objetivo de la auditoría con cierto grado de confianza. No obstante, puede haber desvíos en el sistema de gestión no detectados y esta situación no exime a la organización de la responsabilidad y de la verificación continua de cumplimiento de los requisitos.

La conclusión de la auditoria es complementada con información adicional incluida en el Anexo A que forma parte del presente documento y es enviado a la organización dentro de los diez días corridos a partir de la finalización de la auditoría. La confección del Anexo A no aplica en la etapa I de la auditoría de certificación.

La información incluida en el presente informe de auditoría ha sido transmitida y analizada en la reunión de cierre. Si la organización auditada no está de acuerdo con el resultado de la presente auditoría, puede presentar una queja o una apelación ante la Gerencia de Certificación de Sistemas de Gestión del IRAM. Ver cláusula 15° y 16° del Acuerdo de Certificación IRAM de Sistemas de Gestión.

Si la organización auditada no efectúa comentarios acerca del resultado de la auditoría dentro de los treinta días corridos a partir de la recepción del informe de auditoría, el IRAM considera que este informe ha sido aceptado.

Antes de otorgar o mantener la certificación, lo actuado en la presente auditoría se somete a una revisión independiente dentro del IRAM que podría modificar el contenido del informe de auditoría y sus conclusiones o solicitar información adicional.

HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA ANTERIOR

19. Verificación de correcciones y acciones correctivas

El resultado de la verificación de la eficacia de las correcciones, determinación de la causa y acciones correctivas y registro de las evidencias que confirmen la resolución de las **observaciones** (no conformidades menores) o **no conformidades** (no conformidades mayores) de la auditoría anterior realizada por el IRAM o por otro organismo de certificación (en caso de transferencia), se detalla a continuación:

N.º NC	N.º OB	Requisito	Evidencia de la resolución *(Se mencionan registros, documentos, declaraciones de hechos u otra información)*	R	PR
	1	4.4	**Sistema de gestión de la calidad y sus procesos** **No se evidencian establecidos algunos procesos del sistema de gestión de la calidad.** **EO: en el mapa de procesos, que es el documento donde la organización identifica los procesos del SGC y sus interacciones, no se identificaron los procesos principales. En su lugar se mencionan áreas. Ej.: "estudiantil", "alumnado". Algo similar sucede con el proceso de mantenimiento informático.** Evidencia de resolución: SAH-01 Seguimiento de acciones y hallazgos (Rev. 01) N° 12. Se revisó y actualizó el mapa de procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, identificando los procesos principales y sus interacciones en lugar de las áreas organizacionales - Mapa de Procesos Humanidades y Arte UNR (V.01)	X	
	2	7.1.3	**Infraestructura** **Se evidencian casos donde la infraestructura no es apropiada para la operación de algunos procesos.** **EO: el extintor disponible en la sala de servidores no es el apropiado para resguardar el equipamiento informático, en caso de accionarlo.** **(Nota: es de Polvo Químico Seco (PQS) tipo ABC, aunque apaga el fuego, el polvo es corrosivo y abrasivo, lo que destruirá permanentemente los componentes internos de computadoras y servidores)**	X	

N.º NC	N.º OB	Requisito	Evidencia de la resolución *(Se mencionan registros, documentos, declaraciones de hechos u otra información)*	R	P R
			Evidencia de resolución: SAH-01 Seguimiento de acciones y hallazgos (Rev. 01) N° 13 Se gestionó la adquisición de dos extintores de 5 kg tipo HCFC aptos para fuegos clase A, B y C, adecuados para la protección de equipamiento informático en la sala de servidores, en reemplazo del extintor de Polvo Químico Seco (PQS) existente. Se incorpora dentro del registro de verificaciones periódicas de infraestructura tecnológica la revisión de los elementos de protección contra incendios.		
	3	7.2	**Competencia** **Se evidencian casos donde no se evalúa la eficacia de las capacitaciones.** **EO: Se evidencian capacitaciones realizadas meses atrás en "Procedimientos administrativos – SUDOCU", de las que no se cuenta con evaluaciones de eficacia.** Evidencia de resolución: SAH-01 Seguimiento de acciones y hallazgos (Rev. 01) N° 14 En el "Plan y Seguimiento de capacitaciones de la Facultad de Humanidades y Arte" se completó el método y la evaluación de eficacia para la capacitación "Procedimientos Administrativos Sudocu". Se evaluó por observación en sala (Taller). Se definió que a partir del 02/06/2026 se comparta la planilla para el registro y verificación de la eficacia de las capacitaciones realizadas al personal, que contempla el tema de la capacitación, el personal afectado, la fecha, el estado y la metodología de verificación de la eficacia. Los registros se mantienen en el Google Drive del Sistema de Gestión de la Calidad, con acceso para Mesa de Entrada, a fin de asegurar su disponibilidad y evitar la duplicación de documentación.	X	
	4	7.5.3	**Control de información documentada** **En algunos casos no se evidencia una metodología que garantice el recupero de las copias distribuidas frente a la necesidad de actualización de versiones.**	X	

N.º NC	N.º OB	Requisito	Evidencia de la resolución *(Se mencionan registros, documentos, declaraciones de hechos u otra información)*	R	P R
			EO: se evidencian copias de la política de la calidad distribuidas en diferentes oficinas sin indicar la versión (N° de resolución) y sin que se lleve un registro de dicha distribución. Evidencia de resolución: SAH-01 Seguimiento de acciones y hallazgos (Rev. 01) N° 15 Se relevaron las copias impresas de la Política de la Calidad distribuidas en las distintas oficinas y se identificaron con la versión vigente correspondiente, retirando aquellas que no permitían asegurar su vigencia. Se verifica actualización en los sectores: Mesa de Entrada, Alumnado, Consejo Directivo, Informática. Además, se actualizó la metodología de control documental incorporando en la Lista Maestra de Documentos la identificación de las copias controladas distribuidas de la Política de la Calidad y los sectores receptores. Se verifica en el Listado de Registros y Documentos Controlados (V.01) la Política según resolución N° 589/2026 – Registro de distribución: Mesa de Entrada, Alumnado, Consejo Directivo, Informática.		
	5	8.1	**Planificación y control operacional** **En algunos casos no se evidencia que se mantenga información documentada sobre los criterios establecidos para los procesos y la aceptación de los productos, a fin de demostrar conformidad con los requisitos.** **EO1: no se evidencian establecidos en documentos los atributos de control de los diplomas a retirar de sede de gobierno de UNR ni los criterios de aceptación / rechazo.** **EO2: en "consejo directivo" no se evidencia que se mantenga registro del criterio utilizado para identificar el estado del trámite de los diplomas.** Evidencia de resolución: SAH-01 Seguimiento de acciones y hallazgos (Rev. 01) N° 16 EO1: Se documentaron los criterios de control y aceptación para la recepción de diplomas provenientes de la Sede de Gobierno de la UNR, estableciendo los puntos de verificación requeridos para su conformidad.	X	

Miembro de: IQNET

N.º NC	N.º OB	Requisito	Evidencia de la resolución *(Se mencionan registros, documentos, declaraciones de hechos u otra información)*	R	P R
			Se genera: Instructivo para control de diplomas retirados en sede de gobierno de la UNR (V.01) EO2: se formalizaron los criterios utilizados por el Consejo Directivo para identificar y registrar el estado de los trámites de diplomas. Se genera instructivo para tratamiento de diplomas (V.1) Pasos a seguir al recibir un expediente de solicitud de diplomas.		

Resultado de la verificación:

☐ No aplica por ser etapa I de la auditoría de certificación.

☐ No aplica ya que no se detectaron **observaciones** (no conformidades menores) o **no conformidades** (no conformidades mayores) en la auditoría anterior.

☒ Todas las **observaciones** (no conformidades menores) o **no conformidades** (no conformidades mayores) detectadas en la auditoría anterior se calificaron como **resueltas (R)**.

☐ Existen **observaciones** (no conformidades menores) o **no conformidades** (no conformidades mayores) detectadas en la auditoría anterior calificadas como **pendientes de resolución (PR)**. Para cerrar el incumplimiento, l**a organización auditada debe registrar nuevamente el tratamiento de los desvíos pendientes de resolución en el archivo "Tratamiento de OB y NC" suministrado por el IRAM y enviar dicho registro conteniendo la determinación de la causa raíz y el plan para las correcciones y acciones correctivas junto con evidencias de implementación de ambas al auditor responsable para su revisión, aceptación y verificación,** dentro de los treinta días corridos a partir de la recepción del informe de auditoría.

☐ Existen **observaciones** (no conformidades menores) o **no conformidades** (no conformidades mayores) detectadas en la auditoría anterior calificadas como **pendientes de resolución (PR)**. Para cerrar el incumplimiento, **el IRAM debe realizar una auditoría extraordinaria con una duración de días auditor antes de los días corridos** a partir de la finalización de la presente auditoría.

HALLAZGOS DE LA PRESENTE AUDITORÍA

Fortaleza

La fortaleza (FO) es una situación o un atributo del sistema de gestión destacable por su buen funcionamiento y su valor con respecto al desempeño general del sistema.

FO	Requisito	Redacción del hallazgo
FO 1	7.3	Toma de conciencia Se destaca el compromiso con el SGC por parte de todo el personal entrevistado. Es notorio el sentido de pertenencia y la valoración que hacen del SGC.
FO 2	5.1	Liderazgo y compromiso Se destaca el liderazgo y compromiso de la dirección acompañando y apoyando al equipo de trabajo.

☐ No se detectaron fortalezas.

Oportunidad de mejora

La oportunidad de mejora (OM) es un aspecto del sistema de gestión implementado que el auditor considera oportuno mejorar y que podría generar un beneficio potencial para la organización. Este beneficio potencial se describe en su redacción.

La organización auditada debe evidenciar su análisis, si bien queda a su consideración la toma de acciones.

OM	Requisito	**Redacción del hallazgo** ***(Se menciona el título del requisito, la idea sugerida y el beneficio potencial asociado)***

☒ No se detectaron oportunidades de mejora.

Observación (OB)

La observación (no conformidad menor) es un incumplimiento puntual o parcial de un requisito normativo.

La organización auditada debe registrar el tratamiento de cada observación en el archivo "Tratamiento de OB y NC" suministrado por el IRAM y enviar dicho registro, conteniendo la determinación de la causa raíz y el plan para las correcciones y acciones correctivas al auditor responsable para su revisión y aceptación. No aplica en la etapa I de la auditoría de certificación.

Se aclara que, independientemente de que el tratamiento sea registrado en el archivo "Tratamiento de OB y NC" suministrado por el IRAM, la organización auditada debe registrar dicho tratamiento en la información documentada de su sistema de gestión.

OB	Requisito	Redacción del hallazgo *(Se menciona el título del requisito, el desvío y la evidencia de la auditoría)*
OB 1	4.2	**Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas** Se evidencia un caso puntual en el que no fue identificada una parte interesada pertinente al sistema de gestión de calidad. EO: no se verifica identificada la sociedad como parte interesada a los fines de determinar sus necesidades y expectativas para su seguimiento y revisión.
OB 2	7.1.3	**Infraestructura** En dos casos puntuales no se evidencia que se mantenga la infraestructura necesaria para la operación de los procesos. EO: en las semanas del 12-06-26 y 19-06-26 no se verifican realizados los back ups semanales planificados del sector Alumnado.
OB 3	7.5.3	**Control de la información documentada** a) Se observa alguna información documentada que no se encuentra controlada. EO1: no se evidencia que el "registro de verificaciones periódicas de infraestructura tecnológica" y la "planilla solicitud cambio de plan" se encuentren codificados o controlados dentro del sistema de gestión de calidad. b) Se observa en casos puntuales información no disponible para su consulta donde se la necesita. EO2: ordenanza 490/1989 (ingreso) y sus modificaciones.

OB	Requisito	Redacción del hallazgo *(Se menciona el título del requisito, el desvío y la evidencia de la auditoría)*
OB 4	8.2.3	**Revisión de los requisitos para los productos y servicios** En algunos casos no se evidencia que la organización conserve información documentada sobre nuevos requisitos del cliente para avanzar frente a un cambio o bien que esté establecida la metodología para gestionar y documentar dichos cambios. EO1: si bien la escuela de filosofía presentó una planilla con el listado de estudiantes que solicitan el cambio de plan de estudios (de 1985R a 2026), en alumnado no cuentan con los comprobantes provenientes de los estudiantes que acrediten dicho pedido. EO2: asimismo, no se evidencia establecida una metodología sistemática para accionar frente a requerimientos de cambio de planes de estudio.

☐ No se detectaron observaciones.

No conformidad (NC)

La no conformidad (no conformidad mayor) es un incumplimiento sistemático de un requisito normativo o incumplimientos puntuales relevantes para el sistema de gestión auditado.

La organización auditada debe registrar el tratamiento de cada no conformidad en el archivo "Tratamiento de OB y NC" suministrado por el IRAM y enviar dicho registro conteniendo la determinación de la causa raíz y el plan para las correcciones y acciones correctivas junto con evidencias de implementación de ambas al auditor responsable para su revisión, aceptación y verificación. No aplica en la etapa I de la auditoría de certificación.

Se aclara que, independientemente de que el tratamiento sea registrado en el archivo "Tratamiento de OB y NC" suministrado por el IRAM, la organización auditada debe registrar dicho tratamiento en la información documentada de su sistema de gestión.

NC	Requisito	Redacción del hallazgo *(Se menciona el título del requisito, el desvío y la evidencia de la auditoría)*

☒ No se detectaron no conformidades.

ASISTENTES A LA REUNIÓN DE CIERRE

NOMBRE COMPLETO	ROL
Alejandro Vila	Decano - Dirección de la organización
Cecilia Scándolo	Directora de Gestión de la Calidad UNR
Tomás Giroud Giuillet	Secretario Estudiantil
Mariano Balla	Secretario de concejo directivo
Gonzalo Arzuaga	Administrativo en mesa de entrada y Responsable del SGC
Nieves Dasencich	Representante de la calidad de la facultad de humanidades y arte
Federico Donner	Secretario académico
Adriana Dana	Secretaria Administrativa
Érica Nawojczyk	Nodocente de Secretaría Académica
Evangelina Ferri	Auditor Responsable IRAM
Marta Lambertucci	Auditora IRAM

Nota:
La dirección de la organización debe estar presente en la reunión de cierre. En caso de ausencia, mencionar el motivo a continuación: .