

Ciudad de México a 26 de agosto de 2025

Objetivo de la Auditoria

Evaluar el grado de eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad en las áreas certificadas, verificando su conformidad con los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015.

Alcance de la Auditoria

A todas las áreas involucradas en el Sistema de Gestión de la Calidad.

Clientes de la Auditoria

Equipo Regional de Calidad:

- | | |
|--------------------------------|---|
| - Ricardo Reig Gonzalez | Jefe Regional |
| - Abel Ponce Ponce | Jefe de IDS |
| - Mauricio Acuña Barrera | Jefa de los Servicios de Tránsito Aéreo |
| - Mayra Karolina Osuna Landell | Jefa de Apoyo Aeronáutico |

Equipo Auditor

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| - PTI. Ricardo Luna Gamboa | Auditor Líder |
| - LIC. Jorge H. Gallardo Alcalá | Director de Sistemas de Calidad |
| | Auditor Interno |

Auditados

Equipo Regional de Calidad:

- | | |
|--------------------------------|---|
| - Ricardo Reig Gonzalez | Jefe Regional |
| - Abel Ponce Ponce | Jefe de IDS |
| - Mauricio Acuña Barrera | Jefa de los Servicios de Tránsito Aéreo |
| - Mayra Karolina Osuna Landell | Jefa de Apoyo Aeronáutico |

Jefatura de Servicios de Tránsito Aéreo

- Mauricio Acuña Barrera
- Gonzalo Ernesto Escudero Enriquez

Ingeniería de Servicios

- ING. Abel Ponce Ponce
- ING. Juan Manuel Mardueño Valle
- ING. Jorge Alberto Bustos Sotomayor

Control de Documentos

- LIC. Mayra Karolina Osuna Landell

Nota: Asegúrese que es este formato corresponda a la versión vigente en el Portal Interno

Versión: Tercera

Fecha: Marzo 2022

F-9.2-01

Fecha de la Auditoria

Del 20 al 22 de agosto 2025

Criterios de Auditoria

La auditoría fue realizada en consideración a:

- Norma ISO 9001:2015
- Norma Internacional ISO 19011
- Manual del Sistema de Gestión de la Calidad de SENEAM
- Manual de Operación del Área Técnica
- Procedimientos y Registros del SGC

Método de Auditoria

La auditoría se llevó a cabo de manera presencial, utilizando entrevistas, cuestionarios y revisión documental basada en muestras aleatorias. En consecuencia, existe la posibilidad de que posteriormente se identifiquen no conformidades que no fueron detectadas durante el proceso.

Nota: Asegúrese que es este formato corresponda a la versión vigente en el Portal Interno

Versión: Tercera

Fecha: Marzo 2022

F-9.2-01

No Conformidades de Auditoria

Dentro de la auditoría fueron detectadas 2 No Conformidades.

Nº	REQUISITO	NO CONFORMIDAD
1	ISO 9001:2015, cláusula 7.5.3 Control de la información documentada ISO 9001:2015, cláusula 10.2 No conformidad y acción correctiva P-7.5-01 Control de información documentada	Cláusulas de la Norma ISO 9001:2015: 7.5.3 Control de información documentada La organización debe asegurar la protección y disponibilidad de la información documentada. 10.2 No conformidad y acción correctiva La organización debe reaccionar ante las no conformidades, implementar acciones correctivas apropiadas y revisar su eficacia. Procedimiento interno aplicable: El Procedimiento P-7.5-01 Control de Información Documentada, en la Actividad No. 11, establece que el encargado de control de documentos "realiza respaldo de la información documentada interna del SGC cada vez que se actualiza la documentación". Hallazgo de Auditoría: Durante la revisión de los registros de respaldo de la información documentada, no se presentó evidencia que demostrara la ejecución del respaldo correspondiente, a pesar de que en junio de 2024 se había establecido una acción correctiva para garantizar la no recurrencia de dicha actividad. Conclusión: Por lo anterior, se identifica una No Conformidad, debido a que no se cumple con lo establecido tanto en la Norma ISO 9001:2015 como en el procedimiento interno del SGC, comprometiendo la protección y disponibilidad de la información documentada.

Nota: Asegúrese que es este formato corresponda a la versión vigente en el Portal Interno

Versión: Tercera

Fecha: Marzo 2022

F-9.2-01

N°	REQUISITO	NO CONFORMIDAD
2	ISO 9001:2015, cláusula 7.1.3: La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios. ISO 9001:2015, cláusula 5.3: la organización debe asegurar que las responsabilidades y autoridades se asignen y se comuniquen. ISO 9001:2015, cláusula 7.1.2: la organización debe proporcionar las personas necesarias para la operación de sus procesos. P-7.1.3-02 Procedimiento para el mantenimiento correctivo a los Sistemas utilizados en los Procesos de Ascenso y Descenso en las áreas terminales e información Meteorológica	Cláusulas de la Norma ISO 9001:2015: 7.1.3 Infraestructura La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios. 5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización La organización debe asegurar que las responsabilidades y autoridades se asignen y se comuniquen. 7.1.2 Personas La organización debe proporcionar las personas necesarias para la operación de sus procesos. Procedimiento interno aplicable: El procedimiento P-7.1.3-02 Procedimiento para el mantenimiento correctivo a los Sistemas utilizados en los Procesos de Ascenso y Descenso en las áreas terminales e información Meteorológica en su actividad 1 establece que el Supervisor de los Servicios de Tránsito Aereo "Reporta Falla y registra en el Diario de Operación Técnica" (240-13) Hallazgo de Auditoría: Durante la revisión de los registros se identificó el llenado incompleto del formato RDO-240-13. En la columna "TOTAL FUERA" no se especifica el tiempo total que duró la falla, y no se utiliza la columna "OBSERVACIONES" para precisar, en su caso, alguna información que justifique el vacío en "TOTAL FUERA". Por otra parte, se detectó la falta de asignación de la actividad correspondiente en casos de ausencia de un Supervisor responsable.

Nota: Asegúrese que es este formato corresponda a la versión vigente en el Portal Interno

Versión: Tercera

Fecha: Marzo 2022

F-9.2-01

		Conclusión: Por lo anterior se identifica una No Conformidad debido a que el llenado incompleto del RDO no asegura evidencia suficiente del mantenimiento de la infraestructura, incumpliendo la cláusula 7.1.3 Si un formato relacionado con el mantenimiento como lo son los reportes de fallas está incompleto o inadecuadamente llenado, la organización no puede demostrar que mantiene su infraestructura en condiciones adecuadas para asegurar la conformidad del servicio. Por otro lado la falta de asignación de un responsable sustituto para la tarea del supervisor incumple las cláusulas 5.3 y 7.1.2 al no garantizar que las responsabilidades estén definidas ni que se cuente con el personal necesario para asegurar la continuidad de los procesos.
--	--	---

Conclusiones de Auditoria

Política y Objetivos de la Calidad:

Verificación del conocimiento de la Política y Objetivos de Calidad:

Mediante diversas entrevistas realizadas al Equipo Regional de Calidad, se constató que el personal entrevistado cuenta, en general, con un conocimiento aceptable de la Política y Objetivos de Calidad.

Aplicación de cuestionarios:

Durante la auditoría, se aplicaron 16 cuestionarios de manera aleatoria para evaluar el conocimiento y la aplicación de la Política y Objetivos de Calidad en las áreas de trabajo correspondientes. Los resultados obtenidos indican que el personal de la Gerencia Regional Tijuana posee, en general, un nivel de conocimiento aceptable.

Difusión de la Política y Objetivos de Calidad:

Se verificó que la Política y Objetivos de Calidad están adecuadamente difundidos en las áreas de trabajo a través de los pizarrones de comunicación interna del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)

Nota: Asegúrese que es este formato corresponda a la versión vigente en el Portal Interno

Versión: Tercera

Fecha: Marzo 2022

F-9.2-01

Declaración del grado en que se han cumplido los criterios de la auditoria

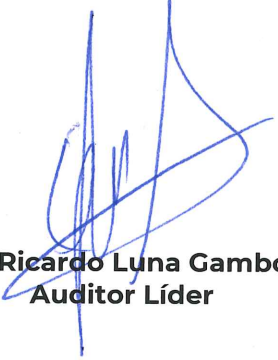
La auditoría se llevó a cabo de manera presencial, cumpliendo con los plazos y formatos establecidos. Durante el proceso, el personal auditado mostró una actitud colaborativa y proactiva, facilitando en todo momento la información solicitada por el equipo auditor.

Oportunidades de Mejora

Las manifestadas en las solicitudes de Acción Correctiva que se desprenden del presente informe.

Opiniones divergentes sin resolver entre el equipo auditor y el auditado

Ninguna.



PTI. Ricardo Luna Gamboa
Auditor Líder