



ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN CON SENTIDO

Fecha (s) de auditoría 1, 2, 3, 4 y 5 de septiembre de 2014

Expediente: CA-3012811 N° Informe: 05  
 CA-3012911  
 CA-3013311  
 CA-3013411  
 CA-3013511  
 CA-3013611

Organización	Dirección	Persona de Contacto
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA	Gral. Ángel Flores Pte. S/N Col. Centro C.P. 80000 Culiacán de Rosales, Sinaloa, México	Mtro. Omar Beltrán

Datos de la Auditoría		Otros datos de la Organización	
Tipo de Auditoría	Norma de referencia	Teléfono:*	01(66)7716-0328
Certificación <input type="checkbox"/>	ISO 9001:2008 (NMX-CC-9001-IMNC-2008) <input checked="" type="checkbox"/>	Fax:*	
Seguimiento <input type="checkbox"/>	ISO 14001:2004 (NMX-SAA-14001-IMNC-2004) <input type="checkbox"/>	E-Mail:*	obeltranz@uas.edu.mx
Re-certificación <input checked="" type="checkbox"/>	OHSAS 18001:2007 (NMX-SAST-001-IMNC-2008) <input type="checkbox"/>		
Otra (Indique):			

Multi-sitio  SI  NO

Equipo auditor	
Auditor Líder :	Mtro. Ricardo Livas
Audidores:	Ing. Víctor Monsiváis, Ing. Juan Manuel Farfán, Ing. José Hernández
Experto Técnico:	Mtro. Ricardo Livas, Ing. Víctor Monsiváis, Ing. Juan Manuel Farfán, Ing. José Hernández
Auditor en Entrenamiento:	NA

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

Sitio	Alcance de auditoría
Véase Notificación de Servicio. Se cumplió con lo estipulado	<b>Dirección Académico Legal:</b> Certificación Profesional / <b>Dirección de Archivo General:</b> Servicios de Archivo General / <b>Dirección de Auditoría Interna:</b> Comprobación de Gastos; Auditoría Interna / <b>Dirección de Contabilidad General:</b> Registro de Ingresos; Registro de Egresos; Operación y Contabilidad; Archivo Contable; Apoyo Administrativo de la Dirección de Contabilidad General / <b>Dirección de Contraloría Académica:</b> Asignación y Control de Cargas Académicas / <b>Dirección de Informática:</b> Servicios Informáticos y Seguridad de la Base de Datos / <b>Dirección de Personal:</b> Certificación Laboral; Control de Guardias / <b>Dirección de Prestaciones Sociales:</b> Prestaciones Sociales a los Universitarios / <b>Dirección</b>



ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN CON SENTIDO

	<p><b>de Sueldos y Salarios:</b> Elaboración de la Nómina Universitaria / <b>Dirección General de Planeación y Desarrollo:</b> Elaboración, Seguimiento y Evaluación del Plan; Elaboración de la Estadística Básica; Elaboración del Presupuesto Anual de Egresos / <b>Dirección General de Servicios Escolares:</b> Emisión de Certificados de Estudios / <b>Facultad de Ciencias Económicas y Sociales:</b> Servicios de Atención a Eventos Académicos, Diseño y Comunicación y Elaboración de Constancias / <b>Rectoría:</b> Administrativo de Rectoría / <b>Secretaría de Administración y Finanzas:</b> Egresos (Ventanilla de Trámites Generales); Ingresos Institucionales. / <b>Dirección General de Bibliotecas</b> Desarrollo de colecciones, procesos técnicos y servicios al público / <b>Dirección General de Servicios Escolares</b> Proceso general de admisión al primer periodo de los programas educativos escolarizados de nivel bachillerato y licenciatura. / <b>Dirección General de Recursos Humanos</b> Contratación de personal de base, académico, administrativo y de intendencia. / <b>Defensoría de los Derechos Universitarios</b> Atención y seguimiento de quejas para garantizar los derechos de la comunidad universitaria. / <b>Secretaría General</b> Recepción de proyectos, análisis y determinación de factibilidad por parte de las comisiones para poder ser presentados ante el consejo universitario con el fin de emitir acuerdos.</p>
--	--

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

1. 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:		

2. 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 <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En caso de respuesta negativa explicar las razones:		

3. Recomendaciones del equipo auditor			
A la vista del resultado de la auditoría, el equipo	Certificar el Sistema	<input type="checkbox"/>	de esta
	Mantener el certificado	<input type="checkbox"/>	



ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN CON SENTIDO

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

## 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.

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

Requisito	Descripción	¿Atendido satisfactoriamente? Justifique la respuesta <sup>1</sup>
	N/A	

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

#### 5. ASPECTOS DESTACABLES:

1. Pudo comprobarse la solidificación del SGC a 3 años de su evaluación por ACCM reflejando el interés y compromiso tanto de autoridades como de personal directivo, administrativo y operativo reiterando su involucramiento en las premisas básicas de la calidad, la satisfacción de usuarios y la mejora continua basada en la solidez del sistema de gestión certificado, el cumplimiento de sus métricas y objetivos que desde hace más de 6 años evidencia una notoria ampliación en el número de alcances comprendidos y la planificación constante de crecimiento y evolución migrando a un sistema integral que comprenderá un compromiso hacia el medio ambiente.
2. Se organizó por primera vez un taller para la realización de la Revisión Directiva convocando al personal directivo y responsables de proceso para concientizar su participación y relevancia en el cumplimiento con el requisito correspondiente.
3. Se ha desarrollado e implementado una primera etapa de la nueva plataforma electrónica para el control documental del Sistema de Gestión.
4. Durante la evaluación al proceso Multisitio de Bibliotecas se observó que en todas se mantiene un ambiente de trabajo óptimo, con condiciones de iluminación y temperatura excelentes para la prestación del servicio.
5. Es relevante destacar las actividades que desarrolla el área de control escolar para mantener la permanencia del alumnado en prepa Guamuchil en un porcentaje superior al 98% por generaciones.
6. Las actividades extraordinarias y la logística desarrollada por la Facultad de Contaduría y Administración durante el proceso general de admisión en su etapa aplicación del examen en apoyo a los aspirantes que le valió el reconocimiento del personal del ceneval.

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

#### 6. EVIDENCIAS DE MEJORA<sup>2</sup>

1. De manera institucional se ha sensibilizado y capacitado para la elaboración formal y metodológica de Planes de Mejora fomentando con ello la participación de las áreas operativas en este rubro.
2. Durante el más reciente ejercicio de auditoría interna, se complementó el equipo auditor con 15 colaboradores más que participan como auditores.
3. El área de Contabilidad General, demostró cumplimiento con la normatividad y rendición de cuentas incluyendo

<sup>1</sup> En caso de respuesta negativa la justificación se detalla en la No Conformidad Correspondiente.

<sup>2</sup> Este aspecto se tendrá especialmente en cuenta en auditorías de seguimiento y renovaciones.

<sup>2</sup> Este aspecto se tendrá especialmente en cuenta en auditorías de seguimiento y renovaciones.

- la actualización del Manual de Contabilidad General que comprende entre sus premisas la atención y transición a la Contabilidad Gubernamental.
4. Se pudo constatar el flujo de una adecuada comunicación interna y facilidades para realización de esta evaluación, así como el constante y repetido compromiso y disposición de los auditados.
  5. Durante la evaluación al proceso de Auditoría Interna se identificó que los responsables analizan la forma de evaluar de manera mas puntual el desempeño de los procesos, independientemente del cumplimiento de los objetivos de calidad.
  6. En los procesos de Auditoría Interna y Comprobación de gastos se observó que la Dirección estableció un plan de mejora que integra la alineación de las actividades del área con el Eje 4 "Gestión y Administración Colegiada e Incluyente" en su Política Institucional Número 3 del Plan de Desarrollo Institucional 2013-2017, que trata sobre la "Transparencia, Austeridad y Rendición de Cuentas".
  7. Con motivo del cambio a las nuevas instalaciones, se pudo destacar una acertada planificación integral para todos los detalles del área de Archivo General considerando el cumplimiento normativo federal para la preservación de los expedientes resguardados en apego al adecuado cumplimiento del proceder operativo.
  8. Como prueba del compromiso y adecuada gestión basada en la mejora continua del Archivo General, fue emitida la 1ª versión del Reglamento Institucional para el Archivo General, mismo que cobija la Normativa Federal vigente.
  9. El mejoramiento sustancial de las instalaciones e infraestructura de la biblioteca de la prepa Mochis, que le permite ofrecer condiciones más confortables al alumnado.
  10. Durante la evaluación al proceso de Certificación laboral se pudo observar como se han ido mejorando los resultados y haciéndose cada vez mas ambiciosos los objetivos del mismo.

11. Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

### 7. NOTAS DE MEJORA

1. Como parte del ejercicio de la Revisión por la Dirección, se realizaron comparativos de indicadores y su cumplimiento para 2013 vs 2014, sería favorable realizarlos en retrospectiva mayor para analizar la evolución y madurez del SGC para la toma de decisiones.
2. Sería conveniente formalizar la metodología para la evaluación del auditor interno y analizar el resultado de la misma para mejorar su desempeño.
3. Sería conveniente atender el seguimiento al oficio para el establecimiento de la estructura organizacional definida y aprobada recientemente como parte del Reglamento del Archivo General recientemente liberado por el H. Consejo Universitario.
4. Luego de la evolución del SGC, en aquellas áreas en donde hace más de 3 años se tienen las mismas métricas de desempeño, sería conveniente analizar la factibilidad de nuevos indicadores y/o nuevas metas.
5. En cumplimiento con las NOM aplicables, es necesario verificar el estado y disponibilidad de extintores y equipos contra incendios, especialmente en aquellas áreas más vulnerables como archivos.
6. Sería conveniente identificar y difundir la pertinencia y aplicación en los casos necesarios para el cumplimiento con la Ley Federal de Protección de Datos Personales Vigente.
7. Sería conveniente considerar la elaboración de un análisis global de los presupuestos operativos anuales de toda la Institución.
8. Sería conveniente formalizar la medición que confirma la eficacia de la seguridad de la base de datos así como la verificación de eficacia de la métrica para el proceso de la elaboración de la nómina universitaria.
9. Durante la revisión al proceso de Auditoría Interna se observó que sería conveniente que la organización analizara si el robustecer los criterios de selección del tipo de auditoría (nómina, ingresos propios, etc.) generaría valor al proceso.
10. Sería importante que la organización analizará si la forma en que se esta reflejando el cumplimiento de los planes de mejora esta siendo efectivo para la toma de acciones.
11. Con el objetivo de evitar confusiones, sería pertinente homologar el nombre del área de Planeación ya que se identifica como Dirección de Planeación y Desarrollo o Coordinación de Planeación y Desarrollo.
12. Sería conveniente que la Dirección de Personal evaluara qué otros aspectos del proceso de Control de

Guardias se pueden medir y mejorar.
13. Durante la auditoría se observó que podría mejorar en gran medida el manejo de la plataforma electrónica para el uso de la documentación por parte de las UO que se encuentran fuera de la Torre de Rectoría.
14. Es conveniente establecer dentro del procedimiento de elaboración de la estadística básica, una forma "oficial de solicitud de información" para homologar esta actividad y establecer un control de la información proporcionada, de igual manera es importante establecer políticas y restricciones sobre la información solicitada para asegurar la confidencialidad y buen uso de la información.
15. Sería conveniente que como parte de la metodología para la realización de la medición de la satisfacción del cliente, se incluya en los casos aplicables, también los trámites o servicios no concluidos.
16. Sería conveniente para simplificar algunas de la tareas del proceso "Operación y Contabilidad" realizar una depuración al actual Padrón de Proveedores.

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

### 8. CONFIANZA QUE SE PUEDE OTORGAR A LAS AUDITORIAS INTERNAS

Se realizó una auditoría interna a todo el SGC recientemente los hallazgos detectados se encuentran en proceso de cierre debido a la naturaleza de las acciones con cierre y verificación posteriores a esta fecha

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

### 9. USO DE LA MARCA Y DEL LOGOTIPO DE ACCM

N/A

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

### 10. NO CONFORMIDADES Y OBSERVACIONES

Se detallan en el Anexo del presente Informe de Auditoría

### 11. CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

- Número de observaciones apreciadas en la Auditoría	05
- Número de no conformidades apreciadas en la Auditoría.	01

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

### 12. ACTUALIZACIONES AL PROGRAMA DE AUDITORÍA TRIANUAL *(Comente y justifique)*

No se realizaron actualizaciones al programa trianual.

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

### 13. INCONFORMIDADES DEL CLIENTE

SI  NO

En caso afirmativo, indique:

**14. ACTIVIDADES SIGUIENTES DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN** *(Informativo)*

- i. Si se presentaron No conformidades u Observaciones, realizar el análisis de la(s) causa(s) raíz que originó el incumplimiento así como el desarrollo e implementación de la(s) acción(es) correctiva(s) que lo solventen.
- ii. Revisión y aprobación, por el Auditor Líder, de las acciones correctivas implementadas.
- iii. Adopción de la decisión de la certificación / Revisión de las inconformidades presentadas por la organización auditada.
- iv. Emisión del Certificado o Carta de Mantenimiento derivado de la decisión del Certificador.

Enterado como representante de la empresa
5/09/14
Fecha y Firma

Por ACCM América S. de R.L. de C.V.
5/09/14
Fecha y Firma de Auditor Líder

**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-auditoria 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 recomendaciones<sup>3</sup>:
  - 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 / observaciones 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 verificará 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](mailto: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. Esta revisión se realizará dos veces como máximo.
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.

#### **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...).

<sup>3</sup> 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.





## ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN CON SENTIDO

- 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**

<b>Hallazgo</b>	Observación <input checked="" type="checkbox"/>	No conformidad <input type="checkbox"/>	<b>Solicitud 1 de 6</b>	
			<b>Requisito:</b>	<b>4.2.3</b>
<b>Descripción:</b>	<i>En apego a la norma ISO 9001:2008, los documentos requeridos por el sistema de gestión de la calidad deben controlarse y 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>			
	No en todos los casos la identificación de documentos de origen externo ha sido correcta, algunos procesos incluso refieren en el Registro de Documentos de Origen Externo un soporte electrónico teniéndolo impreso y sin que se trate de la versión más actualizada del documento (ej. Certificación Profesional), así mismo, algunas referencias para documentos de origen externo únicamente mencionan "portal web", sin que sea específica la fuente emisora causando confusión en su consulta al momento de requerirlo (Certificación de Profesional).			
<b>PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN</b>				
<b>Análisis de la Causa raíz de la desviación<sup>4</sup>:</b>				
<b>Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)<sup>5</sup>:</b>		<b>Responsable(s)</b>	<b>Fecha de término o compromiso</b>	<b>Evidencia adjunta</b>
<b>Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)<sup>6</sup>:</b>		<b>Responsable(s)</b>	<b>Fecha de término o compromiso</b>	<b>Evidencia adjunta</b>
<b>PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER</b>				
<b>Valoración del Auditor Líder</b>				
<b>Fecha de valoración</b>	<b>Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:</b>			
<b>Aceptación de las acciones:</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>Firma:</b>	<b>Fecha de aceptación:</b>	

<sup>4</sup> Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

<sup>5</sup> Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

<sup>6</sup> 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

<b>Hallazgo</b>	Observación <input checked="" type="checkbox"/>	No conformidad <input type="checkbox"/>	<b>Solicitud 2 de 6</b>	
			<b>Requisito:</b>	<b>4.2.4</b>
<b>Descripción:</b>	<p><i>En apego al Procedimiento para el Control de los Registros vigente</i>, no se pudo comprobar el cumplimiento al numeral 9, "supervisar el almacenamiento y protección de los registros", especialmente los electrónicos, encontrándose durante la evaluación procesos que generan registros electrónicos sin que se defina su medio de protección. Así mismo y de manera repetitiva, en diversas áreas no se encontró congruencia entre los conceptos descritos en la "<i>Guía para la Elaboración de Documentos</i>" y los mismos conceptos al reflejarlos en el "Formato de Control de los Registros" de algunos procesos.</p>			
<b>PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN</b>				
<b>Análisis de la Causa raíz de la desviación<sup>7</sup>:</b>				
<b>Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)<sup>8</sup>:</b>		<b>Responsable(s)</b>	<b>Fecha de término o compromiso</b>	<b>Evidencia adjunta</b>
<b>Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)<sup>9</sup>:</b>		<b>Responsable(s)</b>	<b>Fecha de término o compromiso</b>	<b>Evidencia adjunta</b>
<b>PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER</b>				
<b>Valoración del Auditor Líder</b>				
<b>Fecha de valoración</b>	<b>Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:</b>			
<b>Aceptación de las acciones:</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>Firma:</b>	<b>Fecha de aceptación:</b>	

<sup>7</sup> Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

<sup>8</sup> Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

<sup>9</sup> 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.



ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN CON SENTIDO

### SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

<b>Hallazgo</b>	Observación <input checked="" type="checkbox"/>	No conformidad <input type="checkbox"/>	<b>Solicitud 3 de 6</b>	
			<b>Requisito:</b>	<b>5.3</b>
<b>Descripción:</b>	El requisito 5.3 de la norma ISO 9001:2008 inciso d) indica que la Alta Dirección debe asegurarse de que la Política de Calidad es comunicada y entendida dentro de la Organización, sin embargo durante la auditoría en las Bibliotecas de la Facultad de Psicología, Facultad de Contaduría y Administración, Salvador Allende y Preparatoria Central Diurna de la muestra tomada, parte del personal, no demostró conocimiento sobre la política de calidad definida por la Alta Dirección de la Universidad.			
<b>PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN</b>				
Análisis de la Causa raíz de la desviación <sup>10</sup> :				
<b>Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)<sup>11</sup>:</b>		<b>Responsable(s)</b>	<b>Fecha de término o compromiso</b>	<b>Evidencia adjunta</b>
<b>Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)<sup>12</sup>:</b>		<b>Responsable(s)</b>	<b>Fecha de término o compromiso</b>	<b>Evidencia adjunta</b>
<b>PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER</b>				
Valoración del Auditor Líder				
<b>Fecha de valoración</b>	<b>Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:</b>			
<b>Aceptación de las acciones:</b>	<b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Firma:</b>	<b>Fecha de aceptación:</b>	

<sup>10</sup> Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

<sup>11</sup> Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

<sup>12</sup> 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**

<b>Hallazgo</b>	Observación <input checked="" type="checkbox"/>	No conformidad <input type="checkbox"/>	<b>Solicitud 4 de 6</b>	
			<b>Requisito:</b>	<b>7.5.1</b>
<b>Descripción:</b>	<p><b>El requisito 7.5.1 de la norma ISO 9001:2008 establece que la organización debe llevar a cabo la producción o la prestación del servicio bajo condiciones controladas, estas incluyen la disponibilidad de información que describa las características del producto</b>, sin embargo durante la auditoría se observó que en el proceso de desarrollo de colecciones la disponibilidad de información que describe las características del producto es nula, ya que se enfoca más al proceso de gestión de compras del recurso bibliográfico que al propio desarrollo de colecciones. Aunado a esta situación, se identificó que el arco de seguridad de Biblioteca Central no se encuentra funcionando, en el caso de la Biblioteca de la Preparatoria Central Diurna no se cuenta con ningún mecanismo de seguridad para controlar la salida del recurso bibliográfico de la misma / En apego al Procedimiento PE-DDU-SQAD-01 ver. 05 para la Defensoría de los Derechos Universitarios se debe "solicitar evidencia de seguimiento del dictamen final", sin embargo, NO se mostró la evidencia del seguimiento para la queja 225 identificada en marzo de este año.</p>			
<b>PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN</b>				
<b>Análisis de la Causa raíz de la desviación<sup>13</sup>:</b>				
<b>Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)<sup>14</sup>:</b>		<b>Responsable(s)</b>	<b>Fecha de término o compromiso</b>	<b>Evidencia adjunta</b>
<b>Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)<sup>15</sup>:</b>		<b>Responsable(s)</b>	<b>Fecha de término o compromiso</b>	<b>Evidencia adjunta</b>
<b>PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER</b>				
<b>Valoración del Auditor Líder</b>				
<b>Fecha de valoración</b>	<b>Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:</b>			
<b>Aceptación de las acciones:</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>Firma:</b>	<b>Fecha de aceptación:</b>	

<sup>13</sup> Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

<sup>14</sup> Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

<sup>15</sup> 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**

<b>Hallazgo</b>	Observación <input checked="" type="checkbox"/>	No conformidad <input type="checkbox"/>	<b>Solicitud 5 de 6</b>	
			<b>Requisito:</b>	<b>7.5.3</b>
<b>Descripción:</b>	<p>El requisito 7.5.3 de la norma ISO 9001:2008 establece que la organización debe identificar el estado del producto con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de toda la realización del producto, sin embargo durante la auditoría se observó que en la Biblioteca de la Facultad de Contaduría y Administración y en la Biblioteca de la Preparatoria Central Diurna no siempre se cumple este requisito, por ejemplo: Se solicitó el número de ejemplares que por sistema SIABUC deben estar disponibles, (Principios de Administración 40 ejemplares, Tippens "Física" 1 ejemplar, respectivamente), al constatarlo físicamente en el primer caso únicamente se identificaron 38 de primera instancia (los dos ejemplares restantes se encontraban almacenados para su reparación sin existir un control del mismo), en el caso del libro de física no se logró identificar en la biblioteca correspondiente.</p>			
<b>.PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN</b>				
<b>Análisis de la Causa raíz de la desviación<sup>16</sup>:</b>				
<b>Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)<sup>17</sup>:</b>		<b>Responsable(s)</b>	<b>Fecha de término o compromiso</b>	<b>Evidencia adjunta</b>
<b>Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)<sup>18</sup>:</b>		<b>Responsable(s)</b>	<b>Fecha de término o compromiso</b>	<b>Evidencia adjunta</b>
<b>PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER</b>				
<b>Valoración del Auditor Líder</b>				
<b>Fecha de valoración</b>	<b>Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:</b>			
<b>Aceptación de las acciones:</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>Firma:</b>	<b>Fecha de aceptación:</b>	

<sup>16</sup> Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

<sup>17</sup> Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

<sup>18</sup> 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**

<b>Hallazgo</b>	Observación <input type="checkbox"/>	No conformidad <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Solicitud 6 de 6</b>	
			<b>Requisito: 8.3</b>	
<b>Descripción:</b>	<p><b>La Universidad ha desarrollado el procedimiento de control de producto no conforme en cumplimiento con el requisito 8.3 de la norma ISO 9001:2008</b>, sin embargo durante la auditoría se observó que en las Bibliotecas de la Facultad de Psicología, Facultad de Contaduría y Administración, Biblioteca Salvador Allende y Biblioteca de la Preparatoria Central Diurna no se aplica dicha metodología para los productos/servicio no conformes generados por cada UO.</p>			
<b>PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN</b>				
Análisis de la Causa raíz de la desviación <sup>19</sup> :				
<b>Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)<sup>20</sup>:</b>	<b>Responsable(s)</b>	<b>Fecha de término o compromiso</b>	<b>Evidencia adjunta</b>	
<b>Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)<sup>21</sup>:</b>	<b>Responsable(s)</b>	<b>Fecha de término o compromiso</b>	<b>Evidencia adjunta</b>	
<b>PARA COMPLETAR POR AUDITOR LÍDER</b>				
Valoración del Auditor Líder				
<b>Fecha de valoración</b>	<b>Comentarios de la verificación de las acciones y su implementación:</b>			
<b>Aceptación de las acciones:</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>Firma:</b>	<b>Fecha de aceptación:</b>	

<sup>19</sup> Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

<sup>20</sup> Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

<sup>21</sup> 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.