



INFORME DE AUDITORÍA

Código	FO-PGO-06-06
Rev.	4
Fecha:	Octubre 2010

Sistema de Gestión

Fecha (s) de auditoría 18, 19, 20 y 21 de octubre de 2011 Expediente: CA-3012811 N° Informe: 1

Organización	Dirección	Persona de Contacto
Universidad Autónoma de Sinaloa	Gral. Ángel Flores pte. s/n Col. Centro, C.P. 80000, Culiacán, Sinaloa, México	Mtra. Marifeli Avendaño Corrales

Datos de la Auditoría				Otros datos de la Organización	
Tipo de Auditoría	Norma de referencia			Teléfono:*	01 667 716 0328
Certificación	<input checked="" type="checkbox"/>	ISO 9001:2008 (NMX-CC-9001-IMNC-2008)	<input checked="" type="checkbox"/>	Fax:*	01 667 713 6697
Seguimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	ISO 14001:2004 (NMX-SAA-14001-IMNC-2004)	<input type="checkbox"/>	E-Mail:*	marifeli@uas.uasnet.mx
Re-certificación	<input type="checkbox"/>	ISO 22000:2005 (NMX-F-CC-22000-NORMEX-IMNC-2007)	<input type="checkbox"/>		
		OHSAS 18001:2007 (NMX-SAST-001-IMNC-2008)	<input type="checkbox"/>		
Otra (Indique):					

Multi-sitio SI NO

Equipo auditor									
Ing. Enrique Ángeles	Auditor Líder			E <input type="checkbox"/>					
Mtro. Mauricio Cárdenas	A	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	AE	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mtro. Ricardo Livas	A	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	AE	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ing. José Antonio Hernández	A	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	AE	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lic. Enrique Fuentes	A	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	AE	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AL= Auditor Líder, A= Auditor, E= Experto Técnico, AE= Auditor en Entrenamiento y O= Observador. Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

Sitio(s)	Alcance de auditoría
Gral. Ángel Flores pte. s/n Col. Centro, C.P. 80000, Culiacán, Sinaloa, México	Dirección Académico Legal Certificación Profesional; Dirección de Archivo General Servicios de Archivo General; Dirección de Auditoría Interna Comprobación de Gastos; Auditoría Interna; Dirección de Contabilidad General Registro de Ingresos; Registro de Egresos; Operación y Contabilidad; Archivo Contable; Apoyo Administrativo de la Dirección de Contabilidad General; Dirección de Contraloría Académica Asignación y Control de Cargas Académicas; Dirección de Informática Servicios Informáticos y Seguridad de la Base de Datos; Dirección de Personal Certificación Laboral; Control de Guardias; Dirección de Prestaciones Sociales; Prestaciones Sociales a los Universitarios; Dirección de Sueldos y Salarios Elaboración de la Nómina Universitaria; Dirección General de Planeación y Desarrollo Elaboración, Seguimiento y Evaluación del Plan; Elaboración de la Estadística Básica; Elaboración del Presupuesto Anual de Egresos; Dirección General de Servicios Escolares Emisión de Certificados de Estudios; Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Coordinación del Doctorado en Ciencias Sociales Apoyo Administrativo del Doctorado en Ciencias Sociales; Rectoría Administrativo de Rectoría; Secretaría de Administración y Finanzas Egresos (Ventanilla de Trámites Generales); Ingresos Institucionales; Biblioteca Central Lic. Eustaquio Buelna Pérez Unidad Regional Centro Servicios al Público.

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

Confirmación del Plan de Auditoría	
¿El plan de auditoría se ha cumplido según lo estipulado?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
En caso de respuesta negativa explicar las razones y los cambios en el plan:	

Confirmación del cumplimiento de los objetivos de la Auditoría

¿Se ha alcanzado el objetivo de verificar la conformidad de la gestión de la organización con los requisitos de la norma de referencia? SI NO

en caso de respuesta negativa explicar las razones:

Recomendaciones del equipo auditor

A la vista del resultado de la auditoría, el equipo auditor considera que ACCM debería:	Certificar el Sistema	<input type="checkbox"/>	Solo llenar una de estas casillas
	Mantener el certificado	<input type="checkbox"/>	
	Re-certificación	<input type="checkbox"/>	
	Certificar el Sistema tras la presentación y evaluación positiva de un plan de Acciones Correctivas	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Mantener el Sistema tras la presentación y evaluación positiva de un plan de Acciones Correctivas	<input type="checkbox"/>	
	Re-certificar el Sistema tras la presentación y evaluación positiva de un plan de Acciones Correctivas	<input type="checkbox"/>	
	Realizar una re-auditoria	<input type="checkbox"/>	
A la vista del resultado de la auditoría, el equipo auditor también considera que ACCM debería:	Mantener el alcance solicitado por el Cliente	<input checked="" type="checkbox"/>	Solo llenar una de estas casillas
	Cambiar y/o Ampliar el alcance solicitado	<input type="checkbox"/>	
	Indique y justifique:		
	Reducir el alcance solicitado	<input type="checkbox"/>	
	Indique y justifique:		

Actividades siguientes del proceso de certificación

Actividad	Procede		Responsable
	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
Realización de una Re-auditoría	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	
Elaboración por parte de la Organización Auditada de un plan de acciones correctivas en el que se identifiquen las causas que las provocan y se propongan acciones que las subsanen o, en caso de que la organización no esté conforme con alguna de las no-conformidades, alegaciones que las rebatan.	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Organización auditada
Revisión y aprobación, si procede, del plan de Acciones Correctivas / Alegaciones presentado por la Organización Auditada	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	ACCM
Adopción de la decisión de la certificación	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	ACCM
Emisión del Certificado	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	ACCM

DATOS A TENER EN CUENTA POR LA ORGANIZACIÓN

Carácter Muestral

La auditoría realizada se ha llevado a cabo mediante muestreo, por lo tanto es posible que determinados aspectos que concurren, incluidas no conformidades, no hayan sido observadas por el equipo auditor y sí lo sean en posteriores auditorías.

Confidencialidad

Los datos contenidos en el presente informe son propiedad de la organización auditada, ACCM se compromete a que todos estos datos y cualquier otra información derivada de la presente auditoría y de otras actividades relacionadas con la certificación son tratados con absoluta confidencialidad salvo autorización escrita expresa por la organización auditada.

Independencia e imparcialidad

La organización auditada conoce la identidad del equipo auditor y sabe que puede, en cualquier momento, recusar a cualquiera de los miembros de este si tiene la mínima sospecha de la existencia de cualquier conflicto de intereses.

SEGUIMIENTO A HALLAZGOS DE LA ETAPA 1 (aplica para certificación / re-certificación)

Requisito	Descripción	¿Atendido satisfactoriamente?
N/A	N/A	N/A

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

Aspectos destacables:

De manera positiva se observa que el establecimiento y monitoreo del Sistema de Gestión de Calidad se encuentra alineado con el plan de desarrollo institucional visión 2013 en su eje 6.5
Se observa un gran compromiso y liderazgo por parte de la Directora del Sistema de Gestión de Calidad.
Se observa que recientemente se liberó el reglamento de bibliotecas mismo que ayudará a normar las actividades que se realicen como parte del SIBIUAS
Es evidente el compromiso de toda la organización con el Sistema de Gestión de la Calidad, el cual se percibe desde los directivos hasta el personal operativo.
La gestión de los procesos operativos está fundamentada sobre bases sólidas y firmes lo que asegura la eficacia de dichos procesos y es ejecutada de manera consistente.
Se cuenta con muy buenas herramientas electrónicas para el desarrollo de las operaciones en los procesos como es el caso de los programas para la elaboración de la planeación institucional, estratégica y anual así como para la elaboración de la estadística poblacional y la elaboración del presupuesto de la Dirección General de Planeación y Desarrollo; los cuales son amigables y cuentan con controles a prueba de errores u omisiones.
También es destacable el Sistema SISS implementado en la Dirección General de Servicios Escolares, en el cual se conservan los registros de las solicitudes de emisión de certificados recibidas en la UAS desde 1995 a la fecha.
En el transcurso de la revisión se observó que para el caso de los proyectos de desarrollo de software, se tienen perfectamente identificadas las etapas y tiempos para su ejecución, así como las verificaciones y validaciones pertinentes, las cuales se apegan a lo establecido en el requisito 7.3 de la norma ISO 9001:2008. En el mismo proceso se observó el exhaustivo control sobre las versiones y control de cambios en los diferentes programas modificados.
En el transcurso de la auditoría se observó que con la transición a la contabilidad gubernamental los responsables de los procesos han identificado los puntos en los cuales podría afectar el cambio, así como las diferentes oportunidades de mejora que podrían culminar con dicha transición.
Acertadamente en todas las áreas se ha desarrollado un Plan de Calidad así como Criterios de Aceptación y Rechazo, mismos que describen las fases y puntos críticos para el control de cada proceso.

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

Evidencias de mejora¹

N/A.

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

Notas de Mejora

Durante la auditoría se observó que las Unidades Organizacionales podrían mejorar la redacción de los documentos (procedimientos, planes de calidad, criterios, etc.) que respaldan su operación. Por ejemplo:

- La definición de criterios para la revisión de selectividad en el proceso de comprobación de gastos.
- La definición de criterios para la programación de auditorías y clasificación de hallazgos en la Dirección de Auditoría Interna.
- La redacción de las actividades para asignación de cargas académicas de personal de confianza (extra cargas) en el punto 28 PE-DCA-ACCA-01.
- La definición de actividades para la verificación de comprobantes fiscales con sello bidimensional en el mecanismo para la verificación de comprobante OD-DAI-CG-03.
- El establecimiento de actividades para el control del proceso dentro del procedimiento de certificación profesional PE-DAL-CERTFP-01 versión 5.

Es importante se analice el valor agregado que puede generar la incorporación de los procesos de "registro de planes de estudio" y "elaboración de nombramientos de bases" al Sistema de Gestión de Calidad en la Dirección de Contraloría Académica"

Como parte del proceso de control de documentos la organización debe analizar la inclusión de documentación complementaria al Sistema de Gestión de Calidad, por ejemplo el Catálogo de Rechazos utilizado en comprobación de gastos.

Es importante que la alta dirección del Sistema de Gestión de Calidad de seguimiento a las necesidades y requerimientos establecidos en los planes de mejora y POA en la Dirección de Archivo General.

Con la intención de fortalecer la comunicación con alumnos, se observó que la Dirección Académico Legal podría mejorar la difusión de los requisitos del proceso de Certificación Profesional dentro de las instalaciones que son atendidos los usuarios.

Es importante se dé seguimiento a la solicitud de recursos para el mantenimiento o adquisición de la impresora que se utiliza en la elaboración de los títulos profesionales, ya que actualmente se presentan dificultades para su uso.

Durante la auditoría se observó que se podría mejorar los controles actualmente implementados para la identificación, resguardo y protección del papel utilizado en la impresión de títulos, así como de los títulos cancelados.

Durante la auditoría al proceso de Servicios Informáticos se observó que no es del todo claro cómo se asegura la encargada de recepción de documentos si las firmas de las solicitudes corresponden al personal autorizado para solicitar la atención de un servicio informático.

Durante la auditoría al proceso de Servicios Informáticos se observó que podría mejorar el registro y la descripción de las acciones tomadas en el Sistema Integral cuando se atiende y se da seguimiento a una solicitud de servicio.

Sería conveniente analizar si generaría algún valor someter el tríptico de información de los servicios proporcionado por la Dirección de Informática y la Dirección Académico Legal al control documental.

En el transcurso de la auditoría se observó que podría mejorar la descripción de los requisitos legales y reglamentarios al producto en el plan de calidad del proceso de egresos, por ejemplo la referencia a los requisitos que deben cubrir las facturas.

Durante la auditoría al proceso de Ingresos se observó que podría mejorar la definición de los indicadores, esto con la intención de que dichos indicadores reflejen el desempeño del proceso, ya que actualmente el indicador

¹ Este aspecto se tendrá especialmente en cuenta en auditorías de seguimiento y renovaciones.

refleja actividades que se deben de cumplir obligatoriamente para el inicio de otros procesos, por ejemplo la entrega a contabilidad de los documentos soporte de los ingresos para su registro.
Durante la revisión al proceso de egresos se observó que podría mejorar la identificación del producto no conforme generado durante la prestación del servicio, por ejemplo la emisión de cheques fuera de tiempo y la recepción de documentos para su trámite cuando éstos no cumplen los requisitos.
Durante la auditoría se observó que podría mejorar la forma en que se transmiten los requisitos que debe cumplir los trabajadores para tramitar una credencial o una constancia laboral.
Sería conveniente que las diferentes áreas que contribuyen como parte de los procesos certificados se involucraran más entendiendo como sus objetivos se vinculan con el PDI, su programa a 4 años y su POA.
Como parte del Manual de Gestión de Calidad se establece que de conformidad con la normatividad de la UAS, los procesos de las UO se realizan internamente y bajo ningún caso se recurrirá a la subcontratación de procesos, sin embargo existen convenios para que se lleven a cabo las actividades de adquisiciones de bienes mismas que aunque sean realizadas por una dirección dentro de la misma Universidad se observan obligadas contractualmente.
Será importante que como parte de la implementación de la acción correctiva que se tiene identificada para dar cabal cumplimiento con el requisito de satisfacción del cliente se considere la determinación de la representatividad y tamaño de la muestra dependiendo del universo de usuarios que son atendidos por proceso.
Es necesario que se aclare y se refuerce el tratamiento que pueden tener los formatos al ser considerados por un lado como documentos y por otro como registros.
Es relevante que se analice la pertinencia de la aplicación del formato de producto no conforme sobretodo aclarando la aplicación de conceptos como retrabajo, reclasificación, reproceso
Será conveniente que se aclaren los requisitos que deben cubrir los aspirantes a auditor o auditor líder basados no únicamente en la educación si no en la formación, la experiencia y las habilidades como lo menciona la norma ISO 19011.
Es válido que con el fin de garantizar que se auditan todos y cada uno de los requisitos de la norma en el plan de auditoría se incluyan los requisitos a verificar por área y auditor.
En el momento de realizar la auditoría interna será relevante que se considere la evaluación al requisito 8.2.2
En el caso de los documentos de origen externo que se controlan como parte de las responsabilidades de la dirección del sistema de gestión será necesario que se sigan los controles que se establecen en las demás áreas.
Como parte de las exclusiones en el manual se maneja la exclusión del requisito 7.4 situación que será conveniente revisar tomando en cuenta lo que se menciona en la página 13 del MCUAS SGC 01.
Debido al crecimiento del sistema y considerando la integración de nuevos procesos y sitios es relevante que se considere el contar con un medio electrónico que permita a la universidad administrar los documentos y las acciones correctivas entre otros.
En la dirección de construcción y mantenimiento se observa que se realizan actividades de mantenimiento correctivo a infraestructura por lo que será muy importante que dichas actividades se integren como parte del requisito 6.3 de la norma ISO 9001:2008.
Se ha desarrollado un mecanismo adecuado para gestionar planes de mejora por lo que sería conveniente que se vinculara con el requisito 8.5.1 de la norma así como que se aclaren las diferencias entre acciones correctivas, preventivas y mejoras
Será necesario que se analice la viabilidad y pertinencia en la aplicación de los formatos de control de producto no conforme y solicitud de acciones correctivas ya que en la mayoría de los casos la información que se incluye en ambos es la misma. Por ejemplo: PGSGCACP05 y PGSGCPNC03.
En el caso de los procesos que se realizan en bibliotecas con el fin de contar con recursos bibliotecarios eficientes y actualizados y de calidad que contribuyan a la formación de profesionales de alto nivel, valdría la pena que se considerara integrar al alcance de los procesos certificados el desarrollo de colecciones, la clasificación, la catalogación y procesos técnicos.
Será importante integrar el manual del sistema SIABUC 9 como parte de los apoyos necesarios para realizar la prestación de servicios en biblioteca.
Es importante que se evalúe como parte del desempeño de los procesos los que son prestados por parte de la

Dirección de Informática, por ejemplo el ancho de banda para la prestación del servicio de formación de usuarios de bases de datos en biblioteca.

Durante la auditoría se observó que la Dirección de Recursos Humanos es pieza fundamental en el Sistema de Gestión ya que contribuye a través del plan general de capacitación y adiestramiento para garantizar la competencia del personal que presta servicios en las áreas certificadas.

Sería conveniente reforzar la difusión de la Política de Calidad ya que no en todos los casos se pudo percibir el dominio sobre su concientización y conocimiento.

Sería favorable reforzar la conceptualización y diferencia entre los términos "Proceso" y "Procedimiento" ya que se detectó la confusión al respecto incluso a nivel documental

Sería conveniente que se revisaran los objetivos de los procedimientos, ya que en algunos casos no son congruentes con las actividades descritas en ellos; tal es el caso del procedimiento PE-DGPD-ESP-01 Procedimiento para la elaboración, seguimiento y evaluación del plan; cuyo objetivo establece "*Definir los procedimientos e instrumentos para formular el plan de Desarrollo Institucional, los planes de desarrollo de unidades organizacionales y sus respectivos planes operativos*"; sin embargo las actividades descritas solo contemplan el desarrollo de los planes estratégicos y anuales, ya que en la práctica el personal del área únicamente participa en la integración de los planes institucionales.

Resulta imperioso revisar las preguntas contenidas en las encuestas de satisfacción del cliente, ya que no en todos los casos son congruentes con los objetivos y metas establecidas por la institución; como sucede con las encuestas de los procesos de Elaboración, seguimiento y evaluación del plan y en el de Elaboración de la estadística básica.

Se tienen establecidos como indicadores desempeño del proceso de Apoyo administrativo del doctorado en Ciencias Sociales la relación de solicitudes de servicio recibidas vs las solicitudes atendidas; sin embargo estos indicadores no reflejan la medición que en la práctica está haciendo ya que además se evalúa el tiempo del servicio y las no conformidades del proceso. Sería conveniente incluir estos factores de medición como indicadores de desempeño de este proceso; además de que será necesario definir los criterios para establecer las no conformidades.

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

Confianza que se puede otorgar a las auditorías internas

Se confirma la eficacia que actualmente mantiene el proceso de auditorías internas implementado por la organización, mismo que se desarrolla con un orden metodológico, desde la planeación, ejecución, reporte y seguimiento.

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

El cómo usar la marca y logotipo de ACCM

Cabe mencionar que los lineamientos para el uso de la marca y logotipo de ACCM se encuentran establecidos en el Instructivo IN-PDI-01-02, el cual es emitido y difundido por el Organismo de Certificación a través de la zona privada para clientes de la página de Internet www.accm.com.mx. Es importante que la organización ingrese para obtener la versión vigente de dicho documento.

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

- Número de observaciones apreciadas en la Auditoría	7
- Número de no conformidades apreciadas en la Auditoría.	0

LA ORGANIZACIÓN DISPONE DE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS NATURALES PARA EL CIERRE DE ACCIONES MEDIANTE PLANES DE ACCIÓN Y EVIDENCIA DEL ADECUADO TRATAMIENTO DE LAS NO CONFORMIDADES Y OBSERVACIONES DETECTADAS.

NO-CONFORMIDADES Y OBSERVACIONES

Se detallan en el Anexo del Informe de Auditoría.

DISCONFORMIDADES Y ALEGACIONES DEL CLIENTE

SI

NO

En caso afirmativo, indique:

Enterado como representante de la empresa

Fecha y Firma

Por ACCM

Fecha y Firma de Auditor Líder

Por ACCM

FECHA Y FIRMA :

CERTIFICADOR

Con la presente firma certifico que la organización objeto del presente informe cumple con lo establecido en nuestro proceso de certificación y con la norma de referencia por lo que **PUEDE EXPEDIRSE EL CERTIFICADO O SERVIR COMO EVIDENCIA DE MANTENIMIENTO.**

ANEXO AL INFORME.

Definiciones.

Observaciones.

Es cuando se presenta una condición que refleja errores de implantación, faltas de concordancia o consistencia y fallos, así como aquellos incumplimientos de los requisitos de la norma de referencia de carácter puntual que dificultan el mantener de forma sistemática uno o más de los elementos del sistema de gestión pero que no impiden de forma general la conformidad del sistema de calidad. REQUIEREN ACCIÓN CORRECTIVA y EVIDENCIA DE SU CUMPLIMIENTO que debe ser verificada y aceptada por el auditor líder para su cierre previo a la recomendación de certificación o mantenimiento del certificado.

No conformidades.

Es cuando se presenta una condición que pudiera (basándose en evidencias o evaluaciones objetivas) resultar en una falla que reduzca considerablemente el rendimiento para el que fueron diseñados originalmente los procesos, productos o servicios, o bien, crear una duda razonable sobre la calidad del producto suministrado o el servicio proporcionado; Cuando se presente cualquier situación que pudiera generar el envío de un producto o servicio no conforme; Cuando se presenta la ausencia o ruptura total de un sistema en el cumplimiento de un requerimiento de la norma. Un incumplimiento legal. Un número representativo de observaciones contra un

proceso puede representar un rompimiento total del sistema y por lo tanto considerarse como no conformidad. **REQUIEREN ACCIÓN CORRECTIVA y EVIDENCIA DE SU CUMPLIMIENTO** que debe ser verificada y aceptada por el auditor líder, en caso de ser necesario mediante re-auditoría en sitio, para su cierre previo a la recomendación de certificación o mantenimiento del certificado.

Notas de Mejora: Son apreciaciones del equipo auditor acerca de áreas de oportunidad del sistema de calidad de la organización, aunque ello no implique algún incumplimiento en relación a la norma de referencia. Estas recomendaciones **NO SE REALIZAN CON ASESORIA O CONSULTORÍA** y están mencionadas en el presente informe, éstas no requieren de evidencia de cumplimiento en caso de que tomen acciones correctivas.

Solicitud de Acciones Correctivas.

Conjunto de Acciones Correctivas presentadas por la organización auditada en respuesta a las no conformidades y observaciones detectadas durante el transcurso de la auditoría y reflejadas en el presente informe.

INSTRUCCIONES DE LLENADO DE LA SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS.

Tanto las observaciones como las no conformidades detectadas durante la auditoría practicada por ACCM a la organización deben ser objeto del llenado de una solicitud de acciones correctivas que se debe presentar por la organización al AUDITOR LIDER que realizó la correspondiente auditoría.

1. Para elaborarlo, la organización debe seguir las siguientes recomendaciones²:
 - Cada observación / no-conformidad debe presentarse en el formato Solicitud de Acciones Correctivas que forma parte del presente informe y ser tratada de forma individual.
 - Cada observación / no-conformidad debe describir las **correcciones específicas** que apliquen para resolver la desviación.
 - Cada observación / no conformidad debe incorporar la **CAUSA RAIZ** que la produce.
 - **DEBEN** establecerse **Acciones Correctivas** planificadas para eliminar las **CAUSAS** de las no-conformidades para asegurarse de que **NO VUELVEN A OCURRIR** por lo que el Auditor Líder estudiará si cada Acción Correctiva propuesta elimina la causa de la no-conformidad / observación y no simplemente su efecto.
 - Debe asignarse un responsable para cada Corrección y Acción Correctiva dentro de la organización, así como la persona que verifica su implantación.
 - Se debe identificar la fecha en que inició la acción y la fecha en la que se dio seguimiento y cierre.
2. El Auditor Líder verificara que se resuelve la desviación, para ello es requerido que la organización **FACILITE COMO ANEXO EVIDENCIA DE SU IMPLANTACIÓN** lo que evitará, en caso de ser aceptado, que el equipo de auditores realice una re-auditoría para verificar la solución de la desviación.
3. Se deberá realizar un solo envío con la evidencia de todas las acciones por medio electrónico a la dirección de correo electrónico: programacion@accm.com.mx.
4. El auditor líder revisará las acciones correctivas para su cierre. Cuando el auditor líder no considere efectivas las acciones para eliminar la causa del problema, lo notificará mediante el mismo formato al representante de la organización para que éste a su vez haga las correcciones necesarias y presente una nueva propuesta.
5. Se tiene un máximo de 45 días naturales para el cierre de las acciones, sin embargo se recomienda ampliamente su envío con anticipación pues es posible que el auditor retroalimente las correcciones específicas u acciones correctivas.

² El no seguir estas recomendaciones, puede suponer que el Auditor Líder responsable del equipo de auditores considere que el Plan de Acciones Correctivas no esté lo suficientemente documentado y lo devuelva a la organización con el consiguiente retraso.

Otros puntos a considerar.

- No es necesario adjuntar todos los documentos cambiados completos, es suficiente con adjuntar las páginas que contienen los cambios producidos.
- Cuanto más evidencia se envíen para demostrar la implantación de las correcciones / acciones correctivas de las no-conformidades u observaciones mejor.
- Identificar los cambios producidos en los documentos (subrayado, **negrita**, **resaltado**...).
- En caso de que la obtención de las evidencias definitivas pueda demorarse por causas ajenas a la organización, justificar y enviar documentos que demuestren que se comenzó con los trámites correspondientes (solicitudes, entregas con sello de registro de entrada, cartas, planificaciones...).

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación <input checked="" type="checkbox"/>	No conformidad <input type="checkbox"/>	Solicitud 1 de 7	
			Requisito:	4.1
Descripción:	<p><i>La norma en su apartado 4.1 especifica que se debe establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de esta norma internacional.</i> No obstante durante la entrevista al personal del proceso de Apoyo administrativo del Doctorado en Ciencias Sociales, se detectó que el personal no domina completamente el contenido de la documentación que regula la gestión de este proceso y por consiguiente no se pudieron encontrar evidencias de que las actividades que realizan para la prestación de los servicios de apoyo estén en concordancia total con lo descrito en el procedimiento PE-DCES-APA-01; sin embargo se cuenta con registros de las solicitudes recibidas y la evaluación que el usuario les otorga, tampoco se cuenta con evidencia de la elaboración del plan del presupuesto para el evento; como se especifica en los incisos 5 y 6 del procedimiento citado. Del mismo modo en la Dirección de Personal ha definido que para la entrega de constancias laborales a personas que no son los solicitantes, se debe presentar una carta poder y copia de la identificación del solicitante, sin embargo dicha situación no se está realizando, ya que durante la auditoría se identificó que para los casos de los tramites de los días 13 (Folios 1107512, 1107643, 1107654) y 18 de octubre (Folios 1107919, 1107936, 1107929) no se cuenta con la carta poder y copia de la credencial de elector del solicitante.</p>			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación³:				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)⁴:				
	Responsable(s)	Fecha de termino o compromiso	Evidencia adjunta	
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)⁵:				
	Responsable(s)	Fecha de termino o compromiso	Evidencia adjunta	
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Firma:	Fecha de aceptación:	

³ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

⁴ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

⁵ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación <input checked="" type="checkbox"/>	No conformidad <input type="checkbox"/>	Solicitud 2 de 7	
			Requisito:	4.2.3
Descripción:				
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación⁶:				
<p><i>En los incisos b), c) y f) del apartado 4.2.3 de la norma se especifica que se debe establecer un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente, para asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de la versión vigente de los documentos y para asegurarse de que los documentos de origen externo, que la organización determina que son necesarios para la planificación y la operación del sistema de gestión de la calidad, se identifican y que se controla su distribución.</i> Sin embargo, durante la auditoría se encontraron documentos en las siguientes condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En el procedimiento para la Elaboración del presupuesto anual de egresos, se tiene identificado como registros las Políticas del presupuesto y las políticas financieras; siendo ambos documentos de origen externo que sirven de marco de referencia para desarrollo del presupuesto. 2. La copia impresa del procedimiento PE-DCES-APA-01 Apoyo administrativo del doctorado en ciencias sociales no está controlada, no ostenta los sellos indicados en el procedimiento de control de documentos. 3. El Manual de Trámites de egresos no está sujeto a los controles establecidos en procedimiento PG-SGC-CDOC-01 de Control de documentos. 4. Al momento de ésta auditoría, la Lista para el Control de Documentos de Origen Externo de la DCG no refleja la actualización del 10/05/2011 al Código Fiscal de la Federación como parte de la Agenda Fiscal vigente del 01/01/2006 así como tampoco se tienen identificados los formatos 37 y 37^a para retenciones de la SHCP. 5. De acuerdo con la versión 7 del Procedimiento para Archivo Contable PE-DCG-ARC-01 actualizado al 05/01/11 un tipo de documento a archivar son las Copias de Nómina, sin embargo, actualmente éstas se manejan solamente de manera electrónica. 6. El procedimiento para la elaboración de nómina versión 07, copia controlada 07 carece de firma del responsable de la elaboración. 7. La ley de ISR y la Ley federal del trabajo, actualmente se encuentran identificadas en el proceso de Elaboración de nómina Universitaria en la versión 2009, siendo la más vigente y en uso la 2011. 				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)⁷:		Responsable(s)	Fecha de termino o compromiso	Evidencia adjunta
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)⁸:		Responsable(s)	Fecha de termino o compromiso	Evidencia adjunta

⁶ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

⁷ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

⁸ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.



INFORME DE AUDITORÍA

Código FO-PGO-06-06

Rev. 4

Sistema de Gestión

Fecha: Octubre 2010

PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER

Valoración del Auditor Líder

Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:		
Aceptación de las acciones:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Firma:	Fecha de aceptación:

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación <input checked="" type="checkbox"/>	No conformidad <input type="checkbox"/>	Solicitud 3 de 7	
			Requisito:	4.2.4
Descripción:				
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación⁹:				
<i>La cláusula 4.2.4 de la norma ISO 9001:2008 establece que se debe establecer un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, la retención y la disposición de los registros. Y que los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables. No obstante, durante la auditoría:</i>				
<ol style="list-style-type: none"> No fue posible revisar los resultados de cumplimiento de los objetivos del proceso de Elaboración, seguimiento y evaluación del plan, ya que el acceso al archivo electrónico del 2010 estaba bloqueado al momento de solicitarlos y el de 2011 aún no se determina su cumplimiento ya que el registro se hace anualmente. En el proceso de Elaboración del presupuesto anual de egresos tampoco se tuvo acceso a los registros electrónicos de los Anteproyectos de presupuesto de las Unidades Organizacionales ni a los Catálogos ya que éstos se encuentran en línea y al momento de la auditoría se encontraron bloqueados, además de que no se cuenta con registros impresos ni respaldos en CD como establece en su hoja de control de registros. Lo mismo sucedió con los anteproyectos presentados por las Unidades Organizacionales para la revisión y validación e integración del presupuesto anual 2011, los cuales tampoco estuvieron disponibles. De acuerdo con la versión 7 del Procedimiento para Archivo Contable PE-DCG-ARC-01 actualizado al 05/01/11 un tipo de documento a archivar son las Copias de Nómina, sin embargo, actualmente éstas se manejan solamente de manera electrónica. La Relación de folios de títulos cancelados no está considerada como registro, siendo que este documento constituye una evidencia importante del proceso. El procedimiento para la elaboración de nómina versión 07, copia controlada 07 carece de firma del responsable de la elaboración. 				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)¹⁰:		Responsable(s)	Fecha de termino o compromiso	Evidencia adjunta
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)¹¹:		Responsable(s)	Fecha de termino o compromiso	Evidencia adjunta
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			

⁹ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

¹⁰ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

¹¹ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.



INFORME DE AUDITORÍA

Código FO-PGO-06-06

Rev. 4

Fecha: Octubre 2010

Sistema de Gestión

Aceptación de las acciones:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Firma:	Fecha de aceptación:	

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación <input checked="" type="checkbox"/>	No conformidad <input type="checkbox"/>	Solicitud 4 de 7	
			Requisito:	6.2.2
Descripción:	PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN			
	Análisis de la Causa raíz de la desviación¹²:			
	<p><i>La norma ISO 9001:2008 establece en su requisito 6.2.2 c) que la organización debe evaluar la eficacia de las acciones tomadas para lograr la competencia necesaria del personal, sin embargo durante la auditoría se observó que las Unidades Organizacionales incorporadas al Sistema de Gestión de Calidad no tienen definido ni documentado un método para asegurarse de la evaluación de la eficacia de la capacitación impartida.</i></p>			
	Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)¹³:	Responsable(s)	Fecha de termino o compromiso	Evidencia adjunta
	Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)¹⁴:	Responsable(s)	Fecha de termino o compromiso	Evidencia adjunta
	PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER			
	Valoración del Auditor Líder			
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Firma:	Fecha de aceptación:	

¹² Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

¹³ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

¹⁴ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación <input checked="" type="checkbox"/>	No conformidad <input type="checkbox"/>	Solicitud 5 de 7	
			Requisito:	6.3
Descripción:	<p><i>La norma ISO 9001:2008 establece en su requisito 6.3 que la organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto. La infraestructura incluye, cuando sea aplicable, edificios, espacios de trabajo, servicios asociados, equipo para los procesos y servicios de apoyo tales.</i> Sin embargo durante la auditoría se observó que las Unidades Organizaciones no tienen establecido un mecanismo de control para el mantenimiento preventivo que se requiere periódicamente. Por ejemplo, en la Dirección de Informática no se tiene claro el control aplicable para el mantenimiento de la planta de luz y aire acondicionado del cuarto de servidores. Asimismo en la Dirección de Archivo General, se observó que aunque la titular ha solicitado en repetidas ocasiones recursos, no se cuenta con la infraestructura necesaria para mantener los expedientes de los trabajadores y egresados. Por ejemplo, existe una falta de espacios y mobiliario para su reguardo, protección y condiciones de seguridad. En la biblioteca no se cuenta con un mantenimiento programado al equipo de computo que se utiliza para la formación en bases de datos.</p>			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación¹⁵:				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)¹⁶:		Responsable(s)	Fecha de termino o compromiso	Evidencia adjunta
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)¹⁷:		Responsable(s)	Fecha de termino o compromiso	Evidencia adjunta
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Firma:	Fecha de aceptación:	

¹⁵ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

¹⁶ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

¹⁷ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación <input checked="" type="checkbox"/>	No conformidad <input type="checkbox"/>	Solicitud 6 de 7	
			Requisito:	7.2.1
Descripción:	<i>El requisito 7.2.1 inciso c), establece que la organización debe determinar los requisitos legales y reglamentarios al producto, sin embargo durante la auditoría se observó que en los casos de los trámites de afiliación al IMSS tratándose de un reingreso o diferente zona, no se tienen definidos dichos requisitos como el CURP u hoja de la UO firmada por el titular.</i>			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación¹⁸:				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)¹⁹:	Responsable(s)	Fecha de termino o compromiso	Evidencia adjunta	
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)²⁰:	Responsable(s)	Fecha de termino o compromiso	Evidencia adjunta	
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Firma:	Fecha de aceptación:	

¹⁸ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

¹⁹ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

²⁰ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.

SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Hallazgo	Observación <input checked="" type="checkbox"/>	No conformidad <input type="checkbox"/>	Solicitud 7 de 7	
			Requisito:	8.5.2
Descripción:				
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación²¹:				
<p><i>La norma ISO 9001:2008 establece que la organización debe tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas. Se deben de adoptar acciones para revisar la eficacia de las acciones tomadas.</i> Aunque la universidad ha desarrollado un procedimiento para el control de dichas acciones, por el momento se están identificando solicitudes de acción correctiva de proceso y sistema, éstas últimas son controladas por la dirección del sistema de gestión sin embargo en el caso de las denominadas como de proceso son controladas por responsables de éstos lo anterior no garantiza un correcto seguimiento y cierre de las mismas con el fin de garantizar su efectividad ejemplos: 40GGPD-ESP/09/11; 34DGPD-ED/09/11 20, 22 y 27 SIBIUAS 03DAI/AI/01/11 19DAI/AI/01/11</p>				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)²²:	Responsable(s)	Fecha de termino o compromiso	Evidencia adjunta	
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)²³:	Responsable(s)	Fecha de termino o compromiso	Evidencia adjunta	
PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER				
Valoración del Auditor Líder				
Fecha de valoración	Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:			
Aceptación de las acciones:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Firma:	Fecha de aceptación:	

²¹ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

²² Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

²³ Las acciones correctivas son aquellas que eliminan la causa raíz u otra situación no deseable, será necesario que detalle los cambios hechos y su justificación correspondiente.