|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Instituto Tecnológico :** | | **TEPIC** | | |
| **Documento de Referencia:** | | NMX-CC-9001-IMNC-2008/COPANT/ISO 9001-2008 / ISO 9001:2008 |  | |
| **Domicilio:** | Av. Tecnológico 2595, C. P. 63175, Fracc. Lagos del Country, Tepic, Nayarit | | **Idioma:** | Español |
| **Objetivo: (1)** |  | | **NACE:** | 37 |
| **Alcance:** | El Proceso Educativo, que comprende desde la Inscripción hasta la entrega del Título y Cédula Profesional de Licenciatura | | | |

**FECHA : (2)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HORARIO (3)** | **PROCESO/ ACTIVIDAD-REQUISITO/ CRITERIO** | **PARTICIPANTES (4)** | **CONTACTO (5)** | **ÁREA / SITIO (6)** |
|  | Reunión de apertura |  |  |  |
|  | Proceso de calidad (Gestión de la Calidad) 4.1, \*\*4.2, 5.1, 5.2, 5.3, \*\*5.4, \*5.5, \*\*5.6, 8.1,\*\*8.2, 8.3, 8.4, \*\*8.5 |  |  |  |
|  | Proceso de vinculación (Promoción Cultural y Deportiva, Servicio Social, Visitas a Empresas)  7.1, \*\*7.2, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.5, 8.3, 8.2.3, 8.2.4, 8.5.2, 8.5.3 |  |  |  |
|  | Proceso educativo (Verificar el plan de calidad)  Proceso académico 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 5.3, 5.4.1, 5.5.3, 6.2.2, 6.3, 6.4,7.1, \*\*7.2, \*\*7.3, \*\*7.5, 7.6, 8.3, 8.2.3, 8.2.4, 8.5.2, 8.5.3 |  |  |  |

**FECHA :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HORARIO (3)** | **PROCESO/ ACTIVIDAD-REQUISITO/ CRITERIO** | **PARTICIPANTES (4)** | **CONTACTO (5)** | **ÁREA / SITIO (6)** |
|  | Proceso de planeación 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 5.3, 5.4.1, 5.5.3, 6.1, 8.2.3, 8.5.2, 8.5.3 |  |  |  |
|  | Proceso de administración de recursos (Recursos materiales, financieros y humanos) 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 5.3, 5.4.1, 6.1, \*\*6.2, 6.3, 6.4, 7.4, 8.2.3, 8.5.2, 8.5.3 |  |  |  |
|  | Proceso educativo (Verificar el plan de calidad)  Proceso académico 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 5.3, 5.4.1, 5.5.3, 6.2.2, 6.3, 6.4,7.1, \*\*7.2, \*\*7.3, \*\*7.5, 7.6, 8.3, 8.2.3, 8.2.4, 8.5.2, 8.5.3 |  |  |  |
|  | Reunión de Cierre |  |  |  |

Nombre y firma del auditor líder

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(7)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Número** | **Descripción** |
|  | Objetivo de la Auditoria |
|  | Fecha |
|  | Horario en que se evaluara el proceso/ actividad-requisito/ criterio. |
|  | Nombre de los participantes. |
|  | Nombre del contacto del Instituto |
|  | Sitio en el que se llevara a cabo el proceso. |
|  | Nombre y firma del Auditor líder. |