



ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN CON SENTIDO

Fecha (s) de auditoría 8, 9, 10 y 11 de Diciembre de 2014

Expediente: CA-30183/84/ N° Informe: 2
85/8614

Organización	Dirección	Persona de Contacto
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA	Blvd. Miguel Tamayo Espinoza de los Monteros S/N, Desarrollo Urbano Tres Ríos, Campus Rafael Buena Tenorio, C.P.80050, 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)7759-7779
Certificación <input checked="" type="checkbox"/>	ISO 9001:2008 (NMX-CC-9001-IMNC-2008) <input checked="" type="checkbox"/>	Fax:*	01(66)7759-7779
Seguimiento <input type="checkbox"/>	ISO 14001:2004 (NMX-SAA-14001-IMNC-2004) <input type="checkbox"/>	E-Mail:*	obeltranz@uas.edu.mx
Re-certificación <input type="checkbox"/>	OHSAS 18001:2007 (NMX-SAST-001-IMNC-2008) <input type="checkbox"/>		
Otra (Indique):			

Multi-sitio SI NO

Equipo auditor									
Ing. Daniel Almaraz	Auditor Líder					E	<input type="checkbox"/>		
Q.A. Itandegüi Xicotencatl,	A	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	AE	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>	
Ing. Pedro Gómez	A	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	AE	<input type="checkbox"/>	O	<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	Alcance de auditoría
UNIDAD REGIONAL NORTE Facultad de Ingeniería Mochis Escuela Superior de Enfermería Mochis UNIDAD REGIONAL CENTRO NORTE Escuela de Ciencias Económicas Administrativas UNIDAD REGIONAL CENTRO Dirección General de Servicio Social Facultad de Trabajo Social Culiacán Escuela Superior de Educación Física UNIDAD REGIONAL SUR Escuela de Turismo Facultad de Derecho	Asignación, seguimiento y liberación del servicio social
SECRETARÍA ADMINISTRATIVA DE RECTORÍA	Atención y seguimiento de solicitud de beca a la comunidad estudiantil universitaria
CENTRO DE COMPUTO UNIVERSITARIO CULIACÁN	Solicitud y asignación de equipo de cómputo y espacios físicos
TORRE ACADÉMICA CULIACÁN	Solicitud y prestación de espacios físicos

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias



ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN CON SENTIDO

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:		
No aplica		

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:		
No aplica		

3. 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:		



ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN CON SENTIDO

Solo aplica en Re auditoría				
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 si 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 ¹
	No se detectaron	

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

5. ASPECTOS DESTACABLES:

Se mostró un alto grado de compromiso de parte de todo el personal que conforman los procesos certificados
 Se cuenta con un SGC muy maduro con más de cinco años de ser diseñado e implementado
 Se cuenta con un área de calidad muy competente

¹ En caso de respuesta negativa la justificación se detalla en la No Conformidad Correspondiente.



ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN CON SENTIDO

Se cuenta con un equipo de auditores internos muy efectivo, además de estar algunos de ellos certificados como auditores líderes con reconocimiento ante IRCA.

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

6. EVIDENCIAS DE MEJORA²

Aunque es la primera vez que se auditan estos procesos, se percibe el diseño del SGC que tiene claro el enfoque hacia la mejora continua dado los procesos objetivos, indicadores, metas y revisiones de la dirección.

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

7. NOTAS DE MEJORA

PROCESO: ASIGNACIÓN, SEGUIMIENTO Y LIBERACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

1. En el plan de calidad se identifican los clientes del proceso, sin embargo solo se han documentado como clientes los brigadistas y los egresados, aunque las unidades receptoras figuran como uno de los principales clientes conforme los objetivos descritos en el reglamento del servicio social, por lo cual se podría analizar la conveniencia de reconocer como cliente a las unidades receptoras, y desarrollar los mecanismos de medición de la satisfacción y controles aplicables.
2. Mejorar la Plataforma del sistema de gestión integral ya que solo indica el código en los perfiles de puesto con lo cual se dificulta encontrar un perfil en particular (el nombre del documento se puede ver solo al abrir el documento)
3. En la facultad de trabajo social de Culiacán se observa que aunque aún no finaliza el periodo de medición de la satisfacción, el resultado está por debajo de la meta establecida, analizar la conveniencia de realizar acciones preventivas.
4. En la facultad de trabajo social no es claro el criterio para la muestra para medir la satisfacción del cliente se comenta que se toman 3 por mes independientemente de la cantidad de cartas generadas. Convendría analizar si esta es una muestra representativa del universo a analizar.
5. Asegurarse que se cuenta con el registro apropiado que demuestre la competencia del Coordinador Académico, ya que se tiene definido como competencia atributos personales como son compromiso ético y trabajo en equipo.
6. Asegurarse que los datos presentados y analizados son calculados correctamente. En la Escuela de Ciencias Económicas Administrativas se detectó que en el reporte del mes de Octubre del indicador de "emisión de cartas máximo en 25 días posterior a la entrega de la documentación" estaba en un 50% y el dato real fue del 100% de cumplimiento.
7. Clarificar el punto donde se inicia la contabilización del tiempo para medir el indicador "emisión de cartas máximo en 25 días posterior a la entrega de la documentación". Dado que en la Escuela de Ciencias Económicas Administrativas se comentó que el tiempo se mide hasta que se entrega la documentación a Subdirección y en otras instancias mencionaron que el tiempo se mide a partir de que el alumno entrega su documentación completa. En ambos casos se cumple con el objetivo marcado.
8. Asegurarse que se registren adecuadamente los datos en la Facultad de Trabajo Social de Culiacán. Se detectó diferencias entre la fecha del Libro de Registro de Trámite y la fecha registrada en las cartas a entregar.
9. Un aspecto importante que debe de mantenerse con respecto al estado físico que guardan los extintores de la Facultad de Derecho de la Unidad Regional Mazatlán, es la integridad de la manguera. Basado en ese hecho, sería importante que durante el periodo de vigencia del extintor en el sitio, se cuide y vigile que ésta no se encuentre rota o quebrada.

² Este aspecto se tendrá especialmente en cuenta en auditorías de seguimiento y renovaciones.

10. El auditorio de la Escuela Superior de Educación física, es un espacio en donde se observó se imparte el Seminario para el compromiso ético universitario y la inclusión social, requisito indispensable para los brigadistas para la liberación de su servicio social. Sin embargo éste, durante la sesión del pasado 09 de Diciembre de 2014 (horario aproximado 15:00h), se observó con áreas de oportunidad con respecto a la limpieza y orden del mobiliario. El espacio lucia amontonado y con poca ventilación.
11. Sería importante que se analice el control aplicable a la publicación de las convocatorias en redes sociales vigentes y autorizadas. Se observó que la convocatoria publicada para unidades receptoras en Facebook para la escuela de educación física refiere a fechas distintas a las del 05-26 de Octubre de 2014, fechas que corresponden a la aprobada convocatoria por la Dirección General de Servicio Social.

PROCESO: ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE SOLICITUD DE BECA A LA COMUNIDAD ESTUDIANTIL UNIVERSITARIA

1. En la coordinación de Becas SEP se cuenta con un instrumento de seguimiento y medición mensual "Reporte de incidencias" que facilita el monitoreo del padrón de cada unidad académica. Con la intención de contribuir con la mejora del proceso y de que los documentos específicos incluyan las buenas prácticas de gestión actuales, y referencien a todos los registros utilizados en el proceso, sería importante se considere la inclusión de la actualización del padrón como actividad en el procedimiento PE-SAR-ASSBE-01 V.01.

PROCESO: SOLICITUD Y ASIGNACIÓN DE EQUIPO DE CÓMPUTO Y ESPACIOS FÍSICOS

1. Analizar la conveniencia de considerar la definición de criterios para el tamaño de muestra en la aplicación de encuestas de satisfacción.
2. Se observa que en algunos casos el servicio puede suspenderse por algún requerimiento especial (eventos), en estos casos se podría contemplar alternativas para disminuir el impacto en el servicio.
3. Aunque se cuenta con políticas de mantenimiento preventivo se podría fortalecer el programa de mantenimiento preventivo documentando los períodos y los registros necesarios.
4. Revisar el indicado de disponibilidad de equipo al 80% ya que pudiera estar holgado.
5. Se podrían considera otros indicadores para medir el desempeño del proceso como por ejemplo velocidad de datos (internet).
6. Aunque se cuenta con criterios de aceptación, se podría reforzar el control de la aceptación manteniendo el registro de verificación correspondiente (cumplimiento de iluminación, ventilación entre otros).

PROCESO: SOLICITUD Y PRESTACIÓN DE ESPACIOS FÍSICOS

1. Analizar la conveniencia de hacer referencia a los formatos empleados en el procedimiento "solicitud y prestación de espacios físicos" PE-TAC-SPEF-01, ejemplo desglose de servicios o insumos.
2. Mejorar el registro de verificación de requisitos: "Desglose de servicios o insumos" para asegurar sean considerados todos los requisitos señalados en la solicitud del servicio (Ejemplo fecha, hora, tipo de micrófono).



ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN CON SENTIDO

3. El evento consejo general de delegados SUNTUAS académicos no se realizó en la hora acordada y esto no se dejó plasmado en el desglose de servicios correspondiente.
4. Del mismo modo no fue considerado en la medición del indicador (fue considerado como evento exitoso)

DIRECCIÓN GENERAL DEL SGC:

1. Se podría definir en el Procedimiento para el Control de Producto No Conforme qué procede cuando alguna actividad planificada no se concluye en la fecha prometida
2. Clarificar en el procedimiento de Control de Documentos la forma de aprobar el cambio de los formatos
3. Evaluar la posibilidad de documentar que los responsables de los procesos certificados deben enviar los resultados de las encuestas de sus clientes a Análisis y Medición de Indicadores para generar el concentrado de las encuestas y así asegurar que se gestionan las acciones correctivas derivadas de quejas de clientes.
4. Acabar de revisar la competencia necesaria del personal que labora en la DGSGC

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

8. CONFIANZA QUE SE PUEDE OTORGAR A LAS AUDITORÍAS INTERNAS

Definitivamente las auditorías internas son muy confiables, dado el grado de competencia de los auditores, aunado a un sólido proceso de auditoría.

Nota: Agregar cuantas filas sean necesarias

9. USO DE LA MARCA Y DEL LOGOTIPO DE ACCM

Al ser auditoría de etapa 2 no aplica la supervisión de uso de marca

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	3
- 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 LA PRESENTACIÓN DE PLANES DE ACCIÓN E INCLUYENDO LA EVIDENCIA RESPECTIVA DEL ADECUADO TRATAMIENTO DE LAS NO CONFORMIDADES Y OBSERVACIONES DETECTADAS.



ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN CON SENTIDO

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

No se realizaron modificaciones al Programa de Auditoría 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

Mtro. Omar Beltrán / DGSGC

Fecha y Firma: 11/12/2014

Por ACCM América S. de R.L. de C.V.

Daniel Almaráz / Auditor Líder

Fecha y Firma de Auditor Líder: 11/12/2014

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



ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN CON SENTIDO

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 LÍDER que realizó la correspondiente auditoría.

1. Para elaborarlo, la organización debe seguir las siguientes recomendaciones³:
 - 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.
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.

³ 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

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...).



ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN CON SENTIDO

**DIRECCIÓN GENERAL DEL SGC
SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS**

Hallazgo	Observación <input checked="" type="checkbox"/>	No conformidad <input type="checkbox"/>	Solicitud 1 de 3	
			Requisito:	4.2.3
Descripción:	En la Política 22 del Procedimiento para el Control de los Documentos PG-SG-CDOC-01 Ver 14 define que "Al emitirse una nueva versión de un documento, la versión anterior pasara automáticamente en el módulo del SG al apartado de documentos obsoletos". Se detectó que algunos documentos obsoletos no se encuentran disponibles en el modulo de documentación electrónica del SGC. Ejemplo: La versión obsoleta (versión 13) del Procedimiento de Control de Documentos.			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación ⁴ :				
Descripción de la(s) Corrección(es) Especifica(s)⁵:	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)⁶:	Responsable(s)	Fecha de término 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:	

⁴ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

⁵ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

⁶ 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

**ASIGNACIÓN, SEGUIMIENTO Y LIBERACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL
SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS**

Hallazgo	Observación <input checked="" type="checkbox"/>	No conformidad <input type="checkbox"/>	Solicitud 2 de 3	
			Requisito:	7.5.1
Descripción:	El elemento 7.5.1 de la Norma ISO 9001:2008, define que "La organización debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas".			
	Adicionalmente según la Guía Mínima para elaborar el proyecto de la Unidad Receptora, el documento debe de contener la firma de la persona responsable de realizar el proyecto, la fecha de elaboración, cronograma, objetivo, entre otros aspectos.			
	Se encontró que en el proyecto de la Escuela Superior de Educación Física de Unidad Receptora Jardín de Niños Manuel Ávila Camacho, se aceptó sin firma, ni nombre del responsable de elaboración del proyecto y el de la Escuela Secundaria Estatal Reynaldo Beltrán Ortega de la Facultad de Ciencias Físico Matemáticas fue aceptada sin el cronograma.			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación ⁷ :				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)⁸:	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)⁹:	Responsable(s)	Fecha de término 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:	

⁷ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

⁸ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

⁹ 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

Hallazgo	Observación <input checked="" type="checkbox"/>	No conformidad <input type="checkbox"/>	Solicitud 3 de 3	
			Requisito:	6.2.2
Descripción:	<p>El elemento 6.2.2 de la norma define que "La organización debe: a) determinar la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan a la conformidad con los requisitos del producto.</p> <p>Adicionalmente el Manual de Calidad MG-UAS-SG-01 define que la competencia del personal se define en los Perfiles de Puestos.</p> <p>Se encontró que no se cuenta con los Perfiles de Puestos del Asesor Académico ni del Supervisor Académico</p>			
PARA COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN				
Análisis de la Causa raíz de la desviación ¹⁰ :				
Descripción de la(s) Corrección(es) Específica(s)¹¹:	Responsable(s)	Fecha de término o compromiso	Evidencia adjunta	
Descripción de la(s) Acción(es) Correctiva(s)¹²:	Responsable(s)	Fecha de término 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:	

¹⁰ Puede haber más de una Causa Raíz para la desviación detectada.

¹¹ Las correcciones específicas son aquellas que eliminan la desviación señalada.

¹² 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.